

## Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018

Legal abortion in Brazil: systematic review of the scientific production, 2008-2018

Aborto legal en Brasil: revisión sistemática de la producción científica, 2008-2018

Sandra Costa Fonseca <sup>1</sup>  
Rosa Maria Soares Madeira Domingues <sup>2</sup>  
Maria do Carmo Leal <sup>3</sup>  
Estela M. L. Aquino <sup>4</sup>  
Greice M. S. Menezes <sup>4</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00189718

### Resumo

Revisões anteriores sobre o aborto no Brasil estimaram um milhão de procedimentos anuais, porém, não abordaram o aborto legal. O objetivo desta revisão sistemática foi atualizar o conhecimento sobre o aborto legal, quanto ao perfil dos serviços, das mulheres atendidas, conhecimento de estudantes e médicos, situação de anencefalia e malformações graves. A busca de artigos foi via MEDLINE e LILACS, de 2008 a 2018, sem restrição de idiomas. A qualidade dos artigos foi avaliada com instrumentos do Joanna Briggs Institute. Busca, seleção, avaliação de qualidade e extração de dados foram feitas independentemente por duas pesquisadoras. Selecionaram-se 20 artigos, 11 sobre conhecimento e opinião de profissionais médicos (4 artigos) e estudantes de Medicina (7 artigos), revelando conhecimento aquém do ideal sobre o aborto legal e objeção de consciência elevada. Seis estudos sobre as mulheres atendidas identificaram que elas são jovens, solteiras e a principal demanda foi a gravidez decorrente de estupro. A demora em procurar atendimento ocorreu dentre as mais jovens, solteiras e quando o agressor era alguém próximo. Três estudos sobre malformações graves mostraram autorização judicial em torno de 40%. Nos casos sem autorização, a evolução da gravidez foi complicada e o parto foi cesáreo. Apenas um artigo abordou os serviços de aborto legal, apontando 37 dos 68 cadastrados em atividade, inexistência em sete estados e concentração nas capitais. O conhecimento sobre o aborto legal ainda é escasso, a demanda do procedimento é reprimida e a formação médica é deficiente no tema.

*Aborto Legal; Direitos Sexuais Reprodutivos; Revisão Sistemática*

### Correspondência

S. C. Fonseca  
Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.  
Rua Marquês de Paraná 303, 3º andar, Anexo HUAP, Niterói,  
RJ 24033-900, Brasil.  
sandracfonseca@yahoo.com.br

<sup>1</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>3</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>4</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.



## Introdução

Estima-se que, no mundo, sejam realizados anualmente 35 abortos para cada 1.000 mulheres entre 15 e 44 anos. Na América Latina, essa taxa é de 44/1.000<sup>1</sup> e a maioria dos países da região, excetuando-se o Uruguai, a Guiana e Cuba, tem legislação restritiva à prática. No Brasil, o aborto é permitido para mulheres com risco de vida e nas situações de gravidez por estupro e, recentemente, na presença de anencefalia fetal. As duas primeiras estão fundamentadas no Artigo 128 do Código Penal<sup>2</sup> e a terceira resulta do julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF-54), pelo Supremo Tribunal Federal (STF), em 2012<sup>3</sup>, ratificada em decisão do Conselho Federal de Medicina (CFM), também em 2012, que autoriza médicos a interromperem a gravidez de fetos anencefálicos, a pedido da gestante, em qualquer momento da gravidez<sup>4</sup>. Além dessas situações, alvarás judiciais para anencefalia (antes de 2012) e para outras malformações têm sido liberados no Brasil, ampliando as perspectivas do aborto legal<sup>5,6</sup>.

Uma revisão extensiva de pesquisas sobre o aborto, publicada em 2008, analisou a produção científica de 20 anos no Brasil<sup>7</sup>. Foram incluídos artigos em periódicos, dissertações, teses, livros, trabalhos apresentados em congressos e textos argumentativos. A maioria era de natureza opinativa e apenas 20% envolveram a produção de dados primários ou análise de dados secundários. A maior parcela foi realizada em hospitais públicos e poucos trabalhos abordaram o aborto legal. Outra revisão, específica da Saúde Coletiva, tampouco tratou de investigações sobre abortos previstos em lei<sup>8</sup>.

