



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

Marina Gasino Jacobs

**Oferta e realização de interrupção legal de gravidez no Brasil: análise de dados dos**  
Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares e do Cadastro Nacional de  
Estabelecimentos de Saúde

Florianópolis

2022

Marina Gasino Jacobs

**Oferta e realização de interrupção legal de gravidez no Brasil: análise de dados dos  
Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares e do Cadastro Nacional de  
Estabelecimentos de Saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-  
graduação em Saúde Coletiva, curso de  
Doutorado, da Universidade Federal de Santa  
Catarina.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alexandra Crispim  
Boing

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Jacobs, Marina Gasino

Oferta e realização de interrupção legal de gravidez no Brasil : análise de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / Marina Gasino Jacobs ; orientadora, Alexandra Crispim Boing, 2022.  
169 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Aborto legal. 4. Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde. 5. Serviços de Saúde Reprodutiva. I. Boing, Alexandra Crispim . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Marina Gasino Jacobs

**Oferta e realização de interrupção legal de gravidez no Brasil:** análise de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.<sup>a</sup> Helena Borges Martins da Silva Paro, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Francisco Chiaravalloti Neto, Dr.  
Universidade de São Paulo

Prof.<sup>a</sup> Rosa Maria Soares Madeira Domingues, Dr.<sup>a</sup>  
Fundação Oswaldo Cruz

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof.<sup>a</sup> Alexandra Crispim Boing, Dr.<sup>a</sup>  
Orientadora

Florianópolis, 2022

## AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de pesquisa (Código de Financiamento 001).

À Alexandra Crispim Boing que acolheu o projeto, fez dele nosso e me convidou a uma pesquisa posicionada.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) que se debruçaram sobre minha pesquisa, trazendo contribuições: Douglas Francisco Kovaleski, João Luiz Dornelles Bastos, Emil Kupek, Marta Inez Machado Verdi, Maria Cristina Marino Calvo, Lizandra da Silva Menegon, Fabrício Augusto Menegon e Sheila Rubia Lindner.

À banca de qualificação do projeto de tese composta por Francisco Chiaravalloti Neto, Helena Borges Martins da Silva Paro e Josimari Telino de Lacerda que de forma muito generosa trouxe apontamentos precisos para os passos seguintes da tese.

Aos discentes do PPGSC que de diferentes maneiras contribuíram com minha formação e com a tese: Lorena Karol Ramos dos Santos, Eduarda Pedroso Rohling, Vilson Rodrigues da Silva, Alaane Caroline Benevides de Andrade, Luis Carlos Nunes Vieira De Vieira, Thamyres Correa Barbosa, Ana Caroline Secco, Larissa Weber, Rafaela Souza, Marina Bastos Paim, Bruna Lima Selau, Yuri Eller Verzola, Davi Saba N'bundé, Maria Cristina Willemann, Soraia de Camargo Catapan e Vanessa Borges Platt.

A Andressa Meissner, Maíra de Aviz, Taís D'Angelis, Mariana Arsie, Bibiana Bragagnolo, Maria Paula Lazzari, Kiara Olivett, Maiara Cristina Gonçalves, Vânia Camargo da Costa e Márcia Beatriz Ribas por continuamente me apresentarem novas perspectivas, Nicolle Guedes Lazzaretti e Lucas Lazzaretti pelo impulso para a entrada no doutorado, e Vinícius Armiliato pelo incentivo de sempre e por proporcionar espaços de discussão da tese.

Às pesquisadoras do GEA/UFES pelo acolhimento à distância, parceria e pelo convite a expandir as formas de sentir e pensar o aborto, em especial Maria Antonella Barone, Beatriz de Barros Souza, Ivana Sessak Puls, Juliana Aguilera Lobo e Marina Schuwarten.

À Frente Catarinense de Luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto por dar materialidade à discussão acadêmica de forma propositiva e amorosa.

À Morgani Guzzo pela generosidade e por ter possibilitado que os resultados da tese ganhassem espaços não acadêmicos no estado de Santa Catarina.

E, finalmente, aos meus pais Mara e Marcel pela inspiração e pelo suporte constante, à minha irmã Louise pelas trocas e pela parceria na construção de um sistema de saúde justo, acolhedor e respeitoso, e aos três, por, juntamente com minha avó Marta, terem discutido o acesso ao aborto em qualquer encontro de família.

## RESUMO

Esta tese objetivou analisar a dinâmica territorial de oferta e da realização de interrupção legal de gravidez (ILG) no Brasil financiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, foram descritos os abortos por razões médicas e legais (ARML) registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais e no Sistema de Informações Hospitalares entre 2010 e 2019, logo foram apresentados os fluxos intermunicipais de pessoas para a realização de ARML, a disponibilidade de transporte coletivo para esses deslocamentos, seu custo e tempo. Em seguida, foram identificados os estabelecimentos com oferta de ILG em 2019, fossem aqueles que registraram ARML em 2019 ou os Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei (SRIGCPL) registrados em dezembro de 2019 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os estabelecimentos foram caracterizados e georreferenciados. Logo, os grupos de municípios com e sem oferta foram descritos por categorias de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), porte populacional e região. Foi, então, calculada a taxa de realização de ARML dos dois grupos de municípios. Por fim, foram elaborados três diferentes cenários de oferta de aborto em gravidezes decorrentes de estupro considerando a capacidade dos municípios registrada no CNES em junho de 2021: o primeiro cenário considerou os municípios com oferta atual, o segundo aqueles com potencial de oferta considerando as normativas vigentes, e o terceiro aqueles com potencial de oferta considerando o Código Penal e as orientações da Organização Mundial de Saúde. Foi, então, calculado o percentual da população do sexo feminino em idade fértil residente nos municípios de cada cenário. Como resultado, foram encontrados 15.889 ARML entre 2010 e 2019 financiados pelo SUS, 92,8% aconteceram em 2,6% dos municípios brasileiros. Do total de procedimentos, 14,8% se deram em municípios diferentes daqueles de residência da usuária e quanto maior o porte populacional, menor o percentual com deslocamento. Dos deslocamentos intermunicipais, 16,0% tinham ligações regulares de ida e retorno em transporte público. O tempo de viagem total estimado variou de 26 minutos a 4 dias e meio, e o custo de R\$ 2,70 a R\$ 1.218,06. Quanto à oferta de ILG em 2019, eram 290 estabelecimentos, sendo 101 SRIGCPL e 251 com registro de procedimento. A oferta se deu majoritariamente em hospitais (98,6%), pela administração pública (62,1%) e conveniada ao SUS (99,7%), os municípios estavam majoritariamente no Sudeste (40,5%), tinham mais de 100 mil habitantes (59,5%) e IDH-M alto ou muito alto (77,5%). A taxa de realização de ARML entre as residentes em idade

fértil dos municípios sem oferta foi 4,8 vezes menor que nos municípios com o serviço. Já especificamente quanto às gravidezes decorrentes de estupro em 2021, o primeiro cenário de oferta foi composto por 55 municípios, o segundo por 662 municípios e o terceiro por 3.741. Os cenários eram residência de, respectivamente, 26,7%, 62,1% e 94,3% das pessoas do sexo feminino em idade fértil do país. Conclui-se que a concentração de serviços de ILG é uma barreira de acesso, mas o Brasil tem capacidade instalada de capilarizar parte da oferta.

**Palavras-chave:** Acesso aos serviços de saúde. Aborto legal. Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde. Serviços de Saúde Reprodutiva.



## ABSTRACT

This thesis aimed to analyze the territorial dynamics of legal termination of pregnancy (LTP) supply and performance financed by the Unified Health System (UHS) in Brazil. Initially, were described abortions due to medical and legal reasons (AMLR) registered in the Outpatient Information System and in the Hospital Information System between 2010 and 2019, were presented the intercity flows of people for carrying AMLR out, the availability of public transport for these journeys, their cost and time. Then, establishments supplying LTP in 2019 were identified, either those that registered AMLR in 2019 or were registered as Referral Services for Termination of Pregnancy Authorized by Law (RSTPAL) in December 2019 in the National Registry of Healthcare Establishments (NRHE). Establishments were characterized and georeferenced. Next, the groups of municipalities with and without supply were described by Municipal Human Development Index (HDI-M) categories, population size and region. Then, AMLR performance rates of the two groups of municipalities were calculated. Finally, three different scenarios for the provision of abortion in rape-related pregnancy were elaborated considering the capacity of the municipalities registered in NRHE in June 2021: the first scenario considered the municipalities with current supply, the second considered those with the potential to supply the service according to the regulations in force, and the third scenario considered those municipalities with potential to supply the service considering the Brazilian Penal Code and the guidelines of the World Health Organization. Then, the percentage of female population of childbearing-age residing in the municipalities of each scenario was calculated. As a result, there were 15,889 AMLR between 2010 and 2019 financed by UHS, 92.8% took place in 2.6% of Brazilian municipalities. Among all procedures, 14.8% took place in municipalities other than those where the user resides and the larger the population, the lower the percentage requiring travel. Of the intercity trips, 16.0% had regular round-trip public transport connections. The estimated total travel time ranged from 26 minutes to 4.5 days, and the cost ranged from R\$2.70 to R\$1,218.06. As for the supply of ILG in 2019, there were 290 establishments, 101 of which were RSTPAL and 251 had procedure records. The supply was mostly in hospitals (98.6%), under the public administration (62.1%), in contractual agreements with the SUS (99.7%), in municipalities in the Southeast of Brazil (40.5%), with more than 100,000 inhabitants (59.5%), and with high or very high HDI-M (77.5%). The rate of AMLR in childbearing-age residents of municipalities without supply of

the service was 4.8 times lower than in municipalities with the service. Specifically, regarding pregnancies resulting from rape in 2021, the first supply scenario was composed of 55 municipalities, the second by 662 municipalities and the third by 3,741. The scenarios were the residence of, respectively, 26.7%, 62.1% and 94.3% of women of childbearing-age in the country. In conclusion, the concentration of LTP services is an access barrier, but Brazil has the installed capacity to capillarize part of the supply.

**Keywords:** Health Services Accessibility. Legal Abortion. Equity in Access to Health Services. Reproductive Health Services.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa mundi apresentando os países conforme a restritividade de suas leis relacionadas ao aborto em maio de 2022 (The World's Abortion Laws). .....	32
Figura 2 - Mapa de fluxos de deslocamento intermunicipal para abortos por razões médicas ou legais. Brasil, 2010-2019.....	108
Figura 3 - Localização dos Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos previstos em Lei e dos estabelecimentos com registro de abortos por razões médicas e legais. Brasil, 2019.....	111
Figura 4- Cenário 1 de municípios com Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei capazes de proceder a justificação, autorização e realização de aborto em gravidezes decorrentes de estupro à luz das normativas vigentes no Brasil em junho de 2021. ....	114
Figura 5- Cenário 2 de municípios com potencial de oferta de aborto em gravidezes decorrentes de estupro no Brasil em junho de 2021 à luz das normativas vigentes. ....	116
Figura 6 - Cenário 3 de municípios com potencial de oferta de aborto em gravidezes decorrentes de estupro no Brasil em junho de 2021 à luz de recomendações internacionais e do Código Penal brasileiro. ....	117

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Descrição das variáveis utilizadas para a descrição dos abortos por razões médicas e legais quanto ao procedimento, local de realização e perfil demográfico das usuárias no Brasil entre 2010 e 2019. .... 91
- Quadro 2 - Descrição das variáveis utilizadas para identificação e caracterização dos deslocamentos entre municípios de residência e municípios de realização de abortos por razões médicas no Brasil entre 2010 e 2019..... 94
- Quadro 3 - Critérios considerados para a elaboração dos cenários de oferta de aborto em gravidezes decorrentes de violência sexual no Brasil em junho de 2021..... 99

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Descritivo dos abortos por razões médicas e legais quanto ao perfil demográfico das usuárias e do procedimento utilizado. Brasil, 2010-2019. .... 105
- Tabela 2 - Deslocamento intermunicipal para realização de aborto previsto em lei, tempo e custo em transporte público por categorias de porte populacional e região. Brasil, 2010 a 2019.. 109
- Tabela 3 - Caracterização dos municípios brasileiros conforme a oferta de aborto previsto em lei. Brasil, 2019..... 113
- Tabela 4 - População do sexo feminino e em idade fértil residente em municípios com serviço de aborto em gravidezes decorrentes de estupro nos três diferentes cenários de oferta. Brasil por regiões, 2021..... 115

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF	Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMIU	Aspiração Manual Intrauterina
anti-HBs	Anticorpos contra antígeno de superfície do vírus da Hepatite B
anti-HCV	Anticorpos contra o vírus da Hepatite C
AP	Arranjo Populacional
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
ARML	Abortos por razões médicas e legais
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
BPA-C	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIU	Dispositivo intrauterino
EUA	Estados Unidos da América
HB2	House Bill 2
HBsAg	Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	intervalo com 95% de confiança
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ILG	Interrupção legal de gravidez
IML	Instituto Médico Legal
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPM	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OR	Odds Ratio
PL	Projeto de Lei
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde

PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PPV	Pesquisa sobre Padrões de Vida
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAAS-AD	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - Atenção Domiciliar
RAAS-PSI	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIRGAS	Sistema de Referência Geocêntrico para as Américas
SNCPCH	Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares
SRIGCPL	Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TAP	Tempo e atividade da protrombina
TGO	Transaminase glutâmico-oxalacética
TGP	Transaminase glutâmico-pirúvica
TIA	Teste indireto de antiglobulina humana
UF	Unidade da Federação
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USB	Unidade de suporte básico de vida terrestre

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
2.1	PANORAMA SOBRE O ABORTO.....	23
2.1.1	<b>Conceitos e nomenclaturas .....</b>	<b>23</b>
2.1.2	<b>Prática e legalidade do aborto ao longo da história .....</b>	<b>25</b>
2.1.3	<b>Características e magnitude do aborto.....</b>	<b>32</b>
2.2	ABORTO NO BRASIL.....	35
2.2.1	<b>Normatização acerca de interrupção de gravidez.....</b>	<b>35</b>
2.2.2	<b>Interrupções legais de gravidezes .....</b>	<b>43</b>
2.2.2.1	<i>Gravidezes decorrentes de estupro .....</i>	<i>43</i>
2.2.2.2	<i>Risco de vida para a gestante.....</i>	<i>49</i>
2.2.2.3	<i>Anencefalia fetal.....</i>	<i>52</i>
2.2.3	<b>A realização de interrupção de gravidez.....</b>	<b>54</b>
2.3	ACESSO AO ABORTO COMO CUIDADO EM SAÚDE.....	57
2.3.1	<b>Acesso aos serviços de saúde.....</b>	<b>57</b>
2.3.2	<b>Barreiras de acesso ao aborto.....</b>	<b>62</b>
2.3.2.1	<i>Barreiras geográficas de acesso ao aborto .....</i>	<i>63</i>
2.3.3	<b>Acesso aos serviços de saúde no Brasil .....</b>	<b>70</b>
2.3.3.1	<i>Acesso geográfico no Brasil.....</i>	<i>74</i>
2.3.3.2	<i>Barreiras de acesso a interrupção legal de gravidez no Brasil.....</i>	<i>76</i>
2.4	MONITORAMENTO DE INTERRUPTÕES LEGAIS DE GRAVIDEZ NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	79
2.4.1	<b>Sistemas de Informação em Saúde.....</b>	<b>80</b>
2.4.1.1	<i>Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde .....</i>	<i>81</i>
2.4.1.2	<i>Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde .....</i>	<i>83</i>
2.4.1.3	<i>Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.....</i>	<i>84</i>
2.4.1.4	<i>Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.....</i>	<i>86</i>
<b>3</b>	<b>PERGUNTAS DE PESQUISA .....</b>	<b>88</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>89</b>



4.1	OBJETIVO GERAL.....	89
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	89
<b>5</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>90</b>
5.1	DESCRIÇÃO DOS ABORTOS POR RAZÕES MÉDICAS E LEGAIS REALIZADOS NO BRASIL ENTRE 2010 E 2019 .....	90
5.2	APRESENTAÇÃO DOS FLUXOS INTERMUNICIPAIS DE PESSOAS PARA REALIZAÇÃO DE ABORTO POR RAZÕES MÉDICAS E LEGAIS NO BRASIL ENTRE 2010 E 2019.....	91
<b>5.2.1</b>	<b>Ligações em transporte coletivo entre municípios de residência e municípios de realização de abortos por razões médicas e legais.....</b>	<b>92</b>
5.3	MAPEAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS COM OFERTA DE INTERRUÇÃO LEGAL DE GRAVIDEZ NO BRASIL EM 2019.....	95
5.4	CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS CONFORME A OFERTA DE INTERRUÇÃO LEGAL DE GRAVIDEZ EM 2019 .....	96
5.5	ESTIMATIVA DO POTENCIAL DE OFERTA DE ABORTO EM GRAVIDEZES DECORRENTES DE ESTUPRO CONSIDERANDO A CAPACIDADE INSTALADA NOS MUNICÍPIOS DO PAÍS EM 2021 .....	97
5.6	QUESTÕES ÉTICAS.....	102
<b>6</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>103</b>
6.1	DESCRIÇÃO DOS ABORTOS POR RAZÕES MÉDICAS E LEGAIS REALIZADOS NO BRASIL ENTRE 2010 E 2019 .....	103
6.2	APRESENTAÇÃO DOS FLUXOS INTERMUNICIPAIS DE PESSOAS PARA REALIZAÇÃO DE ABORTO POR RAZÕES MÉDICAS E LEGAIS NO BRASIL ENTRE 2010 E 2019.....	107
<b>6.2.1</b>	<b>Ligações em transporte coletivo entre municípios de residência e municípios de realização de abortos por razões médicas e legais.....</b>	<b>108</b>
6.3	MAPEAMENTO DA DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS COM OFERTA DE INTERRUÇÃO LEGAL DE GRAVIDEZ NO BRASIL EM 2019.....	110
6.4	CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS CONFORME A OFERTA DE INTERRUÇÃO LEGAL DE GRAVIDEZ EM 2019 .....	112

6.5	ESTIMATIVA DO POTENCIAL DE OFERTA DE ABORTO EM GRAVIDEZES DECORRENTES DE ESTUPRO CONSIDERANDO A CAPACIDADE INSTALADA NOS MUNICÍPIOS DO PAÍS EM 2021 .....	113
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>118</b>
7.1	LIMITAÇÕES.....	130
7.2	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	133
<b>8</b>	<b>DIFUSÃO DA PESQUISA.....</b>	<b>136</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>139</b>
	<b>APÊNDICE A- PROCEDIMENTOS SIH/SUS.....</b>	<b>167</b>
	<b>APÊNDICE B- PROCEDIMENTOS SIA/SUS .....</b>	<b>168</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O aborto faz parte da vida reprodutiva das pessoas e atravessa a história da humanidade (RIDDLE, 1992; GALEOTTI, 2007), havendo registros desta prática desde civilizações da Idade Antiga (BARROSO; DA CUNHA, 1980; MOHAN, 1975; PAPALETTO, 1993; RIDDLE, 1992; SCHOR; DE ALVARENGA, 1994).

Estima-se que entre 2015 e 2019 tenham acontecido no mundo 73,3 milhões de abortos ao ano, 39 abortos a cada 1.000 mulheres entre 15 e 49 anos (BEARAK et al., 2020). Ainda que as interrupções possam ser menos arriscadas que partos (RAYMOND; GRIMES, 2012), as intervenções seguras coexistem com o uso de métodos perigosos, invasivos ou realizados em condições insalubres (AHMAN; SHAH, 2011; PRADO, 2007; GANATRA et al., 2017), que podem levar a complicações, a sequelas ou a óbito (GRIMES et al., 2006).

Dos abortos que aconteceram no mundo entre 2010 e 2014, apenas pouco mais da metade (54,9%) se deu de forma segura (GANATRA et al., 2017). O acesso a métodos seguros de aborto não é igualitário no mundo. Os países em desenvolvimento concentraram 97,0% das intervenções inseguras entre 2010 e 2014, o que corresponde a 24,4 milhões ao ano (GANATRA et al., 2017). Observa-se também que naqueles países onde o aborto é totalmente proibido ou permitido apenas para salvar a vida da gestante ou preservar sua saúde física, 74,8% das interrupções realizadas se deram de forma insegura (GANATRA et al., 2017). De modo coincidente, é notável que países de baixa e média renda são comumente aqueles com legislações mais restritivas à prática (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2021).

Estima-se que até 50% das pessoas que se submetem a um aborto inseguro são internadas por complicações (GRIMES et al., 2006). Além da alta morbidade, os abortos inseguros estão entre as principais causas de mortalidade materna, sendo estimado que em 2008 teriam sido responsáveis por 13% das mortes maternas no mundo (AHMAN; SHAH, 2011). A redução da mortalidade materna é uma meta que compõe os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável a serem atingidos até 2030, indicando abortos inseguros como um problema global de Saúde Pública por sua magnitude e por suas graves e evitáveis consequências pessoais e sociais (COSTA; VICTORA, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

No Brasil, este cenário tem particularidades que o tornam especialmente desafiador. O aborto é crime no país, tipificado no Código Penal de 1940 (BRASIL, 1940). No entanto, a criminalização não impede que ele aconteça de forma clandestina: um inquérito nacional

estimou que em 2015 aproximadamente 503 mil mulheres interromperam ao menos uma gravidez (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). Ao mesmo tempo, não é punível o aborto quando a gravidez é decorrente de estupro, para salvar a vida da gestante (BRASIL, 1940), ou a interrupção da gravidez em caso de anencefalia fetal (BRASIL, 2012a). Nessas situações, o serviço é ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015a, 2012c), o qual realizou cerca de 1.600 abortos previstos em lei por ano entre 2008 e 2015 (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020).

Apesar do SUS ser caracterizado por sua universalidade, integralidade, igualdade e equidade (BRASIL, 1988), historicamente, a distribuição de unidades de atenção ambulatorial e hospitalar não se dá de forma equânime no território brasileiro, há concentração de recursos e tecnologia em centros urbanos e nas regiões Sul e Sudeste (SOLLA; CHIORO, 2008). A desigualdade de distribuição de estabelecimentos de média e alta complexidades reflete-se na oferta de interrupção legal de gravidez (ILG), que no Brasil se dá exclusivamente nesses níveis de atenção (BRASIL, 2014a). A restrição da oferta a esses níveis é uma característica da política de saúde brasileira, mas é dissonante de recomendações internacionais, que apontam que o procedimento deveria ser oferecido na Atenção Primária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Em revisão de literatura, observou-se que a disponibilidade de estabelecimentos com oferta de aborto e o acesso ao procedimento tem sido estudados em alguns cenários do mundo, de modo geral em países de alta renda (BROWN et al., 2020a; CUNNINGHAM et al., 2017; FISCHER; ROYER; WHITE, 2017; FRIEDMAN et al., 2019; GOYAL; BROOKS; POWERS, 2020; GROSSMAN et al., 2017a, 2017b; JEWELL; BROWN, 2000; JOHNS; FOSTER; UPADHYAY, 2017; JONES; JERMAN, 2013; QUAST; GONZALEZ; ZIEMBA, 2017; SENDEROWICZ; SANHUEZA; LANGER, 2018; SETHNA; DOULL, 2013; SHELTON; BRANN; SCHULZ, 1976; SILVA; MCNEILL, 2008; VENATOR; FLETCHER, 2019). Nos contextos estudados, foram encontradas áreas sem oferta de aborto, tornando necessários longos trajetos para a realização do procedimento (CUNNINGHAM et al., 2017; GROSSMAN et al., 2014, 2017a, 2017b; JOHNS; FOSTER; UPADHYAY, 2017; JONES; JERMAN, 2013; SETHNA; DOULL, 2013; SILVA; MCNEILL, 2008). Em 2006, na Nova Zelândia, por exemplo, essa distância chegava a 1.130 km (SILVA; MCNEILL, 2008). Esses estudos apontam que a distância entre a moradia e o estabelecimento com oferta do serviço diminuiu o acesso ao aborto (CUNNINGHAM et al., 2017; FRIEDMAN et al., 2019; GROSSMAN et al.,

2014, 2017a, 2017b; JEWELL; BROWN, 2000; SHELTON; BRANN; SCHULZ, 1976; VENATOR; FLETCHER, 2019).

Na Região Metropolitana da Cidade do México, mulheres que precisaram viajar para acessar o procedimento fizeram 18,6% dos abortos esperados para seus territórios caso tivessem serviço local, mesmo quando ajustado por fatores sociodemográficos. Quanto ao tempo de deslocamento, cada 15 minutos de viagem reduziram o acesso em 33,7% (FRIEDMAN et al., 2019).

Nos Estados Unidos da América (EUA), o acesso geográfico aos estabelecimentos com oferta de aborto foi massivamente estudado, pois na última década estados aprovaram leis mais restritivas ao aborto e com isso muitas clínicas fecharam (BROWN et al., 2020a; CUNNINGHAM et al., 2017; FISCHER; ROYER; WHITE, 2017; GOYAL; BROOKS; POWERS, 2020; GROSSMAN et al., 2017a, 2017b; JOHNS; FOSTER; UPADHYAY, 2017; QUAST; GONZALEZ; ZIEMBA, 2017; VENATOR; FLETCHER, 2019). Em estudo englobando 1.178 condados de 18 estados dos EUA, encontrou-se que cada 160,9 km (100 milhas) de distância entre a moradia e o estabelecimento com oferta esteve associado à diminuição da taxa de aborto em 2 abortos/1.000 mulheres entre 2000 e 2014 (BROWN et al., 2020a). Outro estudo, especificamente no Texas, encontrou que cada 160,9 km de distância esteve associado à diminuição de 10% da taxa de aborto nos condados entre 2004 e 2014; ainda do Texas, outro estudo com dados de 2006 a 2014 aponta que não ter um serviço de aborto em até 160,9 km de distância esteve associado a 33% menos abortos realizados (FISCHER; ROYER; WHITE, 2017); também no Texas, um quarto estudo aponta que o aumento de mais de 160,9 km de distância até o estabelecimento de saúde esteve associado a 50,3% de redução do acesso ao aborto seguro entre 2012 e 2014 (GROSSMAN et al., 2017a, 2017b). Em Wisconsin, cada 160,9 km em distância linear entre os condados e a clínica mais próxima com oferta representou declínio de 24,9% nas taxas de aborto no condado entre 2011 e 2013 (VENATOR; FLETCHER, 2019).

Nesses estudos encontrados, a redução no acesso foi proporcionalmente maior nas regiões que haviam tido distâncias pequenas até os estabelecimentos com oferta de aborto e tiveram as distâncias aumentadas (CUNNINGHAM et al., 2017; GOYAL; BROOKS; POWERS, 2020; VENATOR; FLETCHER, 2019). Também foram maiores as reduções de acesso em função da distância entre jovens e grupos vulnerabilizados, como não-brancos

(GOYAL; BROOKS; POWERS, 2020; VENATOR; FLETCHER, 2019) e com baixa escolaridade (FRIEDMAN et al., 2019).

Além da distância em si, no Texas estimou-se que 59% do efeito da redução do acesso às clínicas pôde ser atribuído à sobrecarga dos serviços, que passou de 190.000 mulheres entre 15 e 44 anos por estabelecimento em 2009 a 290.000 em 2015 (CUNNINGHAM et al., 2017). Todavia, em Wisconsin não foi encontrada associação entre o declínio do acesso e o tamanho da população coberta pelos estabelecimentos (VENATOR; FLETCHER, 2019).

Quanto à legislação, um estudo com 18 estados dos EUA entre 2000 e 2014 encontrou que períodos e estados com legislações mais restritas tiveram 0,48 menos abortos por 1.000 mulheres (BROWN et al., 2020a). Em um cenário muito mais restritivo, na Região Metropolitana da Cidade do México entre 2010 e 2012, foi encontrado que residir onde é ilegal a oferta do aborto diminuiu em 58,6% o acesso ao procedimento, mesmo quando ajustado pela distância até a região em que a oferta é legal (FRIEDMAN et al., 2019).

Não foi encontrado estudo que abordasse o acesso geográfico ao aborto em contextos de legalidade excepcional, como no caso brasileiro. No Brasil, além de compartilhar dos desafios de distribuição do território, comuns ao SUS e a contextos internacionais, o serviço de ILG enfrenta a condenação social do procedimento e a estigmatização alimentadas pela criminalização do aborto no país, afetando a oferta e o acesso ao procedimento mesmo nas situações em que ele é legal (CULWELL; HURWITZ, 2013).

Isso se vê refletido em lacunas na formação dos profissionais de categorias envolvidas na assistência à interrupção de gravidez (FARIAS; CAVALCANTI, 2012; MEDEIROS et al., 2012; DINIZ; MADEIRO; ROSAS, 2014; DINIZ et al., 2014; GOLDMAN et al., 2005; FAÚNDES et al., 2007; BENUTE et al., 2012; ADAY; ANDERSEN, 1974; PACAGNELLA et al., 2020; FONSECA et al., 2020), resistência ou objeção de profissionais de saúde e gestores (BRANCO et al., 2020; DINIZ; MADEIRO; ROSAS, 2014; FARIAS; CAVALCANTI, 2012; MACHADO et al., 2015), escassez de estabelecimentos ofertando o procedimento (MADEIRO; DINIZ, 2016) e falta de informação à população (MACHADO et al., 2015; TALIB et al., 2006). Somam-se, ainda, barreiras institucionais e legais como o uso de misoprostol exclusivo ao ambiente hospitalar<sup>1</sup> (BRASIL, 1998, 2022a), a inexistência de registro da mifepristona no país (BRASIL, 2012c), a realização do aborto reservada a médicos

---

<sup>1</sup> Restrição mantida no Brasil apesar de ser conhecida a segurança do uso do misoprostol em estabelecimentos de atenção primária e em ambiente domiciliar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

(BRASIL, 1940), e, mais recentemente, a obrigação dos profissionais de saúde de notificar à autoridade policial a violência sexual independente da vontade da usuária (BRASIL, 2020d).

As falhas na universalização do acesso à interrupção de gravidez nos casos previstos em lei podem levar a interrupções clandestinas (CHEMLAL; RUSSO, 2019) e potencialmente inseguras, pois no contexto de criminalização as interrupções realizadas fora do sistema podem ser perigosas por carecerem de informações corretas difundidas, medicamentos com qualidade verificada, atendimento por profissionais qualificados e mesmo cuidados pós-aborto de qualidade (DUARTE; MORAES; ANDRADE, 2018; HEILBORN et al., 2012; GOES et al., 2020; LIMA; CORDEIRO, 2020). Outra possibilidade é de que o não acesso leve a gestações a termo em situações que violam o princípio da dignidade humana e a autodeterminação reprodutiva, podendo expor a gestante a prejuízos físicos, morais e psicológicos (BIGGS et al., 2017; JERMAN et al., 2017).

Considerando as lacunas geográficas da oferta universal de serviços de saúde pelo SUS (ASSIS; JESUS, 2012; SOLLA; CHIORO, 2008; LIMA et al., 2012; PAIM et al., 2011), que são amplificadas pela estigmatização do procedimento (CULWELL; HURWITZ, 2013), e as deletérias consequências que pode gerar o não acesso (GRIMES et al., 2006; JERMAN et al., 2017), busca-se com a presente tese conhecer a necessidade de deslocamento para acesso ao aborto por razões médicas e legais no Brasil, a distribuição de oferta e realização do serviço, e seu potencial de expansão. Diante do contexto apresentado e da inexistência, até dezembro de 2021, de estudos nacionais abordando a disponibilidade geográfica de oferta de ILG e o acesso ao procedimento, serão analisados os fluxos para a realização do aborto por razões médicas e legais, assim como estimados custo e tempo de deslocamento entre 2010 e 2019; a distribuição territorial da oferta de ILG em 2019; e, por fim, será estimado o potencial de oferta de aborto em gravidezes decorrentes de estupro considerando a capacidade instalada nos municípios do país em 2021. Com isso, pretende-se conhecer o cenário, trazendo subsídios para monitoramento, avaliação e inclusive aprimoramento da política a fim de promover o acesso à ILG no SUS.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 PANORAMA SOBRE O ABORTO**

Tendo em vista o tema central da presente tese, esta seção será destinada a uma exposição ampla e introdutória sobre a temática do aborto. Inicialmente será feita a apresentação de conceitos e termos que dão base e são utilizados com frequência na tese a fim de subsidiar e qualificar a leitura subsequente. Em seguida, a prática do aborto é situada ao longo da história e logo é caracterizada e dimensionada a sua realização.

#### **2.1.1 Conceitos e nomenclaturas**

O aborto é um termo em disputa na sociedade. Há esforços em sentidos antagônicos de significação da prática, sendo concomitantes discursos de demonização e de descriminalização social (BARONE, 2018). Institucionalmente, os abortos legais vêm sendo nomeados “interrupção da gravidez” em diversos países latinos (ARGENTINA UNIDA, 2021; BARONE, 2018; BRASIL, 2014a; ÉTAT DE VAUD, 2021; GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA, 2021; ITÁLIA, 2021; RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2021; SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2021), ao passo que muitos movimentos sociais por autodeterminação reprodutiva continuam reivindicando a nomenclatura “aborto”, tanto por ser a terminologia popular e que mais comunica com quem busca pela interrupção da gravidez, quanto na tentativa de ampliar as imagens e afetos associados à prática (BARONE, 2018).

No vocabulário jurídico e da saúde há também dissenso, o aborto é tipificado no Código Penal Brasileiro de 1940, em que caracteriza a interrupção voluntária de uma gravidez, sem menção ao tempo gestacional. O Código prevê punição à prática, exceto em caso de risco à vida da gestante ou em gravidez decorrente de estupro (BRASIL, 1940). Quanto às interrupções de gestações de fetos anencéfalos, em decisão de 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou que essas não se enquadram no tipo penal do aborto, dada a ausência de expectativa de vida extra-uterina, não sendo, portanto, puníveis no Brasil (BRASIL, 2012a). Ou seja, há três situações em que interrupções de gravidez não são puníveis, sendo duas exceções de punibilidade para o aborto, nas gravidezes decorrentes de estupro e para salvar a



vida da gestante, e uma por não se enquadrar no tipo penal de aborto - anencefalia fetal. Além dessas situações, uma gravidez pode ser interrompida legalmente após decisão judicial.

Adentrando o campo da saúde, o conceito ganha outras nuances. Em Obstetrícia de Williams o abortamento provocado é apresentado como a interrupção de gravidez de feto vivo não viável e o aborto como seu produto quando de 20 semanas ou menos ou, na ausência de critérios de datação, menos de 500g. Já o término induzido da gestação é apresentado como a “interrupção proposital de gestação intrauterina que não tem intenção de produzir neonato vivo e que não resulta em nascido vivo” (CUNNINGHAM et al., 2016).

Também no campo da saúde e de forma mais ampla, entre os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), aborto é apresentado tanto como o processo de interrupção da gestação pela morte do feto ou embrião, quanto como seu produto quando o feto expulso tem menos de 500g ou 20 semanas de gestação. O tempo gestacional e o peso do feto são mencionados também na definição de aborto espontâneo, mas não nas de aborto provocado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). As dimensões e o tempo gestacional que caracterizam o aborto como produto de um abortamento espontâneo marcam o limite entre o conceito de aborto e de natimorto para registro e estatísticas de óbito fetal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Ainda especificamente quanto ao aborto provocado, a Organização Mundial de Saúde não traz limites de tempo gestacional e não os recomenda, tratando em suas diretrizes de abortamentos em gestações de mais de 20 semanas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). No mesmo sentido, em âmbito nacional, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) trata por “interrupção de gravidez”, de forma indistinta quanto à idade gestacional, todas as situações em que as interrupções têm fundamento e amparo legais (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2021).

Com foco nas normativas e manuais do Ministério da Saúde brasileiro que abarcam as situações em que interrupções de gravidez não são puníveis no país, evidencia-se a diversificação de nomenclatura e conceituação. Em normas técnicas que abordam as interrupções de gravidezes decorrentes de violência sexual, o aborto é definido como “o produto da concepção eliminado no abortamento”, o qual seria a “interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500g” (BRASIL, 2011a, 2012c). No manual técnico sobre gestação de alto risco é adotada a nomenclatura “interrupção médica

da gestação”, apontando que o uso da palavra “aborto” no Código Penal seria inadequado do ponto de vista médico, já que as interrupções podem acontecer a qualquer momento, não restritas às 22 semanas que caracterizam o abortamento no campo médico (BRASIL, 2012b). A norma técnica que trata da atenção às gestantes de fetos anencéfalos, traz a nomenclatura “interrupção da gestação ou antecipação terapêutica do parto”, o que condiz com a decisão do STF acerca dessas interrupções, não as entendendo como abortos (BRASIL, 2014e). As especificidades de cada uma das causais e sua nomenclatura são dissolvidas, contudo, no uso do CID O04. - “Aborto por razões médicas e legais” nos registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) ou Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

À luz do exposto, e considerando que a tese versará sobre diversos aspectos de interrupções de gravidezes, trazendo informações históricas, do campo direito e da saúde, o termo aborto será prioritariamente adotado, tratando de interrupções de gravidez pela morte do feto ou embrião, independentemente do peso ou tempo gestacional. Por outro lado, ao tratarmos especificamente do cenário de oferta do procedimento no Sistema Único de Saúde brasileiro, adotaremos as nomenclaturas vigentes nos instrumentos de registro dos sistemas de informação ou nas respectivas normas da política de saúde do país.

### **2.1.2 Prática e legalidade do aborto ao longo da história**

O aborto faz parte da vida sexual e reprodutiva das sociedades humanas (RIDDLE, 1992; GALEOTTI, 2007). A prática parece ser difundida nas mais diversas culturas e períodos históricos (BOLTANSKI, 2012). Sua interpretação e lugar social variam de acordo com as estruturas socioeconômicas e ideológicas de cada época e cada região, em especial quanto à concepção sobre os corpos, particularmente os das mulheres, e sobre a vida (GALEOTTI, 2007).

Os indianos conheciam práticas abortivas no 3º milênio a.C. (PAPALEO, 1993), mencionado posteriormente como pecado em suas antigas escrituras Rig Veda, Dharma Sutras e Smritis (MOHAN, 1975). Na China, há citação de receita abortífera em texto médico também do 3º milênio a. C. (BARROSO; DA CUNHA, 1980), sem regulação pelo Estado da prática até 1909 (LUK, 1977). Na Mesopotâmia (RIDDLE, 1992) e entre os assírios há ainda no 2º milênio a.C. registro de penalidades ao aborto provocado (PAPALEO, 1993), o Código de Hamurabi (1728-1686 a.C.) previa multa a ser paga por terceiros que praticassem o aborto (RIDDLE,

1992), e os assírios condenavam a empalamento e a fogueira a mulher que provocasse um aborto (BARROSO; DA CUNHA, 1980; SCHOR; DE ALVARENGA, 1994; RIDDLE, 1992).

Há também registros da prática em papiros egípcios, entre os hebreus, gregos, gauleses e romanos (BARROSO; DA CUNHA, 1980). Entre os egípcios não havia punição. Para os hebreus, o feto era considerado parte do corpo da gestante e as penas a quem praticava o aborto eram leves. Na Grécia, abortos eram praticados extensivamente, com vozes a favor da prática, com vistas ao controle de natalidade e de malformações. Entre os gauleses, o aborto era de direito do genitor do embrião ou feto. Já em Roma, a interpretação da prática variou com o tempo, sendo bem tolerada em períodos de alta natalidade, mas tida como um delito contra a segurança do Estado a partir do declínio do Império. O cristianismo sempre associou o aborto ao assassinato, mas teve períodos em que se concebia que os fetos ganhavam alma no decorrer da gestação, portanto abortos precoces não eram condenados (BARROSO; DA CUNHA, 1980; SCHOR; DE ALVARENGA, 1994).

Na civilização ocidental, a indução do aborto foi tratada da Antiguidade Remota até o século XVIII como uma questão que dizia respeito às mulheres e ao cuidado com seus corpos; ou então do genitor, entendido como proprietário do embrião ou feto. O senso comum não percebia o feto como entidade, mas como parte do corpo materno, de suas entranhas. O desconhecimento sobre o processo gestacional tornava-o menos susceptível ao seu entorno, não havia interesse pelo que se sucedia entre a concepção e o nascimento. Dada a ausência de outras tecnologias, a gestante era a única capaz de atestar sobre a própria gravidez, eram também as mulheres que atuavam nos partos e abortos. O tabu frente à genitália feminina adiou a entrada da medicina nesses processos, além disso, como seguidores de Hipócrates, médicos não entendiam o aborto como prática consoante à profissão<sup>2</sup>. A centralidade das mulheres no processo de gestação, entretanto, não significa que a escolha por sua manutenção ou interrupção fosse livre, uma vez que uma criança nascida sempre teve relevância na comunidade e para seu genitor. Ainda assim, a interrupção de uma gravidez se mantinha em foro privado. Corroborando essa concepção está a escassez de fontes históricas sobre o tema, dado, ainda, situar-se na cultura oral feminina. Há registro, entretanto, do conhecimento sobre o efeito abortivo de algumas plantas em textos romanos e na Grécia antiga (GALEOTTI, 2007; RIDDLE, 1992).

---

<sup>2</sup> Ainda possa ter havido interpretação e tradução demasiado extensivas do juramento de Hipócrates, já que o mesmo não incluía a proibição de qualquer método abortivo, apenas de supositórios vaginais (RIDDLE, 1992).

Ainda no século V a.C., há registros de testemunhos gregos sobre abortos realizados por parteiras ou pelas próprias gestantes, utilizando-se de fármacos, cantos, exercícios físicos e instrumentos mecânicos, com frequentes lesões a órgãos internos e envenenamentos. Influenciados pelos Estoicos, entendia-se o feto como parte do útero, e que ele ganharia alma apenas quando respirasse ar fresco. Tal ideia encontrava oposição entre filósofos, mas era a mais difundida. Ainda assim, os Estoicos não eram a favor do aborto por entendê-lo como interrupção do curso da natureza (GALEOTTI, 2007). Platão fala de medidas pela estabilidade populacional e cita o aborto como uma prática conhecida por parteiras, já Aristóteles defendia objetivamente o aborto antes “do começo da vida”<sup>3</sup> visando o controle de natalidade (RIDDLE, 1992). Não existiam leis punitivas ao aborto em si, entretanto, era passível de punição caso fosse de encontro aos interesses masculinos, ou seja, o crime não dizia respeito ao direito feminino, ou ao do feto. Dessa forma, em caso de consenso masculino, o aborto não era criminalizado (GALEOTTI, 2007).

Em Roma, durante todo o período clássico, o aborto também não era punido e o feto não era visto como autônomo, mas parte do corpo materno, ainda assim, de direito paterno. A primeira sanção explícita ao aborto em Roma se deu no século II d.C., introduzindo a custódia jurídica do ventre feminino a seu marido (GALEOTTI, 2007).

A partir da Idade Antiga tardia, com o judaísmo e posteriormente o cristianismo, começa uma oposição estruturada à prática do aborto por entendê-lo como interrupção de uma obra divina, com isso o foco sai do interesse paterno e passa ao feto em si. Desse momento até a Idade Média, os sucintos e imprecisos registros que se têm sobre isso provinham de clérigos e confessores (GALEOTTI, 2007).

Há registros também de práticas abortivas na África Subsaariana e nas Américas desde as invasões europeias (ACEVEDO, 1979; BRADFORD, 1991; PAPALEO, 1993), bem como na cultura dos povos originários remanescentes (MOLINA, 1999). Especificamente no Brasil, o aborto foi documentado como prática comum entre as mulheres indígenas desde a invasão portuguesa (DEL PRIORE, 1993; PAPALEO, 1993), sendo registradas já nas cartas do Padre José de Anchieta (ANCHIETA, 1933). Nessas regiões submetidas à colonização, a legislação em relação ao aborto variou de acordo com a legislação do respectivo país europeu colonizador. Assim, era legal o aborto precoce nas colônias inglesas; proibido, mas tolerado nas colônias

---

<sup>3</sup> Nesse caso, antes da metade do segundo trimestre (RIDDLE, 1992). Essa concepção, entretanto, também varia na história, entre locais e culturas, especialmente associada a diferentes religiões (VILLELA; BARBOSA, 2011; RIDDLE, 1992).

francesas; e totalmente proibido nas portuguesas e espanholas. Destaca-se, contudo, em especial nas Américas, a escravização durante esse período, o que fazia com que as pessoas escravizadas fossem tidas como propriedade e estivessem sujeitas às normas de seus “donos” mais do que à legislação local (ACEVEDO, 1979).

Com o avanço científico dos séculos XVII e XVIII no que diz respeito à fecundação e ao desenvolvimento embrionário, o feto deixa de ser entendido como um apêndice ao corpo de gestante e passa a ser visto como uma entidade autônoma. Essa mudança de concepção faz com que pela primeira vez entenda-se que na gestação e no aborto haveria interesses em conflito entre duas entidades: a gestante e o feto. É também nesse momento que os homens e a ciência moderna entram nas cenas de parto, ao mesmo tempo em que as parteiras vão sendo estigmatizadas como ignorantes (GALEOTTI, 2007) e lidas como cúmplices nos abortos (FEDERICI, 2017).

Soma-se a essas mudanças o impacto de guerras, invasões e pestes sobre a quantidade populacional dos países europeus, implicando em menos trabalhadores e soldados. Dessa forma, a partir da Revolução Francesa e do surgimento dos Estados nacionais, o aborto começa a ser tratado como interesse público, com intervenção extensiva dos Estados sobre a prática. A partir de então, se desenha a tendência de privilegiar a proteção ao feto sobre a proteção às mulheres, com repressão ao aborto na Europa (GALEOTTI, 2007; FEDERICI, 2017).

No mesmo período, nas regiões americanas ainda colônias europeias, as mulheres africanas escravizadas eram submetidas a inúmeras violências, dentre as quais incluía-se a violência sexual. Com a proibição do tráfico de pessoas negras a serem escravizadas na região, inicia-se a prática de “criação de escravos” a partir das pessoas já escravizadas, com reprodução forçada, ampliando a violência sexual (ACEVEDO, 1979; FEDERICI, 2017). As taxas de natalidade, entretanto, eram muito mais baixas do que o esperado, o que pode ter relação com as péssimas condições de saúde, assim como com práticas contraceptivas e abortivas (FEDERICI, 2017).

