



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ISABELA NAVES CONCIANI

A VIOLÊNCIA DO SILÊNCIO: COMO O MEDO E O ESTIGMA IMPEDEM O
ACESSO AO ABORTO LEGAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CURITIBA

2025

ISABELA NAVES CONCIANI

A VIOLÊNCIA DO SILÊNCIO: COMO O MEDO E O ESTIGMA IMPEDEM O
ACESSO AO ABORTO LEGAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao curso de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de
Ciências da Saúde, Universidade Federal do
Paraná, como requisito parcial à obtenção do título
de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Sabrina Stefanello

Coorientadora: Profa. Dra. Taysa Schiocchet

CURITIBA

2025

C744

Conciani, Isabela Naves

A violência do silêncio: como o medo e o estigma impedem o acesso ao aborto legal na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Isabela Naves Conciani – Curitiba, 2025.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

Orientadora: Sabrina Stefanello – Coorientadora: Taysa Schiocchet.

1. Aborto Legal. 2. Aborto Induzido. 3. Direitos Sexuais e Reprodutivos. 4. Acessibilidade aos Serviços de Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Atitude do Pessoal de Saúde. 7. Estigma Social. 8. Preconceito. I. Universidade Federal do Paraná. II. Stefanello, Sabrina. III. Schiocchet, Taysa. Título.

NLMC: WA 548



ATA Nº22/2025

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRA EM SAÚDE COLETIVA**

No dia dezoito de novembro de dois mil e vinte e cinco às 16:00 horas, na sala Sala TEAMS online, PPGSC 3 andar Setor Saúde UFPR Curitiba, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação da mestranda **ISABELA NAVES CONCIANI**, intitulada: **A VIOLÊNCIA DO SILÊNCIO: COMO O MEDO E O ESTIGMA IMPEDEM O ACESSO AO ABORTO LEGAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: SABRINA STEFANELLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), HELENA BORGES MARTINS DA SILVA PARO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), MARCOS CLAUDIO SIGNORELLI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestra está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, SABRINA STEFANELLO, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

CURITIBA, 19 de Novembro de 2025.

Assinatura Eletrônica

24/11/2025 09:48:36.0

SABRINA STEFANELLO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

24/11/2025 23:00:55.0

HELENA BORGES MARTINS DA SILVA PARO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA)

Assinatura Eletrônica

24/11/2025 15:14:03.0

MARCOS CLAUDIO SIGNORELLI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

RUA PADRE CAMARGO 280, 3º ANDAR - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80060-240 - Tel: (41) 3360-7271 - E-mail: mestradoscoletivaufpr@gmail.com

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 499903

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 499903



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ISABELA NAVES CONCIANI**, intitulada: **A VIOLÊNCIA DO SILÊNCIO: COMO O MEDO E O ESTIGMA IMPEDEM O ACESSO AO ABORTO LEGAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 19 de Novembro de 2025.

Assinatura Eletrônica

24/11/2025 09:48:36.0

SABRINA STEFANELLO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

24/11/2025 23:00:55.0

HELENA BORGES MARTINS DA SILVA PARO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA)

Assinatura Eletrônica

24/11/2025 15:14:03.0

MARCOS CLAUDIO SIGNORELLI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico este trabalho a todas as meninas, mulheres e pessoas que gestam
no Brasil, em especial as usuárias do SUS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as mulheres que tornaram esta pesquisa possível: minhas orientadoras Sabrina Stefanello e Taysa Schiochett; todas as pesquisadoras da Clínica de Direitos Humanos da UFPR; todas as participantes da pesquisa e todas as mulheres usuárias do SUS.

Agradeço também à minha família pelo apoio e suporte durante o período do mestrado e por sempre apoiarem minhas escolhas acadêmicas, em especial minha mãe Valdelani e meu pai Sergio. Agradeço também ao meu noivo Higor pelo companheirismo durante estes anos. Agradeço ao meu amigo Pedro, por ser um ótimo amigo e excelente revisor, sempre disponível para ouvir minhas dificuldades acadêmicas.

Agradeço ao SUS e a todos que fazem possível a saúde pública no Brasil. Agradeço às universidades federais e todos que lutam pela manutenção do ensino público de qualidade.

RESUMO

No Brasil, o aborto é criminalizado, excetuando-se alguns casos conforme legislação de 1940 – o que gera insegurança e judicialização do processo. O primeiro serviço de aborto legal no país surgiu em 1989, e o acesso a esse serviço sempre foi escasso. A OMS recomenda a integração do aborto na Atenção Primária à Saúde (APS), prática bem-sucedida em 19 países, porém no Brasil o modelo ainda é hospitalar e médico-centrado. Este trabalho teve como objetivo explorar como os profissionais da saúde da APS atuam no exercício do acesso ao aborto legal no Brasil por meio de uma abordagem qualitativa e exploratória, utilizando entrevistas com 12 profissionais para compreender suas percepções sobre direitos reprodutivos e aborto legal, priorizando a análise subjetiva e aprofundada do tema. Este estudo foi financiado pela CAPES. O referencial teórico deste trabalho foi a fenomenologia hermenêutica de Ricoeur. O acesso ao aborto legal foi um tema central nas entrevistas, os entrevistados defenderam o aborto como direito reprodutivo e parte essencial da saúde integral da mulher. O contato com aborto na APS é escasso e os profissionais têm dificuldade em discutir o assunto abertamente devido a moralismos, religiosidade e medo de represálias. Verificamos que a APS não está inserida na rede de cuidados a pessoas em situação de violência. Foi relatado violência institucional em todos os níveis de atenção como julgamento, hostilidade e até negação de atendimento, criando um ciclo de silenciamento em que mulheres temem buscar serviços de saúde por medo de exposição ou criminalização. Apesar disso, foi possível encontrar profissionais envolvidos com o tema na APS, dispostos a atuar na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos (DSR). Recomendamos que o aborto com medicamentos seja disponibilizado na APS por entender que só assim podemos fortalecer o exercício dos DSR, aumentando o acesso ao aborto, capilarizando o cuidado e aproximando a população e profissionais de saúde ao aborto legal.

Descritores: Aborto Legal; Pesquisa Qualitativa; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Atenção Primária à Saúde;

ABSTRACT

In Brazil, abortion is criminalized except in some cases under a 1940 law that creates legal uncertainty and judicialization. The country's first legal abortion service was established in 1989 and access to these services has always been limited. The WHO recommends integrating safe abortion into primary healthcare (PHC), a successful practice in 19 countries, but Brazil's model remains hospital-based and physician-centered. This study aimed to explore how PHC professionals facilitate access to legal abortion in Brazil through a qualitative and exploratory approach, using interviews with 12 professionals to understand their perceptions of reproductive rights and legal abortion, prioritizing in-depth subjective analysis. This study was funded by CAPES. The theoretical framework is based on Ricoeur's hermeneutic phenomenology. Access to legal abortion was a central theme in the interviews; respondents defended abortion as a reproductive right and an essential part of women's comprehensive health. Contact with abortion in PHC is scarce, and professionals have difficulty discussing the subject openly due to moralism, religiosity, and fear of reprisals. We found that PHC is not integrated into the care network for people experiencing violence. Institutional violence was reported at all levels of care, with judgment, hostility, and even denial of care, creating a cycle of silencing in which women fear seeking health services for fear of exposure or criminalization. Despite this, it was possible to find professionals involved with the topic in PHC, willing to act in defense of sexual and reproductive rights. We recommend that medical abortion be made available in PHC, understanding that only in this way can we strengthen the exercise of sexual and reproductive rights, increasing access to abortion, expanding care, and bringing the population and health professionals closer to legal abortion.

Keywords: Legal Abortion; Qualitative Research; Sexual and Reproductive Rights; Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: OFÍCIO DE 1978 EM QUE VEREADOR MAURO DOS SANTOS, DE LADÁRIO, MS, PEDE À CÂMARA QUE NÃO APROVE PROJETO DO DEPUTADO JOÃO MENEZES QUE AMPLIA OS CASOS DE ABORTO LEGAL.....	19
FIGURA 2: REPORTAGEM DO JORNAL MULHERIO.....	20
FIGURA 3: MAPA DEMONSTRANDO A COBERTURA DE MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL, SEGUNDO LEVANTAMENTO DE 2022.....	31
FIGURA 4: MAPA DEMONSTRANDO POSSÍVEL A COBERTURA DE MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL, SEGUNDO LEVANTAMENTO DE 2022, CASO O ABORTO SEJA OFERECIDO EM UBSs.....	45
FIGURA 5: IMAGEM SIMULADA DO QUESTIONÁRIO ONLINE RECEBIDO PELOS PARTICIPANTES.....	49
FIGURA 6: MÍDIAS PRODUZIDAS PARA DIVULGAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ONLINE.....	50

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: FLUXO DO QUESTIONÁRIO ONLINE PARA OBTENÇÃO INICIAL DOS DADOS.....	51
QUADRO 2: ESQUEMATIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	52
QUADRO 3: FLUXO DA CONSTRUÇÃO DO TRABALHO.....	55
QUADRO 4: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	60

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01 - QUANTIDADE DE ESTUPROS REGISTRADOS POR IDADE SIMPLES E SEXO DA VÍTIMA EM 2024.....	38
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABEn	- Associação Brasileira de Enfermagem
ADPF	- Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AMIU	- Aspiração Manual Intrauterina
APS	- Atenção Primária à Saúde
BO	- Boletim de Ocorrência
CAPES	- Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de
Nível	Superior
CDH UFPR	- Clínica de Direitos Humanos da UFPR
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CNBB	- Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CRAS	- Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	- Centros de Referência Especializados de Assistência Social
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
HC-UFU	- Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
IML	- Instituto Médico Legal
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISTs	- Infecções Sexualmente Transmissíveis
LAI	- Lei de Acesso à Informação
MFC	- Medicina de Família e Comunidade
NESC	- Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva
NT	- Norma Técnica
Nuavidas	- Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONGs	- Organização Não-Governamental
PL	- Projeto de Lei
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
POP	- Procedimento Operacional Padrão

PPG	- Programa de Pós-Graduação
PSC	- Partido Social Cristão
PSOL	- Partido Socialismo e Liberdade
SBMFC	- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
STF	- Supremo Tribunal Federal
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
VIVA	- Sistema de Vigilância de Violências

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	17
1.1 ABORTO LEGAL NO BRASIL - O QUE DIZ A LEI E A DISPUTA POLÍTICA SOBRE O TEMA	17
FIGURA 1: OFÍCIO DE 1978 EM QUE VEREADOR MAURO DOS SANTOS, DE LADÁRIO, MS, PEDE À CÂMARA QUE NÃO APROVE PROJETO DO DEPUTADO JOÃO MENEZES QUE AMPLIA OS CASOS DE ABORTO LEGAL	19
FIGURA 2: REPORTAGEM DO JORNAL MULHERIO.	20
1.2 PRIMEIRO SERVIÇO DE ABORTO LEGAL E A EVOLUÇÃO DAS NORMATIVAS QUE INSTITUEM OS SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL	21
1.3 REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE PARA MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL	26
1.4 SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL	28
FIGURA 3: MAPA DEMONSTRANDO A COBERTURA DE MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL, SEGUNDO LEVANTAMENTO DE 2022.	31
1.5 OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA, SIGILO PROFISSIONAL E O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA	32
1.6 O DIREITO AO ABORTO LEGAL E A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MENINAS, MULHERES E PESSOAS QUE GESTAM	36
GRÁFICO 01 - QUANTIDADE DE ESTUPROS REGISTRADOS POR IDADE SIMPLES E SEXO DA VÍTIMA EM 2024	38
1.7 O PROBLEMA DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	41
1.8 ABORTO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	42
FIGURA 4: MAPA DEMONSTRANDO POSSÍVEL A COBERTURA DE MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL, SEGUNDO LEVANTAMENTO DE 2022, CASO O ABORTO SEJA OFERECIDO EM UBSs.	45
2. OBJETIVOS	47
3. METODOLOGIA	48
3.1 DESENHO DO ESTUDO	48
3.2 FINANCIAMENTO	48
3.3 MATERIAIS UTILIZADOS PELA PESQUISA	48
FIGURA 5: IMAGEM SIMULADA DO QUESTIONÁRIO ONLINE RECEBIDO PELOS PARTICIPANTES	49
FIGURA 6: MÍDIAS PRODUZIDAS PARA DIVULGAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ONLINE.	50
QUADRO 1: FLUXO DO QUESTIONÁRIO ONLINE PARA OBTENÇÃO INICIAL DOS DADOS	51
QUADRO 2: ESQUEMATIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.	52
QUADRO 3: FLUXO DA CONSTRUÇÃO DO TRABALHO.	55
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	55

3.5 ANÁLISE DE DADOS E REFERENCIAL TEÓRICO	55
3.6 ASPECTOS ÉTICOS E SEGURANÇA DE DADOS	57
3.7 LINGUAGEM E TERMINOLOGIAS	58
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
QUADRO 4: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.	
60	
5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	80
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
7. REFERÊNCIAS	82
8. APÊNDICES	91
8.1 APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA	91
8.2 APÊNDICE B - GUIA INFORMATIVO DA PESQUISA	96

APRESENTAÇÃO

O desejo de realizar o mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Paraná (UFPR) vem da minha longa relação com a instituição e, principalmente, da minha relação de companheirismo acadêmico com a minha orientadora, Profa. Dra. Sabrina Stefanello. Durante a graduação em Medicina na UFPR, participei semanalmente dos encontros do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), coordenado pela minha orientadora e o Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos. Nesses encontros tive contato com temas poucos discutidos na graduação, como pesquisa qualitativa, justiça social e o papel do pesquisador e sua implicação na pesquisa. Tudo isso me inspirou a buscar um caminho diferente daquele tradicional aos médicos formados na UFPR.

Durante a graduação, também me envolvi no movimento estudantil, atuando especialmente no Coletivo Maria Falce de Macedo, um coletivo feminista criado pelas próprias alunas do curso. Reuníamos-nos para debater teorias feministas e dar apoio emocional e institucional umas às outras, pois todas haviam vivenciado diversas situações de machismo praticadas por professores e colegas do curso. Saber que existia uma rede de apoio mútua dentro da faculdade me ajudou a crescer como mulher e feminista, percebendo os diversos níveis de violência e misoginia integrados no cotidiano. Em diversos momentos o coletivo decidiu denunciar os casos mais escancarados de machismo que ocorriam no curso; aprendi muito ao ver um grupo pequeno de mulheres sendo capaz de causar mudanças no cotidiano.

Ingressei na Residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) logo após a graduação, no programa integrado das residências de MFC do município de Curitiba, concluindo o curso em 2022. A residência me trouxe o contato com a realidade da prática médica e fez com que eu me questionasse e me posicionasse como médica e como ser humano todos os dias. O período da pandemia foi, para mim, um divisor entre os médicos que defendiam a ciência e compreendiam as realidades locais e aqueles que escolheram as notícias falsas e a desinformação, colocando a saúde dos usuários em risco.

Ao ser aprovada para o mestrado, tive a oportunidade de participar como bolsista da Clínica de Direitos Humanos da UFPR (CDH|UFPR), coordenado pela minha coorientadora Prof. Dra. Taysa Schiochett, o que permitiu que eu me dedicasse exclusivamente à pesquisa durante meu primeiro ano de mestrado. Escolher trabalhar com os temas do aborto e direito das mulheres no acesso a um serviço público garantido por lei me parece uma síntese de toda minha história até agora, pois combina todas as questões que estiveram presentes e foram importantes na minha formação profissional e pessoal.

Gostaria de finalizar esta apresentação com uma descrição pessoal. Sou uma mulher branca, cisgênera, bissexual, de cabelos cacheados cuja cor está sempre mudando. Tenho 30 anos de idade, entrei na faculdade aos 17 e passei todos meus anos formativos, da adolescência até me tornar uma mulher adulta, dentro de instituições públicas brasileiras de ensino. Sou defensora do SUS e da saúde coletiva, pois acredito que apenas pela cooperação entre pessoas e instituições podemos prosperar como seres humanos.

1. INTRODUÇÃO

Essa pesquisa busca compreender as percepções dos profissionais da saúde da atenção primária sobre o aborto legal no Brasil. Queremos entender qual o papel desses profissionais no acesso ao aborto legal, como esse tema se apresenta no ambiente de trabalho, e quais as principais dificuldades e facilitadores dentro da atenção primária para que as meninas e mulheres brasileiras tenham acesso ao aborto legal e demais direitos sexuais e reprodutivos. Buscamos dar significado às percepções desses profissionais lidando com esses casos através de suas falas, vivências e sentidos sobre a temática.

Esta dissertação se encontra em uma Intersecção entre os campos da Saúde Coletiva, do Direito e das Ciências Sociais. Este é um estudo qualitativo que utiliza abordagens narrativas para compreender experiências e diferentes pontos de vista do sujeito em um contexto específico. A partir do artigo de Rosana Onocko-Campos (Onocko-Campos *et al.*, 2013) foi escolhido como referencial teórico a Fenomenologia Hermenêutica de Ricoeur e Gadamer. Gadamer contesta a visão cartesiana da ciência como racional e pura, livre de erros por existir fora de referências culturais e históricas. Ele afirma que o pesquisador é sempre parte daquilo que está Investigando, pois o mundo é visto a partir de determinada estrutura e dimensão humana. Buscamos na introdução deste trabalho trazer o contexto histórico do aborto no Brasil, possibilitando a Interpretação fenomenológica da narrativa de acordo com Ricoeur. Para o autor, o tempo e a narrativa estão intimamente conectados. Esses conceitos serão mais elaborados na seção de Metodologias.

1.1 ABORTO LEGAL NO BRASIL - O QUE DIZ A LEI E A DISPUTA POLÍTICA SOBRE O TEMA

O aborto é tipificado como crime contra a vida no Brasil segundo o Artigo 124 do Código Penal de 1940: “*Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: pena - detenção, de um a três anos*”. O artigo 128, entretanto, traz um excludente de Ilcitude: “*Não se pune o aborto praticado por médico em caso de aborto necessário: I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; e aborto no caso de gravidez resultante de estupro; II - se a gravidez resulta de estupro e o*

aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.” (Brasil, 1940). A legislação é sucinta ao tratar sobre o aborto legal, não delimitando como se daria a realização do procedimento.

Em 2012, após o julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54 (STF, 2012) pelo Supremo Tribunal Federal (STF) , ratificada em decisão do Conselho Federal de Medicina (CFM) (CFM, 2012), houve a ampliação da permissão de casos de aborto legal, autorizando médicos a interromperem a gravidez de fetos anencefálicos, a pedido da gestante, em qualquer momento da gravidez. Além dessas situações, outras malformações incompatíveis com a vida também têm sido autorizadas no Brasil por meio da judicialização desses casos, ampliando as possibilidades para o aborto legal (Fonseca *et al.*, 2020).

Da maneira como está escrita, a lei determina que o aborto é crime contra a vida e sua prática, em caso de gravidez resultante de estupro, é autorizada como exceção à punição. Mantém-se o estatuto de crime, porém sem pena. Essa ambiguidade legal, proposital ou não, segundo Debora Diniz (Diniz *et al.*, 2014) causa desconforto entre a maioria dos profissionais de saúde “especialmente sobre o estatuto moral dos serviços de aborto legal: seriam serviços essenciais de proteção às necessidades de saúde das mulheres ou serviços liminares à moral criminalizadora do aborto?”.

O Código Penal protege os profissionais de saúde que realizam o aborto baseado em um falso relato, como se apresenta no Art. 20, Incluído pela Lei nº 7.209, de 1984 (Brasil, 1984) que determina no § 1º: *“É isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima. Não há isenção de pena quando o erro deriva de culpa e o fato é punível como crime culposos.”* E responsabiliza a pessoa que produz o falso relato no § 2º: *“Responde pelo crime o terceiro que determina o erro”*. O regime de exceção do artigo 128 possibilita que profissionais menos sensíveis à situação das vítimas tratem o atendimento clínico como um Inquérito pericial para a produção da verdade do estupro, por sentirem uma necessidade de confrontar a pessoa para qualificá-la como vítima apenas após julgarem que ela está realmente falando a verdade (Diniz *et al.*, 2014).

A legislação é sucinta e inespecífica, deixando a cargo de outros órgãos a determinação de como deve ser realizado o atendimento a casos de aborto legal. Sem uma regulamentação específica por quase 50 anos, o aborto estava *de facto* proibido no Brasil. Entretanto, a falta de legislações aprovadas não quer dizer que o assunto não tenha sido debatido.

A pesquisadora Maria Isabel Baltar da Rocha realizou um levantamento dos projetos de lei discutidos entre 1946 e 1995 (Da Rocha, 1996). Já em 1949, o deputado federal monsenhor Arruda Câmara apresentou um projeto de lei (PL) que buscava proibir o aborto em todas as circunstâncias. Segundo reportagem do Senado Federal (Senado Federal, 2024), a justificativa para proibição era que o aborto desrespeitava “a moral católica do povo brasileiro” e abria a porta para “todos os outros atentados à vida do nascituro”.

Na década de 70, os movimentos sociais e feministas conseguiram a aprovação da Lei do Divórcio em 1977 (Brasil, 1977) e a alteração do Código de Contravenção Penal em 1979 (Brasil, 1979) permitindo a propaganda de métodos contraceptivos. Nessa conjuntura, foi proposta pelo deputado João Menezes em 1975 (Menezes, 1975) a legalização do aborto nas primeiras 12 semanas de gravidez, uma das propostas mais ousadas do período. O projeto, no entanto, não foi aprovado devido à forte ação contrária por parte dos parlamentares conservadores, alegando que a lei feria e ofendia a tradição e a moral do povo cristão, conforme trecho abaixo:

FIGURA 1: OFÍCIO DE 1978 EM QUE VEREADOR MAURO DOS SANTOS, DE LADÁRIO, MS, PEDE À CÂMARA QUE NÃO APROVE PROJETO DO DEPUTADO JOÃO MENEZES QUE AMPLIA OS CASOS DE ABORTO LEGAL

Há pouco tempo, tivemos aprovada a Lei do Divórcio; agora se delinea a Lei do Aborto, na pura imitação de costumes exóticos de outros povos, ferindo e ofendendo a nossa tradição e a nossa moral de povo cristão. Como as coisas vão, amanhã teremos o consentimento legal do homossexualismo, conforme ocorreu na Inglaterra, e assim por diante.

