

SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO ABORTO PREVISTO EM LEI: desafios e agenda no Brasil

CRISTIÃO FERNANDO ROSAS

HELENA BORGES MARTINS DA SILVA PARO



SEXUALITY
POLICY
WATCH



CFEMEA



Nem
presa
nem
morta



Doctors
for
Choice
BRASIL

Briga Médica
para Ocho
e Decidir

Serviços de atenção ao aborto previsto em lei: desafios e agenda no Brasil

Cristião Fernando Rosas

Médico ginecologista-obstetra. Coordenador da Global Doctors for Choice Brazil. Vice-Presidente da Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei da Febrasgo.

Helena Borges Martins da Silva Paro

Médica ginecologista-obstetra. Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras. Global Doctors for Choice Brazil. Secretária da Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei da Febrasgo.

Apresentação

O atual momento exige atenções redobradas para conter mais retrocessos nos serviços de aborto legal. Por isso é importante resgatar a trajetória, que vem desde 1989, quando foi criado o primeiro desses serviços, no Hospital Jabaquara do município de São Paulo. Uma trajetória de avanços, vividos com muita alegria, mas também inúmeras barreiras, sempre enfrentadas corajosamente por profissionais e ativistas comprometidas/os com a saúde e a autonomia reprodutiva de mulheres e meninas.

O texto “Serviços brasileiros de atenção ao aborto previsto em lei: avanços, desafios e agenda em tempos de ativismo antidireitos sexuais e reprodutivos e pandemia” faz esse resgate, aponta para desafios a serem enfrentados nos dias de hoje, assim como desenha uma visão de futuro.

Agradecemos a Cristião Rosas e Helena Paro por terem assumido essa empreitada, com base em sua experiência exemplar e muita competência. O resultado final é uma análise completa para quem quer conhecer a história dos serviços de aborto legal no país e suas perspectivas.

Vale lembra que, em 2020, o país assistiu estupefato o caso da menina de dez anos, do Espírito Santo, que ilustra de maneira emblemática como esses serviços têm sido, a um só tempo, alvos de ataques inaceitáveis e um espaço de acolhimento e respeito aos direitos humanos de mulheres e meninas.

Parceria Cfemea/ SPW

Fevereiro de 2021

Serviços de atenção ao aborto previsto em lei: desafios e agenda no Brasil

Cristião Fernando Rosas

Helena Borges Martins da Silva Paro

Resumo

O direito ao aborto nos casos de risco de morte da mulher gestante e de gravidez decorrente de estupro está previsto no Código Penal brasileiro desde 1940. No entanto, foi apenas em 1989 que esse direito começou a se concretizar no país, por meio da criação do primeiro serviço público de aborto legal no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya (Hospital do Jabaquara), em São Paulo. A partir de então, vários grupos de profissionais de saúde e da sociedade civil, aliados aos movimentos feministas, se organizaram para a criação de protocolos que contribuíram para o surgimento de novos serviços no Brasil. O final dos anos 1990 e os primeiros anos do século XXI foram períodos de relativo empenho do Estado brasileiro para a efetivação do direito ao aborto previsto em lei por meio da ampliação do número de serviços: citamos a colaboração na organização dos fóruns interprofissionais que ocorreram de 1996 a 2013; a elaboração de normas técnicas; a publicação da Portaria GM/MS 1.508/2005 do Ministério da Saúde de 1º de setembro de 2005 - que regulamentou o aborto nos casos de violência sexual sem a necessidade de registro de boletim de ocorrência ou autorização judicial; a criação de um código para o cadastro de serviços junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2014 e a possibilidade de coleta de vestígios forenses da violência sexual nos serviços de saúde em 2015. No entanto, a partir da segunda metade dos anos 2010, a omissão do Estado torna-se perceptível, com a estagnação do número ainda incipiente de serviços, especialmente nas regiões Centro-Oeste e Norte do país. Em 2020, durante o enfrentamento de uma das mais graves crises sanitárias do mundo - a pandemia da COVID-19 - meninas e mulheres brasileiras ainda enfrentam a suspensão de vários dos poucos serviços de aborto legal no país. Profissionais de saúde dos serviços que se mantiveram em funcionamento durante a pandemia observam a chegada de meninas e mulheres com gravidezes em fases mais avançadas. Além da necessidade de viajar longas distâncias diante do número insuficiente de serviços no país, as meninas e mulheres com gravidezes mais avançadas ainda enfrentam dificuldades impostas pelo limite arbitrário de 22 semanas sugerido pela Norma Técnica do Ministério da Saúde de 2012. Atualmente presenciamos um ativismo governamental explícito contra os

direitos sexuais e reprodutivos, explicitado na publicação das Portarias 2.282/2020 e 2.561/2020, que alteram as regras para a realização do aborto previsto em lei em casos de estupro e impõem uma série de dificuldades às mulheres e aos profissionais de saúde dos serviços de aborto, dentre elas, a obrigatoriedade da denúncia do crime sexual à autoridade policial, à revelia da vontade da mulher. Para enfrentar esse ativismo antidireitos reprodutivos do Estado, é necessário o engajamento de profissionais junto à sociedade civil na luta pela ampliação dos serviços, pelo uso da tele-saúde e pela aprovação de medicamentos essenciais à saúde da mulher que ainda não têm regulamentação pelos órgãos competentes no Brasil.

1989: primeiro serviço público de atenção a mulheres em situação de aborto por gravidez decorrente de estupro no Brasil

Apesar do direito ao aborto nos casos de risco de morte da mulher gestante e de gravidez decorrente de estupro estar previsto no Código Penal brasileiro desde 1940 (BRASIL, 1940), foram necessários 49 anos para que esse direito começasse a se tornar realidade. Foi apenas em 1989 que a implementação do primeiro programa público de aborto legal por estupro no país foi concretizada, resultado da luta incansável das organizações feministas cujas exigências encontraram eco na coordenação da área técnica de saúde da mulher da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo. Até então, raríssimos casos de abortos legais no caso de estupro ocorriam no país, todos após obtenção de autorização judicial.

Nesse contexto de lutas das mulheres para a viabilização de um direito estabelecido desde 1940, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo publicou a Portaria 692/89, em 06 de junho de 1989, que dispunha sobre a “obrigatoriedade da rede hospitalar do município do atendimento médico para o procedimento do abortamento, nos casos de exclusão de antijuridicidade, previstos no Código Penal” (SÃO PAULO, 1989). Houve, a partir de então, um grande esforço, por parte da gestão municipal, na sensibilização dos profissionais de saúde do município. No entanto, à época, a implantação do serviço de aborto legal por estupro deu-se apenas no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya (Hospital do Jabaquara)¹. Constituiu-se uma equipe multiprofissional composta por duas assistentes sociais, duas psicólogas, três médicos tocoginecologistas, uma enfermeira e um advogado que, apesar de nenhuma experiência prévia com a assistência a pessoas em necessidade de aborto legal, assumiram o desafio de garantir esse direito das mulheres.