Com a onda nacionalista após a Primeira Guerra Mundial, tendo o crescimento demográfico como condição ao desenvolvimento econômico e alargamento territorial de um país, a repressão à contracepção e ao aborto torna-se ainda mais forte na Europa. Como exceções ao clima repressivo, o aborto deixou de ser criminalizado na União Soviética em 1920, mas se torna novamente proibido em 1936 com Stalin (GALEOTTI, 2007; TIETZE, 1967); na Espanha, um decreto catalão de 1936 autoriza o aborto, entretanto, é suplantado em 1941 pelo

regime franquista (GALEOTTI, 2007; MEDINA, 2018). Outra particularidade na Europa é a legislação nazista que, visando o “aperfeiçoamento da raça”, penalizava o aborto entre arianas (pena dada não às mulheres, mas a quem o praticava), e o autorizava oficialmente em mulheres “de raça inferior” (GALEOTTI, 2007).

No Japão, a legalização do aborto se deu em 1948, após os bombardeamentos atômicos sofridos, quando passou-se a oferecer maior tutela à gestante que ao feto (GALEOTTI, 2007). Na China, em 1953 foi tornado legal o aborto em caso de risco à saúde materna, intervalo muito curto desde o último filho e dificuldade anterior na amamentação (RIGDON, 1996); em 1957, foi legalizado em qualquer caso até o terceiro mês de gestação (LUK, 1977)<sup>4</sup>. Na maioria dos países do Oriente Médio e no continente africano a prática manteve-se proibida (PRADO, 2007).

Nos anos 60, os países socialistas escandinavos já permitiam o aborto (BARROSO; DA CUNHA, 1980; DAVID, 1992; SCHOR; DE ALVARENGA, 1994; TIETZE, 1967). Com a nomeada Segunda Onda do feminismo originada especialmente na França e nos EUA, ainda na década de 60, aumentam as pressões pela legalização do aborto. Nesse momento, a luta por mudanças nos papéis e relações de gênero abarcou direitos reprodutivos e influenciou mudanças institucionais, como a legalização do aborto, especialmente nos países do norte global (PINTO, 2010; DAVID, 1992).

Exceto Cuba, que legalizou a prática em 1965, a América Latina não acompanhou a tendência de despenalização ou legalização dos anos 60, talvez por sua forte influência católica, talvez por ter nesse período entrado em regimes autoritários (BARROSO; DA CUNHA, 1980). De todo modo, a Guiana Francesa, como território francês, e Porto Rico, como Estado Livre Associado aos EUA, tiveram a despenalização em seus territórios regidas pelas legislações daqueles países. Quanto ao Oriente Médio e norte da África, a Tunísia, recém independente, regulamentou o aborto sob demanda em 1965 para mulheres com ao menos cinco filhos vivos e autorização do marido, condicionalidades extintas em 1973; em 1983 a Turquia também legalizou o aborto até a décima semana de gestação. Passados mais de 30 anos, essas continuam sendo as legislações mais permissivas da região (HESSINI, 2007).

---

<sup>4</sup> A partir do final dos anos 70, com os esforços do governo chinês pelo controle populacional e posteriormente com a política do filho único imposta à etnia Han, o aborto passa a ter relevante papel no controle de natalidade imposto pelo Estado. Ainda que na normativa o abortamento compulsório fosse ilegal, pessoas com gestações não autorizadas careciam de alternativas que não sua interrupção (RIGDON, 1996).

No âmbito dos acordos internacionais, o aborto entra em pauta na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) das Nações Unidas, realizada no Cairo em 1994, em que, entre os compromissos assumidos pelos países, consta que todos os abortos se deem de forma segura, inclusive os ilegais (NAÇÕES UNIDAS, 1994). Houve, contudo, reservas emitidas por 20 Estados, em sua maioria islâmicos e católicos (ARILHA; BERQUÓ, 2015). No ano seguinte, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, tem em sua Declaração e Plataforma de Ação que os países considerem “a possibilidade de rever as leis que preveem medidas punitivas contra as mulheres que tenham se submetido a abortos ilegais” (NAÇÕES UNIDAS, 1995).

A CIPD influenciou em grande medida os países da África subsaariana, os quais em sua maioria mantinham até então leis coloniais pré-independência restritivas ao aborto (BROOKMAN-AMISSAH; MOYO, 2004). Na África do Sul, por exemplo, no processo de transição democrática, os direitos reprodutivos e a equidade de gêneros tiveram destaque. Dessa forma, consta em sua Constituição de 1996 o direito ao aborto sob demanda até a vigésima semana de gestação (ALBERTYN, 2015). Outros países como Burkina Faso, Guiné, Chade, Mali, Benim e Etiópia ampliaram as possibilidades legais de interrupção nos dez anos subsequentes à CIPD, ainda que não tenham legalizado o procedimento em todos os casos (MAYALL; FINE, 2014).

O movimento de legalização do aborto após CIPD se deu também em outras regiões do mundo, podendo ser citados Albânia e Suíça, na Europa; Camboja e Nepal na Ásia; assim como Guiana e Santa Lúcia na América Latina e Caribe (MAYALL; FINE, 2014).

Nas décadas seguintes, no restante da América Latina vêm se dando novas aberturas graduais nas legislações. Na Colômbia, em 2006, foram estabelecidas situações em que a interrupção da gravidez passou a ser legal, e em 2022 o aborto foi descriminalizado até as 24 semanas de gestação (COLOMBIA, 2022). Na Bolívia em 2014 (BOLIVIA, 2014), no Chile em 2017 (CHILE, 2017) e no Equador em 2022 (SALA DE PRENSA, 2022) também foram ampliadas as situações de legalidade para a realização do aborto. No Distrito Federal do México, a Cidade do México, em 2007, foi legalizado o aborto até a 12ª semana de gestação (TORRES, 2012), no estado de Oaxaca o aborto foi despenalizado em 2019 (GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE OAXACA, 2019) e em 2021 a criminalização do aborto foi declarada inconstitucional em todo o país (MEXICO, 2021). No Uruguai, o aborto foi legalizado em 2012 também nas primeiras 12 semanas de gestação (CHILE, 2017). Na

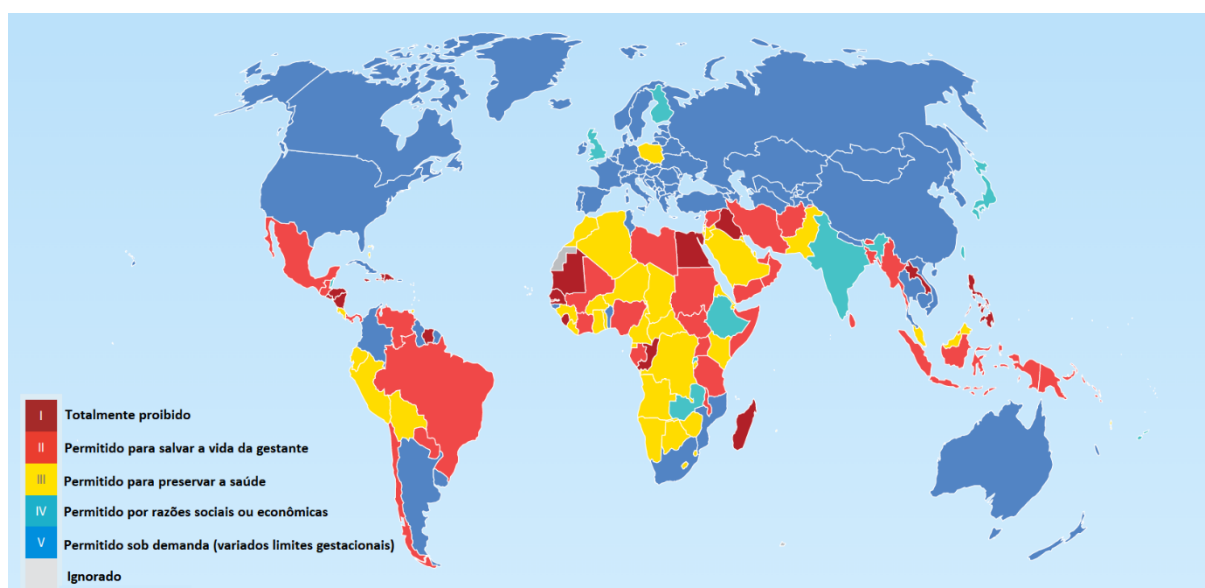
Argentina, em 2020, a interrupção da gestação até as 14 semanas foi legalizada (HONORABLE SENADO DE LA NACIÓN ARGENTINA, 2020) após campanha nacional de movimentos sociais de mais de 15 anos (CAMPAÑA NACIONAL POR EL DERECHO AL ABORTO LEGAL SEGURO Y GRATUITO, 2021). Mesmo tendo leis majoritariamente restritivas ao aborto, a América Latina é a região com maior incidência do procedimento (SEDGH et al., 2016) e com o maior percentual de interrupções inseguras (GANATRA et al., 2017).

Em fevereiro de 2021, de acordo com o *Center for Reproductive Rights* (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2021), 5% das mulheres no mundo viviam em países onde o aborto era totalmente proibido, 22% onde era permitido apenas para salvar a vida da gestante, 14% em países onde o aborto era legal para a proteção da saúde materna, 23% em países que permitiam o procedimento por razões socioeconômicas, como idade, condição financeira e estado civil, e 36% das mulheres viviam em países onde o aborto era legal e independia de motivo. Na figura 1, reproduzida do *The World's Abortion Laws* do *Center for Reproductive Rights* está ilustrada a disposição geográfica dos grupos supracitados em maio de 2022.

Fica evidenciado que a legislação quanto ao aborto varia entre os países no mundo, sendo em geral menos restritiva em países de alta renda do norte global (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2021). A legislação, entretanto, não é o único fator determinante do acesso ao procedimento seguro, sendo atravessado também por fatores culturais, como a estigmatização do procedimento, o acesso à informação, o acesso econômico e a disponibilidade de serviços (GANATRA et al., 2017; PRADO, 2007). As diferentes concepções e narrativas sobre o aborto que se desenharam ao longo da história ainda se fazem presentes nos entendimentos sobre a prática nas diferentes culturas. Assim, interagem noções religiosas, de estado, de direito à autonomia e de saúde pública, que em muitos casos polarizam o debate, afetam o entendimento comum de grupos e as legislações sobre o tema (PRADO, 2007).



Figura 1 - Mapa mundi apresentando os países conforme a restritividade de suas leis relacionadas ao aborto em maio de 2022 (The World's Abortion Laws).



Fonte: *Center for Reproductive Rights, 2022*<sup>5</sup>.

### 2.1.3 Características e magnitude do aborto

A OMS classifica os abortos entre seguros e inseguros, subdividindo os últimos entre menos seguros e pouco seguros. Os seguros seriam aqueles realizados por pessoas treinadas usando métodos recomendados pela OMS que estejam de acordo com o tempo gestacional; os menos seguros e pouco seguros seriam os realizados por pessoas treinadas usando métodos não recomendados pela OMS, ou usando métodos recomendados, mas sem informação adequada; e os pouco seguros seriam aqueles realizados por pessoas não treinadas usando métodos perigosos ou invasivos (GANATRA et al., 2017).

Os abortos realizados em condições seguras têm taxas de mortalidade materna inferiores às do parto (RAYMOND; GRIMES, 2012). Ao mesmo tempo, nos abortos inseguros, o risco de morte é centenas de vezes maior (AHMAN; SHAH, 2011). De todo modo, a morbidade e mortalidade associadas ao aborto inseguro variam de acordo com a estrutura em que é realizado, a habilidade de quem o realiza, o método, o estado de saúde da gestante, o tempo de gestação e a disponibilidade de serviços de emergência de qualidade (AHMAN; SHAH, 2011).

<sup>5</sup> Disponível em: <<https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>>. Acesso em 14 de maio de 2022.

Os métodos, doses e manejo recomendados pela OMS dependem do tempo gestacional e envolvem aspiração a vácuo ou dilatação e evacuação, ambos com preparação do colo uterino e tratamento antibiótico profilático; ou método medicamentoso com mifepristona mais misoprostol ou apenas misoprostol (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Em contrapartida, intervenções inseguras podem ser mecânicas ou químicas, como inserção no útero de instrumentos pontiagudos, ervas e saponáceos; curetagem rudimentar; ingestão de substâncias tóxicas; e força externa sobre o baixo abdômen (AHMAN; SHAH, 2011; PRADO, 2007). Suas complicações incluem hemorragias, sepse, peritonite e lesão no útero, na vagina e nos órgãos abdominais (GRIMES et al., 2006), e podem chegar a levar à infertilidade (SINGH, 2006) e ao óbito (GRIMES et al., 2006).

Pontua-se, ainda, que a segurança do aborto não deriva necessariamente da legalidade ou não do procedimento. Ainda que a segurança da intervenção esteja majoritariamente, no mundo, acompanhada pela sua legalidade, essa não é uma regra (GANATRA et al., 2017). Ou seja, o aborto pode ser legal, mas se dar em condições inseguras, seja por falta de infraestrutura ou profissionais treinados, como relatado em contextos na Índia (HIRVE, 2004). Ao mesmo tempo, ainda que em contextos de ilegalidade, se dão abortos de forma clandestina, porém segura. Esse é muitas vezes o caso das classes abastadas no Brasil que se submetem a procedimentos em clínicas clandestinas bem equipadas e com profissionais competentes (BRASIL, 2009a), ou acessam aborto medicamentoso também de forma clandestina (LÖWY; CORRÊA, 2020).

Estima-se que entre os anos 2010 e 2014 aconteceram anualmente 55,7 milhões de abortos no mundo, sendo que somente 54,9% deles se deram de forma segura. A proporção de abortos não-seguros foi significativamente maior em países em desenvolvimento, onde 49,5% foram inseguros, concentrando 97,0% dos procedimentos inseguros do mundo. Nos países com legislações restritivas à prática, onde o aborto é totalmente proibido ou permitido apenas para salvar a vida da gestante ou preservar sua saúde física, 74,8% dos abortos realizados se deram de forma insegura.

A América Latina foi a região com maior percentual de abortos inseguros, onde 76,4% dos procedimentos se deram em condições inadequadas. Apesar dos riscos envolvidos no procedimento na região, a América do Sul e Caribe foram as sub-regiões com maior incidência de abortos no mundo (GANATRA et al., 2017). Os procedimentos realizados na América Latina, contudo, eram em sua maioria classificados como menos seguros, ou seja, realizados

por pessoas treinadas usando métodos não recomendados pela OMS, ou usando métodos recomendados, mas sem informação adequada (GANATRA et al., 2017). Por sua vez, a África, segunda região com maior percentual de abortos inseguros no mundo (75,6%), tinha a maioria dos procedimentos classificados como pouco seguros, realizados por pessoas não treinadas usando métodos perigosos ou invasivos. Tal diferença entre regiões se viu refletida na taxa de letalidade do procedimento: sub-regiões africanas tiveram as maiores taxas de letalidade do mundo, o que não se repetiu com as sub-regiões da América Latina. Considerando todas as sub-regiões no mundo, não houve associação significativa entre a proporção de abortos inseguros como um todo e a taxa de letalidade, mas sim entre abortos pouco seguros e a taxa de letalidade decorrente de abortos (GANATRA et al., 2017).

Estima-se que entre 20% a 50% das pessoas que passam por abortos inseguros são hospitalizadas por complicações (GRIMES et al., 2006). Destaca-se, todavia, que nem todas as pessoas com complicações recorrem ao hospital, seja por medo de violência obstétrica (AHMAN; SHAH, 2011; GOES et al., 2020; PERERA et al., 2021) ou represálias legais (AHMAN; SHAH, 2011), por falta de dinheiro ou questões logísticas (GOES et al., 2020; PERERA et al., 2021), estigma ou vergonha (PERERA et al., 2021). No período de 1998 a 2014, em contextos de acesso limitado ao aborto, entre as pessoas que buscaram um hospital em consequência de aborto provocado, hemorragia severa foi a complicação mais comum e esteve presente em 23% dos casos atendidos, seguido por infecção (18,3%), lesões (5,6%), e anemia (12,4%). Aproximadamente 1,5% dessas mulheres hospitalizadas foram a óbito (CALVERT et al., 2018).

Especificamente na América Latina e Caribe, entre pessoas que apresentaram complicações relacionadas ao aborto e foram até estabelecimentos públicos de saúde entre junho de 2018 e janeiro de 2019, 46,3% tinham complicações leves, 49,5% moderadas e 3,1% potencialmente fatais, 1,1% apresentaram *near-miss* e 0,2% foram a óbito (ROMERO et al., 2021).

Estima-se que as mortes devidas ao aborto inseguro correspondam a cerca de 13% de todas as mortes maternas no mundo; em 2008, seriam 47.000 óbitos devidos ao procedimento inseguro, ou seja, 30 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade materna por essa causa, entretanto, varia entre as regiões, sendo um óbito materno a cada 100 mil nascidos vivos na Europa, e 80 por 100 mil nascidos vivos na África. A América Latina

apresentou taxa inferior à mundial, com 10 óbitos maternos devido a aborto inseguro a cada 100 mil nascidos vivos (AHMAN; SHAH, 2011).

A baixa mortalidade por aborto na América Latina contrasta com alta taxa de realização do procedimento e alto percentual de abortos inseguros na região. A baixa mortalidade, contudo, tem sido parcialmente atribuída ao uso difundido de misoprostol como método, evitando procedimentos invasivos e, portanto, decorrendo em menor proporção de óbitos (DZUBA; WINIKOFF; PEÑA, 2013; GANATRA et al., 2017).

## 2.2 ABORTO NO BRASIL

O Brasil apresenta particularidades em seu processo histórico de normatização do aborto e de outras interrupções de gestações, este processo, atravessado por distintas forças políticas e sociais, é descrito na presente seção. Evidentemente, a norma vigente se faz refletir na realidade que gestantes encontram para interromper a gravidez e no cenário mais amplo de saúde pública no país, ambos os pontos também são tratados a seguir.

### 2.2.1 Normatização acerca de interrupção de gravidez

Com a colonização, é trazida ao Brasil a ordem jurídica vigente em Portugal, as Ordenações do Reino. As Ordenações Afonsinas estiveram vigentes a partir do ano 1446, as Manuelinas a partir de 1521 e as Filipinas datam de 1603. Em nenhuma das três Ordenações o aborto tinha menção específica. Apenas as Ordenações Filipinas tiveram aplicação no Brasil, elas eram as vigentes em Portugal no momento da vinda da família real, e tornaram-se o primeiro estatuto jurídico do território. As Ordenações Filipinas estavam fortemente preocupadas com a restrição das práticas sexuais à reprodução e dentro de uma família conjugal (DA SILVA, 1985). Dessa forma, embora não mencionassem aborto como um delito, ele era vigiado, pois julgava-se que podia dissimular um adultério (DE CASTELBAJAC, 2010).

A Igreja posicionou-se como égide moralizadora nas terras colonizadas, e, como tal, condenava o aborto a partir da imagem de uma mulher que mata sua prole e a priva de batismo (DEL PRIORE, 1993). Da mesma forma, nesse período, a medicina posiciona-se moralmente avessa ao procedimento, relatando a prática com repugnância e em última instância culpando

as mulheres, suas “paixões” e “enfermidades morais” pelos abortos provocados (DEL PRIORE, 1993).

O aborto passou a ser citado na legislação e criminalizado no Brasil a partir do Código Criminal de 1830, que previa punição para a prática de terceiros e aos fornecedores de meios para a indução do aborto, não mencionando, entretanto, o autoaborto (ANIS-INSTITUTO DE BIOÉTICA, DIREITOS HUMANOS E GÊNERO, 2012; IMPERIO DO BRAZIL, 1830).

Em 1889, com a instauração da República, o Estado declara-se laico, afetando diretamente o poder outorgado à Igreja Católica. Essa, por sua vez, continua proferindo esforços a fim de manter-se no papel de reguladora da moral e dos costumes (LEOCÁDIO, 2006). Mesmo com a perda do poder religioso, no Código Penal de 1890 o aborto continua criminalizado, incluindo agora o autoaborto, mas passa a prever exceção para o “aborto legal ou aborto necessário” para salvar a vida da gestante (ANIS-INSTITUTO DE BIOÉTICA, DIREITOS HUMANOS E GÊNERO, 2012). Previa-se, ainda, redução de pena para as mulheres que abortassem para “ocultar desonra própria” (REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL, 1890).

Nas primeiras décadas do século XX, é enfatizada a necessidade de contingente populacional para o povoamento do território nacional e manutenção de mão de obra após a abolição da escravatura no país ocorrida em 1888. Assim, a alta taxa de natalidade era essencial para a manutenção dos interesses dominantes, tornando também essencial a condenação do aborto e da contracepção (LEOCÁDIO, 2006).

O direito à escolha pelo aborto não era uma pauta apoiada ou defendida amplamente pela população como um todo ou pelas mulheres brasileiras, mesmo aquelas politicamente organizadas. Os focos de militância de movimentos sociais de mulheres nessas primeiras décadas de 1900 concentravam-se no direito ao voto e à educação (LEOCÁDIO, 2006).

O atual Código Penal, de 1940, foi elaborado à luz das legislações europeias e mantém a penalização ao aborto no país, conservando a exceção caso o procedimento seja necessário para salvar a vida da gestante, e incorporou a exceção para gravidezes decorrentes de estupro (BRASIL, 1940). A Lei das Contravenções Penais de 1941 prevê também punição para o anúncio de processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto ou evitar gravidez (BRASIL, 1941a), sendo esse último tema retirado em 1979 pelo Congresso Nacional (BRASIL, 1979).

A exceção de punibilidade ao aborto decorrente de estupro no Código Penal não tinha como preocupação os direitos reprodutivos das mulheres, mas sim a proteção das famílias contra a humilhação de ter um filho bastardo fruto da violência, assim como a prevenção da perpetuação da genética de um criminoso (LEOCÁDIO, 2006).

Desde a abertura do Congresso Nacional, com o fim do Estado Novo, até a Assembleia Nacional Constituinte, foram apresentados 30 projetos de lei sobre aborto, em sua maioria contrários às exceções de punibilidade previstas no Código Penal (ÁVILA; PORTELLA; FERREIRA, 2005).

O período de redemocratização, ao final da ditadura militar iniciada em 1964, foi também momento de grande mobilização dos movimentos sociais. Assim, nos anos 80 formam-se diversos coletivos em todas as regiões do país engajados em lutas variadas como o combate à violência, ao racismo, pelo direito à terra e ao trabalho. Nesse contexto, e em interação profícua com diversos outros coletivos, o movimento feminista também retoma corpo e atuação, ganhando espaço político no processo de redemocratização do país (PINTO, 2010). Em decorrência desses movimentos, em 1984 o Conselho Nacional da Condição da Mulher foi criado e promoveu junto aos movimentos sociais uma campanha de sucesso pela inclusão dos direitos das mulheres na nova Constituição, de 1988, a qual é uma das que mais garante direitos para a mulher no mundo (PINTO, 2010).

Durante a Assembleia Nacional Constituinte, o tema do aborto entrou novamente em pauta, foram apresentadas emendas populares pela sua legalização, porém, mesmo sob forte pressão de movimentos sociais, o tema foi considerado demasiado polêmico e não constou na nova Constituição (ÁVILA; PORTELLA; FERREIRA, 2005).

Apesar de o aborto não ser penalizado nas gravidezes decorrentes de estupro ou nos casos de risco de vida à gestante desde 1940 (BRASIL, 1940), foi apenas com a redemocratização que passaram a ser instituídos serviços de aborto previsto em lei. Em 1989, por meio da Portaria Municipal nº692 de 1989 (SÃO PAULO, 1989), o município de São Paulo passou a oferecer o procedimento no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya, o primeiro serviço inaugurado no país (ARAÚJO, 1993; TALIB, 2006).

Nos anos 90, as lutas do movimento feminista tiveram a adesão crescente de outros segmentos sociais, como profissionais de saúde, juristas e parlamentares (PINTO, 2010). A aliança se faz ver com a apresentação no Congresso Nacional de diversos projetos pela flexibilização da legislação penal quanto ao aborto naquela década. Tais propostas, entretanto,

não seguiram tramitação ou não foram aprovadas. Por exemplo, o Projeto de Lei (PL) 020/91, pela obrigatoriedade de que o SUS realizasse a interrupção nos casos previsto em lei, nem chegou a ser votado (JORGE, 1991). Nesse período destaca-se que, ainda em 1995, foi proposta uma emenda constitucional (CAVALCANTI, 1995) a fim de garantir a inviolabilidade do direito à vida desde a sua concepção. Alteração essa que afetaria as exceções à punibilidade do aborto e discussões futuras sobre a legalização do procedimento. A proposta chegou a ser votada em comissões e no Plenário da Câmara, mas acabou rejeitada (ÁVILA; PORTELLA; FERREIRA, 2005).

Também nos anos 90, com a ampliação da utilização de ultrassonografia no pré-natal (CHAZAN, 2007) e a conseqüente possibilidade de diagnóstico de anomalias fetais incompatíveis com a vida extrauterina (COOK et al., 2008), passa a haver solicitações e autorizações judiciais para a interrupção de gestações em caso de malformações fetais graves, inclusive anencefalia (DINIZ, 2003, 2009; DINIZ et al., 2009; FONSECA et al., 2020; NOMURA et al., 2011).

Em 1997 foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a Resolução 258/1997 pela regulamentação e normatização do atendimento aos casos de aborto legal no SUS (ARILHA; BERQUÓ, 2015; BRASIL, 1997). Dois anos mais tarde, a resolução foi atendida, sendo publicada em 1999 a primeira Norma Técnica do Ministério da Saúde que tratava do abortamento em gravidezes decorrentes de violência sexual (BRASIL, 1999a).

Nos anos 2000, o debate sobre o aborto manteve-se ativo no Parlamento, com iniciativas que buscavam ampliar os permissivos legais ou descriminalizar a prática, mas também iniciativas que buscavam impedi-la em qualquer caso ou aumentar as penas. Desde então, percebe-se novamente a preponderância de propostas conservadoras, as quais vinculam-se a congressistas ligados a vertentes religiosas (ÁVILA; PORTELLA; FERREIRA, 2005).

No Congresso, projetos que ampliam as situações em que o aborto não é punido ou que visam a descriminalização da prática vêm sendo arquivados ou são barrados nas comissões legislativas (MIGUEL; BIROLI; MARIANO, 2017). O movimento do Congresso Nacional sentido à ampliação da criminalização de qualquer interrupção de gravidez é ilustrado pelo registro em 2005 de uma Frente Parlamentar<sup>6</sup> contra o aborto na Câmara dos Deputados. A mesma Frente foi registrada também nas legislaturas subsequentes e acompanhada por novas

---

<sup>6</sup> Uma Frente Parlamentar é uma associação suprapartidária e depende da adesão de ao menos um terço dos parlamentares para que seja constituída (BRASIL, 2005a).

Frentes com os mesmos objetivos, são eles: estimular que a gravidez resultante de estupro não seja interrompida, revogar as exceções à proibição do aborto, ampliar as penas para o aborto ilegal, criar um cadastro nacional de grávidas visando monitorar e perseguir aquelas que optam pelo aborto (MIGUEL; BIROLI; MARIANO, 2017).

Ainda ilustrando a resistência no Congresso, em 2005 foi estruturada uma Comissão Tripartite coordenada pela então Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para a Revisão da Legislação sobre a interrupção voluntária da gravidez que elaborou uma proposta de projeto de lei para a descriminalização do aborto no país. A proposta foi apresentada ao Congresso, consolidada a um Projeto de Lei, mas arquivada em 2008 (ARILHA; BERQUÓ, 2015).

Também no Executivo, em 2009 foi apresentado o terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) que incluía o apoio à descriminalização do aborto (BRASIL, 2009b). O plano como um todo não foi bem aceito e gerou reações que se materializaram em agendas neoconservadoras (KALIL, 2020).

No Poder Judiciário, em 2012, por meio da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54 apresentada em 2004, o STF decidiu pela não criminalização da interrupção das gestações em caso de anencefalia do feto (BRASIL, 2012a). A decisão tornou desnecessária a judicialização de cada interrupção de gravidez de feto anencéfalo, o que vinha acontecendo desde os anos 90 (DINIZ, 2009).

Outra iniciativa do Poder Executivo que gerou reação e pressão de grupos religiosos, inclusive no Parlamento (MIGUEL; BIROLI; MARIANO, 2017), foi a Portaria 415 de 2014 do Ministério da Saúde. A portaria incluía a interrupção da gravidez e a antecipação terapêutica do parto previstas em lei na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (BRASIL, 2014b). Com as reações, a portaria foi revogada uma semana após sua publicação (MIGUEL; BIROLI; MARIANO, 2017).

Novamente no Poder Judiciário, em 2016 a primeira turma do STF, diante de um caso específico, decidiu pela não punição por aborto nos três primeiros meses de gestação, abrindo a possibilidade de que a interpretação fosse estendida a outros casos (MIGUEL; BIROLI; MARIANO, 2017).

Já em 2017, foi ajuizada a ADPF nº442 no STF pela descriminalização do aborto provocado, entendendo que os dispositivos do Código Penal de 1940 violam os princípios e direitos fundamentais garantidos na posterior Constituição Federal de 1988 (MIGUEL;



BIROLI; MARIANO, 2017). Em agosto de 2018, foi promovida pelo STF uma audiência pública sobre o tema, contudo, até o fim de 2021 não havia data prevista para o julgamento da ação.

Em 2018, com a eleição à Presidência da República, ganha força o movimento contra a oferta de interrupção legal de gravidez e a descriminalização do aborto. Os mesmos setores que vinham crescendo no Congresso Nacional, o que se fazia aparente pelas citadas Frentes Parlamentares em oposição ao aborto, alcançam o Poder Executivo no país. A campanha e a gestão do Presidente têm centralidade em pautas morais e colocam-se como conservadoras quanto aos costumes, com abordagem frequente da temática do aborto nessa vertente (MARIANO; GERARDI, 2019; SIEDER et al., 2019). A partir dessa nova configuração, as políticas dos órgãos executivos passam também a estar sujeitas às tendências contra a interrupção de gestação, dentre eles, e especialmente, o Ministério da Saúde<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Durante a epidemia de Covid-19, em junho de 2020, a Coordenação de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde elaborou uma nota técnica (Nota Técnica 16/2020) que abordava a necessidade de manutenção de serviços de saúde sexual e reprodutiva durante a epidemia no Brasil (BRASIL, 2020f). A nota, que cita de forma explícita a interrupção de gestação nos casos previstos em lei, não chegou a ser publicada. O Presidente da República manifestou-se argumentando que no Brasil não havia aborto legal e que é contrário à prática (R7, 2020). Na mesma semana, se deu a exoneração de dois dos três servidores que assinaram a nota (BRASIL, 2020a; 2020b). Ainda no mesmo mês, foram nomeados dois Secretários no Ministério da Saúde com defesas contumazes contra o aborto para a Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde e para a Secretaria da Atenção Primária, pasta à qual está subordinada a Coordenação de Saúde das Mulheres (BRASIL, 2020g; 2020h; GRAEML, 2020). Em agosto, foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 2.282/2020 que tornava obrigatória a notificação à autoridade policial do estupro sofrido pelas gestantes que recorressem ao aborto previsto em lei e preservação de evidências materiais do crime de estupro a serem entregues à autoridade policial, mencionava a visualização o feto pela gestante em exame de ultrassonografia e trazia o detalhamento desproporcional dos riscos do procedimento no termo de consentimento livre e esclarecido a ser assinado pela gestante (BRASIL, 2020c). No mês seguinte, após pressão da sociedade civil e antes do julgamento de liminar pela suspensão da eficácia da norma pelo STF (NOTÍCIAS STF, 2020), com a Portaria nº 2.561/2020, a notificação obrigatória passou a comunicação à autoridade policial, sendo mantida no texto a preservação de evidências materiais para entrega à autoridade policial ou peritos; já os dois últimos pontos foram suprimidos (BRASIL, 2020d). Em outubro de 2020, foi publicado o Decreto 10.531, instituindo a Estratégia Federal de Desenvolvimento para o Brasil no período de 2020 a 2031, em que consta o direito à vida desde a concepção (BRASIL, 2020i). Esse argumento é comumente evocado em Propostas de Emenda à Constituição e Projetos de Lei que buscam revogar a não punibilidade do aborto em gestações decorrentes de estupro ou de risco de vida para a gestante do Código Penal de 1940 ou prevenir a legalização do aborto no Brasil (CUNHA, 2012; LIMA, 2002; TONIELLO; BARROS, 2019). Também em outubro de 2020, o Brasil liderou e assinou juntamente a outras 31 nações a chamada Declaração de Consenso de Genebra pela promoção da saúde das mulheres e o fortalecimento da família. O documento marca posição contrária ao aborto (RODRIGUES, 2020; MINISTERS AND HIGH REPRESENTATIVES OF GOVERNMENTS, 2020). Já em 2021, a ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos defendeu o direito à vida desde a concepção em discurso no Conselho de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) (KWEITEL; ASANO, 2021). Em abril, o mesmo ministério lançou uma consulta pública acerca da Criação do Dia Nacional do Nascituro e de Conscientização sobre os Riscos do Aborto (BRASIL, 2021a), o que no mesmo ano se concretizou em um Projeto de Lei apresentado pelo Poder Executivo (BRASIL, 2021b). Ainda em junho de 2021, o Ministério da Saúde publicou uma nota informativa condenando o uso da telemedicina para viabilização do acesso ao aborto previsto em lei no país (BRASIL, 2021c), ainda que tenha havido normatização sobre a instituição temporária da telemedicina

A mesma posição marca a legislatura na Câmara dos Deputados. Em três anos (janeiro de 2019 a dezembro de 2021) foram apresentados 27 Projetos de Lei (PL) que tinham em sua ementa ou indexação a palavra aborto. Dos PL, 15 tratavam de aumento de pena, proibição total do aborto, imposição de barreiras de acesso ao aborto legal ou de punição a ações associadas ao aborto, um tratava da criação de proteção aos serviços de aborto legal e 11 de outros temas periféricos (BRASIL, 2022b). Tramitava, em dezembro de 2021, o PL 882/2015 que propõe a legalização da interrupção voluntária da gravidez até a vigésima segunda semana (MIGUEL; BIROLI; MARIANO, 2017), desarquivado em 2019 (WYLLYS, 2015). Dentre os outros projetos de lei em tramitação destacam-se o PL 2.893/2019 que revoga a não punibilidade do aborto nas gravidezes decorrentes de estupro e de risco à vida da gestante (TONIELLO; BARROS, 2019), e o PL 478/2007 e seus apensos que defendem a natureza humana desde a concepção e proteção jurídica ao conceito, criminalizando a apologia ao aborto ou a quem o praticou, a incitação pública à prática, assim como a indução ou oferta do procedimento (BASSUMA; MARTINI, 2007; MIGUEL; BIROLI; MARIANO, 2017).

Quanto ao poder Judiciário nesse contexto, em maio de 2020 a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5581 foi julgada improcedente pelo STF, portanto indeferida sem ter o mérito julgado. A ADI havia sido ajuizada em 2016 pela Associação Nacional dos Defensores Públicos, em articulação com pesquisadores, militantes e juristas, e tratava de políticas públicas visando justiça reprodutiva em meio à epidemia de Zika no Brasil. Em síntese, estavam incluídos na ADI o acesso à contracepção, à proteção contra o Zika para gestantes, ao diagnóstico de Zika, à autorização de interrupção da gravidez a mulheres afetadas pelo Zika vírus, e o acesso a recursos financeiros e de saúde para pessoas com desordens neurológicas decorrentes de síndrome congênita Zika vírus (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DEFENSORES PÚBLICOS (ANADep), 2016)<sup>8</sup>.

---

no Brasil (BRASIL, 2020e; 2020j) e a entrega de medicamentos sujeitos a controle especial (BRASIL, 2020k), caso do misoprostol (BRASIL, 1998, 2022a), em virtude da Emergência de Saúde Pública relacionada à Covid-19.

<sup>8</sup> Zika é uma arbovirose que havia sido registrada poucas vezes no mundo até que em 2015 foi identificada uma epidemia no Brasil e logo na América Latina. A doença tem sintomas leves como febre baixa, *rash* cutâneo e conjuntivite (WIKAN; SMITH, 2016). Foi no Brasil, entretanto, que foi descrita a desordem neurológica congênita, inclusive microcefalia, associada ao acometimento materno pelo Zika vírus durante a gestação (ZORRILLA et al., 2017). Em novembro de 2015 foi declarada emergência em saúde pública devido ao aumento de ocorrência de microcefalia no Brasil. Entre 2015 e 2016, o país teve 2.881 casos confirmados de alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas (BRASIL, 2019a). A organização *Women on Web*, que oferece aborto seguro via telemedicina em contextos em que o acesso é restrito, desde a declaração de emergência em saúde pública (11/2015), registrou duas vezes mais solicitações vindas do Brasil que as esperadas para o período (aumento de 108%) (AIKEN et al., 2016).

Vale pontuar que o Poder Judiciário sofre influência, a médio e longo prazo, do conservadorismo na Presidência da República e no Legislativo Federal. Os ministros do STF, órgão de cúpula do Poder Judiciário, são nomeados pelo chefe do Executivo, após aprovação do Senado Federal (BRASIL, 1988)<sup>9</sup>.

Nesse cenário, as pautas que visam a não ampliação, a restrição ou mesmo a proibição de interrupção da gravidez em qualquer situação passam a fazer parte da agenda nacional, conformando uma tendência de ampliação das barreiras de acesso à interrupção de gravidez de forma segura.

No que tange às implicações da interdição legal do aborto no país, pontua-se que seu efeito simbólico funciona como ameaça, mas que pouco penaliza (EMMERICK, 2008). Ainda assim, a criminalização relega à própria sorte as mulheres já vulnerabilizadas, que são as que terminam pagando seja penalmente, seja com a vida. Apesar de estimados mais de 500 mil abortos no Brasil em 2015 (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017), são proporcionalmente poucas as mulheres processadas pelo crime de aborto e menor ainda a parcela com pena de prisão (RIO DE JANEIRO, 2018). Por ter pena mínima de um ano à gestante que o realiza ou consente, o processo por aborto pode sofrer suspensão condicional, portanto, não acarretar pena de reclusão (BRASIL, 1995). Destaca-se, entretanto, que as poucas mulheres que cumprem pena são majoritariamente pobres, negras e de baixa escolaridade (RIO DE JANEIRO, 2018). Esse mesmo perfil também predomina entre as mulheres com complicações decorrentes de procedimentos inseguros e entre os óbitos (BRASIL, 2018a).

Já em relação às interrupções de gravidezes decorrentes de estupro, risco de morte da gestante e anencefalia do feto, apesar da previsão legal de garantia do direito ao procedimento no SUS, perduram barreiras de acesso ao procedimento seguro, sejam elas culturais, de informação, organizacionais ou geográficas (MADEIRO; DINIZ, 2016).

---

<sup>9</sup> Em 10 de julho de 2019 o Presidente participou de um culto evangélico na Câmara dos Deputados, reforçando apoio a essa bancada. Nessa ocasião, afirmou compromisso em indicar para o STF um ministro “terrivelmente evangélico”, dentre os dois que indicaria durante seu mandato (2018-2022) (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2019). O compromisso foi cumprido com a indicação de um pastor presbiteriano, o qual definiu a aprovação da indicação no Senado como um “salto para os evangélicos” (MEDEIROS; PATRIOLINO, 2021).

## 2.2.2 Interrupções legais de gravidezes

As interrupções em gravidezes decorrentes de estupro, para salvar a vida da gestante e casos de fetos anencéfalos não são puníveis no Brasil e, como um cuidado de saúde, são oferecidas pelo SUS (BRASIL, 2015a, 2012c).

Para a realização de interrupções de gravidez previstas em lei são estabelecidos procedimentos de justificação e autorização a serem adotados pelos serviços de saúde de acordo com cada uma das causais previstas em lei (BRASIL, 2020d, 2012c; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012). Em qualquer uma das situações, para a execução do procedimento é imprescindível que a gestante seja informada sobre sua realização, métodos e riscos, e dê seu consentimento por escrito (e seu representante legal, caso seja incapaz), salvo em caso de iminente risco de morte da gestante (BRASIL, 2011a; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

### 2.2.2.1 Gravidezes decorrentes de estupro

Desde o Código Penal brasileiro de 1940 não é passível de pena o aborto nas gravidezes decorrentes de estupro. No entanto, desde então houve mudanças normativas na tipificação de estupro e de outros crimes sexuais.

De 1940 até 2009, o estupro esteve definido como “Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”. A legalidade do aborto se estendia por analogia às gravidezes decorrentes de atentado violento ao pudor (BITENCOURT, 2010), que se definia como “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal” (BRASIL, 1940).

Com a Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, o crime de estupro incorpora o que até então era classificado como atentado violento ao pudor e passa a ser definido como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, 2009c). A mesma Lei inclui no Código Penal o estupro de vulnerável, definido como “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos”, ou se a prática se dá com alguém que “por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato,

ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência” (BRASIL, 2009c)<sup>10</sup>. Em 2018, a Lei nº 13.718 incluiu também no Código Penal aumento de pena para estupro coletivo, sendo o dado “mediante concurso de 2 (dois) ou mais agentes”, e o estupro corretivo, “para controlar o comportamento social ou sexual da vítima” (BRASIL, 2009c)<sup>11</sup>.

O Ministério da Saúde entende que para além das gravidezes decorrentes das diferentes tipificações de estupro, a legalidade do aborto se estende por analogia a qualquer crime contra a dignidade sexual que possa resultar em gravidez (BRASIL, 2011b). O ponto aqui seria especialmente a inclusão do crime de “violação sexual mediante fraude”, um dos crimes contra a liberdade sexual, definido desde 2009 como “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima” (BRASIL, 2009c), ou seja, sem o emprego de violência ou grave ameaça<sup>12</sup>. Tal entendimento se via demonstrado na Portaria nº 1.508/2005, que dispunha sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS. A Portaria utiliza sistematicamente o termo violência sexual para referir-se ao evento do qual a gravidez a ser interrompida seria resultante (BRASIL, 2005c). Nas Portarias que a substituíram em 2020, Portaria nº 2.282/2020 (BRASIL, 2020c) e na que a seguiu Portaria nº 2.561/2020 (BRASIL, 2020d), o termo “violência sexual” deixa de ser utilizado e em seu lugar constam a palavra “estupro”. O novo léxico pode apontar um reordenamento de entendimento do Ministério da Saúde acerca de a que gravidezes se aplicam as interrupções legais.

Em 2020, as Secretarias Estaduais de Segurança Pública e a Defesa Social registraram juntas 60.460 estupros, sendo que 52.540 tiveram mulheres como vítimas. A taxa de incidência

---

<sup>10</sup> Com a Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, as violências sexuais deixam de estar sob o Título “Dos crimes contra os costumes” e passam ao “Dos crimes contra a dignidade sexual”, trazendo dessa forma para o foco da proteção jurídica a pessoa e não mais a moral da sociedade (BRASIL, 2009c; REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL, 1890).

<sup>11</sup> Ainda na mesma Lei, é tornada pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável (BRASIL, 2009c), ou seja, a ação penal passa a ser promovida por denúncia do Ministério Público independentemente de requisição do Ministério da Justiça, ou representação da pessoa ofendida ou seu representante (BRASIL, 1941b). A alteração posteriormente é usada como base para impor aos profissionais de saúde a notificação à polícia de situações de violência (BRASIL, 2019b), o que tem implicações aos abortos em gestações decorrentes de estupro (BRASIL, 2020d).

<sup>12</sup> Uma questão presente nos crimes contra a dignidade sexual é que o julgamento termina atravessado pela moralidade hegemônica e os papéis estereotipados de gênero. Existe uma tendência social e mesmo da justiça em presumir a partir da vida pregressa da vítima se teria havido de fato resistência ao desfecho tipificado. Até a Lei 11.106 de 2005 vários desses tipos penais requeriam que a vítima fosse “mulher honesta”, o que era julgado a partir de sua reputação sexual. Ainda que o texto do Código Penal tenha sido alterado, sua aplicação ainda sofre influência do mesmo código relacional de honra patriarcal (BRASIL, 2005b; CAMPOS et al., 2017; DA SILVA, 2019; DE ANDRADE, 2007).

de estupro registrados entre mulheres em 2020 foi de 49,4/100 mil (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021). Apesar dos valores elevados, estima-se que menos de 20% das ocorrências de estupro sejam registrados (BRASIL, 2014f; BUENO et al., 2019; DATAFOLHA; CRISP; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2013; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020; MORGAN; KENA, 2017).

No Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), em que são notificados compulsoriamente os casos de violência sexual atendidos em serviços de saúde, em 2020 foram registrados 28.271 estupros, sendo 25.418 (89,9%) vítimas do sexo feminino e dessas 74,9% em meninas ou mulheres em idade fértil (BRASIL, 2020q).

Na cidade de São Paulo, entre 2000 e 2003, 10% das mulheres já haviam sofrido violência sexual<sup>13</sup> de seus parceiros<sup>14</sup> e 6,8% de desconhecidos; já na Zona da Mata de Pernambuco eram 14% e 4,6%, respectivamente (GARCÍA-MORENO et al., 2005). Nas capitais do nordeste brasileiro, em 2015, 7,1% das meninas e mulheres de 15 a 49 anos haviam sofrido violência sexual<sup>15</sup>, sendo que 2,4% haviam tido algum episódio no último ano (CARVALHO; OLIVEIRA, 2016).

A partir do número exorbitante de estupros no país, e sendo considerada, ainda, a subnotificação de eventos<sup>16</sup>, importa destacar que 5% das mulheres em idade fértil e maiores

---

<sup>13</sup> Nessa pesquisa definida como sexo ou outra prática sexual contra sua vontade (GARCÍA-MORENO et al., 2005).

<sup>14</sup> Ainda que não haja exceção legal aos cônjuges, há grande dificuldade social em se reconhecer violência sexual de sua autoria. Parte do imaginário entende o sexo como uma obrigação marital, e, dessa forma, não reconhece atos sexuais forçados dentro de uma união como estupros (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2005; WILSON; MILLER, 2015). Essa junção entre violência sexual e casamento foi retirada do Código Penal apenas em 2005, até quando extinguiu-se a punibilidade caso o agressor se casasse com a vítima (BRASIL, 2005b). Já no Código Civil (BRASIL, 2002), estava permitido até 2019 (BRASIL, 2019c) o casamento por menores de 16 anos em caso de gravidez ou quando serviria para extinguir pena criminal, permitindo, assim, o casamento de crianças e adolescentes com seus agressores sexuais. Por outro lado, ainda em 2006, a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006a) inclui a violência sexual como uma forma de violência doméstica.

<sup>15</sup> Nessa pesquisa, violência sexual foi entendida como: “qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos”(CARVALHO; OLIVEIRA, 2016).