Fonte: Senado Federal.

O tema permaneceu em debate na sociedade, como demonstra reportagem de 1981 do jornal feminista *Mulherio*, que defendia a aprovação de uma lei do aborto.

FIGURA 2: REPORTAGEM DO JORNAL MULHERIO.



Fonte:

Arquivo Fundação Carlos Chagas (Cunha, 1981)

O debate sobre o aborto entrou na Assembleia Constituinte inicialmente pela Igreja Católica, que buscava a proibição em todas as circunstâncias, recebendo grande apoio dos parlamentares evangélicos (Rocha, 2006). A Presidenta do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, Jacqueline Pitanguy, enviou uma carta à Assembleia solicitando que o tema não deveria ser matéria constitucional, alegando que qualquer proposta aprovada poderia significar retrocessos à lei de 1940 (Pitanguy, 1988).

Com a redemocratização, o debate sobre aborto no Brasil se configurou em dois polos: de um lado a Igreja Católica e denominações evangélicas buscando sempre o retrocesso nos direitos; do outro, o movimento feminista, demais segmentos do movimento de mulheres e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), buscando ampliações dos direitos reprodutivos das mulheres. A partir de 1990, com a força do movimento sanitário e

a criação do SUS, pautas progressistas das mulheres conseguiram avançar. Através dos debates realizados nas Conferências Nacionais de Saúde, no Conselho Nacional de Saúde e na Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde foi possível a criação de Normas Técnicas que possibilitariam a existência dos serviços de aborto legal. Entretanto, nos anos seguintes, a força desses movimentos progressistas diminuiu nos campos político e social. A partir de 2003, aparecem mais projetos de lei contra a realização do aborto do que a favor (Rocha, 2006).

Em 2024, o deputado Sóstenes Cavalcante e outros 32 parlamentares aprovaram em caráter de urgência o PL 1904/24, que equipara o aborto de gravidez acima de 22 semanas ao homicídio (Miranda, 2024). O deputado integra a Frente Parlamentar Evangélica, composta por 217 deputados e 26 senadores, demonstrando que uma grande parte da sociedade brasileira atual é a favor da moral cristã dentro da política (Diário da Câmara dos Deputados, 2023). Em oposição ao PL, diversas organizações e ativistas feministas criaram a campanha “Criança não é Mãe”, buscando garantir o direito do acesso ao aborto tardio a menores de 14 anos, que seriam as maiores afetadas caso o projeto fosse aprovado (Nossas, 2024).

1.2 PRIMEIRO SERVIÇO DE ABORTO LEGAL E A EVOLUÇÃO DAS NORMATIVAS QUE INSTITUEM OS SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL

Em 1989 a então prefeita da cidade de São Paulo, Luiza Erundina, nomeou como Secretário Municipal de Saúde o médico Eduardo Jorge, sensível às demandas das mulheres. Este, por sua vez, indicou a médica feminista Maria José Araújo para o Programa de Saúde da Mulher; ela atribuiu a Edna Rolland, feminista negra, a responsabilidade de coordenar uma comissão responsável pela implantação do serviço em hospitais municipais (Talib e Citeli, 2005).

A Portaria Municipal n. 692, de abril de 1989 (São Paulo (SP), 1989) “*dispõe sobre a obrigatoriedade da rede hospitalar do município de prover atendimento médico para o procedimento de abortamento, nos casos de exclusão de antijuridicidade, previstos no Código Penal*”. Para ter acesso ao aborto, a gestante deveria apresentar cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO) e laudo pericial do Instituto Médico-Legal (IML). No hospital, seria atendida por uma comissão

multiprofissional, incluindo médico, enfermeiro, psicólogo, advogado e assistente social, que teria a decisão final sobre a realização do procedimento. Apesar da portaria, o município teve dificuldades em encontrar um hospital disposto a aceitar a tarefa e apenas em agosto de 1989 foi aberto o primeiro serviço público de aborto legal no país, no Hospital Municipal Artur Ribeiro de Saboya, conhecido como Hospital do Jabaquara (Colas *et al.*, 1994).

Em 1991, o deputado Eduardo Jorge apresentou o PL 020/91 (Jorge, 1991), que propunha a obrigatoriedade do atendimento pelo recém criado Sistema Único de Saúde (SUS) aos casos de aborto previstos no Código Penal. No entanto, manobras políticas impediram sua aprovação ao longo dos anos. Na ausência de uma norma federal, os serviços de aborto legal dependiam de regulamentações locais, como portarias municipais, estaduais ou universitárias, seguindo o exemplo do Hospital do Jabaquara (Talib e Citeli, 2005).

Em 1994 foi implantado o serviço estadual de atendimento ao aborto legal, no Hospital Pérola Byington. No ano 2000, o segundo serviço municipal foi implantado, no Hospital Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva, conhecido como Hospital da Vila Nova Cachoeirinha. Assim, os 3 primeiros serviços de aborto legal no país foram instalados na cidade de São Paulo, iniciando uma tendência, que perdura até os dias de hoje, de concentração de serviços de aborto legal em grandes centros, obrigando a muitas mulheres que necessitam do serviço percorrer grandes distâncias para ter acesso ao procedimento (Jacobs e Boing, 2022).

Em 1996, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) incluiu a normatização desses serviços em sua pauta. Após quase dois anos de debates e manobras protelatórias, especialmente por parte de grupos religiosos como a Pastoral da Criança e a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) (Talib e Citeli, 2005), o CNS aprovou a Resolução 258 em 06/11/97 (Brasil, C. N. de S., 1997), determinando que o Ministério da Saúde regulamentasse o atendimento no SUS. A resolução reconhece que o Brasil é signatário dos Programas de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento no Cairo em 1994 (ONU, 1995a) e da 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim 1995 (ONU, 1995b), além da aprovação na 10ª Conferência Nacional de Saúde a implantação no

SUS de serviços de referência para atendimento aos casos de aborto permitido por lei (Brasil, 1996).

Finalmente, em 1999, quando oito serviços de aborto legal já estavam em funcionamento no país (Talib e Citeli, 2005), o Ministério da Saúde publicou a Norma Técnica (NT) para "Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes" (Brasil, 1999), que orientava o atendimento às vítimas de violência e aos casos de aborto previstos em lei. A NT manteve o atendimento aos casos de aborto confinados aos hospitais de referência, com equipe técnica multidisciplinar, porém com a figura do médico sendo essencial para o atendimento, sendo esse profissional o responsável pela realização do procedimento. A NT limitava a realização do aborto até 20 semanas de gravidez e reconhecia apenas 2 métodos para realização do aborto: aspiração manual intrauterina (AMIU) ou dilatação do colo uterino com misoprostol seguido de curetagem. Além disso, a NT de 1999 também manteve os critérios da portaria municipal de São Paulo, obrigando a mulher a apresentar cópia do BO e recomendando a presença do laudo pericial do IML. Na prática, essas exigências praticamente impediam que mulheres tivessem acesso ao aborto legal, uma vez que muitas não realizavam o BO e apresentavam dificuldade em receber atendimento do IML (Fonseca *et al.*, 2020).

Desde então, a NT passou por reformulações e em 2005 passou a não mais exigir o BO e o laudo pericial do IML, por um entendimento de que o Código Penal não condiciona a realização do aborto a uma denúncia policial. Em teoria, passou a valer a narrativa da mulher para corroborar o estupro e ter acesso ao aborto legal nos serviços de saúde através de um Termo de Responsabilidade e do Termo de Relato Circunstanciado, que deve ser assinado pela mulher e/ou seu representante legal, em que declaram que as informações prestadas para a equipe de saúde correspondem à legítima expressão da verdade, fazendo um relato detalhado da violência sofrida. O testemunho da mulher não deveria mais ser submetido à investigação policial ou judicial para que fosse reconhecido como legítimo para o acesso aos serviços de saúde.

A NT mantém o Parecer Técnico, assinado por médico, atestando a compatibilidade da tempo gestacional com a data da violência sexual alegada para

permitir o acesso ao aborto legal e o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez, firmado pela equipe multiprofissional e pelo diretor ou responsável pela instituição (Brasil, 2005). Apesar do aparente avanço na NT de 2005 com a retirada da necessidade do BO, o Parecer Técnico, o Termo de Responsabilidade e do Termo de Relato Circunstanciado se tornam instrumentos que dão poderes aos médicos e equipe de saúde a duvidarem da palavra da mulher, transformando o momento do atendimento e cuidados em saúde em uma situação de investigação da verdade, podendo impedir o acesso ao aborto legal (Diniz *et al.*, 2014).

A versão mais atual da Norma Técnica, de 2012, recomenda que a AMIU seja o método preferencial de realização do aborto até 12 semanas de gravidez. A curetagem uterina deve ser usada apenas quando a aspiração não estiver disponível. A NT também recomenda o uso de misoprostol para interrupção da gravidez até as 12 semanas, desde que a pessoa seja informada sobre este ser um procedimento mais demorado e da possibilidade de sangramento vaginal excessivo. Em gravidezes de 12 até 22 semanas recomenda-se o uso de misoprostol, completando o esvaziamento uterino com curetagem nos casos de abortamento incompleto. A NT reconhece que a eficácia do aborto com misoprostol é de cerca de 90%, com expulsão completa da gravidez e sem necessidade de procedimentos complementares para o esvaziamento uterino tanto no primeiro como no segundo trimestre. Em todos os casos, a mulher deve permanecer obrigatoriamente internada até a conclusão da interrupção (Brasil, 2012).

Segundo a NT, não é recomendada a interrupção da gravidez após 22 semanas de tempo gestacional, apesar de não haver limite gestacional delimitado no Código Penal (Brasil, 1940). Nesses casos, a mulher deve ser informada da impossibilidade de realização do aborto e aconselhada ao acompanhamento pré-natal especializado, facilitando-se o acesso aos procedimentos de entrega legal, se assim o desejar (Brasil, 2012).

A Norma Técnica “Atenção humanizada ao abortamento” criada em 2005 e atualizada em 2011, regulamenta o atendimento a todos os tipos de abortamento que chegam aos dispositivos de saúde de todo Brasil, sejam abortos autoprovocados, espontâneos ou abortos legais. A NT foca no acolhimento, escuta

qualificada e condutas clínicas a pessoas em situação de abortamento e encaminhamentos após o atendimento (Brasil, 2011a).

Em maio de 2014, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 415, que incluía o procedimento “interrupção da gestação/antecipação terapêutica do parto previstas em lei” na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, atribuindo um número de procedimento específico e seu valor pecuniário no Sistema de Informações Hospitalares para o aborto legal. A portaria também regulamenta o uso do CID-10 “O04 - Aborto por razões médicas e legais” nos prontuários e fichas de internamento hospitalar (Brasil, 2014b). Essa portaria buscava regulamentar uma falha nas Notas Técnicas anteriores, que não determinavam como deve ser realizado o registro dos atendimentos nos casos de aborto legal. A portaria foi revogada 8 dias após sua publicação, sem justificativa formal. Os parlamentares conservadores do Partido Social Cristão (PSC) Eduardo Cunha, André Moura e pastor Everaldo Pereira, presidente do partido, realizaram falas contra a portaria na época de sua publicação (Matoso, 2014). Em nota, o PSC anunciou que ingressaria na Justiça contra a portaria do Ministério da Saúde. Para o partido, a portaria é uma “brecha para a oficialização da interrupção da vida” e “reduz princípios básicos da vida e da família a pó” (Diário do Poder, 2014). Essas falas demonstram que o tema permanece em disputa, gerando polêmicas e causando fortes reações, em especial de políticos conservadores, quando há qualquer tentativa de qualificação do acesso ao aborto, mesmo se tratando de uma portaria técnica que buscava apenas regularizar dados epidemiológicos.

Essa falha na sistematização das informações sobre aborto legal, que permanece até hoje, tem consequências graves para a monitorização dos casos de aborto legal no país. Segundo estudo de Fonseca *et al.* (Fonseca *et al.*, 2020) feito nos hospitais de Porto Alegre que realizam o procedimento, apenas 40% dos atendimentos foram registrados no Sistema de Informações Hospitalares. O resultado disso é a invisibilidade do aborto legal no modelo de saúde atual, já que o sub-registro dos dados disponíveis faz com que o problema não apareça como uma necessidade de saúde.

1.3 REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE PARA MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

A Norma Técnica de 2012 para "Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes", juntamente com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2011 (Brasil, 2011b) determinam as diretrizes para a criação da Rede de Atenção a Pessoas em Situação de Violência nos âmbitos estaduais e municipais.

O decreto 7508 de 2011 (Brasil, 2011d) define rede de atenção como “um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”.

A criação da rede busca auxiliar profissionais e gestores de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, garantindo o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres. A normatização visa expandir e qualificar redes estaduais e municipais de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência e configurar uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas da violência sexual (Brasil, 2011c).

A elevada prevalência da violência sexual exige que o maior número possível de unidades de saúde esteja preparadas para atuar nos casos de emergência. O objetivo da rede é garantir o atendimento em até 72 horas da agressão, permitindo o acesso à contracepção e medicações de emergência para evitar uma gravidez e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Caso a mulher não consiga atendimento dentro desse período, é função da rede garantir o acesso ao aborto legal (Brasil, 2011c).

Segundo relatório de 2011 da Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do governo de Dilma Rousseff, compõem a rede os setores de saúde, assistência social, justiça e segurança pública. É composta por duas principais categorias de serviços (Brasil, 2011c):

- Serviços não-especializados de atendimento à mulher, ou seja, serviços que constituem a porta de entrada da mulher na rede, como:

hospitais gerais, serviços de atenção básica, programa estratégia de saúde da família (ESF), unidades de pronto atendimento, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social/CRAS, Centros de Referência Especializados de Assistência Social/CREAS, Ministério Público, defensorias públicas etc.;

- Serviços especializados de atendimento à mulher, ou seja, aqueles que atendem exclusivamente a mulheres e que possuem expertise no tema da violência contra as mulheres, como: Casas-Abrigo, Casas de Passagem, Defensorias Especializadas, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento/Apoio à Mulher, Centros Integrados de Atendimento à Mulher, entre outros.

Apesar da importância individual de cada serviço, é desafiador fazer com que cada um desses componentes se torne participante ativo da rede, quebrando a lógica tradicional da gestão pública setorial. A violência é um fenômeno complexo e a capacidade de intervir sobre os processos de violência depende da capacidade de cada serviço e de cada profissional no reconhecimento dessas vivências, para agir com apoio dos demais serviços em prol da vítima (Brasil, 2012). A compreensão acerca dessa complexidade permite a identificação de diversas demandas, que muitas vezes não podem ser atendidas em um único serviço. A formação da rede não acontece apenas pela existência de um conjunto de serviços ou apenas serviços justapostos cuja atuação não necessariamente estabelece alguma integração assistencial (Menezes *et al.*, 2014).

Segundo os princípios do SUS, a saúde pública deve ser universal, integral e equânime. Portanto, a ESF deve ser a coordenadora do cuidado e principal protagonista no processo de acompanhamento das pessoas em situação de violência, uma vez que trabalha com uma população adstrita, secundária ao processo de territorialização, o que permite um maior envolvimento com a comunidade, e consequentemente o reconhecimento e a compreensão de suas necessidades (Mendonça *et al.*, 2020).

Apesar de todas essas normativas, a formação de uma rede efetiva de proteção das pessoas em situação de violência e a garantia de acesso aos serviços de aborto legal é muito difícil, principalmente para pessoas fora dos grandes centros (Menezes *et al.*, 2014).

1.4 SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL

Após 25 anos da Norma Técnica que estabeleceu os serviços de aborto legal no Brasil, a disponibilidade e divulgação desse serviço ainda é escassa e inacessível à maioria da população. Todos os serviços de aborto legal no país estão em hospitais em grandes centros e não há um local oficial unificado que permita a identificação de quais hospitais estão realizando o atendimento somente para violência ou para violência e aborto legal (Fonseca *et al.*, 2020). Mesmo dentro dos hospitais que realizam aborto legal, o serviço é pouco conhecido e frequentemente os trabalhadores de outros setores não têm conhecimento de que o procedimento é oferecido no local (Madeiro e Diniz, 2016).

A população em geral desconhece que existam casos de aborto legal no Brasil, pois no ideário popular o aborto sempre é crime. Nos casos em que a mulher tem coragem de buscar atendimento para relatar a violência sofrida, ela se depara com dificuldades, entre elas: carência de atendimento humanizado pelos profissionais de saúde, desconhecimento da rede e procedimentos para encaminhar a vítima e, por vezes, ainda se recusam a fazê-lo por não concordarem com a realização do aborto ou não acreditarem no relato da mulher (Fonseca *et al.*, 2020).

Esse caso pode ser ilustrado pela reportagem da Folha de S.Paulo que relata a trajetória de uma jovem negra, de 21 anos, estuprada pelo ex-namorado, que buscou atendimento para realização do aborto legal no município de São Paulo. A jovem passou por 6 consultas em 3 hospitais diferentes para conseguir realizar o procedimento. Em um desses hospitais foi coagida pelos profissionais de saúde a desistir da realização do aborto. A jovem afirmou: "Sinto que estão fazendo todo um serviço para que eu desista". Segundo ela, durante o atendimento, foi perguntada se o pai do feto estava feliz com a gravidez, qual seria o nome dado ao nascituro e se ela considerava entregá-lo para adoção. Ela também teria ouvido que seria uma "mãe guerreira" caso optasse por manter a gravidez. Ao reforçar sua escolha por

fazer um aborto, foi aconselhada a conversar com familiares para tentar mudar de ideia, recebendo a informação de que deveria ir ao hospital acompanhada de seu pai ou mãe na consulta para “ver o que poderia ser feito” (Bergamo, 2024).

Apesar dos avanços das Normas Técnicas, um estudo realizado entre 2013 e 2015 (Madeiro e Diniz, 2016) demonstrou que até 14% dos serviços em atividade ainda exigem o BO para realização do aborto. O caso mais recente ocorreu em março de 2025 em dois hospitais de Guanambi-BA, no qual o Ministério Público da Bahia teve de intervir solicitando que não fosse exigido BO para realização do aborto em menores de 14 anos (Miranda, 2025). Além disso, diversos abortos são recusados nas instituições hospitalares pelos médicos entenderem que o tempo gestacional não é compatível com o relato da data da violência, fato que ocorre desde o primeiro serviço implantado no Brasil. (Diniz *et al.*, 2014; Colas *et al.*, 1994; Lehn *et al.*, 2024)

Um dos estudos mais abrangentes sobre os serviços de aborto legal no Brasil foi realizado pela pesquisadora Débora Diniz, que produziu os artigos citados a seguir. Ele consistiu em realizar um mapeamento dos serviços citados no site do Ministério da Saúde como realizadores de aborto legal através de um questionário online preenchido pelos serviços. Em seguida, realizou-se a escolha amostral de 5 serviços para realização de entrevistas com profissionais desses locais buscando, além do mapeamento quantitativo, entender de forma qualitativa como se dá a realização do aborto nesses locais (Diniz *et al.*, 2014; Madeiro e Diniz, 2016).

Segundo Diniz (Diniz *et al.*, 2014), ainda que a mulher consiga alcançar um serviço de saúde que realize o aborto e ainda que esse serviço entenda o acesso ao aborto como um direito da mulher, ela ainda passará por um processo de validação de sua experiência como vítima. Todos os serviços investigados nessa pesquisa demonstraram que a pessoa que busca o aborto legal passará por uma investigação da verdade, na qual os profissionais buscarão julgar se a pessoa é ou não vítima, para só assim ter acesso ao direito ao aborto. Esse processo pode ser mais ou menos compassivo, de acordo com as características da pessoa que busca o atendimento. Esse estudo demonstrou que é mais fácil para os profissionais verem meninas menores de 14 anos como vítimas. Porém, casos de estupro marital muitas vezes são vistos com extrema desconfiança, como se a mulher quisesse apenas

abortar. Características físicas como piercings e tatuagens também parecem descredibilizar a história da vítima. Segundo os profissionais entrevistados, quanto mais violento for o relato do estupro, maior as chances de a mulher estar dizendo a verdade.

Caso o profissional julgue que não houve crime, ou que a gravidez não é produto desse crime, irá negar o acesso ao aborto. Essa ambientação persecutória se dá, entre outros motivos, devido ao caráter de exceção da lei e do estigma enfrentado pelo serviço. Os profissionais de saúde que atuam nesses serviços muitas vezes se sentem perseguidos, têm estigmas imposto a eles pela moral hegemônica do aborto como ato violador. Em troca, esse estigma social vivido pela equipe é de certa forma repassado às vítimas, que têm que provar sem deixar dúvida da violência vivida.

Segundo o artigo de Madeiro e Diniz (Madeiro e Diniz, 2016) que mapeou os serviços de aborto legal existentes no país entre 2013-2015, dos 68 serviços registrados no Ministério da Saúde apenas 37 estavam ativos. Esses serviços estavam distribuídos da seguinte maneira: 5 no Norte, 11 no Nordeste, 3 no Centro-oeste, 12 no Sudeste e 6 no Sul, concentrados em capitais e em grandes centros. O principal motivo para o aborto legal foi o estupro (94%). A duração da gravidez predominante para a interrupção da gravidez foi entre 9 e 14 semanas (41%), sendo que apenas 5% das gravidezes foram interrompidas com mais de 20 semanas. 27% das gravidezes foram interrompidas em até 8 semanas. O principal método utilizado para interrupção foi a AMIU (45%) e em segundo lugar o uso exclusivo de misoprostol (32%). As interrupções por curetagem uterina ou misoprostol mais curetagem representaram 13% dos procedimentos.

Segundo o estudo de Jacobs e Boing (Jacobs e Boing, 2022) apenas 26,7% das mulheres em idade fértil no Brasil residem em um município com acesso a serviços de aborto legal. Isso se deve ao fato de os serviços de atenção ao aborto serem hospitalares. A portaria nº 485, de abril de 2014 estabelece que serviços de aborto legal podem funcionar em estabelecimentos de saúde que não são hospitais e maternidades, desde que seja um serviço que funcione 24 horas e tenha equipe mínima disponível para prestação do serviço (Brasil, 2014a). Apesar da portaria, o

uso do misoprostol, método mais simples e seguro de se realizar o aborto, se mantém exclusivamente hospitalar desde 1998 (Brasil, 1998).