Diante da ausência de uma regulamentação prévia, os profissionais do serviço do Hospital do Jabaquara estabeleceram um fluxo de atendimento, com critérios e exigências para a assistência a meninas e mulheres em situação de aborto por gravidez decorrente de estupro: o limite de idade gestacional de 12 semanas e a apresentação de Boletim de Ocorrência (BO) com Laudo do Instituto Médico Legal (IML) eram algumas dessas exigências, apesar de não constarem no Código Penal brasileiro. A assinatura de termo de consentimento informado e a autorização do responsável legal em caso de menores ou incapazes também constavam como exigências daquele serviço (COLÁS et al., 1994). Com a rotina dos atendimentos, os

¹ Em entrevista recente para a Folha de Pernambuco, a médica feminista Maria José Araújo resgatou a história da criação desse primeiro serviço de aborto legal. Acessível em <https://sxpolitics.org/ptbr/mulheres-em-movimento-no-28-de-setembro-dia-de-acao-global-pelo-direito-ao-aborto-legal-e-seguro-1/11228>.

profissionais do serviço foram aprimorando os protocolos clínicos multidisciplinares internos e incentivaram a implementação de outros serviços de atenção a pessoas em situação de violência sexual e aborto legal pelo país.

Das primeiras experiências à expansão dos serviços

O compartilhamento das experiências dos primeiros serviços brasileiros de aborto previsto em lei foi importante tanto para o aprimoramento das práticas quanto para a ampliação do número de serviços. Um dos eventos mais significativos que influenciou o aumento do número de serviços pelo país foi a realização anual, a partir de 1996, do Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto em Lei, organizado por iniciativa do Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP) e pelo Departamento de Tocoginecologia da Unicamp. Anualmente, os fóruns contavam com a participação de membros das equipes dos hospitais que prestavam assistência a mulheres em situação de aborto legal, representantes do judiciário, das delegacias de defesa das mulheres, dos Institutos Médico-Legais, de organizações feministas da sociedade civil, de conselhos profissionais, de membros da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e de professores de ginecologia e obstetrícia.

Ao longo dos anos, outros atores foram se incorporando à organização dos fóruns: Ministério da Saúde, Febrasgo, Ipas e outras organizações feministas e da sociedade civil. Com a participação efetiva desses atores na organização dos fóruns interprofissionais, o número de participantes foi aumentando de maneira expressiva. Sucessivamente, as recomendações elaboradas nos fóruns foram embasando a construção coletiva dos protocolos e procedimentos para interrupção da gravidez (FAÚNDES; ANDALAFT NETO, 2000; FAÚNDES et al., 2001; FAÚNDES; LEOCÁDIO; ANDALAFT NETO, 2003; FAÚNDES et al., 2003; FAÚNDES; ARAÚJO; ANDALAFT NETO, 2004; FAÚNDES et al., 2004; FAÚNDES et al. 2007a; FAÚNDES et al., 2008) e influenciaram a elaboração da primeira Norma Técnica do Ministério da Saúde de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, em 1999 (BRASIL, 2014).

Paralelamente, a Febrasgo criou a Comissão Nacional Especializada (CNE) em Violência Sexual e Interrupção Gestacional em 1997. Em conjunto com os fóruns interprofissionais, a CNE da Febrasgo contribuiu para a ampliação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre as leis e normas que regulamentam o aborto no Brasil, uma vez que a falta de conhecimento entre ginecologistas e obstetras constituía-se como uma das principais barreiras na implementação de serviços para

atenção a pessoas em situação de violência sexual e aborto legal pelo país, no final do século XX e no início do século XXI (FAÚNDES et al., 2007b; LOUREIRO, VIEIRA, 2004).

Em 2003, dois terços dos tocoginecologistas da Febrasgo ainda acreditavam ser necessária autorização judicial e mais da metade desconhecia sobre a necessidade de assinatura do termo de consentimento da mulher para a realização do aborto previsto em lei (FAÚNDES et al., 2007b). O desconhecimento sobre as leis e normativas era importante mesmo entre médicos que atuavam em hospitais de referência para esse atendimento (FAÚNDES et al., 2002).

Como resultado de todos os esforços dos profissionais de saúde e organizações da sociedade civil, o Ministério da Saúde publicou uma série de portarias e normas técnicas (BRASIL, 2005; 2011; 2014) para orientar os serviços. A mais relevante delas é a Portaria GM/MS 1.508/2005, que regulamentou o aborto nos casos de violência sexual sem a necessidade de registro de boletim de ocorrência ou autorização judicial (BRASIL, 2005).

Outra publicação importante, no ano de 2005, foi a revisão da Norma Técnica do Ministério da Saúde relacionada à prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual (BRASIL, 2014). Esta revisão ampliou o limite de idade gestacional para o aborto previsto em lei estabelecido na primeira edição da norma técnica (de 1999) de 12 para 20-22 semanas. Apesar da ampliação, esse limite de idade gestacional ainda hoje é motivo de críticas, já que o Código Penal brasileiro não estabelece tal limite e acaba por restringir o direito das meninas e mulheres mais vulneráveis, como veremos a seguir.

Àquela época o debate se dava num contexto ainda imerso numa cultura muito marcada pelo estigma do aborto. Era grande, portanto, a apreensão dos profissionais de saúde e gestores, que tinham um conceito equivocado de aborto induzido e que não dispunham de treinamento adequado para realizar procedimentos medicamentosos e cirúrgicos após o primeiro trimestre.² Além disso, também havia

² Para o conceito de aborto induzido, a idade gestacional ou viabilidade fetal não é fator determinante (WHO, 2018) e sim, a intencionalidade do procedimento. Nas bases de indexação de termos na área da saúde, o aborto induzido é definido como “a remoção intencional do feto do interior do útero por técnicas variadas” (MeSH, 1971)*. No Brasil, o conceito de aborto induzido é ignorado pela maioria dos livros textos e o conceito de aborto espontâneo é frequentemente associado ao peso fetal (500 gramas) e à idade gestacional (20-22 semanas). Esse conceito também é equivocado por não contemplar os constantes avanços em terapia intensiva neonatal, que modificam o limite da viabilidade fetal.

* Abortion, induced. (1971). [MeSH subject heading scope note]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=abortion%2C+induced>

muita preocupação em relação à objeção de consciência, marcadamente maior nas fases mais avançadas da gravidez (HARRIES et al., 2012). Do ponto de vista institucional, a prioridade era aumentar o número de serviços brasileiros de aborto previsto em lei e considerou-se que, definir um limite gestacional mais alto, poderia dificultar essa ampliação.

De fato, por efeito dessas iniciativas, o número de serviços no país cresceu de um único, em 1989, para 69 em 2006 (**Gráfico 1**), ainda muito aquém do necessário para um país de dimensões continentais como o Brasil. O maior aumento aconteceu entre os anos 2002 e 2006, em que o número de serviços de aborto legal quase dobrou no país.

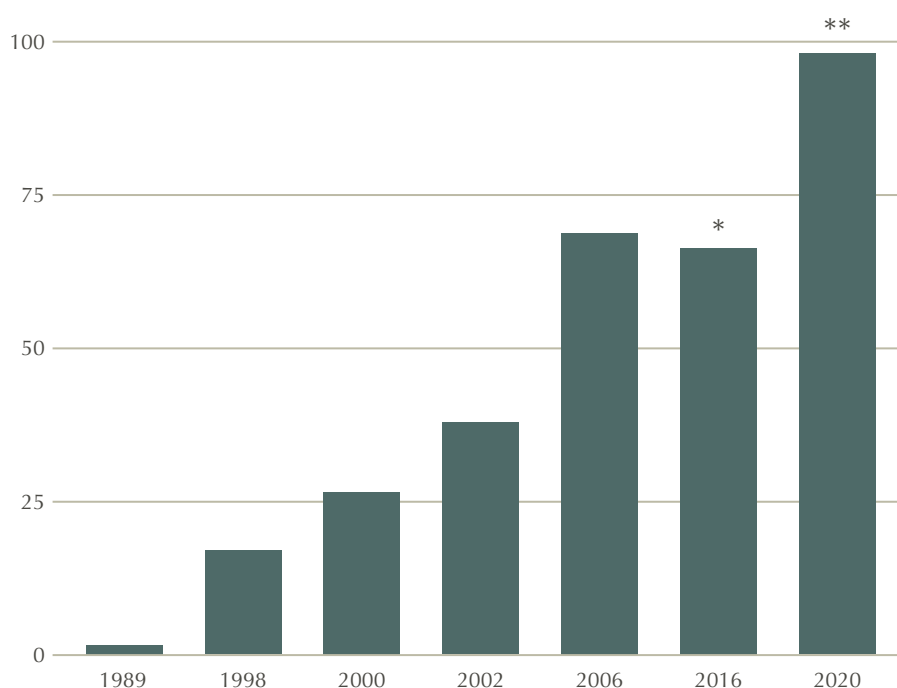


Gráfico 1. Serviços brasileiros de aborto previsto em lei cadastrados junto ao Ministério da Saúde. Fontes: Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher (comunicação oral). Brasil (2016) e Guzzo (2020).