<sup>16</sup> Mesmo que as frequências sejam altas, vale ressaltar que o subregistro é importante tanto pela subnotificação desse tipo de crime (BRASIL, 2014f; BUENO et al., 2019; DATAFOLHA; CRISP; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2013; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2017; MORGAN; KENA, 2017) quanto pela dificuldade da própria sobrevivente em nomear a violência sofrida (WILSON; MILLER, 2015). A vítima de violência sexual ainda é muitas vezes desestimulada a denunciar por ser ridicularizada, humilhada ou colocada sob suspeição no momento da denúncia (TELES; DE MELO, 2012). A denúncia pode ser lida como de menor importância, fruto de fantasia ou vingança; além disso, a vítima pode ter seu comportamento julgado e pode ser culpabilizada pela violência sofrida (TELES; DE MELO, 2012; DE ANDRADE, 2007). Além disso,

de 18 anos engravidam após um estupro (HOLMES et al., 1996), número esse que pode estar subestimado por ser restrito a maiores de 18 anos, que mais comumente utilizam métodos contraceptivos hormonais ou de longo prazo (FAÚNDES et al., 2006). De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2011, no Brasil, o percentual de gravidez decorrente de estupro entre todos os registros do Sinan foi 7,1% (BRASIL, 2014f), independentemente de sexo ou idade da vítima, podendo, portanto, ser também subestimado por incluir em seu denominador pessoas não suscetíveis a uma gestação, tanto por sua idade quanto por seu sexo. Já em Santa Catarina, foi encontrado que 7,6% das violências sexuais a mulheres geraram gravidez entre 2008 e 2013 (DELZIOVO et al., 2018).

As gravidezes decorrentes de estupro são potencialmente atravessadas por sentimento de rejeição, remetem à violência sofrida, podem gerar sensação de violação do direito de escolha sobre a maternidade, assim como temor de dano social e psicológico, levando ao desejo de interromper a gravidez (DREZETT et al., 2012).

A primeira norma nacional que tratou de abortamento em gravidezes decorrentes de estupro foi publicada pelo Ministério da Saúde em 1999 (BRASIL, 1999a). Apenas a partir dela, se difundiram serviços de atendimento com foco nas necessidades específicas desse grupo com a incorporação gradativa das questões relativas à violência sexual nos serviços de saúde (VILLELA; LAGO, 2007)<sup>17</sup>.

Em 2013, a Portaria nº 528 normatizou os Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei, sendo substituída no ano seguinte pela Portaria nº485/2014. Desde então, esses serviços podem ser organizados em hospitais gerais, maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto-Atendimento e serviços de urgência não hospitalares com funcionamento 24 horas do dia e sete dias da semana. Devem ser capazes de oferecer atendimento clínico, ginecológico, cirúrgico e psicossocial, com serviço de apoio laboratorial, assim como assistência farmacêutica, além de coleta e guarda de material genético (BRASIL, 2014a).

---

estima-se que 60,4% das sobreviventes a um estupro não o nomeariam assim, e, conseqüentemente, não denunciam a violência sofrida e tampouco acessam cuidados em saúde como para prevenção de gestação e de infecções sexualmente transmissíveis em função do estupro (WILSON; MILLER, 2015).

<sup>17</sup> A Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” foi reeditada em 2005, quando o Boletim de Ocorrência deixa de ser um documento obrigatório para a realização do abortamento legal, em consonância com a Portaria nº 1.508/GM/MS de 2005 (BRASIL, 2005c; 2005d).

Para a realização de aborto em gestação decorrente de estupro, é recomendado pelo Ministério da Saúde o preenchimento dos seguintes documentos: termo de relato circunstanciado, parecer técnico, termo de aprovação do procedimento, termo de responsabilidade e termo de consentimento livre e informado (BRASIL, 2020d, 2015a, 2012c).

No termo de relato circunstanciado do evento são descritas as circunstâncias da violência que resultou na gravidez, com data, horário aproximado, local, descrição do(s) autor(es), e a presença de testemunhas. O termo é assinado pela gestante e, caso essa seja incapaz, também por seu responsável legal, assim como por dois profissionais de saúde (BRASIL, 2020d, 2015a).

O parecer técnico é emitido por médico atestando a compatibilidade da idade gestacional com a data da violência sexual, após anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e outros exames, quando houver. O termo de aprovação de procedimento de interrupção da gravidez, em conformidade com o parecer técnico, é assinado por no mínimo três integrantes da equipe multiprofissional (composta por, ao menos, obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo<sup>18</sup>)<sup>19</sup> (BRASIL, 2020d, 2015a).

No termo de responsabilidade consta a advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica e de aborto, caso a gestante não tenha sido vítima de estupro, e é um documento a ser assinado pela gestante, e, se incapaz, também por seu responsável legal (BRASIL, 2020d, 2015a).

Por fim, o termo de consentimento livre e informado apresenta os procedimentos que serão adotados, os desconfortos e riscos possíveis, a forma de acompanhamento e assistência, os profissionais responsáveis e a garantia do sigilo. O termo contém, ainda, a declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez e deverá ser assinado pela gestante e, se for incapaz, também por seu representante legal (BRASIL, 2020d, 2015a).

Conforme descrito, o procedimento de justificação e autorização é criterioso e pode ser longo. Nesse processo, nem todas as gravidezes decorrentes de estupro são elegíveis para a realização do procedimento. O tempo gestacional ou peso do feto maiores que 22 semanas e

---

<sup>18</sup>A exigência de especialidades médicas pode dificultar a capilaridade da oferta e não é sustentada por achados e recomendações internacionais (RENNER; BRAHMI; KAPP, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

<sup>19</sup> Nesse termo de aprovação o profissional deve atestar a ausência de indícios de falsa alegação de crime sexual. O texto do termo, dessa forma, reforça a suspeição à narrativa da mulher, o que se vê na prática dos profissionais de estabelecimentos com oferta de aborto em gravidezes decorrentes de estupro (DINIZ, 2014).



500g, respectivamente, praticamente inviabilizam a realização do procedimento (BRASIL, 2012c). Ainda que no Código Penal não seja estabelecido limite de tempo gestacional para a não punibilidade de aborto em gravidez decorrente de estupro (BRASIL, 1940), a Norma Técnica “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, publicada em 2012 pelo Ministério da Saúde, aponta que não haveria indicação para abortamento a partir da 22ª semana de gestação<sup>20</sup> (BRASIL, 2012c). Essa norma é utilizada como referência para os serviços que fazem abortamentos em gravidezes decorrentes de estupro. Dessa forma, são poucos os estabelecimentos que realizam o aborto em gravidezes decorrentes de estupro com mais de 22 semanas no Brasil (ROSAS; PARO, 2021). Ademais, mesmo o atendimento entre as 12 e 22 semanas não é realizado por todos os estabelecimentos com oferta de aborto previsto em lei nessas situações (DREZETT, 2002; MADEIRO; DINIZ, 2016). Assim, mesmo que haja acesso ao cuidado de aborto legal, a descoberta tardia da gravidez ou demora em buscar atendimento limitam a realização do procedimento. A demora de busca por atendimento no Hospital de Referência Pérola Byington no município de São Paulo entre julho de 1994 e abril de 2013, esteve associada à vulnerabilidade (menor de 14 anos, deficiência mental, ou estar sob efeito de substância com ação no sistema nervoso central no momento do estupro), baixa escolaridade e parentesco com o agressor (BLAKE et al., 2015).

Ainda quanto às estimativas de gravidezes decorrentes de estupro e ao percentual que acessa a interrupção legal, ressalta-se novamente que os registros de estupros são subnotificados (BRASIL, 2014f; BUENO et al., 2019; DATAFOLHA; CRISP; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2013; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2017; MORGAN; KENA, 2017) e as violências sexuais naturalizadas. Mesmo pessoas vítimas da violência podem ter dificuldade de reconhecer que um evento sofrido foi um estupro (WILSON; MILLER, 2015), especialmente se não envolve o imaginário clássico de um desconhecido abordando com extrema violência física uma menina recatada em uma rua escura. Ou seja, violências perpetradas por pessoas conhecidas, em ambiente domiciliar, ou quando a mulher está em situação da qual ela mesma possa sentir-se culpada, como vestida de forma específica ou sob efeito de álcool, por exemplo, torna-se mais difícil o reconhecimento da situação como um estupro (WILSON; MILLER, 2015). Outra nuance, novamente, são os estupros conjugais que, em muitos contextos, são dados como parte da natureza das uniões e casamentos (DANTAS-

---

<sup>20</sup> Ainda que essa informação não tenha respaldo médico ou jurídico (CUNNINGHAM et al., 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019; BRASIL, 1940).

BERGER; GIFFIN, 2005; WILSON; MILLER, 2015).

Por fim, a naturalização social de estupros de vulneráveis também deve ser sublinhada. Entre 2011 e 2015 houve 31.611 partos de meninas entre oito e 13 anos no país. Legalmente, todas essas gravidezes enquadram-se como resultantes de estupro de vulnerável, portanto, poderiam recorrer ao aborto previsto em lei, ainda assim, foram levadas a termo. Do total de gravidezes, apenas 1.273 tinham notificação de estupro, ou seja, socialmente entendeu-se, que 96% das meninas entre oito e 13 anos consentiram o ato sexual, ainda que não tenham condições legais de fazê-lo (SOUTO et al., 2017). Cabe indagar, ainda, se todas essas gravidezes, especialmente as com notificação de estupro, foram levadas a termo por uma decisão consciente e informada da menina gestante e sua família, ou devido à incapacidade do Estado de oferecer o suporte necessário e oportuno.

#### 2.2.2.2 Risco de vida para a gestante

A mortalidade materna<sup>21</sup> é majoritariamente prevenível, mas ainda que sua diminuição seja alvo de esforços internacionais<sup>22</sup>, a razão de mortalidade materna (RMM) ainda é muito alta na maior parte do mundo. Em 2017 a RMM no mundo era estimada em 211 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos, essa razão variava de 2 por 100 mil em países como Itália, Noruega e Polônia e chegava a 1.150 por 100 mil no Sudão do Sul. Naquele ano, a razão estimada para o Brasil era de 60 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Como uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)<sup>23</sup>, o Brasil busca ter menos de 30 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos, até o ano de 2030 (BRASIL, 2020I).

---

<sup>21</sup> Morte materna é a que se dá durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação sendo causada por fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas frente a ela. São excluídas as mortes provocadas por acidentes ou incidentes (BRASIL, 2007a).

<sup>22</sup> Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), com o apoio de 191 nações estipulou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Era um conjunto de oito objetivos, com 24 metas a serem cumpridas até 2015. Um dos objetivos era melhorar a saúde das gestantes, o qual possuía como uma das metas reduzir em 75% a razão de mortalidade materna (RMM) entre 1990 e 2015 (UNITED NATIONS, 2015). Ao final do período, esse objetivo se manteve como uma agenda inconclusa, globalmente a RMM caiu apenas 45% (UNITED NATIONS, 2015). No Brasil o objetivo era chegar a 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (NV), o que tampouco foi alcançado, ainda que a RMM tenha caído 55% entre 1990 e 2011 no país (BRASIL, 2014g).

<sup>23</sup> Sobre o legado dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), em 2015 foram definidos os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a serem atingidos até 2030. São 17 objetivos e 169 metas. No Objetivo 3, Saúde e Bem-estar, foi estabelecido como meta: reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2020I).

A RMM é heterogênea mesmo entre as regiões do Brasil e Unidades da Federação. Em 2018 enquanto a região Norte registrava 80,8 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, a região Sul tinha 38,2 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2020m).

De 1996 a 2018, aproximadamente 67% dos 38.919 óbitos maternos registrados no país decorriam de causas diretas, destacando-se hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto (BRASIL, 2020m)<sup>24</sup>.

A alta razão de mortalidade materna tem gerado estratégias específicas voltadas ao cuidado perinatal. Em 2011 foi estabelecida a Rede Cegonha, que visa entre outros, a ampliação do acesso e melhoria do pré-natal com avaliação de riscos e vulnerabilidades para a prevenção, detecção e controle de intercorrências de forma oportuna (BRASIL, 2011c).

O risco de desfechos desfavoráveis varia de acordo com fatores individuais e sociodemográficos como idade, condições familiares, ocupacionais, ambientais e hábitos de vida; história reprodutiva como aborto habitual, parto pré-termo, diabetes gestacional; condições pré-existentes como hipertensão, pneumopatias e doenças infecciosas; e condições ou complicações que surjam no decorrer da gestação como pré-eclâmpsia, hemorragias, doenças infectocontagiosas vividas durante a gravidez e doenças clínicas diagnosticadas durante a gravidez (BRASIL, 2012b).

A avaliação de risco é permanente durante o acompanhamento da gestação. No SUS, os riscos são manejados durante o pré-natal majoritariamente em serviços de atenção básica e encaminhadas para a atenção especializada em casos de necessidades particulares daquele processo gestacional (BRASIL, 2012b, 2012d).

Mesmo em gestações de alto risco, objetiva-se sempre a manutenção da gestação até o parto a termo. São permanentemente considerados os riscos à gestante e ao feto, e algumas situações colocam a gestante sob um risco inaceitável<sup>25</sup>, fazendo-se indicada e legal a interrupção médica da gestação (BRASIL, 2012b; CUNNINGHAM et al., 2016). São diversas e distintas as situações que podem gerar tal indicação, como descompensação cardíaca persistente, doença vascular hipertensiva grave, diabetes, câncer, pré-eclâmpsia grave ou rotura prematura de membranas (BRASIL, 2012b). Não há, contudo, informação sobre as situações

---

<sup>24</sup> As mortes maternas diretas são as que se dão por complicações obstétricas devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou devido a uma cadeia de eventos resultantes dessas causas citadas. As indiretas são as resultantes de doenças pré-existentes ou que se desenvolveram durante a gestação, mas que não são provocadas por causas obstétricas diretas, entretanto são agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2007a).

<sup>25</sup> Risco inaceitável é um critério subjetivo e pode fazer com que o acesso ao aborto dependa de uma avaliação arbitrária do profissional que acompanha a gestante (LAVELANET et al.; 2018).

que de fato vêm sendo incluídas nesse critério, tampouco como tem se dado a decisão pela interrupção nesses casos (FONSECA et al., 2020). A partir de experiências de outros países, evidencia-se que a causal de risco à vida da gestante é comum a outras legislações, mas sua interpretação e aplicação varia, com impacto sobre o acesso ao aborto nesses casos (KÜNG et al., 2018).

De todo modo, a decisão pela interrupção se dá a partir da avaliação médica, assim como do posicionamento da gestante. Em cada caso são pesados os riscos à gestante e ao feto, assim como a idade fetal e sua possível sobrevivência de acordo com a estrutura hospitalar (BRASIL, 2012b).

Nesses casos não há limite de tempo gestacional para a interrupção. São possíveis tanto o aborto, sem que haja expectativa de vida do feto fora do útero; quanto a antecipação terapêutica do parto, quando de acordo com as condições fetais e recursos disponíveis existe a possibilidade de vida fora do corpo da gestante (BRASIL, 2012b; CUNNINGHAM et al., 2016).

Para que a interrupção médica da gravidez seja provocada, é necessária a avaliação de ao menos dois médicos, um obstetra e um clínico, sendo ideal uma terceira avaliação de um especialista na patologia que motiva o procedimento. O procedimento precisa de autorização da gestante, e que ela assine um Termo de Consentimento Informado e Esclarecido. O Termo deve conter, em linguagem clara, a descrição da situação clínica, das inter-relações entre a condição de saúde materna e a gestação, os efeitos de um possível tratamento, assim como os riscos e benefícios da interrupção médica da gestação (BRASIL, 2012b). Ainda de acordo o manual do Ministério da Saúde sobre gestações de alto risco, de 2012, além da gestante, deve assinar o termo o seu marido, e os responsáveis legais em casos de juridicamente incapazes<sup>26</sup>. O Termo deve compor o prontuário hospitalar da gestante (BRASIL, 2012b).

Destaca-se que o processo de autorização da gestante pode ser muito delicado e gerar intenso sofrimento a ela e ao restante da família pois se tratam de gestações muitas vezes desejadas ou aceitas. Dessa forma, é importante a disponibilidade de suporte à saúde mental das pessoas envolvidas (BRASIL, 2012b).

---

<sup>26</sup> A necessidade de assinatura do marido remonta a ideia do genitor como proprietário do feto ou embrião como na Antiguidade Remota (GALEOTTI, 2007), tema já abordado na subseção “Prática e legalidade do aborto ao longo da história” da presente tese. As normativas subsequentes do Ministério da Saúde referentes a fetos anencéfalos não mencionam a necessidade de assinatura do marido (BRASIL, 2014e; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

### 2.2.2.3 Anencefalia fetal

Anencefalia é a ausência total ou parcial do encéfalo. É uma anomalia congênita que resulta de falha no fechamento do tubo neural, e se dá durante a quarta semana de desenvolvimento fetal (MOORE; PERSAUD; TORCHIA, 2013). Essa é a anomalia fetal mais grave do sistema nervoso central, e trata-se de um quadro irreversível (OBEIDI et al., 2010; COOK et al., 2008). O feto possui funções vegetativas e um terço deles se desenvolve no útero materno até o parto a termo, mas sua expectativa de vida extrauterina é de minutos ou horas (OBEIDI et al., 2010; COOK et al., 2008).

As gestações de fetos anencéfalos são de alto risco (BRASIL, 2014e), com maiores chances de complicações durante a gestação e o parto, tais como hipertensão arterial, polihidrâmnio e gravidez prolongada, com aumentada mortalidade materna (BRASIL, 2014e; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012; SALA; ABRAHÃO, 2010). É relevante, ainda, o sofrimento psíquico frente à inviabilidade do feto. Como tratam-se em grande parte das vezes de gestações desejadas ou aceitas, o diagnóstico de anencefalia pode ser uma frustração de expectativas e ser acompanhado de sentimentos de incapacidade, de vazio, angústia, culpa e tristeza (BRASIL, 2014e; CUNHA et al., 2016; FERNANDES et al., 2020).

A taxa de prevalência de anencefalia é de difícil mensuração pois a maioria das gestações não chegam a termo, seja por abortos espontâneos, morte fetal ou interrupção provocada da gravidez. Dessa forma, a taxa é claramente influenciada pela legislação local quanto à possibilidade de interrupção dessas gestações (COOK et al., 2008). A incidência de casos também está relacionada a condições genéticas, socioeconômicas e ambientais (COOK et al., 2008; MOORE; PERSAUD; TORCHIA, 2013; FERNÁNDEZ et al., 2005). Em estudo de nascidos entre os anos 1976 e 1986 em um Hospital em São Paulo foi encontrada prevalência de 0,27 casos de anencefalia por 1.000 nascidos (OGATA; CAMANO; BRUNONI, 1992); já no município do Rio de Janeiro foi registrada taxa de 0,11 casos por 1.000 nascimentos entre 1999 e 2001 (COSTA; GAMA; LEAL, 2006); e uma coorte em Pelotas, município da região Sul do país, de 1990 a 2002, apontava prevalência de 0,68 casos a cada 1.000 nascimentos (FERNÁNDEZ et al., 2005).

O diagnóstico da anencefalia pode ser feito no período pré-natal com precisão a partir da 12ª semana de gestação, por meio de dosagem de alfafetoproteína no soro materno ou no

líquido amniótico, assim como por ultrassonografia, em que fica evidenciada a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral (CHAN et al., 1995; TAFURI; LUI, 2019).

No Brasil, com a introdução da ecografia de forma extensiva no acompanhamento pré-natal nos anos 80 e 90, a anencefalia fetal passa a ser detectada no período pré-natal. Dada a impossibilidade de vida extrauterina de fetos com tal condição, ainda nos anos 90, começam a ser solicitadas autorizações judiciais para a interrupção dessas gravidezes, as quais passam a ser atendidas, não havendo, entretanto, uniformidade nas decisões (DINIZ, 2009, 2003; DINIZ et al., 2009).

Já em 2004, foi apresentada ao STF a ADPF nº 54 a qual teve como decisão, em 2012, o posicionamento do STF que declarou que, à luz da Constituição de 1988, a interrupção da gravidez de feto anencéfalo não deve ser enquadrada na tipificação penal de aborto (BRASIL, 2012a).

Desde então, em caso de gestação de anencéfalo, é dever do médico que assiste a gestante informá-la sobre as condições do feto, prognóstico e riscos, assim como sobre o direito de escolha pela manutenção da gravidez ou sua interrupção, independentemente do tempo de gestação (BRASIL, 2014e).

O diagnóstico de anencefalia hoje é facilitado. O exame de ultrassonografia obstétrica em 100% das gestantes compõe a estratégia da Rede Cegonha (BRASIL, 2011c) e, ainda que não faça parte o rol mínimo do acompanhamento pré-natal no SUS (BRASIL, 2012d), em 2013 foi realizado em 99,7% das gestantes no Brasil (MARIO et al., 2019).

A decisão pela interrupção ou não da gravidez é da gestante, que pode tomá-la a qualquer momento, não necessariamente logo que tenha o diagnóstico. Não há idade gestacional limite para a interrupção da gravidez nessa situação. É destacada a necessidade de acompanhamento e aconselhamento médico, tendo em vista o risco materno aumentado; assim como acompanhamento psicossocial, já que tanto a inviabilidade do feto quanto a interrupção da gravidez podem ser geradoras de sofrimento (BRASIL, 2014e).

Para a interrupção legal, a gestante deve dar seu consentimento informado, após avaliação da psicologia, enfermagem e serviço social. O consentimento precisa ser documentado em Termo escrito firmado pela gestante e/ou representante legal de acordo com sua capacidade civil. Além do termo, é necessária a confirmação do diagnóstico de anencefalia, que se dará a partir da 12ª semana por meio de ultrassonografia assinada por dois profissionais

competentes para tanto, com duas fotografias de ultrassonografia (uma de face sagital e outra transversal) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

### **2.2.3 A realização de interrupção de gravidez**

Foram registrados anualmente cerca de 1.600 abortos por razões médicas e legais pagas pelo SUS entre 2008 e 2015 (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020). Não há restrição à oferta de interrupção legal de gravidez por serviços privados, entretanto, não estão disponíveis dados públicos sobre a realização desses procedimentos (BRASIL, 1940, 2011a, 2012c, 2012b, 2014e; ANIS-INSTITUTO DE BIOÉTICA, DIREITOS HUMANOS E GÊNERO, 2012).

Entre 2013 e 2015, havia 68 hospitais listados pelo Ministério da Saúde como em funcionamento que ofereciam aborto legal, mas desses apenas 37 faziam de fato o procedimento. Os serviços estavam presentes em 20 das 27 unidades da federação, sendo que apenas quatro delas tinham serviços fora das capitais (MADEIRO; DINIZ, 2016). Sete estados não tinham nenhum serviço que realizasse o aborto legal, um deles se localizava na região Sul, um no Centro-Oeste, dois no Nordeste e três no Norte. Em uma amostra de cinco hospitais que realizavam o procedimento, encontrou-se que 94% das interrupções tiveram como justificativa o estupro. Quanto aos métodos, a aspiração manual intrauterina (AMIU) foi o mais utilizado (45%), seguido do medicamento misoprostol (32%), curetagem uterina (10%), misoprostol mais curetagem (3%) e outros (9%) (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Apesar do uso frequente de curetagem uterina, o Brasil está em processo de substituição da mesma por aspiração a vácuo, um método mais seguro (BRASIL, 2012c), conforme orientação da OMS, que recomenda que a curetagem deixe de ser utilizada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Assim, o Ministério da Saúde recomenda a realização de curetagem apenas quando a aspiração a vácuo não está disponível, concomitantemente, recomenda a capacitação dos profissionais de saúde para realização de aspiração a vácuo. Ainda no que diz respeito ao cenário brasileiro frente às recomendações da OMS, destaca-se a não disponibilidade do fármaco mifepristona (BRASIL, 2012c) e a restrição do uso do misoprostol a ambiente hospitalar (BRASIL, 1998, 2022a).

Também a respeito das particularidades da oferta da interrupção legal de gravidez no Brasil, deve ser apontado que, com a emergência de saúde pública relacionada à Covid-19, houve a normatização temporária da telemedicina no país (BRASIL, 2020e, 2020j) e da entrega

de medicamentos sujeitos a controle especial (BRASIL, 2020k), caso do misoprostol (BRASIL, 1998, 2022a). Nesse contexto, o serviço do Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (Nuavidas HC/UFU) passou a ofertar o aborto previsto em lei via telessaúde em algumas situações (ROSAS; PARO, 2021). Esse é único serviço do país com essa modalidade de oferta, ainda que seja reconhecidamente segura e bem aceita, bem como tenha sido incorporada com sucesso em várias partes do mundo (CHONG et al., 2021; ENDLER et al., 2019; IRELAND; BELTON; DORAN, 2020; LORD et al., 2020; REYNOLDS-WRIGHT et al., 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Em junho de 2021, o Ministério da Saúde emitiu uma nota informativa desencorajando o uso da telemedicina nos procedimentos de abortamento legal (BRASIL, 2021c). Em agosto do mesmo ano o Conselho Nacional de Direitos Humanos recomendou que o Ministério da Saúde se abstinhasse de criar embaraços aos serviços de aborto legal via telessaúde e que assegurasse o acesso ao aborto legal, inclusive utilizando a telessaúde como recurso (BRASIL, 2021d).

De todo modo, as interrupções legais são uma exceção no país: com base no total de internações por aborto pagas pelo SUS entre 1995 e 2013, e aplicando fatores de correção propostos pelo Instituto Alan Guttmacher, estimativas indiretas encontraram que em 2013 houve no Brasil entre 687.347 e 865.160 abortos induzidos (MONTEIRO; ADESSE; DREZETT, 2015).

Já um inquérito nacional realizado com mulheres alfabetizadas de áreas urbanas entre 18 e 40 anos estimou que em 2015 aproximadamente 503 mil mulheres realizaram um aborto, e encontrou que uma a cada cinco mulheres aos 40 anos (entre as alfabetizadas e de áreas urbanas), teria provocado ao menos um aborto durante a vida (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). O percentual de realização do procedimento foi maior nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, em mulheres de baixa renda, baixa escolaridade e não-brancas (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). Do total de mulheres que referiram um aborto na vida, 46% relataram ter sido hospitalizadas para terminar o procedimento (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Entre 2008 e 2015, foram registradas aproximadamente 200 mil internações pagas pelo SUS por ano para procedimentos relacionados a abortos, com gasto médio anual de cerca de R\$ 40.000.000,00 (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020). Dentre essas internações, não é possível diferenciar entre abortos espontâneos ou provocados (CARDOSO; VIEIRA;



SARACENI, 2020), inclusive pois, devido à ilegalidade da prática, as gestantes tendem a esconder a indução (MENEZES et al., 2020). As complicações mais comuns são infecção do trato pélvico genital, hemorragia, insuficiência renal, distúrbios metabólicos, choque e embolia (BRASIL, 2018a).

Desde o início da década de 90 houve diminuição no número de hospitalizações decorrentes de aborto no Brasil bem como da severidade de suas complicações (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020; MONTEIRO; ADESSE; DREZETT, 2015; SINGH; MONTEIRO; LEVIN, 2012). Sugere-se que tal diminuição esteja relacionada à difusão do uso, ainda que ilegal, do método medicamentoso, o qual substituiu em alguma medida métodos invasivos (AHMAN; SHAH, 2011; SINGH; MONTEIRO; LEVIN, 2012). Além do método, os números podem ser atribuídos à ampliação do uso de métodos contraceptivos (AHMAN; SHAH, 2011; MONTEIRO; ADESSE; DREZETT, 2015; SINGH; MONTEIRO; LEVIN, 2012) e à infraestrutura de saúde relativamente desenvolvida (AHMAN; SHAH, 2011; SINGH; MONTEIRO; LEVIN, 2012). Contudo, entre 2006 e 2015, no Brasil, 770 mulheres tiveram o aborto como causa básica do óbito e outras 220 como causa associada (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020). Entre 1996 e 2018 o aborto foi a quarta causa obstétrica direta de morte materna no Brasil (BRASIL, 2020m).

Um ponto a ser ressaltado é que, à medida em que o Estado não olha para o aborto a partir da saúde pública, não há vigilância sanitária sobre os medicamentos, métodos e espaços utilizados na realização do procedimento quando ilegal. Dessa forma, convive sob o véu da clandestinidade todo o tipo de prática: com dinheiro, pode-se acessar informações, fármacos e procedimentos seguros; entretanto, as pessoas que não têm recursos financeiros se deparam com os riscos de medicamentos falsificados, administração inadequada, uso impróprio de ervas e procedimentos invasivos em condições insalubres realizados por pessoas sem a qualificação necessária (DUARTE; MORAES; ANDRADE, 2018; HEILBORN et al., 2012; ARILHA, 2012).

Ainda entre as consequências da ilegalidade, mesclada ao caldo moral que envolve o aborto, ressalta-se que nem todas as pessoas que passam por complicações decorrentes de interrupções provocadas de gravidez buscam os serviços de saúde. A não procura, ou esquiva do serviço de saúde tem base tanto nas condições materiais, como falta de dinheiro para o transporte ou não ter com quem deixar os filhos, quanto no medo de denúncia ou de maus tratos por parte do estabelecimento de saúde (DUARTE; MORAES; ANDRADE, 2018; HEILBORN

et al., 2012; GOES et al., 2020). Um estudo em Salvador-BA, Recife-PE e São Luís-MA encontrou em 2010 essas barreiras mais presentes entre as mulheres negras (GOES et al., 2020). Prima apontar que o adiamento da busca de cuidados pós-aborto implica em piores desfechos de saúde (PACAGNELLA et al., 2014). Por fim, cabe apresentar que o receio das mulheres de serem denunciadas, tem fundamento prático: há registros de denúncias promovidas por profissionais de saúde à polícia, à justiça ou ao Ministério Público (DINIZ; MADEIRO, 2012; RIO DE JANEIRO, 2018), apesar de configurarem quebra de sigilo e violação à ética profissional (BRASIL, 2011a).

### 2.3 ACESSO AO ABORTO COMO CUIDADO EM SAÚDE

Conforme apresentado nas últimas seções, o aborto é entendido em diversos contextos como um cuidado em saúde. A partir dessa concepção, será discutido nesta seção o acesso ao aborto em sua forma legal em diferentes territórios no mundo. Inicialmente serão apresentadas construções conceituais acerca do acesso e logo barreiras presentes para o acesso ao aborto, com ênfase no acesso geográfico. Em seguida, serão trazidas as especificidades do sistema de saúde brasileiro e as barreiras às interrupções legais de gravidez no país.

#### 2.3.1 Acesso aos serviços de saúde

O acesso a cuidados em saúde pode ser definido como a possibilidade de receber o acompanhamento e a assistência adequados a fim de preservar ou melhorar a saúde de alguém ou de um grupo (GULLIFORD et al., 2002). Trata-se da capacidade de buscar e obter a atenção que necessita (GIOVANELLA; FLEURY, 1996), e o grau de facilidade ou dificuldade para tanto (TRAVASSOS; CASTRO, 2008; JESUS; ASSIS, 2010).

No mundo, o acesso à saúde passa a ser uma agenda apenas após a Segunda Guerra Mundial, quando os países desenvolvidos entram em um momento econômico e social extremamente favorável (HOBSBAWM, 1995). O estado de bem-estar social avança nesses países durante a Guerra Fria, associado a uma competição política entre blocos, em que o comunismo torna-se um horizonte palpável e visto como ameaça real ao capitalismo (OBINGER; SCHMITT, 2011). Nesse contexto, o aumento da cobertura das ações de saúde, e conseqüentemente o acesso, entra na pauta internacional, tendo como marco o plano “Saúde

para todos no ano 2000”, em 1977 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). No ano seguinte, a atenção primária à saúde foi defendida na Conferência de Alma-Ata como estratégia de alcance da cobertura universal (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Esse contexto gera atenção da academia acerca da temática do acesso à saúde, assim como é nutrido pelas produções científicas do período. O tema foi abordado também por meio de outras aproximações como a utilização e a acessibilidade, conforme descrito na sequência.

Andersen desenvolveu ao final dos anos 60 um modelo comportamental que visava compreender por que as pessoas utilizavam os serviços de saúde, avaliar a equidade de acesso e subsidiar políticas públicas. Na definição de Andersen sobre a utilização de serviços, no que tange a fatores individuais, o acesso depende de questões predisponentes, que são prévios à necessidade de uso e afetam o acesso, como as variáveis sociodemográficas e culturais; há também fatores capacitantes, que dizem respeito aos meios disponíveis para o acesso, como a renda e a oferta de serviços; e por fim fatores relacionados à necessidade, tanto no que diz respeito à autopercepção da situação de saúde quanto da percepção sobre o serviço. Dessa forma, imperativos biológicos, associados à idade, por exemplo, assim como as experiências e crenças em saúde, possibilidades materiais de acesso, percepção das necessidades, e redes sociais de suporte foram entendidos como importantes para a utilização ou não dos serviços de saúde (ANDERSEN; NEWMAN, 1973; ANDERSEN, 1995). Nos anos 70, esse modelo passa a valorizar o sistema de saúde em si, com sua política, recursos e organização, e inclui também a satisfação do usuário (ADAY; ANDERSEN, 1974).

Donabedian, em 1973, se debruçou sobre a acessibilidade, entendida como o potencial de uso frente à necessidade. A acessibilidade é apresentada como uma característica do serviço e é subdividida em sócio-organizacional e geográfica. No primeiro conceito estão incluídas as características dos serviços que terminam selecionando indivíduos por, por exemplo, seu diagnóstico ou sua capacidade de pagamento; e no segundo conceito estão a distância e tempo para a chegada ao serviço. A partir dos dois eixos da acessibilidade, o autor elenca barreiras de acesso que podem ser financeiras, psicológicas, de informação, sociais, organizacionais, espaciais e temporais. O autor parte do pressuposto lógico de que acesso supõe a entrada no serviço, assim, ainda que a disponibilidade não implique o uso, ela é elemento *sine qua non* do acesso (DONABEDIAN, 1973). Nessa lógica, a oportunidade de acesso depende da disponibilidade de serviços e oferta em volume suficiente, entretanto, essa oferta física interage

com fatores financeiros, organizacionais e socioculturais que podem ser barreiras limitantes ao acesso efetivo (GULLIFORD et al., 2002).

Dever (1988) também estuda a utilização dos serviços, destacando como determinantes do uso fatores socioculturais, organizacionais, fatores relacionados ao consumidor e fatores relacionados ao prestador de serviço. Entre os fatores socioculturais estão a tecnologia e os valores sociais. Os fatores organizacionais incluem a disponibilidade de recursos, a acessibilidade geográfica, a acessibilidade social, as características da estrutura e do processo de prestação de serviços. Os fatores relacionados ao consumidor seriam fatores sociodemográficos e sociopsicológicos, além da necessidade de tratamento. Por fim, fatores relacionados ao prestador de serviço seriam os fatores econômicos e as características do prestador. O autor defende que os fatores socioculturais também influenciam o acesso, dado que o consumo de serviços em saúde varia de acordo com os padrões culturais, percepções e formas de experienciar a saúde e a doença (DEVER, 1988).

Como vai ficando evidenciado, a categoria acesso tende a ser vista conceitualmente como a síntese de um conjunto de dimensões relativa à adequação entre o sistema e o usuário (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Para Penchansky e Thomas (1981), essas dimensões seriam disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade financeira e aceitabilidade. Inicialmente, a disponibilidade refere-se à adequação do volume de oferta frente às necessidades. A acessibilidade seria relativa à localização dos serviços, considerando transporte, tempo de viagem e custos decorrentes da distância. Acomodação diria respeito à organização do serviço de forma adequada à realidade dos seus usuários. Capacidade financeira seria a relação entre os custos da assistência e os ganhos e gastos dos usuários. E a aceitabilidade seria entendida como a postura dos usuários frente às características e práticas dos profissionais e vice-versa (PENCHANSKY; THOMAS, 1981). Saurman (2015) propõe que a consciência, fruto de informação e comunicação, também seria uma dimensão de acesso (SAURMAN, 2015). Posteriormente, a informação é elencada como elemento transversal às outras dimensões do acesso (THIEDE; MCINTYRE, 2008).

Também em 1981, Aday e Andersen (1981) propõem um olhar ao acesso a partir da equidade e um modelo de acesso em que a organização do sistema de saúde afeta o acesso potencial por meio da disponibilidade e organização dos serviços, assim como da predisposição ou possibilidade de acesso dos usuários de acordo com características pessoais. Essas

características levariam à concretização ou não do acesso, a como seria o cuidado prestado e o posterior grau de satisfação do usuário (ADAY; ANDERSEN, 1981).

Marcando de forma mais enfática a relação entre serviços e população, Frenk (1992) identifica a acessibilidade como atributo decorrente da interação entre as características do serviço de saúde, sua efetiva disponibilidade, com o poder de utilização decorrente das características da população a ser atendida. Os indicadores de obstáculos são classificados como ecológicos, financeiros, organizacionais relativos à entrada e organizacionais relativos ao atendimento. Esses obstáculos interagem com a capacidade ou não da população de superá-los resultando em diferentes graus de acessibilidade (FRENK, 1992).

Nos anos 80 e 90, o modelo do comportamento de Andersen ganha ajustes e aponta a percepção de que os serviços de saúde retroalimentam a situação de saúde da população e, portanto, a busca por serviços. Nesse momento, passa-se também a considerar o comportamento do usuário para com a própria saúde. Posteriormente, as influências múltiplas entre as características do contexto, do indivíduo e do serviço passam a ser explicitadas (ANDERSEN, 1995).

O conceito de acesso foi sendo lapidado ao longo da história e ganhando nuances de subjetividade. Com isso, a avaliação de acesso tornou-se mais desafiadora, e inclui, em grau crescente de complexidade de avaliação: a disponibilidade que seria a existência de serviços em local apropriado e no tempo necessário; a capacidade financeira de acesso o que engloba, além do pagamento pela assistência em si, os gastos em transporte, medicamentos e perda de produtividade; informação; e aceitabilidade, em que são consideradas as percepções dos indivíduos e da comunidade quanto ao serviço (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Em revisão sistemática de 1970 a 1999 acerca da utilização de serviços de saúde, foram elencados três grupos de fatores que influenciam nesse uso, são: fatores demográficos como idade, sexo e gênero, composição familiar; fatores socioeconômicos tais como renda, raça, família e suporte social; características dos serviços, em que estariam distância, recursos existentes, plano de saúde, ter médico definido; a necessidade; e a satisfação com o serviço. A revisão aponta que os grupos com maior necessidade de uso, os mais pobres e com maior carga de doença, tendem a usar menos os serviços, mas que o modelo do sistema de saúde pode funcionar como um modificador de efeito e diminuir as iniquidades de acesso (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001).

O'Donnell (2007) também encontrou que nos países em desenvolvimento as pessoas mais pobres têm menos acesso a serviços efetivos de saúde. Aponta como maiores dificuldades dos sistemas na oferta de serviços a insuficiência de recursos, sua alocação inadequada ou a má qualidade do cuidado. Por outro lado, quando o serviço tem baixa demanda, ainda que disponível, as razões do não uso circulam entre questões financeiras, preferências culturais, e desconhecimento tanto dos potenciais benefícios do cuidado quanto de sua disponibilidade (O'DONNELL, 2007). Esse descompasso entre oferta e uso também é abordado por Starfield (2002), ainda que com olhar específico para a atenção primária à saúde. Para a autora, a acessibilidade seria o elemento estrutural e a utilização, ou o acesso, o elemento processual; ou seja, a acessibilidade seria determinada pelas características do sistema e do serviço de saúde e o acesso seria a forma como essas características são experimentadas pelos usuários (STARFIELD, 2002).

Ainda que apresentada de forma distinta entre os autores, a disponibilidade do serviço e sua localização no território são fatores permanentemente elencados como relevantes para o acesso ou acessibilidade do serviço de saúde. A presente tese dará ênfase a esses fatores ao discutir a acessibilidade ao aborto por razões médicas e legais no Brasil, permanentemente considerando que interagem com outros fatores relativos à população do território, ao serviço, ao sistema de saúde e à cultura.

A possibilidade de acesso físico ao serviço de saúde condiciona o acesso (UNGLERT, 1990). Nesse sentido, a localização é fundamental e pode acarretar barreiras geográficas, sejam obstáculos naturais ou gerados pela organização urbana. Essas barreiras estão além da distância em si, pois criam distâncias relativas quando consideradas, por exemplo, as possibilidades de transporte, o tempo necessário e os custos (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987). Desse modo, o tempo de viagem vem sendo utilizado como indicador mais significativo que a distância em si para mensurar acessibilidade geográfica (BOSANAC; PARKINSON; HALL, 1976).

As dificuldades geográficas de acesso vão influenciar de forma distinta cada grupo populacional, podendo gerar barreiras intransponíveis para alguns, privando-os do cuidado (GULLIFORD et al., 2002; ASSIS; JESUS, 2012). Como previsível, as pessoas mais pobres são especialmente prejudicadas (BOSANAC; PARKINSON; HALL, 1976).

Quanto aos custos individuais de acesso a um serviço, podem ser incluídos os custos de viagem e outras intercorrências para obtenção do cuidado, podem ainda ser considerados os prejuízos decorrentes da não obtenção o acesso (GULLIFORD et al., 2002).

### **2.3.2 Barreiras de acesso ao aborto**

Independentemente do contexto legal do aborto, perduram barreiras de acesso ao cuidado em saúde, sejam de informação, de estrutura, barreiras sociais, econômicas ou referentes aos sistemas de saúde (CULWELL; HURWITZ, 2013). Em países em que o aborto é restrito legalmente, o impeditivo legal soma-se às barreiras acima e torna o acesso ao procedimento seguro, ainda que clandestino, um privilégio dos que podem pagar (SINGH et al., 2009). Destaca-se que as barreiras não são mutuamente excludentes, assim podem acumular-se, dificultando ou impedindo o acesso ao procedimento (JERMAN et al., 2017). Dessa forma, as mulheres ainda encontram iniquidades de qualidade e acesso ao aborto seguro (DORAN; NANCARROW, 2015).

São apontados na literatura internacional barreiras como o acesso dificultado à informação (BAUM et al., 2016; DORAN; HORNIBROOK, 2016; JERMAN et al., 2017; KAVANAUGH; JERMAN; FROHWIRTH, 2019), estigmatização do procedimento (AIKEN et al., 2018; DORAN; HORNIBROOK, 2016; HERNÁNDEZ-ROSETE; ESTRADA-HIPÓLITO, 2019) e temor de quebra de sigilo médico (AIKEN et al., 2018; HERNÁNDEZ-ROSETE; ESTRADA-HIPÓLITO, 2019), além de assédio aos profissionais de saúde e às mulheres por parte de grupos que se opõem ao aborto (DORAN; NANCARROW, 2015). A violência e o controle do parceiro ou da família também são apontados como barreiras de acesso ao procedimento legal (AIKEN et al., 2018).

A quantidade de consultas (AIKEN et al., 2018; JERMAN et al., 2017) e a incompatibilidade horária com as mesmas (AIKEN et al., 2018), assim como os custos do procedimento também podem ser impeditivos à sua realização (AIKEN et al., 2018; DORAN; HORNIBROOK, 2016; JERMAN et al., 2017). É levantada, ainda, a objeção de consciência, ou mesmo a resistência ou oposição de profissionais de saúde à realização do aborto (DORAN; NANCARROW, 2015; FOSTER et al., 2017; HELLER et al., 2016; HERNÁNDEZ-ROSETE; ESTRADA-HIPÓLITO, 2019) e sua falta de treinamento (DORAN; NANCARROW, 2015).

Outro ponto citado é a insuficiência de serviços que realizam o aborto, em especial nas áreas rurais (DORAN; HORNIBROOK, 2016; DORAN; NANCARROW, 2015; JERMAN et al., 2017), com pouca disponibilidade de vagas (DORAN; NANCARROW, 2015; JERMAN et al., 2017). O grande tempo de espera (AIKEN et al., 2018; HELLER et al., 2016; JERMAN et al., 2017) pode levar a atraso do procedimento (JERMAN et al., 2017) ou mesmo impossibilitá-lo devido aos limites legais de tempo gestacional (FOSTER et al., 2017).

### 2.3.2.1 Barreiras geográficas de acesso ao aborto

A distância até o serviço de saúde (AIKEN et al., 2018; BAUM et al., 2016; DORAN; HORNIBROOK, 2016; DORAN; NANCARROW, 2015; HELLER et al., 2016; JERMAN et al., 2017; SETHNA; DOULL, 2007, 2013; SHELTON; BRANN; SCHULZ, 1976) também é apontada como barreira na literatura internacional. Ela gera problemas relacionados à logística, com maior demanda de tempo e dinheiro, além de ampliar a dificuldade de acesso à informação (ADDANTE et al., 2021; BARR-WALKER et al., 2019; BAUM et al., 2016; DODGE et al., 2018; DORAN; HORNIBROOK, 2016; DORAN; NANCARROW, 2015; FOSTER et al., 2017; HELLER et al., 2016; JERMAN et al., 2017; SETHNA; DOULL, 2007, 2013). Pode comprometer, ainda, o sigilo em relação aos que rodeiam quem se submete ao procedimento (BAUM et al., 2016; HELLER et al., 2016; JERMAN et al., 2017). Em momentos de crise, quando a locomoção entre estados ou países fica comprometida, como durante a pandemia de Covid-19, a distância ganha ainda mais relevância, podendo comprometer o acesso ao procedimento (LORD et al., 2020).

Destaca-se que a necessidade de viajar para interromper a gravidez advém não somente da escassez de serviços no território, mas também de conjunturas legais. Ou seja, ao longo da história e ainda hoje gestantes que vivem em áreas, municípios, estados ou países em que o aborto é ilegal viajam para outras áreas onde sua provisão de forma segura é legalizada (CALVIN, 2019; SINGER, 2019; SENDEROWICZ; SANHUEZA; LANGER, 2018; SETHNA; DAVIS, 2019). Para além da conjuntura legal, outras barreiras extra-legais como as aqui citadas: custo, tempo, limite de tempo gestacional, assédio moral, limitações de estrutura física, equipe ou sigilo também podem levar à necessidade de grandes deslocamentos para a realização do aborto (SETHNA; DOULL, 2012, 2013).



