



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE SAÚDE - FS**  
**SAÚDE COLETIVA**

**MARIA JULIANA ROCHA REIS**

**VIOLÊNCIA SEXUAL E DIREITOS REPRODUTIVOS: UM DEBATE  
FEMINISTA.**

**BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL**  
**2023**

Maria Juliana Rocha Reis

Violência Sexual e Direitos Reprodutivos: um Debate Feminista.

Monografia apresentada ao  
Departamento de Saúde Coletiva como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Bacharel em Saúde Coletiva  
Professora Orientadora: Patrícia de Souza  
Rezende  
Co- Orientadora: Rosimeire Barboza da  
Silva

Brasília, DF  
2023

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente aos meus guias espirituais por me acompanharem em todas as etapas da vida e me darem a força vital para vencer todas as demandas.

Agradeço aos meus pais e meu irmão por me darem suporte para fazer a graduação.

Agradeço imensamente à professora Rosimeire Barboza da Silva pelo cuidado com a co-orientação e pelos ensinamentos tão ternos e estratégicos, eles seguirão sendo usados como instrumento de luta.

Agradeço a todos os amigos que me ajudaram durante a graduação, especialmente aos queridos Marcelo da Silva Costa, Eduarda Sousa Queiroz e Priscila Borges.

Eu sangro em feridas que não estão no meu corpo  
A cada “cantada”, uma menina que se desencanta  
A cada feminicídio, um nó na garganta  
A cada amiga estuprada, uma revolta  
A cada criança violada, uma vida sem volta  
A cada pele alisada sem consentimento, um  
lamento  
A cada mulher agredida, nem sempre com feridas  
Mas com gestos, gritos, ou falas despercebidas  
Eu reparo, me revolto, e não me calo  
Meus versos pulsam sempre pelas minhas irmãs  
Silenciadas, desanimadas, machucadas e  
estupradas  
Que eu use cada relato e cada lamento como  
objeto de luta  
E nunca como fim em mim mesma  
Em ciência, em ironia e ousadia  
Escrita, oral, cantada, e em poesia, aqui e todo  
dia.

Maria Juliana Rocha Reis

## RESUMO

Esse trabalho propõe uma discussão sobre o aborto legal no Brasil para vítimas de violência sexual, interseccionando a cultura do estupro e genocídio da população negra na ótica de Abdias do Nascimento, considerando a importância de ampliar o debate sobre o aborto legal no país. Refletimos sobre a importância da autonomia da mulher em relação à saúde sexual e reprodutiva atrelada a cultura do estupro, a fim de reconceituar as violências sexuais. Objetivo: Elucidar as produções sobre aborto entre 2015 e 2022. Método: Trata-se de uma revisão bibliográfica na base de dados da BVS, com os descritores “aborto legal” e “Brasil”. Da primeira relação de trabalhos resultantes, filtramos por: aborto legal; aborto; violência contra a mulher; estupro; direitos sexuais e reprodutivos; saúde pública; saúde da mulher; bioética; política; direitos da mulher; bioética; política; direitos da mulher; legislação médica. Resultados: 21 artigos foram selecionados para análise. Os dados foram discutidos com o auxílio do estado da arte e abordaram a reestruturação da oferta legal de aborto no Sistema Único de Saúde (SUS), reformas nas graduações de Enfermagem e Medicina, aperfeiçoamento obstétrico, debates sobre aborto na Câmara dos Deputados, o cenário político e a influência da religião e do neoliberalismo na precarização da saúde sexual e reprodutiva no Brasil.

**Palavras chave: Aborto legal. Brasil. Saúde.**

## ***ABSTRACT***

*This work proposes a discussion on legal abortion in Brazil for victims of sexual violence, intersecting the culture of rape and genocide of the black population from the perspective of Abdias do Nascimento, considering the importance of expanding the debate on legal abortion in Brazil. Objective: To elucidate the productions on abortion in the last 5 years in Brazil, to guide the importance of women's autonomy over sexual and reproductive health linked to the culture of rape, in order to reconceptualize sexual violence. Method: This is a bibliographic review in the VHL database, with the descriptors "legal abortion" and "Brazil". From the first list of resulting works, we filtered by: legal abortion; abortion; violence against women; violation; sexual and reproductive rights; public health; women's health; bioethics; policy; women rights; bioethics; policy; women rights; medical legislation. Results: 21 articles were selected for analysis. The data were discussed with the aid of the state of the art and addressed the conduct of the legal offer of abortion in the Unified Health System (SUS), reforms in the graduations of Nursing and Medicine, obstetric improvement, debates on abortion in the Chamber of Deputies, the political and the influence of religion and neoliberalism on the precariousness of sexual and reproductive health in Brazil.*

**Key words: Legal abortion, Brazil, Health.**

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Gráfico 1 - Proporção de objetos empíricos dos artigos analisados entre 2017 e 2022 .....	23
Gráfico 2 - Problemas evidenciados pela literatura sobre aborto entre 2017 e 2022 .....	24

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Violência Interpessoal - Frequência por Estupro Segundo Raça entre 2017 e 2021.....	19
Tabela 2 - Violência Interpessoal - Frequência por sexo e estupro entre 2017 e 2021.....	19

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Sistema Único de Saúde - SUS

Violência Sexual - VS

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Projeto de Lei - PL

Organização Mundial de Saúde- OMS

Sistema de Informação de Agravos e Notificações - SINAN

Atenção Básica - AB

Atenção Primária em Saúde - APS

Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST 's

Sistema de Informações Sobre Mortalidade - SIM

Supremo Tribunal Federal - STF

Razão de Mortalidade Materna - RMM

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
1.1. O Brasil e a cultura do estupro	11
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	<b>15</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
3.2. Objetivos específicos	17
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>17</b>
4.1. Dimensão do Estupro no Brasil	17
4.2. Dados quantitativos sobre a VS no Brasil	19
4.3. Violência sexual no Brasil	20
<b>5. METODOLOGIA</b>	<b>23</b>
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>24</b>
6.1. O Cenário político e cultural do Brasil sobre o aborto	24
6.2. Perfil das necessidades das mulheres que abortaram	26
6.3. Perspectivas das graduações em saúde em relação ao aborto	26
6.4. Objeção de Consciência	28
6.5. Gráficos elaborados a partir do estado da arte.	30
<b>7. CONCLUSÃO</b>	<b>33</b>
<b>8. RECOMENDAÇÕES FINAIS</b>	<b>35</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>36</b>
<b>10. APÊNDICE</b>	<b>41</b>

# 1.INTRODUÇÃO

## 1.1. O Brasil e a cultura do estupro

O Brasil é um país cujo povo originário é indígena, mas desde que essa terra foi ocupada por portugueses, a nação brasileira lida com problemas de apagamento da cultura nativa e existência velada da cultura do estupro. A história do Brasil tem uma enorme mancha de sangue deixada pelos estupros em massa contra as mulheres indígenas e pretas. Quando ocorrem conflitos cuja finalidade é a dominação territorial, além de invadirem as terras, invadem também corpos femininos que residem nessas terras e suas autonomias. Infelizmente a nação brasileira nasceu assim, com o genocídio do negro brasileiro através do processo problemático de miscigenação. No Brasil, desde o colonialismo, a população brasileira era majoritariamente indígena (povos nativos) e preta (população escravizada, trazida do continente africano), ou seja, a cultura permissiva de invasão dos corpos das mulheres têm raízes muito mais profundas que um desejo de miscigenação. Mulheres brancas e negras eram vistas como objetos, segundo Sueli Carneiro (1995), mas enquanto as mulheres brancas eram objeto de ascensão social para homens negros, as mulheres negras eram vistas como acessíveis e realizadoras de desejos sexuais. Essas relações desembocaram em hierarquias raciais nas quais as mulheres negras e indígenas foram e continuam sendo as mais vulneráveis à violência sexual (VS) (CARNEIRO, 1995).

Os estupros, além de objeto de dominação dos corpos indígenas e negros, eram também uma importante ferramenta de genocídio da população negra, uma vez que as pessoas brancas tinham o objetivo de branqueamento da raça e a intitular de salvação da raça ariana. O escritor José Veríssimo defendia a ideia de que a salvação da “mancha negra” na história do Brasil era a cultura do estupro, pois o elemento superior (pessoas brancas) se sobressairia, e com o passar dos anos as pessoas negras iriam parar de nascer, argumento também defendido pela igreja católica que considerava o sangue de pessoas negras infectado (NASCIMENTO, 2016).

O projeto de branqueamento que consistia basicamente em clarear a cor da pele da população brasileira a partir da reprodução sexual entre pessoas brancas e negras, contou com uma política de imigração que convidava pessoas brancas, tidas como necessárias para salvar o Brasil por elevar o nível cultural e intelectual da nação. Exemplos de figuras que encabeçaram essa ideologia foram o diplomata francês Arthur de Gobineau, que chegou a prever que as pessoas negras desapareceriam do Brasil em dois séculos, João Batista Lacerda, delegado latino-americano que previa que até 2012 as pessoas negras estariam extintas no

Brasil, fala dita no Primeiro Congresso Universal de Raças em Londres, em 1911(NASCIMENTO, 2016).

Todo esse fomento ao branqueamento da raça do brasileiro deu permissividade aos homens brancos estuprarem mulheres negras e indígenas, o que resultava em gravidez indesejada que por falta de tecnologias (métodos contraceptivos, medicamentos para aborto ou outros métodos abortivos, informação) acabaram parindo uma sociedade adoecida que normaliza o estupro (NASCIMENTO, 2016).

Arelado à esse histórico, o Brasil contém em seu ordenamento jurídico e na cultura, romantização da maternidade e criminalização do aborto. A cultura brasileira romantiza a gestação e obriga as mulheres a terem filhos, desconsiderando os contextos de violência, determinantes sociais de cor, classe social, nível de escolaridade, quadro clínico mental da gestante, ou a simples vontade da mulher de não seguir com a gestação.

De acordo com o panorama apresentado, um resultado da cultura do estupro são as gestações indesejadas. Embora o aborto no Brasil tenha conotação negativa tanto no senso comum quanto no código penal, ele continua sendo realizado por muitas mulheres no Brasil ocasionando óbitos em decorrência das complicações após a realização dos métodos inapropriados em espaços clandestinos de abortamento. Infelizmente não é possível mensurar com exatidão a dimensão deste problema de saúde pública pela ausência de dados nos sistemas de notificações a respeito das complicações pós aborto que podem ter o óbito como desfecho.

Existe uma diferença entre aborto e abortamento. O abortamento é todo o processo que se passa, desde o pensamento de interrupção da gravidez, a escolha do método (legal ou ilegal), os encontros com as equipes de saúde responsáveis por esse processo, já o aborto é a saída do feto, o ato consumado (BACELAR, 2009).