Anos 2010: omissão crescente do Estado brasileiro na proteção dos direitos sexuais e reprodutivos

A segunda década do século XXI foi marcada pela falta de apoio de gestores à formação de profissionais da saúde na temática do aborto previsto em lei. A falta de conhecimento e a objeção de consciência de profissionais de saúde já era preponderante no ano de 2012: mais de 80% dos ginecologistas e obstetras associados à Febrasgo acreditavam na necessidade de exigir boletins de ocorrência

ou autorização judicial para o aborto e mais de 40% afirmaram ser objetores de consciência quando se sentiam inseguros em admitir que a mulher estava dizendo a verdade (DINIZ; MADEIRO; ROSAS, 2014). Esse dado demonstra a pouca compreensão, entre médicos, sobre o conceito de objeção de consciência. A objeção de consciência consiste na recusa do médico em cumprir o dever legal/profissional quando esse dever é contrário aos valores pessoais, sejam estes morais/éticos ou religiosos (WICCLAIR, 2011; CHAVKIN; LEITMAN; POLIN, 2013) e não deve ser confundida com desconfiança em relação à palavra da mulher. Na maioria das vezes, essa recusa mais se aproxima de uma omissão de assistência do que do exercício de um direito garantido no Código de Ética Médica.

Mesmo com a necessidade de ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as leis e normativas relacionadas ao aborto legal, lamentavelmente, em 2013, depois de 17 anos, realizou-se em São Paulo o último Fórum Interprofissional para atendimento integral à mulher vítima de violência sexual a nível nacional. Desde então, os profissionais de saúde dos serviços não possuem um espaço que dê apoio à manutenção e abertura de serviços nas regiões mais descentralizadas do país, a partir da troca de experiências e da elaboração de protocolos baseados em evidências científicas. Embora o processo de implementação de serviços nunca tenha sido fácil, a desarticulação nacional certamente contribuiu para o desarranjo e fechamento de muitos serviços no Brasil.

Com a falta de apoio público para a sustentação dos fóruns interprofissionais, observamos o agravamento das dificuldades enfrentadas pelos estabelecimentos de saúde na manutenção e implementação de novos serviços de aborto legal. Na primeira metade dos anos 2010, houve uma tentativa do governo federal de garantir o atendimento integral obrigatório a pessoas em situação de violência sexual em todos os hospitais por meio da promulgação da Lei 12.845/2013 (BRASIL, 2013) e de assegurar a coleta de vestígios da violência sexual nos hospitais de referência por meio da Portaria Interministerial 288/2015 (BRASIL, 2015a) e de norma técnica do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça (BRASIL, 2015b). No entanto, em 2016, o número de serviços de aborto previsto em lei cadastrados no Brasil era menor do que o número registrado em 2006 (**Gráfico 1**, acima).

Final da primeira década do século XXI: da omissão ao ativismo antidireitos reprodutivos instalado no Estado brasileiro

A partir de 2014, os estabelecimentos de saúde que ofereciam o aborto previsto em lei a pessoas em situação de violência sexual no Brasil passaram a ser cadastrados

na classificação 006 – Referência para Atenção à Interrupção de gravidez nos casos previstos em lei no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2014). Em 2016, apenas 66 serviços estavam cadastrados no Sistema do CNES na classificação 006 (BRASIL, 2016). Em setembro de 2020, o Sistema do CNES registrava 98 serviços de aborto previsto em lei no Brasil, segundo matéria investigativa publicada no Portal Catarinas (GUZZO, 2020). No entanto, 18 desses não haviam realizado nenhum aborto previsto em lei nos últimos cinco anos (GUZZO, 2020).

Esse descompasso entre o número de serviços cadastrados junto ao Ministério da Saúde e a realidade do acesso ao aborto previsto em lei no Brasil tem sido evidenciado nos estudos sobre serviços de aborto legal. Um estudo de abrangência nacional com 68 serviços brasileiros de referência para aborto previsto em lei existentes entre 2013 e 2015 revelou que apenas 37 (54,4%) realizavam o procedimento. Entre esses, 15 serviços haviam realizado menos de dez procedimentos nos últimos dez anos (MADEIRO; DINIZ, 2016). Isso quer dizer que apenas 22 serviços estavam efetivamente ativos no Brasil à época do estudo. O estudo pontua que os principais obstáculos para o funcionamento adequado dos serviços estudados eram a falta de conhecimento sobre a legislação e a objeção de consciência entre profissionais de saúde (MADEIRO; DINIZ, 2016).

É possível que o número de serviços tenha tido um discreto aumento nos últimos dois anos, pois o número de abortos previstos em lei no ano de 2019 (total de 1.894) foi um pouco maior do que a média de 1.600 procedimentos anuais. Uma outra explicação para esse discreto aumento é o recrudescimento da violência sexual contra meninas e mulheres brasileiras nos últimos anos. Em 2016, foram reportados 49.497 casos de estupro aos órgãos de segurança pública brasileiros (IPEA, 2018). Em 2019, os órgãos de segurança reportaram 66.123 casos de estupro, 86% deles contra meninas e mulheres no Brasil (IPEA, 2018).

Os números publicados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública revelam uma grande diferença entre a estimativa de gravidezes em decorrência de estupro e o número de abortos previstos em lei realizados. Nas estimativas mais conservadoras, quando se considera o risco de 5% de gravidez em casos de estupro, teríamos 2.810 meninas e mulheres em situação de violência sexual grávidas em 2019 e um pouco mais de 1.800 procedimentos realizados. No entanto, sabemos que a subnotificação dos casos é grande e que o número de estupros notificados representa, no máximo, 15% do número real de estupros ocorridos (IPEA, 2018). Fazendo essa correção, isso significa que, no mínimo, 18.734 de gravidezes em decorrência de estupro tenham ocorrido no Brasil em 2019.

O grande hiato entre o número de gravidezes em decorrência de estupro e o número de abortos previstos em lei revela a persistência das dificuldades de acesso de meninas e mulheres brasileiras ao direito ao aborto. Segundo o levantamento realizado por Guzzo em setembro de 2020, quatro estados brasileiros com as maiores taxas de estupro a cada 100 mil mulheres estão entre aqueles com o menor número de abortos previstos em lei realizados: Amapá (um aborto por razões médicas/legais de janeiro a junho de 2020 e três entre janeiro de 2015 e junho de 2020); Alagoas (dois abortos por razões médicas/legais de janeiro a junho de 2020 e 31 entre janeiro de 2015 e junho de 2020); Rondônia (três abortos por razões médicas/legais de janeiro a junho de 2020 e 31 entre janeiro de 2015 e junho de 2020) e Mato Grosso do Sul (52 abortos por razões médicas/legais de janeiro de 2015 a junho de 2020) (GUZZO, 2020). Os dados levantados reafirmam os resultados do estudo nacional realizado entre 2013 e 2015: as regiões Centro-Oeste e Norte são as que têm o menor número de serviços de aborto legal ativos no país (MADEIRO; DINIZ, 2016).