Notadamente, a possibilidade de viajar para ter acesso é geralmente restrita a grupos privilegiados (CALKIN, 2019; SINGER, 2019; SENDEROWICZ; SANHUEZA; LANGER, 2018; SETHNA; DAVIS, 2019; SETHNA; DOULL, 2007, 2013). Dessa forma, as barreiras geográficas de acesso não são vivenciadas do mesmo modo pelos diferentes grupos populacionais e afetam mais intensamente grupos socialmente desfavorecidos, como minorias étnicas, chegando a impedir o acesso (SHELTON; BRANN; SCHULZ, 1976; SILVA; MCNEILL, 2008).

O aspecto geográfico no que tange o acesso aos serviços de aborto começa a ser discutido ainda nos anos 70 nos EUA. A maior parte dos estudos sobre a questão ainda vêm daquele país. No estado da Geórgia, em 1974 foi encontrada correlação negativa entre a distância e a taxa de aborto nos diferentes condados. A correlação negativa era maior entre as mulheres negras e as que tinham entre 15 e 19 anos de idade (SHELTON; BRANN; SCHULZ, 1976).

Um estudo realizado no estado do Texas, também nos EUA, em 2000, pesquisou o acesso de adolescentes (13 a 17 anos) ao aborto. Nele foi apontado que, nos condados em que havia estabelecimentos com oferta de aborto, os custos de viagem eram menores e maiores as taxas de realização do procedimento em clínicas (JEWELL; BROWN, 2000).

Na Nova Zelândia o aborto é legal, entretanto a distribuição do serviço no território não é homogênea. Em 2006, nas regiões em que não havia serviço, as mulheres percorriam em média 442 km ou cinco horas e meia de viagem, ida e volta, para acessar o procedimento; na região de Southland a distância chegava a 1.130 km. Destaca-se que as regiões onde não havia serviço havia maior percentual da população de origem Maori, povo originário daquele país (SILVA; MCNEILL, 2008).

Em 2008, nos EUA, as mulheres viajaram em média 48,3 km para acessar um serviço de aborto, sendo que 10,8% viajaram entre 80,5 e 160,9 km, e 6,4% viajaram mais de 160,9 km. Entre as residentes de fora de áreas metropolitanas, 30,5% viajaram mais de 160,9 km. Mulheres brancas tiveram mais chances de estar nesse grupo que viajou maiores distâncias, isso poderia apontar que as negras e latinas concentravam-se em áreas metropolitanas, ou que não acessavam o procedimento quando era necessário percorrer longas distâncias (JONES; JERMAN, 2013).

Em estudo englobando 1.178 condados de 18 estados dos EUA com dados de 2000 a 2014, foi encontrado que a cada 1,6 km (1 milha) de distância entre o centroide do condado e o

serviço mais próximo com oferta foi associado a 0,02 menos abortos formais por 1.000 mulheres do condado. Nos EUA os estados têm legislações distintas sobre a oferta do procedimento, aqueles estados e períodos com legislações mais restritas tiveram 0,48 menos abortos formais por 1.000 mulheres. A distância a ser percorrida não esteve associada ao cenário legal. Vale contextualizar que naquele cenário o que se categorizou como leis restritivas envolvia tempo de espera entre aconselhamento e procedimento, envolvimento dos pais quando a gestante é menor de idade, regulamentações específicas dos serviços e limites de idade gestacional (BROWN et al., 2020a).

Na Califórnia, nos Estados Unidos, entre 2011 e 2012, mulheres de baixa renda precisaram se deslocar em média 37,8 km (intervalo com 95% de confiança [IC95%]: 37,2–38,3) para acessar um aborto financiado pelo Medicaid. Do total, 11,9% (IC95%: 11,5%-12,2%) viajaram mais de 80,5 km. Os grupos com maior proporção de deslocamentos de mais de 80,5 km eram mulheres brancas (20,3%), com mais de 12 semanas de gestação (21,7%), que se deslocaram até hospitais (19,9%) e mulheres da região rural (51,0%). Em análise multivariada, tiveram menos chances de percorrer mais de 80,5 km as mulheres com menos de 18 anos quando comparadas às entre 18 e 24 anos (*odds ratio* [OR] 0,03, IC95% 0,003-0,37). Da mesma forma, tiveram menos chances de percorrer mais de 80,5 km as mulheres latinas (OR 0,37, IC95% 0,17-0,83) e asiáticas (OR 0,02, IC95% 0,002-0,19) comparadas às brancas, e as que se submeteram ao método medicamentoso comparadas às que fizeram AMIU (OR 0,18, IC95% 0,08-0,40) (JOHNS; FOSTER; UPADHYAY, 2017).

Em estudo publicado em 2013 é apontado que no Canadá, ainda que o aborto seja legal desde 1969, os serviços ainda estavam concentrados nas grandes cidades. A disparidade espacial se faz refletir na idade, etnia e local de moradia das mulheres. Naquele momento, 18,1% das mulheres que interromperam a gravidez viviam a mais de 100 km do serviço. Mulheres com menos de 30 anos (OR 1,57, IC95% 1,08- 2,28) tinham mais chances de compor esse grupo, quando comparadas às com mais de 30 anos; da mesma forma, mulheres que se identificavam como de povos originários ou pardas (*First Nations* ou *Métis*) tinham três vezes mais chances de ter precisado viajar mais de 100 km quando comparadas às mulheres brancas (OR 0,33, IC95% 0,20, 0,53) (SETHNA; DOULL, 2013).

Voltando ao Texas, foi sancionada em 2013 no estado a lei *House Bill 2* (HB2), que restringiu a oferta de aborto legal e fez com que a maior parte das clínicas do estado fechassem. Em 2012, havia 41 clínicas na região, em 2016 eram 17 (GROSSMAN et al., 2017a, 2017b).

Logo nos primeiros seis meses em que a lei entrou em vigor, houve aumento da quantidade de mulheres do estado que estavam a mais de 80,5 km de distância da clínica mais próxima. No mesmo período, houve queda de 13% na taxa de aborto formal no estado frente ao registrado no ano anterior (GROSSMAN et al., 2014). Comparando os abortos em 2012 e 2014, foi verificado, ainda, que a diminuição no acesso foi maior conforme o aumento da distância até a clínica mais próxima, chegando a 50,3% onde o aumento da distância foi maior que 160,9 km (GROSSMAN et al., 2017a, 2017b).

Ainda no Texas, foi encontrado que entre 2004 e 2014 as taxas de aborto caíram nos condados e as quedas estiveram associadas à distância até o serviço mais próximo com oferta do procedimento. Cada 160,9 km de aumento na distância esteve associado a 10% de queda de taxa de aborto formal no condado. O impacto foi significativo nos condados em que o aumento da distância foi maior que 323,5 km, entre as mulheres de 25 e 34 anos de idade, e tanto em mulheres brancas quanto negras, sendo maior nesse segundo grupo (QUAST; GONZALEZ; ZIEMBA, 2017). Outro estudo com dados de 2006 a 2014 aponta que não ter um serviço de aborto em até 40,2 km de distância esteve associado no Texas a um declínio de 18% de abortos formais realizados dentro do estado, esse percentual aumenta chegando a 33% de declínio onde não havia serviços em distância de até 160,9 km. O estudo encontrou, ainda, que a queda nas taxas de aborto no estado foi acompanhada do aumento do percentual de abortos em mulheres texanas realizados nos estados vizinhos (FISCHER; ROYER; WHITE, 2017).

Em estudo subsequente, ainda nesse contexto do Texas, foi encontrado que o aumento na distância teve maior impacto entre as pessoas que tinham inicialmente menor distância até um serviço de aborto. Foi identificado que o aumento de 40,2 km poderia reduzir em cerca de 10% a taxa de aborto formal nas áreas que inicialmente tinham o serviço (distância igual a 0), mas esse percentual diminuiu chegando a não ser significativo nas áreas em que mesmo antes da HB2 a distância até a clínica mais próxima era maior de 321,9 km. Além da distância em si, estimou-se que 59% do efeito da redução do acesso às clínicas pôde ser atribuído à sobrecarga dos serviços, associada, por sua vez ao aumento da idade gestacional nos procedimentos realizados no estado. A redução na taxa de aborto formal foi especialmente verdadeira nas áreas próximas à fronteira com o México, e mais acentuada nas mulheres latinas, o que poderia indicar o acesso ao método medicamentoso no outro país (CUNNINGHAM et al., 2017). Também no Texas, ao serem comparadas as taxas de aborto formal em 2012 e 2015, antes e depois da entrada em vigor da HB2 houve queda de 20,2%. As quedas, entretanto, foram

significativamente maiores nos condados que tinham e deixaram de ter o serviço de aborto no período. Esse declínio concentrou-se especialmente nas mulheres latinas, que chegaram a 40,7% de redução de taxa de realização de aborto formal nesses casos e 42,6% quando o aumento da distância foi maior que 160,9 km (GOYAL; BROOKS; POWERS, 2020).

Em Wisconsin, ainda nos EUA, a oferta de aborto também foi diminuída devido a leis estaduais aprovadas durante a década de 2010. Entre 2011 e 2013, foi reduzido o financiamento estatal para clínicas que ofertavam o aborto, aumentadas as exigências burocráticas de funcionamento e restritos os métodos e tempo gestacional limite para sua realização. Nesse período, o estado passou de cinco para três estabelecimentos com oferta. Ainda que em número absoluto o fechamento de clínicas tenha sido pequeno, provocou impacto no acesso ao procedimento nas residentes do estado. A cada 160,9 km em distância linear até a clínica com oferta, houve um declínio de 24,9% na taxa de aborto formal no condado. Assim como no Texas, esse percentual variou de acordo com a distância anterior ao fechamento das clínicas, sendo maior nos condados que tinham menores distâncias iniciais. Houve, ainda, aumento nas taxas de natalidade nos condados com o aumento das distâncias a serem percorridas para acesso ao aborto após o fechamento das clínicas. Nos condados que estavam inicialmente a 40,2 km de clínicas, o aumento para 160,9 km esteve associado a taxas de natalidade 3,3% mais altas. Esse aumento se distribuiu de forma distinta entre os grupos raciais do estado, com aumentos mais expressivos em mulheres não-brancas, fossem elas negras, latinas ou asiáticas. O declínio do acesso não apresentou associação com o tamanho da população coberta pelas clínicas, ou seja, não esteve associado a sobrecarga dos serviços. Ressalta-se que em Wisconsin a média de população coberta por clínica sempre foi mais alta que a do Texas, mesmo depois do fechamento dos serviços nesse segundo estado. As taxas de natalidade aumentaram menos em condados com quedas mais bruscas nas taxas de aborto, podendo apontar que as gravidezes não foram levadas a termo, ainda que sua interrupção aconteça fora do aparelho regulado por aquele estado (VENATOR; FLETCHER, 2019).

O México já adotou diferentes legislações em relação ao aborto em cada estado do país. Em 2007, a Cidade do México, ao contrário das outras localidades até aquele momento, legalizou a interrupção da gravidez em qualquer caso durante o primeiro trimestre da gestação. Em estudo sobre o acesso ao aborto na Região Metropolitana da Cidade do México entre 2010 e 2012, foi encontrado que o acesso ao cuidado em saúde era muito maior entre as mulheres das demarcações territoriais onde o cuidado era ofertado. Mulheres que precisaram viajar para

acessar o procedimento, fizeram 18,6% (IC95% 13,3%-33,3%) das interrupções esperadas para seus territórios caso tivessem serviço local, mesmo ajustado por fatores sociodemográficos. Quanto ao tempo de deslocamento, cada 15 minutos de viagem reduziram o acesso em 33,7% (IC95% 18,2-46,3%). Outro ponto levantado foi o perfil das mulheres que superaram a barreira geográfica, as que viajaram para acessar o aborto legal tinham maior escolaridade que as outras mulheres em idade reprodutiva de seus municípios (FRIEDMAN et al., 2019). A alta escolaridade das mulheres que vinham de outras partes do México para realizar o procedimento na Cidade do México também foi encontrada nas intervenções realizadas entre 2013 e 2015 (SENDEROWICZ; SANHUEZA; LANGER, 2018). Mesmo no nível municipal, foi encontrado que entre 2016 e 2019 os municípios que tiveram residentes que se deslocaram para acessar o aborto na Cidade do México eram aqueles menos marginalizados no que diz respeito a educação, moradia, renda e distribuição da população (JACOBSON et al., 2022).

Não foi encontrado estudo que abordasse o acesso geográfico ao aborto em contextos de legalidade excepcional, como no caso brasileiro. O mais próximo disso é a pesquisa supracitada sobre a Região Metropolitana da Cidade do México (FRIEDMAN et al., 2019). No estudo, foi encontrada diminuição de 58,6% (IC95% 21,5%–78,1%) do acesso à interrupção da gravidez em áreas em que sua oferta era proibida, mesmo quando ajustado pela distância. Os autores associam o menor acesso ao desconhecimento dos serviços, aumento do custo percebido e real, além do estigma (FRIEDMAN et al., 2019). Esse cenário dialoga com a situação brasileira na medida em que o aborto é tipificado no Código Penal, com possibilidades limitadas de não punibilidade, o que aqui também contribui para o desconhecimento, o aumento dos custos e da estigmatização.

O acúmulo científico sobre o tema não é vasto e precisa ser considerado que os estudos abordados têm diferentes desenhos, formas de mensuração e contextos. A maioria dos estudos abarcam populações que vivem em contextos em que o aborto é legal, e majoritariamente no norte global, especialmente nos EUA. Os estudos diferem quanto ao modo de obtenção e mensuração do deslocamento. Ainda que seja mais frequente o uso de softwares (FRIEDMAN et al., 2019; GOYAL; BROOKS; POWERS, 2020; GROSSMAN et al., 2017a, 2017b; JEWELL; BROWN, 2000; JOHNS; FOSTER; UPADHYAY, 2017; JONES; JERMAN, 2013; SHELTON; BRANN; SCHULZ, 1976; SILVA; MCNEILL, 2008; VENATOR; FLETCHER, 2019) para a medida, há estudo que têm como base o relato da usuária (SETHNA; DOULL, 2013). Alguns estudos considerando a distância em linha reta (BROWN et al., 2020a;

GROSSMAN et al., 2017a, 2017b) e outros a distância percorrida em estrada (FRIEDMAN et al., 2019; GOYAL; BROOKS; POWERS, 2020; JEWELL; BROWN, 2000; JOHNS; FOSTER; UPADHYAY, 2017; JONES; JERMAN, 2013; SHELTON; BRANN; SCHULZ, 1976; SILVA; MCNEILL, 2008; VENATOR; FLETCHER, 2019), por vezes partindo da residência (JOHNS; FOSTER; UPADHYAY, 2017; SETHNA; DOULL, 2013) e outras do centro do condado (BROWN et al., 2020; D et al., 2017; GOYAL; BROOKS; POWERS, 2020; GROSSMAN et al., 2017; VENATOR; FLETCHER, 2019) ou município (FRIEDMAN et al., 2019) de moradia. Além disso, as mensurações se deram tanto em unidade de comprimento (quilômetros ou milhas) (GOYAL; BROOKS; POWERS, 2020; GROSSMAN et al., 2017a, 2017b; JEWELL; BROWN, 2000; JOHNS; FOSTER; UPADHYAY, 2017; JONES; JERMAN, 2013; SHELTON; BRANN; SCHULZ, 1976; SILVA; MCNEILL, 2008; VENATOR; FLETCHER, 2019) quanto de tempo (horas e minutos) (FRIEDMAN et al., 2019; SILVA; MCNEILL, 2008). As categorias utilizadas tampouco seguem um padrão entre os estudos.

Ainda assim, a partir do que foi encontrado na literatura, é possível afirmar que mesmo em contextos de legalidade as distâncias percorridas para realizar um aborto podem ser muito grandes (CUNNINGHAM et al., 2017; GROSSMAN et al., 2014, 2017a, 2017b; JOHNS; FOSTER; UPADHYAY, 2017; JONES; JERMAN, 2013; SETHNA; DOULL, 2013; SILVA; MCNEILL, 2008). Nos contextos estudados, a distância diminui o acesso à intervenção (CUNNINGHAM et al., 2017; FRIEDMAN et al., 2019; GROSSMAN et al., 2014, 2017a, 2017b; JEWELL; BROWN, 2000; SHELTON; BRANN; SCHULZ, 1976; VENATOR; FLETCHER, 2019). Fica aparente, ainda, que a distância é uma barreira que afeta desproporcionalmente grupos marginalizados, por exemplo, grupos originários na Nova Zelândia e no Canadá que vivem em áreas mais distantes dos centros urbanos e sem serviço de aborto próximo a sua área de moradia (SETHNA; DOULL, 2013; SILVA; MCNEILL, 2008). Além disso, fica ressaltado que a barreira da distância e suas implicações são vivenciadas de forma distintas por cada grupo, e podem ser barreiras intransponíveis para determinadas mulheres, como parece se dar com mulheres não-brancas e jovens no EUA (CUNNINGHAM et al., 2017; GOYAL; BROOKS; POWERS, 2020; JOHNS; FOSTER; UPADHYAY, 2017; JONES; JERMAN, 2013; SHELTON; BRANN; SCHULZ, 1976; VENATOR; FLETCHER, 2019), ou as de menor escolaridade na Região Metropolitana da Cidade do México (FRIEDMAN et al., 2019; SENDEROWICZ; SANHUEZA; LANGER, 2018).

Vale lembrar que o não acesso ao aborto seguro não significa necessariamente a manutenção da gravidez, já que as mulheres podem também recorrer a outros métodos menos seguros para interromper a gravidez (CUNNINGHAM et al., 2017; FISCHER; ROYER; WHITE, 2017).

### **2.3.3 Acesso aos serviços de saúde no Brasil**

O Brasil tem um sistema de saúde com lógica e funcionamento específicos, os quais serão apresentados para que seja possível a posterior discussão sobre o acesso a interrupções legais de gravidez.

Com a Constituição de 1988 e a criação do SUS, a saúde passa a ser entendida como de acesso universal e igualitário no país. Desde então, o acesso aos serviços expressa a relação dos usuários com o direito constitucional à saúde. Essa mudança foi gestada desde os anos 70 pelo Movimento de Reforma Sanitária que compunha os movimentos pela redemocratização do Brasil e rompeu com a tradição previdenciária da assistência à saúde até aquele momento (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Apesar de o país ter um sistema de saúde que abarca a toda sua população e oferece atenção integral, coexistem com ele planos privados de saúde que atuam de forma complementar. Até 2013, a cobertura de planos de saúde cresceu no Brasil, com 27,9% da população estando segurada naquele ano. Esse percentual varia entre as regiões do país, sendo a maior no Sudeste (36,9%) e a menor no Norte (13,3%) (VIACAVA; BELLIDO, 2016). Em março de 2022, 25,2% da população no Brasil estava coberta por plano privado de saúde (BRASIL, 2022c). Também é variável o leque de procedimentos ofertados pelos planos (os quais majoritariamente estão disponíveis no SUS), sua cobertura territorial e a necessidade de copagamento por procedimento ou internação. Mesmo as pessoas seguradas por planos de saúde utilizam a assistência no SUS, ainda que em menor proporção que as não seguradas (FONTENELLE et al., 2019).

Em estudo nacional com dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), de 1989, e da Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), de 1996/97, realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), incluindo apenas as áreas urbanas das Regiões Nordeste e Sudeste, apontou leve redução das desigualdades no consumo de serviços de saúde após a implantação do SUS. Ainda em 1996 e 1997, com a menor renda havia aumento de

chance de adoecimento, mas diminuição de chance de uso de serviços de saúde. Nos mesmos anos, a região Nordeste tinha menor chance de utilização de serviços que a região Sudeste, assim como maior percentual de busca por serviços de maior complexidade (TRAVASSOS et al., 2000).

Com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 realizada pelo IBGE, a qual exclui as áreas rurais da região Norte, foi estudado o acesso a serviços de saúde nas áreas urbanas e rurais do país. Foi encontrado que havia nas áreas rurais maior proporção de pessoas que avaliava o próprio estado de saúde como ruim ou muito ruim, e maior percentual de pessoas que utilizava os serviços assistenciais do SUS. O estado de saúde autoavaliado esteve associado à busca por serviços de saúde; em áreas urbanas mulheres procuravam mais os serviços que os homens, e as pessoas com plano de saúde mais que as sem plano. Nas áreas urbanas buscou-se proporcionalmente mais serviços preventivos e de rotina, enquanto nas áreas rurais houve mais buscas motivadas por doença (KASSOUF, 2005).

Ainda a partir dos dados da PNAD 1998, outro estudo encontrou maior frequência de uso de serviços em mulheres que em homens e maior na área urbana que na área rural, apesar desses últimos terem pior autoavaliação de saúde. O não atendimento de pessoas que necessitaram do serviço deu-se majoritariamente pela insuficiência ou inexistência de oferta. Entre as pessoas que tendo necessidade não buscaram atendimento, a falta de dinheiro foi o impeditivo mais mencionado; na área urbana também foi apontada dificuldade com horário de funcionamento dos serviços e tempo de espera; já na área rural foram mais mencionadas a dificuldade de transporte e a distância. Dessa forma, evidenciaram-se diferentes características de acesso e barreiras a diferentes grupos populacionais (PINHEIRO et al., 2002).

Também com a PNAD 1998, excluindo áreas rurais e crianças menores de 10 anos, foi encontrado que mulheres usavam mais os serviços de saúde que homens, as chances eram aumentadas na raça branca, com o aumento da idade, escolaridade e renda per capita; e diminuídas com o aumento do tamanho da família (TRAVASSOS et al., 2002).

No mesmo ano, também com dados da PNAD mas agora restrito à Região Metropolitana de São Paulo, encontrou-se que o acesso a plano de saúde estava associado a maior procura por atendimento de saúde, menor tempo de espera, e maior percentual de busca por clínica ou consultório em detrimento de pronto-socorro ou hospital (PESSOTO et al., 2007).

À luz do modelo comportamental de Andersen, foram analisadas as internações hospitalares no Brasil também com dados da PNAD 1998. A necessidade foi o fator mais



importante na explicação do uso de hospitais, traduzida em comprometimento em atividades da vida diária, doenças crônicas e estado de saúde autoavaliado. Ter plano de saúde e ter um serviço de uso regular foram entendidos como fatores capacitantes, mediando a necessidade e o acesso. Dessa forma, entre pessoas com as mesmas necessidades, o uso foi maior entre as com plano de saúde e com um serviço de uso regular. Além de comprometimento em atividades da vida diária, doenças crônicas, estado de saúde autoavaliado, plano de saúde e serviço de uso regular, o uso esteve associado a pessoas brancas, maior renda, sexo feminino e maior idade (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002).

Também à luz do modelo comportamental de Andersen e com dados da PNAD 1998, foi encontrada associação entre maior oferta de leitos hospitalares e o número de internações. Assim, a oferta insuficiente poderia fazer com que internações justificadas deixem de ocorrer (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005).

Com os dados da PNAD de 2003, entre pessoas com mais de 10 anos de idade e com restrição de atividade, tiveram maior chance de uso de serviços de saúde pessoas do sexo feminino, com maior idade, escolaridade, renda e que viviam no Sudeste do país (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Já com dados da PNAD 2008, foram encontradas iniquidades que favoreciam as pessoas em melhor condição socioeconômica quanto à utilização de consultas médicas, sendo maior o grau de iniquidade nas regiões Norte e Nordeste. Não foram encontradas evidências de iniquidade em internações hospitalares. Os determinantes de necessidades em saúde contribuíram aumentando a utilização pelos pobres; enquanto renda, escolaridade e plano de saúde contribuíram para aumentar a distribuição em favor dos ricos no uso de consultas médicas e para reduzir a distribuição em favor dos pobres no uso de internações hospitalares (CAMBOTA; ROCHA, 2015).

Durante o período de 1998 e 2008, também a partir de dados das PNAD, pessoas pobres reportaram pior estado de saúde, enquanto os mais ricos tinham mais doenças crônicas e mais uso de serviços de saúde, ainda que a desigualdade de utilização devido à renda tenha decrescido. De todo modo, planos de saúde, educação e renda foram os fatores mais importantes de iniquidade de utilização (ALMEIDA et al., 2013). Ainda a partir dos mesmos dados, outro estudo corroborou a tendência de redução de iniquidades na utilização de serviços de saúde, tanto consultas quanto hospitalizações, naqueles 10 anos. A probabilidade de consulta nos 12 meses anteriores, entretanto, era favorável às pessoas ricas, enquanto a de hospitalização nos

12 meses anteriores, favorável às pobres. Como fatores associados às iniquidades foram encontrados a renda, plano de saúde e localização geográfica (MACINKO; LIMA-COSTA, 2012). Um terceiro estudo também encontrou o aumento das taxas de utilização dos serviços e de acesso no período, com foco na redução das desigualdades no cuidado primário. Foram medidos, além das proporções de utilização, os percentuais de pessoas que reportaram não ter conseguido atendimento na primeira vez que procuraram ou não procuraram os serviços de saúde apesar de terem tido necessidade. Ainda houve, entretanto, desigualdade de acesso favorável aos ricos (ANDRADE et al., 2013).

Seguindo a linha histórica, em 2013 foi encontrado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) aumento no percentual de pessoas com consulta médica nos 12 meses anteriores e com uso do serviço de saúde nas duas semanas anteriores, por outro lado, o percentual de internações hospitalares caiu no decorrer do tempo quando comparadas as PNAD de 1998, 2003, 2008 e a PNS 2013. São mantidas, entretanto, as diferenças regionais, a região Norte apresentou o menor percentual de consulta médica e de uso do serviço, sendo a única região em que esse último indicador teve queda (VIACAVA; BELLIDO, 2016). Em 2013, quanto ao sucesso no acesso, quando o serviço foi procurado nas duas semanas prévias à PNS, 95,3% conseguiram usá-lo na primeira vez que buscou, com maiores proporções entre idosos, entre os que tinham “chefe da família” com ensino superior e nas regiões Sul e Sudeste (STOPA et al., 2017).

A PNS de 2019 aponta que a proporção de pessoas que teve consulta médica nos últimos 12 meses aumentou com a renda e é maior na área urbana. As regiões Sul e Sudeste tiveram as maiores proporções. A procura por atendimento de saúde nas duas semanas anteriores à Pesquisa também foi maior nesses grupos, assim como entre as pessoas brancas, idosas ou com ensino superior completo. A obtenção de atendimento de saúde na primeira consulta foi menor que a encontrada na PNS 2013, com 86,1%. Também de forma contrastante com a pesquisa anterior, os grupos com maior sucesso na primeira busca foram as pessoas negras, de menor escolaridade e na região Nordeste (BRASIL, 2020n).

Desde a criação do SUS no Brasil houve avanços no acesso à saúde em todos os níveis, em especial na atenção primária (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Deu-se, ainda, redução das desigualdades de acesso tanto regionais quanto entre grupos de diferentes níveis socioeconômicos (MARTEN et al., 2014; PAIM et al., 2011). Evidencia-se, entretanto, que ainda que constitucionalmente seja garantida a universalidade, na prática, o acesso à assistência ainda é limitado e inequânime.

### 2.3.3.1 Acesso geográfico no Brasil

Com vistas ao acesso universal, equânime e integral, o modelo de saúde brasileiro tem como princípios a regionalização e a hierarquização. A busca é pela oferta de atendimento resolutivo de saúde a qualquer pessoa e em razão de qualquer acometimento. Desse modo, trabalha-se com a lógica de uma rede assistencial organizada de forma hierárquica em níveis de densidade tecnológica, com definição de população de referência, porta de entrada e fluxos de referenciamento. Como no Brasil poucos municípios são capazes de ofertar em seu território cuidados que atendam a todas as necessidades de sua população, ficam apontadas ações estratégicas a serem desenvolvidas na atenção básica por todos os municípios. A oferta de cuidados de maior complexidade se dá com a organização de redes de assistência regionalizadas, por meio da pactuação com outros municípios e em conjunto com os estados, sendo balizada pela identificação de prioridades (JESUS; ASSIS, 2010; BRASIL, 2001).

O processo de regionalização encontra desigualdades entre as regiões, e mesmo entre os estados. Assim distingue-se, por um lado, a concentração de recursos e tecnologias especialmente em capitais e regiões metropolitanas; e, por outro, a escassez de profissionais, tecnologias e recursos, somada à diversidade socioespacial dos estados da região Norte (LIMA et al., 2012). Dessa forma, ainda que o acesso universal e integral esteja no horizonte do sistema de saúde, na prática apresentam-se limites à acessibilidade, como fragmentação da rede, indisponibilidade de serviços em tempo adequado e assimetrias regionais (ASSIS; JESUS, 2012). Como resultado, há mais disponibilidade e acesso à atenção secundária e terciária nas regiões Sul e Sudeste, com concentração nas grandes cidades (SOLLA; CHIORO, 2008; ASSIS; JESUS, 2012).

Mesmo na região Sul, entretanto, um estudo realizado em regional de saúde no estado do Paraná encontrou, em 2015, oferta insuficiente ou inexistente de especialidades em municípios pequenos e rurais, deixando muitas vezes vazios assistenciais (SILVA et al., 2017).

A concentração de serviços nas cidades não é um fenômeno exclusivo da saúde, nem apenas brasileiro. Em áreas rurais ou remotas, a oferta de bens e serviços como um todo tende a ser menor e de mais difícil acesso. As piores condições se refletem na situação de saúde, assim, temos pessoas em pior estado de saúde e com menor acesso aos serviços de saúde (PHILLIPS, 2009; BOSANAC; PARKINSON; HALL, 1976). Dificuldades de transporte e comunicação, assim como menos profissionais, em especial médicos, dificultam a oferta e a

acessibilidade, como resultado, pessoas ficam presas no ciclo da pobreza, doença e baixa produtividade (STRASSER, 2003).

Ainda que com contornos drásticos em regiões rurais e remotas, a acessibilidade também é uma questão em áreas urbanas e mesmo em metrópoles. Como já apontado, as distâncias são relativas dado haver barreiras decorrentes das características do espaço a ser percorrido e da forma como esse percurso se dá (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987; UNGLERT, 1990).

Especificamente quanto a internações hospitalares, no Brasil, em 2000, foi encontrado que, considerando apenas internações no SUS e de maiores de 14 anos de idade, a probabilidade de atendimento caía com o aumento da distância entre o local de moradia e o hospital. Mesmo distâncias de até 20 km provocavam redução na probabilidade de atendimento (OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004).

Desde 1999, o tratamento eletivo fora do município de residência foi regulamentado, visando que o Estado se responsabilizasse pelos custos com transporte, alimentação e pernoite dos usuários, e quando necessário, seus acompanhantes para o acesso ao cuidado em saúde quando não há disponibilidade em seu município de residência, a menos de 50 km ou na mesma Região Metropolitana (BRASIL, 1999b). Os valores pagos, reajustados em 2007, são de R\$ 181,50 para cada 200 milhas em transporte aéreo; R\$ 3,70 para cada 27 milhas náuticas em transporte fluvial; e R\$ 4,95 para cada 50 km em transporte terrestre. São previstos também ajuda de custo de R\$ 8,40 para alimentação ou R\$ 24,75 para alimentação e pernoite (BRASIL, 2007c). Esses recursos são cobrados por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais e estão sujeitos ao teto financeiro da alta e média complexidades (BRASIL, 2007d), ainda assim, quando pagos na forma de reembolso ao usuário, não cobrem os gastos (BARBOSA et al., 2010; NEMER et al., 2020).

Considerando o olhar da gestão, a centralização de serviços, principalmente de serviços especializados, se dá em busca de eficiência, maior qualidade no cuidado e potencial economia de escala (GULLIFORD et al., 2002). Por infortúnio, a lógica da organização do sistema pelos planejadores não necessariamente é condizente com a lógica de uso dos serviços (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). De todo modo, o lugar onde as pessoas vivem não deveria determinar a adequação da oferta e da qualidade do serviço de saúde que é a elas prestado (ADAY; ANDERSEN, 1981).

### 2.3.3.2 Barreiras de acesso a interrupção legal de gravidez no Brasil

O desconhecimento acerca da legislação sobre o aborto é uma barreira de acesso ao procedimento seguro no Brasil (MACHADO et al., 2015; TALIB et al., 2006). Em 2006, apenas 56% dos brasileiros sabiam que em casos de gravidez resultante de estupro a gestante poderia realizar o aborto de forma legal, 44% sabiam da possibilidade de interrupção quando há risco à vida da gestante, e 45% achavam que havia essa possibilidade em caso de má formação fetal (TALIB et al., 2006), o que naquele momento dependia sempre da autorização judicial, até 2012 quando passou a ser entendido como legal a interrupção de gestações de fetos anencéfalos (BRASIL, 2012a). Ademais, ainda em 2006, 95% das pessoas não sabiam indicar um hospital que realizasse o procedimento (TALIB et al., 2006). Esse conhecimento não se distribuía de forma igual no país, as pessoas que tinham maior escolaridade, com maior renda familiar, as que residiam na região Sudeste do país, nas capitais de estado e onde havia serviços disponíveis de aborto legal tinham mais conhecimento sobre a legislação quanto ao aborto.

A disponibilidade de informação sobre a oferta é deficitária. Em 2018 apenas duas das 27 Unidades da Federação disponibilizavam nos *sites* de seus órgãos de saúde a lista dos estabelecimentos com oferta de aborto previsto em lei; das 26 capitais de estado, apenas seis ofereciam a informação (ARTICLE 19, 2018).

A falta de informação também se faz ver enquanto lacuna na formação profissional, o desconhecimento está presente entre os estudantes e profissionais de categorias envolvidas na assistência à interrupção de gravidez, tanto no que diz respeito às exigências legais quanto em relação à realização do procedimento em si (FARIAS; CAVALCANTI, 2012; MEDEIROS et al., 2012; DINIZ; MADEIRO; ROSAS, 2014; DINIZ et al., 2014; GOLDMAN et al., 2005; FAÚNDES et al., 2007; BENUTE et al., 2012; ADAY; ANDERSEN, 1974; PACAGNELLA et al., 2020; FONSECA et al., 2020).

A resistência ou objeção de profissionais de saúde e gestores à interrupção da gravidez é presente nos serviços e interfere na oferta e na qualidade da assistência prestada, se constituindo também uma barreira de acesso ao aborto previsto em lei (BRANCO et al., 2020; DINIZ; MADEIRO; ROSAS, 2014; FARIAS; CAVALCANTI, 2012; MACHADO et al., 2015). A aceitabilidade da interrupção legal abarca, além da postura dos profissionais dos serviços, os entendimentos sobre o aborto que circulam em outros grupos sociais. Nesse sentido, é comumente documentado em algumas partes do mundo o assédio direto a profissionais e

gestantes por parte de grupos organizados que se opõem à oferta do serviço (DORAN; NANCARROW, 2015). Esse tipo de manifestação é menos comum, mas tem acontecido pontualmente no Brasil (FERNANDES et al., 2020)<sup>27</sup>.

Com enfoque na acessibilidade geográfica, vale recuperar que o sistema brasileiro é hierarquizado e regionalizado. A rede de saúde é organizada por níveis de complexidade crescentes, tendo a atenção básica capilarizada como porta de entrada prioritária, e serviços de maior densidade tecnológica como referências (BRASIL, 2001). Historicamente, a distribuição de unidades de atenção ambulatorial e hospitalar não se dá de forma equânime no território brasileiro, com menor concentração de serviços, portanto menor oferta, nas regiões Nordeste e Norte (ASSIS; JESUS, 2012; SOLLA; CHIORO, 2008). Essa organização do sistema e distribuição desigual de densidade tecnológica no território nacional tem implicação na oferta de ILG, já que a mesma se dá em serviços de referência (BRASIL, 2014a). De acordo com a normativa do Ministério da Saúde, hospitais gerais, maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e serviços de urgência não hospitalares<sup>28</sup> poderiam ser organizados e credenciados como Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei (BRASIL, 2014a).

De acordo com um estudo de abrangência nacional (MADEIRO; DINIZ, 2016), entre 2013 e 2015, 37 serviços no Brasil faziam interrupção de gravidez em algum dos casos previsto em lei. Os serviços estavam presentes em 20 das 27 unidades da federação, majoritariamente restritos às capitais. A pouca disponibilidade de serviços e sua concentração nas grandes cidades pode constituir-se uma barreira geográfica de acesso ao serviço previsto em lei (MADEIRO; DINIZ, 2016). A disponibilidade geográfica em si, todavia, não determina a utilização do serviço. Entre as vítimas que procuraram serviços de aborto legal de 2013 a 2015, menos da metade teve o procedimento realizado seja devido a idade gestacional avançada, por não atender aos critérios estabelecidos na legislação, por barreiras burocráticas ou morais, ou por desistência voluntária (MADEIRO; DINIZ, 2016).

---

<sup>27</sup> Em 2019, por exemplo, um grupo organizado contra o aborto, se fez colocou em frente ao Hospital Pérola Byington em São Paulo de modo a intimidar pacientes e profissionais. O Hospital é referência no que diz respeito a interrupção legal de gravidez (ANJOS; FONSECA; DIP, 2019). Em 2020 houve também manifestação em frente ao Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros em Recife visando impedir que fosse realizado o aborto em um caso midiático, uma menina de 10 estuprada durante anos pelo tio (JIMÉNEZ, 2020).

<sup>28</sup> A possibilidade de instalação de Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei em estabelecimentos não hospitalares contrasta com a restrição do uso do misoprostol (medicamento utilizado para a interrupção da gestação) a ambientes hospitalares, conforme prevê a Portaria nº344/1998 (Brasil, 1998), mantida pela Resolução RDC 598 (BRASIL, 2022a).

No que diz respeito especificamente à idade gestacional, ressalta-se que ainda que não haja limite de idade gestacional para a não punibilidade das interrupções de gravidez nas situações legais (BRASIL, 1940, 2012a), nem todos os hospitais que ofertam a ILG o fazem em todo esse leque de tempo gestacional, restringindo-se ao primeiro trimestre (DREZETT, 2002; MADEIRO; DINIZ, 2016), ou às primeiras 20 semanas de gestação (ROSAS; PARO, 2021). Essa restrição temporal tende a afetar especialmente pessoas de menor idade e menos escolaridade, que podem demorar mais tempo até identificar a gravidez (BLAKE et al., 2015; SAAVEDRA-AVENDANO et al., 2018), assim como outros em maior vulnerabilidade econômica (FOSTER; KIMPORT, 2013), bem como pessoas com deficiência mental, que estavam sob efeito de substância com ação no sistema nervoso central no momento do estupro ou que tem parentesco com o agressor (BLAKE et al., 2015).

No cenário brasileiro vale discutir, ainda, a restrição legal de realização do aborto exclusivamente por médicos (BRASIL, 1940) e o uso de misoprostol exclusivamente em espaços hospitalares (BRASIL, 1998, 2022a). No Código Penal brasileiro, a não punibilidade do aborto é restrita à sua realização por médico, entretanto, no que diz respeito à segurança do procedimento, a literatura tem apontado que ele poderia igualmente ser realizado por outros profissionais de saúde treinados (BARNARD et al., 2015; RENNER; BRAHMI; KAPP, 2013; WARRINER et al., 2011; NGO; PARK; FREE, 2013; BERER, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

No que tange à restrição ao espaço hospitalar, o misoprostol, um dos fármacos recomendados pela OMS para a realização do aborto, é de uso restrito hospitalar no Brasil e exige cadastramento e credenciamento do estabelecimento junto à Autoridade Sanitária (BRASIL, 1998, 2022a)<sup>29,30</sup>. A OMS, no entanto, indica que o aborto por meio medicamentoso pode ser ofertado na atenção básica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022), se dando efetivamente em alguns países (MUNDLE et al., 2007; SENDEROWICZ; SANHUEZA; LANGER, 2018). Experiências de aborto medicamentoso domiciliar (NGO et al., 2011), autoadministrado (GAMBIR et al., 2020a) e com acompanhamento à distância (ENDLER et

---

<sup>29</sup> Como apontado, a restrição do uso do misoprostol a ambiente hospitalar vai de encontro à Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014, que estabelece que Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei podem ser organizados em Unidades de Pronto-Atendimento e no conjunto de serviços de urgência não hospitalares, além de hospitais gerais, maternidades e prontos-socorros (BRASIL, 2014a).

<sup>30</sup> Em 2019 a Defensoria Pública da União recomendou à ANVISA a revisão de Resoluções a fim de permitir que medicamentos à base de misoprostol pudessem ser vendidos em farmácia sob prescrição médica com retenção de receita para os casos de aborto legal; e visando ainda a ampliação de acesso à informação segura à população sobre o uso desses medicamentos (SÃO PAULO, 2019).

al., 2019) também vêm sendo realizados a fim de ampliar o acesso<sup>31</sup>. Ainda no que tange ao procedimento medicamentoso, destaca-se que a mifepristona, uma das drogas recomendadas pela OMS para o aborto seguro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022), não tem registro no Brasil (BRASIL, 2012c).

Dentre as situações de aborto previstas em lei, as gravidezes decorrentes de estupro enfrentam barreiras organizacionais devido à não presunção da veracidade do relato da vítima (DINIZ; MADEIRO; ROSAS, 2014). Apesar do papel do serviço de assistência à saúde não dever ser confundido com o da polícia ou justiça (BRASIL, 2012c), a palavra de quem busca por cuidado é colocada sob suspeita e precisa de alguma forma ser convincente às equipes de saúde. Dessa forma, para que a pessoa seja reconhecida como vítima, ela passa pelo julgamento das equipes, o qual é permeado por sua moralidade, muitas vezes machista (DINIZ et al., 2014). Além disso, frequentemente são exigidos da vítima documentos que não constam na legislação, como Boletim de Ocorrência, laudo do Instituto Médico Legal (IML), alvará judicial, parecer do Comitê de Ética institucional ou despacho do Ministério Público (BRASIL, 2020d, 2012c; DINIZ; MADEIRO; ROSAS, 2014; MADEIRO; DINIZ, 2016).

Ainda nesse cenário de confusão de papéis, a Lei nº 13.931/2019 torna obrigatória aos serviços de saúde a comunicação das situações de violência contra a mulher à autoridade policial (BRASIL, 2019b). Somada à Lei nº 13.718/2018, que torna pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e contra vulnerável (BRASIL, 2018b), essa obrigatoriedade pode impedir o acesso ao aborto nas gravidezes decorrentes de estupro às vítimas de violência sexual que por algum motivo não desejam realizar a denúncia criminal. A obrigatoriedade foi incorporada pela Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020 (BRASIL, 2020c) e pela Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020 (BRASIL, 2020d), que substituiu a primeira.

## 2.4 MONITORAMENTO DE INTERRUPÇÕES LEGAIS DE GRAVIDEZ NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Está sob a alçada do SUS a assistência universal, integral e igualitária à saúde da população, conforme já mencionado. Além disso, são objetivos do sistema a identificação e

---

<sup>31</sup> As restrições de locomoção durante a pandemia de Covid-19 lançaram luz a essa possibilidade e fizeram alguns países ampliarem a oferta de interrupção de gestação por meio medicamentoso e domiciliar durante as primeiras semanas de gestação (LORD et al., 2020).



divulgação de condicionantes e determinantes de saúde, assim como a formulação de políticas amplas visando ao acesso aos serviços e à redução de riscos de doenças e agravos (BRASIL, 1990). O planejamento, monitoramento e avaliação da assistência em saúde, em que se enquadram as interrupções legais de gravidez, dependem de informação. Nesse ciclo, os sistemas de informação são mecanismos fundamentais, pois a partir deles são coletados dados que quando processados e analisados fundamentam a tomada de decisão nas esferas municipal, estadual e federal (DRUMOND JÚNIOR, 2012).

#### **2.4.1 Sistemas de Informação em Saúde**

A instituição dos sistemas de informação na saúde pública do Brasil remonta a um período ainda anterior à criação do SUS. Logo do estabelecimento do Ministério da Saúde como independente, em 1953, foram estruturadas atividades de estatística e informação em saúde na esfera federal. No início dos anos 70 começa um investimento na lapidação de aspectos tecnológicos da informação, com arquivamento eletrônico dos documentos. Logo crescem, tanto no Ministério da Saúde quanto nos estados, iniciativas de elaboração de sistemas de informação com funções específicas, o que culmina, em 1975, no “Plano de Atividade de Informática do Ministério da Saúde”. No ano seguinte foi desenvolvido o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o primeiro subsistema de informação que compôs o Sistema de Informação de Saúde, sua implantação começou em 1977 (BRANCO, 2006).

Em 1980, já estavam em funcionamento, além do SIM, o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Imunizações. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) começaram a ser implantados em 1990 (BRANCO, 2006).

Em 1991 foi criado o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), a quem cabia desenvolver, implantar e operar sistemas de informação finalísticos do SUS. Tal Departamento propunha-se a compatibilizar dados de diferentes fontes em um mesmo sistema. Essa proposta não foi concretizada e nas décadas seguintes foram sendo criados sistemas de informação para atender a necessidades específicas, sem interoperabilidade (BRANCO, 2006). Desde sua criação, o DATASUS desenvolveu mais de 200 sistemas (BRASIL, 2020p).

A história da política de saúde no país, de característica campanhista e centralizadora na esfera federal se vê refletida no campo da gestão da informação. Assim, são criados, com pouca participação de estados, municípios e sociedade civil, diversos sistemas específicos que não interagem entre si (BRANCO, 2006).

Os eventos de interesse dos diferentes sistemas de informação utilizados pelo SUS englobam, além de nascimentos, óbitos e agravos, também situações específicas, como pré-natal, imunização e câncer. Há grande amplitude de dados coletados, entretanto, a fragmentação em sistemas específicos traz desafios de processamento e uso (DRUMOND JÚNIOR, 2012).

Os sistemas de informação de interesse para o presente estudo são os que registram os procedimentos para o aborto por razões médicas e legais, a saber, SIH/SUS e SIA/SUS; além deles, o Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP) com os quais os dois primeiros têm interface.

#### 2.4.1.1 Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

O SIH/SUS foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1990. No Sistema são registrados todos os atendimentos financiados pelo SUS (sejam na rede pública ou privada) em internações hospitalares. Os registros geram o pagamento dos estabelecimentos onde as internações se deram. O instrumento de registro utilizado é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), o qual é solicitado via Laudo para Solicitação de AIH (BRASIL, 2017a).

Na AIH há o registro da doença pelo código na Classificação Estatística Internacional de Doenças-10 (CID-10). Em diagnóstico principal, constará o CID que justifica a internação; em diagnóstico secundário as condições que coexistem no momento da admissão ou as que se desenvolvem durante a internação e afetam o cuidado (BRASIL, 2017a).