FIGURA 3: MAPA DEMONSTRANDO A COBERTURA DE MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL, SEGUNDO LEVANTAMENTO DE 2022.



Fonte: (Jacobs e Boing, 2022).

Como resposta a essas barreiras no acesso a esse direito, diversas organizações governamentais e não governamentais (ONGs), lideradas por ativistas do movimento feminista, começaram a se organizar buscando aumentar o acesso ao aborto legal. Exemplo disso é o site “Mapa do Aborto Legal” (Artigo19, 2019), iniciativa da ONG Artigo 19, que utiliza a Lei de Acesso a Informação (LAI) para obter dados de quais hospitais estão realizando atendimento para aborto legal.

Outra iniciativa são os fóruns de aborto legal nos estados do PR, RS, BA, MG, PE e o Fórum Intersetorial de Serviços Brasileiros de Aborto Previsto em Lei. Os Fóruns são compostos por um conjunto de organizações da sociedade civil, representantes dos serviços, e de profissionais da assistência e de universidades, representantes da defensoria pública e ministério público local, preocupadas com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. O fórum de cada estado tem configurações e integrantes distintos e se reúnem para troca de informações e fortalecimento da rede de aborto legal regional (FAL-RS, 2023).

Apesar dos avanços, a realização do aborto no Brasil ainda é centrada na figura do médico, que sozinho pode determinar se a mulher tem ou não acesso ao procedimento.

1.5 OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA, SIGILO PROFISSIONAL E O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

No capítulo I do Código de Ética Médica (CEM) (CFM, 2019) que trata dos princípios fundamentais da ética médica, temos no artigo 7 *“o médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.”* De acordo com esse princípio fundamental, a objeção de consciência, apesar de ser um direito do médico, não está acima do direito do paciente em ter acesso à saúde. Ou seja, a objeção de consciência deveria ser uma ocorrência rara, não interferindo na redução do acesso à direitos reprodutivos e ao aborto legal.

De acordo com o artigo 9 cap. II do CEM , é direito do médico *“recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”*. No entanto, é vedado ao médico *“descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética”*, conforme o artigo 15 do cap. III.

Segundo o entendimento jurídico do CEM, fica garantido ao médico a objeção de consciência e o direito de recusa em realizar o aborto. No entanto, é dever do médico informar à mulher sobre seus direitos e garantir a realização do procedimento por outro profissional da instituição ou de outro serviço. É dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o aborto legal (Brasil, 2012).

Na prática, a objeção de consciência é instrumentalizada por muitos médicos e instituições para negar o acesso ao procedimento de aborto legal no Brasil. Segundo a pesquisa de Branco (Branco *et al.*, 2020), que entrevistou profissionais de saúde atuantes em serviços de atendimento a vítimas de violência e

aborto legal em Fortaleza, a objeção de consciência serve para desarticular a rede de proteção e vigiar e punir mulheres que desejam realizar o aborto.

A mesma pesquisa demonstrou que o pouco acesso aos serviços de aborto legal está condicionado a profissionais e gestões específicas, pois falta uma ação por parte do Estado para a efetivação da rede de atendimento a vítimas de violência. Dos 6 hospitais que atendem vítimas de violência em Fortaleza apenas 2 realizam o aborto legal. A justificativa das gestões desses locais é que não foi possível encontrar profissionais que aceitem realizar o aborto. Além disso, esses hospitais muitas vezes também não realizam o encaminhamento a outro serviço municipal que esteja apto a realizar o procedimento, em claro descumprimento da Norma Técnica que regulamenta os serviços. Um dos entrevistados relatou que o hospital prefere recusar atendimento a vítimas de violência para não ter que lidar com possíveis situações de aborto. A situação não é muito melhor nos serviços que realizam o aborto legal no município, pois um dos entrevistados contou o caso de uma usuária do SUS que “se deparou com um profissional que não quis fazer e estavam com dificuldade de ver um outro profissional da área para realizar, e com isso o tempo foi passando”, o que culminou na não realização do aborto. Essas falas, segundo o artigo, demonstram mecanismos de punição das mulheres que desejam realizar o aborto (Branco *et al.*, 2020).

Esse mesmo estudo levantou que, a partir de uma interpretação equivocada da lei – e talvez por perceber a pressão moral da sociedade – os profissionais de saúde que deveriam acolher as vítimas de violência acabam se tornando investigadores policiais, buscando determinar se o estupro realmente aconteceu e a gravidez é resultado do ato. A fala recorrente entre os profissionais entrevistados é que o aborto é crime, e ele estaria incorrendo em um crime caso realize um aborto baseado apenas no relato da mulher, que pode ser falso. Nenhum profissional entrevistado, no entanto, realizou uma fala ao contrário, ou seja: de que a negativa do direito ao aborto é uma violação dos direitos da vítima. Isso revela qual a ideologia predominante nos serviços, sempre colocando a vítima como ré que deve provar a ocorrência de violência (Branco *et al.*, 2020).

Segundo Diniz *et al.* (Diniz *et al.*, 2014), existe uma dinâmica moral em torno do corpo e da sexualidade das mulheres que rejeita qualquer flexibilidade em

relação à autonomia reprodutiva imposta a elas, especialmente no que diz respeito ao aborto. Nesse contexto moral, a possibilidade de exceções à punição é vista como um sinal de autonomia das mulheres sobre seus próprios corpos, o que justifica a forte vigilância sobre sua aplicação. A ambiguidade da lei penal – que criminaliza o aborto, mas permite exceções – reforça uma divisão no reconhecimento do direito ao aborto legal: o foco não está na autonomia reprodutiva das mulheres, mas na proteção da mulher vítima de estupro.

No capítulo 9, artigo 73 do CEM é vedado ao médico *“revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha (nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento); c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal”*. Fica explícito a proibição do médico em produzir provas contra seus pacientes (CFM, 2019).

Entretanto, segundo relatório do Anis – Instituto de Bioética (Anis, 2025), que pesquisou os itinerários penais de casos de criminalização do aborto entre 2012 a 2022, pelo menos 569 pessoas foram investigadas, denunciadas e processadas por aborto. Das 104 denúncias cuja origem pôde ser identificada, observou-se que 46% partiram de profissionais de saúde e dois casos partiram de conselheiros tutelares contra adolescentes. Esse número pode ser ainda maior, pois a análise dos documentos demonstra que a investigação policial frequentemente ocorreu logo após a procura por cuidados em estabelecimentos de saúde. Fica claro que a quebra de sigilo profissional é utilizada como instrumento para penalizar mulheres por aborto.

O relatório também demonstra que os profissionais de saúde frequentemente participam nos processos judiciais como figuras ativas na denúncia e são testemunhas de acusação, induzindo ou ameaçando as mulheres a confessarem o aborto. Profissionais que são contra o aborto se aproveitam da situação de vulnerabilidade da pessoa que buscou atendimento para casos de abortamento incompleto para questionar se o aborto foi ilegal, disfarçando sob a

ótica do cuidado questionamentos que produzem provas ilegais que posteriormente são usadas pelo sistema de justiça para condenar as mulheres. A violação de sigilo transforma a relação que deveria ser de cuidado em saúde em uma relação inquisitória e punitiva (Anis, 2025).

O relatório explicita o que foi afirmado previamente na pesquisa de (Branco *et al.*, 2020), os profissionais de saúde deixam de cuidar dos sintomas e sofrimentos de quem busca os serviços, muitas vezes contribuindo para um agravamento da condição de saúde e sofrimento das pacientes, para se transformarem em policiais e julgadores. Tudo isso é chancelado pelo sistema judiciário, que estimula esses comportamentos ao dar seguimento em processos iniciados por denúncias irregulares e coagidas. Assim, o sistemas de saúde e justiça passam a funcionar como um dispositivo da criminalização das mulheres antes mesmo da condenação, pois elas são punidas com recusa de cuidados, ameaça, constrangimento, coação e criminalização se buscarem os serviços, ou sofrerão as consequências da falta de atenção adequada se não buscarem os serviços por medo de serem incriminadas (Anis, 2025).

A partir desses dados, podemos perceber que o CEM é instrumentalizado para ser válido somente em posicionamentos contra o aborto, seja ele legal ou não. O podcast “Sala de Espera” da Rádio Novelo (Silva, Guimarães e Moraes, 2025) atribui esse uso por conveniência do CEM à gestão atual do CFM. Em 2024, a “União pela Medicina”, uma coalizão de chapas candidatas à diretoria do CFM, se elegeu em 14 estados da federação. Dentre as propostas da coalizão constam “defesa da vida humana, desde a sua concepção” e “médicos estudam para salvar vidas! Somos contrários à descriminalização do aborto e contra a assistolia fetal na interrupção de gestações avançadas”. Esse discurso fere diretamente os direitos já adquiridos pelas mulheres ao aborto legal. Logo após a eleição, o CFM publicou a resolução nº 2.378/2024 que proíbe aos médicos realizarem o procedimento de assistolia fetal, efetivamente impedindo a realização do aborto legal após as 22 semanas de gravidez. Essa resolução foi suspensa pelo STF por entender que uma resolução do CFM não pode estar acima da lei que permite a realização do aborto (CFM, 2024b).

1.6 O DIREITO AO ABORTO LEGAL E A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MENINAS, MULHERES E PESSOAS QUE GESTAM

No Brasil e no mundo, a violência sexual é majoritariamente perpetrada por pessoas do sexo masculino contra pessoas do sexo feminino. É necessário entender a questão da violência de gênero como um grave problema social. O estupro, assim como as demais violências de gênero, não se trata de sexo, de afetividade ou de Intimidade. Trata-se de uma relação de poder, em que as mulheres devem assumir um estado de subalternização sem serem sujeitas dos próprios desejos ou donas dos direitos sobre o seu corpo (Cerqueira, Santa Cruz Coelho e Ferreira, 2017).

A revisão sistemática de Fonseca (Fonseca *et al.*, 2020) sobre os serviços de aborto legal no Brasil demonstrou que a maior parte dos abortos legais realizados nos serviços eram por gravidezes decorrentes de estupro. A revisão também demonstrou que os médicos alegam objeção de consciência para realização do aborto mais frequentemente em casos de estupro, porém não apresentam a mesma objeção em casos de anencefalia ou risco de vida à gestante. Pesquisas realizadas com estudantes de medicina revelam que 72% dos alunos se negariam até mesmo orientar a vítima sobre como buscar seus direitos e a realização do aborto nos casos de estupro, porém tal objeção é de apenas 17% em caso de risco de vida para a gestante.

Os dados oficiais nacionais sobre aborto legal são de difícil acesso e compilação, como já citado neste trabalho, devido à falta de padronização no registros hospitalares. Já os dados sobre estupro e violência doméstica têm avançado, principalmente após o ano de 2011, e mostram um quadro alarmante sobre o que é ser mulher no Brasil. Após compilar os dados de violência contra a mulher no Atlas da Violência de 2024, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) diz:

“Ou seja, se tivéssemos que descrever o que é ser uma mulher no Brasil, poderíamos dizer que na primeira infância é a negligência a forma mais frequente de violência, cujos principais autores são pais e mães, na mesma proporção. A partir dos 10 até os 14 anos, essas meninas são vitimadas principalmente por formas de violência sexual, com homens que

ocupam as funções de pai e padrasto como principais algozes. Dos 15 até os 69 anos, é a violência física provocada por pais, padrastos, namorados ou maridos a forma de violência prevalente entre as mulheres. Quando idosas, as mulheres voltam a ser vítimas de negligência e a participação feminina entre os autores volta a crescer.” (Cerqueira e Bueno, 2024)

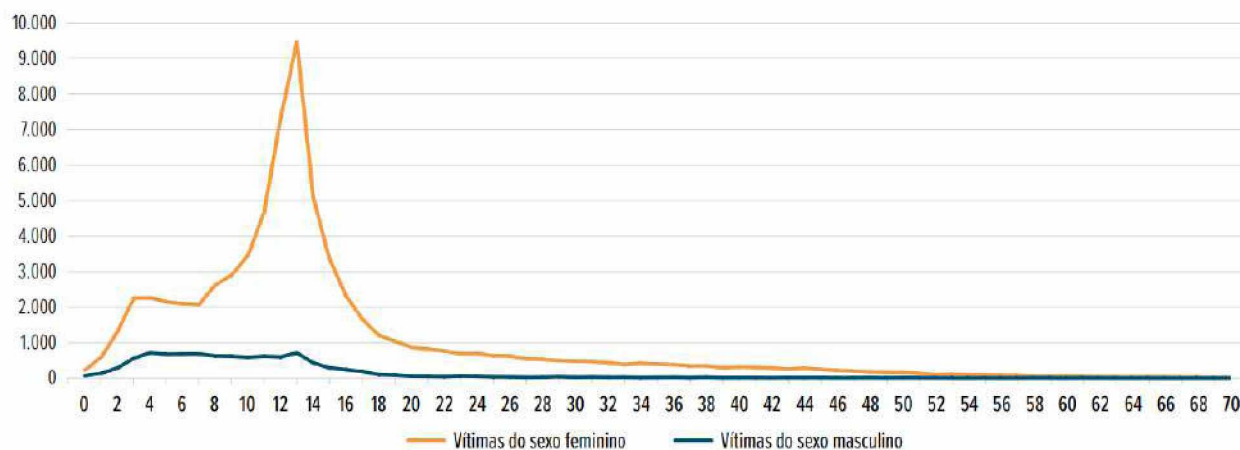
A partir de 2011, a ONG Fórum Brasileiro de Segurança Pública iniciou seu trabalho de publicação do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, compilando os dados de violência registrados no país. No primeiro ano da série histórica, 43.869 pessoas foram vítimas de estupro ou estupro de vulnerável no Brasil. Em 2023, com crescimento quase ininterrupto ao longo dos anos, foram registrados 83.988 estupros, um crescimento de mais de 90%. O perfil das vítimas se manteve: meninas e mulheres (88,2%), negras (52,2%), de no máximo 13 anos (61,6%), que são estupradas por familiares ou conhecidos (84,7%) dentro de suas próprias residências (61,7%) (FBSP, 2024).

A edição de 2025 do Anuário Brasileiro de Segurança Pública traz dados consolidados sobre o estupro de vulnerável no Brasil, que representam casos em que deveria ser mais obvio a violência e gerar menos questionamentos, facilitando o acesso ao aborto legal. Para cada menino vítima de estupro de vulnerável em 2024, houve cinco meninas vitimadas. Segundo o anuário, o crime de estupro perpetua-se por relações de poder, dominação e gênero, porque reproduz lógicas de violação e controle sobre corpos percebidos como vulneráveis. Os autores do crime são geralmente familiares ou pessoas próximas às vítimas, o que reforça a ideia de que esses crimes não derivam apenas de impulsos individuais, mas de estruturas sociais permissivas e de desigualdades consolidadas (FBSP, 2025).

Em 2024 foram registrados e 87 mil casos de estupro, sendo 76,8% estupros de vulnerável. Segundo o gráfico abaixo, as principais vítimas de estupro no Brasil são meninas e mulheres, representando 87,7% do total de casos, em contraposição a 12,3% de vítimas do sexo masculino. A faixa etária mais acometida são vítimas até os 18 anos, correspondendo a 89% das ocorrências entre os meninos e 77,7% entre as meninas. Porém, após essa faixa etária, os homens tem registros infimos de casos e as mulheres seguem expostas à violência sexual,

representando 22,3% dos casos após a adolescência. O perfil do agressor permanece o mesmo de 2023 (FBSP, 2025).

GRÁFICO 01 - QUANTIDADE DE ESTUPROS REGISTRADOS POR IDADE SIMPLES E SEXO DA VÍTIMA EM 2024



Fonte: Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025 (FBSP, 2025).

A consolidação dos dados de violência sexual no Brasil só é possível devido à atuação do Ministério da Saúde, que em 2006 lançou o Sistema de Vigilância de Violências (VIVA), que capta dados de violência interpessoal/autoprovocada em serviços de saúde do Brasil. Ainda assim, apenas em 2011 a notificação de violências passou a integrar a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública (Cerqueira, Santa Cruz Coelho e Ferreira, 2017).

O mapeamento da violência é de extrema importância para a formulação de políticas públicas, mas também é uma forma de exercício de cidadania por parte das vítimas que estão num grupo extremamente vulnerável. Vemos essa evolução na conquista de direitos, pois até os anos 80 era questão de debate na doutrina jurídica se o marido poderia ser acusado de crime de estupro contra sua própria esposa (Cerqueira, Santa Cruz Coelho e Ferreira, 2017). Apenas em 1997 a Lei nº 9.520 revogou o Artigo 35 do Código de Processo Penal, que estabelecia que “a mulher casada não poderia exercer o direito de queixa sem a autorização do marido, salvo quando fosse contra ele, ou quando estivesse separada” (Brasil, 1997).

Segundo os dados do Atlas da Violência 2024, dentre os registros de violência contra pessoas com deficiência, as mulheres com deficiência mental ou intelectual com idade entre 10 e 19 anos são o grupo de maior risco para sofrer violência sexual, geralmente praticada dentro do domicílio, por um familiar do sexo masculino (Cerqueira e Bueno, 2024).

Casos de violência sexual e violência doméstica contra mulheres triplicaram durante o período da pandemia de COVID-19 (FBSP, 2020). Este cenário pode ser justificado pelo fato de violências sexuais e violência contra a população feminina acontecerem, principalmente, dentro de casa (Marques *et al.*, 2020), e pelas medidas de distanciamento social terem gerado barreiras de acesso aos canais de denúncia e aos serviços de proteção (FBSP, 2020). Acredita-se que tal aumento ocorreu também devido à redução de acesso a serviços de apoio às vítimas, incluindo atendimentos na área da saúde e políticas sociais, principalmente em relação à saúde sexual e reprodutiva (Reis *et al.*, 2020). Em emergências humanitárias e sanitárias, mulheres e meninas fazem parte de um dos grupos mais vulnerabilizados (Campos, Tchalekian e Paiva, 2020).

Por se tratar de um trauma físico e emocional, a vítima de violência sexual, muitas vezes, acaba evitando procurar ajuda por medo de julgamentos e represálias. Por isso, o respeito e a assistência imediata dos profissionais de saúde são fundamentais para minimizar as sequelas da violência. Entretanto, a ausência de preparo da equipe multiprofissional para lidar com casos de violência e de interrupção legal da gravidez, é uma realidade na APS (Silveira *et al.*, 2021).

Adicionalmente, a sobrecarga e o colapso no sistema de saúde em escala global restringiram procedimentos médicos e políticas de saúde fundamentais, dentre os quais o acesso ao aborto legal, aos métodos contraceptivos e de prevenção e tratamento de ISTs (UNFPA Brazil, 2020). Com a COVID-19, um pouco mais da metade dos hospitais públicos brasileiros que realizavam a interrupção legal da gravidez, mantiveram o serviço na pandemia (Silva *et al.*, 2021).

Além disso, as informações a respeito dos serviços de referência para aborto legal existentes permanecem pouco conhecidas e pouco divulgadas, tanto entre a população em geral, quanto pelos profissionais de saúde (Rocha *et al.*,

2015). Por fim, há a necessidade de preparo da equipe interdisciplinar para atender casos de vulnerabilidade e violência contra a mulher através da Educação Permanente (Silveira *et al.*, 2021).

De acordo com Madeiro e Diniz (Madeiro e Diniz, 2016), entre 2013 e 2015, foram realizados 2.442 abortos legais em decorrência de estupro no Brasil. Entretanto, dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública estimaram que em 2015 ocorreu de cerca de um estupro a cada 11 minutos no país. Esse cálculo foi baseado no número de ocorrências registradas no ano, 45.460, gerando uma estimativa real de até 454,6 mil estupros, pois, em média, apenas 10% dos casos são reportados à polícia. Considerando que 5% a 7% das mulheres vítimas de estupro podem engravidar, percebe-se que o número de abortos legais realizados no território nacional está bem abaixo do esperado (Cerqueira, Santa Cruz Coelho e Ferreira, 2017). Pode-se inferir que muitas dessas gravidezes chegaram a termo e muitas mulheres provavelmente recorreram ao aborto inseguro para terminar a gravidez por desconhecerem seus direitos ou não conseguirem acessar um serviço legal.

Entre 2008 e 2015, foram realizadas aproximadamente 200.000 internações por ano por procedimentos relacionados ao aborto. Entre 2006 e 2015 foram registrados 770 óbitos por aborto, sendo esta uma das maiores causas de morte materna no país (Cardoso, Vieira e Saraceni, 2020) .

As principais pesquisas sobre aborto no Brasil comprovam que a ilegalidade traz consequências negativas para a saúde das mulheres, pouco coíbe a prática e perpetua a desigualdade social (Brasil, 2009). O artigo de Lima apresenta o relato de duas mulheres jovens, negras, pobres e residentes de periferias, vítimas de violência doméstica, que realizaram aborto de forma clandestina. Os depoimentos delas reforçam as conclusões encontradas na literatura: a criminalização do aborto e o racismo fazem com que as mulheres negras recorram ao aborto em fases mais avançadas da gravidez. Além disso, elas enfrentam violências institucionais, como longos tempos de espera por atendimento ou leitos, medo de serem denunciadas pela equipe de saúde e julgamentos por parte de familiares e parceiros por terem optado pelo aborto. Esses fatores as levam a percorrer essa trajetória de forma solitária, o que compromete sua saúde física, psicológica e moral, já que são

estigmatizadas como criminosas por terem realizado o procedimento (Lima e Cordeiro, 2020).

1.7 O PROBLEMA DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

O Sistema Único de Saúde está baseado em 3 princípios: universalidade, equidade e integralidade. O primeiro indica que o acesso às ações e aos serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas; a equidade tem como objetivo diminuir desigualdades, investir mais onde a carência é maior; e a integralidade visa considerar a pessoa e atender a todas as suas necessidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (Brasil, 1990).