A desassistência a meninas e mulheres brasileiras, especialmente nas regiões Centro-Oeste e Norte do país, é resultado da omissão do Estado nos últimos anos e, mais recentemente, do ativismo antidireitos humanos evidenciado nos discursos e pautas de políticas públicas do governo bolsonarista.

Apenas no ano de 2020, várias foram as ações do governo federal contrárias à saúde sexual e reprodutiva de meninas e mulheres brasileiras. Em junho, testemunhamos a exoneração da equipe técnica da Coordenação de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, após publicação de uma nota técnica que tratava da necessidade de manutenção dos serviços de saúde sexual e reprodutiva durante a pandemia. O documento apenas orientava profissionais das unidades de saúde pública em relação à oferta de métodos contraceptivos, realização de pré-natal e parto e assistência nos casos de aborto previsto em lei. A medida evidenciou a misoginia como política pública do governo bolsonarista e um evidente negacionismo com relação às principais causas de mortalidade materna no país, já que o aborto se configura como a quinta causa de morte entre mulheres brasileiras (ROSAS; PARO; MORAES FILHO, 2020).

A aversão desse governo à pauta da saúde sexual e reprodutiva também foi observada nos posicionamentos do Brasil junto à Organização das Nações Unidas. Ainda em junho de 2020, o Brasil se absteve na votação de trechos de uma resolução do Conselho Econômico e Social da ONU que tratava da necessidade de garantir a “saúde sexual e reprodutiva” de pessoas afetadas por crises humanitárias (CHADE, 2020). No mês seguinte, o país se aproximou de países islâmicos no Conselho de

Direitos Humanos da ONU, em uma tentativa de extrair do texto de uma resolução a referência ao “direito à saúde sexual e reprodutiva” (DUCHIAIDE, 2020).

Logo em seguida, assistiu-se a deplorável ação do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos no estado do Espírito Santo, para tentar impedir que uma menina de 10 anos tivesse acesso ao aborto garantido por lei após vivenciar quatro anos de violência sexual. A criança teve seu cuidado recusado em seu estado por ter ultrapassado o limite de 22 semanas e precisou se deslocar até Pernambuco para realizar o aborto previsto em lei (GUIMARÃES, 2020). Além da questão da ausência de limite de idade gestacional nos poucos permissivos da legislação brasileira, o caso também possibilitou ampla discussão na sociedade brasileira sobre os riscos da gravidez na adolescência precoce, sobre o desconhecimento de muitos profissionais de saúde relacionado à desnecessária judicialização dos casos previstos em lei e sobre a importância do sigilo profissional (REDE MÉDICA PELO DIREITO DE DECIDIR... , 2020).³

Anos 20 do século XXI: serviços de aborto legal no contexto da pandemia da COVID-19

Suspensão de serviços e dificuldades de acesso ao aborto previsto em lei em fases mais avançadas da gravidez

Como tentativa de mitigar o isolamento e fortalecer os serviços de aborto legal diante da omissão do Estado brasileiro, foi criado um grupo de profissionais de saúde que compõem os serviços de aborto legal e atuam na assistência a meninas e mulheres em situação de violência sexual, através de um aplicativo de mensagens. A lista atualmente conta com representantes de 44 serviços de todas as regiões do Brasil e o grupo se reúne por videoconferência uma vez ao mês para discutir casos mais complexos da prática profissional (MARTINS, 2020).

Em 2020, profissionais de saúde desse grupo empenharam-se em traçar o perfil dos

³ A parceria Cfemea/SPW faz um monitoramento do que as mídias publicam sobre aborto. Nesse clipping periódico verifica-se quantitativamente a grande repercussão do caso do Espírito Santo, registrando-se mais do que o dobro de matérias e artigos na primeira semana em que o caso foi noticiado, em comparação com a semana anterior, e mais do que o triplo na semana seguinte. Por essa razão, foi elaborada uma coleção especial, que reuniu 710 registros (notícias, reportagens e artigos) extraídos de jornais, revistas e principais sites noticiosos entre 10 de agosto de 2020 e 07 de outubro de 2020 (57 dias de repercussão). Nesse conjunto cresceu a proporção de registros classificados como “favoráveis” ao direito a aborto, mantendo-se mais estável o número de registros “contrários” ou “neutros. Mesmo as mídias regionais, que de modo geral costumam dar um tom policialesco ao tema, acompanharam a tendência de matérias mais qualificadas e refletindo o debate pró-direitos. A coleção pode ser acessada em <https://sxpoltics.org/ptbr/o-caso-da-menina-de-guriri-compilacao-de-noticias/11559>

serviços brasileiros ali representados. As principais características dos 33 serviços com o perfil completo no grupo estão demonstradas na tabela abaixo.

Características	n (%)
Região do país	
Centro-Oeste	2 (6,0)
Norte	3 (9,0)
Nordeste	7 (21,0)
Sudeste	13 (40,0)
Sul	8 (24,0)
Limite de idade gestacional para aborto previsto em lei	
14 semanas	1 (3,0)
20 semanas	13 (40,0)
21 semanas	1 (3,0)
22 semanas	13 (39,0)
24 semanas	2 (6,0)
Sem limite	3 (9,0)
Método cirúrgico mais utilizado para aborto de primeiro trimestre	
Curetagem uterina	13 (40,0)
Aspiração manual intrauterina (AMIU)	13 (40,0)
Permissivos legais do aborto oferecidos pelo serviço	
Apenas nos casos de risco de morte	1 (3,0)
Em dois permissivos legais, inclusive nos casos de estupro	1 (3,0)
Nos três permissivos legais (estupro, risco de morte e anencefalia fetal)	31 (94,0)
Oferta de coleta de vestígios da violência sexual	
Não	19 (58,0)
Apenas nos casos de aborto	6 (18,0)
Apenas nos atendimentos emergenciais	2 (6,0)
Em todos os casos	6 (18,0)
Situação das atividades do serviço durante a pandemia	
Atividades reduzidas	4 (12,0)
Atividades adaptadas com uso de telessaúde	1 (3,0)
Atividades mantidas	28 (85,0)

Tabela 1. Características dos principais serviços de aborto previsto em lei no Brasil (n= 33), novembro de 2020

Chama-nos a atenção que 40% dos serviços indicaram a curetagem uterina como método cirúrgico mais utilizado para aborto de primeiro trimestre. A curetagem uterina é considerada um método obsoleto e deve ser substituída pela aspiração manual intrauterina (AMIU) ou pelo aborto medicamentoso, segundo

recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2014). Apesar dessa prevalência ser muito menor do que aquela encontrada em um estudo de abrangência nacional, em que a curetagem uterina foi realizada em 95% dos casos (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020), o fato de quase metade dos serviços especializados em aborto previsto em lei ainda utilizarem a técnica é preocupante. É possível que esse achado seja decorrente da ingerência de gestores de saúde na aquisição de materiais e insumos essenciais para a saúde sexual e reprodutiva de meninas e mulheres brasileiras.