Desde a publicação desses dois trabalhos<sup>7,8</sup>, houve poucos avanços quanto à situação do aborto no país, exceto pela atualização da Norma Técnica do Ministério da Saúde, de 2005, para atenção ao abortamento, atualizada em 2011<sup>9</sup>, e a autorização da interrupção da gravidez em casos de anencefalia fetal, em 2012<sup>4</sup>. Cabe ressaltar outras normas do Ministério da Saúde, referentes aos agravos decorrentes de violência sexual<sup>10</sup> e ao atendimento de gestantes com fetos anencefálicos<sup>11</sup>. O objetivo do presente estudo, dentro de uma revisão sobre o aborto no Brasil, é atualizar o conhecimento sobre o aborto legal, quanto ao perfil dos serviços, das mulheres atendidas, conhecimento de estudantes/médicos, situação de anencefalia e malformações graves, com base no período de 2008 a 2018.

## Métodos

Trata-se de um estudo de revisão sistemática sobre aborto legal e aborto inseguro no Brasil, realizada de acordo com as recomendações da declaração *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)<sup>12</sup>. Todas as etapas da revisão foram realizadas de forma independente por duas pesquisadoras (S. C. F. e R. M. S. M. D.). Este artigo é referente ao subgrupo de estudos sobre aborto legal no país. Os resultados sobre aborto inseguro (frequência, perfil das mulheres e complicações) serão abordados em outra publicação.

## Crítérios de elegibilidade

Foram incluídos artigos científicos originais, publicados no período de 2008 a 2018, sendo consideradas elegíveis as publicações com foco predominantemente quantitativo. Foram excluídos os estudos com métodos exclusivamente qualitativos, revisões não sistemáticas, ensaios teóricos, protocolos de pesquisa, estudos de intervenção e de diagnóstico, e artigos metodológicos. Não foram incluídas monografias, dissertações ou teses.

Em relação ao aborto legal, foco deste artigo, em função de haver poucos estudos quantitativos anteriores<sup>8</sup>, os temas elegíveis foram decididos durante o processo de busca: (1) perfil dos serviços – número e características dos atendimentos; (2) perfil das mulheres que realizaram o aborto legal; (3) conhecimento de médicos/estudantes de Medicina sobre as situações permissivas; e (4) aborto permitido nos casos de malformações, além da anencefalia. Escolheu-se abordar exclusivamente os médicos porque no Brasil apenas este profissional pode realizar o procedimento.

### **Estratégia de busca bibliográfica**

Foram consultadas as bases de dados eletrônicas MEDLINE e LILACS. As palavras-chave usadas de forma combinada estão representadas no Quadro 1. Adicionalmente, foram incluídas referências citadas nas publicações selecionadas e que atendiam aos critérios de inclusão. As buscas eletrônicas, sem restrições de idiomas, foram realizadas no final de 2017 e atualizadas em março de 2019.

### **Seleção dos estudos**

Após a exclusão manual das publicações repetidas, foi realizada uma triagem inicial baseada nos títulos, com a eliminação de todas aquelas não relacionadas a abortos inseguros ou abortos legais no Brasil. Após a leitura dos resumos, os artigos que não atendiam aos critérios de elegibilidade foram excluídos. Novas eliminações foram feitas após a leitura completa dos estudos, caso estes fossem confirmados como inelegíveis. Novamente a decisão foi por consenso.

### **Avaliação da qualidade dos estudos**

A qualidade dos artigos foi apreciada usando-se instrumentos validados na literatura científica, elaborados pelo Instituto Joanna Briggs<sup>13</sup>, que avaliou diferentes tipos de estudos (série de casos, estudos transversais e estudos de coorte). Esses instrumentos, guardadas as especificidades de cada desenho epidemiológico, valorizam critérios de inclusão e amostragem da população, métodos de aferição das variáveis e análise estatística. Não houve exclusão de estudos baseada na qualidade, mas foram apresentadas as limitações metodológicas identificadas, de acordo com estes critérios.