Embora esse problema (estupro) ocorra no Brasil desde o colonialismo, o direito ao aborto no Brasil só chegou através do artigo 128 do decreto de lei nº 2848 de 07 de dezembro de 1940, sendo legal em casos de violência sexual, gestação de risco, feto anencéfalo ou em casos de transmissão vertical de zika vírus. Ou seja, 440 anos para dar uma resposta com força de lei para um crime que foi cronificado na cultura brasileira.

Apesar disso, somente em 1989 (49 anos após a vigência da lei) esse serviço foi ofertado pela primeira vez no Brasil, em São Paulo, no hospital do Jabaquara (MEDEIROS, 2021).

O instrumento usado para realização do aborto legal é medicamentoso, na maioria das vezes. O Misoprostol é um princípio ativo medicamentoso eficaz para realização do aborto. No Brasil, os abortos legais são feitos com o uso do medicamento Misoprostol, aprovado na

7ª edição do RENAME- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Publicada no Diário Oficial da União nº 85, Seção I – pág. 58, de 6/5/2010).

Ele é apresentado no item 18.5 como comprimido vaginal 25 ug, 50 ug e 200ug, com condições de uso restrito ao aborto legal antes da 30ª semana de gestação e esvaziamento uterino no primeiro e no segundo trimestre gestacional (BRASIL,2010).

O Misoprostol é citado no parágrafo único do artigo 25 da Portaria Nº 344, de 12 de maio de 1998 como um medicamento restrito aos hospitais credenciados na Autoridade Sanitária competente. O parágrafo 4 obriga que os medicamentos à base de Misoprostol tenham advertências tanto no rótulo quanto na bula sobre risco para mulheres grávidas. É o item 99 da LISTA-B2 (Lista de Substâncias Psicotrópicas Anorexígenas) (BRASIL,1998).

Atenção: Risco para Mulheres Grávidas, Causa Graves Defeitos na Face, nas Orelhas, no Coração e no Sistema Nervoso e feto (BRASIL, 1998) .

Esse trecho da portaria deixa bem nítida a vulnerabilidade de pessoas que usam o medicamento clandestinamente. Uma função marcante dos textos contidos tanto na bula quanto na tarja é explicitar a negligência do Estado em saber que o uso do medicamento pode ter o óbito como desfecho, e mesmo assim não capacita os profissionais de Saúde para intervir nessas situações caso cheguem no SUS. As mulheres não são estimuladas a procurarem o serviço, pois de acordo com o artigo 20 da lei das Contravenções Penais, é uma infração facilitar uso de medicamentos ou objetos para realização de aborto, a lei teve a parte da multa revogada em 1997, mas de acordo com a jurisprudência vigente, o artigo ainda compõe a lei das Contravenções Penais. Isso faz com que o aborto, embora recorrente, seja um tema velado e discriminado na sociedade brasileira (BRASIL,1979).

O medicamento tem ação útero-cutânea, que amolece o colo do útero até que ele se dissolva e esorra aos poucos, por isso algumas mulheres correm risco de ter hemorragia, por exemplo, uma das complicações do aborto e causas de óbito. Ele pode ser ingerido via oral, vaginal, sublingual e retal, que influencia no tempo de absorção do princípio ativo e derretimento do colo do útero (BRASIL,2012).

Os efeitos adversos são: Síndrome de Mobius (paralisia facial congênita; Defeito do sistema límbico; Constrição das extremidades em forma de anel; Artrogriposis; Hidrocefalia; Holoprosencefalia; Extrofia de bexiga (BRASIL,2012).

As restrições do uso do medicamento evidenciam ainda a supremacia médica e das mulheres de classes mais abastadas que têm a oportunidade de realizar abortos clandestinos em clínicas e ambientes seguros.

Por exemplo, a mulher A que pertence à classe E (ganha até um salário mínimo) e quer abortar, provavelmente vai ter parte da sua renda comprometida para comprar um cytotec e vai procurar fazer esse procedimento com a ajuda de uma pessoa que ela confia muito, ou sozinha. A mulher B da classe A (mais de 15 salários mínimos), certamente irá buscar um médico indicado por alguma conhecida que já abortou ilegalmente em alguma clínica, ou buscar ajuda/indicação com o próprio ginecologista que a acompanha, visto que o valor a ser pago não será um fator limitante. Enquanto a mulher da classe E, mesmo que tenha acesso a um ginecologista do Sistema Único de Saúde, não deve sentir o mesmo conforto ao cogitar esse contato, e provavelmente não vai cogitar uma clínica porque extrapola o orçamento mensal. Embora as mulheres A e B não existam literalmente, se for perguntado para qualquer pessoa a aparência dessas duas mulheres, elas certamente estarão num estereótipo específico no senso comum.

Um estudo brasileiro realizado por Hardy e Costa, afirmou que 50% dos abortos domiciliares apresentaram complicações, e 20% dos abortos clandestinos são realizados por médicos em clínicas (BRASIL, 2004).

As normas sobre o aborto criadas pelo poder executivo, foram escritas por homens num contexto patriarcal, onde as decisões se centralizam mais no controle do corpo feminino, se elas fossem escritas por mulheres ou considerassem as trajetórias delas, certamente seriam diferentes. Mulheres de todas as classes sociais no Brasil sofrem com a ilegalidade do aborto, mas as leis incidem de maneira mais agressiva quando elas têm menos recursos.

A portaria nº 485, de 1 de abril de 2014 teve o objetivo de redefinir as redes ofertadas às pessoas em situação de violência sexual no Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o artigo 4º a portaria organiza serviço de Atenção às pessoas em situação de violência sexual é classificado em : I-Atenção integral às mulheres em situação de violência sexual; II-Atenção Integral a Adolescentes em situação de violência sexual; III- Atenção Integral às Crianças em situação de violêncvia sexual; IV-Atenção Integral aos homens em situação de violência sexual; V-Atenção Integral às pessoas idosas em situação de violência sexual; VI- Interrupção de Gravidez ns casos previstos em lei; VII- Serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual. O artigo 5º diz que o atendimento deve ser acolhedor, humanizado, com atendimento clínico, psicológico, prontuário detalhado com hora, data, local, exame de corpo e delito com descrição de todas as lesões e identificação do profissional, notificação compulsória de violência doméstica e sexual e também deve ser disponibilizado o coquetel pós exposição. Uma vez disponíveis em hospitais, os serviços devem funcionar 24 horas por dia todos os dias (BRASIL, 2005).

Na política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o aborto foi apontado como uma das principais causas de mortalidade materna nas capitais em 2001, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Foi reconhecido também que o aborto ilegal é a principal causa de óbitos evitáveis nas situações de abortamento, as equipes multiprofissionais dos hospitais estão pouco preparadas para ofertar esse atendimento e as mulheres que abortam demoram a procurar assistência nesses casos. Pela ilegalidade, o aborto ainda sofre subnotificações que dificultam a elaboração de políticas públicas, e até hoje, os sistemas de notificações do Sistema Único de Saúde (SUS) não contemplam variáveis diretamente ligadas ao aborto. O mesmo estudo brasileiro realizado por Hardy e Costa, afirmou que 50% dos abortos domiciliares apresentaram complicações, e 20% dos abortos clandestinos são realizados por médicos em clínicas, o que denota um viés de classe que separa quem tem maior probabilidade de morrer (BRASIL,2004).

Mesmo com a Portaria nº 653/GM/MS, de 28 de maio de 2003 obrigando os estados e municípios a investigarem as causas de óbitos maternos e considere o aborto um evento de notificação compulsória, os óbitos continuam subnotificados e as vidas continuam sendo negligenciadas pelas equipes multiprofissionais de saúde (BRASIL,2003).

Ao longo do trabalho, pretende-se explicar como a cultura do estupro evidencia a necessidade de ampliar a oferta de aborto legal a fim de emancipar os corpos das mulheres, e além disso, como a oferta dos serviços de aborto legal pode ser potencializada para melhor atender as necessidades das gestantes atendendo o princípio da equidade do SUS.

## 2. JUSTIFICATIVA

Esse trabalho de conclusão de curso pretende trazer uma análise sobre aborto legal em decorrência da violência sexual/estupro, com foco principal na ampliação do uso do Misoprostol, partindo de uma revisão bibliográfica dos últimos cinco anos acerca do tema. Um país historicamente marcado por hierarquias raciais e desigualdades, estupros em massa desde o colonialismo contra mulheres, sobretudo negras e indígenas, com o objetivo de branqueamento do povo brasileiro e apagamento da cultura nativa do Brasil. O fomento a esse branqueamento contou com políticas de imigração de europeus ao Brasil. Essas mulheres ainda hoje submetidas a condições de vulnerabilidade aos estupros e à exploração sexual (NASCIMENTO, 2016).

Embora hajam normativas que garantam o acesso ao aborto legal no Brasil, ter esse acesso ainda é muito tortuoso, porque as normativas são criadas por homens para uma sociedade patriarcal, minimizando as necessidades femininas.

Os desafios são diversos, desde intersubjetivos como valores morais, religiosos, até um projeto misógino e pró vida com viés neoconservador que não se preocupa com a vida das mulheres que buscam o aborto, e nem com a vida dos fetos que podem nascer nesse processo doloroso e difícil. Esse neoconservadorismo começou a ganhar força em 2005, reprimindo a minuta do Projeto de Lei (PL) de interrupção de gestação. Esse PL foi criado em resposta às demandas levantadas pelo movimento feminista na I Conferência Nacional de Políticas Públicas para Mulheres, em 2004 (LUNA, 2019).

No perfil epidemiológico onde as mulheres são mais estupradas por seus próprios parceiros e ex-parceiros sexuais, as mulheres cristãs que estão em um casamento ou em uma relação conjugal têm a cultura de negar que foram estupradas por valores religiosos, deixando de considerar determinantes sociais, anos de estudo, idade, arranjo familiar, entre outras vulnerabilidades. O estudo pretende evidenciar a necessidade de elaborar Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para vítimas de violência sexual, unindo o protocolo do misoprostol ao procedimento de curetagem, o método mais apropriado para cada caso e que ganhe um caráter mais normativo do que as portarias já vigentes.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

Compreender como tem sido a assistência ao aborto em decorrência da violência sexual/estupro no Brasil nos últimos 5 anos, tendo em vista o protocolo de uso do Misoprostol já regulamentado e a cultura de estupro no Brasil.

#### **3.2. Objetivos específicos**

1. Identificar o que tem sido produzido nos últimos 5 anos sobre o aborto legal no Brasil.
2. Interseccionar a cultura do estupro com a necessidade de abranger o conceito de violência sexual.