Entre os serviços do grupo de profissionais de saúde que se reúnem mensalmente, as regiões Centro-Oeste e Norte também são as mais subrepresentadas (**Tabela 1**). Principalmente para os profissionais dos serviços das regiões mais descentralizadas do país, a existência desse grupo tem sido importante para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas durante a pandemia da COVID-19 desde 2020. É interessante observar, ainda, que mais de 30 anos após a abertura do primeiro serviço de aborto previsto em lei na cidade de São Paulo, a objeção de consciência dos profissionais de saúde continua sendo um dos principais obstáculos enfrentados no Brasil (**Figura 1**).



Figura 1. Principais barreiras/dificuldades enfrentadas pelos serviços brasileiros de aborto previsto em lei (n= 33), novembro de 2020.

Soma-se à falta de profissionais para atuarem nos serviços existentes, o fechamento de alguns serviços durante a pandemia. Em março de 2020, vimos a ameaça de suspensão dos atendimentos do maior serviço de aborto previsto em lei do país - o do Hospital Pérola Byington (BERTHO, 2020a; BERTHO, 2020b). Isso ocorreu porque, equivocadamente, muitos gestores locais suspenderam os serviços nos planos de contingenciamento para a pandemia, entendendo que o aborto, por

ser um procedimento eletivo, não seria um serviço essencial. Em junho de 2020, um levantamento realizado pela Artigo 19 em parceria com a Revista AzMina e a Gênero e Número, mostrou uma redução de 45% dos serviços de aborto previsto em lei no Brasil (ATUALIZAÇÃO NO MAPA DO ABORTO LEGAL..., 2020).

No entanto, a suspensão de serviços de aborto legal não serve sequer ao propósito de garantir reserva de equipamentos e leitos para a pandemia: o aborto seguro requer equipamentos mínimos de biossegurança e, na maioria das vezes, não demanda internação hospitalar (WHO, 2014). Ao contrário, o atraso no acesso aos serviços de aborto previsto em lei acarreta maior custo ao sistema de saúde. Sabemos que quanto mais precoce, mais rápido e seguro é o procedimento. No caso dos procedimentos cirúrgicos, a cada semana de idade gestacional o risco do procedimento eleva-se em 30% por dificuldades técnicas que levam a maior necessidade de transfusões sanguíneas e hospitalizações prolongadas (LEDERLE, 2015).

Alguns profissionais dos serviços que se mantiveram em funcionamento durante a pandemia têm analisado as condições de meninas e mulheres com gravidezes decorrentes de estupro mais avançadas que chegam a esses espaços (IONOVA, 2020). Além da necessidade de viajar longas distâncias diante do número insuficiente de serviços no país, as meninas e mulheres com gravidezes mais avançadas ainda enfrentam dificuldades impostas pelo limite arbitrário de 22 semanas sugerido pela Norma Técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

No Brasil, não há justificativa legal para o limite de 22 semanas recomendado nos anos 2000 pelo Ministério da Saúde. Contudo, a maioria dos serviços de aborto legal (82%) adota o limite de 20 a 22 semanas para prover o cuidado a meninas e mulheres brasileiras (**Tabela 1**). Muitos desses serviços não dispõem de especialistas em medicina fetal treinados para a indução do óbito fetal (DIEDRICH; DREY, 2010), geralmente realizada com procedimento medicamentoso após 24 semanas. No Brasil, apenas três serviços de aborto previsto em lei não estabelecem em seus protocolos limite de idade gestacional para o acolhimento de meninas e mulheres em situação de violência sexual (os serviços estão listados na **Tabela 2**, a seguir).

Nome do serviço	Município/UF
Hospital da Mulher Dra. Mercês Pontes Cunha	Recife/PE
Hospital de Clínicas de Uberlândia	Uberlândia/MG
Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Jr	Rio Grande/RS

Tabela 2. Serviços de aborto previsto em lei sem limite de idade gestacional para o acolhimento de meninas e mulheres em situação de violência sexual, novembro de 2020.

Embora pouco frequente, o aborto nas fases mais avançadas da gravidez afeta de maneira desproporcional as mulheres em situação de maior vulnerabilidade social, as crianças e as adolescentes (DREY et al., 2006; HARRIS, GROSSMAN, 2011). A demora em reconhecer os sinais da gravidez (HARRIES et al., 2007), o desconhecimento sobre as previsões legais do aborto (HARRIS; GROSSMAN, 2011) e as dificuldades de acesso ao reduzido número de serviços (DREY et al., 2006; HARRIES et al., 2007) constituem as principais razões para a procura pelo aborto acima de 22 semanas. O problema que o limite de idade gestacional representa para as brasileiras foi amplamente reconhecido no caso de repercussão nacional da menina de 10 anos do Espírito Santo, acima relatado.

Reação ideológica do governo federal ao aborto nos casos de estupro: portarias 2.282/2020 e 2.561/2020

Dias após a realização do aborto da menina capixaba, o Ministério da Saúde publicou a portaria 2.282/2020 (BRASIL, 2020a), que alterava as regras para a realização do aborto previsto em lei em casos de estupro e impunha uma série de dificuldades às mulheres e aos profissionais de saúde dos serviços de aborto legal.

Primeiro, a Portaria 2.282/2020 violava a obrigação dos profissionais de saúde com o sigilo profissional. O dever do sigilo profissional é um dos pilares dos códigos de ética dos profissionais de saúde (COFEN, 2017; CFM, 2019; CFP, 2005; CFESS, 2012) porque está relacionado ao estabelecimento do vínculo de confiança entre a menina ou mulher e o profissional. É esse vínculo que deixa a mulher confortável para revelar a situação de violência sofrida. A quebra do sigilo profissional nas situações de violência contra a mulher, portanto, pode levar a uma erosão irreversível dessa relação de confiança com o profissional de saúde e culminar no afastamento da mulher dos espaços de acolhimento, tratamento e orientação (HYMAN; SCHILLINGAN; LO, 1995; THOMAS, 2009).

Segundo, a Portaria 2.282/2020 ainda impunha dificuldades descabidas tanto a meninas e mulheres como aos profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde. A obrigatoriedade da equipe médica em informar sobre a possibilidade de visualizar o feto ou embrião por meio de ultrassonografia, constante na Portaria, configurava-se em uma tentativa velada de personificar o feto/embrião e de dissuadir a menina ou mulher de realizar a interrupção da gravidez (GUTTMACHER INSTITUTE, 2020). Além de existirem muitas evidências científicas que apontam que a ultrassonografia não é um exame imprescindível para a assistência ao aborto previsto em lei nas fases iniciais da gravidez (BRACKEN et al., 2011; RAYMOND;

BRACKEN, 2015), a medida constituía-se em um mecanismo de tortura contra meninas e mulheres brasileiras que, apesar de suas convicções morais e religiosas, decidem pela interrupção da gravidez decorrente de estupro.

Ainda, o termo de consentimento “livre” e esclarecido constante no anexo da Portaria 2.282/2020, continha falhas e distorções graves que pareciam ter caráter ideológico/moral no processo de esclarecimento quanto aos procedimentos adotados para a interrupção de gravidez. O texto do termo de consentimento não esclarecia os benefícios da interrupção da gravidez e tampouco quantificava os riscos à saúde da menina ou mulher relacionados à manutenção da gravidez. Essas informações são fundamentais para qualquer termo de consentimento válido na prática em saúde (RCOG, 2015).