### **Apresentação dos resultados**

Para cada estudo incluído, foram extraídos os seguintes dados: autores, ano de publicação e de realização do trabalho, desenho do estudo, local, população estudada, desfecho avaliado, limitações metodológicas e principais resultados. Nas tabelas, os artigos estão apresentados de acordo com os temas

### **Quadro 1**

Busca bibliográfica: descritores e operadores *booleanos*.

	<b>Sintaxe de busca</b>
MEDLINE	("abortion, induced" [MeSH Terms] OR ("abortion" [All Fields] AND "induced"[All Fields]) OR "induced abortion" [All Fields] OR "abortion" [All Fields]) AND (safe[All Fields] OR unsafe[All Fields] OR legal[All Fields] OR illegal[All Fields] OR ("criminals" [MeSH Terms] OR "criminals" [All Fields] OR "criminal" [All Fields]) OR provoked[All Fields] OR induced [All Fields] OR ("rate" [All Fields]) OR rates [All Fields] OR trend [All Fields] OR ("trends" [Subheading] OR "trends" [All Fields])) AND ("brazil" [MeSH Terms] OR "brazil" [All Fields]) AND ("2008/01/01" [PDAT]: "2018/12/31" [PDAT])
LILACS	Tw: (aborto AND (brasil OR brazil) AND (seguro OR inseguro OR legal OR ilegal OR pesquisa OR taxas OR tendências OR induzido OR provocado) AND (instance: "regional") AND (db: ("LILACS") AND year_cluster: ("2008" OR "2009" OR "2010" OR "2011" OR "2012" OR "2013" OR "2014" OR "2015" OR "2016" OR "2017" OR "2018")) AND (instance: "regional")
LILACS (por estados do Brasil)	Tw: (aborto AND (NOME DO ESTADO) AND (seguro OR inseguro OR legal OR ilegal OR pesquisa OR taxas OR tendências OR induzido OR provocado) AND (instance: "regional") AND (db: ("LILACS") AND year_cluster: ("2008" OR "2009" OR "2010" OR "2011" OR "2012" OR "2013" OR "2014" OR "2015" OR "2016" OR "2017" OR "2018")) AND (instance: "regional")

abordados: serviços de aborto legal, características das mulheres; conhecimento/comportamento de médicos/estudantes de Medicina; malformações e aborto legal.

## Resultados

Foram identificados 749 títulos elegíveis, após a exclusão das duplicidades e inclusão de seis publicações com base nas referências dos artigos. Na triagem inicial, foram selecionados 233 resumos. Desse, 140 foram excluídos por se tratar de estudos exclusivamente qualitativos (30,0%), ensaios teóricos (22,1%), análises de outros aspectos do abortamento (18,6%), estudos de revisão (10,0%), outros tipos de publicações (editorial, cartas, protocolo, artigo metodológico, teses e dissertações, representando 19,3%). Procedeu-se a leitura na íntegra dos 93 restantes (não foi possível a leitura de um artigo sobre aborto inseguro) e após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 20 estudos sobre aborto legal foram objeto da presente análise (Figura 1). Os artigos relacionados ao aborto inseguro (n = 50) serão abordados em outra publicação.

### Características gerais dos artigos

Apenas três artigos apresentaram abrangência nacional <sup>14,15,16</sup>, sendo os demais de âmbito local. A região com o maior número de estudos foi a Sudeste (11 artigos, todos do Estado de São Paulo), seguida da Região Nordeste (4 artigos). As regiões Centro-oeste e Norte tiveram apenas um cada (Tabela 1).

Os estudos abrangeram dados desde 1994 até 2017, especialmente concentrados nos anos 2000. Predominaram revistas da área de Saúde da Mulher e da Criança (com nove artigos), e os demais integraram publicações de Medicina Clínica, Educação Médica, Saúde Coletiva e Bioética (Tabela 1).