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1. Dimensão do Estupro no Brasil**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência sexual como todo ato sexual não desejado ou ações de comercialização e/ou utilização da sexualidade de uma pessoa mediante qualquer tipo de coerção (KRUG et al,2020).

De acordo com o artigo 217 do Código Penal brasileiro, ter relações sexuais com menores de 14 anos é crime de estupro com pena de reclusão de 8 a 15 anos (BRASIL,1940).

De acordo com o Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN), em 2011 apenas 3.931 pessoas foram estupradas, o que conflita com os dados da 14ª edição do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, que ao registrar 66.123 boletins de ocorrência, verificou que um estupro ocorre a cada 8 minutos, sendo que a maioria das vítimas tinha até 13 anos de idade, e foi estuprada no período da tarde (BUENO; SOBRAL,2020).

Essa cultura do estupro é tão cruel que desconsidera idade, parentesco, ou qualquer outra variável. O estupro não está limitado a penetração na vagina, pode ser um toque não consentido, observar uma mulher nua sem o consentimento, um dedo que entra na boca de uma criança, todo ato que é não sexual mas tem conotação sexualizada. Enquanto as mulheres são ensinadas a não explorar a sexualidade, preservarem a virgindade, o homem é estimulado a iniciar a vida sexual desde a pré adolescência, na lógica de quanto mais mulheres ele transar, mais bem visto socialmente. As mulheres virgens são as mais vulneráveis ao estupro perante a lei, uma vez que a mulher que tem a vida sexual ativa ou expressa sua sexualidade de forma mais livre, quando estuprada, acaba se tornando apenas um desfecho do seu comportamento de acordo com a sociedade, e não um estupro de fato. Além disso, no imaginário popular o ato do estupro é violento, quando na maioria das vezes é silencioso e não deixa marcas visíveis, mas psicológicas e comportamentais como a introspecção no caso das crianças. As vítimas tendem a ser questionadas excessivamente sobre a veracidade do estupro, o que pode acabar confundido-a com sentimentos de culpa e consentimento, elas são quase induzidas a se culparem e suavizar a violência (SOUSA, 2017).

A violência sexual, ou estupro, não deixa de ser reflexo de uma cultura patriarcal que reforça a violência de gênero de diversas formas, os estupradores de meninas de até 13 anos

de acordo com os dados do SINAN são namorados/ex (51,6%) padrastos/pais (13%), vizinhos, pessoas que estudam na mesma sala, desconhecidos, ou seja, há vários perfis de estupradores. O perfil da vítima é quase sempre o mesmo, calada, desacreditada e principalmente silenciada ao tentar relatar a violência. As chances da violência se repetir nessa faixa etária foram de 58,2% e, 69,3% das violências ocorreram em contexto familiar. As meninas negras nessa situação corresponderam a 67,6% e na região Nordeste foram registradas 39,4% das notificações (SOUTO; et al, 2017).

Mesmo com as notificações, os registros de estupros do SINAN em 2011 corresponderam a 23% dos casos registrados pela polícia no Brasil (CERQUEIRA; COELHO, 2014). A disparidade entre os casos de estupros denunciados e os casos que são registrados no SINAN, refletem o quão o atendimento dessas vítimas nos diferentes níveis de atenção em saúde ainda é deficitário, o acesso à profilaxia de HIV, IST, Hepatite B, na faixa etária de 13 anos entre os anos de 2011 e 2015 chegou à 19,6% somando todas as profilaxias (SOUTO; et al., 2017).

Em 2022, os noticiários nos revelavam a permanência deste estado de violências, com os casos de mulheres indígenas yanomamis sendo estupradas por garimpeiros na Amazônia, coagidas a fazer sexo por comida. A situação foi denunciada, mas ainda sim, continuam sendo estupradas. No dia 25/04/2022 uma criança yoanimami de 12 anos foi estuprada e morta por garimpeiros da comunidade Araçá e outra caiu no rio Uraricoera e não foi encontrada, as denúncias foram feitas pela liderança indígena yanomami (ARAÚJO,2022). Após denúncias, a polícia federal no dia 28/04/2022 alegou não ter encontrado provas que os garimpeiros mataram as crianças (G1,2022).

## 4.2. Dados quantitativos sobre a VS no Brasil

É válido ressaltar que embora as mulheres estejam vulneráveis à violência sexual independente da cor, as mulheres negras continuam sendo mais violadas.

Raça	Sim	Não	Ignorado	Em Branco	Total
Ign/Branco	9124	2785	1312	5927	19148
Branca	48933	15404	3084	10492	77913
Preta	13205	3330	697	3442	20674
Amarela	1146	330	63	227	1766
Parda	65997	17286	3592	22683	109558
Indigena	1614	423	61	272	2370
Total	140019	39558	8809	43043	231429

Fonte:Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

**Tabela 1 - Violência Interpessoal - Frequência por Estupro Segundo Raça entre 2017 e 2021.**

Embora os dados sejam de ambos os sexos, o sexo feminino corresponde a aproximadamente 88,1%, em números absolutos houveram 125.110 notificações de estupro contra pessoas do sexo feminino, 14.887 contra o sexo masculino e 22 foram ignorados de acordo com as notificações do SINAN entre 2017 e 2021 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Com base nos dados apresentados, é possível perceber que a cultura do estupro é carregada por muita misoginia, e que na maioria das vezes o estupro é praticado por homens.

Sexo	Sim	Total
Ignorado	22	22
Masculino	14887	14887
Feminino	125110	125110
Total	140019	140019

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

**Tabela 2 - Violência Interpessoal - Frequência por sexo e estupro entre 2017 e 2021**

É curiosa a diferença de notificações entre SINAN (6.417) e os boletins de ocorrência (66.020) em relação à VS em 2021. De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança

pública de 2022, a taxa de crescimento da violência sexual aumentou 4,2% em relação ao ano anterior, a taxa é 30,9 por 100 mil habitantes. O anuário apontou que 75,5% das vítimas de estupro tinham menos de 14 anos, e que 88,2% das vítimas eram do sexo feminino, as vítimas do sexo masculino são crianças na maioria das vezes. Sobre o perfil dos agressores 8 a cada 10 eram conhecidos/familiares das vítimas, o que corresponde a 79,6% dos casos, a faixa etária mais vulnerável ao estupro é entre 10 e 13 anos em todos os anos desde que a polícia levanta essas evidências (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2022).

A dissociação entre denúncias e atendimentos em saúde também reflete a falta de intersetorialidade entre a segurança pública e as entidades de saúde. A própria subnotificação parece estar diretamente associada à cultura do estupro no país. Embora esse cenário seja amplamente conhecido, a atenção básica (AB) continua a não tratar a violência sexual como um problema de saúde pública, estimulando debates com a população ou estratégias de detecção de estupros.

### **4.3. Violência sexual no Brasil**

A busca pela Atenção Primária em Saúde (APS) por jovens e adolescentes está ligada geralmente à gestação ou à Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST 's). O conhecimento e naturalização da prostituição entre meninas de 13 anos por profissionais de saúde, mesmo que sexo com menores de 14 anos seja considerado estupro mostra a vulnerabilidade das jovens e a fragilidade das entidades que deveriam prevenir o estupro. A prostituição estava nas áreas de maior vulnerabilidade social, próxima a BR em um município de Minas Gerais (TRABBOLD; et al., 2016).

O abuso sexual é relatado por 1 a cada 8 jovens no mundo. A VS é a segunda violência mais praticada contra jovens entre 10 e 14 anos no Brasil. O jovem violentado geralmente sofre de solidão e insônia. De acordo com os microdados da pesquisa PENSE, o perfil do abusador é em ordem decrescente namorado/ex's, familiares, amigos e pais. A porcentagem de solidão e insônia entre os jovens abusados é duas vezes maior entre as mulheres. As crianças abusadas estão mais propensas a serem agressivas, deprimidas, isoladas, terem insônia por conta de pesadelos (FONTES; et al., 2017).

Entre 2010 e 2014 predominou a violência sexual contra meninas (63,8%), delas 46,5% eram negras e 51,8% brancas, 34,7% dos casos se repetiram. Predominou o estupro (60,9%), assédio sexual (29,7%) e atentado ao pudor (21,6%). A faixa etária de 0 a 9 anos é responsável por 69,5% dos casos, enquanto de 10 a 19 é 30,5%. As vítimas entre 10 e 19 anos

tendem a fazer a profilaxia pós-exposição mais que a população entre 0 e 9 anos. A probabilidade do agressor ter ingerido bebida alcoólica é 1 em 31 casos, as chances do agressor ser conhecido é 3 vezes maior do que ser desconhecido (SANTOS; et al., 2018).

Os dados estatísticos apontam que a população mais vulnerável ao estupro no Brasil é feminina, de 0 a 9 anos, e o quão invisibilizado isso é em termos de saúde pública. As VS ocorrem principalmente em ambiente domiciliar e a rede que recebe o jovem ou o adolescente vítima de VS, no SUS, tem dificuldade de compreender a obrigação de notificar essa violência. Os profissionais têm dificuldade de entender que o papel ao notificar é de um profissional que representa o Estado, e não uma pessoa física fazendo uma denúncia, e que para além das denúncias propriamente ditas, a notificação faz parte de um levantamento de dados necessário para o debate na saúde, investimentos, ferramentas de enfrentamento e afins.

A escola foi vista como o principal ambiente que propicia denúncias por parte das vítimas, e é o lugar mais propício para o debate do corpo, sexualidade, gênero e como as violências podem ser identificadas, os educadores sociais como debatedores deste assunto na escola, podem ser uma ferramenta eficaz, pois por não estarem na hierarquia professor aluno, podem atuar de forma mais amigável e até serem vistos como pessoas mais confiáveis, por conta do tipo de vínculo com alunas e alunos.

Esse referencial teórico objetivou ilustrar o perfil dos agressores e das vítimas. As vítimas mais frequentes são crianças e quando essas crianças crescem, a probabilidade de que elas suavizem violências sexuais na vida adulta com base no que já viveram na infância é grande. A forma como as mulheres que foram violentadas encaram as relações carrega muita insegurança e busca validação masculina, o que acaba fazendo com que as vítimas tenham pouca autonomia sobre a saúde sexual e reprodutiva. Ao serem acolhidas por alguma instituição, essas vítimas que deveriam ser estimuladas a desenvolver empoderamento sobre as situações que passaram, acabam sendo fragilizadas quando têm seus relatos questionados ou até mesmo desvalidos. Toda a estrutura parece funcionar para estimular o silenciamento da mulher, as indígenas yanomamis, por exemplo, não houve um apuramento criterioso do caso e provavelmente não haverá. As vítimas seguem silenciadas na maioria das vezes, e a depender do nível da violência, não conseguem o direito do aborto legal.