O termo "integral" faz parte dos títulos dos programas/políticas de saúde para mulheres, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, destacando que a atenção deve ser articulada entre os setores públicos, com uma atuação intersetorial que ambiciona alcançar o conceito ampliado em saúde atendendo as pessoas em todas as suas necessidades (Brasil, 2011b).

De acordo com Menezes (2014), a ESF tem um papel central no enfrentamento da violência contra a mulher, pois se apresenta como porta de entrada para essas mulheres, atuando com a população do território, tendo maior envolvimento e entendimento da comunidade. Outra vantagem da ESF é a maior disponibilidade de diferentes categorias profissionais, como agentes de saúde e enfermagem, que muitas vezes estão mais próximos das pessoas de seus territórios de abrangência e podem intervir com mais agilidade em situações de violência.

Todos os profissionais da ESF podem ajudar a construir e manter a rede de atenção, garantindo uma atenção integral às mulheres em situação de violência. A revisão sistemática de d'Oliveira detalha barreiras e facilitadores para o cuidado das mulheres em situação de violência na APS. Nesse estudo, fica claro que em locais com uma rede de atenção estabelecida o atendimento se torna muito mais amplo, e a falta da rede é percebida por quase todos os profissionais (Oliveira, *d' et al.*, 2020).

A revisão vê a APS como um local de promoção dos direitos das mulheres, que pode realizar o atendimento de acordo com uma perspectiva de gênero, buscando um acolhimento que não culpabilize a mulher, sendo um ponto de referência longitudinal no atendimento à violência e encaminhamento para a rede intersetorial. Outros pontos apontados como facilitadores da APS foram as visitas domiciliares, o conceito de acolhimento e o Projeto Terapêutico Singular. O estudo demonstra que a violência doméstica cada vez mais é vista como um problema de saúde pública por parte dos profissionais (Oliveira, *d' et al.*, 2020). Entretanto, a revisão também demonstra que as mulheres muitas vezes não reconhecem a APS como um dispositivo de saúde capaz de lidar com a violência e os profissionais referem que não sabem como indagar sobre o problema, preferindo que a mulher revele a situação caso assim deseje.

Segundo Ayres (2004), o termo acolhimento na atenção à saúde se refere a ampliação do atendimento para além das questões biológicas, priorizando a pessoa, a complexidade dos determinantes sociais de saúde e o estabelecimento de vínculo entre usuário e profissional.

É essencial contar com uma rede intersetorial articulada e organizada, onde cada entidade conheça suas responsabilidades, para assegurar proteção integral às mulheres e preservar seus direitos de cidadania (Borsoi, Brandão e Cavalcanti, 2009). Hesler *et al.* (2013) destacam a importância de divulgar os serviços da Rede, ressaltando que os profissionais envolvidos devem conhecer as instituições e seu funcionamento nas áreas jurídica, policial, social e de saúde. Os agentes comunitários de saúde têm papel relevante nesse processo devido à sua proximidade com a comunidade.

1.8 ABORTO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas no Cairo em 1994 (ONU, 1995a), mais de 180 países concordaram que a saúde reprodutiva deve ser uma parte integral da APS e deveria ser acessível a todos os indivíduos o mais breve possível até o ano de 2015. Segundo o relatório final da conferência, a assistência à saúde reprodutiva, no contexto de uma assistência primária à saúde, deve incluir: “aconselhamento, informação, educação,

comunicação e serviços de planejamento familiar; educação e serviços de assistência pré-natal, de parto seguro e de assistência pós-natal; prevenção e o devido tratamento da esterilidade; aborto seguro, inclusive a prevenção do aborto e o tratamento de suas sequelas” (ONU, 1995b).

O aborto com medicamentos pode ser realizado com segurança em domicílio com supervisão presencial ou via telessaúde de um serviço de atenção em saúde de baixa complexidade. O aborto é ofertado em serviços de Atenção Primária a Saúde em pelo menos dezenove países no mundo, que apresentam sistemas de saúde com características diversas e encontram-se em distintos estágios de desenvolvimento econômico, como Colômbia, Espanha, Irlanda e Moçambique (Lavelanet, Johnson e Ganatra, 2020).

A revisão sistemática de Zhou, Baylock e Harris (Zhou, Blaylock e Harris, 2020) avaliou os serviços de aborto na APS em países de baixa e média renda e demonstrou que o aborto com medicamentos no primeiro trimestre – até 12 semanas de gravidez – é seguro, viável e conveniente. A descentralização dos serviços de aborto para a atenção primária e a ampliação de profissionais qualificados aumenta a disponibilidade e acessibilidade do serviço. Enfermeiras, enfermeiras obstetrias e parteiras podem substituir os médicos no provimento de abortos com medicamentos, desde que recebam o devido treinamento, uma vez que já desenvolvem atividades semelhantes de assistência ao parto e situações de abortamento nas suas atividades habituais. Essa revisão sistemática foi a primeira a consolidar a qualidade dos serviços de aborto na APS em países de baixa e média renda, determinando os componentes necessários para a composição de um serviço de excelência no provimento de aborto com medicamentos em unidades de atenção primária.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO 2025) o acesso ao aborto deve ser centrado na APS e integrado ao sistema de saúde para encaminhamento à atenção especializada se necessário. A APS promove uma abordagem multissetorial e social, que visa garantir o mais alto nível de saúde e bem-estar para todos os indivíduos, concentrando-se nas necessidades e preferências de indivíduos, famílias e comunidades. Tornar o procedimento disponível e acessível na APS é uma estratégia segura e eficaz para promover o acesso equitativo ao aborto considerando a segurança, conveniência e os custos

reduzidos dos serviços ambulatoriais. Os serviços hospitalares devem ser reservados para gravidezes com maior tempo de evolução e para o tratamento de complicações decorrentes do aborto.

Segundo o *Abortion Care Guideline* (Diretrizes de cuidados no aborto) (WHO 2025) o acesso ao aborto legal só poderá ser garantido de maneira efetiva se houver centros de atenção e profissionais com habilidades, conhecimentos e disponibilidade suficientes para a prestação de tal serviço. A diretriz também defende a descriminalização total do aborto, ou seja, que o aborto seja inteiramente removido do código penal, assegurando que nenhuma pessoa envolvida na realização do aborto possa ser penalizada. A descriminalização é preferível a legalização, pois na legalização o aborto ainda passa por delimitações dentro do código penal.

Questões relacionadas à sexualidade e reprodução permeiam a vida de todos os indivíduos e são reconhecidas como direitos humanos fundamentais, devendo ser abordadas de forma integral nos serviços de APS. Atualmente, no Brasil, é indiscutível o papel deste nível de atenção no que diz respeito à assistência ao ciclo gravídico-puerperal e à realização de outras ações de saúde sexual e reprodutiva, como o aconselhamento e dispensação de contraceptivos ou a oferta de testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis. O mesmo não se pode dizer a respeito da assistência a mulheres que necessitem de interrupção legal da gravidez, tema em que a participação da APS ainda é pouco explorada no Brasil, e negligenciada tanto nas políticas públicas quanto no debate acadêmico (Giugliani *et al.*, 2019).

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) já se posicionou diversas vezes e de maneira contundente a favor da descriminalização total do aborto e da realização de aborto com medicamentos em todas as unidades de saúde do país (SBMFC, 2023a; b, 2024a). De acordo com Rubin, Godfrey e Gold (Rubin, Godfrey e Gold, 2008), as mulheres preferem realizar o aborto em um serviço de APS, com seu médico de família. Durante a pandemia, diversos países se organizaram para o provimento de serviços de aborto via tele saúde, buscado garantir o direito ao acesso ao aborto (Chong *et al.*, 2021) (Aiken *et al.*, 2021). No Brasil, o caso mais emblemático foi da médica Helena Paro, que em 2021, em parceria com Anis - Instituto de Bioética, Global Doctors for Choice

Brasil e o Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual (Nuavidas) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), lançou a cartilha “Aborto legal via telessaúde: orientações para serviços de saúde” (Anis – Instituto de Bioética, 2021). A cartilha busca orientar como os serviços hospitalares de aborto legal no Brasil podem adaptar suas práticas, principalmente no contexto de pandemia, para garantir o acesso ao aborto legal. O serviço de aborto via telessaúde foi implantado com sucesso no HC-UFU, entretanto a médica Helena Paro passou a ser alvo de diversos ataques online, por políticos e órgãos públicos, e pelo CRM. Todos esses agentes buscavam proibir a prática do aborto via telessaúde (Fonseca, 2023).

Caso o aborto com medicamentos passasse a ser ofertado nas unidades básicas de saúde (UBS) de atenção primária, a cobertura da população chegaria a 94,3% segundo apontado no mapa realizado na pesquisa de Jacobs e Boing (Jacobs e Boing, 2022).

FIGURA 4: MAPA DEMONSTRANDO POSSÍVEL A COBERTURA DE MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL, SEGUNDO LEVANTAMENTO DE 2022, CASO O ABORTO SEJA OFERECIDO EM UBSs.



Fonte: (Jacobs e Boing, 2022)

Em fevereiro de 2025, o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) enviaram ao STF a ADPF1207 (STF, 2025) solicitando que outros profissionais de saúde não-médicos devidamente regulamentados sejam autorizados a realizar o aborto legal. Caso aprovada, a ampliação do acesso ao aborto seria exponencial, pois não mais dependeria exclusivamente da figura do médico.

Os últimos anos têm se mostrado favoráveis descriminalização e/ ou legalização do aborto na América Latina. Os casos mais recentes são no México, que tem uma legislação por estado, e legalizou o aborto na capital do país até 12 semanas e descriminalizou o aborto nacionalmente em em 2021. A Colômbia legalizou o aborto até 24 semanas de gravidez em 2022 e a Argentina que legalizou o aborto até 12 semanas em 2020. Nos demais países da América Latina, Cuba já tem o aborto legalizado em qualquer circunstância até 12 semanas desde 1965. A Guiana o aborto é legalizado até 12 semanas desde 1995. O Uruguai legalizou o aborto até 14 semanas em 2012 (CRR, 2025; Passos, 2022; Stabile, 2023).

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Esta pesquisa teve como objetivo explorar como os profissionais da saúde da atenção primária, atuam no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil e, especialmente, do direito e acesso ao aborto legal por usuárias do SUS. Buscou-se dar significado às percepções desses profissionais lidando com esses casos através de suas falas, vivências e sentidos sobre a temática.

Objetivos Específicos

- Explorar como os profissionais da saúde, especificamente da atenção primária, atuam no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil
- Identificar o acesso ao direito ao aborto legal na APS
- Identificar as conexões entre aborto legal fruto de violência sexual e outras formas de violência de gênero
- Analisar se a pandemia de COVID-19 trouxe mudanças no acesso a esse direito

3. METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de caráter qualitativo. Optou-se pela realização de um estudo qualitativo por meio de entrevistas com um roteiro semiestruturado. As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado (Fontanella e Magdaleno Júnior, 2012) e foram realizadas com profissionais de saúde atuantes na APS no país. Isto se deu não pela intenção de identificar ou quantificar o fenômeno estudado, mas de compreender o significado do processo para o indivíduo entrevistado ou para a coletividade. O modelo qualitativo possibilitou maior abertura, aprofundamento e conhecimento ao assunto abordado. As narrativas se tornam mediações entre ação e linguagem, podendo contribuir na pesquisa qualitativa em saúde coletiva como dispositivo poroso de comunicação, construindo novos olhares. É possível que as narrativas se transformem em ação política, levando a pesquisa a atender um imperativo ético-político, intervindo no universo pesquisado, propiciando um fortalecimento de seus próprios agentes (Onocko Campos e Furtado, 2008).

3.2 FINANCIAMENTO

Esta dissertação é um recorte do estudo financiado pela CAPES “Impactos da pandemia de covid-19 no acesso ao aborto legal no Brasil”, gerido pela Clínica de Direitos Humanos da UFPR (CDH|UFPR). Devido ao financiamento, este estudo contou com a participação de aproximadamente 15 bolsistas de diversos níveis de escolaridade (graduação, mestrado, doutorado e pós-doutorado) e de diversas áreas do conhecimento, como direito, ciências sociais, enfermagem, psicologia e medicina.

3.3 MATERIAIS UTILIZADOS PELA PESQUISA

Inicialmente, foram realizadas 4 oficinas de qualificação ministradas pelos docentes parceiros da CDH|UFPR, dos programas de pós-graduação de Direito, Sociologia, Antropologia, Comunicação e Saúde Coletiva. A equipe de bolsistas da CDH|UFPR realizou reuniões semanais de alinhamento e produção dos equipamentos de pesquisa durante o período de agosto de 2023 a junho de 2024. Durante essas reuniões produziu-se o questionário autoaplicável *online*, anônimo,

via Microsoft Forms[®] intitulado “Impactos da pandemia de COVID-19 no acesso ao aborto legal no Brasil”.

FIGURA 5: IMAGEM SIMULADA DO QUESTIONÁRIO ONLINE RECEBIDO PELOS PARTICIPANTES



Fonte: a autora e equipe CDH|UFPR (2025)

A divulgação da pesquisa se deu através das mídias sociais da CDH|UFPR, divulgação através de perfis de influencers da área da saúde, envio de e-mails institucionais e contatos pessoais via aplicativos de mensagens.

FIGURA 6: MÍDIAS PRODUZIDAS PARA DIVULGAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ONLINE.

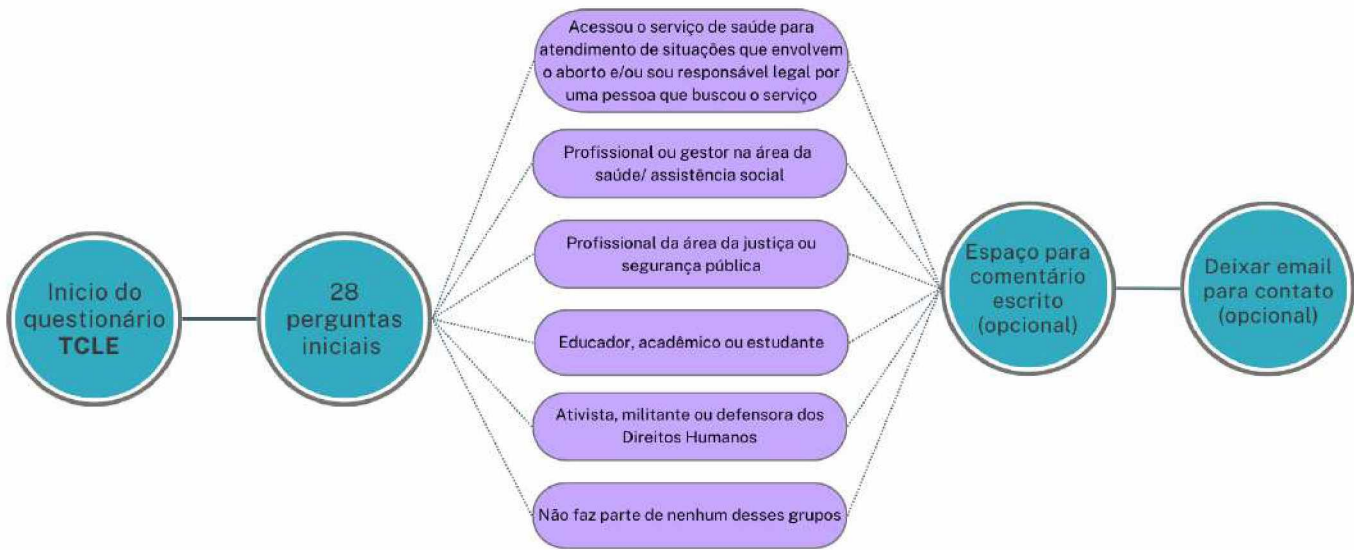


Fonte: a autora e equipe CDH|UFPR (2025)

O questionário contou com uma etapa inicial contendo 28 perguntas sobre dados demográficos do participante, conhecimento e opiniões sobre o aborto. Todos os participantes da fase qualitativa foram recrutados por meio do questionário. Na pergunta 28, os respondentes puderam selecionar uma categoria profissional para responder perguntas específicas. As seguintes categorias poderiam ser selecionadas: usuárias do serviço de aborto legal; profissionais ou gestores de saúde e assistência social; profissionais da área da justiça ou segurança pública; profissionais da educação, acadêmicos ou estudantes; ativistas, militantes ou

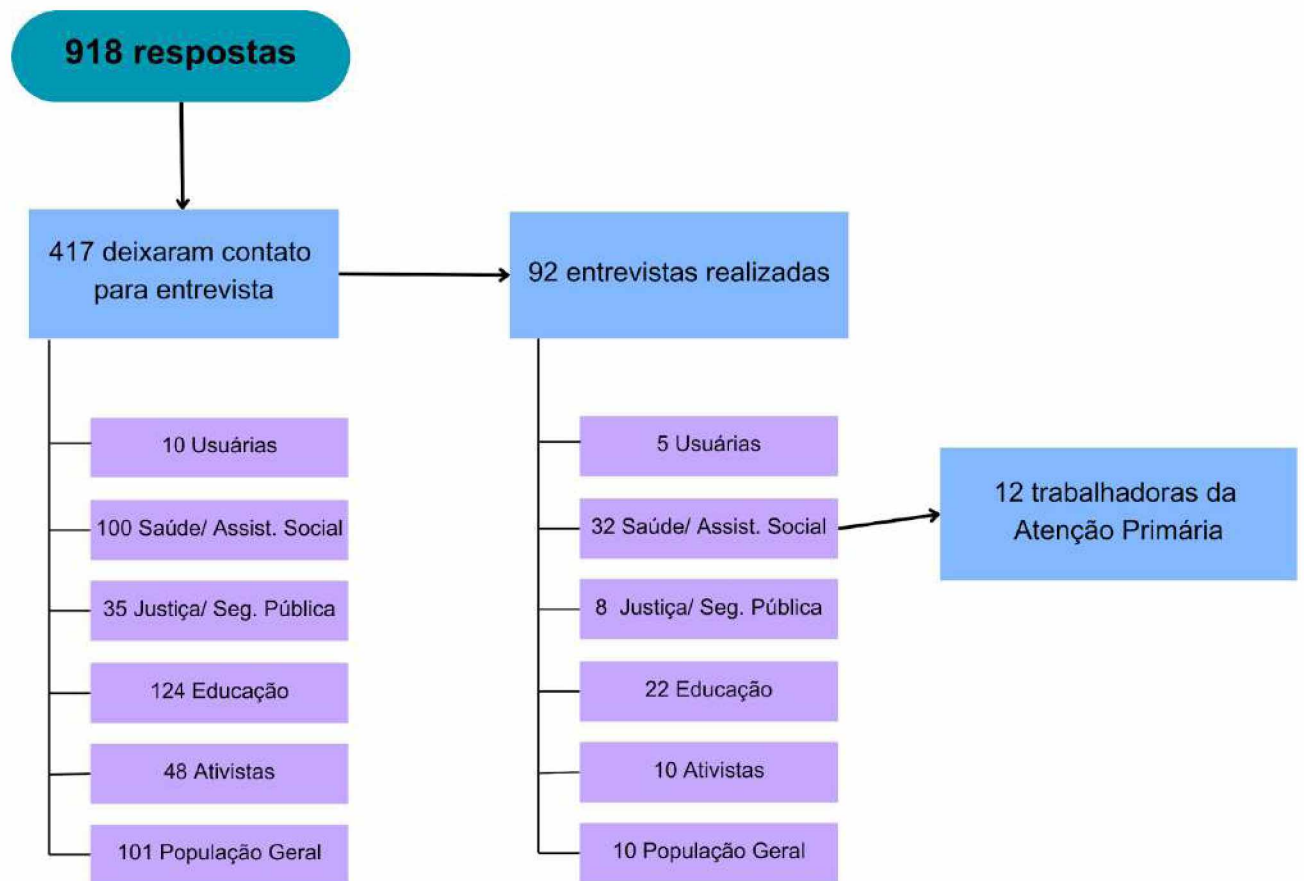
defensoras dos direitos humanos; ou “não se encaixa em nenhuma dessas categorias”. A partir dessa autoidentificação, o questionário seguia para uma sessão específica elaborada para a categoria adequada. Ao final do questionário todos os participantes foram convidados a deixar uma mensagem ou e-mail para contato, se assim desejarem, para participação de uma entrevista. O quadro abaixo exemplifica como estava estruturado o questionário. A aplicação do questionário ocorreu entre os meses de dezembro de 2023 e junho de 2024.

QUADRO 1: FLUXO DO QUESTIONÁRIO ONLINE PARA OBTENÇÃO INICIAL DOS DADOS



Os dados quantitativos desta etapa estão em análise, com publicação prevista por outra integrante da equipe CDH|UFPR. O quadro abaixo descreve as 918 respostas coletadas no questionário online. No total, 417 participantes deixaram o contato para entrevista e 92 entrevistas foram realizadas, incluindo as 12 entrevistas analisadas neste trabalho.

QUADRO 2: ESQUEMATIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.



Fonte: a autora.

Foi elaborado um Procedimento Operacional Padrão (POP) (Schicocchet *et al.*, 2024) para coordenação da equipe. O POP é um documento elaborado e publicado pela CDH|UFPR contendo: Protocolo de Sensibilidade, Protocolo de Salvaguarda, procedimentos para contatar os participantes, plano de ação para armazenamento, transcrição e uso dos dados coletados.

A partir dos contatos encontrados no questionário, foram enviados e-mails para explicar o funcionamento da entrevista e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da etapa qualitativa. Muitos participantes não responderam a essa etapa ou não demonstraram interesse em participar de uma entrevista.

O agendamento e realização das entrevistas ocorreu entre os meses de janeiro e julho de 2024. A partir do contato deixado no questionário, os respondentes foram categorizados, cada participante teve um código atribuído a si e as entrevistas

foram agendadas por ordem de resposta do participante e de acordo com a disponibilidade da entrevistadora. Todo o processo está detalhado no POP, buscando consistência na comunicação com os participantes da pesquisa e segurança dos dados. Foram utilizados endereços de e-mail institucional fornecidos pela UFPR e todo o armazenamento das respostas do questionário e informações de contato também foi realizado nos servidores da Universidade.