Um único artigo descreveu os resultados de um censo dos serviços de aborto legal no país, analisando a estrutura e o funcionamento, as características das mulheres atendidas e a visão dos profissionais dos serviços <sup>14</sup>; outros cinco estudos, de âmbito local, descreveram as características de mulheres internadas para aborto por estupro, motivos da decisão pelo aborto e repercussões nos relacionamentos pessoais e cotidianos <sup>17,18,19,20,21</sup>. A maior parte dos trabalhos investigou o comportamento, os conhecimentos e a opinião de agentes envolvidos na atenção ao aborto legal, sejam profissionais de saúde <sup>16,22,23,24</sup> ou estudantes de medicina <sup>25,26,27,28,29,30,31</sup>. Três pesquisas abordaram o tema das malformações e autorização judicial para o aborto <sup>15,32,33</sup> (Tabela 2)

A maioria dos artigos teve desenho transversal e caráter descritivo. Seis foram séries de casos e um único longitudinal (Tabela 2).

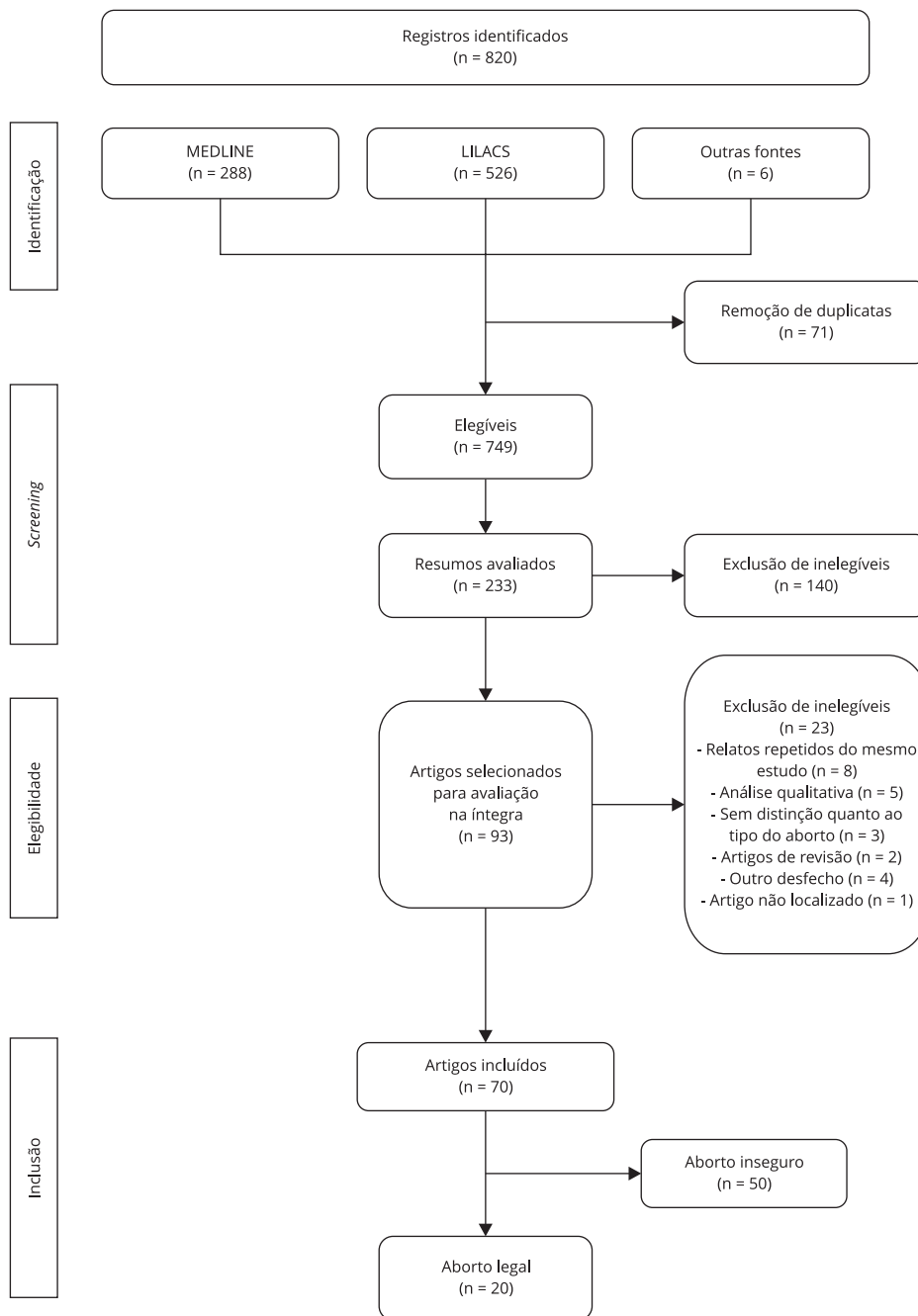
Quanto à qualidade metodológica dos artigos, segundo os critérios adotados <sup>13</sup>, constatou-se que seis atenderam a mais de 70% dos itens recomendados; nove, entre 50 e 60% dos itens; e os cinco restantes alcançaram menos de metade dos itens avaliados. As principais limitações estão apresentadas na Tabela 2. Os itens de maior fragilidade foram os relativos à representatividade da amostra e à análise estatística.