## 5. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, tendo em vista uma análise comparativa dos achados na literatura sobre a assistência ao aborto legal e o protocolo do Misoprostol.

Primeiramente foram classificadas e analisadas diversas normativas (portarias, artigos legais, leis e decretos) sobre aborto no Brasil. Selecionamos o protocolo do Misoprostol, como base normativa para a análise porque ele regulamenta o método do aborto legal no Brasil e suas condições de realização.

Na revisão bibliográfica foram usados os descritores Aborto Legal e Brasil, em uma busca avançada na base de dados *Virtual Health Library (VHS= BVS)*. Foram encontrados inicialmente 305 resultados nos últimos 5 anos, a partir dos descritores mencionados. Após aplicação dos filtros: aborto legal; aborto; violência contra a mulher; estupro; direitos sexuais e reprodutivos; saúde pública; saúde da mulher; bioética; política; direitos da mulher e legislação médica restaram 36 resultados. Os critérios de inclusão foram artigos que falassem da oferta de aborto legal em decorrência de violência sexual. Os critérios de exclusão foram artigos que não fossem publicados no Brasil, teses de mestrado ou doutorado, e artigos que não estivessem disponíveis gratuitamente .

Após o julgamento dos critérios, foram selecionados 21 artigos que abordaram saúde sexual e reprodutiva, aperfeiçoamento da atuação profissional de médicos e enfermeiros, avaliação das ofertas de serviço de aborto legal, avaliação das equipes multiprofissionais, objeção da consciência, ausência de dados sobre aborto inseguro, investigação de violências institucionais, cenário político-cultural sobre aborto no Brasil e as normativas sobre aborto.

Para elucidar o conteúdo trazido nos artigos selecionados, foi usado o estado da arte. O estado da arte foi elaborado no software Microsoft Office Excel (APÊNDICE), com as colunas: autor; justificativa; objeto empírico; referencial teórico; problemática; metodologia; bibliografia. (MOURA,2016)

Compreendendo o cenário da violências sexuais no Brasil com base no referencial teórico apresentado, as evidências que se seguem pretendem expor os efeitos dessa cultura no âmbito da oferta preconizada pelo ordenamento jurídico brasileiro, a fim de destrinchar os problemas nas diferentes instâncias como o poder executivo, judiciário, legislativo, o SUS, a polícia e demais entidades ligadas ao processo de acolhimento da vítima que demanda serviços de abortamento em decorrência da violência sexual.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. O Cenário político e cultural do Brasil sobre o aborto

Após o golpe em 2016 e o governo de Jair Bolsonaro, o Brasil passou por várias mudanças culturais, envolvendo *fake news* e dando força a um governo neoliberal de extrema direita. Essas mudanças foram marcadas pela retomada de valores arcaicos e religiosos que desfavorecem/minimizam os debates sobre a ampliação do acesso ao aborto e saúde reprodutiva das mulheres. A tendência neoliberal precarizou as ofertas de serviços públicos e a própria obrigação do Estado de garantir a dignidade humana. Os gastos em saúde e educação foram diminuindo progressivamente, com a PEC 95 que congelou os gastos em saúde por 20 anos com o argumento de que se gasta muito com assistência social e saúde no Brasil, quando as prioridades deveriam ser pautadas na economia e não nos direitos sociais (MEDEIROS, 2021).

O movimento feminista é uma das principais entidades responsáveis pelos debates sobre o aborto no Brasil. Em 2018, foi feita uma audiência pública no Supremo Tribunal Federal (STF) para descriminalizar o aborto até a 12<sup>o</sup> gestação com o Apoio do Conselho Federal de Medicina que já havia pautado essa alteração no Código Penal em 2013. Nessa audiência também estavam presentes adeptos ao movimento pró-vida (que tem perfil religioso e é totalmente contra o aborto, em todos os casos) (MEDEIROS, 2021; FROES; BATISTA, 2021).

É notória a inversão de valores. Quando os direitos sociais são pautados por valores morais e religiosos, vemos a negação à população do direito à saúde sexual e reprodutiva com base em justificativas espirituais que, explicitamente, violam direitos. A polarização nociva entre quem luta pelo direito de abortar, e quem luta para que mulheres que abortam continuem na ilegalidade é um debate pouco estimulado no Ministério da Saúde, na Câmara dos Deputados, e no Senado Federal. Com a bancada do senado eleita majoritariamente evangélica, esse processo se torna ainda mais nebuloso.

O aborto foi a 5<sup>a</sup> maior causa de morte materna entre 2010 e 2020 de acordo com as informações do Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM).

Em 2015, meio milhão de mulheres abortaram no Brasil, e a metade precisou ser internada (DINIZ; MEDEIROS; MADERO, 2016, p. 659).

Um estudo que analisou os debates na Câmara dos Deputados sobre aborto aferiu que, a maioria dos deputados que repudiaram o aborto em todos os casos eram homens e usavam argumentos religiosos para justificar a oposição. Entre eles, os que mais se posicionaram

contra os direitos das mulheres que buscam o aborto foram: o pastor Marco Feliciano (PSC/SP); Eduardo Cunha (PMDB-RJ); Josué Bengtson (PTB/BA); Rogério Marinho (PSDB/RN); Flavinho (PSB-SP). Em contrapartida, Maria do Rosário (PT-RS), Erika Kokay (PT-DF), Cristiano Brasil (PTB-RJ), Ivan Valente (PSOL-SP), Edmilson Rodrigues (PSOL-PA), Flaubert Braga (PSOL-RJ), Jean Wyllys (PSOL-RJ), Luiza Erundina (PSOL-SP) estavam sempre associados a projetos de leis baseadas em evidências científicas e que se pautavam na saúde sexual e reprodutiva das mulheres, dando autonomia para que elas escolhessem a interrupção gestação nos casos previstos em lei, além de se posicionarem contra os argumentos punitivistas e culpabilizador dos deputados neoconservadores (LUNA, 2019).

Os posicionamentos dos deputados neoconservadores reforçam a cultura do machismo, tornando os corpos das mulheres objeto de dominação, silencia os movimentos feministas e impede que os mecanismos de equidade de gênero avancem nas instâncias deliberativas. Por isso é importantíssimo priorizar a fala de mulheres em processos que só elas podem vivenciar, como a gestação. Além disso, é necessário usar argumentos baseados na ciência e em dados de mortalidade, por exemplo, para se partir sempre de um objeto empírico e não de ideologias filosóficas ou religiosas para debater algo tão sério e negligenciado pelo estado brasileiro (LUNA; N, 2019).

Em 2019, o deputado federal José Augusto Rosa do Partido Livre (PL), levou à apreciação do plenário o projeto de lei nº 1.009, que pretendia alterar o artigo 124 do decreto de lei nº 2.848 de 1940 que prevê reclusão de um a três anos para a gestante que provoca aborto ou para quem ajuda alguém a abortar. O projeto tem o objetivo de aumentar a pena para detenção de três a seis anos (BRASIL,2019).

O deputado mencionado atua principalmente em favor das instituições militarizadas no país, como polícia e bombeiros, que são majoritariamente representadas por homens, isso só reafirma a misoginia trazida nos valores morais dele. Além disso, ele se autointitulou líder da bancada da bala. Armas são os objetos mais mortíferos e precisos para findar vidas, aumentar a criminalidade e gerar insegurança. Como uma pessoa que luta pela vida de fetos, luta também pela liberação de armas? É um discurso totalmente enviesado e inclinado ao neoliberalismo nocivo que o Brasil viveu nos últimos 5 anos (BRASIL,2019).

Enquanto o poder legislativo deve estar pensando em melhorar as condições de vida das mulheres que abortam, tentando entender porque elas buscam esse serviço, é feito exatamente o contrário. A lógica de criminalizar sob a ótica majoritariamente masculina, é extremamente

cruel, misógina e racista, visto que a na busca do aborto ilegal, sempre estão mais vulneráveis as mulheres que têm menos recursos financeiros.

## **6.2. Perfil das necessidades das mulheres que abortaram**

Um estudo descritivo foi realizado em um hospital especializado em aborto legal no estado de São Paulo, em 2018. Ele tinha o objetivo de entender as necessidades das mulheres que buscavam o serviço de aborto. A maioria das gestantes entrevistadas viam a gestação como uma continuação da violência sexual. Houveram queixas sobre a ansiedade de esperar o desfecho do processo, dificuldades para lidar com a saúde mental e ocupações. A dificuldade com o deslocamento e despesas para acessar o serviço que é indisponível nos municípios pequenos. O medo do sigilo profissional ser quebrado nos municípios. O apoio da família também foi sinalizado como algo importante para a vítima, muitas delas preferiram não contar sobre a gestação por saberem que os familiares eram religiosos e contra o aborto mesmo em casos de estupro. A maioria das mulheres após abortarem afirmaram suas vontades de encorajar outras mulheres a fazerem o mesmo (SANTOS; FONSECA, 2022).

Um estudo realizado com mulheres em situação de abortamento em fevereiro de 2015 aferiu que a maioria das mulheres sentem medo, vergonha e incapacidade. São comuns os relatos onde as vítimas sentem nojo do próprio corpo ou se sentem culpadas pela violência, achando que se colocaram em situação de vulnerabilidade e por isso foram violadas. A maioria das mulheres relataram que, após a confirmação do processo de abortamento ou o desfecho do aborto, se sentiram aliviadas (GUIMARÃES; RAMOS, 2017)

## **6.3. Perspectivas das graduações em saúde em relação ao aborto**

A raspagem da cavidade uterina, também chamada de curetagem, é o segundo procedimento obstétrico mais realizado pelo Sistema Único de Saúde. Esse procedimento é feito após o aborto, para remover resíduos do feto ou da placenta. Estima-se que custo anual que o SUS tem com internações por complicações em decorrência de aborto e de 45 milhões anuais de acordo com análise feita entre 1996 e 2012 no Sistema de Internação Hospitalar do SUS. Além disso a morbimortalidade causada pelo aborto deveria ser vista como um problema de saúde pública (FROES; BATISTA,2021).

Um estudo realizado com 237 estudantes de medicina sobre aborto mostrou que 96,2% considerou que o aborto é um problema de saúde pública, sobre o acesso eficiente ao planejamento familiar contribui para prevenir o aborto provocado 87,8% concordou, em relação a faixa etária 76,8% afirmou que a maioria das mulheres que procura o aborto é jovem, em relação ao acesso ao planejamento familiar no Brasil 98,3% considerou que não é adequando (FROES; BATISTA,2021).