A construção do roteiro semiestruturado também foi coletiva. Durante as reuniões semanais entre agosto e novembro de 2023, a equipe de bolsistas multidisciplinar se reuniu para construção do roteiro, buscando na literatura e em estudos anteriores similares quais as questões mais relevantes e apropriadas para responder nossos objetivos. O roteiro final foi aprovado pelos professores responsáveis e pela coordenadora do projeto. O roteiro variou conforme a categoria profissional de interesse; a versão utilizada nas entrevistas com os profissionais de saúde está no **Apêndice A**. Antes de cada entrevista, a entrevistadora deveria ler as respostas deixadas no questionário online para se familiarizar com o entrevistado. Abordamos nas entrevistas perguntas de identificação demográfica, atendimentos realizados dentro da temática DSR, percepção dos profissionais sobre violência de gênero e violência doméstica, conhecimentos gerais sobre o aborto legal, mudanças que ocorreram no período da pandemia, atividades de educação permanente e educação em saúde sobre o tema. As entrevistas foram realizadas online pela plataforma Microsoft Teams[®]. Foram também gravadas, armazenadas e transcritas dentro da plataforma. A escolha do Microsoft Teams[®] se deu por ser a plataforma financiada pela UFPR para uso e armazenamento de dados, possibilitando a inserção das pesquisadoras apenas nos grupos de interesse necessários e garantindo maior controle sobre a confidencialidade dos dados.

As entrevistas com profissionais da APS foram realizadas pela autora do artigo e outra bolsista da CDH|UFPR, pesquisadora mulher, enfermeira, cursando mestrado em Saúde Coletiva. As demais pesquisadoras da equipe realizaram entrevistas nos demais eixos, não analisadas neste trabalho. As entrevistas aconteceram no período entre os meses de março e julho de 2024. A transcrição e análise foram realizadas pela equipe de transcrição, composta por estudantes do mestrado de Saúde Coletiva e Direito, bem como da graduação em Medicina e Direito da UFPR. O POP (Schiocchet *et al.*, 2024) foi utilizado como guia em todas as etapas como forma de garantir a segurança dos participantes da pesquisa, a

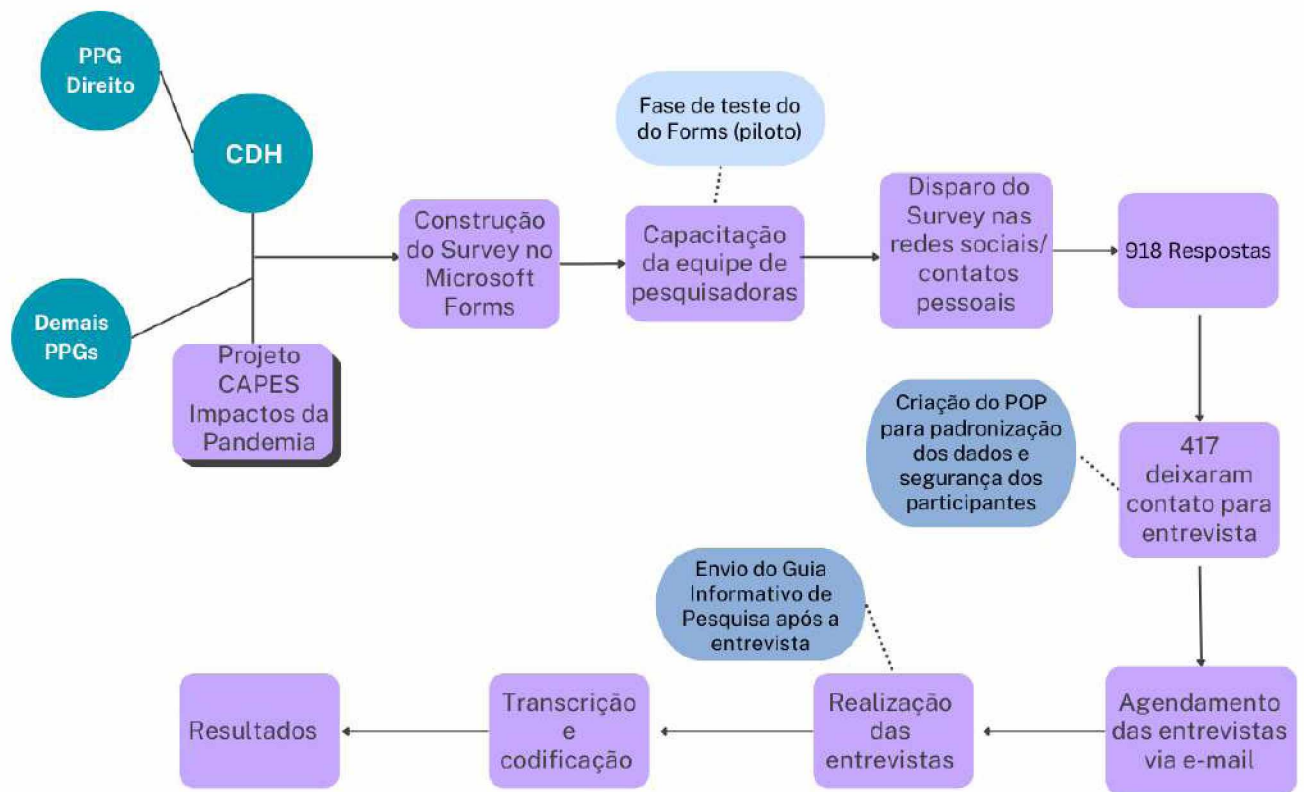
proteção dos dados e auxiliar tecnicamente a equipe. Todas as entrevistas foram transcritas integralmente e analisadas para identificação de núcleos argumentais. Finalmente, montou-se uma grade de análise com todas as categorias obtidas, que foi então comparada com os trechos extraídos do material.

Esta pesquisa é um recorte da pesquisa geral. Nela, buscou-se analisar as entrevistas realizadas com o foco de avaliar o papel dos profissionais da saúde da atenção primária no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil e, especialmente, o direito ao aborto legal por usuárias do SUS.

Ao final da entrevista, todas as participantes receberam por e-mail uma devolutiva de pesquisa, o “Guia informativo da pesquisa impactos da pandemia no acesso ao aborto legal” elaborado pela autora do presente trabalho em conjunto com a equipe CDH. O material conta com informações gerais sobre acesso ao aborto legal, direcionamento a links oficiais e seguros com informações pertinentes ao tema e se encontra no **Apêndice B**. Todos os materiais desenvolvidos para essa pesquisa e demais materiais relacionados estão disponíveis no site da CDH|UFPR.

Abaixo, esquematizamos a construção do trabalho desde o início do processo, com a parceria entre a CDH|UFPR e demais programas de pós-graduação (PPG), incluindo os PPGs de Saúde Coletiva, Comunicação, Sociologia e Antropologia para a criação do Projeto CAPES “Impactos da pandemia de covid-19 no acesso ao aborto legal no Brasil”. A construção coletiva do questionário, a fase de testes e a angariação de respostas. A partir dos contatos encontrados no questionário foi possível agendar e realizar as entrevistas, transcrever, codificar e interpretar os dados para a extração dos resultados.

QUADRO 3: FLUXO DA CONSTRUÇÃO DO TRABALHO.



Fonte: a autora.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão para o estudo foram: trabalhadoras dos serviços de atenção primária que atuavam há pelo menos um ano no local (autorrelatado); pessoas acima de 18 anos de idade. Todos os participantes deveriam demonstrar capacidade técnica para participar da pesquisa, como: acesso à internet, equipamentos para receber e-mail e realizar videochamada.

Como critério de exclusão definiu-se: trabalhadoras dos serviços assistenciais e de gestão em saúde privada; pessoas que não atenderem às duas tentativas de contato realizadas pela equipe de pesquisa.

3.5 ANÁLISE DE DADOS E REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste trabalho é a fenomenologia hermenêutica de Ricoeur e Gadamer. O artigo de Rosana Onocko-Campos (2013) traz diferentes referenciais teóricos possíveis para pesquisas qualitativas em saúde baseadas em narrativas. Escolhemos este referencial por entender que o pesquisador está

intimamente implicado na pesquisa, e deve compreender as referências culturais e históricas na qual está inserido. A idéia de uma ciência “pura” e “objetiva” é impossível, pois o pesquisador e participantes da pesquisa estão imersos em tradições que os afetam e determinam suas atitudes.

Em *Narratividade, fenomenología y hermenéutica* (Ricoeur, 2000), Paul Ricoeur reconhece a tradição filosófica a qual pertence como estando na linha de uma filosofia reflexiva, dentro da esfera de influência da fenomenologia e se apresentando como uma variante hermenêutica dessa fenomenologia. Ele define a tarefa da hermenêutica como a de reconstruir a dinâmica interna do texto e restaurar a capacidade da obra de se projetar para o exterior através da representação do mundo. A essência da narrativa reside em uma relação de reciprocidade com o tempo: toda história se desenrola no tempo, e toda experiência temporal pode ser transformada em uma narrativa. Segundo o autor, a função da trama é justamente organizar os eventos para, assim, reconfigurar profundamente a experiência temporal humana. Em última análise, a história não pode ser completamente separada da narrativa, pois não pode ser separada da ação, que envolve agentes, fins, circunstâncias, interações e consequências intencionais e não intencionais. No entanto, a trama é a unidade narrativa básica que integra esses ingredientes heterogêneos em um todo inteligível.

Utilizamos a hermenêutica como ferramenta de transcrição e construção de narrativas, bem como análise hermenêutica-dialética. Para seguir a dinâmica hermenêutica, realizou-se um processo de leituras inicialmente superficiais das transcrições, mantendo-se o sentido das falas originalmente criadas pelos participantes. Além disso, os textos foram sintetizados, enfatizando ideias repetidas, apresentando exemplos de forma resumida para torná-los texto mais fluidos e compreensíveis sem que se perdesse a essência das falas dos participantes, seguindo assim o preceito hermenêutico de buscar o significado a partir dos fenômenos emanados pelos discursos. O rigor científico é mantido, portanto, na garantia de confiabilidade das interpretações por meio de uma linha-guia que prima pelo reconhecimento das diferenças morais e filosóficas ao mesmo tempo em que mantém a mediação entre experiência, discurso e interpretação (Melo, 2016).

Além do uso da Fenomenologia Hermenêutica como guia teórico do trabalho, também foi utilizado o livro Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde de Bosi e Gastaldo como guia prático de leitura e análise dos dados. Baseado no livro, optamos por realizar uma análise crítica, buscando uma análise que agrega valor aos dados (Bosi e Gastaldo, 2021). O objetivo da análise é teorizar os dados, permitindo a generalização das descobertas em outros contextos teoricamente comparáveis. Para as autoras, os pesquisadores devem *“ler, organizar e atribuir sentido aos dados, produzindo as descobertas através de suas perspectivas teóricas, conhecimentos, experiência pessoal, repertório metodológico, criatividade e imaginação”*. Nesse contexto, também apoiado pela teoria de Becker (Becker, 1967), o pesquisador nunca será um agente neutro dentro da pesquisa. Sempre vão existir forças, agentes e contextos sociais atrelados ao tema da pesquisa, é fundamental que o pesquisador saiba de qual lado está, pois só assim pode realizar uma análise crítica dos dados. É necessário entender para quem são úteis e importantes as descobertas da pesquisa. Caso contrário, a pesquisa qualitativa se torna inútil, perdendo sua capacidade de entender, qualificar e teorizar fenômenos sociais.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E SEGURANÇA DE DADOS

Este estudo é um recorte da pesquisa “Impactos da pandemia do Covid-19 no acesso ao aborto legal por meninas e mulheres usuárias do SUS: avaliação diagnóstica e estratégias de atuação na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos” e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFPR sob o número CAAE-nº67175922.6.0000.0214, sendo aprovado com o parecer número 5.988.196 emitido em 06 de abril de 2023.

Em todas as etapas da pesquisa os participantes receberam e assinaram o TCLE. Antes de iniciar cada entrevista, também foi realizada uma breve releitura do TCLE, informando o participante sobre os objetivos da pesquisa, justificativa, liberdade da desistência da pessoa a qualquer momento, sem prejuízo ou qualquer dano, além da garantia do anonimato.

Devido ao tema sensível, a equipe elaborou um plano de mitigação de risco e um Protocolo de Sensibilidade (Klepa, Franzon e Schiocchet, 2024), por entender que algumas perguntas poderiam causar desconforto, fosse pela prática profissional

ou por experiências pessoais dos entrevistados. Todos os participantes foram orientados que poderiam encerrar a entrevista em caso de desconforto. Em casos de extremo desconforto ou estresse emocional, uma equipe de apoio psicológico composta por integrantes da equipe de pesquisa esteve disponível para atendimento. A equipe não foi requisitada em nenhuma entrevista.

Para garantir o anonimato, cada participante recebeu um código aleatório gerado pelo Microsoft Forms[®] e cada entrevista realizada recebeu código diferente do inicial, com a intenção de dificultar sua identificação. Não houve custos ou recompensas envolvidas com a participação na pesquisa. Todos os participantes poderiam abandonar a pesquisa a qualquer momento e solicitar o apagamento dos dados fornecidos.

Para a escrita dessa dissertação e garantia de anonimidade dos participantes geramos dois tipos de códigos. Para os respondentes apenas do questionário online, utilizamos o nome “Participante” e um número atribuído aleatoriamente pelo Microsoft Forms[®]. Para os participantes da entrevista, substituímos os códigos gerados inicialmente por nomes da flora brasileira, com a intenção de facilitar a leitura e compreensão do texto.

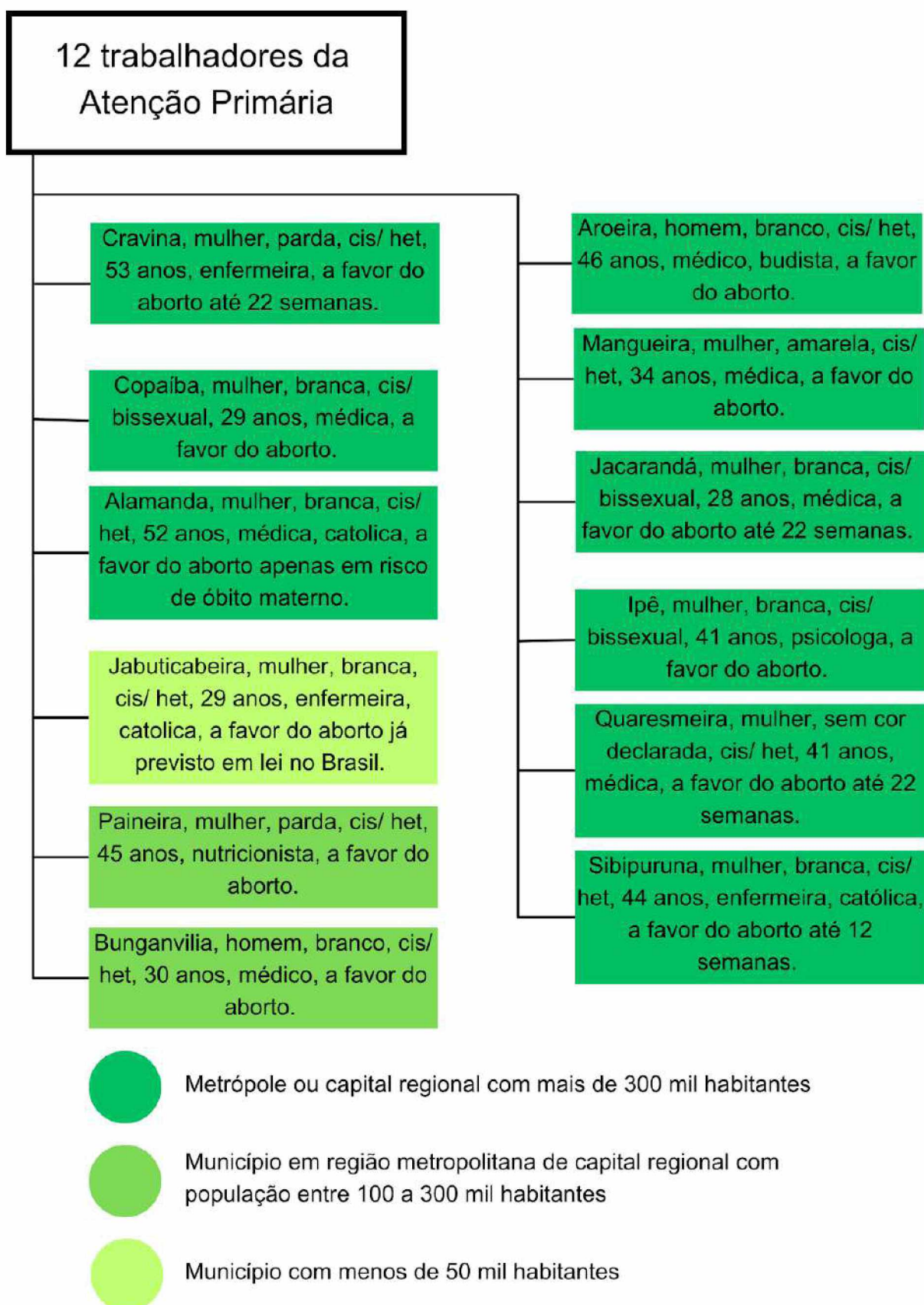
3.7 LINGUAGEM E TERMINOLOGIAS

Buscamos utilizar termos de gênero neutro na escrita dessa dissertação. Em locais onde isso não foi possível, optamos por utilizar o gênero feminino na escrita, uma vez que a maior parte das pesquisadoras e participantes da pesquisa foram mulheres.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 12 entrevistas com profissionais da APS de categorias variadas. A idade das participantes variou entre 28 e 53 anos, atuantes nas regiões Sul, Centro-Oeste e Norte. Apenas 2 entrevistados foram homens; 8 entrevistados se autoidentificam brancos. O quadro abaixo apresenta a caracterização das entrevistadas, com dados coletados via questionário online.

QUADRO 4: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.



Fonte: a autora.

O tema do acesso ao aborto legal foi central em todas as entrevistas. Todos os entrevistados relataram ser a favor do aborto, ainda que com algumas restrições, e demonstraram ser contra a criminalização da mulher em casos de aborto ilegal, essas informações foram obtidas através da resposta do questionário. É possível que esse resultado tenha ocorrido devido à seleção inicial, pois os participantes de pesquisa que deixaram o contato no questionário e demonstraram interesse e disponibilidade em participar de uma entrevista aprofundada sobre o tema dificilmente seriam contra o aborto.

Na etapa do questionário online, 71 respondentes se identificaram como trabalhadores da APS. Um resumo dessas respostas é: 48 pessoas se identificaram brancas; 60 se identificaram como mulheres cisgêneras; 51 relatam conhecer pessoas que realizaram aborto; 23 assinalaram que são a favor da legalização do aborto em qualquer hipótese; 15 são a favor da legalização do aborto até as 22 semanas; 12 são a favor da legalização do aborto até 12 semanas; 8 são a favor do aborto apenas em casos específicos, mais restritos que a lei no Brasil; 5 assinalaram que são contra o aborto em qualquer hipótese. Seis participantes declararam que o aborto realizado em situação ilegal deve ser punido com prisão. Os dados consolidados do questionário serão apresentados futuramente em outras publicações da equipe CDH|UFPR.

Os profissionais da saúde contrários ao aborto no questionário não deixaram contato para agendamento de entrevista. Ao final do questionário, havia um espaço para o participante deixar um depoimento escrito. Muitos desses depoimentos traziam opiniões de que o aborto poderia ser evitado ampliando o acesso a métodos anticonceptivos, ainda que 94% dos abortos legais no Brasil ocorram por violência sexual (Madeiro e Diniz, 2016). É como se a mulher de certa forma fosse responsável por não engravidar de seu estuprador, ou talvez dando a entender que as mulheres buscam o aborto legal utilizando de um falso relato de estupro para acessar um aborto seguro. A pesquisa de Diniz (Diniz *et al.*, 2014) demonstra que essa é uma visão comum a muitos profissionais de saúde, que se veem numa posição de investigadores da verdade, onde a mulher está sempre sob suspeita e seu relato passa por uma validação a partir das convicções do profissional prestando atendimento.

O depoimento da Participante 609, mulher branca, graduada em saúde coletiva, atuante na vigilância epidemiológica, ilustra esse conceito: *“A hipocrisia que afeta todos os sistemas hoje, inclusive de saúde, quer fazer com que o aborto seja mais difundido do que os métodos anticoncepcionais ofertados gratuitamente pelo SUS. Mesmo nos casos de violência sexual em mulheres adultas, é a afirmação da mesma que conta. Não é necessário BO, não é necessário punição do criminoso, apenas relatar o ‘abuso’. Para além dos casos em que ele realmente ocorre, muitas mulheres devem buscar a saída para seu problema de um ‘amontoado de células amorfo’ no aborto legal. O conceito de vida, de respeito, se perde toda vez que afirmamos ter vida em Marte e não ter em um ventre de uma mulher. Mesmo para o aborto legal, penso que deveria ser melhor analisado, caso a caso, e realizado conforme a lei, 22ª semana de gestação no máximo. O que já é um abuso contra outra vida, que não tem culpa do modo como foi gerado, mas vai pagar com a morte pelo erro de seres humanos. E notas técnicas publicadas à noite que permite aborto até a 40ª semana de gestação devem ser veementemente repudiadas.”*

Esse trecho demonstra o profundo desconhecimento da profissional sobre o aborto legal no Brasil, uma vez que a maior parte das vítimas de violência sexual são meninas até 18 anos (FBSP, 2025). Esse comentário demonstra que, para muitas pessoas, o tema do aborto nunca é tratado a partir da ótica dos direitos humanos, direito das mulheres e da saúde pública. Quando se trata do aborto, a ótica moralista sempre demanda a condenação da prática, não havendo espaço para explicações ou nuances. O aborto é visto como luxo, um excesso de direitos, algo que as meninas e mulheres ousam em solicitar que seja atendido como um cuidado em saúde para elas mesmas (Machado, 2017).