### Principais resultados

O artigo de Madeiro & Diniz <sup>14</sup> mapeou os serviços de aborto legal no país e identificou, no período 2013-2015, apenas 37 serviços ativos dos 68 registrados no Ministério da Saúde, assim distribuídos pelas regiões: 5 no Norte, 11 no Nordeste, 3 no Centro-oeste, 12 no Sudeste e 6 no Sul, concentrados em capitais e em grandes centros. A interrupção da gravidez variou de acordo com a situação permitida: estupro (motivo mais frequente para a demanda), em todos os serviços; risco de vida para a mulher, em 27; e casos de anencefalia, em 30. Todos tinham equipe multiprofissional, mas não específica para esse atendimento. Documentos como laudo pericial e alvará judicial foram solicitados por 8 a 14% dos serviços. Os métodos disponíveis na grande maioria dos serviços eram: medicamentos, curetagem e aspiração manual intrauterina. De 5.075 demandas, 2.442 abortos legais foram realizados no país, de 1994-2015. Cinco serviços (não discriminados, um de cada macrorregião do país) foram escolhidos para a investigação mais detalhada com análise de 1.283 prontuários. Em relação às características sociodemográficas, as mulheres eram, em sua maioria, jovens (15-29 anos), solteiras e católicas (43%).

**Figura 1**

Fluxograma da seleção de artigos incluídos na revisão sobre aborto legal no Brasil.



**Tabela 1**

Artigos sobre aborto legal no Brasil, 2008-2018.

Artigo (ano de publicação)	Revista, local e ano de realização do estudo	Desfechos estudados
Madeiro & Diniz <sup>14</sup> (2016)	<i>Ciênc Saúde Colet</i> Brasil, 2013-2015	Características dos serviços de aborto legal e das mulheres atendidas
Drezett et al. <sup>17</sup> (2011)	<i>Reprod Clim</i> São Paulo (SP), 2000-2007	Motivos para interromper legalmente a gravidez nos casos de estupro e repercussões nas relações pessoais
Drezett et al. <sup>18</sup> (2012)	<i>Health Med</i> São Paulo (SP), 2000-2007	Motivos para interromper legalmente a gravidez nos casos de estupro
Blake et al. <sup>19</sup> (2015)	<i>Int Arch Med</i> São Paulo (SP), 1994-2013	Motivos para a demora na busca pelo aborto legal em casos de estupro
Santos et al. <sup>20</sup> (2015)	<i>Reprod Clim</i> São Paulo (SP), 2002-2014	Características de mulheres bolivianas atendidas para aborto legal por estupro
Mutta & Yela <sup>21</sup> (2017)	<i>São Paulo Med J</i> Campinas (SP), 1994-2004	Características de mulheres atendidas em serviço de aborto legal
Benute et al. <sup>22</sup> (2012)	<i>Rev Bras Ginecol Obstet</i> São Paulo (SP), NI	Comportamento de profissionais de saúde frente ao aborto legal
Diniz et al. <sup>16</sup> (2014)	<i>Reprod Health Matters</i> Brasil, 2012	Comportamento de ginecologistas-obstetras frente ao aborto legal
Ribeiro & Fonseca <sup>23</sup> (2015)	<i>Rev Para Med</i> Belém (PA), 2015	Conhecimento dos profissionais sobre a norma técnica do aborto legal
Rocha et al. <sup>24</sup> (2015)	<i>Rev Bioét</i> Brasília (DF), 2014	Conhecimento dos profissionais sobre aspectos éticos do aborto legal
Almeida et al. <sup>25</sup> (2012)	<i>Rev Bras Educ Méd</i> Botucatu (SP), 2008	Conhecimento da legislação sobre aborto entre estudantes de Medicina
Medeiros et al. <sup>26</sup> (2012)	<i>Rev Bras Ginecol Obstet</i> Rio Grande do Norte, 2010	Conhecimento de alunos de medicina sobre aborto legal
Faundes et al. <sup>27</sup> (2013)	<i>Reprod Health Matters</i> Campinas (SP), 2011	Opinião sobre aborto legal entre estudantes de Medicina
Darzó & Azevedo <sup>28</sup> (2014)	<i>Rev Bras Ginecol Obstet</i> Bahia, 2012	Opiniões e atitudes de estudantes de Medicina sobre o aborto
Madeiro et al. <sup>29</sup> (2016)	<i>Rev Bras Educ Méd</i> Piauí, 2012	Atitudes dos estudantes de Medicina em relação à objeção de consciência
Motoki et al. <sup>30</sup> (2016)	<i>Clinics</i> São Paulo (SP), NI	Opinião de estudantes de Medicina sobre o aborto legal
Darzó & Barroso Júnior <sup>31</sup> (2018)	<i>Rev Bras Ginecol Obstet</i> Bahia, 2016-2017	Objecção de consciência de estudantes de Medicina quanto ao aborto
Diniz et al. <sup>15</sup> (2009)	<i>Ciênc Saúde Colet</i> Brasil, 2008	Assistência médica à grávida com feto anencefálico.
Nomura et al. <sup>32</sup> (2011)	<i>Rev Assoc Med Bras</i> São Paulo, 1998-2010	Série de casos de gemelares unidos e interrupções legais
Westphal et al. <sup>33</sup> (2016)	<i>J Matern Fetal Neonatal Med</i> São Paulo, 2010-2013	Fatores associados com a interrupção da gravidez com malformações graves