Cada AIH pode conter mais de um procedimento realizado, sendo o primeiro, necessariamente, aquele que gera a internação. A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS contém todos os procedimentos que alimentam as AIH com seus códigos. No Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), apresentado adiante, está estabelecida a compatibilidade entre o CID e os procedimentos. Desde 2014, entretanto, a incompatibilidade não gera crítica da produção no SIH/SUS (BRASIL, 2014c, 2017a).

Casos específicos podem ter mais de uma AIH emitidas em uma mesma internação, como quando há mais de uma cirurgia, com novo ato anestésico; para procedimento obstétrico seguido de cirurgia (ou vice-versa) se os procedimentos se derem em tempos anestésicos diferentes; na necessidade de realização de intervenção obstétrica em paciente internada por motivo não relacionado; em caso de duas intervenções obstétricas em tempos diferentes; na necessidade de manutenção de internação após procedimento obstétrico para além do tempo estabelecido; para manutenção de internação após cirurgia por motivo não consequente ou decorrente da mesma; quando, em paciente internado, há necessidade de intervenção cirúrgica por patologia não diretamente relacionada ao motivo da internação; para pacientes em cuidados prolongados; intercorrências pós-transplante; em casos de politraumatismo ou cirurgias múltiplas com mais de cinco procedimentos; e longos períodos em Unidade de Terapia Intensiva (BRASIL, 2017a).

A AIH apresenta campos de identificação do estabelecimento, identificação e caracterização do usuário, detalhes da internação e procedimentos, e da autorização do pagamento (BRASIL, 2017a).

O sistema tem limitações derivadas de sua finalidade: a remuneração de serviços. Assim, não tem cobertura universal, já que estarão registrados apenas os procedimentos financiados pelo SUS. Essa cobertura varia de acordo com a complexidade do procedimento e com a cobertura de planos privados de saúde em determinada área. Como há teto de recursos relativos à média e alta complexidade a serem pagos a estados e municípios (BRASIL, 2007d), bem como há pactuações quantitativas de procedimentos e fluxos nas Regiões de Saúde (BRASIL, 2006b), há risco de subnotificação da produção que excede esses tetos, tendendo a ser menos registrados os procedimentos baratos. Além disso, ainda que hoje submetido a regras de compatibilização de procedimentos, é sujeito a fraudes (BRASIL, 2009d).

O aborto, a interrupção médica da gestação ou a antecipação terapêutica do parto não constam enquanto procedimentos específicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. O Ministério da Saúde publicou em 2014 a Portaria nº 415 que o incluía a interrupção legal de gravidez como um todo (BRASIL, 2014b), entretanto, a mesma foi revogada uma semana após ser sancionada (BRASIL, 2014d). O “aborto por razões médicas e legais” tem, entretanto, um CID específico, dessa forma, a interrupção com previsão legal pode ser reconhecida na AIH pelo diagnóstico principal CID O04. - Aborto por razões médicas e legais e possíveis diagnósticos secundários CID Y05. -

Agressão sexual por meio de força física, CID T74.2 - Abuso sexual (para gravidezes decorrentes de estupro), CID Q00.0 – Anencefalia, ou CID Z35- Supervisão de gravidez de alto risco (para risco de vida da gestante). Os procedimentos compatíveis com o CID O04., de acordo com o SIGTAP, são “Curetagem pós-abortamento” e “Esvaziamento uterino pós-aborto por Aspiração Manual Intrauterina (AMIU)”, além de exames diagnósticos (BRASIL, 2020o).

#### 2.4.1.2 Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

O SIA/SUS como finalidade registrar os atendimentos e procedimentos ambulatoriais realizados por cada estabelecimento público ou privado contratado ou conveniado ao SUS. Por meio do SIA/SUS, a gestão recebe a produção ambulatorial, consolida, valida e aprova o pagamento aos prestadores. Também é registada no sistema a programação física orçamentária ambulatorial de cada estabelecimento (BRASIL, 2012e).

A primeira versão do SIA/SUS foi criada em 1992 e implantada em todo o país em 1995 para registro dos atendimentos por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Em 1997, o sistema passou a processar também Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), posteriormente apenas Autorização de Procedimentos Ambulatoriais, mas mantendo a mesma sigla (BRASIL, 2009e).

Em 2007 foi consolidada uma tabela única de procedimentos no SUS, a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS e a partir de então o SIA/SUS e o SIH/SUS passam a adotar a mesma tabela de referência (BRASIL, 2007b, 2007c).

Em 2012 foi incorporado ao SIA/SUS o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) no SIA/SUS para o monitoramento de ações e serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde<sup>32</sup> (BRASIL, 2012f).

Consolidam-se, então, como instrumentos de captação de informação do SIA/SUS: APAC, Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C), Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - Atenção Domiciliar (RAAS-AD) e Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - Atenção Psicossocial (RAAS-PSI). BPA-I coleta os registros individuais, geralmente um por atendimento; BPA-C

---

<sup>32</sup> As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas estabelecidos no âmbito do SUS em 2010 (1).

agrega os registros a partir do par: procedimento e Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (BRASIL, 2016a).

Não há procedimento específico no SIGTAP que identifique as interrupções de gravidezes com previsão legal que se dão em âmbito ambulatorial, assim como no SIH/SUS os procedimentos a serem registrados são “Curetagem pós-abortamento” e “Esvaziamento uterino pós-aborto por Aspiração Manual Intrauterina (AMIU)”. Os procedimentos para aborto por razões médicas e legais não são considerados de alta complexidade ou custo, portanto são registrados em BPA e não demandam autorização prévia do órgão autorizador para sua realização (BRASIL, 2012e).

O registro no BPA-I tem campos de identificação do usuário como nome, data de nascimento, raça/cor, município de residência; e de informação sobre o atendimento realizado como: data, procedimento, CID e caráter de atendimento (BRASIL, 2009e). A curetagem, procedimento que de acordo com a SIGTAP (BRASIL, 2020o) pode ser ambulatorial, tem registro obrigatório em BPA-I desde outubro de 2010 (BRASIL, 2010a).

O SIA/SUS é um sistema desenhado com finalidade primária de remuneração de serviços e por isso carrega limitações análogas às citadas em relação ao SIH/SUS no que tange à cobertura e à qualidade de dados, ainda assim, seus dados subsidiam o planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial (BRASIL, 2009e).

#### 2.4.1.3 Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é um sistema oficial de cadastramento de informações sobre estabelecimentos de saúde no país. Reúne informações de todos os estabelecimentos, independentemente de sua natureza jurídica ou vinculação ao SUS. O cadastramento e a atualização dos dados são obrigatórios para que qualquer estabelecimento de saúde esteja autorizado a funcionar. Além dos estabelecimentos em si, são detalhados os serviços, trabalhadores e recursos físicos ligados ao mesmo (BRASIL, 2015b).

As informações do SCNES são utilizadas alimentando outros sistemas de informação, além disso, dão suporte às decisões de gestão, assim como servem a pesquisadores, trabalhadores e sociedade civil, sendo de acesso público (BRASIL, 2015b).

Os primeiros cadastros de estabelecimentos e seus profissionais de saúde no Brasil se deram no Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH), datam de 1976 e tinham finalidade exclusiva de remuneração dos hospitais pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Restringia-se, assim, a estabelecimentos hospitalares e profissionais que prestavam serviço ao Inamps. Mesmo com a extinção do SNCPCH em 1983, suas fichas de cadastro de hospitais e de terceiros continuaram vigentes, então no Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), e, na década de 90, no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Ainda nos anos 90, com a implantação do SIA/SUS, foi criada um cadastro análogo ao do SIH/SUS, mas referente aos estabelecimentos que prestavam serviços ambulatoriais (BRASIL, 2016b). Em 1997 foi determinado o cadastro de unidades hospitalares, ambulatoriais e serviços auxiliares de diagnose e terapia. No ano seguinte foi instituído modelo padronizado de Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde e determinado o cadastramento de todas as unidades hospitalares do país, independentemente de seu vínculo com o SUS (BRASIL, 2006c). Em 2000 foi criado o Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2000a). No mesmo ano, criou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2000b), em seguida se deu a disponibilização de um Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2000c), o qual teve efetiva implantação nos municípios em 2003 (BRASIL, 2006c).

O cadastramento era de responsabilidade dos gestores municipais, ou excepcionalmente dos gestores estaduais. Os estabelecimentos deviam preencher e encaminhar uma Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde ao seu respectivo gestor, o qual, por sua vez faria verificação *in loco* das informações encaminhadas. Após a auditoria, os dados eram encaminhados pelo gestor ao Banco de Dados do SCNES, o qual é gerido pelo Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS nº 511/2000). A partir de 2015, a responsabilidade pelos dados cadastrados passa a ser de cada estabelecimento de saúde, tendo os profissionais como corresponsáveis pelos seus dados no SCNES (BRASIL, 2015b).

#### 2.4.1.4 Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde

A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS é uma tabela única que reúne os recursos disponíveis pelo SUS em todos os níveis de complexidade do Sistema (BRASIL, 2007b). Essa tabela unificou a Tabela de Procedimentos Ambulatoriais do SUS, do SIA/SUS, e a Tabela de Procedimentos Hospitalares, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, passando a ser utilizada em todos os sistemas de informação da atenção à saúde do SUS em janeiro de 2008 (BRASIL, 2007c).

A adoção de uma tabela única superou a duplicidade das tabelas anteriores, em que um mesmo procedimento tinha códigos e valores distintos conforme a modalidade de atendimento, se ambulatorial ou hospitalar. Essa integração visou facilitar também o uso das bases de dados para estudos, análises e planejamento na gestão da saúde (BRASIL, 2007b).

Na tabela, cada procedimento conta com um código identificador composto por 10 dígitos. Os dois primeiros dígitos correspondem ao grupo ao qual o procedimento pertence, conforme finalidade e complexidade, e área de atuação (BRASIL, 2007b). Os grupos são: 01- ações de promoção e prevenção em saúde; 02- procedimentos com finalidade diagnóstica; 03- procedimentos clínicos; 04- procedimentos cirúrgicos; 05- transplantes de órgãos, tecidos e células; 06- medicamentos; 07- órteses, próteses e materiais especiais; e 08- ações complementares da atenção à saúde. O terceiro e quarto dígitos correspondem ao subgrupo, agregado por tipo de área de atuação. Dentro do grupo 03- procedimentos clínicos está o subgrupo 10- parto e nascimento; já no grupo 04- procedimentos cirúrgicos, estão os subgrupos 09- cirurgia do aparelho geniturinário e 11- cirurgia obstétrica (BRASIL, 2020o). O quinto e sexto dígitos correspondem à forma de organização, que agrega os procedimentos por diferentes critérios: área anatômica, diferentes sistemas do corpo humano, por especialidades, por tipos de exame, por tipos de órtese e prótese, por tipos de cirurgias, dentre outros. Os três dígitos seguintes correspondem ao procedimento em si. O último dígito é um dígito verificador, que valida o código do procedimento (BRASIL, 2007b).

Cada procedimento da tabela tem seus atributos detalhados, que são as características do procedimento, que tipo de estabelecimento pode fazê-lo, em que perfil de usuário, e como é financiado (BRASIL, 2007b). A partir deles é regido o processamento da produção dos estabelecimentos (BRASIL, 2009e).

Juntamente à Tabela, foi instituído o SIGTAP. Ele é a ferramenta de gestão que disponibiliza os atributos de cada procedimento, compatibilidades e relacionamentos, assim como as alterações realizadas na tabela a cada competência/mês (BRASIL, 2007b, 2007c).

O uso dessa ferramenta contribui para a análise das informações em saúde pelos gestores e conseqüentemente subsidia o planejamento, programação, regulação e avaliação da oferta de cuidado (BRASIL, 2007b).



### **3 PERGUNTAS DE PESQUISA**

Com os estudos oriundos da presente pesquisa pretende-se responder às seguintes perguntas:

1. Como esteve caracterizado o deslocamento para realização de aborto previsto em lei entre 2010 e 2019?
2. Qual era em 2019 a distribuição da oferta e realização de aborto previsto em lei no Brasil?
3. Qual o potencial de oferta de aborto em gravidezes decorrentes de estupro em 2021?

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a dinâmica territorial de oferta e realização de interrupção legal de gravidez no Brasil financiadas pelo Sistema Único de Saúde.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever os abortos por razões médicas e legais realizados no Brasil entre 2010 e 2019;
- b) Apresentar os fluxos intermunicipais de pessoas para realização de aborto por razões médicas e legais no Brasil entre 2010 e 2019;
- c) Mapear os estabelecimentos com oferta de interrupção legal de gravidez no Brasil em 2019;
- d) Caracterizar os municípios brasileiros conforme a oferta de interrupção legal de gravidez em 2019;
- e) Estimar o potencial de oferta de aborto em gravidezes decorrentes de estupro considerando a capacidade instalada nos municípios do país em 2021.

## 5 MÉTODOS

Seguem descritos abaixo os métodos de acordo com os objetivos específicos apresentados.

### 5.1 DESCRIÇÃO DOS ABORTOS POR RAZÕES MÉDICAS E LEGAIS REALIZADOS NO BRASIL ENTRE 2010 E 2019

Nesse estudo descritivo foram incluídos os registros de atendimento ambulatorial e internações com diagnóstico principal: CID O04. - Aborto por razões médicas e legais de pessoas em idade fértil (de 10 a 49 anos de idade) entre os anos de 2010 e 2019 no Brasil que realizaram os procedimentos compatíveis ao CID segundo a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, a saber: “Curetagem pós-abortamento/puerperal” e “Esvaziamento uterino pós-aborto por AMIU”.

Os dados tiveram como fonte o SIA/SUS e o SIH/SUS e são disponibilizados de forma aberta pelo DATASUS, portanto, sem variáveis de identificação ou identificáveis. Foi utilizado também o SIGTAP para a decodificação dos procedimentos registrados (BRASIL, 2020o). No quadro 1 são apresentadas as variáveis utilizadas no presente descritivo.

Além das variáveis incluídas, era de interesse o uso do campo referente ao diagnóstico secundário, a partir do qual seria possível fazer a diferenciação das causas legais da realização dos abortos por razões médicas e legais, contudo, o preenchimento menor de 1% impediu o uso da variável. No SIH/SUS há também campos que detalham grau de instrução e a ocupação do usuário, os quais poderiam auxiliar na caracterização das gestantes, entretanto esses campos não tinham preenchimento.

Foram apresentadas as estatísticas descritivas dos registros, com as frequências absolutas e relativas das variáveis apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 - Descrição das variáveis utilizadas para a descrição dos abortos por razões médicas e legais quanto ao procedimento, local de realização e perfil demográfico das usuárias no Brasil entre 2010 e 2019.

Variável	Fonte	Ano	Categorias
Idade	SIA/SUS e SIH/SUS-MS	2010 a 2019	10 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 39 a 49
Raça/cor	SIA/SUS e SIH/SUS-MS	2010 a 2019	Preta; Parda; Amarela; Indígena; Branca; Ignorado
Procedimento realizado	SIA/SUS, SIH/SUS e SIGTAP-MS	2010 a 2019	AMIU; Curetagem
Tipo de atendimento	SIA/SUS e SIH/SUS-MS	2010 a 2019	Ambulatorial; Internação
Município de residência	SIA/SUS e SIH/SUS-MS	2010 a 2019	-
Porte populacional	Censo populacional/ IBGE	2010	Até 100 mil habitantes; Entre 100 e 500 mil habitantes; Mais de 500 mil habitantes
Região de residência	SIA/SUS e SIH/SUS-MS	2010 a 2019	Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; Centro-Oeste
Código CNES	SIA/SUS e SIH/SUS-MS	2010 a 2019	-
Município de localização do estabelecimento	SIA/SUS e SIH/SUS-MS	2010 a 2019	-
Região de localização do estabelecimento	SIA/SUS e SIH/SUS-MS	2010 a 2019	Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; Centro-Oeste

Notas: SIA/SUS Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS; SIH/SUS Sistema de Informações Hospitalares do SUS; MS Ministério da Saúde; SIGTAP Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde; IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; AMIU aspiração manual intrauterina.

## 5.2 APRESENTAÇÃO DOS FLUXOS INTERMUNICIPAIS DE PESSOAS PARA REALIZAÇÃO DE ABORTO POR RAZÕES MÉDICAS E LEGAIS NO BRASIL ENTRE 2010 E 2019

Para a descrição dos fluxos, foram incluídos os mesmos registros utilizados no objetivo anterior: atendimentos ambulatoriais e internações com diagnóstico principal: CID O04. - Aborto por razões médicas e legais de pessoas em idade fértil que realizaram curetagem pós-abortamento/puerperal ou esvaziamento uterino pós-aborto por AMIU entre os anos de 2010 e 2019 no Brasil.

Os municípios de residência e de realização dos abortos por razões médicas e legais foram localizados na malha digital do Brasil com divisão político-administrativa vigente no Censo de 2010 disponibilizada pelo IBGE (BRASIL, 2021e). Os pontos que representam os municípios têm como fonte o cadastro de localidades do IBGE para o ano de 2010 (BRASIL,

2010b). Esse cadastro adota como definição de cidade a localidade onde está sediada a Prefeitura Municipal. O ponto no mapa que é a representação espacial da cidade é o centroide do polígono que representa o setor 0001 do distrito sede do município. O município de São Paulo é a única exceção, que está representado pelo centroide do setor 0001 do distrito de Água Rasa (distrito 01) (BRASIL, 2010b). É adotado o Sistema de Referência Geocêntrico para as Américas (SIRGAS) 2000 (BRASIL, 2010b).

Os municípios onde foram realizados os abortos por razões médicas e legais foram categorizados quanto à estabilidade da oferta da seguinte forma: municípios com oferta pontual, aqueles que realizaram um procedimento durante todo o período; municípios com oferta esporádica, que realizaram menos de um procedimento ao ano como média do período (dois a nove no período); municípios com oferta sustentada, que realizaram ao menos um procedimento ao ano como média do período (dez ou mais no período).

Para os procedimentos que não foram realizados nos municípios de residência das usuárias, foram desenhados os fluxos de deslocamento. Cada linha representa o deslocamento de ao menos uma usuária. Para a representação dos fluxos foi utilizado o plugin Fluxo do software Terraview 4.2.2. O mapa final foi elaborado no software Qgis 3.10.7.

### **5.2.1 Ligações em transporte coletivo entre municípios de residência e municípios de realização de abortos por razões médicas e legais**

Após a identificação dos fluxos intermunicipais para a realização de abortos por razões médicas e legais, foram identificados os trajetos com disponibilidade de ligação via transporte coletivo, seu custo e tempo de deslocamento, como será descrito a seguir.

Conforme apresentado no quadro 2, foram usados como fontes de informação o SIA/SUS, o SIH/SUS e duas diferentes pesquisas do IBGE: “Arranjos populacionais e concentrações urbanas do Brasil” (BRASIL, 2015c) de 2015 e “Ligações Rodoviárias e Hidroviárias” de 2016 (BRASIL, 2017b).

Na publicação “Arranjos populacionais e concentrações urbanas do Brasil” (BRASIL, 2015c) os municípios brasileiros são agrupados em arranjos populacionais (AP). De acordo com o IBGE, “um arranjo populacional é o agrupamento de dois ou mais municípios onde há uma forte integração populacional”. A integração na proposta do Instituto foi mensurada pelos movimentos pendulares para trabalho e estudo ou pela contiguidade urbana (BRASIL, 2015c).

Dos 5.570 municípios do país em 2010, 938 municípios compuseram os 294 arranjos populacionais identificados. Juntos, os arranjos concentravam 55,9% da população residente no Brasil naquele ano. Há arranjos populacionais que abarcam municípios de mais de uma Unidade da Federação (BRASIL, 2015c).

Na pesquisa “Ligações Rodoviárias e Hidroviárias” são apresentadas todas as ligações rodoviárias e hidroviárias intermunicipais em transporte público coletivo, sejam formais ou informais, existentes no Brasil em 2016. Trata-se do levantamento primário dos dados em todos os municípios com aplicação de questionário nos guichês dos terminais rodoviários e hidroviários e nos pontos de transporte alternativos ou informais intermunicipais. Não é considerado transporte intermunicipal aquele que acontece em um mesmo AP. A pesquisa inclui todos os municípios brasileiros e as ligações com as seguintes características: abertas ao público em geral mediante o pagamento de tarifa; entre sedes de municípios; com local de saída, chegada e trajeto pré-fixados; e com as partidas de veículos em dias e horários determinados. A pesquisa detalha o tempo e o custo de deslocamento das ligações existentes (BRASIL, 2017b).

Inicialmente, foram separados os registros em que a realização do aborto se deu no município de residência da usuária. Os outros registros, tiveram seus municípios de residência e de realização do procedimento reclassificados quando compunham os AP propostos pelo IBGE em 2015 (BRASIL, 2015c). Cada AP passou a ser tratado como uma unidade, essa estratégia foi necessária pois a pesquisa “Ligações Rodoviárias e Hidroviárias”, fonte das informações de ligação entre municípios para o presente estudo, não engloba o transporte metropolitano. Os municípios que não compunham AP continuaram sendo considerados municípios isoladamente.

As ligações entre municípios, entre municípios e AP, ou entre diferentes AP foram buscadas na pesquisa “Ligações Rodoviárias e Hidroviárias” (BRASIL, 2017b.). Foi descrita, assim, a existência ou não da ligação em transporte público de ida e de retorno entre local de moradia e de realização do aborto por razões médicas e legais, assim como o tempo (em minutos) e o custo (em reais) do deslocamento quando a ligação existia. Os valores de ida e retorno foram somados, encontrando o custo e tempo totais de viagem. Quando foi encontrada apenas uma das ligações, de ida ou de retorno, o tempo e custo totais foram estimados considerando que a ida e a volta demandariam o mesmo tempo e recurso, ou seja, foram estimados pela duplicação dos valores da ligação encontrada. Finalmente, foram apresentadas

as medianas, primeiro e terceiro quartis do tempo e do custo de deslocamento por porte populacional de acordo com o Censo populacional de 2010 (BRASIL, 2011d) e região de residência da usuária.

Quadro 2 - Descrição das variáveis utilizadas para identificação e caracterização dos deslocamentos entre municípios de residência e municípios de realização de abortos por razões médicas no Brasil entre 2010 e 2019.

Variável	Fonte	Ano	Categorias
Procedimento realizado	SIA/SUS, SIH/SUS e SIGTAP-MS	2010 a 2019	AMIU; Curetagem
Município de residência	SIA/SUS e SIH/SUS-MS	2010 a 2019	-
Região de residência	SIA/SUS e SIH/SUS-MS	2010 a 2019	Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; Centro-Oeste
Município de localização do estabelecimento que realizou o aborto por razões médicas e legais	SIA/SUS e SIH/SUS-MS	2010 a 2019	-
Região de localização do estabelecimento que realizou o aborto por razões médicas e legais	SIA/SUS e SIH/SUS-MS	2010 a 2019	Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; Centro-Oeste
Arranjos populacionais	Arranjos populacionais e concentrações urbanas do Brasil, IBGE	2015	-
Porte populacional	Censo populacional/ IBGE	2010	Até 5.000 habitantes, de 5.001 a 10.000 habitantes, de 10.001 a 20.000 habitantes, de 20.001 a 50.000 habitantes, de 50.001 a 100.000 habitantes, de 100.001 a 500.000 habitantes, mais de 500.000 habitantes.
Ligações intermunicipais em transporte público	Pesquisa Ligações Rodoviárias e Hidroviárias, IBGE	2016	-
Tempo de deslocamento intermunicipal em transporte público	Pesquisa Ligações Rodoviárias e Hidroviárias, IBGE	2016	-
Custo de deslocamento intermunicipal em transporte público	Pesquisa Ligações Rodoviárias e Hidroviárias, IBGE	2016	-

Notas: SIA/SUS Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS; SIH/SUS Sistema de Informações Hospitalares do SUS; MS Ministério da Saúde; SIGTAP Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde; IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; AMIU aspiração manual intrauterina.

### 5.3 MAPEAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS COM OFERTA DE INTERRUÇÃO LEGAL DE GRAVIDEZ NO BRASIL EM 2019

Foi realizado um estudo descritivo da localização dos estabelecimentos com oferta de ILG em 2019 no Brasil.

Foram considerados dois grupos de estabelecimentos com oferta do procedimento: os Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei e os estabelecimentos com registros no SIA/SUS ou SIH/SUS de aborto por razões médicas e legais.

Como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei foram considerados os estabelecimentos registrados em dezembro de 2019 no SCNES sob o código 165 (Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual) e classificação 006 (Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei), conforme estabelecido na Portaria nº 485 de 2014 (BRASIL, 2014a).

Como estabelecimentos com registros no SIA/SUS ou SIH/SUS de aborto por razões médicas e legais, foram incluídos aqueles com atendimento ambulatorial ou internações com diagnóstico principal CID O04. Aborto por razões médicas e legais de pessoas com idade fértil (entre 10 e 49 anos) e realização de curetagem pós-abortamento/puerperal ou esvaziamento de útero pós-aborto por AMIU em 2019.

Nos registros de atendimentos ambulatoriais do SIA/SUS e internações do SIH/SUS é especificado o código CNES do estabelecimento que faz o atendimento. No SCNES, os Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei também são apresentados por seu código CNES. A partir do código CNES dos estabelecimentos registrados nesses três sistemas, foram coletadas no SCNES as seguintes informações sobre cada estabelecimento: tipo e subtipo de unidade, natureza jurídica, convênios, CEP, bairro, município e Unidade da Federação de localização.

Os endereços dos estabelecimentos foram georreferenciados com o software QGIS3.4 por meio do API HQGIS da Plataforma Here. Inicialmente, os locais foram buscados por CEP. Nas situações em que o CEP não foi encontrado, ou o CEP encontrado não foi condizente ao município de localização do estabelecimento, o ponto foi buscado por bairro, município e Unidade da Federação.

As buscas se deram de forma separada, sendo primeiro buscados os estabelecimentos que haviam realizado algum aborto por razões médicas e legais e em seguida foram buscados



os Serviços de Referência. Os pontos encontrados foram então sobrepostos às malhas digitais do Brasil com divisão político-administrativa (municípios, mesorregiões e Unidades da Federação) vigente no Censo de 2010 disponibilizadas pelo IBGE, adotando o SIRGAS 2000 (BRASIL, 2021e).

Os municípios de Mojuí dos Campos no Pará (código IBGE 1504752); Balneário Rincão em Santa Catarina (código IBGE 4220000); Pescaria Brava em Santa Catarina (código IBGE 4212650); Pinto Bandeira no Rio Grande do Sul (código IBGE 4314548); Paraíso das Águas no Mato Grosso do Sul (código IBGE 5006275) não existiam em 2010 e, portanto, não compuseram o estudo. De todo modo, não houve qualquer registro oferta de ILG nesses municípios. Todos os registros em áreas dentro do Distrito Federal foram atribuídos a Brasília (código IBGE 5300108), único município do Distrito Federal com código pelo IBGE.

#### 5.4 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS CONFORME A OFERTA DE INTERRUPÇÃO LEGAL DE GRAVIDEZ EM 2019

Compreende um descritivo dos municípios brasileiros conforme a presença de estabelecimentos com oferta de ILG no Brasil em 2019.

Foram apresentadas as estatísticas descritivas dos municípios de acordo com a oferta de ILG em algum estabelecimento de seu território no ano de 2019. Foi considerada oferta a realização de ao menos um aborto por razões médicas e legais no período registrado no SIA/SUS ou SIH/SUS, ou o cadastro como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei em dezembro de 2019 no SCNES, de forma idêntica ao constante no objetivo anterior.

Os municípios do país foram divididos em dois grupos, aqueles em que houve oferta de ILG e aqueles em que não houve. Foi então apresentada a distribuição dos municípios por categorias de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e de porte populacional.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida síntese das condições básicas de vida de uma localidade. É composto por três pilares: a oportunidade de levar uma vida longa e saudável, o acesso ao conhecimento, e a possibilidade de disfrutar de um padrão de vida digno. Os indicadores utilizados para compor o IDH-M são: expectativa de vida ao nascer, fluxo escolar da população jovem, escolaridade da população adulta e renda municipal *per capita*. O índice varia de zero a um e é classificado da seguinte forma: muito baixo 0,000 -

0,499; baixo 0,500 - 0,599; médio 0,600 - 0,699; alto 0,700 - 0,799, e muito alto 0,800 - 1,000. O IDH-M apresentado pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, ainda que publicado em 2013 tem como base os dados do Censo Populacional de 2010 (PNUD; IPEA; FJP, 2013).

A outra variável, o porte populacional, teve como fonte as estimativas populacionais do IBGE para 2019 e foi apresentado nas categorias: até 5.000 habitantes; de 5.001 a 10.000; de 10.001 a 20.000; de 20.001 a 50.000; de 50.001 a 100.000; de 100.001 a 500.000; e mais de 500.000 habitantes.

Após a descrição dos municípios conforme as variáveis apresentadas, foram calculadas as taxas de realização de aborto por razões médicas e legais entre as residentes dos dois grupos de municípios (com e sem oferta de ILG). Os dados utilizados foram os registros de 2019 de atendimento ambulatorial disponíveis no SIA/SUS e internações disponíveis no SIH/SUS com diagnóstico principal: CID O04. - Aborto por razões médicas e legais de mulheres em idade fértil que realizaram “Curetagem pós-abortamento/puerperal” ou “Esvaziamento uterino pós-aborto por AMIU”. Foram utilizadas também as estimativas das populações municipais por sexo e faixa etária em 2019 elaboradas pelo Ministério da Saúde e disponibilizadas pelo DATASUS (BRASIL, 2020q).

As taxas de realização de aborto por razões médicas e legais foram calculadas por meio da razão dos registros de aborto por razões médicas e legais em cada um dos dois grupos de municípios pela população feminina de 10 a 49 anos residente estimada naqueles mesmos grupos.

## 5.5 ESTIMATIVA DO POTENCIAL DE OFERTA DE ABORTO EM GRAVIDEZES DECORRENTES DE ESTUPRO CONSIDERANDO A CAPACIDADE INSTALADA NOS MUNICÍPIOS DO PAÍS EM 2021

Trata-se de um estudo transversal descritivo que tem como fonte os registros de estabelecimentos e profissionais em junho de 2021 no SCNES.

Nesse objetivo é investigado o potencial de oferta de aborto especificamente na causal de estupro pois são gravidezes que não necessariamente apresentam condições clínicas de risco aumentado e que, por não dependerem de diagnóstico específico, podem ser interrompidas com menor idade gestacional. Ademais, há normativas específicas no Brasil acerca dessa oferta

(BRASIL, 2014a, 2020d, 2012c), bem como há indícios de que são a maioria das demandas de interrupções de gravidez no sistema de saúde (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Foram elaborados três diferentes cenários de oferta de aborto previsto em lei em gravidezes decorrentes de estupro: o registro de oferta atual; a oferta potencial considerando as atuais normativas do SUS (BRASIL, 2014a, 2020d, 2012c); e a oferta potencial considerando as recomendações internacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022) e o Código Penal brasileiro (BRASIL, 1940).

Inicialmente, no primeiro cenário, são elencados os municípios que possuem Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei registrados no SCNES dentre os Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual e têm os recursos elencados nas normativas vigentes para o processo de justificação, autorização e realização do aborto em gravidezes decorrentes de estupro (quadro 3)<sup>33</sup>. Foram incluídos os estabelecimentos que supriam de forma cumulativa todos os critérios das portarias e norma técnica.

---

<sup>33</sup> Diferentemente dos objetivos anteriores, não foram considerados os estabelecimentos que registraram abortos por razões médicas e legais como estabelecimentos com oferta. Isso porque aqui trata-se especificamente de aborto em gestações decorrentes de estupro e nos registros no SIA e SIH não é possível a diferenciação das causais.

Quadro 3 - Critérios considerados para a elaboração dos cenários de oferta de aborto em gravidezes decorrentes de violência sexual no Brasil em junho de 2021.

(continua)

Cenário	Referências	Critérios	Codificação SCNES
1	Portaria MS nº 485/2014	<p>No estabelecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei instituído</li> <li>-Tipo de unidade: hospitais gerais, maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) ou serviços de urgência não hospitalares.</li> <li>-Turno de atendimento: funcionamento 24 horas do dia e 7 dias da semana.</li> <li>-Equipe: médico clínico ou em especialidades cirúrgicas, enfermeiro, técnico em enfermagem, psicólogo, assistente social e farmacêutico</li> <li>- Convênio SUS</li> </ul>	<p>-Serviço especializado: 165- Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual Classificação: 006- Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei -Código de tipo de unidade: 5- hospital geral, ou 7- hospital especializado com subtipo 5- maternidade, ou código de tipo de unidade 20- pronto socorro geral, ou 73- pronto atendimento com subtipo 3-UPA, ou código de tipo de unidade 73-pronto atendimento com subtipo 1- pronto atendimento geral -Turno de atendimento: código 6- atendimento contínuo de 24 horas/dia (plantão: inclui sábados, domingos e feriados) -CBO: 2251 ou 2252, e 223505, 322205, 251510, 251605 e 2234 - Convênio 001- SUS</p>
	Norma técnica MS/2012 “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”	<p>No estabelecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Médico</li> <li>-Centro cirúrgico</li> <li>- Convênio SUS</li> </ul>	<p>-CBO: 2251 ou 2252 -Código de subtipo de instalação: 1- centro cirúrgico - Convênio 001- SUS</p>
	Portaria MS nº 2.561/2020	<p>No estabelecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Equipe com obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social ou psicólogo</li> <li>- Convênio SUS</li> </ul>	<p>-CBO: 225250, 225151, 2235, e 251605 ou 2515 - Convênio 001- SUS</p>

Quadro 3 - Critérios considerados para a elaboração dos cenários de oferta de aborto em gravidezes decorrentes de violência sexual no Brasil em junho de 2021.

(conclusão)

Cenário	Referências	Critérios	Codificação SCNES
2	Norma técnica MS /2012 “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”	No estabelecimento: -Médico -Centro cirúrgico - Convênio SUS	- CBO: família 2251 ou 2252 -Código de subtipo de instalação: 1- centro cirúrgico - Convênio 001- SUS
	Portaria MS nº 485/2014	No estabelecimento: -Tipo de unidade: hospitais gerais, maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) ou serviços de urgência não hospitalares. -Turno de atendimento: funcionamento 24 horas do dia e 7 dias da semana. -Equipe: médico clínico ou em especialidades cirúrgicas, enfermeiro, técnico em enfermagem, psicólogo, assistente social e farmacêutico - Convênio SUS	-Código de tipo de unidade: 5- hospital geral, ou 7- hospital especializado com subtipo 5- maternidade, ou código de tipo de unidade 20- pronto socorro geral, ou 73- pronto atendimento com subtipo 3-UPA, ou código de tipo de unidade 73-pronto atendimento com subtipo 1- pronto atendimento geral -Turno de atendimento código 6- atendimento contínuo de 24 horas/dia (plantão: inclui sábados, domingos e feriados) -CBO: família 2251 ou 2252, e ocupação 2235-05, 3222-05, 2515-10, 2516-05 e família 2234. - Convênio 001- SUS
	Portaria MS nº 2.561/2020	No estabelecimento: -Equipe com obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social ou psicólogo - Convênio SUS	-CBO: ocupação 2252-50, 2251-51, família 2235, e ocupação 2516-05 ou família 2515 - Convênio 001- SUS
3	<i>Abortion care guideline</i> OMS/2022  Decreto-lei MS nº 2.848/1940 (Código Penal)	No município: -Equipe de atenção primária com médico vinculado E -Estabelecimento com Serviço de urgência com atendimento 24 horas do dia e 7 dias da semana	-Tipo de equipe: 70 - eSF - Equipe de Saúde da Família Com profissional: -CBO: família 2251, 2252 ou 2253 -Atendimento SUS: Sim -Sem data de desligamento  -Atendimento prestado: 4- urgência -Convênio: 1- SUS -Turno de atendimento: 6- atendimento contínuo de 24 horas/dia, plantão: inclui sábados, domingos e feriados

Em seguida, no cenário 2, são apresentados os municípios com ao menos um estabelecimento que atenderia às exigências de estrutura física e de pessoal das normativas vigentes no que diz respeito ao aborto em gravidezes decorrentes de estupro. Ou seja, estabelecimento que poderia ser Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei, realizar a justificção e autorização do aborto em gravidez decorrente de estupro e o aborto em si (quadro 3). Assim como no cenário 1, foram incluídos os estabelecimentos que supriam de forma cumulativa todos os critérios.

Ainda quanto aos dois primeiros cenários, vale apontar que de acordo com a Portaria 485/2014 os Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei realizariam: atendimento clínico, ginecológico, cirúrgico e psicossocial, contando com serviço de apoio laboratorial; apoio diagnóstico e assistência farmacêutica; e coleta e guarda de material genético. Essas capacidades, em especial a última, podem exigir recursos que excedem aqueles passíveis de avaliação por meio do SCNES.

Por fim, foi elaborado um terceiro cenário com a oferta potencial que elenca os recursos necessários para a oferta de aborto a partir de recomendações técnicas e de políticas de saúde sobre o aborto seguro da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022) e de acordo com o Código Penal brasileiro (BRASIL, 1940). Nesse cenário, considera-se como recurso suficiente a um município para oferecer aborto previsto em lei: possuir ao menos uma equipe de atenção primária com médico vinculado, e ao menos um estabelecimento com serviço de urgência com atendimento 24 horas do dia e sete dias da semana (quadro 3).

De acordo com orientações da OMS a atenção primária deveria e seria capaz de ofertar aborto seguro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). No cenário aqui elaborado foram incluídas apenas equipes com médicos pois, os ainda que a oferta do aborto por não-médicos possa se dar de forma segura (BARNARD et al., 2015), o Código Penal Brasileiro estabelece que o aborto em gravidezes decorrentes de estupro apenas não é punível quando realizado por médico. Já o suporte por um serviço de urgência foi incluído pois, ainda que o aborto seja um procedimento seguro (RAYMOND; GRIMES, 2012), 0,5% dos abortos no primeiro trimestre por aspiração manual intrauterina (AMIU) precisam de hospitalização; dos realizados apenas com misoprostol (conforme hoje realizado no país) 0,7% precisam de cuidados devido a complicações (RAYMOND; HARRISON; WEAVER, 2019); já quando realizados com misoprostol aliado à mifepristona, 0,8% têm necessidade de cuidados hospitalares devido a efeitos adversos (FERGUSON; SCOTT, 2020). Essa assistência deve estar disponível na região onde o aborto acontece, a fim de garantir a segurança de quem é submetida ao procedimento (BERER, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Os três cenários de oferta foram representados em mapas e foi apresentado, por região, o percentual da população do sexo feminino em idade fértil (entre 10 e 49 anos) residente nos municípios que compuseram cada cenário. Para esse cálculo, foram utilizadas estimativas populacionais municipais por idade e sexo do Ministério da Saúde para 2021 (BRASIL, 2022d).

Para a elaboração dos mapas foi utilizada a malha digital do Brasil com divisão político-administrativa vigente em 2020 disponibilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Todos os registros em áreas dentro do Distrito Federal foram atribuídos a Brasília (código IBGE 5300108), único município do Distrito Federal com código pelo IBGE. Os mapas foram elaborados no software Qgis 3.10.7, mantendo o SIRGAS 2000.

## 5.6 QUESTÕES ÉTICAS

A tese usa apenas informações de acesso público e não inclui dados de identificação ou identificáveis dos usuários. Devido à característica dos dados, é dispensada sua submissão ao Comitê de Ética, conforme a Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016c).

## 6 RESULTADOS

São apresentados a seguir os resultados a partir dos métodos propostos para o alcance dos objetivos específicos elencados.

### 6.1 DESCRIÇÃO DOS ABORTOS POR RAZÕES MÉDICAS E LEGAIS REALIZADOS NO BRASIL ENTRE 2010 E 2019

No SIH/SUS foram encontrados 16.612 procedimentos com CID principal O04., sendo 16.580 em pessoas em idade fértil (10 a 49 anos). São 30 diferentes procedimentos, entre clínicos e cirúrgicos, conforme apresentado no apêndice A. Os procedimentos mais comumente registrados foram curetagem pós-abortamento/puerperal (código 04.11.02.001-3) com 13.436 casos, e esvaziamento de útero pós-aborto por aspiração manual intrauterina (AMIU) (código 04.09.06.007-0) com 2.387 casos. Registros de procedimentos de partos também foram apresentados, 365 quando somados partos normais e cesarianos, inclusive de alto risco (códigos 04.11.01.003-4, 03.10.01.003-9, 04.11.01.002-6, 03.10.01.004-7, 04.11.01.004-2). Foram excluídos, todavia, todos os registros de procedimentos diferentes de curetagem pós-abortamento/puerperal (código 04.11.02.001-3) ou AMIU (código 04.09.06.007-0).

No SIA/SUS houve 911 registros com o diagnóstico principal CID O04. - Aborto por razões médicas e legais entre 2010 e 2019, 857 em pessoas em idade fértil. Foram registrados 67 procedimentos diferentes, os quais são apresentados no apêndice B. Os procedimentos compõem os grupos 01-ações de promoção e prevenção em saúde, 02- procedimentos com finalidade diagnóstica, 03- procedimentos clínicos, 04- procedimentos cirúrgicos, e 08- ações complementares da atenção à saúde. Os procedimentos mais comuns foram as ultrassonografias (códigos 02.05.01.004-0, 02.05.02.004-6, 02.05.02.009-7, 02.05.02.014-3, 02.05.02.015-1, 02.05.02.016-0, 02.05.02.018-6). Dentre todos os registros, os únicos incluídos no estudo foram 66 registros de curetagens pós-abortamento/puerperais (código 04.11.02.001-3). Ainda dentre os registros no SIA/SUS, há oito registros de ajuda de custo ou unidade de remuneração para alimentação, pernoite ou deslocamento de paciente ou acompanhante (códigos 08.03.01.001-0, 08.03.01.007-9, 08.03.01.008-7, 08.03.01.010-9, 08.03.01.012-5) entre pessoas em idade fértil e um entre outros grupos etários.



Não houve qualquer registro no SIA/SUS ou SIH/SUS com o diagnóstico principal CID O04. em pessoas do sexo masculino ou sexo desconhecido, os procedimentos registrados têm dentre seus atributos detalhados no SIGTAP serem específicos para o sexo feminino. Dessa forma, ainda que homens transexuais ou pessoas não binárias possam precisar de aborto por razões médicas e legais, não há espaço no SIA/SUS e SIH/SUS para esse registro.

Na tabela 1 são apresentadas características demográficas das pessoas submetidas a aborto por razões médicas e legais no período e o método pelo qual ele foi realizado. Quase metade (46,3%) dos abortos se deram em mulheres entre 20 e 29 anos. Quanto ao quesito raça/cor, 42,2% dos registros no período não tinham a informação, o percentual, contudo teve queda entre 2015 e 2019, passando de 50,9% a 31,9%. A curetagem foi o método mais frequente em todo o período, ainda que em mostre-se gradualmente substituída por AMIU desde 2013, passando de 94,7% dos registros a 69,3% em 2019.

Das mulheres que passaram por aborto por razões médicas e legais, 37,1% viviam em municípios de mais de 500 mil habitantes, 28,7% em municípios com população entre 100 e 500 mil habitantes e 34,2% em municípios de até 100 mil habitantes em 2010. Também do total, 2,7% (431) moravam na região Centro-Oeste; 29,1% (4.619) na região Nordeste; 7,6% (1.202) na região Norte; 48,1% (7.640) na região Sudeste; e 12,6% (1.996) na região Sul. Um dos registros não tinha município de residência conhecido (0,01%).

As internações se deram em 803 estabelecimentos. Desses, 307 (38,0%) haviam realizado apenas um procedimento no período, enquanto 24 estabelecimentos (3,0%) tiveram mais de 100 registros, a mediana foi de dois procedimentos entre 2010 e 2019. Quanto aos registros ambulatoriais, os 66 procedimentos foram registrados em 20 estabelecimentos distintos, cada um em um município, em dez Unidades da Federação, compreendendo todas as Regiões do Brasil. O estabelecimento com mais registros tinha 11 durante todo o período. Dos 66 procedimentos ambulatoriais realizados, 31 se deram na região Sul.

Os municípios com maior quantidade de estabelecimentos com abortos por razões médicas e legais realizados no período foram: São Paulo, com 33 estabelecimentos; Rio de Janeiro e Brasília com 18 estabelecimentos cada um.

Tabela 1 - Descritivo dos abortos por razões médicas e legais quanto ao perfil demográfico das usuárias e do procedimento utilizado. Brasil, 2010-2019.

Variável	Abortos por razões médicas e legais										Total 2010-2019 n (%)
	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)	2019 n (%)	
<b>Faixa etária</b>											
10 a 19	353 (21,2)	286 (19,1)	370 (22,8)	323 (21,1)	299 (19,1)	311 (19,6)	291 (19,6)	261 (17,1)	259 (16,5)	293 (16)	3046 (19,2)
20 a 29	766 (46)	700 (46,7)	745 (45,8)	712 (46,4)	722 (46,1)	732 (46,2)	690 (46,6)	718 (46,9)	721 (45,9)	857 (46,8)	7363 (46,3)
30 a 39	450 (27)	421 (28,1)	414 (25,5)	415 (27,1)	469 (29,9)	442 (27,9)	423 (28,6)	479 (31,3)	497 (31,6)	578 (31,6)	4588 (28,9)
40 a 49	95 (5,7)	93 (6,2)	96 (5,9)	84 (5,5)	76 (4,9)	100 (6,3)	77 (5,2)	72 (4,7)	95 (6)	104 (5,7)	892 (5,6)
<b>Raça</b>											
Preta	62 (3,7)	45 (3)	22 (1,4)	28 (1,8)	30 (1,9)	52 (3,3)	43 (2,9)	40 (2,6)	29 (1,8)	83 (4,5)	434 (2,7)
Parda	473 (28,4)	388 (25,9)	403 (24,8)	484 (31,6)	360 (23)	342 (21,6)	323 (21,8)	497 (32,5)	478 (30,4)	599 (32,7)	4347 (27,4)
Amarela	4 (0,2)	-	2 (0,1)	5 (0,3)	9 (0,6)	8 (0,5)	6 (0,4)	19 (1,2)	42 (2,7)	51 (2,8)	146 (0,9)
Indígena	-	1 (0,1)	-	-	4 (0,3)	1 (0,1)	-	1 (0,1)	1 (0,1)	4 (0,2)	12 (0,1)
Branca	490 (29,4)	434 (28,9)	399 (24,6)	381 (24,8)	381 (24,3)	375 (23,7)	419 (28,3)	433 (28,3)	429 (27,3)	511 (27,9)	4252 (26,8)
Ignorado	635 (38,2)	632 (42,1)	799 (49,2)	636 (41,5)	782 (49,9)	807 (50,9)	690 (46,6)	540 (35,3)	593 (37,7)	584 (31,9)	6698 (42,2)
<b>Procedimento realizado</b>											
AMIU	78 (4,7)	55 (3,7)	104 (6,4)	82 (5,3)	145 (9,3)	166 (10,5)	338 (22,8)	388 (25,4)	469 (29,8)	562 (30,7)	2387 (15)
Curetagem	1586 (95,3)	1445 (96,3)	1521 (93,6)	1452 (94,7)	1421 (90,7)	1419 (89,5)	1143 (77,2)	1142 (74,6)	1103 (70,2)	1270 (69,3)	13502 (85)
<b>Total</b>	1664 (100)	1500 (100)	1625 (100)	1534 (100)	1566 (100)	1585 (100)	1481 (100)	1530 (100)	1572 (100)	1832 (100)	15889 (100)

Fonte: SIA/SUS e SIH/SUS-Ministério da Saúde, 2010-2019.