No trecho a participante também faz referência a nota técnica do Ministério da Saúde nº 2/2024 que revogou a nota técnica nº 44/2022 do governo Bolsonaro que impedia a realização do aborto após as 22 semanas de gravidez (Brasil, 2024). A nota nº 2/2024 não tratava sobre ampliação dos casos previstos em lei, apenas defendia o que está determinado no Código Penal, que não restringe o aborto legal por tempo gestacional. A nota técnica nº 2/2024 foi revogada logo após a publicação sob a justificativa que o documento não passou por todas as esferas necessárias no Ministério da Saúde. Entretanto, logo após a publicação, diversos parlamentares conservadores reagiram à publicação, afirmando que são contra o aborto e a favor

da vida desde a concepção (Poder360, 2024). O CFM também se manifestou contra a nota técnica (CFM, 2024a).

A revogação da nota técnica nº 2/2024 foi criticada por diversas organizações feministas e entidades ligadas a saúde pública, como o CEBES e a SBMFC, solicitando a manutenção da nota, afirmando que é dever do Estado cumprir a lei e garantir o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (Conceição, 2024; SBMFC, 2024b). Conforme visto também na introdução desta dissertação, qualquer tentativa de debate sobre o aborto e a favor dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres recebe uma reação dos setores conservadores da sociedade, atrelado a valores patriarcais e religiosos, impedindo o debate a partir da ótica da saúde pública.

Os trechos a seguir demonstram que os profissionais de saúde que estão inseridos na atenção primária são um reflexo da sociedade. Nas entrevistas mais a frente será apresentado que alguns profissionais da APS se posicionam a favor do aborto legal, porém convivem com profissionais que são contra o aborto, interferindo na qualidade da atenção provida. No questionário inicial realizado, pode-se perceber que existe muita dificuldade de compreensão entre os respondentes sobre o aborto previsto em lei no Brasil e a descriminalização do aborto. Tais resultados serão explorados em outros estudos e publicações da equipe, porém ele é consistente com o estudo de Rocha et al. (Rocha *et al.*, 2015), que realizou uma pesquisa com profissionais de saúde que atuam em um hospital maternidade referência para atendimento de vítimas de violência e aborto legal no Distrito Federal. Foram excluídos do estudo os profissionais que atuam diretamente na realização do aborto. O estudo demonstrou que, mesmo profissionais inseridos nesse contexto, tinham baixo grau de conhecimento sobre o aborto legal, inclusive com 26% afirmando que desconhecem sobre a existência do serviço dentro da instituição. Mesmo estando em um serviço de referência para atendimento de violência, 28,3% dos profissionais afirmaram discordar que a mulher tenha direito a interromper a gravidez e 27,1% afirmaram achar correto que o profissional de saúde tente convencer a mulher vítima de estupro a manter a gravidez.

A participante 95, mulher parda, fisioterapeuta, atuante na APS, escreveu: *“Como impactaria os serviços de maternidade, que prestam atendimento pelo SUS,*

caso a demanda aumente, tendo que absorver a demanda de abortos, caso seja legalizado? A educação sexual não é o meio mais prático e evitaria essa demanda extra no sistema? Como seria tratada a situação de uma falta de leito para uma gestante dando a luz, enquanto outra o ocupa para desfazer (matar) aquilo que poderia ser evitado?”

No trecho fica explícito que não há diferenciação entre os casos de aborto legal, que já são direito garantido em lei no Brasil desde 1940, e demais casos de aborto. Todo o tema é tratado a partir de uma ótica moral pessoal, que se torna coletiva, do controle de corpos das mulheres e negação de direitos (Machado, 2017).

“O povo brasileiro é majoritariamente contrário ao aborto. Aborto provocado não é um direito, é assassinato.” (Participante 279, mulher branca, psicóloga, atuante na APS)

Esses relatos, deixados por mulheres que responderam ao questionário porém optaram por não conceder entrevista, vão dar o tom da análise dos dados. Elas representam o que ficou de fora da nossa pesquisa, pois são profissionais da saúde que são contrárias ao aborto e estão presentes nos espaços de saúde dos entrevistados. Esses profissionais levam seus valores morais para dentro das Instituições públicas de saúde, criando um ambiente de vigilância e moralidade que permeia todos os espaços de maneira insidiosa e silenciosa. Esse ambiente de silenciamento afasta as usuárias que precisam do atendimento para situações relacionadas ao aborto e à violência e também faz com que os profissionais a favor do aborto se sintam isolados e receosos de se posicionarem dentro da UBS. Essas observações são consistentes com a literatura, que demonstra a constante vigilância em relação ao aborto que permeia os serviços de saúde (Diniz *et al.*, 2014; Fonseca *et al.*, 2020; Rocha *et al.*, 2015).

As pessoas que concederam entrevista entendem o aborto legal como um direito sexual e reprodutivo que faz parte do acesso à saúde da mulher de maneira Integral, sendo papel dos profissionais de saúde garantirem esse direito. Esses profissionais são essenciais para a garantia de direitos e atendimento das pessoas vítimas de violência.

Aroeira *“Eu acho que é o aborto é um tema dos mais primordiais na luta pela igualdade de gênero hoje em dia. É um tema que a gente realmente precisa se debruçar, pensar muito nele, porque a gente vê que há muita coisa em transformação, mas isso ainda parece ser uma pedra no sapato da sociedade brasileira.”*

Apesar desse posicionamento, os profissionais relataram que têm pouco ou nenhum contato com aborto legal na UBS, independente do tempo de atuação na APS. É como se a atenção primária, que deveria ser a porta de entrada do sistema de saúde, não fizesse parte dos cuidados ao aborto. Os entrevistados não conseguiram definir por que isso ocorre, referindo que não veem uma rede de atenção especializada em violência atuante e que existe um silenciamento e medo em tratar sobre o aborto. Também acreditam que as pessoas vítimas de violência são negligenciadas e não são atendidas em nenhum ponto da rede de atenção. Essa percepção dos entrevistados é corroborada pela literatura, pois o número de abortos realizados no país é muito abaixo do esperado quando consideramos os registros de casos de estupro (Cerqueira, Santa Cruz Coelho e Ferreira, 2017).

Aroeira: *“Eu não lembro a última vez que a gente encaminhou alguém para aborto legal. Eu não lembro, não foi durante a pandemia. Sei lá, a gente não tem isso de uma forma tão divulgada assim. É capaz que as pessoas simplesmente não apareçam no posto de saúde.”* Quando questionado se acredita que os usuários buscam outros pontos da rede de atenção, o profissional relata: *“Eu acho que pode acontecer, mas eu não apostaria nisso, sabe? As pessoas talvez tenham tanto medo de falar sobre aborto, aborto é um tabu tão grande para ser conversado, que eu acho que essa informação não existe, sabe? Eu acho que é difícil até que os médicos de [metrópole na região sul] saibam que o hospital regional é porta aberta nesse sentido. [...] Então eu acho que não importa muito que o serviço de aborto legal do município seja porta aberta para acolhimento de aborto legal, eu acho que não há a informação que a porta é aberta, entendeu? Eu acho que as pessoas não chegam no serviço. Eu me surpreenderia se alguém me dissesse que no hospital de*

referência faz 10 abortos por ano aqui do meu território, me surpreenderia muito, sabe?”.¹

O medo é um tema recorrente nas entrevistas, juntamente com silenciamento e falta de informações. Veremos outros exemplos que irão configurar o espaço físico e social das unidades de saúde pelo Brasil como espaços não acolhedores, nos quais não é permitido falar do aborto, e, com raras exceções, os profissionais de saúde não se sentem implicados nesse aspecto do cuidado em saúde. Esse posicionamento difere dos estabelecimentos de saúde que realizam o aborto legal pois a UBS consegue se posicionar como neutra ou não implicada nesse tipo de cuidado. Já nos hospitais, apesar da equipe especializada no cuidado, é frequente o relato de violência institucional sofrida pelas mulheres que buscam o serviço (Diniz *et al.*, 2014; Moreira *et al.*, 2020).

A entrevistada Ipê relatou como é tratar sobre aborto legal no local de trabalho: *“Olha, a gente está numa cidade conservadora, talvez uma das mais conservadoras do ponto de vista social e político. Aqui é uma cidade bem complicada. Eu não posso falar por todos os colegas, mas essa é uma temática muito difícil, sempre é atravessada pelo discurso religioso, sempre. A gente ouve sempre aqui que a criança não tem culpa e essa mulher é excluída [do direito ao aborto legal]. Ela também não tem culpa [de ter sofrido violência], porém não importa. Então a gente fala que são os pró-nascimento. A gente tem muito pró-nascimento aqui na nossa cidade. Isso não é uma discussão sobre crianças, é uma discussão sobre manutenção da gestação a qualquer custo.”*

Outra entrevistada contou que a ausência das mulheres em busca do aborto legal, somado ao conservadorismo e silenciamento do tema, promove um ambiente onde não é preciso falar ou se posicionar sobre o aborto, pois isso não é entendido como um cuidado em saúde. Ela relata que a posição conservadora da sociedade e o conservadorismo da classe médica deixam implícito que os profissionais de saúde não precisam aprender nem se posicionar sobre o tema. O próprio CFM atualmente tem se posicionado contra o aborto legal (CartaCapital, 2024).

¹ Nota: por “porta aberta” o profissional quer dizer que o serviço é de procura direta, ou seja, as pessoas podem procurar atendimento diretamente no serviço, sem necessidade de encaminhamento de outros serviços

Mangueira diz *“aqui em [metrópole na região centro-oeste], com meus colegas de trabalho da UBS, não temos esse esse tipo de conversa [sobre aborto legal], porque aqui os trabalhadores, e a própria população, são mais conservadores. Então, é esperado um médico mais conservador, o que acaba isentando o médico de ter que aprender sobre isso”*. Os relatos de costumes conservadores, moralismo e valores religiosos foram frequentes. É como se o aborto não se apresentasse como uma condição de saúde, é uma questão de opinião, sendo opcional que os profissionais de saúde saibam informar sobre o aborto legal.

O medo, estigma e silenciamento, na visão dos entrevistados, resulta em uma baixa qualidade do acesso a informações sobre o aborto, já que apenas alguns profissionais, geralmente apenas um, dentro da equipe de saúde trata sobre essa questão. É possível inferir que, em municípios menores ou regiões mais conservadoras do Brasil, nem mesmo esse único profissional exista. Essa indução é possível de ser realizada pois em regiões mais remotas e de difícil acesso como Acre, Roraima e Rondônia apresentaram as maiores taxas de estupro de vulnerável no ano de 2024 (FBSP, 2025) e essas regiões também apresentam as maiores taxas de nascidos vivos em meninas menores de 14 anos, demonstrando que o acesso ao aborto legal nessas regiões é mais difícil (Pinto *et al.*, 2024). Até mesmo em metrópoles como Fortaleza, que conta com 6 serviços de atendimento a vítimas de violência, apenas 2 hospitais realizam o aborto legal. Em uma pesquisa realizada com os profissionais de saúde desses locais, ficou evidente que os profissionais de saúde que atuam diretamente na realização do aborto sofrem forte julgamento social por atuarem nos serviços. A pesquisa afirma que o estigma social de atuar em serviços de aborto legal dificulta a abertura de novos serviços na capital, isentando os gestores sob a justificativa de falta de recursos humanos (Branco *et al.*, 2020).

Além de estarem geograficamente mais distantes dos hospitais de referência que realizam aborto legal, as regiões interioranas do Brasil acabam sofrendo também de um distanciamento ideológico do aborto. Isso fica explícito na fala da entrevistada Jabuticabeira, atualmente trabalhando em um município com população menor que 10 mil habitantes. *“Eu acho que a questão da violência ainda é um assunto que precisa ser mais abordado e a questão do aborto legal sem dúvida, ainda muito mais, né? É mais sensível ainda. Eu acho que se colocasse esse assunto hoje aqui no município, não sei como seria abordado esse assunto. Primeiro*

que eu acho que as pessoas nem conhecem, né, de fato, o que é a violência. E segundo, falar sobre aborto, já é uma outra coisa, é mais difícil ainda. Entendi que não pode existir isso, sabe? Eu acredito que é cultural do município, é muito fechado, de origem alemã. Então, se tem um olhar muito fechado, sabe?”

Isso também acaba acontecendo com os casos de violência sexual, causando uma sobrecarga nos profissionais de saúde que se sensibilizam com o tema, pois apenas esses profissionais atendem esses casos na sua UBS. Copaíba *“Na minha UBS a gente não tem o suporte necessário para quem procura atendimento dentro do período de 72 horas de uma relação desprotegida e que tem essa preocupação de uma possível gestação. Por causa da pressão assistencial, da demanda e pelo despreparo dos outros profissionais, principalmente do enfermeiro. Nessa hora eu percebo que, excluindo eu, na UBS não teria outra pessoa para fazer esse acolhimento e por questões de agenda acaba sendo muito difícil isso acontecer.”*

Essas falas alertam para uma possível fragilidade da rede de atenção a vítimas de violência e do aborto legal. A falta de estruturação da rede impede que as mulheres acessem os serviços de saúde em tempo hábil para evitar a gravidez após violência e indica que os serviços de atenção primária ainda não estão preparados para lidar com as necessidades de urgência dessas mulheres. Consequentemente, o acesso ao aborto legal se torna ainda mais distante nesse contexto.

Durante a fala de alguns entrevistados, percebeu-se que o uso da palavra aborto era evitado, sendo utilizados termos substitutos como “esses casos”, “interrupção da gestação”, “procedimento”. As entrevistas foram realizadas via Microsoft Teams[®], e foi orientado as participantes que tivessem a disponibilidade de realizar a entrevista em local privado. Entretanto, as pesquisadoras não conseguiam ter uma visão completa do local onde o entrevistado estava, logo, não sabemos se evitar utilizar o termo aborto se deu por pressões internas de moralidade ou externas devido ao medo de serem ouvidas por outras pessoas próximas. Independente da motivação, evitar utilizar a palavra aborto demonstra como está enraizado o silenciamento, o medo e o desconforto em falar sobre o assunto (Machado, 2017).

Os entrevistados relataram dificuldade em tratar do assunto livremente nos diversos ambientes de trabalho, seja dentro da UBS ou com demais dispositivos da

rede de atenção, como conselho tutelar, secretaria de saúde, reuniões da rede de atenção à violência. O entrevistado Aroeira trouxe o relato de um atendimento de uma paciente venezuelana, que realizou um aborto ilegal com medicamento em domicílio e buscou atendimento na UBS para uma consulta pós-aborto. O médico relatou que a paciente estava bem e foi franca com os profissionais da UBS, informando que realizou o aborto e gostaria de iniciar um método anticoncepcional. A equipe da UBS por sua vez se demonstrou chocada com a franqueza da paciente, achando um absurdo que ela pudesse admitir tal ato com tamanha naturalidade. O médico relacionou a reação de choque da equipe com o moralismo e a religiosidade dos profissionais de saúde, mas também com algo mais, com uma sensação de medo e silenciamento extremos, como se somente falar sobre o aborto fosse muito raro e ir à UBS admitindo que realizou o aborto fosse um ato impensável. Outra entrevista também trouxe um relato similar:

Cravina: "É muito complexo essa questão do aborto. Porque também assim, não é com qualquer profissional da minha equipe que eu possa estar falando, que eu possa estar discutindo sobre esse assunto, então eu tenho essa visão."

A entrevistada Mangueira relatou que promoções administrativas podem ser alteradas caso o profissional de saúde se posicione a favor do aborto. *"Nos espaços de trabalho, é como se a gente tivesse indo contra a família tradicional brasileira. E se o médico falar que é a favor da decisão do aborto, é como se esse médico tivesse indo contra a família tradicional brasileira e não merecesse os cargos de confiança"*

Outra entrevistada descreveu ter entrado em conflito com colegas de trabalho devido à violência que ela presenciou ser cometida contra uma usuária durante o atendimento.

Cravina: "Olha, é até constrangedor falar, né? Teve uma situação que uma colega atendeu uma gestante, de poucas semanas de gestação, que relatou ter sofrido violência sexual. Essa minha colega até fez os encaminhamentos para hospital de referência. Só que em contrapartida, eu vi muito julgamento [devido às condições em que o estupro ocorreu, a vítima havia feito consumo de álcool]. Eu entrei em um conflito com essa minha colega. Ela falava assim pra mim: 'mas como

que ela não faz a denúncia do agressor?'. Eu expliquei para ela que não é necessário fazer boletim de ocorrência quando sofre uma violência sexual, que isso talvez seja secundário ou nunca aconteça. O que está em jogo é a preservação da vida da mulher, dos seus direitos. Mas ela não entendia muito essa questão." Essa entrevistada relatou que o conflito foi tão Intenso que foi necessário entrar em contato com o serviço de assistência social do hospital de referência e confirmar se houve alguma mudança no protocolo. Apenas após a confirmação do hospital de referência a colega de trabalho aceitou que realmente não seria necessário o BO para atendimento em casos de aborto legal. A pesquisa de Madeiro e Diniz (Madeiro e Diniz, 2016) demonstrou que 14% dos serviços de aborto legal no país ainda exigiam o BO como documento necessário para a realização do aborto. Essa fala também demonstra que as circunstâncias na qual ocorre o estupro são motivos de julgamento e suspeição por parte dos profissionais de saúde, onde a palavra da mulher é sempre colocada em dúvida e o atendimento prestado pelos profissionais de saúde depende da compaixão e merecimento avaliado em cada situação (Diniz et al., 2014).

Parece que existe um benefício social em se manter neutro ou até mesmo ser contra o aborto. Segundo os dados desse estudo, os profissionais de saúde que se posicionam a favor dos direitos das mulheres e são pró-aborto, na melhor das hipóteses, tem sua carga de trabalho aumentada por ser o único profissional do serviço que atende esse tipo de demanda, que não é restrita ao aborto legal, incluindo também a violência contra as mulheres e direitos reprodutivos. Somado a isso, o profissional enfrenta preconceito e estigma social, podendo perder oportunidades de melhor remuneração por se posicionar a favor do aborto. A pesquisa do Anis - Instituto de Bioética (Anis, 2025) revela que profissionais de saúde atuantes em serviços de aborto legal foram Indiciados na justiça por suspeita de realizarem um aborto fora do previsto em lei.

Falar sobre o direito ao aborto com as pessoas que são atendidas na UBS também surgiu como um desafio. Os entrevistados referiram que têm receio de trazer o tema do aborto nas consultas de pré-natal, ainda que suspeitem de uma situação de violência. Os profissionais afirmam que têm medo de serem julgados e não sabem como a gestante pode reagir caso seja indicada a possibilidade de realizar um aborto legal. Geralmente, todas as mulheres que vêm à UBS gestantes

já são encaminhadas à realização do pré-natal e não há um espaço para questionar se a gravidez é desejada, como se deu a concepção, se houve violência. Os entrevistados afirmam que só seria possível falar sobre o aborto legal caso sentissem que têm um vínculo com a gestante e que esse assunto poderia ser trazido para a consulta sem gerar desentendimentos ou julgamentos. Os profissionais também afirmaram que, em algumas situações de violência explícita, ainda assim não seria possível falar sobre aborto legal. Casos que percebem a violência cometida pelo marido, em casos de mulheres religiosas, os profissionais não se sentem à vontade para falar sobre aborto. O vínculo profundo com as mulheres atendidas é um facilitador para abordar o tema do aborto, porém, poucos profissionais relatam terem conseguido chegar nesse nível de intimidade com as mulheres atendidas. Na maioria das vezes o vínculo é superficial, agindo como uma barreira, pois o profissional não se sente confortável em trazer o tema do aborto para a consulta por entender que não vai ser bem aceito pela mulher, devido a valores morais e religiosos.

A entrevistada Jabuticabeira afirmou que o atendimento de casos de violência na APS são muito difíceis, demandando um vínculo intenso entre o profissional e a pessoa que é atendida. Ela acredita que sem o vínculo, empatia e treinamento adequado os profissionais de saúde assumem uma postura julgadora, pois não compreendem o caráter cíclico da violência e a dificuldade da mulher sair da situação. A revisão sistemática de d'Oliveira (Oliveira, d' *et al.*, 2020) corrobora a visão da entrevistada, afirmando que a APS, em teoria, seria o local ideal para acolhimento de casos de violência, porém enfrenta diversas barreiras, como despreparo dos profissionais, culpabilização da vítima e tecnicismo no atendimento, levando a medicalização social.

A complexidade, o tabu social e impossibilidade de se falar abertamente pode fazer com que os profissionais tenham muita dificuldade em identificar quais são as pessoas que precisam das informações sobre o aborto legal. Ao mesmo tempo que isso impede maior conhecimento sobre o assunto e divulgação dos serviços de saúde, pode gerar situações como a de um entrevistado que suspeitou que uma gravidez poderia ser fruto de violência durante um atendimento de pré-natal, o que o estimulou a dar informações sobre o direito ao aborto legal. Devido a essa

informação, a mulher que foi atendida por ele realizou uma denúncia contra o profissional na ouvidoria da UBS.

Esse mesmo entrevistado teorizou sobre por que isso acontece, por que é tão difícil para profissionais e para as mulheres falarem sobre o aborto dentro dos serviços de atenção primária a saúde. Aroeira: *“Então, quando você tem esse tipo de população [periférica, pobre, vulnerável], você tem várias coisas acontecendo, eu sinto que nós não discutimos isso de uma forma mais aberta. Eu sinto que nós representamos o poder público lá na comunidade. E sendo o poder público, as pessoas têm medo, às vezes, de chegar para a gente falar o que elas realmente querem, realmente precisam. Então eu sinto que a gente não está tendo notícia de o quanto as pessoas realmente querem, realmente precisam, abortar lá na minha unidade de saúde. A procura é muito baixa.”*

As mulheres pretas sofrem mais violência obstétrica e têm maiores índices de mortalidade materna (Assis, 2018). Além disso, elas também são mais indiciadas e têm maior chance de cumprir pena pelo crime de aborto (Anis, 2025). A população periférica no Brasil, em especial a população preta e parda, percebe o racismo institucional e ações de violência praticadas por agentes do estado. A violência é maior de acordo com determinados marcadores raciais e sociais apresentados pelo indivíduo (Anunciação, Trad e Ferreira, 2020). Portanto, a UBS também pode ser vista por essa população como geradora de violência, se tornando mais uma barreira ao acesso ao aborto legal e aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva.