Uma investigação feita entre enfermeiras recém-graduadas apontou que os debates em sala de aula sobre o aborto foram superficiais com a justificativa que o tema é muito polêmico, para suavizar as possíveis polarizações, o tema era pouco citado/explorado. Além da ausência de uma matéria específica que aborde o aborto, verificou-se que quando citado, o tema tinha foco unicamente biologicista, desconsiderando questões políticas, de determinantes sociais e não evidenciado como um problema de saúde pública. Mesmo com 94% das solicitações de abortamento entre 2013 e 2015 terem sido em decorrência de estupro, a maioria das profissionais se posicionaram arbitrariamente ao ordenamento jurídico a respeito da VS (SCHROETER; PEREIRA, 2019).

Uma pesquisa realizada em uma universidade pública do Distrito Federal entre estudantes de enfermagem alegou que 61,4% dos entrevistados viam o aborto como um direito feminino, 65,9% como um problema de saúde pública. Esses alunos tiveram em suas grades curriculares as disciplinas Bioética e Legislação em Enfermagem, Cuidado da Saúde da Mulher, Introdução à Bioética e Embriologia Humana. É válido ressaltar que foi o único estudo que sinalizou uma resposta aos conflitos éticos e religiosos que podem dificultar a conduta dos profissionais que realizam os processos de abortamento (SCHROETER; PEREIRA, 2019).

No município do Rio de Janeiro em 2019 apenas 10 maternidades estavam aptas à atender vítimas de violência sexual e realizaram apenas 63 abortos (MUDJALIEB; A A, 2020). As vítimas de VS nem sempre chegam ao serviço por conta disso, mas um atendimento feito por um profissional atento aos sinais psicológicos e físicos, poderia ajudar a combater a violência doméstica e sexual, mas os profissionais de saúde não são sensibilizados nem estimulados a realizarem esse acolhimento. Alguns casos onde a vítima expressa a violência sofrida, acaba virando uma atração para os demais profissionais que reverbera de forma negativa para a vítima, que na maioria das vezes prefere privacidade para expor suas vulnerabilidades (MOREIRA; et al,2020).

O crime de omissão, quando médico se nega a prestar o serviço de aborto à uma vítima de violência sexual está previsto no artigo 135 do Código Penal.

Para abortar legalmente as mulheres são submetidas à entrevistas com profissionais de saúde treinados para julgar se houve ou não estupro, caso a equipe multiprofissional alegue não ser estupro essas mulheres são encaminhadas para o pré-natal. Jovens que relatam terem sido estupradas no próprio domicílio ou que têm piercings e tatuagens tendem a ter o processo prolongado ou negado, ou seja, além de estarem justificando uma violência sexual, sofrem a violência institucional repressora do estado (DINIZ; et al., 2014).

#### **6.4. Objeção de Consciência**

Um estudo observacional-transversal feito em uma maternidade pública de Alagoas com médicos obstetras que realizam o procedimento do aborto legal, apontou que 65,4% não se considerava apto para lidar com casos de violência sexual e 55,7% alegou ter enfrentado algum problema ético relacionado ao aborto dentro da profissão. Além disso, 84,6% dos entrevistados afirmaram ser católicos, o que pode influenciar nos conflitos éticos relacionados ao aborto na profissão (GARBINI; et al., 2020).

Outro estudo realizado em 35 hospitais com maternidades no estado de Minas Gerais, afirmou que apenas 5 ofertava o serviço de aborto legal. De acordo com a pesquisa, em 60,60% dos casos houve objeção de consciência da equipe na realização dos abortos solicitados, dentre os motivos, predominaram os religiosos (54,14%) e éticos (52,8%), além disso 38,10% dos entrevistados alegaram estar contra o aborto sempre (MENDES; et al., 2020).

Um outro caso de objeção de consciência aconteceu na região sudeste, quando uma menina de 10 anos, estuprada por um tio desde os 6, foi encaminhada para a região nordeste para realizar o aborto, mesmo após ordem de interrupção de gravidez pelo juiz da vara da infância. Por isso é muito relevante que sejam produzidas comunicações de sensibilização para os obstetras responsáveis por esse serviço (SÁ, 2020).

O problema entre o processo de abortamento buscado pelas gestantes e a objeção de consciência da equipe, é o possível sentimento de culpa das gestantes, de desistência do processo e até mesmo a descrença no aborto legal. Uma solução relevante para esses conflitos éticos/religiosos seriam pré-requisitos para médicos obstetras atuarem na oferta de serviço de aborto legal. Por exemplo, os médicos responsáveis por esse procedimento não podem ter nenhuma ideologia contra a realização dos abortos legais, e serem capacitados com educação permanente.

A análise aferiu que 36,4% dos artigos analisados tiveram como objeto empírico dados secundários, 27,3% questionários, 22,7% entrevistas e 13,6% outros objetos (caso de pedido de interrupção de gravidez infantil em decorrência de violência sexual negado e debates na câmara dos deputados), apenas um estudo usou mais de um método (questionário e entrevista). É importante ressaltar que o período analisado (2017-2022) foi marcado pelo silenciamento de pautas de saúde reprodutiva da mulher, e a pesquisadora Débora Diniz, principal propulsora das pesquisas com dados primários sobre aborto no Brasil, sofreu inúmeras ameaças cibernéticas que a fizeram sair do Brasil, o que certamente foi uma perda para a ciência brasileira e que pode ser o reflexo das poucas evidências com dados primários nesses anos. De acordo com a metodologia, não foi encontrada nenhuma produção dessa cientista que é uma grande referência no tema.

Embora todos os estudos estejam preocupados com a melhoria da oferta de serviços de aborto legal e a ampliação do debate sobre o tema, o foco na vítima/mulher que busca o serviço de aborto é pequeno em relação aos outros estudos, as mulheres seguem sendo silenciadas e quem ganha mais visibilidade nesse processo é a classe médica, é sempre um debate de como os médicos vão lidar com esse processo delicado, os sentimentos das vítimas aparecem sempre em segundo plano, e os debates de humanização desse processo ainda são incipientes diante da magnitude do problema. Além disso, a ausência de dados quantitativos é um dos maiores problemas dessa temática, pois sem dados é impossível saber o quão urgente é o tema para elaborar políticas públicas ou realizar estudos de custo e efetividade, por exemplo.

A ampliação do uso do Misoprostol, para ser realizada precisaria de um estudo de custo e efetividade antes da edição do protocolo, por isso é de extrema urgência que esses encaminhamentos sejam feitos, que sejam produzidas mais evidências científicas sobre o tema e que as mobilizações civis e de movimentos feministas sejam estimuladas.

A diferença entre as notificações de VS registradas no SINAN (6.417) e as ocorrências e os boletins de ocorrência em relação a VS (66.020) de acordo com Anuário Brasileiro de Segurança Pública evidenciam a falta de comunicação entre a segurança pública e a saúde pública (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2022).

Pressupõe-se que as vítimas que fizeram boletim de ocorrência mas não foram notificadas no SINAN, não tiveram acesso às profilaxias pós-exposição, e não tiveram acesso a um psicólogo para reduzir os impactos do estresse pós traumático que quase toda vítima tem depois das violências; insônia, ansiedade, entre outros agravos em saúde.

É importantíssimo que essas duas instituições se vejam como rede em casos de violência sexual, pois por mais que a vítima pense que não precisa de um amparo institucional, ela está na maioria das vezes inconsciente desse processo de autonomia, e é importante que aja esse encaminhamento para que essas vítimas demandem o SUS, a fim de ampliar e reestruturar as ofertas de serviço em saúde para VS e aborto.

Entre 2008 e 2015, houveram aproximadamente 200.000 internações por ano em decorrência do aborto, no mesmo período foram identificados 770 óbitos maternos por aborto no Sistema Informação de Mortalidade (SIM). Dos óbitos, 1% decorreu de razões médicas e legais, e 56,5% deles foram abortos não identificados. Os óbitos por abortos identificados tiveram em 2008 uma proporção de 47,4% e em 2015 aumentou para 72,2% (CARDOSO; et al., 2020).

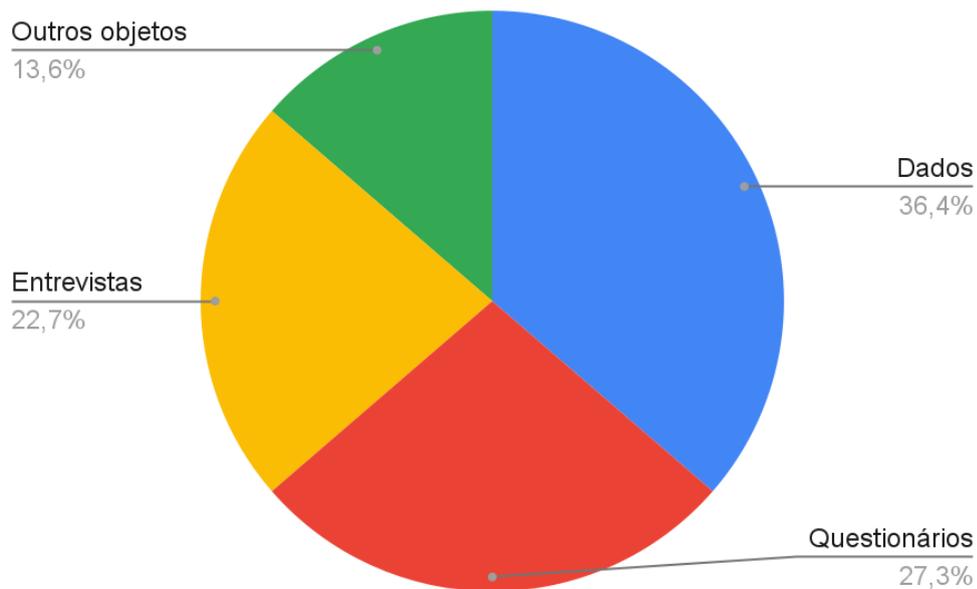
É válido ressaltar que o acesso ao SIM é restrito à usuários de saúde, ou seja, os dados de mortalidade estão inacessíveis para pesquisadores sem vínculo com a estrutura pública de saúde, o que inviabiliza além do acesso à plataforma, o acesso às variáveis disponíveis na plataforma, além disso, a maioria dos casos de óbitos por aborto são subdiagnosticados.

Entre as bases teóricas mais utilizadas nos artigos analisados se destacaram as normativas produzidas pelo Ministério da Saúde, as linhas de pensamento de Paulo Freire, Karl Marx e os artigos produzidos por Débora Diniz.

Os autores que têm trabalho com esse tema, estão buscando mapear as falhas da oferta do serviço de aborto no SUS a fim de reestruturá-las à nível local, evidenciar as lacunas nas formações de médicos e enfermeiros que realizam os procedimentos relacionados ao aborto, qualificar e sensibilizar a conduta médica na assistência ao aborto e estimular o debate do tema nos espaços deliberativos à nível nacional.