Os obstáculos impostos pela Portaria 2.282/2020 evidenciavam uma reação claramente ideológica, moral e religiosa do governo federal ao aborto nos casos de estupro no Brasil. A Portaria foi revogada com menos de um mês de sua promulgação, numa tentativa de esvaziar o julgamento sobre sua inconstitucionalidade junto ao Supremo Tribunal Federal (STF, 2020a; STF, 2020b).

Em substituição, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 2.561/2020 (BRASIL, 2020b), ainda em vigor até a data de conclusão deste texto, que manteve a obrigatoriedade de denúncia da violência sexual à polícia com a ilegal quebra do sigilo profissional e a necessidade de encaminhamento dos vestígios da violência à autoridade policial, à revelia do consentimento da mulher. Além de inconstitucional, a coleta de material biológico da mulher sem o seu consentimento é uma grave violação das normas éticas nacionais (CFM, 2019) e internacionais (WMA, 2006).

Em 19 de janeiro último, quando esse artigo estava sendo concluído, o Ministério da Saúde publicou uma Portaria (GM/MS Nº 78, de 18 de janeiro de 2021), regulamentando a comunicação compulsória, às autoridades policiais, dos casos de violência contra a mulher atendidos por serviços de saúde (públicos e privados) para ajustar a norma existente à Lei nº 13.931/2019, que também determina a exigência de que os casos sejam obrigatoriamente comunicados à autoridade policial. Essa nova portaria, ao contrário das anteriores, define uma regra clara de sigilo em relação aos prontuários e à identidade das vítimas (em alguns casos). Não fica claro, contudo, se essa nova norma substitui as anteriores. Além disso, a ausência de critério objetivo para caracterizar as hipóteses de “risco à comunidade ou à vítima”, que determinam a comunicação externa com identificação das vítimas, deve ser objeto de muita atenção.

Oportunidades abertas pela pandemia da COVID-19: aborto previsto em lei por telessaúde

Apesar dos retrocessos observados nos últimos anos, especialmente durante o enfrentamento à pandemia da COVID-19, houve também alguns avanços no que diz respeito ao acesso aos serviços de aborto previsto em lei no Brasil. Alguns serviços têm sido reestruturados para o uso da telemedicina/telessaúde, que é uma alternativa para o cuidado neste período de necessário distanciamento social (WEBSTER, 2020).

Isso foi possível após autorização do governo federal para o uso da telemedicina/telessaúde, em atendimentos durante a pandemia (BRASIL, 2020c). Um estudo prévio com intervenções clínicas por videoconferência sinaliza resultados positivos para a saúde mental de mulheres em situação de violência sexual com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja por motivos logísticos/geográficos, seja por questões sociais - pobreza e desemprego, por exemplo (HASSIJA; GRAY, 2011). O uso da telessaúde para o aborto previsto em lei é incipiente no Brasil - apenas um serviço brasileiro oferece essa alternativa até o momento (Tabela 1), mas tem o potencial de promover maior equidade no acesso a esse direito fundamental, já que pode diminuir a barreira geográfica imposta pela insuficiência do número de serviços e reduzir custos relacionados ao tratamento.

O primeiro serviço de aborto previsto em lei a oferecer a opção do tratamento por telessaúde no Brasil surgiu de uma parceria entre profissionais de saúde do serviço e advogadas e pesquisadoras da ANIS - Instituto de Bioética. Com a parceria, foi possível reafirmar os marcos legais para a telessaúde e para o uso do misoprostol (BRASIL, 2020d), bem como estabelecer os critérios de elegibilidade para o protocolo de aborto por telessaúde - idade gestacional menor ou igual a 9 semanas e ausência de fatores de risco para gravidez ectópica (VON HERTZEN et al., 2007; RAYMOND et al., 2020; ENDLER et al., 2019). O limite de 9 semanas para o protocolo de aborto por telessaúde tem o potencial de abranger até 80% dos casos atendidos nos serviços. Essas estimativas reforçam o potencial do uso da telessaúde para a diminuição da necessidade de leitos hospitalares e do risco de infecção pelo coronavírus para meninas e mulheres durante a pandemia (MARTINS, 2020).

A segurança/eficácia e a satisfação de meninas, mulheres e profissionais de saúde com os desfechos do aborto realizado por telessaúde também está bem documentada na literatura (ENDLER et al., 2019). Para as mulheres, o tempo de deslocamento até o serviço é um fator fundamental para a escolha do aborto por telessaúde (GRINDLAY; LANE; GROSSMAN, 2013; GRINDLAY; GROSSMAN, 2017). Maior privacidade

durante o tratamento também é um aspecto importante para as mulheres que optam pelo aborto no ambiente domiciliar (GRINDLAY; GROSSMAN, 2017). Já para os profissionais de saúde, o aborto por telessaúde representa maior flexibilidade do cuidado, maior eficiência de recursos, maior possibilidade de prover o aborto em idades gestacionais mais precoces como consequência do acesso mais rápido aos serviços, além de facilitar a promoção do cuidado centrado na pessoa (GRINDLAY; LANE; GROSSMAN, 2013; GRINDLAY; GROSSMAN, 2017).

A agenda dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil para 2021: telessaúde, mifepristone, digoxina injetável e aborto cirúrgico de segundo trimestre

O uso da telessaúde para o aborto previsto em lei, dada sua segurança e eficácia, deve ser estendido para além do período da pandemia (ASSIS; LARREA, 2020; COHEN et al., 2020). A ampliação do acesso ao aborto previsto em lei por telessaúde com a adesão de outros serviços a essa modalidade de tratamento deve ser prioridade para os profissionais de saúde e para a sociedade civil engajada na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos de meninas e mulheres brasileiras.

Igualmente prioritária na agenda dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, está a aprovação do registro do mifepristone e da digoxina injetável junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A combinação de mifepristone e misoprostol é hoje a alternativa mais eficaz e segura para o aborto medicamentoso até 12 semanas de idade gestacional (WHO, 2018) e pode ser utilizada inclusive de maneira autoadministrada, sem a necessidade de visita ao serviço de saúde até a 10^a semana de gravidez (GAMBIR et al., 2020). Por esse motivo, o mifepristone consta da lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2019).

Outra pauta importante de incorporação tecnológica diz respeito à digoxina injetável, que também consta na lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2019). Esse fármaco representa uma alternativa simples, eficaz e segura diante da necessidade de indução do óbito fetal prévia ao aborto em serviços que não dispõem de especialistas em medicina fetal treinados para o procedimento (DIEDRICH; DREY, 2010; SHARVIT et al., 2019). Constitui uma tecnologia necessária para procedimentos de aborto em caso de estupro quando a gestação está em estágios avançados.

Outro desafio tecnológico para a agenda dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil é a introdução da opção do tratamento cirúrgico para os casos legais de aborto no segundo trimestre de gravidez, ou seja, procedimentos de dilatação e

evacuação. Essa técnica tem vantagens em relação ao tratamento medicamentoso em casos de gestações tardias, como a menor frequência de eventos adversos, menor tempo de tratamento e menor percepção de dor (LOHR; HAYES; GEMZELL-DANIELSSON, 2008).. No entanto, essa opção terapêutica não está disponível no Brasil. A inexistência de ginecologistas/obstetras brasileiros com experiência em dilatação e evacuação em gestações avançadas é uma importante barreira à introdução do procedimento. As associações de Ginecologia e Obstetrícia devem apoiar o desenvolvimento de competências para a dilatação e evacuação direcionado a preceptores de serviços de aborto legal nos programas de residência em Ginecologia e Obstetrícia brasileiros de maneira a viabilizar a técnica como alternativa segura para pessoas em situação de aborto previsto em lei no Brasil.