Esses relatos reforçam a visão de que o aborto não é tratado como um tema de saúde. É uma questão moral dentro da sociedade, fortemente policiada pelos seus membros. É compreensível que a população não se sinta confortável em buscar atendimento para questões de aborto e violência (Diniz *et al.*, 2014). Essas ações também levam as usuárias a terem medo de buscar os serviços de saúde, Quaresmeira diz: *“eu tenho a sensação de que a mulher tem medo de pedir isso no posto de saúde, porque aborto no Brasil é crime, né? Algumas modalidades de aborto não são, mas como é crime eu acho que talvez tenha uma barreira de acesso mesmo. Talvez um medo da postura conservadora do médico, do que vai ser pensado, ou às vezes medo da equipe vazar informação. Eu já tive muitos casos de pacientes que, por exemplo, não quiseram tratar sífilis na sua UBS de referência*

porque a equipe conhecia o paciente, os familiares e aí vão falar para todo mundo. Então eu acho que rola alguma coisa de medo mesmo. Medo de se expor, medo de que a informação vaze e medo de ser criminalizado ou julgado de alguma forma, eu acho que deve girar em torno do medo."

O medo de falar sobre aborto em serviços de saúde é justificado, a pesquisa do Anis - Instituto de Bioética (Anis, 2025) avaliou os itinerários penais em casos de denúncia de aborto entre 2012 a 2022 no Brasil. A pesquisa revelou que 46% das denúncias da prática de aborto partiram de profissionais da saúde, podendo esse número ser maior pois a investigação policial frequentemente ocorreu logo após o atendimento em serviços de saúde. Além disso, a pesquisa evidenciou que alguns profissionais de saúde ameaçam, coagem ou induzem a mulher a confessar o aborto, muitas vezes negligenciando o cuidado em saúde em nome da investigação do crime. Até mesmo uma mulher que acessou o serviço de aborto legal foi denunciada pelo crime de aborto e falsa comunicação de crime.

Mangueira: *"Dá para perceber que existe um medo [de pessoas em situação de violência buscarem por serviços de saúde], medo de repercussões, de sofrer uma acusação e de sofrer consequências."*

Ou seja, devido às características de exceção da lei que permite a realização do aborto legal e do debate moral em torno do aborto, acaba se criando um ciclo de medo de se falar sobre o assunto. A importância da investigação do crime do aborto supera a necessidade dos cuidados em saúde (Anis, 2025; Diniz *et al.*, 2014). Os profissionais de saúde podem ser um instrumento de criminalização das mulheres ou facilitadores no acesso ao aborto legal. Diante da incerteza, o medo prevalece, levando ao silenciamento e propagação da violência para mulheres que já estão vulnerabilizadas.

Quaresmeira: *"Eu sempre pergunto quando a mulher ou quando a pessoa me diz que não fez boletim de ocorrência ou que não foi atrás de ajuda, eu sempre pergunto o porquê. De modo geral, que eu me recordo agora, a maioria dos motivos são: minha mãe não vai me apoiar ou eu tenho medo do que vai acontecer ou vou ser mandada embora de casa. Porque no caso das adolescentes, de meninas, tem medo do conflito que pode gerar entre a mãe e ela ou entre a mãe e a pessoa que*

cometeu o abuso. É o medo de não ser acolhida na polícia, medo de não ter a devida atenção e acabar se prejudicando. De modo geral, foi isso.”

O estudo de Pimentel (2013) corrobora esse achado, descrevendo que a maior taxa da desistência de realização do aborto legal no Hospital Perola Bygton entre 1994 e 2012 veio de mulheres com baixa escolaridade, que conheciam o autor da violência e que foram violentadas em seus lares.

A violência de gênero é muito recorrente no Brasil, em 2023 registrou-se um estupro a cada seis minutos no país, um número que vem aumentando a cada ano. Segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, de 2011 a 2023 o número de estupros registrados cresceu 91,5% (FBSP, 2024).

Todos os profissionais entrevistados relataram ter contato com o atendimento de violência sexual, porém raramente em situações de urgência do atendimento. Geralmente a violência aparece de forma crônica, seja atual ou no passado. A violência no passado aparece na forma de sofrimento mental causado por violência vivida na Infância e adolescência, faixa etária mais acometida pela violência sexual no Brasil (FBSP, 2025), causando sequelas na vida adulta.

A violência crônica atual aparece na forma de violência cometida pelo parceiro, de maneira diária e sistemática, acobertada pelo verniz do relacionamento, da família e do papel da mulher na sociedade (Antoniassi Junior, Pires e Silva, 2025).

Buganvília: *“A paciente falou ‘ai, doutor, eu nem gosto de fazer, só que daí se eu não fizer meu marido ficar bravo, então às vezes eu estou lá deitada, quase dormindo. Ele faz, goza e dorme.’ Isso é uma violência, mas quando você propõe que é uma violência é difícil de elas aceitarem. Essa paciente conseguiu entender que o que o homem estava fazendo era errado, mas ela não conseguiu entender que isso era uma violência sexual.”*

A entrevistada Alamanda ao ser questionada se conhece pessoas que teriam direito ao aborto legal responde: *“Sim, mas muitas delas eram casadas, então elas acabavam aceitando essa violência como um dissabor do marido ou o dia que ele*

estava mais alcoolizado. Não chegavam a efetivamente procurar o aborto porque 'ah, é mais um filho, eu já tenho outro' então ia levando."

O estupro marital é a personificação das forças que proíbem o aborto. As estruturas patriarcais que condicionam o papel da mulher subordinada ao marido, impossibilitada de agência própria e naturalizando sua obrigação sexual no casamento. A autonomia sexual e a autonomia reprodutiva estão interligadas pelo papel da mulher na sociedade (Antoniassi Junior, Pires e Silva, 2025).

A entrevistada Manguiera, que durante a entrevista se posicionou sensibilizada a questões de gênero, relata que mesmo assim foi difícil atender algumas situações de violência. *"Eu lembrei de uma paciente que eu atendi que sofria abuso do namorado. Foi bem difícil, porque acho que eu atendi ela umas 3 vezes e ela sempre vinha com a mesma queixa de corrimento e dor na relação. Fiz o diagnóstico de DIP [doença inflamatória pélvica]. Depois ela voltou, falou que o namorado não tratou. Na terceira vez, eu estava com um pouco de raiva, eu pensava assim 'Meu Deus eu estou atendendo, estou diagnosticando, estou tratando, ela e o namorado não estão nem aí, isso não está dando certo, o que está acontecendo?'. Depois da terceira vez, ela me contou, chorou, falou que sofria abuso, que ele a obrigava a ter relação."* Esse atendimento ocorreu durante o período da pandemia de COVID-19, o que a entrevistada considera que pode ter prejudicado o acompanhamento. *"Um dia a gente atendia só COVID, outro gente atendia às queixas clínicas. Então, diminuiu o acesso ao atendimento. Tem a questão do tempo de consulta, tinha que ser rápido. Eu também não tinha consultório, então eu tinha que fazer consulta em dupla com um colega homem, que às vezes eu não concordava com as abordagens que ele fazia. Quando estou consultando essas mulheres, eu tento ter um pouco mais de cuidado. Mulher atendendo uma mulher é diferente."*

Durante a pandemia, o atendimento a vítimas de violência se tornou ainda mais precário. Muitos entrevistados relataram que a UBS se tornou exclusiva para atendimento de queixas respiratórias, não sendo realizado nenhum tipo de acolhimento para queixas clínicas durante alguns períodos.

Ainda que a violência seja recorrente, as mulheres não sabem que têm direito ao aborto legal. Cravina: *"Para uma mulher que sofre uma violência sexual e depois fica grávida, muitas delas não sabem que ela tem esse direito. Não sabem sequer que ela tem direito a tomar a pílula do dia seguinte, a ter um atendimento especializado, com uma escuta especializada. E essa questão do aborto legal também, ela não é muito divulgada e as mulheres às vezes não sabem. Tanto é que às vezes elas ficam grávidas e isso poderia ter sido evitado."*

A questão do aborto é tão velada que nem mesmo profissionais que tiveram sua formação num hospital que realiza o aborto legal acreditam que foram adequadamente preparados para lidar com isso em sua carreira profissional.

Mangueira: *"Eu confesso que na minha formação não tive muito acesso a esse tipo de informação [sobre o aborto legal]. Eu formei num hospital que proporciona esse serviço, mas era muito velado, não era falado sobre isso. Não era uma coisa amplamente divulgada, como se eles achassem que divulgar isso fosse estimular o aborto."*

Outro entrevistado que também realizou a graduação em um hospital que realiza o aborto legal afirma que a parte clínica do atendimento foi ensinada, porém acredita que diversos outros aspectos importantes no atendimento a vítimas de violência acabaram ficando de fora da formação. Poucos profissionais de saúde se sentem qualificados para atender situações de violência devido à complexidade social do fenômeno ou por não entenderem que esta é uma situação de saúde (Oliveira, d' et al., 2020).

Surgiram relatos nos quais os profissionais presenciaram casos de violência Institucional, como julgamentos e comentários contra as usuárias que buscaram os serviços de saúde. O relato abaixo ocorreu em um contexto de formação acadêmica da entrevistada, em um serviço de referência para atendimento de vítimas de violência sexual.

Mangueira: *"Uma mulher vítima de abuso sexual que engravidou, que tinha direito [ao aborto legal], e ainda assim ela não era bem tratada [pelos médicos]. Às vezes, o médico era hostil e falava 'Não, eu não vou fazer. Sou contra'. Lembro de meus preceptores conversando, julgando a paciente por estar procurando serviço de*

referência, uma coisa que ela tem direito, mas que na cabeça deles ela estava errada. [...] eles não podiam negar o atendimento, então eles referenciavam para o único profissional ginecologista que fazia [o aborto] lá na maternidade. Os outros se recusavam por questões pessoais, religiosas.”

A recusa em realizar o procedimento do aborto pode passar por condicionantes morais e sociais, que podem facilitar ou dificultar o acesso (Diniz et al., 2014).

Ipê: “Há um entendimento um pouco mais fácil de fetos não viáveis. Seria como adiantar algo que já vai acontecer naturalmente. Em relação à violência sexual contra crianças, têm uma certa aceitação, é um pouco mais fácil. Mas, com mulheres adultas, essa discussão é bem permeada pelo discurso religioso, sempre. Sempre tem aquele discurso bem consolidado, que é de levar a gestação até o final e entregar para adoção. Como se fosse uma coisa muito simples gestar um bebê fruto de violência sexual, uma coisa muito normal, e depois é só entregar para adoção. Então esse discurso moralista atravessa sim, tá em todas as categorias, enfermeiros, médicos, é bem comum a gente ver esse tipo de discurso.”

O relato de que apenas um profissional no serviço de referência para aborto legal da região estava disponível para realização do aborto apareceu também em outras entrevistas. Geralmente sob a justificativa de que outros profissionais não estariam disponíveis devido a objeção de consciência. A objeção de consciência é direito garantido do médico para se recusar a realizar ações que vão contra sua moral e é de foro íntimo. Entretanto, é possível observar que a objeção de consciência é utilizada como subterfúgio por profissionais médicos e pela gestão para impedir a realização do aborto. Algumas pesquisas mostram que a objeção de consciência está atrelada a diversos fatores, é frequente o argumento de que o aborto vai contra a moral e a religiosidade do profissional de saúde. Porém pesquisas qualitativas aprofundadas com esses profissionais demonstram que a objeção de consciência é utilizada para impedir o aborto, seja de maneira consciente ou não. Os profissionais de saúde afirmam ter medo do estigma de realizar o aborto ou medo de estar realizando um aborto sob um falso relato da mulher. A objeção de consciência é utilizada para vigiar e punir mulheres que os profissionais consideram estar mentindo. A objeção de consciência passa a ser a barreira final do acesso ao

aborto para muitas mulheres, que tem o procedimento negado e podem não conseguir acessar outro serviço a tempo (Branco *et al.*, 2020; Diniz, Madeiro e Rosas, 2014).

Ainda que alguns casos de aborto possam ser mais aceitos socialmente, todos os tipos de aborto podem sofrer julgamento social. A entrevistada Sibipuruna relata o atendimento de um caso de anencefalia descoberto durante o pré-natal realizado na UBS. O casal foi atendido e encaminhado pela enfermeira já tendo realizado dois ultrassons e, teoricamente, com todos os comprovantes necessários para o agendamento do aborto. Entretanto, o hospital de referência colocou diversos entraves para a realização do procedimento, como a necessidade de autorização judicial, necessidade de laudos extras, despreparo da equipe e objeção de consciência por parte dos profissionais. A entrevistada, que é enfermeira no mesmo território há 15 anos, relata que esses entraves foram relatados pelo casal, que buscavam atendimento e apoio na UBS após a recusa da maternidade. Ao final, o casal conseguiu realizar o aborto legal.

Esse relato consegue demonstrar que qualquer tipo de aborto no Brasil está sujeito ao julgamento moral, que pode acontecer em qualquer ponto de atenção da rede, seja na APS ou na rede especializada. Após a análise das entrevistas, chegamos a conclusão que nenhum ponto da rede de atenção ao aborto legal no Brasil está livre de falhas e que valores morais conservadores levam a violência e silenciamento. O acesso aos direitos sexuais e reprodutivos pode ser negado em qualquer serviço de saúde e por qualquer profissional de saúde. Em nome da moral, forças conservadoras se utilizam de discursos jurídicos e científicos para impossibilitar a realização do aborto, dando ao feto direitos absolutos, independente do seu estágio de desenvolvimento e em detrimento de qualquer demanda de direitos das mulheres grávidas (Machado, 2017).

Entretanto, a partir das entrevistas, também encontramos profissionais comprometidos com os direitos das mulheres, que poderiam atuar no provimento do aborto, em especial o aborto com medicamentos, porém se encontram limitados pelas regulamentações atuais. Assim propomos uma solução semelhante ao encontrado em Jacobs e Boing (Jacobs e Boing, 2022), para o provimento do aborto legal na atenção primária, em especial casos de baixo risco que podem realizar o

aborto com medicamentos. Essa ação ampliaria a cobertura do aborto legal no Brasil, implicaria a APS no provimento do aborto, aumentaria exponencialmente a quantidade de profissionais dispostos e disponíveis para realizar o procedimento no território nacional. Destacamos aqui o papel da SBMFC, que já se posicionou diversas vezes a favor do aborto, e da importância do provimento e especialização dos médicos que atuam na APS. A entrevistada Copaíba relata que participou de oficinas sobre o aborto legal em um congresso de Medicina de Família e Comunidade. Concluímos que além da distância geográfica da população aos centros de provimento do aborto legal, há também uma distância moral e ideológica ao aborto, que pode ser aproximado da população através da atenção primária, que está presente em praticamente todos os municípios do Brasil.

Nosso último ponto de análise desse estudo foi que, curiosamente, apesar dos entrevistados relatarem pouco ou nenhum contato com o aborto legal em seus serviços de saúde, metade dos profissionais relatam contato com o aborto ilegal. Os entrevistados se relacionam a esses casos a partir de relações não profissionais, ou seja, indivíduos da sua vida pessoal que realizaram o aborto ilegal. Os relatos foram variados, passam por clínicas de aborto clandestino seguras, associadas a pagamento de alto valor monetário; clínicas inseguras que causaram sequelas graves na mulher que realizou o aborto; uso de chás e ervas. O relato mais frequente foi o uso de misoprostol em domicílio, eventualmente necessitando de atendimento para esvaziamento uterino. Nestes relatos o medicamento geralmente era adquirido em outro país ou de outras maneiras ilícitas, tendo um custo mais acessível, alta taxa de efetividade e poucas complicações. Entretanto, nem sempre era confiável que se tratava do medicamento, pairando a suspeita de falsificações. O uso de misoprostol é o método mais comum de aborto ilegal no Brasil e uma em cada cinco mulheres já realizou um aborto (Diniz e Medeiros, 2012). Mesmo sem ter sido objeto direto de nosso estudo, esses relatos sugerem que por mais que não se fale abertamente sobre abortos, eles acontecem.

Esses relatos são a materialização das nossas hipóteses sobre os profissionais de saúde ao decorrer do texto. Há um descompasso entre a figura do profissional de saúde conhecido pelo seu círculo íntimo como disponível para falar sobre o aborto, sendo esse profissional um facilitador no acesso aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva. Entretanto, o mesmo profissional de saúde, pode

representar no imaginário das pessoas que não o conhecem intimamente, seu papel social e suas efígies como membros de instituições, seja do Estado ou de entidades profissionais, podendo servir de barreira para o acesso ao aborto legal.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior e mais abrangente, que entrevistou diversas categorias profissionais. A realização de um roteiro semi estruturado que conseguisse abordar todas as categorias foi um desafio, buscando mitigar essa limitação, optamos que apenas 2 pesquisadoras do time de 10 entrevistadoras da CDH|UFPR realizou as entrevistas da área da saúde, escolhendo pesquisadoras com graduação em enfermagem e medicina.

A amostra do estudo inicial foi por conveniência, realizamos a divulgação do questionário online inicial por diversos meios como redes sociais, listas de transmissão de e-mail, contatos institucionais e contatos pessoais das pesquisadoras. A amostra desse recorte foi amostragem homogênea, pois buscamos avaliar as experiências e narrativas daqueles que se encontram em um mesmo tipo de situação (Bosi e Gastaldo, 2021). Esse tipo de amostragem é corroborado pelo capítulo 6 do livro Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde.

De acordo com a teoria desenvolvida no livro Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde, consideramos que não existe um ponto de saturação, pois na pesquisa qualitativa, que busca compreender a experiência humana em sua complexidade, se torna impossível afirmar que novos elementos não mais surgirão a partir de um certo ponto. Entendemos que o papel da pesquisa e o ponto de parada é quando alcançamos a possibilidade de formular algo novo, relevante e problematizador em torno do tema pesquisado (Bosi e Gastaldo, 2021).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível observar que a APS não está inserida na rede de atenção a pessoas em situação de violência e muito menos no atendimento a casos de aborto legal. A rede é frágil e depende de profissionais únicos e sensibilizados dentro do serviço, que acabam assumindo essa carga do cuidado das usuárias, ainda que muitas vezes possam vir a sofrer represálias pelo atendimento.

Percebeu-se que o tema do aborto é tensionado, na sociedade e nos ambientes de cuidado em saúde, por convicções, crenças, valores e aspectos históricos e culturais. Esse tensionamento determina como indivíduos e instituições atuam em relação ao tema, podendo ser facilitadores ou barreiras para o acesso a direitos sexuais e reprodutivos. Devido a isso, o aborto se torna um tema não falado, o silêncio se torna uma violência contra as pessoas que necessitam de qualquer tipo de cuidado em saúde relacionado ao aborto. As mulheres não encontram nos profissionais de saúde um local de acolhimento e escuta, os profissionais de saúde entendem que não podem falar sobre o tema. O acesso à saúde sexual e reprodutiva é prejudicado desde o local basilar da atenção, que é a Unidade Básica de Saúde, até os demais serviços do SUS.

Recomenda-se que o aborto com medicamentos seja disponibilizado na APS, buscando além da melhora do acesso ao aborto legal, ampliar o debate do tema na sociedade, aproximar a APS dos cuidados em saúde sexual e reprodutiva, ampliar a quantidade de profissionais de saúde dispostos a realizar o aborto. É possível que ao disponibilizar o misoprostol na APS mais profissionais e gestores se interessem pelo tema e busquem realizar capacitações. Entendemos que essa ampliação do acesso só conseguirá se consolidar através de ações coletivas sociais e governamentais que busquem informar a população e os profissionais de saúde sobre a urgente necessidade de proteção dos direitos sexuais e reprodutivos de meninas e mulheres.

Para ações imediatas individuais, sugere-se a todos os profissionais de saúde sensibilizados ao tema que busquem formas de comunicar as usuárias do sistema de saúde que estão dispostos a informar sobre o aborto. Talvez utilizando-se de maneiras sutis como a presença de folders informando sobre direitos sexuais e reprodutivos, decorar o consultório com símbolos da luta pela descriminalização do aborto como o lenço verde, entre outras possíveis soluções pertinentes ao contexto de cada um.

7. REFERÊNCIAS

- AIKEN, A. *et al.* Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 128, n. 9, p. 1464–1474, Aug. 2021.
- ANIS – INSTITUTO DE BIOÉTICA. **Aborto legal via telessaúde: orientações para serviços de saúde**. Brasília: LetrasLivres, 2021. p. 60
- ANIS, I. DE B. **Criminalização do Aborto no Brasil: um estudo sobre os itinerários penais e punitivos de 2012 a2022** (G. Rondon & L. Brito, Eds.). Brasília: LetrasLivres, 1 Jul. 2025. Disponível em: <https://anis.org.br/wp-content/uploads/2025/06/ANIS_RelatorioCriminalizacao-expandido.pdf>. Acesso em: 18 sep. 2025.
- ANTONIASSI JUNIOR, G.; PIRES, D. T. T.; SILVA, L. DE A. M. Quando o Amor Dói: Um Estudo Integrativo Sobre o Estupro Marital e seus Impactos Psicossociais. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 19, n. 77, p. 135–153, 31 Jul. 2025.
- ANUNCIAÇÃO, D.; TRAD, L. A. B.; FERREIRA, T. “Mão na cabeça!”: abordagem policial, racismo e violência estrutural entre jovens negros de três capitais do Nordeste. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, 2020.
- ARTIGO19. **Quais situações são permitidas, o que é necessário, a quais hospitais recorrer e mais informações - Mapa Aborto Legal**. Disponível em: <<https://mapaabortolegal.org/>>. Acesso em: 14 mar. 2025.
- ASSIS, J. F. DE. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, n. 133, p. 547–565, Dec. 2018.
- BECKER, H. S. Whose side are we on? **Social problems**, v. 14, n. 3, p. 239–247, Jan. 1967.
- BERGAMO, M. Mulher busca aborto legal e ouve que seria “mãe guerreira.” **Folha de S.Paulo**, 12 Aug. 2024.
- BORSOI, T. DOS S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M. DE L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 165–174, Mar. 2009.
- BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D. **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em**

saúde: Fundamentos teórico-metodológicos. [s.l: s.n.].