### **6.5. Gráficos elaborados a partir do estado da arte.**

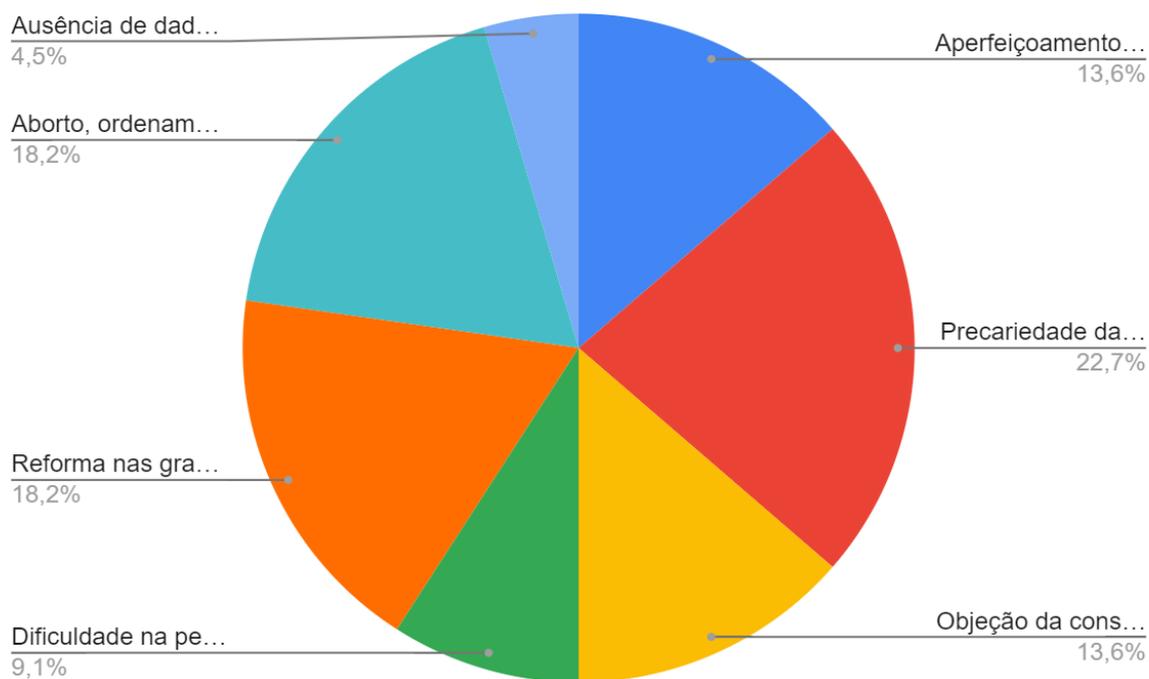
É importante ressaltar que o período analisado (2017-2022) foi marcado pelo silenciamento de pautas de saúde reprodutiva da mulher, e a pesquisadora Débora Diniz, principal propulsora das pesquisas com dados primários sobre aborto no Brasil, sofreu inúmeras ameaças cibernéticas que a fizeram sair do Brasil, o que certamente foi uma perda para a ciência brasileira e que pode ser o reflexo das poucas evidências com dados primários nesses anos. De acordo com a metodologia, não foi encontrada nenhuma produção dessa cientista que é uma grande referência no tema. (EL PAÍS, 2019)



Fonte:Elaboração própria

**Gráfico 1 - Proporção de objetos empíricos dos artigos analisados entre 2017 e 2022.**

É importante ressaltar que o período analisado (2017-2022) foi marcado pelo silenciamento de pautas de saúde reprodutiva da mulher, e a pesquisadora Débora Diniz, principal propulsora das pesquisas com dados primários sobre aborto no Brasil, sofreu inúmeras ameaças cibernéticas que a fizeram sair do Brasil, o que certamente foi uma perda para a ciência brasileira e que pode ser o reflexo das poucas evidências com dados primários nesses anos. De acordo com a metodologia, não foi encontrada nenhuma produção dessa cientista que é uma grande referência no tema. (EL PAÍS, 2019)



Fonte: Elaboração própria.

### **Gráfico 2 - Problemas evidenciados pela literatura sobre aborto entre 2017 e 2022.**

Os problemas mais identificados na literatura selecionada foram: 23,8% precariedade da oferta de aborto que estava relacionada a falta de oferta suficiente para as gestantes que buscavam o serviço, distanciamento dos municípios até o serviço de referência, ausência de ética profissional dentro das equipes multiprofissionais; 19% necessidade das reformas curriculares nas graduações de medicina e enfermagem em relação à imparcialidade dos estudantes no processo de abortamento, apenas um estudo apareceu com resultados exitosos em relação as influências positivas das disciplinas de bioética e saúde da mulher, onde a maioria dos estudantes via o aborto como um problema de saúde pública e a escolha como um direito da mulher; 19% ordenamento jurídico e espaços deliberativos, esses textos traziam conflitos de punição em relação ao aborto, questionando a eficiência das normativas sobre aborto e trazendo o panorama desse tema nos espaços deliberativos como a Câmara dos Deputados; 14,3% objeção da consciência, na maioria das vezes os abortamentos eram dificultados por valores morais e religiosos por parte dos médicos e enfermeiros que ofertavam os serviços de aborto; 14,3% aperfeiçoamento da profissão, os artigos evidenciaram as falhas na conduta médica sobre a realização dos procedimentos e pretenderam comunicar e informar obstetras afim de melhorar essa oferta de serviço; 9,2%

dificuldades na perspectiva da gestante, esses artigos trouxeram os sentimentos das gestantes/vítimas que buscaram o serviço ou traçou o perfil dessas mulheres; 4,1% ausência de dados quantitativos.

## 7. CONCLUSÃO

Após o golpe de estado, o fomento a pesquisa com dados primários sobre a oferta de saúde legal no Brasil foi severamente ameaçado, com o exílio de figuras centrais na temática como Débora Diniz. Nesse contexto, não se pode estimar, atualmente com dados secundários como o cenário do Brasil está em relação ao aborto. O atual governo já revogou portarias que dificultavam o acesso ao aborto, retirou o Brasil da declaração internacional contra o aborto, são passos simbólicos e muito relevantes para os estudiosos do tema. Ainda há necessidade de reestruturação dessa oferta de serviço, bem como sua ampliação.

O fomento à pesquisa sobre aborto precisa de uma abrangência nacional, com profissionais de todas as áreas que envolvam esse problema de saúde pública, a discussão vai muito além de uma atuação médica.

É necessário que haja penalização severa dos agressores de vítimas de violência sexual, educação permanente e continuada nas escolas contra a cultura do estupro, espaço deliberativo para mulheres especialistas em jurisprudência e saúde debaterem sobre saúde reprodutiva e sexual. Professores, juristas, policiais, médicos, sanitaristas, psicólogos e muitos outros profissionais devem estar pensando coletivamente nesse problema, que não é só de saúde pública, mas sim cultural.

A ampliação do uso do misoprostol é uma solução parcial para a segurança das mulheres que abortam no Brasil, visto que ele é usado legalmente em hospitais e manuseado por profissionais habilitados.

Para que a alteração dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ocorra, a Comissão Nacional de Tecnologias no SUS, do Ministério da Saúde, precisa ser demandada ou pela indústria farmacêutica responsável pelo medicamento, ou por alguma secretaria do Ministério da Saúde. Esse trabalho pretendeu estimular a ampliação da oferta desse medicamento com base nos argumentos expostos. Mesmo com a limitação da elaboração do estudo, se o público a de acesso à esse medicamento aumentasse de forma legal e segura os óbitos em decorrência do aborto clandestino seriam reduzidos expressivamente.

Um estado que sabe que a maioria das vítimas de violência sexual são adolescentes, poderia considerar a faixa etária um critério para a ampliação da oferta do aborto legal, visto que na maioria das vezes são crianças que têm seus corpos invadidos por homens adultos e acabam carregando para vida toda, um filho, mesmo sem maturidade suficiente para compreender os impactos de uma gestação, a depender da classe social, essas crianças têm grande

probabilidade de evadir da escola e conseqüentemente ter menos acesso ao mercado de trabalho. É um detalhe que acaba mudando o destino de milhares de brasileiras.

Além disso, as políticas relacionadas à oferta de aborto legal no Brasil precisam ser monitoradas e reavaliadas, não adianta ampliar o acesso à um serviço traumático e afogado em valores morais e religiosos que precarizam ainda mais um serviço e que não atende integralmente as necessidades das gestantes que o demandam.

## **8. RECOMENDAÇÕES FINAIS**

- Elaboração ou adaptação de um sistema onde os prontuários estejam sistematizados, junto com todas as evidências, desde boletim de ocorrência, exame de corpo de delito (se houver), relatório ou gravação de todas as entrevistas com profissionais de saúde, o que resguarda os direitos da vítima e analisa a conduta dos profissionais de saúde, caso a vítima julgue necessário.
- Elaboração de instrumento informativo a respeito do procedimento que será realizado, com informações pormenorizadas impressas, além de um diálogo com um profissional responsável pelo procedimento para que haja escuta qualificada e criar um vínculo de confiança entre a mulher e a equipe. Dar autonomia para mulher e tornar o processo humanizado.
- Reestruturação nos cursos de saúde no que tange a sensibilização dos profissionais em situações de aborto, ciclo de cuidados multiprofissionais.
- Disponibilização de variáveis específicas para aborto e seus desfechos nos sistemas de notificação do SUS.
- Educação continuada e permanente de todos os profissionais que irão ofertar o serviço de aborto.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, F. **Menina Yanomami de 12 anos é assassinada depois de ser estuprada por garimpeiros**. Amazônia Real, RR- Boa Vista, 26/04/2022.

Disponível em: <<https://amazoniareal.com.br/menina-yanomami-estuprada-morta/>>

BACELAR, S. **Questões de linguagem médica: aborto ou abortamento**. 2009.

Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n1/a2092.pdf>>

BARICHELO, E. M. R.. A autoria na elaboração de uma tese. In: MOURA, Cláudia; LOPES, Maria Immacolata Vassallo de (Orgs.). **Pesquisa em comunicação: metodologias e práticas acadêmicas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016, p. 129–150.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 1.006, de 2019**. Altera o artigo 124 do Decreto-Lei nº 2.848, de 1940. Brasília: Câmara dos Deputados, 2019.

Disponível em:

[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=node0dbmsjaqwj8yosg746lexz1jq2119239.node0?codteor=1724844&filename=Avulso+-PL+1006/2019#:~:text=Art.,-2%C2%BA%20O%20art&text=124%20%2D%20Provocar%20aborto%20em%20si,anos.%E2%80%9D%20\(NR\)](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0dbmsjaqwj8yosg746lexz1jq2119239.node0?codteor=1724844&filename=Avulso+-PL+1006/2019#:~:text=Art.,-2%C2%BA%20O%20art&text=124%20%2D%20Provocar%20aborto%20em%20si,anos.%E2%80%9D%20(NR).).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 653/GM/MS, de 28 de maio de 2003**.