Considerações finais

Apesar do aborto nos casos de gravidez decorrente de estupro e de risco de morte para a mulher gestante estar previsto na lei brasileira desde 1940, o acesso das meninas e mulheres brasileiras a esse direito reprodutivo ainda é muito escasso, nesse país de dimensões continentais e com tantas desigualdades regionais. Historicamente, legisladores, gestores e provedores são omissos no que diz respeito à garantia do direito ao aborto, ou explicitamente são contrários à lei vigente. A realidade brasileira é inóspita para as mulheres e adolescentes que procuram interromper suas gravidezes dentro dos permissivos legais. Ainda existem muitos hospitais brasileiros sem profissionais para prestar esse atendimento, em flagrante descumprimento da Lei nº 12.845/2013, que tornou obrigatório o atendimento integral de pessoas em situação de violência sexual. Profissionais de saúde ainda desconhecem as leis e normativas relacionadas ao aborto legal e invocam a objeção de consciência para não se comprometerem com esse dever profissional. Em decorrência desse descompromisso com os direitos das meninas e mulheres brasileiras, estas acabam relegadas à clandestinidade, com todas as consequências trágicas à saúde, inclusive a persistência dos elevados indicadores de morbimortalidade materna por aborto no Brasil.

É imperativo que os profissionais de saúde dos poucos serviços brasileiros de aborto previsto em lei continuem a compartilhar suas experiências de maneira a aprimorar o cuidado prestado às meninas e mulheres brasileiras e a incentivar a implementação de novos serviços. Ainda, é necessário o engajamento dos profissionais junto à sociedade civil na luta pela dignidade das meninas e mulheres que necessitam de um aborto legal no Brasil: a ampliação do aborto por telessaúde e a aprovação de mifepristone e digoxina injetável junto à ANVISA são pautas das quais o país não pode se eximir.

Referências

ASSIS, M.P; LARREA, S. Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic. *Sex Reprod Health Matters* 2020; 28(1):1779633. doi: 10.1080/26410397.2020.1779633.

Atualização no Mapa Aborto Legal indica queda em hospitais que seguem realizando o serviço durante pandemia. Artigo 19 [Internet]. 2020 Jun 02 [acesso em 09 Jan 2021]. Disponível em: <https://artigo19.org/2020/06/02/atualizacao-no-mapa-aborto-legal-indica-queda-em-hospitais-que-seguem-realizando-o-servico-durante-pandemia/>

BERTHO, H. Hospital Pérola Byington reabre serviço de aborto legal. *Revista Marie Claire*. [Internet]. 2020a Mar 30 [acesso em 09 Jan 2021]. Disponível em: <https://revistamarieclaire.globo.com/Mulheres-do-Mundo/noticia/2020/03/hospital-perola-byington-reabre-servico-de-aborto-legal.html>

BERTHO, H. Principal hospital de aborto legal de SP interrompe o serviço na crise do coronavírus. *Revista AzMina* [Internet]. 2020b Mar 26 [acesso em 09 Jan 2021]. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/aborto-legal-sao-paulo-interrompe-servico-crise-coronavirus/>

BRACKEN, H. et al. Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol. *BJOG* 2011; 118(1):17-23.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, 1940.

BRASIL. Ministério da Justiça. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial No. 288, de 25 de março de 2015. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. Brasília, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas Para as Mulheres. Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. 1a. ed. Brasília, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.508, de 1º 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-SUS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União. Brasília, 2020a. [Acesso em 10 Jan 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União. Brasília, 2020b. [Acesso em 10 Jan 2021]. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>.

BRASIL. 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). Diário Oficial Da União. Publicado em 16/04/2020, Edição 73, Seção: 1, Página: 1. Brasília, 2020c.

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). Diário Oficial da União. Publicado em: 24/03/2020 | Edição: 57-C | Seção: 1 - Extra | Página: 2. Brasília, 2020d.

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, 2014.

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. 3ª ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao abortamento: norma técnica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Informe 3: SERVIÇOS DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS

EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. [Acesso em 04 Jan 2021]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/07/Informe-3-21.03.16.pdf>.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, 2013.

CARDOSO, B.B; VIEIRA, F.M.S; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. Cad. Saúde Pública 2020; 36 (Suppl 1): e00188718. <https://doi.org/10.1590/01002-311x00188718>.

CHADE, J. Brasil se abstém em voto sobre saúde sexual e reprodutiva na ONU. UOL [Internet]. 2020 Jun 26. [Acesso em 19 Jan 2021]. Disponível em: <https://jamilchade.blogosfera.uol.com.br/2019/06/26/brasil-se-abstem-em-voto-sobre-saude-sexual-e-reprodutiva-na-onu/>

CHAVKIN, W.; LEITMAN, L.; POLIN, K. for Global Doctors for Choice. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: a White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. Int J Gynaecol Obstet. 2013; 123 Suppl 3: S41-56. doi: 10.1016/S0020-7292(13)60002-8.

COHEN, M.A. et al. Special ambulatory gynecologic considerations in the era of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and implications for future practice. Am J Obstet Gynecol 2020; 223(3):372-378. doi: 10.1016/j.ajog.2020.06.006. Epub 2020 Jun 6.

COLÁS, O.R. et al. Aborto legal por estupro: primeiro programa público do país. Bioética 1994; 2(1):81-5.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). RESOLUÇÃO CFM Nº 2.217/2018. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

DIEDRICH, J.; DREY, E. Society of Family Planning. Induction of fetal demise before abortion. *Contraception*. 2010; 81(6): 462-73. doi: 10.1016/j.contraception.2010.01.018.

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* 2014; 22(43): 141-148. DOI: 10.1016/S0968-8080(14)43754-6.

DREY, E.A. et al. Risk Factors Associated With Presenting for Abortion in the Second Trimester. *Obstet Gynecol* 2006;107:128–35.

DUCHIADE, A. Brasil acompanha países islâmicos em votações sobre direitos das mulheres e sexuais na ONU. *O Globo* [Internet]. 2020 Julho 11 [acesso em 19 Jan 2021]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/mundo/brasil-acompanha-paises-islamicos-em-votacoes-sobre-direitos-das-mulheres-sexuais-na-onu-23800730>.

ENDLER, M. et al. Telemedicine for medical abortion: a systematic review. *BJOG* 2019;126:1094–1102. doi: 10.1111/1471-0528.15684.

FAÚNDES, A.; ANDALAF NETO, J. IV Fórum Interprofissional sobre atendimento da mulher vítima de violência sexual. *Femina* 2000; 28(9):515-519.

FAÚNDES, A.; ARAÚJO, M.J.O.; ANDALAF NETO, J. Relatório Final: VIII Fórum Inteprofissional para Atendimento Integral da Mulher Vítima de Violência Sexual. *Femina* 2004; 32(6):455-461.

FAÚNDES, A. et al. Relatório Final: IX Fórum Interprofissional: Abortamento Inseguro como forma de violência contra a mulher. *Femina* 2004; 32(10):877-884.

FAÚNDES, A., et al. Relatório Final: X Fórum Interprofissional sobre violência contra a mulher e implementação do aborto previsto na lei. *Femina* 2007a; 35(1):55-58.

FAÚNDES, A., et al. Relatório do XI Fórum Interprofissional sobre violência contra a mulher e implementação do aborto previsto na lei. *Femina* 2008; 36(5):295-301.