BRANCO, J. G. DE O. *et al.* Objection of conscience or ideological instrumentalization? An analysis of discourses of managers and other professionals regarding legal abortion. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36Suppl 1, n. Suppl 1, p. e00038219, 10 Feb. 2020.

BRASIL. **Código penal: Decreto-lei nº 2.848/1940.** Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/648206>>. Acesso em: 11 mar. 2025.

____. Lei nº6515. . 26 Dec. 1977.

____. Lei nº6734. . 4 Dec. 1979.

____. Lei nº8080. . 19 Sep. 1990.

____. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

____. Lei nº9520. . 27 Nov. 1997.

____. **PORTARIA Nº 344**, 12 May 1998.

____. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

____. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 68

____. **Atenção humanizada ao abortamento.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. p. 62

____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. p. 82

____. **Rede de enfrentamento à Violência contra as mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres / Presidência da República (SPM/PR), 2011c. p. 74

____. Decreto nº 7508. . 28 Jun. 2011 d.

____. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

____. **PORTARIA Nº 485**, 1 Apr. 2014a.

____. **PORTARIA Nº 415**, 21 May 2014b.

BRASIL, C. N. DE S. **Resolução n.º 258**, 6 Nov. 1997.

BRASIL, M. DA S. **NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 2/2024-SAPS/SAES/MS.** Disponível em:

<<https://static.poder360.com.br/2024/02/nota-tecnica-2-2024-ministerio-saude.pdf>>.

Acesso em: 30 sep. 2025.

BRASIL, P. DA R. **LEI Nº 7.209, DE 11 DE JULHO DE 1984**. Disponível em:

<<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=7209&ano=1984&ato=d5fQTUU9EeBpWT5f3>>. Acesso em: 13 mar. 2025.

BRASIL, T. E. I. **ESTRATÉGICOS. D. D. C. E. T. Aborto E Saúde Pública No Brasil: 20 anos**. 1a. ed. Brasília, DF: Ministério Da Saúde, Secretaria De Ciência, Tecnologia E Insumos Estratégicos, Departamento De Ciência E Tecnologia, 2009. p. 427

CAMPOS, B.; TCHALEKIAN, B.; PAIVA, V. **VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA EM TEMPOS DE SARS-COV-2/ COVID-19 EM SÃO PAULO. Psicologia & Sociedade**, v. 32, 2020.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. D. S. B.; SARACENI, V. Abortion in Brazil: what do the official data say? **Cadernos de Saude Publica**, v. 36Suppl 1, n. Suppl 1, p. e00188718, 21 Feb. 2020.

CARTACAPITAL. CFM elege membros em eleição marcada por pauta antiaborto e apoio bolsonarist. **Carta Capital**, 8 Aug. 2024.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. **Atlas da violência 2024**. Brasília: Ipea, 2024.

CERQUEIRA, D.; SANTA CRUZ COELHO, D.; FERREIRA, H. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, v. 11, n. 1, 8 Mar. 2017.

CFM, C. F. DE M. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.989/2012**. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2012/1989_2012.pdf>.

Acesso em: 12 mar. 2025.

____. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 . . 2019, p. 108.

____. **CFM destaca fragilidades de Nota Técnica do Ministério da Saúde que tratava sobre aborto**. Disponível em:

<<https://portal.cfm.org.br/noticias/fragilidades-nt02-2024>>. Acesso em: 30 sep. 2025a.

____. **RESOLUÇÃO CFM Nº 2.378/2024 Regulamenta o ato médico de assistolia fetal, para interrupção da gravidez, nos casos de aborto previsto em lei oriundos de estupro**. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2024/2378_2024.pdf>.

Acesso em: 29 sep. 2025b.

CHONG, E. *et al.* Expansion of a direct-to-patient telemedicine abortion service in the United States and experience during the COVID-19 pandemic. **Contraception**, v. 104, n. 1, p. 43–48, Jul. 2021.

COLAS, O. R. *et al.* Aborto Legal por Estupro – Primeiro Programa Público do País. **Revista Bioética**, v. 2, n. 1, 1994.

CONCEIÇÃO, P. Após revogação de nota técnica sobre aborto ilegal, entidades protestam e exigem cumprimento da lei. **Observatório de Análise Política em Saúde**, 5 Mar. 2024.

CRR, C. FOR R. R. **The World's Abortion Laws**. Disponível em: <<https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?country=GUY>>. Acesso em: 24 sep. 2025.

CUNHA, M. C. DA. A LEI IGNORA A REALIDADE. **Mulherio**, v. 1, n. 4, p. 24, Nov. 1981.

DA ROCHA, M. I. B. A Questão do Aborto no Brasil: o debate no Congresso. **Estudos Feministas**, v. 4, n. 2, p. 381–398, 1996.

DIÁRIO DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Frentes Parlamentares: Frente Parlamentar Evangélica do Congresso Nacional**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/internet/deputado/frenteDetalhe.asp?id=54477>>. Acesso em: 21 mar. 2025.

DIÁRIO DO PODER, J. PSC diz que vai recorrer contra aborto pelo SUS. **Diário do Poder**, 24 May 2014.

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

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciencia & saude coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1671–1681, Jul. 2012.

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

FAL-RS. **Fórum Aborto Legal RS**. Disponível em: <<https://www.forumabortolegalrs.com.br/>>. Acesso em: 14 mar. 2025.

FBSP, F. B. DE S. P. **Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19: Publicações - Violência contra Meninas e Mulheres**. São Paulo: FBSP, 24 Jul. 2020.

____. **18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em: <<https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>>. Acesso em: 11 May. 2025.

____. **19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2025/07/anuario-2025.pdf>>. Acesso em: 24 Sep. 2025.

FONSECA, N. A ofensiva contra Helena Paro, médica que criou o serviço de aborto legal por telemedicina. **Agência Pública**, 3 May 2023.

FONSECA, S. C. *et al.* Legal abortion in Brazil: systematic review of the scientific production, 2008-2018. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36Suppl 1, n. Suppl 1, p. e00189718, 10 Feb. 2020.

FONTANELLA, B. J. B.; MAGDALENO JÚNIOR, R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 1, p. 63–71, Mar. 2012.

GIUGLIANI, C. *et al.* O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1791, 23 Feb. 2019.

JACOBS, M. G.; BOING, A. C. How does the regulation of abortion provision for pregnancies resulting from rape affect its supply in the municipalities? **Ciencia & saude coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3689–3700, Sep. 2022.

JORGE, E. Projeto de Lei nº20/1991. . 19 Feb. 1991.

KLEPA, V. DE B.; FRANZON, A. C. A.; SCHIOCCHET, T. Plano de manejo e mitigação de riscos em pesquisa com pessoas que procuram aborto legal. **Cadernos Pagu**, n. 71, Sep. 2024.

LAVELANET, A. F.; JOHNSON, B. R.; GANATRA, B. Global Abortion Policies Database: A descriptive analysis of the regulatory and policy environment related to abortion. **Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 62, p. 25–35, Jan. 2020.

LIMA, N. D. F.; CORDEIRO, R. D. L. M. Aborto, Racismo e Violência: Reflexões a partir do Feminismo Negro. **Revista Em Pauta**, v. 18, n. 46, 8 Jul. 2020.

MACHADO, L. Z. O aborto como direito e o aborto como crime: o retrocesso neoconservador. **Cadernos Pagu**, n. 50, 2017.

- MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Legal abortion services in Brazil--a national study. **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, n. 2, p. 563–572, Feb. 2016.
- MARQUES, E. S. *et al.* Violence against women, children, and adolescents during the COVID-19 pandemic: overview, contributing factors, and mitigating measures. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 4, p. e00074420, 30 Apr. 2020.
- MATOSO, F. Ministério revoga portaria que incluiu aborto ilegal na tabela do SUS. **Bem Estar - G1**, 30 May 2014.
- MELO, M. L. DE A. Contribuições da hermenêutica de Paul Ricoeur à pesquisa fenomenológica em psicologia. **Psicologia USP**, v. 27, n. 2, p. 296–306, Aug. 2016.
- MENDONÇA, C. S. *et al.* Violence and Primary Health Care in Brazil: an integrative literature review. **Ciencia & saude coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2247–2257, Jun. 2020.
- MENEZES, J. Projeto de Lei nº177/1975. . 1 Apr. 1975.
- MENEZES, P. R. DE M. *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 778–786, Sep. 2014.
- MIRANDA, M. **MPBA recomenda a hospitais de Guanambi suspensão de exigência de B.O. para aborto legal de crianças e adolescentes violentadas.** Disponível em: <<https://www.mpba.mp.br/noticia/76559>>. Acesso em: 21 mar. 2025.
- MIRANDA, T. **Câmara aprova urgência para projeto que equipara aborto de gestação acima de 22 semanas a homicídio.** Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/1072249-camara-aprova-urgencia-para-projeto-que-equipara-aborto-de-gestacao-acima-de-22-semanas-a-homicidio/>>. Acesso em: 21 mar. 2025.
- 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. 1, 2020.
- NOSSAS. **Criança Não é Mãe.** Disponível em: <<https://criancanaoemae.org.br/>>. Acesso em: 21 mar. 2025.
- OLIVEIRA, A. F. P. L. D' *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciencia & saude coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2847–2857, Oct. 2013.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narratives: use in qualitative health-related research. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1090–1096, Dec. 2008.

ONU. **Report of the International Conference on Population and Development**. Cairo: United Nations, 1995a. p. 193

_____. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER. Pequim: ONU MULHERES, 1995b

PASSOS, J. O avanço do direito ao aborto na América Latina. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**, 1 Jul. 2022.

PINTO, I. V. *et al.* Pregnancy in girls under 14 years old: Spatial analysis in Brazil, 2011-2021. **Ciencia & saude coletiva**, v. 29, n. 9, p. e10582024, Sep. 2024.

PITANGUY, J. Mulheres contra aborto na Carta. **Correio Braziliense**, 13 Feb. 1988.

PODER360. Saúde volta atrás e suspende nota técnica sobre aborto. **Poder 360**, 29 Feb. 2024.

REIS, A. P. DOS *et al.* Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 324–340, 2020.

RICOEUR, P. Narratividade, fenomenología y hermenéutica. **Anàlisi : quaderns de comunicació i cultura**, v. 25, p. 189–207, 2000.

ROCHA, M. I. B. DA. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 23, n. 2, p. 369–374, Jun. 2006.

ROCHA, W. B. DA *et al.* Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 387–399, Aug. 2015.

RUBIN, S. E.; GODFREY, E.; GOLD, M. Patient attitudes toward early abortion services in the family medicine clinic. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 21, n. 2, p. 162–164, 2008.

SÃO PAULO (SP). **PORTARIA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 692 DE 26 DE ABRIL DE 1989**, 26 Apr. 1989.

SBMFC, S. B. DE M. DE F. E C. **MFC é central para garantir direito ao aborto legal no Brasil**. Disponível em: <<https://www.sbmfc.org.br/noticias/mfc-e-central-para-garantir-direito-ao-aborto-legal-no-brasil/>>. Acesso em: 20 mar. 2025a.

_____. **Pela inclusão da APS na rede de aborto legal no Brasil!**. Disponível em:

<<https://www.sbmfc.org.br/noticias/pela-inclusao-da-aps-na-rede-de-aborto-no-brasil/>>. Acesso em: 21 mar. 2025b.

____. **Nota em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos e do acesso ao aborto legal**. Disponível em:

<<https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-em-defesa-dos-direitos-sexuais-e-reprodutivos-e-do-acesso-ao-aborto-legal/>>. Acesso em: 21 mar. 2025a.

____. **Nota em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos e do acesso ao aborto legal**. Disponível em:

<<https://sbmfc.org.br/noticias/nota-em-defesa-dos-direitos-sexuais-e-reprodutivos-e-do-acesso-ao-aborto-legal/>>. Acesso em: 30 sep. 2025b.

SCHIOCCHET, T. *et al.* **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Projeto de Pesquisa Impactos da pandemia de COVID-19 no acesso ao aborto legal no Brasil**. 1^{rd.} ed. [s.l: s.n.].

SENADO FEDERAL. **Há 75 anos, padre redigiu 1º projeto de lei do Brasil sobre o aborto — Senado Notícias**. Disponível em:

<<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/ha-75-anos-padre-redigiu-1o-projeto-de-lei-do-brasil-sobre-o-aborto>>. Acesso em: 13 mar. 2025.

SILVA, M. C. B. DA *et al.* [Analysis of records for women that have undergone legally authorized abortions in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil]. **Cadernos de Saude Publica**, v. 37, n. 11, p. e00282920, 22 Nov. 2021.

SILVA, N.; GUIMARÃES, B.; MORAES, C. **Sala de Espera**. Disponível em: <<https://radionovelo.com.br/originais/apresenta/sala-de-espera-parte-1/>>. Acesso em: 18 sep. 2025.

SILVEIRA, J. R. *et al.* Perceptions of the multi-professional team given the legal interruption of pregnancy due to sexual violence. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, 2021.

STABILE, A. Mapa do aborto na América Latina e Caribe: avanços e retrocessos. **NÓS**, 9 Aug. 2023.

STF. **ADPF 54**. Disponível em:

<<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>>.

Acesso em: 13 mar. 2025.

STF. **ADPF 1207**, 3 Feb. 2025. Disponível em:

<<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=7153287>>. Acesso em 12 mar. 2025.

TALIB, R. A.; CITELI, M. T. **Seviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004): dossiê**. São Paulo, SP, Brasil: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005. p. 78

UNFPA BRAZIL, F. DA P. DAS N. U. **Saúde sexual e reprodutiva e direitos: contraceptivos modernos e outras necessidades de insumos médicos, inclusive para a prevenção, proteção e resposta a COVID-19**, 30 Mar. 2020.

Disponível em:
<<https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/sa%C3%BAdede-sexual-e-reprodutiva-e-direitos-contraceptivos-modernos-e-outras-necessidades-de>>

WHO. **Abortion care guideline, second edition**. 2dn. ed. Geneva: World Health Organization, 2025. p. 214

ZHOU, J.; BLAYLOCK, R.; HARRIS, M. Systematic review of early abortion services in low- and middle-income country primary care: potential for reverse innovation and application in the UK context. **Globalization and Health**, v. 16, n. 1, p. 91, 30 Sep. 2020.

8. APÊNDICES

8.1 APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA

PRIMEIRA ETAPA: TCLE

Fala mais fluida sobre a pesquisa, os objetivos da pesquisa e a importância da participação da pessoa nessa segunda fase. OBS: informar o tempo de duração e a plataforma via e-mail que será enviado para pessoa (contato prévio à realização da entrevista)

1. **Quais os objetivos da pesquisa?** analisar de que modos a pandemia de COVID-19 alterou a oferta de serviços de cuidado em saúde sexual e reprodutiva no Brasil e, especialmente, a garantia de atendimento e o acesso ao direito ao aborto legal por meninas e mulheres usuárias do SUS.
2. **Por que a sua participação é tão importante?** Estamos dialogando com pessoas de várias áreas com o intuito de contribuir para a melhoria das condições de trabalho, dos protocolos e práticas profissionais nos campos da saúde, assistência social, segurança pública, educação, e gestão. Os resultados da pesquisa poderão contribuir para a construção de novas estratégias de cuidado em saúde reprodutiva, que tenham como perspectiva a promoção dos direitos humanos de mulheres e meninas. A pesquisa também poderá beneficiar diretamente as pessoas que procuram serviços de saúde, ao possibilitar a informação e conhecimento sobre o direito ao aborto legal. Ao final de sua participação na pesquisa, você poderá baixar um documento de Relatório de Participação na Pesquisa com mais informações sobre o estudo, os serviços de saúde e os suportes sociais e jurídicos relacionados ao tema.
3. **O que acontece com as suas respostas?** Os dados obtidos para este estudo serão utilizados unicamente para fins de pesquisa e os resultados da pesquisa serão divulgados em relatórios desenvolvidos para comunicação social ao público em geral e comunicação científica (em artigos e eventos). Tudo é feito com sigilo, os dados são armazenados no sistema da Universidade (protegido com senha), só a equipe de pesquisa têm acesso.
4. **Seus direitos nessa entrevista?** Diante de qualquer dúvida, desconforto ou incômodo, você pode pular a pergunta ou até mesmo, caso queira, suspender a entrevista. Nosso objetivo é fazer com que a conversa seja o mais tranquila e

confortável possível para você. Diante de qualquer mal estar, stress ou angústia, podemos dialogar sobre e até oferecer algum suporte psicológico (se for o caso). Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a coordenadora Profa. Taysa Schiocchet (e-mail e contatos no Termo de Consentimento). Em caso de dano decorrente da sua participação nesta pesquisa, você tem direito de buscar indenização para reparação nos termos da lei.

Encerramento: Tudo isso que eu te falei agora está escrito em um termo, que foi enviado para que você assine e a gente possa prosseguir com a pesquisa. Você baixa o arquivo, assina e me manda novamente, tudo bem?

SEGUNDA ETAPA: ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO

<p>AQUECIMENTO</p> <p>Como você chegou até a nossa pesquisa?</p> <p>Qual o significado/ relevância que este tema tem para você?</p>	<p>O QUE QUEREMOS SABER COM ESSAS PERGUNTAS:</p>
<p>HISTÓRIA DA PESSOA NO SERVIÇO</p> <p>Me conta um pouco sobre sua história na profissão...</p> <p>Quando você começou a atuar na área?</p> <p>Me conta um pouco sobre onde você trabalha agora..</p> <p>O que você faz? Com o que você trabalha?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Onde essa pessoa trabalha, qual a especialidade dela, há quanto tempo atua com isso, como é o ambiente de trabalho? • identificar se a pessoa trabalha em um serviço de referência ou não, se de algum modo chegam questões relacionadas ao aborto • identificar como o local onde a pessoas atua está inserido na rede

<p>CONTATO COM ABORTO NO TRABALHO</p> <p>Você já teve contato com pessoas que procuraram a interrupção da gestação no local onde você trabalha? [CRAS, UBS, hospital]</p> <p>Ou que já haviam realizado aborto/interrupção?</p> <p>Como aparecem casos de interrupção da gestação?</p> <p>Como é quando uma pessoa procura o [CRAS, UBS, hospital] para fazer interrupção da gravidez?</p> <p>[Se não atende caso de aborto] Então, é feito algum encaminhamento? O que acontece?</p> <p>[Se atende caso de aborto] Você sabe se existem orientações ou protocolos para esses casos?</p> <p>[se a pessoa falar espontaneamente sobre casos de violência - explorar]</p> <p>E como é o perfil dessas pessoas que procuram aborto?</p> <p>E como essas pessoas chegam ao serviço que você trabalha?</p> <p>[se a pessoa não falar espontaneamente]</p> <p>Você já chegou a atender casos de violência sexual? Como foi para você?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • acesso de pessoas ao serviço de aborto legal (as vezes quem tá respondendo é um endocrino que não tem nada a ver com aborto) • onde a pessoa trabalha é um serviço de referencia em aborto? • como são realizados encaminhamentos deste serviço? • existem protocolos ou orientações para casos de aborto legal? • compreender o fluxo de atendimento como essas pessoas chegam ao serviço, se são feitos encaminhamentos • caso haja problemas no encaminhamento se isso é identificado como um obstáculo para acesso ao aborto • casos de violência sexual como é o manejo • identificar conexões entre aborto legal fruto de violência sexual e outras formas de violência de gênero • <i>aqui acho que a pessoa já vai comentar sobre as dificuldades de acesso.</i>
---	--

<p>OBSTÁCULOS AO ABORTO E TRABALHO DURANTE A PANDEMIA</p> <p>Na sua experiência, como você vê o acesso das pessoas ao serviço de aborto ?</p> <p>Me conta um pouco como foi durante a pandemia onde você trabalha?</p> <p>Teve alguma mudança nos serviços e atendimentos?</p> <p>Vocês continuaram ofertando todos os serviços? Teve algum que foi interrompido?</p> <p>Houve algum tipo de serviço de atendimento remoto durante a pandemia? Como ocorreu?</p> <p>[se atendem diretamente casos de aborto]</p> <p>Como você vê essas questões da pandemia e a procura por interrupção da gravidez onde você trabalha?</p> <p>Quando chegam casos de interrupção / aborto, como a equipe lida com isso?</p> <p>Como você lida com isso? Como é para você?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • identificar dificuldade no acesso, ou barreiras na realização do aborto legal • compreender se onde a pessoa trabalha foi um serviço que ficou atendendo durante a pandemia ou não • compreender se era um serviços que realizava aborto pré e pós pandemia, e como isso afetou o acesso ao procedimento • identificar questões como adaptações no atendimento, foi caso de atendimentos remotos, telemedicina • identificar aspectos como apoio psicossocial, privacidade, infraestrutura, confidencialidade e respeito • focar em saber como funciona o atendimento das mulheres - o que é mais procurado por elas, quais são os casos que mais chegam e se chegam, e como chegam, as situações de violência sexual. existe atendimento especializado? aparecem casos de aborto? • tem algum tratamento diferente com relação às mulheres que fizeram o aborto, ou que procuram o serviço para fazer? existe alguma recusa?
<p>OPINIÃO E PERCEPÇÕES PESSOAIS</p> <p>Agora queria saber um pouco da sua percepção mesmo...</p> <p>O que você pensa sobre a lei de aborto no Brasil?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • identificar aspectos como dificuldade no acesso devido a discriminação, preconceito, tabu , capacitação da equipe para casos de aborto • O atendimento é adequado, como a equipe se comporta, há objeção de consciência? • o que pessoa pensa sobre aborto no brasil

FECHAMENTO

Estamos encerrando a nossa conversa...

Tem algo a mais que você gostaria de comentar?

Teve alguma coisa particularmente boa ou ruim da participação nesta pesquisa?

8.2 APÊNDICE B - GUIA INFORMATIVO DA PESQUISA

O Guia Informativo da pesquisa pode ser acessado através do link:

<https://cdh.ufpr.br/wp-content/uploads/2024/08/Guia-informativa-da-pesquisa.pdf>