Brasília, DF, 2003.

Disponível em:

<<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/6052.html>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1988**. Brasília, 1988.

Disponível em:

<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344\\_12\\_05\\_1998\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html)>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2004.

Disponível em: <[https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Misoprostol**. Brasília, DF, 2004.

Disponível em:

<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_utilizacao\\_misoprostol\\_obstetricia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_misoprostol_obstetricia.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME**. Brasília, DF, 2010.

Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rename\\_2010.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rename_2010.pdf)>

BUENO, S.; SOBRAL, I.. **Um estupro a cada 8 minutos**. Anuário brasileiro de segurança pública, p. 132-139, 2020.

Disponível em:

<[https://fontesegura.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Ed\\_61\\_Tema\\_da\\_semana\\_Um\\_estupro\\_a\\_cada\\_8\\_minutos.pdf](https://fontesegura.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Ed_61_Tema_da_semana_Um_estupro_a_cada_8_minutos.pdf)>

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. S. B.; SARACENI, V.. **Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?**. Cadernos de Saúde Pública. 2020, v. 36.  
Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>>

CARNEIRO, S.. **Gênero, Raça e Ascensão Social**. 1995  
Disponível em:  
<<https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2015/05/G%C3%AAnero-ra%C3%A7a-e-ascen%C3%A7%C3%A3o-social.pdf>>

CERQUEIRA, D; COELHO, D. S.C.. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar)**. Brasília, DF: Ipea, 2014.  
Disponível em: <<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5780>>

**Debora Diniz: “Não sou desterrada. Não sou refugiada. Qual é a minha condição?”**. EL PAÍS, São Paulo, 17/06/2019.  
Disponível em:  
<[https://brasil.elpais.com/brasil/2019/02/22/politica/1550871025\\_250666.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2019/02/22/politica/1550871025_250666.html)>

DINIZ, D. et al. **A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil**. Revista Bioética, v. 22, p. 291-298, 2014.  
Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222010>>

FONTENELE, A. L.; et al. **Opiniões e conhecimentos acadêmicos de enfermagem sobre o aborto previsto em lei- Estudo Descritivo**. Rev. Cienc. Cuid. Saúde, 2019, Jan- Mar.  
Disponível em:  
<<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45112/751375139179>>

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública: Uma Década e mais Meio Milhão de Vítimas de Violência Sexual**. 2022  
Disponível em:  
<<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/07/11-anuario-2022-uma-decada-e-mais-de-meio-milhao-de-vitimas-de-violencia-sexual.pdf>>

FRÓES, N. M.; F. BATISTA, C. B.. **Conhecimento e percepção de estudantes de medicina sobre abortamento legal**. Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 1 [Acessado 18 Dezembro 2022], pp. 194-207. Disponível em:  
<<https://doi.org/10.1590/1983-80422021291459>>.

GARBINI, R.; et al. **Legalidade e ética entre obstetras do serviço de aborto legal em Alagoas no atendimento às vítimas de estupro**. Femina. 2021;49(10):622-30.  
Disponível em:  
<<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1358196/femina-2021-4910-622-630.pdf>>

LUNA, N.. **O debate sobre aborto na câmara de deputados no Brasil entre 2015 e 2017: Agenda conservadora e resistência**. Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro), n. Sex., Salud Soc. (Rio J.), 2019 (33), set. 2019.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.12.a>>

MEDEIROS, J. M. M.. **Desafios à política de saúde brasileira: impactos no direito ao aborto legal.** *Revista Katálysis*, v. 24, p. 280-290, 2021.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e75661>>

MENDES R.W.; FRANCISCO A.M.; TOSTES C. B.; REIS J.; ATZINGEN A.C.. **Objecção de consciência na dinâmica do atendimento ao aborto legal em Minas Gerais.** *Femina*. 2020;48(11):646-53.

Disponível em:

<<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140180/femina-2020-4811-646-653.pdf>>

MOREIRA, G. A. R.; et al.. **Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual.** *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. Saude soc., 2020 29(1), 2020.

Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180895>>

MUDJALIEB, A. A.. **Relato de experiência sobre ampliação do acesso ao aborto legal por violência sexual no Município do Rio de Janeiro, Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. Cad. Saúde Pública, 2020 36 suppl 1, 2020.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00181219>>

NOVELLINO, M. S. F.. Um Estudo Sobre as Mães Adolescentes Brasileiras. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [ 1 ]: 299-318, 2011

Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100018>>

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P.. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. Saude soc., 2011 20(1), jan. 2011.

Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015>>

**PF diz não encontrar indícios de crime onde houve relato de menina ianomâmi estuprada e morta; investigação segue. G1, RR- Boa Vista, 28/04/2022.**

Disponível em:

<<https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2022/04/28/apos-ida-a-terra-yanomami-pf-diz-qu-e-segue-na-apuracao-sobre-denuncia-de-menina-morta-por-garimpeiros.ghtml>>

SÁ, M. F. S.. **O papel da Medicina na proteção de vulneráveis: entre violência sexual e objecção de consciência.** *FEMINA* 2020;48(11):654-6

Disponível em:

<<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140181/femina-2020-4811-654-656.pdf>>

SANTOS, D. L. A.; FONSECA, R. M. G. S.. **Necessidades em saúde de mulheres vítimas de violência sexual na busca pelo aborto legal.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online], 2022.

Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5834.3561>>

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, p. 2909-2918, 2017.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13312017>>

SOUZA, C. M.; ADESSE, L.. **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios.** 2005. p. 186-186.

Disponível em:

<[https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2014/02/SPM\\_violenciasexual2005.pdf](https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2014/02/SPM_violenciasexual2005.pdf)>

SCHROETER, M. S; PEREIRA, A. L. F. **Abordagem do tema do aborto no ensino de graduação na perspectiva das enfermeiras recém-graduadas.** *Revista de enfermagem*, v27. Rio de Janeiro, 2019.

Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015>>

TRABBOLD, V. L. M. et al.. **CONCEPÇÕES SOBRE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.** *Psicologia & Sociedade*, v. 28, n. Psicol. Soc., 2016 28(1), jan. 2016.

Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v28n1p074>>

VIODRES INOUE, S. R; RISTUM, M.. **Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola.** *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 25, n. 1, p. 11-21, 2008.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/Ryhzvvgk9jn3VK9brXPZLDDp/?format=pdf&lang=pt>>

## 10. APÊNDICE

Autor	Justificativa	Referencial teórico	Metodologia
Melanie Noël Maia	Apresentar argumentos para a defesa do provimento de aborto legal a partir de serviços de atenção primária à saúde (APS) no Brasil, como forma de facilitação de acesso a este procedimento e proteção deste direito reprodutivo.	Ministério da Saúde.	Não explicitada no texto
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)	Evidenciar a urgência da reforma na graduação de medicina para tratar do aborto.	Nações Unidas	Não explicitada no texto
Osmar Ribeiro Colás , Cristião Fernando Rosas , Irotilde Gonçalves Pereira	Reunir as evidências disponíveis sobre os modelos de atenção ao abortamento desde o primeiro aborto realizado em Jabaquara, normativas, conferências e momentos importantes em relação a segurança e acolhimento das vítimas de violência sexual.	Brasil	Para este trabalho, além das pesquisas em bancos de dados oficiais como Medline, SciELO e PubMed, também foram realizados resgate de documentos internos, prontuários e livros de registros e uma importante reunião entre os autores, motivados por resgatar essa história na qual eles vivenciaram grande parte daquela verdadeira saga que foi iniciar e divulgar abertamente aquele tipo de atendimento num hospital público municipal.
Robério Garbini , Lavici dos Anjos de Melo Costa Garbini , Mara Cristina Ribeiro , Sonia Maria Soares Ferreira, Diego Figueiredo Nóbrega, Kevan Guilherme	Entender a falha do serviço de oferta de aborto legal em uma maternidade de Alagoas para reestruturá-lo.	Ministério da Saúde, Brasil	Estudo observacional-transversal, prospectivo e descritivo, incluindo todos os 26 obstetras do serviço de aborto legal. Na fase 1, investigaram-se o conhecimento legal e a posição ética, enquanto na fase 2 foram construídos um protocolo e um fluxograma para guiar o serviço nos casos de aborto legal.

Autor	Justificativa	Referencial teórico	Metodologia
Nóbrega Barbosa			
Roger William Moraes Mendes , Antonio Marcos Coldibelli Francisco , Carla Benedita da Silva Tostes , Júlia dos Reis , Augusto Castelli Von Atzingen	Verificar a existência e os motivos da objeção de consciência na atenção integral à saúde das vítimas de violência sexual, com gravidez indesejada e com desejo de interrupção da gestação, no estado de Minas Gerais. Verificar a frequência de objeção de consciência nesses serviços e identificar como a unidade procede em relação a esse problema na resolução do aborto legal e na atenção integral à mulher vítima de violência sexual.	. Godoi AMM, Garrafa V	Trata-se de um estudo de campo de caráter quantitativo, transversal, descritivo e analítico, com proposta de coleta de dados das instituições credenciadas ao atendimento às vítimas de violência sexual no estado. O instrumento foi entregue aos(às) coordenadores(a) desses serviços
Marcos Felipe Silva de Sá	Sensibilizar os médicos sobre objeção da consciência nos casos interrupção de gestação em decorrência de violência sexual	Lima TMM, Sá MFF	Não explicitada no texto