Nota: AMIU- Aspiração Manual Intrauterina



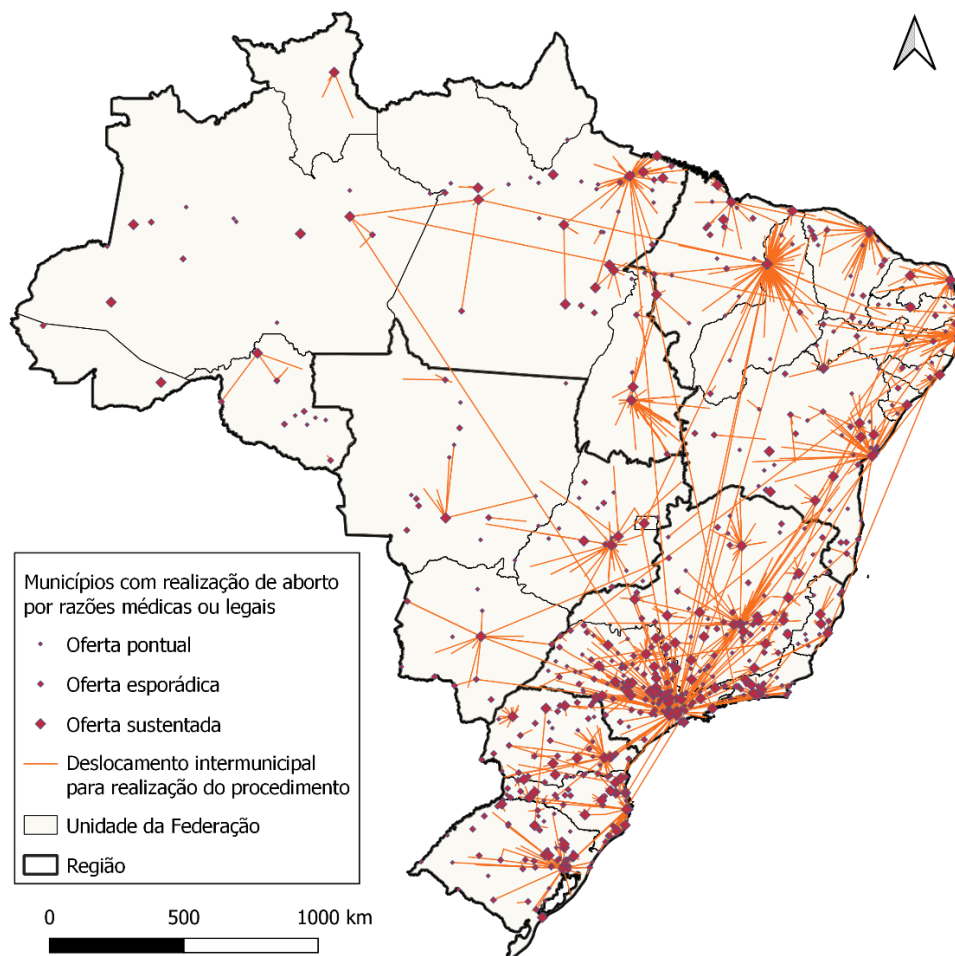
## 6.2 APRESENTAÇÃO DOS FLUXOS INTERMUNICIPAIS DE PESSOAS PARA REALIZAÇÃO DE ABORTO POR RAZÕES MÉDICAS E LEGAIS NO BRASIL ENTRE 2010 E 2019

Dos 15.889 procedimentos realizados, 11.721 (73,8%) aconteceram no próprio município de residência das usuárias, outros 1.808 (11,4%) em municípios distintos, mas no mesmo AP, outros 2.218 (14,0%) saíram de seu município ou AP, mas não de sua Unidade da Federação, 141 (0,9%) fizeram em outra a Unidade da Federação; um dos registros não tinha município de residência conhecido. Os fluxos de deslocamento são apresentados na figura 2.

Dos 627 municípios que registraram a oferta do procedimento, 251 (40%) apresentaram oferta pontual, com apenas um procedimento durante toda a década, 233 (37,2%) tiveram oferta esporádica, com menos de um procedimento ao ano, e 143 (22,8%) oferta sustentada, realizando ao menos um procedimento ao ano na média do período (figura 2).

As internações ou atendimentos ambulatoriais aconteceram em 627 municípios, 11,3% do total dos municípios brasileiros. Todas as Unidades da Federação tiveram ao menos uma internação registrada, variando de três no Amapá e 3.646 em São Paulo (figura 2).

Figura 2 - Mapa de fluxos de deslocamento intermunicipal para abortos por razões médicas ou legais. Brasil, 2010-2019.



Fonte: SIA/SUS e SIH/SUS-Ministério da Saúde, 2010-2019; IBGE, 2010.

Notas: Oferta pontual: 1 no período; Oferta esporádica: 2-9 mais no período; Oferta sustentada: 10 ou mais no período.

### 6.2.1 Ligações em transporte coletivo entre municípios de residência e municípios de realização de abortos por razões médicas e legais

De todos os 2.359 deslocamentos intermunicipais, 92,8% tinham transporte público disponível em ao menos um dos trechos do trajeto. Todavia, ida e retorno em transporte aberto ao público em geral, entre sedes de municípios e com regularidade espacial e temporal estavam presentes em apenas 16,0% dos deslocamentos. O tempo de viagem total estimado variou de 26 minutos a quatro dias e meio (6.444 minutos). O custo da viagem estimado também tem grande amplitude, de R\$ 2,70 a R\$ 1218,06.

O percentual de pessoas que precisaram de deslocamento intermunicipal para realização de aborto por razões médicas e legais foi maior entre residentes dos municípios de menores portes. Já o tempo e custo dos deslocamentos para acessar o procedimento foram maiores para as residentes de municípios de maiores portes (tabela 2). Os deslocamentos realizados pelas residentes dos municípios de até 50.000 habitantes tiveram como principal destino Teresina (22,0%), capital no Nordeste do País. Já entre as residentes de municípios com mais de 50.000, o principal destino foi o município de São Paulo (37,1%), capital no Sudeste. Dos deslocamentos intermunicipais das residentes de municípios entre 100.001 e 500.000 habitantes, 40,4% tiveram São Paulo como destino, e entre as residentes de municípios com mais de 500.000 mil habitantes, 74,7% tiveram esse mesmo destino.

Tabela 2 - Deslocamento intermunicipal para realização de aborto previsto em lei, tempo e custo em transporte público por categorias de porte populacional e região. Brasil, 2010 a 2019.

	Local de realização do aborto previsto em lei		Deslocamento intermunicipais em transporte público	
	Município ou AP de residência	Outro município e AP	Tempo (minutos) mediana (q1-q3)	Custo (R\$) mediana (q1-q3)
<b>Porte populacional (habitantes)</b>				
Até 5.000	23 (10%)	206 (90%)	115 (80 - 179)	20 (13,1 - 33,9)
de 5.001 a 10.000	65 (17%)	317 (83%)	100 (70 - 240)	20,5 (13,8 - 35,3)
de 10.001 a 20.000	289 (34,2%)	556 (65,8%)	112 (60 - 180)	23,1 (10,9 - 40)
de 20.001 a 50.000	1592 (68%)	749 (32%)	120 (80 - 274)	20 (10 - 47,5)
de 50.001 a 100.000	1453 (88,4%)	190 (11,6%)	240 (130 - 400)	49,1 (23,6 - 83)
de 100.001 a 500.000	4303 (94,5%)	250 (5,5%)	240 (195 - 592,5)	57,9 (42,3 - 124,2)
mais de 500.000	5804 (98,5%)	91 (1,5%)	267,7 (236,3 - 750)	57,7 (56,7 - 184,1)
<b>Região</b>				
Norte	989 (82,3%)	213 (17,7%)	240 (120 - 420)	34 (20 - 75,4)
Nordeste	3728 (80,7%)	891 (19,3%)	140 (80 - 268,5)	20,3 (10 - 43,3)
Sudeste	6810 (89,1%)	830 (10,9%)	146 (80 - 267,7)	30,6 (13,8 - 57,9)
Sul	1639 (82,1%)	357 (17,9%)	120 (75 - 232,5)	26 (11,4 - 45,9)
Centro-Oeste	363 (84,2%)	68 (15,8%)	426,7 (150 - 720)	93,9 (37,6 - 151,2)
<b>Total Geral</b>	<b>13529 (85,2%)</b>	<b>2359 (14,8%)</b>	<b>150 (80 - 267,7)</b>	<b>25 (13,8 - 56,9)</b>

Fonte: SIA/SUS e SIH/SUS-Ministério da Saúde, 2010-2019. IBGE, 2010.

Nota: AP- arranjo populacional; q1- primeiro quartil; q3- terceiro quartil.

A região com menor necessidade de deslocamento foi a Sudeste (tabela 2), onde houve também maior número de municípios com oferta de aborto por razões médicas e legais: 239. Os menores tempos de deslocamento estiveram na região Sul, onde 145 municípios ofertaram o procedimento e os menores custos no Nordeste, onde 126 municípios fizeram abortos previsto

em lei. Aa Região Norte tinha 71 municípios com oferta e no Centro-Oeste 43, regiões que apresentaram os maiores dispêndios com deslocamento, chegando, na região Centro-Oeste, à mediana de mais de sete horas de ida e volta até o estabelecimento de saúde com oferta do procedimento, com custo mediano de R\$ 93,90 (tabela 2). A região Centro-Oeste foi a que teve maior percentual de deslocamentos a um mesmo município (47,1%), seguida da Nordeste (46,8%), Norte (37,6%), Sudeste (27,8%) e Sul (18,2%).

### 6.3 MAPEAMENTO DA DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS COM OFERTA DE INTERRUPÇÃO LEGAL DE GRAVIDEZ NO BRASIL EM 2019

Havia 101 estabelecimentos registrados como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei em 2019. Foram encontrados também 251 estabelecimentos ambulatoriais ou hospitalares com registros de abortos por razões médicas e legais naquele ano. Conforme apresentado na figura 3, havia Serviços de Referência sem qualquer aborto por razões médicas e legais registrado e serviços com o procedimento registrado que não eram Serviços de Referência. Ao todo, havia 290 estabelecimentos com oferta do serviço.

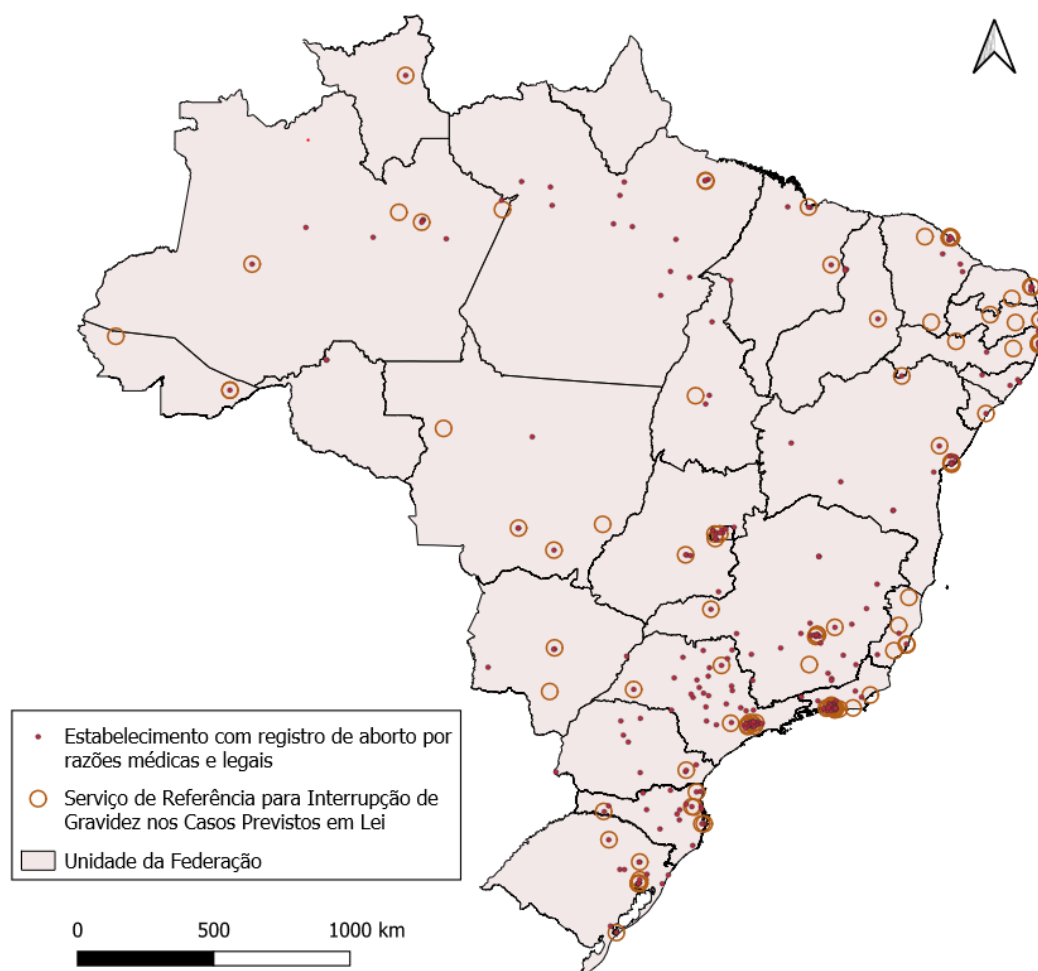
Dos 251 estabelecimentos que fizeram algum aborto por razões médicas e legais em 2019, 62 (24,7%) estavam registrados no SCNES como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei. Por outro lado, dos 101 estabelecimentos registrados como Serviços de Referências no SCNES, 39 (38,6%) não realizaram qualquer aborto por razões médicas e legais naquele ano (figura 3).

Dos 101 Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei, 96 (95%) eram hospitais, sendo 70 hospitais gerais, 25 maternidades e um hospital pediátrico. Além desses, estavam registradas duas policlínicas, um centro de especialidade, um pronto atendimento e uma unidade mista. No que se refere aos 251 estabelecimentos com algum procedimento realizado, todos eram hospitais, 201 (80,1%) hospitais gerais, 48 (19,1%) hospitais especializados - sendo 45 maternidades, um pediátrico e dois não especificados-, os últimos dois (0,8%) eram prontos-socorros gerais, também em hospitais.

Quanto à natureza jurídica dos estabelecimentos, dos 101 Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei, 80 (79,2%) correspondiam à administração pública, oito (7,9%) a entidades empresariais e 13 (12,9%) a entidades sem fins lucrativos. De

todos os serviços cadastrados como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei, apenas um não tinha convênio com o SUS. Dos 251 estabelecimentos que realizaram abortos previstos em lei, 150 (60,0%) tinham administração pública, nove (3,6%) eram entidades empresariais e 92 (36,8%) entidades sem fins lucrativos. Como aqui trata-se de procedimentos registrados no SIA/SUS e SIH/SUS, portanto financiados pelo SUS, todos os estabelecimentos eram conveniados ao Sistema. Destaca-se que das entidades empresariais registradas, apenas duas não eram empresas públicas.

Figura 3 - Localização dos Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos previstos em Lei e dos estabelecimentos com registro de abortos por razões médicas e legais. Brasil, 2019.



Fonte: SIA/SUS e SIH/SUS-Ministério da Saúde, 2019.

No georreferenciamento dos estabelecimentos por CEP, dez dos 251 estabelecimentos com realização do procedimento não foram encontrados e houve dois erros, com geolocalização



fora do município verdadeiro. Já dos 101 estabelecimentos registrados como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei, quatro não foram encontrados por CEP. Esses 14 estabelecimentos foram encontrados com sucesso por seu bairro, município e Unidade da Federação.

São Paulo e Rio de Janeiro eram os municípios com maior número de estabelecimentos com oferta de ILG em 2019, 15 em cada um deles. O município com maior número de Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei foi o Rio de Janeiro, com nove, seguido por Recife com sete e então São Paulo com cinco.

#### 6.4 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS CONFORME A OFERTA DE INTERRUPTÃO LEGAL DE GRAVIDEZ EM 2019

Os 290 estabelecimentos com oferta de aborto previsto em lei em 2019 distribuem-se em apenas 3,6% (200) dos municípios brasileiros, nenhum deles no estado do Amapá (figura 3). Ainda assim, entre os municípios da região Norte, 6,4% ofertavam o serviço, o maior percentual entre as regiões (tabela 3), contudo, o Sudeste concentrou 40,5% do total de municípios com oferta.

O percentual de municípios com oferta de aborto previsto em lei foi mais alto entre aqueles de maiores IDH-M e porte populacional. Não houve qualquer oferta em municípios de IDH-M muito baixo, tampouco naqueles de até 10.000 habitantes (tabela 3). A oferta se deu majoritariamente em municípios com IDH-M alto ou muito alto (77,5%) e com mais de 100 mil habitantes (59,5%).

Ainda que os municípios com a oferta de aborto previsto em lei tenham maior porte, calcula-se que, em 2019, 41,7% (26.880.028) das mulheres em idade fértil viviam em municípios com a oferta do serviço, enquanto as outras 58,3% (37.590.491) viviam em municípios em que o aborto previsto em lei não era ofertado. Ainda comparando os grupos de municípios, a taxa de realização de aborto previsto em lei entre as residentes em idade fértil dos municípios com oferta do serviço em 2019 foi de 5,3 a cada 100 mil, já nos municípios sem oferta de aborto previsto em lei a taxa foi de 1,1 por 100 mil mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).

Tabela 3 - Caracterização dos municípios brasileiros conforme a oferta de aborto previsto em lei. Brasil, 2019.

Variável	Oferta de aborto previsto em lei	
	Não	Sim
<b>IDH-M</b>		
Muito baixo	32 (100%)	-
Baixo	1354 (99,2%)	11 (0,8%)
Médio	2197 (98,5%)	34 (1,5%)
Alto	1758 (93,1%)	131 (6,9%)
Muito alto	20 (45,5%)	24 (54,5%)
Não classificados	9 (100%)	-
<b>Porte</b>		
Até 5.000 hab.	3478 (99,9%)	4 (0,1%)
De 5.001 a 10.000 hab.	1017 (98,2%)	19 (1,8%)
De 10.001 a 20.000 hab.	511 (93,8%)	34 (6,2%)
De 20.001 a 50.000 hab.	273 (84,8%)	49 (15,2%)
De 50.001 a 100.000 hab.	70 (70,7%)	29 (29,3%)
De 100.001 a 500.000 hab.	21 (27,6%)	55 (72,4%)
Mais de 500.000 hab.	-	10 (100%)
<b>Região</b>		
Norte	421 (93,6%)	29 (6,4%)
Nordeste	1756 (97,9%)	38 (2,1%)
Sudeste	1587 (95,1%)	81 (4,9%)
Sul	1153 (96,8%)	38 (3,2%)
Centro-oeste	453 (97,0%)	14 (3,0%)
<b>Total Geral</b>	<b>5370 (96,4%)</b>	<b>200 (3,6%)</b>

Fonte: SIA/SUS e SIH/SUS-Ministério da Saúde, 2019; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fundação João Pinheiro; 2013.

Notas: IDH-M- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

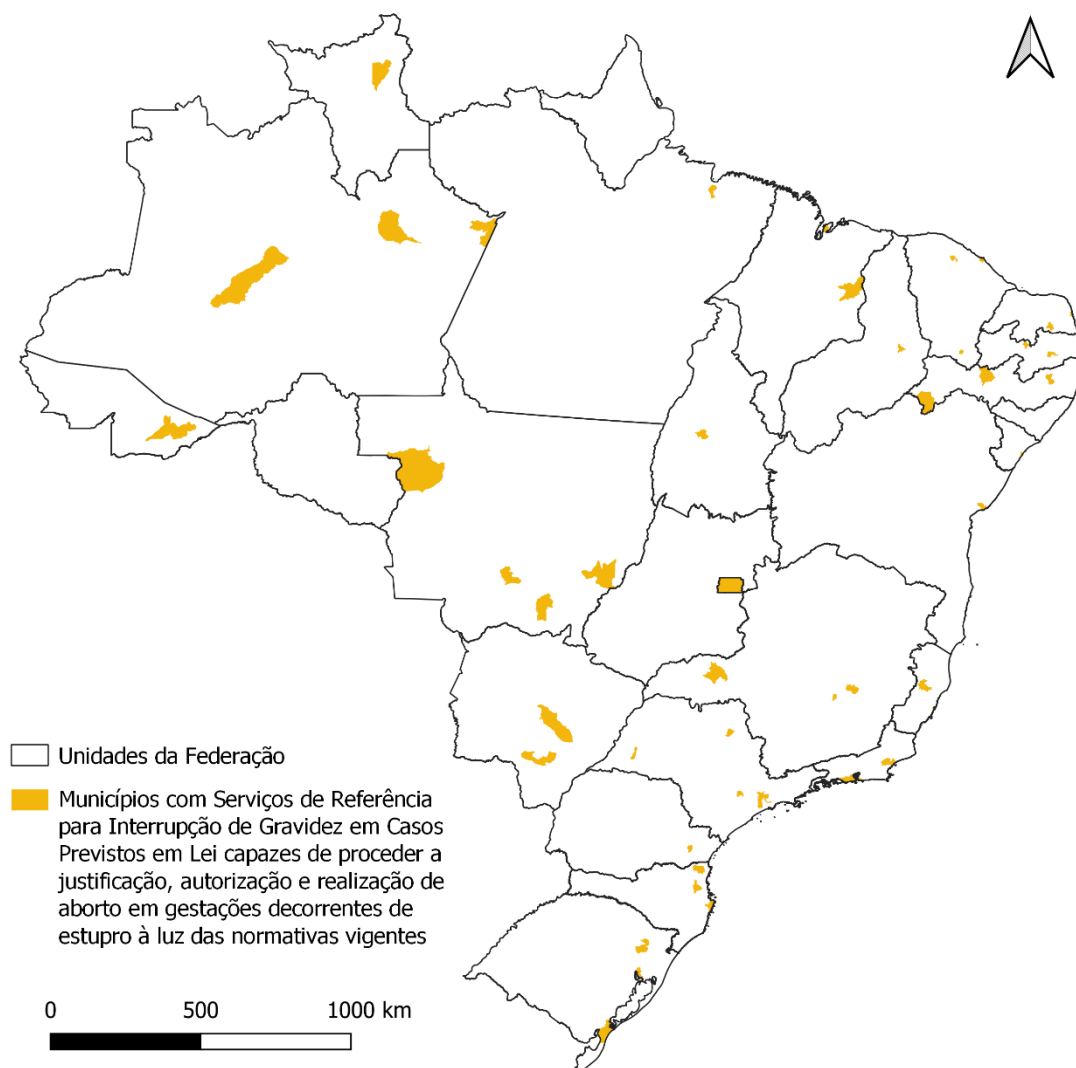
\*IDH-M: muito baixo 0,000 - 0,499; baixo 0,500 - 0,599; médio 0,600 - 0,699; alto 0,700 - 0,799, e muito alto 0,800 - 1,000.

## 6.5 ESTIMATIVA DO POTENCIAL DE OFERTA DE ABORTO EM GRAVIDEZES DECORRENTES DE ESTUPRO CONSIDERANDO A CAPACIDADE INSTALADA NOS MUNICÍPIOS DO PAÍS EM 2021

Em junho de 2021, eram 102 Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei, localizados em 64 dos 5.570 municípios brasileiros. Desses serviços, contudo, apenas 88 estabelecimentos em 55 municípios eram compatíveis com as normativas para a justificação, autorização e realização de aborto em gravidezes decorrentes de estupro.

Esse grupo de municípios compôs o cenário 1 (figura 4), no qual há quatro Unidades da Federação sem nenhum município com oferta. Esse cenário era residência de 26,7% das pessoas do sexo feminino entre 10 e 49 anos do país (tabela 4).

Figura 4- Cenário 1 de municípios com Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei capazes de proceder a justificação, autorização e realização de aborto em gravidezes decorrentes de estupro à luz das normativas vigentes no Brasil em junho de 2021.



Fonte: SCNES-Ministério da Saúde, 2021.

Tabela 4 - População do sexo feminino e em idade fértil residente em municípios com serviço de aborto em gravidezes decorrentes de estupro nos três diferentes cenários de oferta. Brasil por regiões, 2021.

Região	População do sexo feminino de 10 a 49 anos			
	Total (n)	Residentes em municípios com serviço de aborto em caso de gravidezes decorrentes de estupro (%)		
		Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3
Norte	6.120.661	26,5%	58,1%	93,3%
Nordeste	18.241.583	22,7%	46,1%	93,3%
Sudeste	26.241.992	30,1%	72,9%	95,4%
Sul	8.694.218	21,5%	63,8%	93,2%
Centro-Oeste	5.159.860	32,1%	66,2%	95,8%
BRASIL	64.458.314	26,7%	62,1%	94,3%

Fonte: SCNES-Ministério da Saúde, 2021.

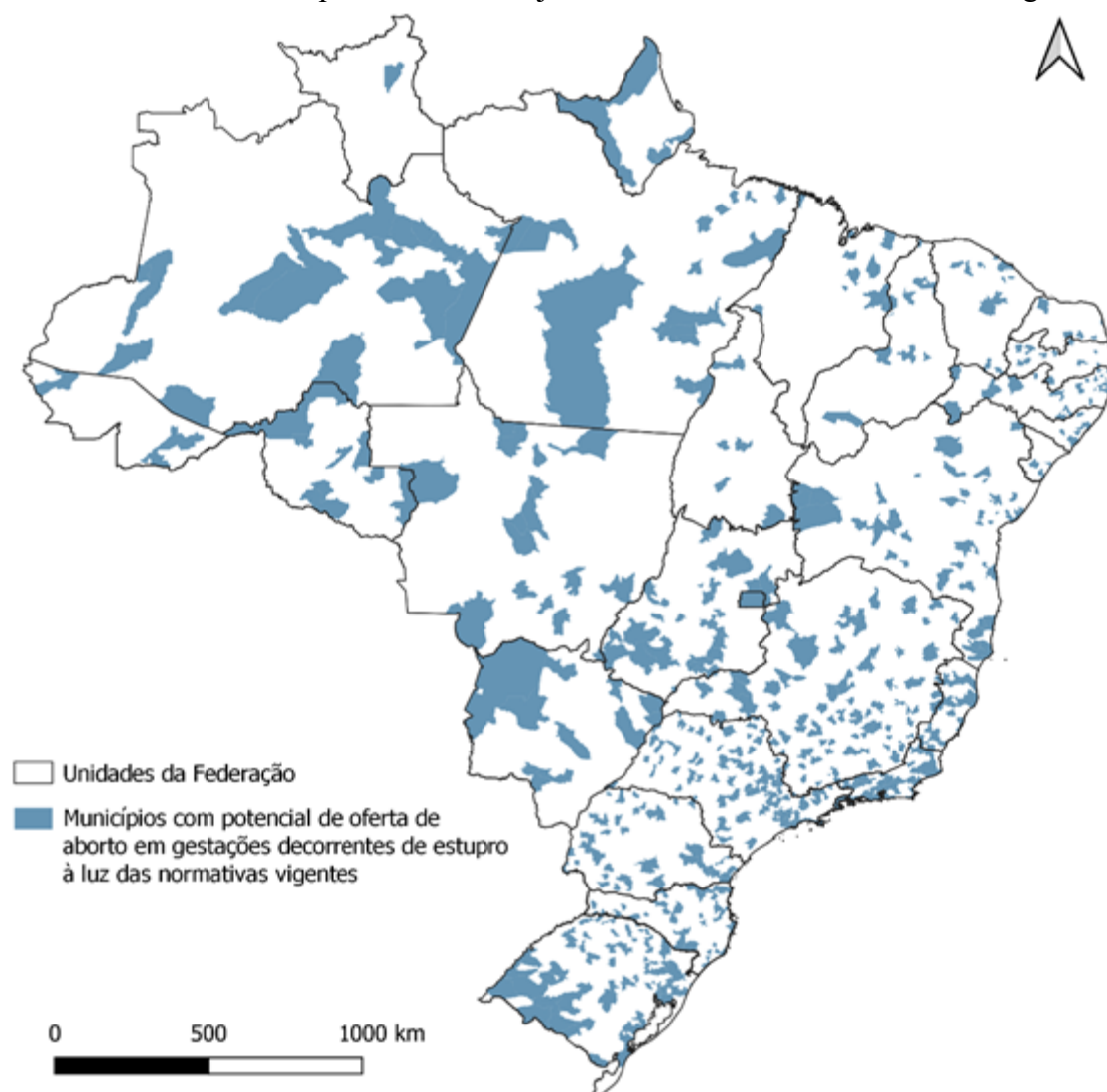
O cenário 2 foi composto por 662 municípios, contando com 1.115 estabelecimentos que eram potenciais Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei e capazes de realizar os procedimentos de autorização e justificação de aborto em gravidezes decorrentes de estupro, bem como de proceder o abortamento de acordo com as normativas vigentes (figura 5).

Esse cenário era residência de 62,1% das pessoas do sexo feminino e em idade fértil do país. Na comparação entre os cenários 1 e 2, evidencia-se que todas as regiões teriam margem para ampliação da oferta de aborto em gravidezes decorrentes de estupro com a capacidade já instalada nos municípios. É nítida, no entanto, a diferença entre regiões, com 46,1% da população potencialmente coberta no cenário 2 na região Nordeste e 72,9% na região Sudeste (tabela 4).

No que tange ao cenário 3, em junho de 2021 o país contava com 54.338 estabelecimentos de atenção primária à saúde, sendo que apenas um dos 5.570 municípios do país não tinha registro desse tipo de estabelecimento. Dos estabelecimentos de atenção primária, 33.724 tinham médico vinculado, o que não estava presente em 61 municípios. O país dispunha também de 10.507 serviços de urgência 24 horas conveniados ao SUS distribuídos em 3.764 municípios. As duas categorias de estabelecimentos estavam presentes de forma concomitante em 3.741 municípios (figura 6). O conjunto de municípios do cenário 3 era residência de 94,3% das pessoas do sexo feminino entre 10 e 49 anos do país (tabela 4). Quando comparado ao cenário 2, ainda que a ampliação do potencial de oferta se dê em todas as regiões, a região

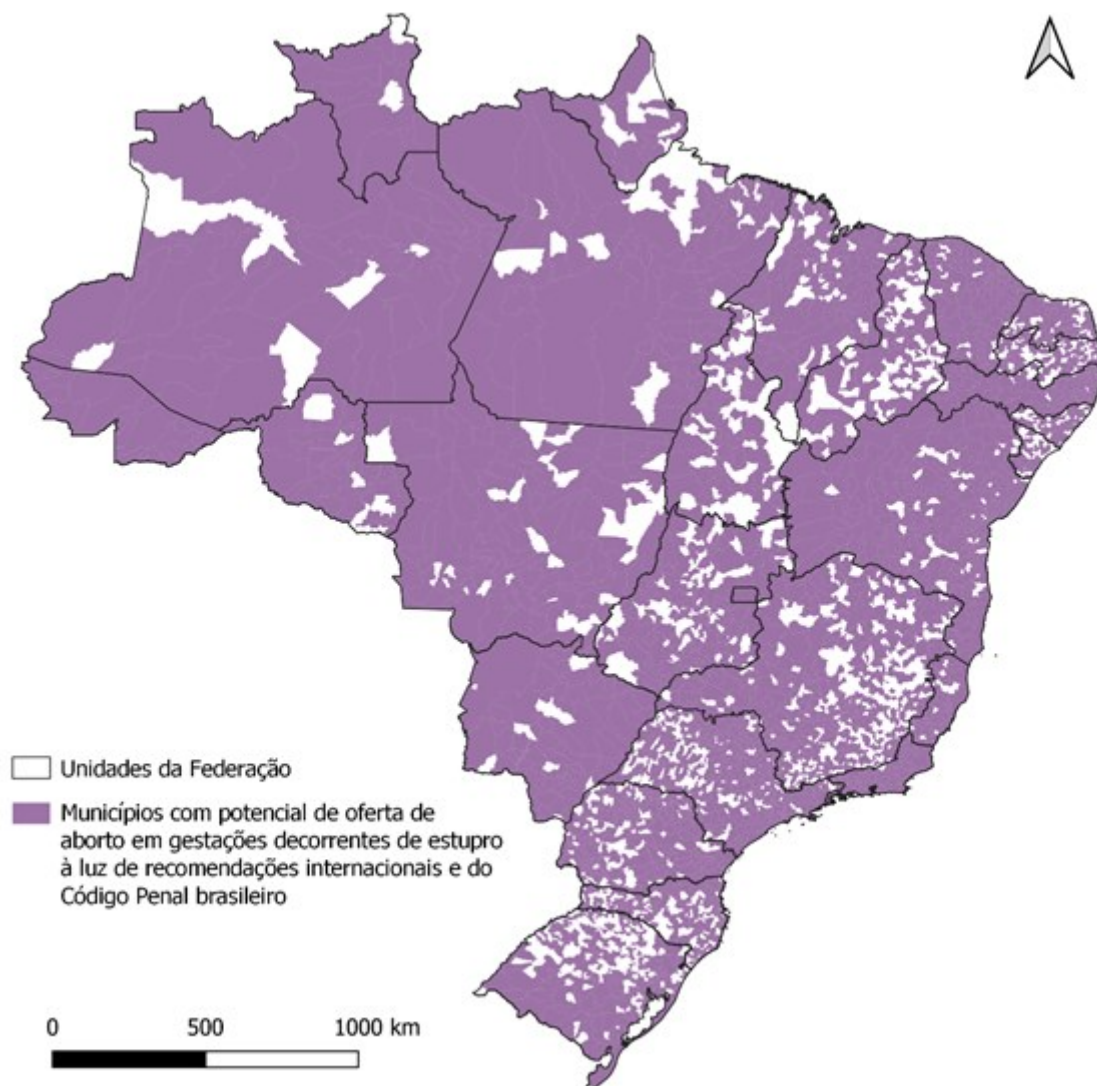
Centro-oeste teria a maior capacidade de cobertura quando comparada às outras, seguida pela Sudeste (tabela 4).

Figura 5- Cenário 2 de municípios com potencial de oferta de aborto em gravidezes decorrentes de estupro no Brasil em junho de 2021 à luz das normativas vigentes.



Fonte: SCNES-Ministério da Saúde, 2021.

Figura 6 - Cenário 3 de municípios com potencial de oferta de aborto em gravidezes decorrentes de estupro no Brasil em junho de 2021 à luz de recomendações internacionais e do Código Penal brasileiro.



Fonte: SCNES-Ministério da Saúde, 2021.

## 7 DISCUSSÃO

Os registros de abortos previstos em lei entre 2010 e 2019 indicam em média 1.589 procedimentos realizados por ano no Brasil, país com quase 200 milhões de habitantes já em 2010 (BRASIL, 2011d). A título de perspectiva, considerando apenas uma das situações em que o aborto é permitido no Brasil: foram estimadas ao menos 18.734 gravidezes em decorrência de estupro no país em 2019 (ROSAS; PARO, 2021). Ou seja, menos de uma em cada 11 gestantes que poderiam recorrer ao aborto previsto em lei o acessou.

Quase metade (46,3%) dos abortos por razões médicas e legais se deram em mulheres entre 20 e 29 anos, esse percentual acompanha a estrutura etária das gestações com nascido vivo, que em 2019 tinha 48,3% das parturientes nessa faixa etária (BRASIL, 2019b). Por outro lado, não condiz com a distribuição etária das vítimas de estupro no país, em que, ainda que considerando apenas as pessoas em idade fértil (10 a 49 anos), as crianças e adolescentes representaram 66,7% dos registros em 2019 (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020). Essa dissonância pode indicar menor acesso ao aborto previsto em lei em gravidezes decorrentes de estupro em crianças e adolescentes que em adultas.

Quanto ao quesito raça/cor, chama a atenção a baixa qualidade da informação, com 42,2% de registros ignorados. Esse alto percentual prejudica o uso da variável para o planejamento de políticas públicas que considerem as especificidades dos grupos raciais e promovam a equidade racial. A necessidade de desagregação dos dados de saúde por raça/cor foi explicitada desde a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de 2009, quando o quesito cor passou a compor todos os sistemas de informação do SUS (BRASIL, 2013a). Ainda que a qualidade do preenchimento venha melhorando desde 2015, em 2019 ainda eram 31,9% dos registros com raça/cor ignorada, mesmo que desde 2017 o preenchimento da variável seja obrigatório (BRASIL, 2017c).

A curetagem foi o método mais frequentemente utilizado no período (85,0%), mas fica evidenciado que vem sendo gradualmente substituída por AMIU, essa última mais segura, conforme recomendação da OMS e do próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Dos procedimentos realizados, quase todos aconteceram em internação hospitalar, em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), ainda que a curetagem pós-abortamento possa se dar em ambiente ambulatorial de acordo com o SIGTAP (BRASIL, 2020o). Vale ainda a pontuação de que, ainda

que os procedimentos tenham acontecido em mais de 800 estabelecimentos, mais da metade realizou até dois procedimentos em dez anos, ou seja, ainda que sejam muitos estabelecimentos com a oferta, a realização ainda é concentrada e poucos estabelecimentos.

Os abortos previstos em lei aconteceram majoritariamente (92,8%) nos municípios com oferta sustentada do procedimento, grupo de 143 municípios que representam 2,6% do total dos municípios brasileiros, outros 484 municípios tiveram oferta pontual ou esporádica. Destaca-se aqui que a realização de algum aborto previsto em lei no período não garante a oferta permanente do procedimento, tampouco a oferta para as três causais permitidas no país ou a qualquer tempo gestacional. Os serviços com oferta do procedimento estabelecem limites próprios de tempo gestacional e de causais atendidas (MADEIRO; DINIZ, 2016; ROSAS; PARO, 2021).

Ainda que a realização dos procedimentos tenha sido concentrada em um pequeno grupo de municípios, a maioria dos abortos previstos em lei, 85,2%, se deu em residentes do mesmo arranjo populacional, e 73,8% em residentes do mesmo município. Em 2016, quando analisadas todas as internações do país, independentemente do motivo da internação, 67,3% haviam ocorrido nos municípios de residência dos usuários (XAVIER et al., 2019). Nesse sentido, o alto percentual de realização de aborto previsto em lei no município de residência da usuária acompanha o encontrado nas internações como um todo, resultado da concentração populacional e de recursos hospitalares nas grandes cidades (SOLLA; CHIORO, 2008). Entretanto, o pequeno percentual de deslocamentos, ainda menor nos casos de aborto previsto em lei, pode apontar o não acesso aos serviços quando esses não estão disponíveis no município de residência de quem deles precisa (OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004). Essa hipótese é corroborada pelo achado de que 74,7% dos abortos previstos em lei foram realizados em residentes de municípios com mais de 100 mil habitantes, ainda que esse grupo de municípios concentrasse apenas 54,7% da população brasileira (BRASIL, 2011d), podendo indicar iniquidade de acesso ao serviço.

O não acesso a internações hospitalares por insuficiência de oferta foi encontrado com a PNAD de 1998, apontando associação entre maior oferta de leitos hospitalares e o número de internações (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005). Em 2000 foi encontrado, ainda, que a probabilidade de atendimento caía com o aumento da distância entre o local de moradia e o hospital, mesmo distâncias de até 20 km provocavam redução na probabilidade de atendimento, destacando a capacidade local de internação como facilitadora do uso do serviço



(OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004). O deslocamento demanda disponibilidade de transporte, tempo e recursos financeiros (BARR-WALKER et al., 2019), nem sempre disponíveis.

Especificamente quanto ao aborto, diferentes países apontam que o aumento da distância até o estabelecimento com oferta do serviço diminui o acesso ao procedimento seguro (BARR-WALKER et al., 2019; BROWN et al., 2020a, 2020b; FISCHER; ROYER; WHITE, 2017; FRIEDMAN et al., 2019; GROSSMAN et al., 2017a, 2017b; VENATOR; FLETCHER, 2019), sendo um fator que leva à busca por outras formas, potencialmente perigosas, de interromper a gravidez (RALPH et al., 2020). Na Região Metropolitana da Cidade do México, mulheres que precisaram viajar para acessar o procedimento, fizeram 18,6% dos abortos esperados para seus territórios caso tivessem serviço local, mesmo quando ajustado por fatores sociodemográficos. A distância é uma barreira mais presente entre as jovens, residentes de áreas rurais, pobres, não-brancas, e de mais de 12 semanas de gestação (BARR-WALKER et al., 2019). São também as socialmente vulnerabilizadas aquelas com menos condições de superar a barreira geográfica, destacadamente as não-brancas e de baixa escolaridade (FRIEDMAN et al., 2019; VENATOR; FLETCHER, 2019).

A indisponibilidade de transporte é em si uma possível barreira de acesso a serviços de saúde. No caso brasileiro, 16,0% dos deslocamentos intermunicipais para aborto previsto em lei tinham ida e retorno disponíveis em transporte público rodoviário ou hidroviário direto, 92,8% dos deslocamentos tinham transporte público disponível em ao menos um dos trechos no trajeto, e outros 7,2% não tinham qualquer um dos trechos. A ausência de ligação direta em transporte público rodoviário ou hidroviário torna necessário estabelecimento de alternativas de acesso. Nesse caso, seria imperativo o uso de mais de uma linha de transporte público, ou o uso transporte particular ou aéreo, o que pode encarecer e inviabilizar o acesso dos mais pobres, evidenciando a necessidade de transporte sanitário providenciado pelo Estado.

Entre os municípios de pequeno porte, a grande maioria das pessoas precisou viajar para acessar o aborto previsto em lei. Já a necessidade de deslocamento entre as residentes de municípios de maiores portes foi pequena, todavia, quando o deslocamento se fez necessário, demandou mais tempo e dinheiro. Esses perfis refletem a exclusividade de oferta de aborto em serviços de mais densidade tecnológica (BRASIL, 2014a), concentrando-a em maiores centros urbanos (MADEIRO; DINIZ, 2016). A necessidade de deslocamento entre as residentes dos municípios de maior porte, aqueles que concentram a oferta de aborto, pode dever-se à busca

por atenção especializada, pois no período analisado esses deslocamentos direcionaram-se a São Paulo, maior polo de oferta de serviços de alta densidade tecnológica no país (BRASIL, 2020r).

O tempo estimado de deslocamento na região Centro-Oeste foi o maior entre as regiões, apontando a pouca capilaridade do serviço de aborto previsto em lei. A concentração desses serviços acompanha a dos outros procedimentos que demandam internação hospitalar na região, os quais estão majoritariamente nas capitais dos estados, sem polos secundários de assistência à saúde, o que, ainda que com menor intensidade, repete-se na região Norte do país (BRASIL, 2020r). Os deslocamentos intermunicipais mais rápidos foram estimados em 26 minutos, enquanto outros levaram dias, a mediana de tempo de deslocamento, ida e retorno, foi de 150 minutos. Na Região Metropolitana da Cidade do México, cada 15 minutos de viagem para deslocamento (ida) reduziram o acesso em 33,7% (IC95% 18,2-46,3%) (FRIEDMAN et al., 2019). O aumento do tempo de deslocamento acarreta maiores implicações logísticas, com necessidade de arranjos frente às tarefas diárias, que comumente incluem o cuidado com dependentes, trabalho e escola, gerando maior dificuldade em manter sigilo acerca do procedimento e potencial perda financeira, a depender do vínculo de trabalho (BARR-WALKER et al., 2019).

Além desses gastos, os custos diretos são uma carga às gestantes que precisam viajar para acessar o aborto, o que inclui transporte, acomodação e refeições para si e muitas vezes para acompanhante (BARR-WALKER et al., 2019). No Brasil, o SUS pode arcar com esses custos (BRASIL, 1999b), contudo, os valores pagos são de R\$ 3,70 para cada 27 milhas náuticas em transporte fluvial, R\$ 4,95 para cada 50 km em transporte terrestre ou de R\$ 181,50 para cada 200 milhas em transporte aéreo; assim como diária de R\$ 8,40 para alimentação ou R\$ 24,75 para alimentação e pernoite (BRASIL, 2007c). Esses recursos estão sujeitos ao teto financeiro da alta e média complexidade (BRASIL, 2007d), e, quando pagos na forma de reembolso à usuária, não cobrem os gastos (BARBOSA et al., 2010; NEMER et al., 2020). De todo modo, entre 2010 e 2019 houve apenas nove registros de ajuda de custo ou unidade de remuneração para alimentação, pernoite ou deslocamento de paciente ou acompanhante (apêndice B). Dessa forma, os custos diretos podem continuar se configurando uma barreira de acesso ao serviço.

Quanto aos valores dispendidos exclusivamente com deslocamento, houve variação de 0,3% a 138,4% de salário-mínimo mensal, ou seja, pode ter chegado a ser dispendido em

transporte de uma pessoa o valor referente a seis semanas de trabalho (264 horas) em valores de 2016 no Brasil. Sendo assim, ainda que a assistência à saúde seja gratuita no país, o dispêndio financeiro com o deslocamento pode ser proibitivo ao acesso quando o transporte não é garantido também pelo Estado.

Além dos custos já mencionados, podem ainda ser considerados os prejuízos decorrentes da não obtenção do acesso. Pessoas que não conseguem o aborto previsto em lei apresentam mais chances de agravos à saúde mental, com sintomas de ansiedade, baixa autoestima e insatisfação com a própria vida a curto prazo (BIGGS et al., 2017), assim como maior probabilidade de apresentar eventos de saúde potencialmente fatais (GERDTS et al., 2016), bem como o risco de interromper a gravidez de forma insegura, o que pode levar à morte (GERDTS et al., 2016; RALPH et al., 2020).