FAÚNDES, A., et al. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007b; 29(4): 192-199. [Acesso em 19 Jan 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000400005>.

FAÚNDES, A.; LEOCÁDIO, E.; ANDALAFT NETO, J. VI Fórum de Atendimento Integral à Saúde da Mulher Vítima de Violência Sexual – Relatório Final. *Femina* 2002; 30(7):489-93.

FAÚNDES, A.; LEOCÁDIO, E.; ANDALAFT NETO, J. Relatório Final: VII Fórum Interprofissional para atendimento integral da mulher vítima de violência sexual. *Femina* 2003; 31(5):473-478.

FAÚNDES, A., et al. V Fórum de atendimento integral à mulher vítima de violência sexual. Relatório Final. *Femina* 2001; 29(2):107-112.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. Ano 14 2020. ISSN 1983-7364.

GAMBIR, K. et al. Self-administered versus provider-administered medical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 3. Art. No.: CD013181. DOI: 10.1002/14651858.CD013181.pub2.

GRINDLAY, K.; GROSSMAN, D. Telemedicine provision of medical abortion in Alaska: Through the provider's lens. *J Telemed Telecare* 2017; 23(7):680-685. doi: 10.1177/1357633X16659166. Epub 2016 Jul 14.

GRINDLAY, K.; LANE, K.; GROSSMAN, D. Women's and providers' experiences with medical abortion provided through telemedicine: a qualitative study. *Women's Health Issues* 2013; 23(2):e117-22. doi: 10.1016/j.whi.2012.12.002. Epub 2013 Feb 12.

GUIMARÃES, P. "Quero voltar logo para jogar futebol": a saga de uma criança para fazer o aborto no Brasil. *Brasil. Catarinas: Jornalismo com perspectiva de gênero* [Internet]. 2020 Agosto 17 [acesso em 10 Jan 2021]. Disponível em: <https://catarinas.info/quero-voltar-logo-para-jogar-futebol-a-saga-de-uma-crianca-para-fazer-o-aborto-no-brasil/>.

GUTTMACHER INSTITUTE. State laws and policies. Requirements for Ultrasound [Internet] Agosto 1, 2020 [acesso em 10 Jan 2021]. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/requirements-ultrasound>

GUZZO, M. Aborto previsto em lei: um direito em disputa no Brasil. *Catarinas: Jornalismo com perspectiva de gênero* [Internet]. 2020 Oct 01 [acesso em 07 Jan 2021]. Disponível em: <https://catarinas.info/aborto-previsto-em-lei-no-brasil/>.

HARRIES, J., et al. Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa. *Reproductive Health* 2007; 4:7.

HARRIES, J., et al. The challenges of offering public second trimester abortion services in South Africa: health care providers' perspectives. *Journal of Biosocial Science* 2012; 44: 97-208. doi:10.1017/S0021932011000678

HARRIS, L. GROSSMAN, D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2011;115:77–79. doi: 10.1002/14651858.CD006714.pub2.

HASSIJA, C.; GRAY, M. The Effectiveness and Feasibility of Videoconferencing Technology to Provide Evidence-Based Treatment to Rural Domestic Violence and Sexual Assault Populations. *Telemed J E Health* 2011;17(4):309-15. doi: 10.1089/tmj.2010.0147.

HYMAN, A.; SCHILLINGAN, D.; LO, B. Laws Mandating Reporting of Domestic Violence: Do They Promote Patient Well-being? *JAMA* 1995; 273(22):1781-7.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Atlas da Violência 2018. Brasília, 2018.

IONOVA, A. Pandemia e novas regras dificultam acesso ao aborto legal no Brasil. *BBC News Brasil* [Internet]. 2020 Nov 22 [acesso em 09 Jan 2021]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-54695318>

LEDERLE, L. et al. Obesity as a Risk Factor for Complications After Second-Trimester Abortion by Dilation and Evacuation. *Obstetrics and Gynecology* 2015; 126(3): 585–592.

LOHR, P. A.; HAYES, J.L.; GEMZELL-DANIELSSON, K.. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; Issue 1. Art. No.: CD006714. DOI: 10.1002/14651858.CD006714.pub2.

LOUREIRO, D.C.; VIEIRA, E.M. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(3): 679-688. [acesso em 19 Jan 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300004>.

MADEIRO, A.P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Cienc e Saúde Coletiva* 2016; 21(2):563-572.

MARTINS, L. Basta! Com a pandemia da COVID-19, o número de casos de feminicídio e violência doméstica cresceu no Brasil e no mundo, escancarando o problema. Em

novembro, o Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra as Mulheres está longe de ser uma data comemorativa. *Femina* 2020; 48(11):657-62.

RAYMOND, E.G.; BRACKEN, H. Early medical abortion without prior ultrasound. *Contraception* 2015; 92:212-214.

RAYMOND, E.G., et al. Commentary: No-test medication abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond. *Contraception* 2020; 101:361-366.

REDE MÉDICA PELO DIREITO DE DECIDIR publica nota com cinco lições que o Brasil deve aprender com uma criança de apenas 10 anos. Agência Patrícia Galvão [Internet]. 2020 Agosto 18 [acesso em 19 Jan 2021]. Disponível em: <https://agenciapatriciagalvao.org.br/mulheres-de-olho/dsr/rede-medica-pelo-direito-de-decidir-publica-nota-com-cinco-licoes-que-o-brasil-deve-aprender-com-uma-crianca-de-apenas-10-anos/>

ROSAS, C. F.; PARO, H. B. M. S.; MORAES FILHO, O. A. Bolsonaro e a misoginia como política pública. Folha de S.Paulo [Internet]. 22 Agosto 2020 [acesso em 19 Jan 2021]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2020/08/bolsonaro-e-a-misoginia-como-politica-publica.shtml>

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). Obtaining Valid Consent. Clinical Governance Advice No. 6. Jan. 2015. London: RCOG, 2015.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria No 692, de 26 de abril de 1989. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo. v.34, n.76, 26 Abr 1989, p.12.

SHARVIT, M., et al. Intra-amniotic digoxin for feticide between 21 and 30 weeks of gestation: a prospective study. *BJOG* 2019; 126:885–889.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Portaria do Ministério da Saúde sobre aborto é questionada no STF por cinco partidos políticos [Internet]. 2020a Set 4 [acesso em 10 Jan 2021]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=451025>

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Portaria que cria regras para realização de aborto legal no SUS é questionada no STF [Internet]. 2020b Set 2 [acesso em 10 Jan 2021]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=450844&ori=1>

THOMAS, I. Against the Mandatory Reporting of Intimate Partner Violence. *Virtual Mentor*, 2009; 11(2): 137-40.

VON HERTZEN, H., et al. behalf of the WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet* 2007; 369: 1938–46.

WEBSTER, P. Virtual health care in the era of COVID-19. *Lancet* 2020; 395(10231):1180-1181. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30818-7.

WICCLAIR, M.R. *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis*. New York: Cambridge University Press, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines, 2019 (including the 21st WHO Model List of Essential Medicines and the 7th WHO Model List of Essential Medicines for Children)*. Geneva: World Health Organization, 2019 (WHO Technical Report Series, No. 1021). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IG.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). *Medical management of abortion*. Geneva: WHO, 2018.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION (WMA). *Wma International Code Of Medical Ethics*. Adopted by the 3 General Assembly of the World Medical Association, London, England, October 1949 and amended by the 22 World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968 and the 35 World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and the 57 WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006. [Internet]. 2018 Jul 9. [Acesso em 11 Jan 2021]. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>.