Autor	Justificativa	Referencial teórico	Metodologia
Amanda Almeida Mudjalieb	Necessidade de aumentar a oferta de serviço de aborto legal nos municípios do estado do Rio de Janeiro	Diniz, D.	<p>Sensibilização para profissionais de saúde sobre aborto por violência sexual, com oficinas e atividades de sensibilização. A implantação da metodologia aconteceu de outubro de 2017 a outubro de 2018 e foi dividida em três etapas: (i) Oficina de trabalho: marco inicial do processo, reuniu direções das maternidades e a equipe multidisciplinar de atendimento (psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros) que tiveram acesso às principais diretrizes, legislações e dados sobre violência sexual e aborto legal, e participaram de uma discussão de casos de mulheres que buscaram atendimento; (ii) Sensibilizações nas maternidades: a partir da Oficina, foram formados Grupos Multiplicadores em todas as 12 maternidades da rede a fim de sensibilizar as equipes assistenciais, da rotina e dos plantões, de modo a disseminar os protocolos e fluxos acordados. Para apoiar esse processo, foi criado o fôlder Orientações sobre Atendimento à Vítima de Violência Sexual e Aborto Legal (Material Suplementar: <a href="http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/public_site/arquivo/csp-1812-19-material-suplementar_7829.pdf">http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/public_site/arquivo/csp-1812-19-material-suplementar_7829.pdf</a>), com as principais informações sobre estas linhas de cuidado, que foi entregue a cada profissional. Buscou-se também promover atividades de sensibilização específicas com a equipe médica, que frequentemente se coloca contrária à realização do aborto alegando objeção de consciência, conforme experiência da equipe da SMS-RJ, corroborada por estudos sobre o tema 7,8,9; e (iii) Monitoramento: por fim, foram realizadas visitas do GT às maternidades para o diagnóstico do atendimento. Foram aplicados questionários junto aos Grupos Multiplicadores (compostos por equipe multiprofissional e direções) e aos profissionais que atuavam nas maternidades no momento das visitas. Os questionários aplicados continham perguntas referentes ao funcionamento da instituição e foram abordados os seguintes itens: fluxos e protocolos de atendimento elaborados; acolhimento e classificação de risco implementados; oferta de exames e medicações; oferta de atendimento multiprofissional; atividades para discussão de casos; notificação dos casos nos sistemas de informação; métodos para realizar o aborto legal; alegação</p>

Autor	Justificativa	Referencial teórico	Metodologia
			<p>da objeção de consciência; organização do grupo multiplicador e das sensibilizações.</p> <p>Após a realização das visitas, os dados consolidados foram apresentados aos Grupos Multiplicadores. O monitoramento das ações deve acontecer bianualmente, aproximando equipes de gestão e assistência nestas ocasiões</p>
<p>Bruno Baptista, Cardoso Fernanda Morena dos Santos, Barbeiro Vieira Valeria Saraceni</p>	<p>Descrever o cenário do aborto no país, utilizando dados públicos disponíveis para acesso nos diversos Sistemas de Informação - SIM (mortalidade), SINASC (nascidos vivos) e SIH (internação hospitalar)</p>	<p>Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis, Ministério da Saúde</p>	<p>Estudo descritivo de série temporal, de base populacional, com o objetivo de descrever o cenário do aborto no país, utilizando dados públicos disponíveis para consulta e para download nos diversos sistemas de informação em saúde do Brasil. Para as informações de óbitos foram utilizados os dados do SIM entre 2006 e 2015. Para os nascimentos foram usados os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), também de 2006 a 2015. As bases de dados do SIM e SINASC foram obtidas por meio de download da página de Internet do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) disponível em: <a href="http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/servicos2/transferencia-de-arquivos">http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/servicos2/transferencia-de-arquivos</a>.</p>
<p>Sandra Costa Fonseca, Rosa Maria Soares Madeira Domingues, Maria do Carmo Leal, Estela M. L. Aquino, Greice M. S. Menezes</p>	<p>Atualizar o conhecimento sobre o aborto legal, quanto ao perfil dos serviços, das mulheres atendidas, conhecimento de estudantes e médicos, situação de anencefalia e malformações graves</p>	<p>Diniz, D., Faúndes A</p>	<p>Trata-se de um estudo de revisão sistemática sobre aborto legal e aborto inseguro no Brasil, realizada de acordo com as recomendações da declaração Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 12. Todas as etapas da revisão foram realizadas de forma independente por duas pesquisadoras (S. C. F. e R. M. S. M. D.). Este artigo é referente ao subgrupo de estudos sobre aborto legal no país. Os resultados sobre aborto inseguro (frequência, perfil das mulheres e complicações) serão abordados em outra publicação.</p>
<p>Rosires Pereira de Andrade , Edison Luiz Almeida Tizzot , Juarez Marques de Medeiros , Sandra Lia Leda Bazzo Barwinski</p>	<p>Debater sobre o ordenamento jurídico disponível sobre aborto legal no Brasil a fim de recomendar condutas para os obstetras responsáveis pela oferta do serviço de aborto legal.</p>	<p>Ministério da Saúde</p>	<p>Não explicitada no texto.</p>

Autor	Justificativa	Referencial teórico	Metodologia
<p>Gracyelle Alves Remigio Moreira, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Ludmila Fontenele Cavalcanti, Raimunda Magalhães da Silva, Aline Rodrigues Feitoza</p>	<p>Analisar as manifestações de violência institucional na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual.</p>	<p>Paim J, Diniz D</p>	<p>Pesquisa qualitativa baseada em entrevistas semiestruturadas com 68 profissionais e 15 gestores atuantes em nove serviços da rede municipal de saúde em Fortaleza, Ceará, Brasil. A análise foi organizada em quatro temáticas: invisibilidade da violência sexual; violência no acolhimento à mulher; limitações estruturais, de medicamentos e de insumos; e atuação frente ao aborto legal.</p>
<p>Mariana Santana Schroeter I ; Adriana Lenho de Figueiredo Pereira II</p>	<p>Analisar o conhecimento e a conduta de enfermeiras recém-graduadas no manejo do aborto legal.</p>	<p>Freire P</p>	<p>Pesquisa qualitativa realizada com 26 enfermeiras recém-graduadas e matriculadas em programas de residência no município do Rio de Janeiro. As entrevistas individuais ocorreram no período de abril a julho de 2016, sendo analisadas pela hermenêutica-dialética e com base referencial de Paulo Freire. O estudo respeitou as normas éticas e foi aprovado pelo comitê de ética.</p>
<p>Naara Luna</p>	<p>Analisar os debates na Câmara dos deputados em relação ao aborto.</p>	<p>DUMONT, Louis</p>	<p>O levantamento foi realizado no portal eletrônico da Câmara dos Deputados, utilizando-se as palavras-chave nas buscas por discursos e proposições legislativas referentes aos deputados nos anos de 2015 a 2017. As buscas contaram com as seguintes palavras-chave: “aborto” e “nascituro”. Algumas vezes foi necessário consultar o Diário da Câmara dos Deputados, disponível em forma digital, por meio do sistema de buscas, a fim de acompanhar a sucessão de um debate ou votação. Também foi consultado o portal do Supremo Tribunal Federal (STF) para obter dados sobre ações em curso. Do material levantado, as expressões são classificadas como antiaborto quando os argumentos enfatizam a defesa da vida do feto ou embrião e sua condição de pessoa, enquanto as expressões pró-escolha se centram no direito da mulher de prosseguir ou interromper uma gestação. Algumas posições são indefinidas, quando o tema é mencionado em referência a outro tópico, mas não discutido. Considerando o total do levantamento desses três anos, nem todo ele incluído neste artigo, há hegemonia da posição antiaborto: de 114 discursos, 92 são antiaborto e 12 são pró-escolha. Já das 68 proposições legislativas, 49 são</p>

Autor	Justificativa	Referencial teórico	Metodologia
			antiaborto, 16 são pró-escolha e há três indefinidas.
Alessandra Lima Fontenele, Graziani Izidoro Ferreira, Maria da Graça Camargo Neves, Dirce Bellezi Guilhem	Analisar o posicionamento dos estudantes de enfermagem em relação ao aborto e a atuação profissional nesse contexto.	Galli B, Drezett J, Neto MC.	Trata-se de um estudo quantitativo do tipo exploratório descritivo, com delineamento transversal. Participaram da pesquisa 46 acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem. Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário eletrônico enviado por e-mail individualmente aos estudantes. Utilizou-se estatística descritiva para a análise dos dados, verificando-se a frequência do aparecimento de determinados elementos nas respostas dos participantes.
Camila Giugliani , Angela Ester Ruschel , Maura Carolina Belomé da Silva , Melanie Noël Maia , Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira	Compreender a oferta da Atenção Primária em Saúde em relação aos direitos sexuais e reprodutivos.	Ministério da Saúde	Não explicitada no texto
Ianna Muniz, Liliane Lins, Marta Silva Menezes	Sensibilizar estudantes de medicina em relação ao manejo do aborto e estimular debates a respeito do tema.	Diniz D, Ministério da Saúde	Trata-se de estudo descritivo com método qualitativo e análise temática que fez parte do projeto “O ensino das humanidades na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública” (EBMSP), iniciado em 2013. A amostra compreendeu 50 estudantes do segundo período do curso de medicina da EBMSP. Todos os participantes assistiram ao documentário “À margem do corpo” e não houve exclusão, sendo a amostra composta por 31 mulheres (62%) com idade média de 20,84±2,35 anos. O filme foi exibido durante a aula de ética e bioética e depois foi aberta discussão sobre as temáticas abordadas. Posteriormente, foi entregue a todos os participantes o questionário com seis perguntas subjetivas, as quais foram respondidas por escrito
André Freire Azevedo	Reconstrução das lutas feministas pela descriminalização do aborto no Brasil	Osís, Hardy, Faúndes, Rodrigues	Não explicitada no texto

Autor	Justificativa	Referencial teórico	Metodologia
Guimarães, Aniete Cintia de Medeiros; Ramos, Karla da Silva.	Conhecer os sentimentos apresentados por mulheres vítimas de violência sexual que realizaram abortamento previsto em lei.	Diniz, D.	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido com dez mulheres que realizaram aborto legal após gestação por estupro. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados pela técnica de Análise de Conteúdo.
Jayce Mayara Mendes Medeiros	Analisar a influência do cenário político e a relação com ofertas e serviços de saúde em sobre o aborto.	HARVEY, D.	Não explicitada no texto
Danyelle Leonette Araújo dos Santos, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca	Compreender as necessidades em saúde que emergem durante a rota percorrida por mulheres que sofreram violência sexual para realização do aborto legal.	Marx, K	Estudo exploratório, descritivo, qualitativo, cujo referencial teórico foi o campo conceitual da Saúde Coletiva, tendo como base a concepção marxiana de necessidades. Participaram do estudo dez mulheres que solicitaram aborto legal em um serviço de referência localizado em São Paulo. Para coleta de dados utilizou-se roteiro de entrevista semiestruturado. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo com apoio do software WebQDA. As categorias analíticas utilizadas foram necessidades em saúde e gênero.
Nathália Maria Fonseca Fróes, Cláudia Bacelar Batista	Avaliar o conhecimento de estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia sobre as leis que permitem o aborto no Brasil, bem como a percepção desses estudantes sobre o tema	Ministério da Saúde	Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, de corte transversal, com amostragem não probabilística. Estudantes de todos os semestres da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA) responderam voluntariamente a questionário estruturado e autoaplicável. O instrumento foi produzido na ferramenta Formulários Google e enviado por correio eletrônico a todos os estudantes matriculados no segundo semestre letivo de 2017. Foram feitos quatro envios, com intervalo mínimo de sete dias entre eles, no período de janeiro a março de 2018.