Considerando que a disponibilidade e distribuição de estabelecimentos com oferta de aborto previsto em lei influenciam na acessibilidade ao serviço, o presente estudo mapeou os estabelecimentos com oferta do aborto previsto em lei em 2019. Em 2009, eram listados pelo Ministério da Saúde 60 estabelecimentos com a oferta de aborto previsto em lei. Em 2013, essa lista foi atualizada com as Secretarias Estaduais de Saúde e a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, quando havia 68 estabelecimentos em funcionamento com oferta de aborto previsto em lei (MADEIRO; DINIZ, 2016). Em 2019, uma organização não-governamental mapeou os estabelecimentos que realizavam o procedimento. O mapa foi feito a partir da lista de Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei e dos registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) de 2017, ademais, por contato telefônico a organização confirmou a oferta. Não foram incluídos os registros ambulatoriais, nem os estabelecimentos que fizeram menos de duas internações no ano. Por outro lado, todas as internações com CID O04. - Aborto por razões médicas e legais foram incluídos, mesmo aquelas com procedimentos incompatíveis com o CID. A organização encontrou 173 estabelecimentos, dos quais 76 confirmaram realizar o aborto previsto em lei (ARTICLE 19, 2019). No presente estudo, tal mapeamento foi lapidado e atualizado, considerando os serviços de referência e abortos por razões médicas e legais realizados em internações hospitalares ou atendimentos ambulatoriais.

O mapeamento dos serviços com oferta e realização do aborto previsto em lei no Brasil em 2019 indica, inicialmente, a incompatibilidade entre os registros de realização de aborto por razões médicas e legais e os Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos

Previstos em Lei: a maior parte dos serviços que realizaram algum aborto não estavam registrados como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei; já dos Serviços de Referência registrados, mais de 1/3 não realizaram nenhum procedimento no ano. Como visto, a realização de aborto por razões médicas e legais não é condicionada ao registro do estabelecimento como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei, todavia o cadastro tem finalidade de fornecer informações, o que cabe à gestão do estabelecimento e não depende de habilitação prévia, tampouco gera incentivo financeiro específico. Destaca-se que, ainda que haja Serviços de Referência em estabelecimentos não hospitalares, todos os procedimentos realizados naquele ano se deram em hospitais. Também chama atenção o registro como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei de apenas um estabelecimento sem convênio com o SUS, o que poderia indicar a deficiência do registro, ou a quase exclusividade de financiamento de aborto previsto em lei pelo sistema público.

Esse descompasso entre os registros dificulta a consolidação da informação para monitoramento e avaliação da oferta do serviço pela gestão e pela academia, assim como atrapalha o acesso à informação pelos usuários. Por meio de transparência ativa, os serviços listados pelo Ministério da Saúde são apenas os cadastrados no SCNES como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei (BRASIL, 2021f). Mesmo essa informação não é acessível para o cidadão comum, pois demanda conhecimento da nomenclatura específica utilizada pelo Ministério da Saúde (ARTICLE 19, 2018). A difusão de informação acerca da oferta do aborto previsto em lei em cada localidade é primordial para o acesso ao serviço, em 2006, 95% dos brasileiros não sabiam indicar um hospital que realizasse aborto legal (TALIB et al., 2006). A disponibilidade de informação, contudo, não tem se efetivado, em 2018 apenas duas das 27 Unidades da Federação disponibilizavam nos *sites* de seus órgãos de saúde a lista dos estabelecimentos com oferta de aborto previsto em lei; das 26 capitais de estado, apenas seis ofereciam a informação (ARTICLE 19, 2018).

Nesse sentido, a existência de Serviços de Referência que não realizaram qualquer aborto previsto em lei em 2019 pode indicar a presença de barreiras de acesso que estejam além da barreira geográfica, como o desconhecimento sobre a previsão do aborto nos casos excepcionais, sua oferta no SUS e os serviços que o realizam (ARTICLE 19, 2018, 2019; TALIB et al., 2006), pode apontar, ainda, medo da criminalização, ou mesmo vergonha pelo estigma do procedimento (CULWELL; HURWITZ, 2013; FRIEDMAN et al., 2019). Além

disso, são relatadas barreiras organizacionais, como a exigência de Boletim de Ocorrência, laudo do IML ou alvará judicial (ARTICLE 19, 2019; MADEIRO; DINIZ, 2016); recusa dos profissionais de saúde em realizar o procedimento (BRANCO et al., 2020; DINIZ, 2011; DINIZ; MADEIRO; ROSAS, 2014; ROSAS; PARO, 2021); e negativas por suspeição à palavra de quem busca por cuidado (DINIZ et al., 2014). É possível também que os estabelecimentos simplesmente não ofertem o serviço, ainda que estejam cadastrados para tanto. Essa não oferta foi constatada em 2013, quando uma pesquisa encontrou que apenas 37 dos 68 estabelecimentos cadastrados no Ministério da Saúde para oferta do aborto previsto em lei de fato ofertavam o serviço (MADEIRO; DINIZ, 2016). Naquele momento, entretanto, não haviam sido instituídos os Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei (BRASIL, 2014a). Mais recentemente, em 2019, um levantamento encontrou ao menos 13 Serviços de Referência que em contato telefônico declararam não realizar o procedimento (ARTICLE 19, 2019). Por fim, vale apresentar que um dos Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei cadastrados é uma cooperativa não conveniada ao SUS, portanto, apenas nesse caso é natural que não haja registro de procedimento realizado no estabelecimento e financiado pelo SUS.

Pode ser destacado que um estabelecimento ter realizado algum aborto por razões médicas e legais naquele ano não significa a oferta sustentada do serviço, ademais, nem todo estabelecimento com alguma oferta abrange as três causais previstas no país (MADEIRO; DINIZ, 2016; ROSAS; PARO, 2021). Merece atenção o fato de que em casos urgência ou emergência, com risco de morte da gestante, não é possível o estabelecimento ou o médico recusar-se a realizar a interrupção da gravidez quando tem condições de prestar o atendimento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009). Portanto, nas as barreiras e objeções podem se fazer mais presentes a depender da situação e da causal (DINIZ, 2011).

Em que pese as limitações do registro da oferta, os 3,6% dos municípios brasileiros ofereciam o aborto previsto em lei em 2019. Mesmo a região Norte, com a maior proporção, teve apenas 6,4% de seus municípios com oferta do serviço, o que naquela região é um desafio adicional de acesso dadas as longas distâncias entre sedes municipais e as dificuldades de transporte. Está na região Norte a única Unidade da Federação sem nenhuma oferta, o Amapá.

Os municípios com oferta de aborto previsto em lei estão majoritariamente na região Sudeste, têm maior porte e maior IDH-M. Dado o IDH-M ser composto por indicadores de saúde, educação e renda, esse achado pode apontar uma camada suplementar de dificuldade de

acesso ao procedimento aos mais pobres e menos escolarizados. Essa desigualdade é historicamente documentada no Brasil, de acordo com as PNAD de 1998, 2003 e 2008 e PNS de 2013 e 2019, há maior proporção de uso de serviços de saúde entre mulheres, brancas, de alta escolaridade, alta renda, ou residentes em áreas urbanas, ainda que as desigualdades de uso venham diminuindo ao longo do tempo (ALMEIDA et al., 2013; BRASIL, 2020n; MACINKO; LIMA-COSTA, 2012; STOPA et al., 2017).

Quanto às taxas de realização de aborto por razões médicas e legais, as residentes de municípios com oferta realizaram 4,8 vezes mais abortos legais que as residentes em municípios sem oferta. Supondo que a necessidade de aborto previsto em lei fosse a mesma em todos os municípios, aproximadamente quatro a cada cinco mulheres que precisaram de um aborto previsto em lei e viviam em municípios que não o ofertavam deixaram de acessar o serviço. Ou seja, naquele ano 1.570 abortos por razões médicas e legais podem ter deixado de ser realizados em municípios que não ofertavam o procedimento. Isso equivaleria a 46,2% da necessidade total do país não sendo atendida por escassez de oferta. Destaca-se, entretanto, que o acesso ao aborto previsto em lei encontra barreiras para além de oferta do serviço, portanto o percentual da necessidade atendida é ainda menor que o acima proposto. Estima-se que menos de 10% das gravidezes decorrentes de estupro terminem em aborto legal (ROSAS; PARO, 2021), quanto às outras causais, não há estimativas de percentual de realização da interrupção. São desconhecidos os itinerários das gestantes de fetos anencéfalos, no que diz respeito à possibilidade de interrupção por risco à vida da gestante, não há detalhamento sobre as situações que vêm sendo incluídas nesse critério, tampouco como tem se dado a decisão pela interrupção nesses casos (FONSECA et al., 2020).

A fim de superar a barreira geográfica de acesso ao aborto legal, vêm se desenhando no mundo estratégias a partir de evidências, da experiência de outros países e de recomendações internacionais, como utilizando-se de recursos de telessaúde (ENDLER et al., 2019; ROSAS; PARO, 2021), capilarizando a oferta do serviço por meio da atenção primária (MAIA, 2021; MUNDLE et al., 2007; SENDEROWICZ; SANHUEZA; LANGER, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022), e mesmo revendo a oferta do aborto como exclusiva de profissionais médicos (BARNARD et al., 2015; BERER, 2009; NGO; PARK; FREE, 2013; RENNER; BRAHMI; KAPP, 2013; WARRINER et al., 2011). Essas soluções seriam valorosas no contexto brasileiro, onde todos os abortos previstos em lei foram realizados em hospitais em 2019. Para sua implantação, seria fundamental que o misoprostol deixasse de ter uso exclusivo

em ambiente hospitalar (MAIA, 2021; MUNDLE et al., 2007; SENDEROWICZ; SANHUEZA; LANGER, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022), a aprovação da mifepristona e incorporação na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e nos protocolos para realização do aborto previsto em lei (ROSAS; PARO, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022), assim como possibilitar a oferta de AMIU como procedimento ambulatorial (BERER, 2009; MAIA, 2021; NGO; PARK; FREE, 2013; RENNER; BRAHMI; KAPP, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Já a oferta do procedimento por outros profissionais dependeria de alteração do Código Penal brasileiro, o qual restringe a não punibilidade dos casos excepcionais aos abortos realizados por médicos (BRASIL, 1940).

À luz desse contexto, foram estudados cenários de oferta instalada e potencial de aborto em gravidezes decorrentes de estupro no Brasil em 2021. Essa etapa se restringiu à causal de estupro pois são gravidezes que não necessariamente apresentam condições clínicas de risco aumentado e que, por não dependerem de diagnóstico específico, podem ser interrompidas com menor idade gestacional. Além disso, existem normativas específicas acerca da oferta nessa causal (BRASIL, 2014a, 2020d, 2012c), bem como há indícios de que são a maioria das demandas de interrupções de gravidez no sistema de saúde (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Mesmo mais de 20 anos após a primeira normatização da oferta pelo Sistema Único de Saúde de aborto em gravidezes decorrentes de estupro, em 2021 são apenas 55 municípios com Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei cadastrados e com capacidade instalada de realizar o aborto em gravidezes decorrentes de estupro de acordo com as normativas vigentes (cenário 1). Nesses 55 municípios, viviam mais de  $\frac{1}{4}$  da população do sexo feminino em idade fértil do país, indicando a concentração do serviço em municípios de maior porte populacional.

Quatro Unidades da Federação não apresentaram qualquer estabelecimento no cenário 1. Das cinco regiões do país, as únicas em que todas as Unidades da Federação tinham ao menos um município com oferta foram a Sul e a Sudeste. A distribuição dos estabelecimentos que compuseram o cenário 1 acompanha a forma desigual como as unidades de atenção ambulatorial e hospitalar estão alocadas no território brasileiro, com concentração de recursos e tecnologia em centros urbanos e nas regiões Sul e Sudeste (SOLLA; CHIORO, 2008). A coincidência de distribuição territorial é esperada, dado que, por norma, a oferta do aborto previsto em lei no Brasil está restrita a estabelecimentos de média e alta complexidade (BRASIL, 2014a). Essa concentração, contudo, gera a necessidade de deslocamentos

intermunicipais e aumenta as distâncias a serem percorridas (LINDO et al., 2020), com maiores implicações logísticas, de tempo e dinheiro (BARR-WALKER et al., 2019), limitando o acesso ao serviço, especialmente para grupos já vulnerabilizados (FRIEDMAN et al., 2019; JACOBSON et al., 2022).

Quanto aos Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei como um todo, destaca-se que dos 102 cadastrados, apenas 88 tinham em junho de 2021 registro de estrutura e equipe suficientes para a realização do processo de justificação, autorização e aborto em gravidezes decorrentes de estupro de acordo com as normativas vigentes. A normativa vigente específica relativa a essa causal, a Portaria nº 2.561/2020, exige obstetra e anestesista na equipe mínima para a justificação e autorização do procedimento nesses casos (BRASIL, 2020d), ainda que não haja nas gravidezes decorrentes de estupro especificidades frente às outras causais que tornem necessária a presença diferencial de tais profissionais. A respeito desse tipo de exigência, a OMS indica que os critérios de credenciamento dos serviços não devem conter requisitos que não sejam essenciais para a realização do aborto de forma segura. A exigência de recursos para além do necessário é uma barreira para a oferta do serviço e conseqüentemente para o acesso de pessoas elegíveis ao procedimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Além da equipe mínima com anestesista e obstetra, as normativas indicam a realização do procedimento em centro cirúrgico, bem como a oferta em determinados tipos de estabelecimentos de alta e média complexidade. Essa estrutura pode ser necessária a situações específicas de aborto previsto em lei, mas geralmente é dispensável nas primeiras semanas de gestação (BARNARD et al., 2015; GAMBIR et al., 2020b; ZHOU; BLAYLOCK; HARRIS, 2020). Esse tipo de exigência reflete a lógica de oferta do aborto previsto em lei no Brasil, com centralização de todos os procedimentos de um único tipo de serviço de referência, independentemente das condições da gestante, idade gestacional ou método a ser utilizado para a interrupção da gravidez. A centralização superestima a necessidade de recursos físicos e de pessoal quando se tratam de abortamentos em situações de baixo risco, com isso limita a capacidade de oferta e conseqüentemente o acesso ao serviço. Reflete também a lógica de centralização da oferta do procedimento a Portaria 344/1998 da Anvisa que restringe o uso do misoprostol ao ambiente hospitalar (BRASIL, 1998) mantida em pela Resolução RDC 598 (BRASIL, 2022a), ainda que hoje se saiba da segurança do uso do medicamento em outros



contextos (GAMBIR et al., 2020b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022; ZHOU; BLAYLOCK; HARRIS, 2020).

O segundo cenário, composto por estabelecimentos que atenderiam às exigências de estrutura física e de pessoal das normativas vigentes, traz ao menos um município com capacidade de oferta de aborto em gravidezes decorrentes de estupro em cada Unidade da Federação. O percentual da população acessada é menor nas regiões Norte e Nordeste, e, quando comparado ao cenário 1, o potencial de ampliação da oferta nessas regiões é menor. Como já apontado, a concentração de serviços de alta e média complexidade está nas regiões Sul e Sudeste (SOLLA; CHIORO, 2008), desse modo, a exigência injustificada de que a oferta de qualquer aborto previsto em lei se dê nesse tipo de estabelecimento limita de forma mais acentuada a oferta nas outras regiões do país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022; ZHOU; BLAYLOCK; HARRIS, 2020).

Ainda comparando os dois primeiros cenários, percebe-se que, mesmo que as normativas brasileiras sejam restritivas quanto à oferta do aborto em gravidezes decorrentes de estupro, dos 1.184 estabelecimentos com capacidade de ofertar procedimento, apenas 88 o fazem. Ao todo, dez vezes mais municípios teriam capacidade de realizar o aborto em gravidezes decorrentes de estupro, abrangendo 35,7% a mais da população.

A respeito dessa lacuna, é relevante apontar que embora o Brasil seja um Estado laico, as decisões políticas que tocam o aborto são atravessadas pela moral religiosa (GIUGLIANI et al., 2021; MIGUEL; BIROLI; MARIANO, 2017). O contexto de condenação social e estigmatização do aborto, alimentadas pela sua criminalização, limita a oferta e o acesso ao procedimento mesmo nas situações em que ele é legal (MOORE et al., 2021). O estigma afeta a elaboração da política e as condições de instalação e manutenção do serviço (CULWELL; HURWITZ, 2013; GIUGLIANI et al., 2021) como a formação e disponibilidade de profissionais não objetores (DINIZ; MADEIRO; ROSAS, 2014; MOORE et al., 2021), a dedicação de gestores ao tema (BRANCO et al., 2020) e a acessibilidade de informação à população (ARTICLE 19, 2018; MOORE et al., 2021).

Por fim, no que tange ao cenário 3, é perceptível a ampliação de municípios com potencial de oferta de aborto em gravidezes decorrentes de estupro quando são tomadas como base as recomendações da OMS à luz do Código Penal brasileiro. A limitação trazida pelo Código Penal diz respeito ao profissional que realiza o procedimento, dessa forma, aqui é considerada a oferta potencial apenas nos municípios com atenção primária com médico,

contudo, a literatura científica aponta a oferta igualmente segura por profissionais não médicos que tenham sido treinados (BARNARD et al., 2015).

Esse é o cenário que obedece a lei brasileira e as melhores evidências em saúde, desconsiderando as normas infralegais vigentes no país. Ou seja, a diferença entre os cenários 2 e 3 é dada pela restrição de potencial de oferta decorrentes apenas de atos administrativos do Poder Executivo. Essa diferença implica na impossibilidade de oferta do aborto em gravidezes decorrentes de estupro em 3.079 municípios, a 32,2% da população. A restrição afeta especialmente a população das regiões Norte e Nordeste do país.

Mesmo nesse cenário não são todos os municípios que teriam capacidade de ofertar o aborto previsto em lei, ainda que a atenção primária seja extremamente capilarizada no país. Dada a necessidade de retaguarda de serviços de urgência, aproximadamente dois a cada três municípios teriam condições de realizar a oferta, cobrindo 94,3% da população. A cobertura estimada, contudo, é conservadora por considerar apenas os serviços presentes no município e não as pactuações regionais de oferta de serviços de urgência (BRASIL, 2013b).

Nesse cenário, a atenção primária seria o local preferencial de oferta de aborto em gravidezes decorrentes de estupro durante ao menos as nove primeiras semanas de gestação, sempre com retaguarda de um serviço de urgência. A utilização de serviços de maior densidade tecnológica, estaria restrito a complicações, a situações que demandassem cuidado especializado e a gravidezes mais avançadas.

A rede de saúde no Brasil é organizada por níveis de complexidade crescente, tendo a atenção primária nos territórios como porta de entrada prioritária ao sistema de saúde, e serviços de maior densidade tecnológica como referências (BRASIL, 2001). Dessa forma, a fim de expandir a oferta no país, seria útil que os métodos menos invasivos de aborto e sua realização ao menos nas primeiras 9 semanas de gestação pudessem se dar em serviços de menor complexidade e mais capilarizados no território brasileiro, caso da atenção primária (MAIA, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). A atenção primária está em praticamente todos os municípios do país e, desde a instituição do Sistema Único de Saúde, contribuiu para a redução das desigualdades de acesso à saúde, tanto no que diz respeito às diferenças regionais quanto entre grupos de diferentes níveis socioeconômicos (SOUZA et al., 2019).

A restrição de idade gestacional para realização do procedimento em segurança na atenção primária, contudo, limita a realização do procedimento no território quando a descoberta da gravidez é tardia ou há demora em buscar atendimento. Essa restrição pode afetar

especialmente pessoas de menor idade e menos escolaridade pela demora em identificar a gravidez (BLAKE et al., 2015; SAAVEDRA-AVENDANO et al., 2018), assim como outras em maior vulnerabilidade financeira (FOSTER; KIMPORT, 2013), bem como pessoas com deficiência mental, que estavam sob efeito de substância com ação no sistema nervoso central no momento do estupro ou que tem parentesco com o agressor (BLAKE et al., 2015).

Além da idade gestacional, outras condições clínicas ou mesmo do contexto da usuária podem fazer com que seja necessário o atendimento em serviços especializados. Essas limitações de oferta na atenção primária fazem com que uma parte das pessoas elegíveis para o aborto previsto em lei precise se deslocar para outros estabelecimentos que não de atenção primária. Ainda assim, é certo que a descentralização tornaria o aborto mais acessível, evitando que as gestações se prolonguem e tragam mais consequências à saúde mental e física de quem sofreu a violência sexual.

Ainda que o panorama desenhado aponte para a segurança da realização do aborto fora do ambiente hospitalar e, com isso, para um grande potencial de expansão do acesso, as normativas do país não têm avançado nesse sentido (GIUGLIANI et al., 2021; MAIA, 2021). Especificamente quanto ao aborto medicamentoso, em 2021 o Ministério da Saúde emitiu uma nota informativa em que aponta que, apesar das orientações da OMS, o Brasil não incorpora o uso do misoprostol fora de ambiente hospitalar por particularidades próprias à cultura e ao desenvolvimento do país (BRASIL, 2021c). Ainda que as particularidades não tenham sido elencadas, pode-se supor que dentre elas esteja a naturalização da privação de direitos sexuais e reprodutivos, especialmente a determinados grupos da população, característica cultural que mantém barreiras de acesso ao aborto em gravidezes decorrentes de estupro (GIUGLIANI et al., 2021). Nesse cenário, o acesso ao cuidado em saúde é negligenciado e as mulheres são submetidas a tratamento degradante, perpetuando uma violência estrutural.

## 7.1 LIMITAÇÕES

A presente tese precisa ser interpretada considerando as várias limitações que a atravessam. Inicialmente, quanto aos sistemas de informação, a diversidade de contextos em que são alimentados pode fragilizar a uniformidade e qualidade dos dados, ainda que haja uma mesma norma nacional. Visando minimizar esses problemas, tanto o SIA/SUS quanto o SIH/SUS têm mecanismos automáticos de validação, com bloqueio de inconsistências

(BRASIL, 2012e, 2017a). As regras de compatibilização de procedimentos, contudo, não impedem fraudes (BRASIL, 2009d). Ainda quanto a esses dois sistemas, é importante que seja destacado que ambos têm como finalidade o financiamento dos serviços, não incluindo os procedimentos realizados em estabelecimento privados com pagamento direto ou por planos de saúde. Além disso, como há teto de recursos relativos à média e alta complexidade a serem pagos a estados e municípios (BRASIL, 2007d), bem como há pactuações quantitativas de procedimentos e fluxos nas Regiões de Saúde (BRASIL, 2006b), há risco de subnotificação da produção que excede esses tetos. Ainda que carregue limitações, os dados desses sistemas subsidiam o planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência em saúde (BRASIL, 2009e).

Em todas as análises que envolveram os registros de procedimentos de abortos previstos em lei houve a inclusão apenas dos registros com diagnóstico principal CID O04.-Aborto por razões médicas e legais. Contudo, pode haver erro de registro, com abortos previstos em lei registrados sob outros CID. Nos serviços de referência de Porto Alegre-RS, entre 2013 e 2018, a subnotificação de procedimentos no SIH/SUS sob o CID O04.- Aborto por razões médicas e legais foi de 59,7% (SILVA et al., 2021). Esses dados são referentes a apenas três serviços, mas indicam que o presente estudo não reflete em sua totalidade os abortos previstos em lei realizados no país no período estudado, mesmo incluindo, além do SIH/SUS, o SIA/SUS. Outro ponto referente aos registros de procedimentos de abortos previstos em lei é que foram mantidos nas análises apenas aqueles procedimentos compatíveis com o CID O04., de acordo com o SIGTAP: curetagem pós-abortamento/puerperal e esvaziamento uterino pós-aborto por AMIU. Ainda que esses fossem mais de 90% dos procedimentos registrados, a escolha pode ter excluído registros verdadeiros, o mesmo se aplica à restrição dos registros à definição de idade fértil, entre 10 e 49 anos. Além disso, abortos exclusivamente medicamentosos também não estão entre os registros, já que não constam como procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (BRASIL, 2020o). Todas essas são debilidades dos registros utilizados e podem ter subestimado o número de procedimentos realizados no país.

No que diz respeito às informações de tempo e custo de viagem, a pesquisa “Ligações Rodoviárias e Hidroviárias” do IBGE utilizada apresenta dados de 2016. É possível, portanto, que ligações encontradas não tenham sido perenes de 2010 a 2019, ou seja, é possível que ligações não existissem no momento da realização do procedimento, e, ao mesmo tempo, que

ligações não encontradas tenham existido em algum ponto no tempo. Ademais, as ligações entre municípios de regiões distintas foram as que menos constavam no banco de dados da pesquisa do IBGE. Como a pesquisa trata de ligações rodoviárias e hidroviárias, são esperadas menos ligações com o aumento da distância. O baixo percentual de ligações encontradas entre municípios de diferentes regiões pode ter subestimado o custo e o tempo dos deslocamentos desse grupo, pois, em não havendo ligação direta, há a necessidade de baldeação ou uso de outros meios de transporte. De todo modo, 92,8% das ligações intermunicipais foram encontradas. Ademais, a manutenção do uso dos dados da pesquisa “Ligações Rodoviárias e Hidroviárias” de 2016 justifica-se, pois, as informações de distância em linha reta ou em automóvel não compreendem a complexidade e diversidade dos diferentes contextos brasileiros. Nesse sentido, a disponibilidade de informações de tempo e custo em transporte público hidroviário é especialmente importante no Brasil devido à área amazônica do país.

Soma-se às limitações o uso do IDH-M, que tem como base os dados do Censo 2010, ou seja, coletados nove anos antes do período abordado no objetivo “d”, onde foi utilizado. Ainda que o Índice não seja estável, ele é capaz de oferecer um panorama dos municípios no conjunto, por isso foi utilizado mesmo com o déficit temporal.

Já quanto ao SCNES, ainda que de preenchimento obrigatório para o funcionamento de qualquer estabelecimento de saúde no Brasil, o cadastro tem qualidade variável de acordo com a gestão de cada estabelecimento. Especificamente quanto ao registro como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei no SCNES, deve ser novamente destacado que não depende de habilitação prévia e não há rígido controle sobre esse cadastramento. Além disso, como se vê nos resultados aqui apresentados, a realização de aborto por razões médicas e legais não se restringe a serviços cadastrados no SCNES como referências.

Quanto ao uso do SCNES para as projeções de cenários no objetivo “e”, essa limitação no registro pode ter subestimado o número de municípios que compunham o cenário 1. Também nesse sentido, todos os cenários podem ter tido o número de municípios subestimado por potenciais falhas de preenchimento no SCNES. De todo modo, o SCNES é um documento público e o sistema de informação oficial de cadastro dos estabelecimentos, ademais seu preenchimento é obrigatório para todos os estabelecimentos de saúde. O cadastro tem como finalidade disponibilizar informações sobre os serviços, profissionais e capacidade instalada dos estabelecimentos, sendo a fonte de dados para outros sistemas de informação, bem como para a gestão da política de saúde e para a informação aos cidadãos (BRASIL, 2015b).

Especificamente quanto aos cenários 1 e 2 do objetivo “e”, é válido que seja apontada a impossibilidade de avaliar a capacidade de realização de coleta e guarda de material genético, conforme estabelece a Portaria 485/2014 (BRASIL, 2014a). Esse requisito possivelmente restringe ainda mais a disponibilidade de serviços com capacidade de realizar a oferta de aborto em gravidezes decorrentes de estupro. A coleta e guarda desse material têm como foco a identificação criminal do autor do estupro (BRASIL, 2020d), e ainda que esse seja um direito das pessoas que sofreram a violência sexual, essa exigência não deve limitar o acesso ao aborto previsto em lei. A intenção de punição do agressor não pode turvar a urgência de cuidado à saúde de quem sobreviveu ao crime sexual, ou seja, nos serviços de saúde a lógica da segurança pública não deve se sobrepor à do cuidado (GIUGLIANI et al., 2021). Essa mesma confusão de papéis aparece na Portaria nº 2.561/2020 (BRASIL, 2020d), quando menciona a comunicação da violência sexual à autoridade policial nos casos de aborto em gravidez decorrente de estupro. Essa norma pode afastar e limitar o acesso das mulheres que por algum motivo, inclusive de segurança, não queiram fazer a denúncia à polícia (GIUGLIANI et al., 2021).

Quanto ao cenário 3, além das limitações de registro já pontuadas, a cobertura pode ter sido ainda subestimada por terem sido incluídos apenas os municípios com serviços de urgência no próprio território, sem levar em conta as pactuações regionais que podem ampliar a retaguarda de serviço de urgência, logo a capacidade de oferta do aborto de forma segura.

Sem desconsiderar as limitações pontuadas, entende-se os sistemas de informação do sistema de saúde brasileiro são fontes de dados públicos e que a partir deles deve ser possível monitorar, avaliar e aprimorar os serviços, sendo fonte de informação para a gestão, mas também para a academia e sociedade civil. O uso desses dados pode trazer à luz inconsistências ou fragilidades, o que deve retroalimentar a produção da informação, mas não desencorajar seu uso.

## 7.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso das informações disponíveis nos sistemas do Ministério da Saúde oferece um panorama do cenário de oferta do aborto previsto em lei no país. O presente estudo encontrou, entre 2010 e 2019, concentração da oferta do aborto previsto em lei em alguns municípios do país, pouca disponibilidade de transporte público de ida e retorno entre os municípios de

residência e de realização do procedimento, bem como custos e tempos de deslocamentos que chegaram a valores proibitivos considerando a realidade social do país. O aborto nas situações previstas em lei é um serviço de saúde e deve ser de acesso universal, mas a demanda de tempo e dinheiro para o deslocamento pode dificultar ou impedir que parte das que necessitam acessem o serviço. Entende-se, dessa forma, que a restrição da oferta do aborto legal a estabelecimentos de maior complexidade e sua concentração em grandes centros urbanos compromete a preservação da dignidade, da vida e da saúde de meninas, mulheres e outras pessoas potenciais gestantes no Brasil.

Especificamente quanto à oferta de aborto previsto em lei no ano de 2019, inicialmente fica explicitado o descompasso do registro de estabelecimentos como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei e a realização do procedimento. Além disso, fica apontado que os Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei têm, majoritariamente, administração pública e financiamento estatal. Evidencia-se ainda a oferta do aborto previsto em lei é concentrada em um percentual ínfimo de municípios, os quais têm por característica grande porte e maior IDH-M. É explicitada também grande diferença nas taxas de realização do procedimento legal entre municípios com e sem a oferta, podendo indicar lacunas de assistência, o que, mais uma vez, anuncia-se como violação aos direitos das pessoas que precisam do serviço e uma violência institucional, ainda que por omissão.

Nesse contexto, se faz premente, por um lado, a qualificação dos registros nos sistemas de informação em saúde no que tange o aborto previsto em lei, a fim de possibilitar o monitoramento, a avaliação e a qualificação da oferta do serviço, assim como a transparência e a informação à população. Por outro lado, urge que se recorra a estratégias de ampliação e capilarização da oferta do aborto previsto em lei para que, de forma respaldada pelos princípios do SUS, o lugar onde as pessoas vivem não impeça o acesso universal e equânime ao serviço de saúde.

No sentido de projetar possibilidades de capilarização, mas com foco específico em gravidezes decorrentes de estupro, foram apresentados três cenários que ilustram a oferta atual e potencial do aborto no Brasil. Na comparação entre os cenários 1 e 2, fica evidenciado que a capacidade instalada de oferta é muito maior do que os atuais Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei, expressando dificuldades de implantação do serviço que estão além das exigências de estrutura ou de equipe mínima. Já na comparação

entre os cenários 2 e 3, fica apontado que as normativas infralegais sobre o aborto em gravidezes decorrentes de estupro impõem limites à oferta ao exigir estrutura desnecessária para a realização do procedimento.

O Brasil não usufrui do potencial da capilarização da oferta do aborto nas primeiras semanas de gestação, especialmente por meio medicamentoso, e continua centralizando esse cuidado em estabelecimentos de maior densidade tecnológica, concentrados em capitais, o que limita o acesso ao serviço. O não acompanhamento da evolução dos métodos seguros para realização do aborto termina por negligenciar o cuidado com as pessoas que sofreram violência sexual no país, expondo-as a mais violações, em lugar de protegê-las. A escassez de oferta de aborto previsto em lei não deriva hoje de limitação de recursos, mas de determinação cultural e ideológica. Nesse cenário, ao negligenciar o acesso ao cuidado em saúde, o Estado submete as mulheres a tratamento degradante, perpetuando uma violência estrutural. A restrição de acesso atua como violência simbólica às outras mulheres, contribuindo para a perpetuação de uma cultura que retroalimenta a violência de gênero e que, portanto, deve ser ativamente combatida.



## 8 DIFUSÃO DA PESQUISA

Na presente seção é apresentada a estratégia de difusão da pesquisa para diversos públicos. Com foco no ambiente acadêmico foram escritos quatro artigos: “Acesso universal e igualitário? O desafio na oferta do aborto previsto em lei pelo Sistema Único de Saúde”, “O acesso ao aborto previsto em lei comprometido pela necessidade de deslocamento intermunicipal. Brasil, 2010-2019”, “Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios?” e “O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019?”. Os primeiros dois artigos estão em processo de avaliação ou editoração em revistas científicas nacionais do campo da saúde e o quarto artigo está publicado na revista *Cadernos de Saúde Pública*, volume 37, nº.12 (<<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1609/o-que-os-dados-nacionais-indicam-sobre-a-oferta-e-a-realizacao-de-aborto-previsto-em-lei-no-brasil-em-2019>>).

Além disso, a difusão dos resultados tem sido feita em outros meios, como no Grupo de Estudos sobre Aborto da Universidade Federal do Espírito Santo (09/2021) e em eventos com acadêmicos de cursos graduação em saúde, como na Universidade da Região de Joinville (12/2021). Ainda em ambiente acadêmico, foi divulgada no site de notícias da Universidade Federal de Santa Catarina uma reportagem relativa ao artigo já publicado da tese. A reportagem foi intitulada “Estudo evidencia desigualdades e violações de direitos no acesso ao aborto legal” e foi publicada no dia 17 de dezembro de 2021 (<<https://noticias.ufsc.br/2021/12/estudo-evidencia-desigualdades-e-violacoes-de-direitos-no-acesso-ao-aborto-legal/>>).

Quanto à disseminação fora do ambiente acadêmico, foi organizado o *Webinário: Acolhimento e fluxo de atendimento a pessoas em situação de violência sexual e abortamento legal no âmbito da saúde em Santa Catarina* em que os resultados parciais da pesquisa relativos ao estado foram apresentados (12/2021). O evento teve realização de Portal Catarinas, Grupo Curumin, Anis Instituto de Bioética, Rede Feminista de Saúde, Criola, SOS Corpo, Católicas pelo Direito de Decidir, Coletivo Margarida Alves, Coletivo Sexualidade e Saúde, Redeh, Cepia, Cunha, Cfemea, Cladem, e apoio do Cedim/SC. Os mesmos resultados foram posteriormente apresentados ao grupo de trabalho do Ministério Público do Estado de Santa Catarina (MPSC) destinado à proteção das mulheres e das meninas em situação de aborto legal no estado (02/2022), bem como para o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher de Santa

Catarina – Cedim/SC (03/2022). Em processo, está a construção de uma cartilha para profissionais de saúde em conjunto com o supracitado grupo de trabalho coordenado pelo MPSC, bem como de um fluxo estadual de atendimento para interrupção legal de gravidez em casos de violência sexual com o CEDIM-SC. Ademais, foi concedida entrevista sobre o artigo já publicado e fruto da presente pesquisa. A reportagem teve como chamada “Aborto legal: apenas 3,6% das cidades têm o serviço no Brasil” foi assinada por Leda Antunes e publicada no jornal O Globo, impresso e online, no dia 01 de abril 2022 (<<https://oglobo.globo.com/saude/medicina/aborto-legal-apenas-36-das-cidades-tem-servico-no-brasil-25456622>>).

Com vistas à ampliação da divulgação científica fora de ambientes especializados, são apresentados de forma pontual os principais achados da pesquisa:

- Entre 2010 e 2019 foram registrados, em média, 1.589 abortos por razões médicas e legais por ano no Brasil, um número pequeno quando considerada a população em idade fértil do país e o número anual de estupros.
- A cada sete pessoas que fizeram o procedimento entre 2010 e 2019, uma precisou viajar para acessá-lo. Quanto menor o porte o município de residência, maior o percentual de pessoas que viajou para acessar o aborto previsto em lei. A disponibilidade de transporte público rodoviário ou hidroviário para esses deslocamentos era limitada, com tempo de viagem total (ida e retorno) estimado variando de 26 minutos a quatro dias e meio, e o custo de R\$2,70 a R\$1.218,06.
- Em 2019 eram 290 os estabelecimentos com oferta de aborto previsto em lei, eles estavam em 3,6% (200) dos municípios brasileiros. Essa oferta se deu majoritariamente em municípios da Região Sudeste (40,5%), com mais de 100 mil habitantes (59,5%) e de IDH-M alto ou muito alto (77,5%). A taxa de realização de aborto previsto em lei entre as residentes em idade fértil dos municípios sem oferta do serviço foi de 4,8 vezes menor que nos municípios com o serviço, podendo apontar limitações de acesso.
- Ainda em 2019, a maioria (75,3%) dos estabelecimentos que realizaram algum aborto por razões médicas e legais não estavam cadastrados como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos previstos em Lei, com potencial

prejuízo na disseminação de informação às redes de cuidado e às pessoas usuárias para o acesso ao serviço.

- Em junho de 2021, o Brasil tinha 102 Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei. Como há normas específicas para a oferta do aborto em gravidezes decorrentes de estupro, desses 102 Serviços, apenas 88 tinham estrutura e equipe suficientes para a oferta do aborto nessas situações pelo SUS. Esses 88 Serviços estavam localizados em 55 municípios, os quais concentravam 26,7% da população do sexo feminino em idade fértil do país. Mesmo que as normativas brasileiras sejam restritivas quanto à oferta do aborto em gravidezes decorrentes de estupro, havia naquele mesmo mês 1.115 estabelecimentos com capacidade de ofertar procedimento de acordo com as normativas, ou seja, muito além dos 88 registrados para isso. Dessa forma, dez vezes mais municípios teriam capacidade de realizar o aborto em gravidezes decorrentes de estupro, abrangendo 35,5% a mais da população, totalizando 62,1% da população do sexo feminino em idade fértil.
- Ainda em junho de 2021, ao serem consideradas as recomendações da OMS e o Código Penal Brasileiro, desconsiderando as normativas infralegais relativas à oferta do aborto em gravidezes decorrentes de estupro, 3.741 municípios brasileiros teriam capacidade instalada para oferta. Esse grupo de municípios era residência de 94,3% das pessoas do sexo feminino entre 10 e 49 anos do país. Ou seja, as normativas brasileiras restringem o potencial de oferta de forma injustificada à luz do que hoje se conhece sobre a segurança da oferta do procedimento. A estrutura de saúde instalada no Brasil e a capilaridade da atenção primária são uma oportunidade para a ampliação do acesso ao aborto previsto em lei.
- Visando a capacidade de gestão da política pública, a transparência e a informação à sociedade civil, seria importante a normatização dos registros dos serviços com oferta de aborto previsto em lei, dos atendimentos e os procedimentos de aborto financiados pelo SUS.

## REFERÊNCIAS

- ACEVEDO, Z. Abortion in early America. **Women & health**, v. 4, n. 2, p. 159–167, 1979.
- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health services research**, v. 9, n. 3, p. 208–220, 1974.
- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. M. Equity of Access to Medical Care: A Conceptual and Empirical Overview. **Medical Care**, v. 19, n. 12, p. 4–27, 1981.
- ADDANTE, A. N. et al. Differences in Financial and Social Burdens Experienced by Patients Traveling for Abortion Care. **Women’s Health Issues**, v. 31, n. 5, p. 426–431, set. 2021.
- AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. **Bolsonaro reafirma que indicará ao STF ministro “terrivelmente evangélico”**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/562067-bolsonaro-reafirma-que-indicara-ao-stf-ministro-terrivelmente-evangelico/>>. Acesso em: 12 dez. 2019.
- AHMAN, E.; SHAH, I. **Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008**. Italy: World Health Organization, 2011.
- AIKEN, A. R. A. et al. Barriers to accessing abortion services and perspectives on using mifepristone and misoprostol at home in Great Britain. **Contraception**, v. 97, n. 2, p. 177–183, 2018.
- AIKEN, A. R. A. et al. Requests for Abortion in Latin America Related to Concern about Zika Virus Exposure. **New England Journal of Medicine**, v. 375, n. 4, p. 396–398, 2016.
- ALBERTYN, C. Claiming and defending abortion rights in South Africa. **Revista Direito GV**, v. 11, p. 429–454, 2015.
- ALMEIDA, G. et al. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998-2008. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, p. 90–97, 2013.
- ANCHIETA, J. DE. **Cartas: informações, fragmentos históricos e sermões do Padre Joseph de Anchieta. SJ (1554-1594)**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1933.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1–10, 1995.
- ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society**, p. 95–124, 1973.
- ANDRADE, M. V. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, v. 17, p. 623–645, 2013.

ANIS-INSTITUTO DE BIOÉTICA, DIREITOS HUMANOS E GÊNERO. **Aspectos éticos do atendimento ao aborto legal: perguntas e respostas**. Brasília: LetrasLivres, 2012.

ANJOS, A. B.; FONSECA, B.; DIP, A. Grupo pró-vida constrange vítimas de estupro em frente a hospital. **Exame**, 26 out. 2019.

ARAÚJO, M. J. de O. Aborto Legal no Hospital do Jabaquara. **Revista Estudos Feministas**, v. 1, n. 2, p. 424–428, 1993.

ARGENTINA UNIDA. **Acceso a la interrupción del embarazo: IVE/ ILE**. Disponível em: <<https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/acceso-la-interrupcion-del-embarazo-ive-ile>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

ARILHA, M. M. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1785–1794, jul. 2012.

ARILHA, M.; BERQUÓ, E. Cairo+15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos. Em: **Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo**. Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2015. p. 67–119.

ARTICLE 19. **Acesso à Informação e Aborto Legal: mapeando desafios nos serviços de saúde**. São Paulo: Article 19, 2019.

ARTICLE 19. **Breve Panorama Sobre Aborto Legal e Transparência no Brasil**. São Paulo: Article 19, 2018.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2865–2875, 2012.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DEFENSORES PÚBLICOS (ANADep). **Ação Direta de Inconstitucionalidade 5581**. Brasília: 2016.

ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P.; FERREIRA, V. **Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2005.

BARBOSA, H. H. M. DE M. et al. Perfil dos pacientes atendidos pelo programa Tratamento Fora de Domicílio no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 1, n. 3, set. 2010.

BARNARD, S. et al. Doctors or mid-level providers for abortion. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, 2015.

BARONE, M. A. **Senhoras de si: Problematizando as incidências das biopolíticas nos corpos que sangram e co-produzindo narrativas que (re) inventam a vida a partir da prática do aborto**. Dissertação— Universidade Federal do Espírito Santo, 2018.

BARROSO, C. L. DE M.; DA CUNHA, M. C. **O que é o aborto**. São Paulo: Cortez Editora, 1980.

- BARR-WALKER, J. et al. Experiences of women who travel for abortion: A mixed methods systematic review. **PLOS ONE**, v. 14, n. 4, p. e0209991, 9 abr. 2019.
- BASSUMA, L.; MARTINI, M. **Projeto de Lei 478/2007**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2007.
- BAUM, S. E. et al. Women's Experience Obtaining Abortion Care in Texas after Implementation of Restrictive Abortion Laws: A Qualitative Study. **PLOS ONE**, v. 11, n. 10, p. e0165048, 26 out. 2016.
- BEARAK, J. et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 9, p. e1152–e1161, set. 2020.
- BENUTE, G. R. G. et al. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 2, p. 69–73, 2012.
- BERER, M. Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, n. 1, p. 58–63, 2009.
- BIGGS, M. A. et al. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. **JAMA Psychiatry**, v. 74, n. 2, p. 169, 1 fev. 2017.
- BITENCOURT, C. R. **Tratado de direito penal: parte especial 2: dos crimes contra a pessoa**. 10. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.
- BLAKE, M. de T. et al. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. **International Archives of Medicine**, v. 8, 2015.
- BOLIVIA. Tribunal Constitucional Plurinacional. **Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014**, 5 fev. 2014.
- BOLTANSKI, L. As dimensões antropológicas do aborto. **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 7, p. 205–245, 2012.
- BOSANAC, E. M.; PARKINSON, R. C.; HALL, D. S. Geographic access to hospital care: a 30-minute travel time standard. **Medical care**, v. 14, n. 7, p. 616–624, 1976.
- BRADFORD, H. Herbs, knives and plastic: 150 years of abortion in South Africa. Em: **Science, medicine and cultural imperialism**. Springer, 1991. p. 120–147.
- BRANCO, J. G. de 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, n. supl 1, p. e00038219, 2020.
- BRANCO, M. A. F. **Informação e saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Taxa de cobertura (%) por planos privados de saúde (Brasil - 2012-2022)**, mar. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 15 maio. 2022c.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Ato da Mesa no 69 de 2005**. Cria o registro de Frentes Parlamentares na Câmara dos Deputados. 2005a.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projetos de Lei e Outras Proposições**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/?wicket:interface=:28:1:::>>. Acesso em: 06 jan. 2022b.

BRASIL. Conselho Nacional de Direitos Humanos. **Recomendação no 29, de 05 de agosto de 2021**. Recomenda a adoção de medidas referentes à garantia de acesso de mulheres e meninas ao serviço de assistência à interrupção legal da gravidez via telessaúde/telemedicina. 2021d.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 258, de 06 de novembro de 1997**. Brasília, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Brasília, 2016c.

BRASIL. Coordenação de Saúde das Mulheres. **Nota Técnica n 16/2020 COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Assunto: Acesso a saúde sexual e reprodutiva no contexto da pandemia de Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020f.

BRASIL. Decreto-lei 3689/41. **Código Processo Penal**. Rio de Janeiro: 1941b.

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Rio de Janeiro: 1940.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Arranjos populacionais e concentrações urbanas do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015c.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Cadastro de localidades selecionadas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011d.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Estatísticas do Registro Civil 2019**. Rio de Janeiro: 2019d. v. 46.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Ligações rodoviárias e hidroviárias: 2016**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Malha Municipal**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021e.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa nacional de saúde, 2019: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020n.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Regiões de Influência das Cidades – informações de deslocamentos para serviços de saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020r.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. **Nota Técnica no 11 Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde**. Brasília: Ipea, 2014f.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/ods/>>. Acesso em: 22 de maio de 2020l.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: IPEA, 2014g.

BRASIL. **Lei no 12.015, de 7 de agosto de 2009**. Brasília: 2009c.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Criação do Dia Nacional do Nascituro e de Conscientização sobre os Riscos do Aborto**. Disponível em: <<https://www.gov.br/participamaisbrasil/criacao-do-dia-nacional-do-nascituro-e-de-conscientizacao-sobre-os-riscos-do-aborto>>. Acesso em 16 de abril de 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2009d

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 357, de 24 de março de 2020**. Estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e permite, temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial, em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, 2020k.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 598, de 9 de fevereiro de 2022**. Dispõe sobre a atualização do Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Brasília, 2022a.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Audiência Pública - Interrupção Voluntária da Gravidez**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2021f. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 7 jul. 2021f.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Histórico / Apresentação**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/datasus>>. Acesso em: 8 set. 2020p.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde (Tabnet)**. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <[www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm](http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm)>. Acesso em: 12 dez. 2020q.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **População residente - estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo. 2000-2021 - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>. Acesso em 15 de maio de 2022d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006**. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.646, de 02 de outubro de 2015**. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.489, de 4 de junho de 2020**. Brasília: 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.490, de 4 de junho de 2020**. Brasília: 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.848, de 6 de novembro de 2007**. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília: 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.282 de 27 de agosto de 2020**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília: 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: 2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 321 de 08 de fevereiro de 2007**. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 380, de 12 de agosto de 2010**. Brasília: 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 467 de 20 de março de 2020**. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Brasília: 2020e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS, NOAS-SUS 01/2001. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Saúde Integral da População Negra**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.508, de 1 de setembro de 2005**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde., 2005c. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 276, de 30 de março de 2012**. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Diário Oficial da União, 2012f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília: 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014**. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília: 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 376 de 03 de outubro de 2000**. Brasília: 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 403 de 20 de outubro de 2000**. Brasília: 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 511 de 29 de dezembro de 2000**. Brasília: 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Versão 2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual técnico operacional SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 415, de 21 de maio de 2014**. Inclui o procedimento interrupção da gestação/antecipação terapêutica do parto previstas em lei e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília: 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1.324, de 27 de novembro do 2014**. Estabelece conceitos de diagnóstico principal e secundário utilizados no Programa de Apoio à Entrada de Dados das Autorizações de Internação Hospitalar (SISAIH01). Brasília: 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 437, de 28 de maio de 2014**. Revoga as Portarias no 224/SAS/MS, de 26 de março de 2014, 272/SAS/MS, de 2 de abril de 2014, 227/SAS/MS, de 4 de abril de 2014 e 415/SAS/MS, de 21 de maio de 2014. Brasília: 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Informativa no 1/2021-SAPS/NUJUR/SAPS/MS, 7 jul. 2021**. Disponível em: <[https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210607\\_N\\_NotaInformativaMisoprostol\\_7420033149594271099.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210607_N_NotaInformativaMisoprostol_7420033149594271099.pdf)>. Acesso em: 07 jul. 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade materna no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, v. 51, n. 20, p. 21–27, 2020m.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika: situação epidemiológica, ações desenvolvidas e desafios, 2015 a 2019. **Boletim Epidemiológico**, Número Especial, p. 1–31, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. **Disseminação de Informações do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS)**. Informe Técnico 2016-03, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. **Tabela Unificada**. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em: 7 jul. 2020o.

BRASIL. Poder Executivo. PL 2611/2021. **Institui o Dia Nacional do Nascituro e de Conscientização sobre os Riscos do Aborto, a ser comemorado, anualmente, em 8 de outubro.** Brasília: Câmara dos Deputados, 2021b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941.** Lei das Contravenções Penais. Rio de Janeiro: 1941a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995.** Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. 1995.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Portaria nº 312, de 17 de junho de 2020.** Brasília: 2020g.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Portaria nº 323, de 22 de junho de 2020.** Brasília: 2020h.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 10.531, de 26 de outubro de 2020.** Institui a Estratégia Federal de Desenvolvimento para o Brasil no período de 2020 a 2031. Presidência da República, 2020i.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Brasília: 2002.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.106, de 2005.** Altera os arts. 148, 215, 216, 226, 227, 231 e acrescenta o art. 231-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal e dá outras providências. Brasília: 2005b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: 2006a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.718, de 2018.** Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Brasília: 2018b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.811, de 2019**. Confere nova redação ao art. 1.520 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), para suprimir as exceções legais permissivas do casamento infantil. Brasília: 2019c.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019**. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. 2019b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6.734, de 4 de dezembro de 1979**. Brasília, 1979.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009**. Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH-3 e dá outras providências. Brasília: 2009b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.989 de 15 de abril de 2020**. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), 15 abr. 2020j.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54. Distrito Federal**. Relator Ministro Marco Aurélio. Julgado em 12/04/2012. Brasília: Diário da Justiça, 2012a.

BROOKMAN-AMISSAH, E.; MOYO, J. B. Abortion Law Reform in Sub-Saharan Africa: No Turning Back. **Reproductive Health Matters**, v. 12, n. supl 24, p. 227–234, 2004.

BROWN, B. P. et al. Association of Highly Restrictive State Abortion Policies With Abortion Rates, 2000–2014. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 11, p. e2024610, 2020a.

BROWN, B. P. et al. Distance to an Abortion Provider and Its Association with the Abortion Rate: A Multistate Longitudinal Analysis. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 52, n. 4, p. 227–234, dez. 2020b.

BUENO, S. et al. **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. 2º edição ed. Fórum Brasileiro de Segurança Pública e Instituto Datafolha, 2019.

CALKIN, S. Towards a political geography of abortion. **Political Geography**, v. 69, p. 22–29, 1 mar. 2019.

CALVERT, C. et al. The magnitude and severity of abortion-related morbidity in settings with limited access to abortion services: a systematic review and meta-regression. **BMJ global health**, v. 3, n. 3, p. e000692, 2018.

CAMBOTA, J. N.; ROCHA, F. F. Determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde: análise para o Brasil e regiões. **Pesquisa e planejamento econômico**, v. 45, n. 2, p. 219–243, 2015.

CAMPAÑA NACIONAL POR EL DERECHO AL ABORTO LEGAL SEGURO Y GRATUITO. **Quiénes somos**. Disponível em: <<http://www.abortolegal.com.ar/>>. Acesso em: 7 jan. 2021.

- CAMPOS, C. H. de et al. Cultura do estupro ou cultura antiestupro? **Revista Direito GV**, v. 13, p. 981–1006, 2017.
- CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. DOS 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.
- CARVALHO, J. R.; OLIVEIRA, V. H. DE. **PCSVDFmulher – Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar contra a mulher – Relatório Executivo I - Primeira Onda – 2016**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; Institute for Advanced Study in Toulouse; Instituto Maria da Penha, 2016.
- CASTRO, M. S. M. DE; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 795–811, 2002.
- CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 277–284, 2005.
- CAVALCANTI, S. **Proposta de Emenda à Constituição 25/1995**. Brasília: Câmara dos Deputados, 1995.
- CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. **The world’s abortion laws 2021**. New York: Center for Reproductive Rights, 2021.
- CHAN, A. et al. The sensitivity of ultrasound and serum alpha-fetoprotein in population-based antenatal screening for neural tube defects, South Australia 1986–1991. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 102, n. 5, p. 370–376, 1 maio 1995.
- CHAZAN, L. K. **“Meio quilo de gente”**: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- CHEMLAL, S.; RUSSO, G. Why do they take the risk? A systematic review of the qualitative literature on informal sector abortions in settings where abortion is legal. **BMC women’s health**, v. 19, n. 1, p. 55, 08 2019.
- CHILE. Ministerio de la Salud. **Ley nº 21.030, de 23 de septiembre de 2017**. Programa Nacional de Planificación Familiar, Abortos Hospitalizados, Legalización del Aborto, JOCAS, Jornada de Conversación sobre efectividad y Sexualidad, Interrupción del Embarazo, Aborto, Aborto Tres Causales. Santiago: 2017.
- CHONG, E. et al. Expansion of a direct-to-patient telemedicine abortion service in the United States and experience during the COVID-19 pandemic. **Contraception**, v. 104, n. 1, p. 43–48, jul. 2021.
- COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Despenalización del aborto**. Disponível em: <<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Despenalizacion-del-aborto.aspx>>. Acesso em: 22 fev. 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1931/2009. Aprova o Código de Ética Médica**, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.989, de 10 de maio de 2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências.** Brasília: 2012.

COOK, R. J. et al. Prenatal management of anencephaly. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 102, n. 3, p. 304–308, 2008.

COSTA, C. M. DA S.; GAMA, S. G. N. DA; LEAL, M. DO C. Congenital malformations in Rio de Janeiro, Brazil: prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2423–2431, 2006.

COSTA, J. S. D. DA; VICTORA, C. G. O que é “um problema de saúde pública”? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 1, p. 144–146, mar. 2006.

CULWELL, K. R.; HURWITZ, M. Addressing barriers to safe abortion. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 121, n. S1, p. S16–S19, 2013.

CUNHA, A. C. B. DA et al. Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 33, p. 601–611, 2016.

CUNHA, E. **Proposta de Emenda à Constituição nº 164, de 2012. Dá nova redação ao caput do art. 5º da Constituição Federal.** Brasília: Câmara dos Deputados, 2012.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Obstetrícia de Williams**. 24. ed. AMGH, 2016.

CUNNINGHAM, S. et al. How Far is Too Far? New Evidence on Abortion Clinic Closures, Access, and Abortions. **NBER Working Paper**, v. w23366, 2017.

DA SILVA, I. I. **Direito ou punição?: representação da sexualidade feminina no direito penal.** Porto Alegre: Editora Movimento, 1985.

DA SILVA, V. R. A cultura do estupro e a culpabilização da vítima de violência sexual. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia**, v. 47, n. 2, p. 363–371, 2019.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 417–425, 2005.

DATAFOLHA; CRISP; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Pesquisa Nacional de Vitimização.** Ministério da Justiça, 2013.

DAVID, H. P. Abortion in Europe, 1920-91: a public health perspective. v. 23, n. 1, p. 1–22, 1992.

DE ANDRADE, V. R. P. A soberania patriarcal: o sistema de justiça criminal no tratamento da violência sexual contra a mulher. **Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos**, v. 17, p. 52–75, 2007.



DE CASTELBAJAC, M. Aborto legal: elementos sociohistóricos para o estudo do aborto previsto por lei no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 3, p. 39–72, 2010.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. 2. ed. São Paulo: Unesp, 1993.

DELZIOVO, C. R. et al. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina - Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1687–1696, 2018.

DEVER, G. E. A. A epidemiologia da utilização dos serviços de saúde. Em: **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1988. p. 211–233.

DINIZ, D. Aborto seletivo no Brasil e os alvarás judiciais. **Revista Bioética**, v. 5, n. 1, p. 19–24, 2009.

DINIZ, D. et al. A magnitude do aborto por anencefalia: um estudo com médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. supl 1, p. 1619–1624, 2009.

DINIZ, D. et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 291–298, 2014.

DINIZ, D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 981–985, 2011.

DINIZ, D. Quem autoriza o aborto seletivo no Brasil? Médicos, promotores e juízes em cena. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 251–272, 2003.

DINIZ, D.; MADEIRO, A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 1795–1804, 2012.

DINIZ, D.; MADEIRO, A.; ROSAS, C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 22, n. 43, p. 141–148, 1 jan. 2014.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653–660, 2017.

DODGE, L. E. et al. Quality of Information Available Online for Abortion Self-Referral. **Obstetrics and Gynecology**, v. 132, n. 6, p. 1443–1452, 2018.

DONABEDIAN, A. **Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care**. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

DORAN, F.; HORNIBROOK, J. Barriers around access to abortion experienced by rural women in New South Wales, Australia. **Rural and Remote Health**, v. 16, n. 1, p. 3538, 2016.

DORAN, F.; NANCARROW, S. Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, v. 41, n. 3, p. 170, 1 jul. 2015.

DREZETT, J. Aspectos Biopsicossociais da Violência Sexual. Em: **Aborto Legal: implicações éticas e religiosas**. São Paulo: Publicações CDD, 2002. p. 115–123.

DREZETT, J. et al. Pregnancy resulting from sexual abuse: Reasons alleged by Brazilian women for carrying out the abortion - Pregnancy and violence. **HealthMED**, v. 6, n. 3, p. 819–825, 2012.

DRUMOND JÚNIOR, M. Epidemiologia em serviços de saúde: conceitos, instrumentos e modos de fazer. Em: **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 419–456.

DUARTE, N. I. G.; MORAES, L. L. de; ANDRADE, C. B. A experiência do aborto na rede: análise de itinerários abortivos compartilhados em uma comunidade online. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3337–3346, 2018.

DZUBA, I. G.; WINIKOFF, B.; PEÑA, M. Medical abortion: A path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 18, n. 6, p. 441–450, 1 dez. 2013.

EMMERICK, R. **Aborto: (des)criminalização, direitos humanos e democracia**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

ENDLER, M. et al. Telemedicine for medical abortion: a systematic review. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**, v. 126, n. 9, p. 1094–1102, 2019.

ÉTAT DE VAUD. **Interruption de grossesse**. Disponível em: <<https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/interruption-de-grossesse/>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208–223, 2018.

FARIAS, R. S.; CAVALCANTI, L. F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1755–1763, 2012.

FAÚNDES, A. et al. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 4, p. 192–199, 2007.

FAÚNDES, A. et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, p. 126–135, 2006.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei. **Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais**. São Paulo: Febrasgo, 2021.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

- FERNANDES, I. B. et al. Nas vias de interromper ou não a gestação: vivências de gestantes de fetos com anencefalia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 429–438, 2020.
- FERNÁNDEZ, R. R. et al. Anencefalia: um estudo epidemiológico de treze anos na cidade de Pelotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 185–190, 2005.
- FISCHER, S.; ROYER, H.; WHITE, C. **The Impacts of Reduced Access to Abortion and Family Planning Services on Abortion, Births, and Contraceptive Purchases**. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2017.
- FONSECA, S. C. et al. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. supl 1, p. e00189718, 2020.
- FONTENELLE, L. F. et al. Utilization of the Brazilian public health system by privately insured individuals: a literature review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2017**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021.
- FOSTER, A. M. et al. “If I ever did have a daughter, I wouldn’t raise her in New Brunswick:” exploring women’s experiences obtaining abortion care before and after policy reform. **Contraception**, v. 95, n. 5, p. 477–484, 2017.
- FOSTER, D.G.; KIMPORT, K. Who seeks abortions at or after 20 weeks? **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 45, n. 4, p. 210–218, 2013.
- FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. Em: WHITE, K. L. (Ed.). **Health services research: an anthology**. Scientific publication. Washington, D.C: Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization, 1992. p. 842–855.
- FRIEDMAN, J. et al. Quantifying disparities in access to public-sector abortion based on legislative differences within the Mexico City Metropolitan Area. **Contraception**, v. 99, n. 3, p. 160–164, 2019.
- GALEOTTI, G. **História do Aborto**. Lisboa: Edições 70, 2007.
- GAMBIR, K. et al. Effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home versus in the clinic: a systematic review and meta-analysis in response to COVID-19. **BMJ Global Health**, v. 5, n. 12, p. e003934, dez. 2020b.
- GAMBIR, K. et al. Self-administered versus provider-administered medical abortion. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2020a.

GANATRA, B. et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. **The Lancet**, v. 390, n. 10110, p. 2372–2381, 2017.

GARCÍA-MORENO, C. et al. **WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women**. Switzerland: World Health Organization, 2005.

GERDTS, C. et al. Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy. **Women's Health Issues**, v. 26, n. 1, p. 55–59, jan. 2016.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. Em: **Política de saúde: o público e o privado**. 1996. p. 177–198.

GIUGLIANI, C. et al. **Violência Sexual e Direito ao Aborto Legal no Brasil: fatos e reflexões**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE OAXACA. Poder Legislativo. Decreto nº 806. **Extra Periodico Oficial**, 24 out. 2019.

GOES, E. F. et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. supl 1, p. e00189618, 2020.

GOLDMAN, L. A. et al. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. **Reproductive Health**, v. 2, n. 1, p. 10, 15 nov. 2005.

GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. Ministério Da Saúde. **Interrupção voluntária da gravidez**. Disponível em: <<https://www.sns24.gov.pt/guia/consulta-ivg/>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

GOYAL, V.; BROOKS, I. H. M.; POWERS, D. A. Differences in abortion rates by race–ethnicity after implementation of a restrictive Texas law. **Contraception**, v. 102, n. 2, p. 109–114, 2020.

GRAEML, C. **Médico pró-vida é nomeado Secretário de Atenção Primária do Ministério da Saúde**. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/medico-pro-vida-nomeado-novo-secretario-de-atencao-primaria-ministerio-da-saude/>>. Acesso em: 23 jun. 2020.

GRIMES, D. A. et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. **The Lancet**, v. 368, n. 9550, p. 1908–1919, 2006.

GROSSMAN, D. et al. Change in abortion services after implementation of a restrictive law in Texas. **Contraception**, v. 90, n. 5, p. 496–501, 2014.

GROSSMAN, D. et al. Change in distance to nearest facility and abortion in Texas, 2012 to 2014. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 317, n. 4, p. 437–439, 2017b.

- GROSSMAN, D. et al. How Greater Travel Distance Due to Clinic Closures Reduced Access to Abortion in Texas. **PRC Research Brief**, v. 2, n. 2, p. 1–3, 2017a.
- GULLIFORD, M. et al. What does “access to health care” mean? **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 7, n. 3, p. 186–188, 2002.
- HEILBORN, M. L. et al. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1699–1708, 2012.
- HELLER, R. et al. Barriers to accessing termination of pregnancy in a remote and rural setting: a qualitative study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 123, n. 10, p. 1684–1691, 1 set. 2016.
- HERNÁNDEZ-ROSETE, D.; ESTRADA-HIPÓLITO, R. Dificultades de acceso al aborto en contextos de interrupción legal del embarazo: narrativa de estudiantes de bachillerato en una comunidad campesina de México. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. e00046218, 2019.
- HESSINI, L. Abortion and Islam: Policies and Practice in the Middle East and North Africa. **Reproductive Health Matters**, v. 15, n. 29, p. 75–84, 2007.
- HIRVE, S. S. Abortion Law, Policy and Services in India: A Critical Review. **Reproductive Health Matters**, v. 12, n. sup24, p. 114–121, 1 jan. 2004.
- HOBBSAWM, E. **Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- HOLMES, M. M. et al. Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 175, n. 2, p. 320–325, 1996.
- HONORABLE SENADO DE LA NACIÓN ARGENTINA. Es ley la interrupción voluntaria del embarazo. **Senado Argentino**, 30 dez. 2020.
- IMPERIO DO BRAZIL. Assembléa Geral. **Lei de 16 de dezembro de 1830. Manda executar o Código Criminal**. Rio de Janeiro: 1830.
- IRELAND, S.; BELTON, S.; DORAN, F. “I didn’t feel judged”: exploring women’s access to telemedicine abortion in rural Australia. **Journal of primary health care**, v. 12, n. 1, p. 49–56, 2020.
- ITÁLIA. Ministero della Salute. **Interruzione volontaria di gravidanza**. Disponível em: <<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4476&area=Salute%20donna&menu=societa>>. Acesso em: 12 nov. 2021.
- JACOBSON, L. E. et al. Travelling for abortion services in Mexico 2016–2019: community-level contexts of Mexico City public abortion clients. **BMJ Sexual & Reproductive Health**, v. 48, n. e1, p. e81–e87, jan. 2022.

- JERMAN, J. et al. Barriers to Abortion Care and Their Consequences For Patients Traveling for Services: Qualitative Findings from Two States. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 49, n. 2, p. 95–102, 2017.
- JESUS, W. L. A. DE; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 161–170, 2010.
- JEWELL, R. T.; BROWN, R. W. An economic analysis of abortion: the effect of travel cost on teenagers. **The Social Science Journal**, v. 37, n. 1, p. 114–124, 2000.
- JIMÉNEZ, C. Menina de 10 anos violentada faz aborto legal, sob alarde de conservadores à porta do hospital. **El País Brasil**, 16 ago. 2020.
- JOHNS, N. E.; FOSTER, D. G.; UPADHYAY, U. D. Distance traveled for Medicaid-covered abortion care in California. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 287, 2017.
- JONES, R. K.; JERMAN, J. How Far Did US Women Travel for Abortion Services in 2008? **Journal of Women’s Health**, v. 22, n. 8, p. 706–713, 2013.
- JORGE, E. **Projeto de Lei 020/91**. Brasília: Câmara dos Deputados, 1991.
- KALIL, I. Políticas antiderechos en Brasil: neoliberalismo y neoconservadurismo en el gobierno de Bolsonaro. Em: **Derechos en riesgo en América Latina**. desde abajo, 2020. p. 35–54.
- KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 43, p. 29–44, 2005.
- KAVANAUGH, M. L.; JERMAN, J.; FROHWIRTH, L. “It’s not something you talk about really”: information barriers encountered by women who travel long distances for abortion care. **Contraception**, v. 100, n. 1, p. 79–84, 2019.
- KÜNG, S. A. et al. Access to abortion under the health exception: a comparative analysis in three countries. **Reproductive Health**, v. 15, n. 107, 13 jun. 2018.
- KWEITEL, J.; ASANO, C. Na ONU, Brasil faz discurso descolado do resto do mundo. **Folha de S. Paulo**, 22 fev. 2021.
- LAVELANET, A.F., SCHLITT, S., JOHNSON, B.R. et al. Global Abortion Policies Database: a descriptive analysis of the legal categories of lawful abortion. **BMC Int Health Hum Rights**, v.18, n. 44, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0183-1>
- LEOCÁDIO, E. M. DE A. **Aborto pós-estupro: uma trama (des)conhecida entre o direito e a política de assistência à saúde da mulher**. Brasília: Universidade de Brasília, 2006.
- LIMA, L. D. DE et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2881–2892, 2012.

LIMA, N. D. F.; CORDEIRO, R. DE L. M. “A minha vida não pode parar”: itinerários abortivos de mulheres jovens. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 1, p. e58290, 2020.

LIMA, P. **Proposta de Emenda à Constituição nº 571, de 2002. Acrescenta o inciso LXXVIII ao art. 5º da Constituição Federal**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2002.

LINDO, J. M. et al. How Far Is Too Far? New Evidence on Abortion Clinic Closures, Access, and Abortions. **Journal of Human Resources**, v. 55, n. 4, p. 1137–1160, 2020.

LORD, J. et al. **Coronavirus (COVID-19) infection and abortion care. Information for healthcare professionals Version 2.1: Published Thursday 9 April 2020**. London, England: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2020.

LÖWY, I; CORRÊA M.C.D.V. The “Abortion pill” misoprostol in Brazil: women’s empowerment in a conservative and repressive political environment. **Am J Public Health**, v. 110, p. 677-84, 2020.

LUK, B. H. Abortion in Chinese law. **The American journal of comparative law**, v. 25, n. 2, p. 372–392, 1977.

MACHADO, C. L. et al. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 345–353, 2015.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008. **International Journal for Equity in Health**, v. 11, n. 1, p. 33, 2012.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil- um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 563–572, 2016.

MAIA, M. N. Oferta de aborto legal na atenção primária à saúde: uma chamada para ação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2727, 26 jan. 2021.

MARIANO, R.; GERARDI, D. Eleições presidenciais na América Latina em 2018 e ativismo político de evangélicos conservadores. **Revista USP**, 11 mar. 2019.

MARIO, D. N. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1223–1232, mar. 2019.

MARTEN, R. et al. An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). **The Lancet**, v. 384, n. 9960, p. 2164–2171, 2014.

MAYALL, K.; FINE, J. B. **Abortion worldwide: 20 years of reform**. New York: Center for Reproductive Rights, 2014.

MEDEIROS, I.; PATRIOLINO, L. Mendonça: É um passo para um homem e um salto para os evangélicos. **Correio Braziliense**, 2 dez. 2021.

MEDEIROS, R. D. DE et al. Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 1, p. 16–21, 2012.

MEDINA, A. L. Sexualidad, desnudismo y moralidad en el anarquismo español de los años treinta: de los debates en la prensa a la aplicación de la ley del aborto durante la Guerra Civil Española. **Hispania**, v. 78, n. 260, p. 817–846, 2018.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 819–832, 2001.

MENEZES, G. M. S. et al. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. supl 1, p. e00197918, 2020.

MEXICO. Suprema Corte de Justicia de la Nación. **Suprema Corte declara inconstitucional la criminalización total del aborto**. Disponível em: <<https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6579>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

MIGUEL, L. F.; BIROLI, F.; MARIANO, R. O direito ao aborto no debate legislativo brasileiro: a ofensiva conservadora na Câmara dos Deputados. **Opinião Pública**, v. 23, n. 1, p. 230–260, 2017.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Mulheres/PR. **Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres/PR, 2015a.

MINISTERS AND HIGH REPRESENTATIVES OF GOVERNMENTS. **Geneva Consensus Declaration**. 2020.

MOHAN, R. P. Abortion in India. **Social Science**, v. 50, n. 3, p. 141–143, 1975.

MOLINA, A. I. **Sexualidad, reproducción y aborto: nociones y prácticas de mujeres indígenas y campesinas de la Argentina**. Buenos Aires: CAEA-CONICET, 1999.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L.; DREZETT, J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. **Reprodução & Climatério**, v. 30, n. 1, p. 11–18, 2015.

MOORE, B. et al. The economics of abortion and its links with stigma: A secondary analysis from a scoping review on the economics of abortion. **PLOS ONE**, v. 16, n. 2, p. e0246238, 18 fev. 2021.

MOORE, K.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, M. G. **Embriologia básica**. 8. ed. Elsevier, 2013.



MORGAN, R. E.; KENA, G. **Criminal Victimization, 2016**. U.S. Department of Justice, 2017.

MUNDLE, S. et al. Increasing access to safe abortion services in rural India: experiences with medical abortion in a primary health center. **Contraception**, v. 76, n. 1, p. 66–70, 1 jul. 2007.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Pequim: 1995.

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento**. Cairo: 1994.

NEMER, C. R. B. et al. Programa de tratamento fora de domicílio: análise à luz da integralidade. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 2, 23 jul. 2020.

NGO, T. D. et al. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, n. 5, p. 360–370, 2011.

NGO, T. D.; PARK, M. H.; FREE, C. Safety and effectiveness of termination services performed by doctors versus midlevel providers: a systematic review and analysis. **International journal of women's health**, v. 5, p. 9–17, 2013.

NOMURA, R. M. Y. et al. Conjoined twins and legal authorization for abortion. **Revista da Associação Médica Brasileira (English Edition)**, v. 57, n. 2, p. 199–205, 2011.

NOTÍCIAS STF. Portaria que cria regras para realização de aborto legal no SUS é questionada no STF. **Supremo Tribunal Federal**, 2 set. 2020.

O'DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2820–2834, 2007.

OBEIDI, N. et al. The Natural History of Anencephaly. **Prenatal Diagnosis**, v. 30, n. 4, p. 357–360, 2010.

OBINGER, H.; SCHMITT, C. Guns and butter? Regime Competition and the Welfare State during the Cold War. **World Politics**, v. 63, n. 2, p. 246–270, 2011.

OGATA, A.; CAMANO, L.; BRUNONI, D. Perinatal factors associated with neural tube defects (anencephaly [correction of anencephaly], spina bifida and encephalocele). **Revista paulista de medicina**, v. 110, n. 4, p. 147–151, 1992.

OLIVEIRA, E. X. G. de; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S298–S309, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Descritores em Ciências da Saúde: DeCS**. São Paulo: BIREME/OPS/OMS, 2002.

- PACAGNELLA, R. C. et al. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 1, p. 159, 2014.
- PACAGNELLA, R. de C. et al. Conhecimento de médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia sobre o aborto medicamentoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. supl 1, p. e00187918, 2020.
- PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, p. 15–36, 2014.
- PAPALEO, C. C. **Aborto e contracepção: atualidade e complexidade da questão**. Rio de Janeiro: Renovar, 1993.
- PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical care**, p. 127–140, 1981.
- PERERA, S. M. et al. Barriers to seeking post-abortion care in Paktika Province, Afghanistan: a qualitative study of clients and community members. **BMC Women's Health**, v. 21, n. 1, p. 390, dez. 2021.
- PESSOTO, U. C. et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 351–362, 2007.
- PHILLIPS, A. Health status differentials across rural and remote Australia. **Australian Journal of Rural Health**, v. 17, n. 1, p. 2–9, 2009.
- PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 687–707, 2002.
- PINTO, C. R. J. Feminismo, história e poder. **Revista de Sociologia e Política**, v. 18, n. 36, p. 15–23, 2010.
- PNUD; IPEA; FJP. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: 2013.
- PRADO, D. **O que é aborto**. São Paulo: Brasiliense, 2007.
- QUAST, T.; GONZALEZ, F.; ZIEMBA, R. Abortion Facility Closings and Abortion Rates in Texas. **Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing**, v. 54, p. 46958017700944, 2017.
- R7. **Bolsonaro rebate nota técnica sobre aborto e diz ser contra a prática**. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/saude/bolsonaro-rebate-nota-tecnica-sobre-aborto-e-diz-ser-contra-a-pratica-04062020>>. Acesso em: 04 jun. 2020.

RALPH, L. et al. Prevalence of Self-Managed Abortion Among Women of Reproductive Age in the United States. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 12, p. e2029245, 18 dez. 2020.

RAYMOND, E. G.; GRIMES, D. A. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. **Obstetrics & Gynecology**, v. 119, n. 2, p. 215–219, 2012.

RENNER, R.-M.; BRAHMI, D.; KAPP, N. Who can provide effective and safe termination of pregnancy care? A systematic review\*. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 120, n. 1, p. 23–31, 2013.

REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL. **Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal**. Rio de Janeiro: 1890.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. **Interruption volontaire de grossesse (IVG)**. Disponível em: <<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1551#:~:text=L'IVG%20chirurgicale%20peut%20%C3%AAtre,le%20d%C3%A9but%20des%20derni%C3%A8res%20r%C3%A8gles.>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

REYNOLDS-WRIGHT, J. J. et al. Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks' gestation: a prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. **BMJ Sexual & Reproductive Health**, p. bmjsrh-2020-200976, 4 fev. 2021.

RIDDLE, J. M. **Contraception and Abortion from the Ancient World to the Renaissance**. Harvard University Press, 1992.

RIGDON, S. M. Abortion law and practice in China: an overview with comparisons to the United States. **Social Science & Medicine**, v. 42, n. 4, p. 543–560, 1996.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Defensoria Pública Geral. **Entre a morte e a prisão: quem são as mulheres criminalizadas pela prática do aborto no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

RODRIGUES, A. Brasil e outros 31 países assinam declaração sobre saúde da mulher. **Agência Brasil**, 23 out. 2020.

ROMERO, M. et al. Abortion-related morbidity in six Latin American and Caribbean countries: findings of the WHO/HRP multi-country survey on abortion (MCS-A). **BMJ Global Health**, v. 6, n. 8, p. e005618, ago. 2021.

ROSAS, C. F.; PARO, H. B. M. DA S. **Serviços de atenção ao aborto previsto em lei: desafios e agenda no Brasil**. Cfemea/ SPW, 2021.

SAAVEDRA-AVENDANO, B. et al. Who presents past the gestational age limit for first trimester abortion in the public sector in Mexico City? **PLOS ONE**, v. 13, n. 2, p. e0192547, 2018.

SALA DE PRENSA. Se aprueba proyecto que garantiza la interrupción voluntaria del embarazo en caso de violación. **Asamblea Nacional del Ecuador 2021-2025**, 17 fev. 2022.

SALA, D. C. P.; ABRAHÃO, A. R. Complicações obstétricas em gestações com feto portador de anomalia incompatível com a sobrevivência neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 614–618, 2010.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012.

SÃO PAULO. Defensoria Pública da União. **Recomendação nº 1 - DPU SP/GABDPC SP/2DRDH SP**. 2019. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/dl/recomendacao-defensoria-publica-sp.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 692 de 26 de abril de 1989. Dispõe a obrigatoriedade à rede hospitalar do município, do atendimento médico para o procedimento de abortamento, nos casos de exclusão de antijuridicidade, previstos no Código Penal**. São Paulo: 1989.

SAURMAN, E. Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 21, n. 1, p. 36–39, 2015.

SCHOR, N.; DE ALVARENGA, A. T. O aborto: um resgate histórico e outros dados. **Journal of Human Growth and Development**, v. 4, n. 2, p. 12–17, 1994.

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO. **Interrupción Legal del Embarazo (ILE)**. Disponível em: <<http://ile.salud.cdmx.gob.mx/requisitos-interrupcion-legal-embarazo-df/>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

SEDGH, G. et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. **The Lancet**, v. 388, n. 10041, p. 258–267, 2016.

SENDEROWICZ, L.; SANHUEZA, P.; LANGER, A. Education, Place of Residence and Utilization of Legal Abortion Services in Mexico City, 2013–2015. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 44, n. 2, p. 43–50, 2018.

SETHNA, C.; DAVIS, G. (EDS.). **Abortion across Borders: Transnational Travel and Access to Abortion Services**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2019.

SETHNA, C.; DOULL, M. Accidental Tourists: Canadian Women, Abortion Tourism, and Travel. **Women's Studies**, v. 41, n. 4, p. 457–475, 1 jun. 2012.

SETHNA, C.; DOULL, M. Far From Home? A Pilot Study Tracking Women's Journeys to a Canadian Abortion Clinic. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 29, n. 8, p. 640–647, 1 ago. 2007.

SETHNA, C.; DOULL, M. Spatial disparities and travel to freestanding abortion clinics in Canada. **Women's Studies International Forum**, v. 38, p. 52–62, 1 maio 2013.

SHELTON, J. D.; BRANN, E. A.; SCHULZ, K. F. Abortion Utilization: Does Travel Distance Matter? **Family Planning Perspectives**, v. 8, n. 6, p. 260, 1976.

- SIEDER, R. et al. Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en América Latina a debate. **Encartes Antropológicos**, v. 2, n. 3, p. 231–243, 2019.
- SILVA, C. R. et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1109–1120, 2017.
- SILVA, M. C. B. DA et al. Análise dos registros de atendimentos de mulheres que realizaram aborto previsto em lei em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 11, p. e00282920, 2021.
- SILVA, M.; MCNEILL, R. Geographical access to termination of pregnancy services in New Zealand. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, v. 32, n. 6, p. 519–521, 2008.
- SINGER, E. O. Abortion exile: navigating Mexico's fractured abortion landscape. **Culture, Health & Sexuality**, p. 1–16, 11 jul. 2019.
- SINGH, S. et al. **Abortion worldwide: a decade of uneven progress**. New York: Guttmacher Institute, 2009.
- SINGH, S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. **The Lancet**, v. 368, n. 9550, p. 1887–1892, 2006.
- SINGH, S.; MONTEIRO, M. F.; LEVIN, J. Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992–2009: Why the decline in numbers and severity? **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 118, n. S2, 2012.
- SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. Em: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2008. p. 627–664.
- SOUTO, R. M. C. V. et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2909–2918, 2017.
- SOUZA, L. E. P. F. DE et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2783–2792, ago. 2019.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- STOPA, S. R. et al. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. **Revista De Saude Publica**, v. 51, n. supl 1, p. 3s, 2017.
- STRASSER, R. Rural health around the world: challenges and solutions\*. **Family Practice**, v. 20, n. 4, p. 457–463, 2003. TAFURI, S. M.; LUI, F. Embryology, Anencephaly. **StatPearls Publishing**, 2019.
- TALIB, R. A. et al. **Panorama do Aborto Legal no Brasil**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

TALIB, R. A. **Um (Im)Possível Diálogo Entre a Moral da Igreja Católica Apostólica Romana e a Posição Ética dos Profissionais que Atuam nos Serviços de Aborto Legal.** . Em: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 7. Florianópolis: 2006.

TELES, M. A. de A.; DE MELO, M. **O que é violência contra a mulher.** São Paulo: Brasiliense, 2012.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1168–1173, 2008.

TIETZE, C. Abortion in Europe. **American Journal of Public Health and the Nations Health**, v. 57, n. 11, p. 1923–1932, 1967.

TONIELLO, C.; BARROS, F. **Projeto de Lei nº 2893 de 2019. Revoga o art. 128 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Brasília: Câmara dos Deputados, 2019.

TORRES, J. H. R. Aborto e legislação comparada. **Ciência e Cultura**, v. 64, n. 2, p. 40–44, 2012.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 133–149, 2000.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**, v. 11, n. 5–6, p. 365–73, ago. 2002.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. Em: **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 2008. p. 215–246.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. de; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 975–986, 2006.

UNGLERT, C. V. de S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, p. 445–452, 1990.

UNGLERT, C. V. de S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, p. 439–446, 1987.

UNITED NATIONS. **The millennium development goals report 2015.** New York: United Nations, 2015.

VENATOR, J.; FLETCHER, J. **Undue Burden Beyond Texas: An Analysis of Abortion Clinic Closures, Births, And Abortions in Wisconsin.** Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2019.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 351–370, 2016.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. **Aborto, saúde e cidadania**. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 471–475, 2007.

WARRINER, I. et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. **The Lancet**, v. 377, n. 9772, p. 1155–1161, 2011.

WIKAN, N.; SMITH, D. R. Zika virus: history of a newly emerging arbovirus. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 16, n. 7, p. e119–e126, 2016.

WILSON, L. C.; MILLER, K. E. Meta-Analysis of the Prevalence of Unacknowledged Rape. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 17, n. 2, p. 149–159, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Abortion care guideline**. Geneva: World Health Organization, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division**. Geneva: World Health Organization, 2019.

WYLLYS, J. **Projeto de Lei 882/2015**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015.

XAVIER, D. R. et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo interações: método para apoio na regionalização de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 2, p. e00076118, 2019.

ZHOU, J.; BLAYLOCK, R.; HARRIS, M. Systematic review of early abortion services in low- and middle-income country primary care: potential for reverse innovation and application in the UK context. **Globalization and Health**, v. 16, n. 1, p. 91, dez. 2020.

ZORRILLA, C. D. et al. Zika Virus Infection in Pregnancy: Maternal, Fetal, and Neonatal Considerations. **The Journal of Infectious Diseases**, v. 216, n. suppl 10, p. S891–S896, 2017.

## APÊNDICE A- PROCEDIMENTOS SIH/SUS

Quadro 4 - Procedimentos principais em internações registradas no SIH/SUS com diagnóstico principal CID O04. entre pessoas de 10 a 49 anos. Brasil, 2010 - 2019.

<b>Código SIGTAP</b>	<b>Procedimento</b>	<b>n</b>
03.01.06.001-0	Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica pediátrica	7
03.01.06.007-0	Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica cirúrgica	63
03.01.06.008-8	Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica	133
03.03.01.006-1	Tratamento de doenças infecciosas intestinais	7
03.03.04.029-7	Tratamento de processo toxi-infeccioso do cérebro ou da medula espinhal	1
03.03.10.001-0	Tratamento de complicações relacionadas predominantemente ao puerpério	5
03.03.10.003-6	Tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez parto e puerpério	6
03.03.10.004-4	Tratamento de intercorrências clínicas na gravidez	124
03.03.15.003-3	Tratamento de doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos	1
03.03.15.005-0	Tratamento de outras doenças do aparelho urinário	2
03.08.04.001-5	Tratamento de complicações de procedimentos cirúrgicos ou clínicos	2
03.10.01.003-9	Parto normal	75
03.10.01.004-7	Parto normal em gestação de alto risco	38
04.07.04.016-1	Laparotomia exploradora	6
04.09.01.043-0	Tratamento cirúrgico de cistocele	1
04.09.06.001-1	Cerclagem de colo do útero	2
04.09.06.004-6	Curetagem semiótica com ou sem dilatação do colo do útero	15
04.09.06.005-4	Curetagem uterina em mola hidatiforme	1
04.09.06.007-0	Esvaziamento de útero pós-aborto por aspiração manual intrauterina (AMIU)	2387
04.09.06.011-9	Histerectomia com anexectomia (uni / bilateral)	1
04.09.06.013-5	Histerectomia total	1
04.09.06.017-8	Histeroscopia cirúrgica com ressectoscópio	1
04.11.01.002-6	Parto cesariano em gestação de alto risco	68
04.11.01.003-4	Parto cesariano	183
04.11.01.004-2	Parto cesariano com laqueadura tubária	1
04.11.02.001-3	Curetagem pós-abortamento / puerperal	13436
04.11.02.003-0	Histerectomia puerperal	1
04.11.02.004-8	Tratamento cirúrgico de gravidez ectópica	4
04.15.01.001-2	Tratamento com cirurgias múltiplas	5
04.15.02.003-4	Outros procedimentos com cirurgias sequenciais	3
<b>Total Geral</b>		<b>16580</b>



## APÊNDICE B- PROCEDIMENTOS SIA/SUS

Quadro 5 - Procedimentos ambulatoriais registrados no SIA/SUS com diagnóstico principal CID O04. entre pessoas de 10 a 49 anos. Brasil, 2010 - 2019.

(continua)

Código SIGTAP	Procedimento	n
01.01.04.002-4	Avaliação antropométrica	1
02.01.01.001-1	Amniocentese	1
02.01.01.054-2	Biopsia percutânea orientada por tomografia computadorizada / ultrassonografia / ressonância magnética / raio x	1
02.01.02.004-1	Coleta de material para exame laboratorial	1
02.02.01.031-7	Dosagem de creatinina	3
02.02.01.047-3	Dosagem de glicose	2
02.02.01.064-3	Dosagem de transaminase glutâmico-oxalacética (TGO)	1
02.02.01.065-1	Dosagem de transaminase glutâmico-pirúvica (TGP)	1
02.02.01.069-4	Dosagem de ureia	3
02.02.02.002-9	Contagem de plaquetas	2
02.02.02.013-4	Determinação de tempo de tromboplastina parcial ativada (TTP ativada)	2
02.02.02.014-2	Determinação de tempo e atividade da protrombina (TAP)	2
02.02.02.038-0	Hemograma completo	10
02.02.03.020-2	Dosagem de proteína C reativa	2
02.02.03.063-6	Pesquisa de anticorpos contra antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (anti-HBs)	3
02.02.03.067-9	Pesquisa de anticorpos contra o vírus da Hepatite C (anti-HCV)	12
02.02.03.097-0	Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg)	4
02.02.03.109-8	Teste treponêmico para detecção de sífilis	11
02.02.03.111-0	Teste não treponêmico para detecção de sífilis	1
02.02.03.117-9	Teste não treponêmico para detecção de sífilis em gestantes	7
02.02.05.001-7	Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	1
02.02.06.021-7	Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (hCG, beta hCG)	1
02.02.12.002-3	Determinação direta e reversa de grupo abo	12
02.02.12.003-1	Fenotipagem de sistema Rh - Hr	2
02.02.12.008-2	Pesquisa de fator RH (inclui D fraco)	6
02.02.12.009-0	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	3
02.03.01.003-5	Exame de citologia (exceto cervico-vaginal e de mama)	1
02.03.02.003-0	Exame anatomopatológico para congelamento / parafina por peça cirúrgica ou por biópsia (exceto colo uterino e mama)	168
02.05.01.004-0	Ultrassonografia doppler colorido de vasos	1
02.05.02.004-6	Ultrassonografia de abdômen total	4
02.05.02.009-7	Ultrassonografia mamária bilateral	2
02.05.02.014-3	Ultrassonografia obstétrica	282
02.05.02.015-1	Ultrassonografia obstétrica com doppler colorido e pulsado	1
02.05.02.016-0	Ultrassonografia pélvica (ginecológica)	20

Quadro 5 - Procedimentos ambulatoriais registrados no SIA/SUS com diagnóstico principal CID O04. entre pessoas de 10 a 49 anos. Brasil, 2010 - 2019.

(conclusão)

<b>Código SIGTAP</b>	<b>Procedimento</b>	<b>n</b>
02.05.02.018-6	Ultrassonografia transvaginal	9
02.06.01.007-9	Tomografia computadorizada do crânio	1
02.07.01.006-4	Ressonância magnética de crânio	1
02.11.04.006-1	Tocardiografia ante-parto	1
02.12.01.002-6	Exames pré-transfusionais I	47
02.12.01.003-4	Exames pré-transfusionais II	8
02.14.01.004-0	Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/parceiro	12
02.14.01.009-0	Teste rápido para detecção de Hepatite C	1
03.01.01.003-0	Consulta de profissionais de nível superior na atenção primária (exceto médico)	2
03.01.01.004-8	Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	7
03.01.01.005-6	Consulta médica em saúde do trabalhador	1
03.01.01.006-4	Consulta médica em atenção primária	15
03.01.01.007-2	Consulta médica em atenção especializada	5
03.01.01.011-0	Consulta pré-natal	2
03.01.03.013-8	Samu 192: envio de unidade de suporte básico de vida terrestre (USB) e/ou aquático (equipe de embarcação e/ou motolância)	1
03.01.04.002-8	Atendimento clínico para indicação, fornecimento e inserção do dispositivo intrauterino (DIU)	1
03.01.06.002-9	Atendimento de urgência com observação até 24 horas em atenção especializada	23
03.01.06.003-7	Atendimento de urgência em atenção básica	1
03.01.06.006-1	Atendimento de urgência em atenção especializada	28
03.01.06.009-6	Atendimento médico em unidade de pronto atendimento	6
03.01.06.011-8	Acolhimento com classificação de risco	2
03.01.10.001-2	Administração de medicamentos na atenção especializada	23
03.01.10.003-9	Aferição de pressão arterial	1
03.06.02.006-8	Transusão de concentrado de hemácias	6
04.01.01.001-5	Curativo grau II com ou sem debridamento	2
04.01.01.005-8	Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele anexos e mucosa	1
04.11.02.001-3	Curetagem pós-abortamento / puerperal	66
04.17.01.005-2	Anestesia regional	2
08.03.01.001-0	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de paciente	3
08.03.01.007-9	Unidade de remuneração para deslocamento de acompanhante por transporte aéreo (cada 200 milhas)	1
08.03.01.008-7	Unidade de remuneração para deslocamento de paciente por transporte aéreo (cada 200 milhas)	2
08.03.01.010-9	Unidade de remuneração para deslocamento de acompanhante por transporte terrestre (cada 50 km de distância)	1
08.03.01.012-5	Unidade de remuneração para deslocamento de paciente por transporte terrestre (cada 50 km)	1
<b>Total Geral</b>		<b>857</b>