DF: Distrito Federal; MG: Minas Gerais; NI: não informado; PA: Pará; SP: São Paulo.

**Tabela 2**

Estudos quantitativos sobre aborto legal no Brasil, 2008-2018: métodos e resultados.

Referência	Local (ano)	Desenho de estudo e instrumento de produção dos dados	População	Desfecho	Limitações metodológicas	Resultados
<b>Serviços de aborto legal</b>						
Madeiro & Diniz <sup>14</sup>	Censo dos hospitais, Brasil (2013-2015).	Inquérito. Questionário autopreenchido via Internet.	Etapa censitária. Serviços ativos (37) dos 68 cadastrados no Ministério da Saúde.	Estrutura de serviços de aborto legal.	Sem descrição das características dos hospitais.	Identificados 37 serviços ativos, que realizavam aborto por: estupro (37/37), risco de vida da mulher (27/37) e anencefalia (30/37). 35 também atendiam violência sexual, distribuídos nas regiões Norte (5), Nordeste (11), Centro-oeste (3), Sudeste (12) e Sul (6), concentrados nas capitais. 7 estados sem serviço. Diferentes documentos requisitados para o aborto. Equipe multiprofissional/não específica. Métodos disponíveis: curetagem (89%), medicamentos (97%), aspiração (86%). Atendimentos: 5.057 demandas vs. 2.422 procedimentos.
<b>Características das mulheres</b>						
Madeiro & Diniz <sup>14</sup>	Brasil, não informado o ano.	Série de casos. Avaliação de prontuários.	Etapa amostral: dados de prontuários de 1.283 mulheres, em 5 serviços selecionados.	Perfil das mulheres submetidas a aborto legal e características do aborto.	Amostra de conveniência: (prontuários disponíveis). Casos não consecutivos.	Idade 15-29 anos, (62%); brancas (51%) e pardas (26%); solteiras (71%); católicas (43%) e evangélicas (26%); escolaridade ≤ 8 anos (41%), média (37%) e superior (14%); IG ≤ 14s (68%). Estupro (94%). Método: aspiração (45%) e misoprostol (32%).

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Referência	Local (ano)	Desenho de estudo e instrumento de produção dos dados	População	Desfecho	Limitações metodológicas	Resultados
<b>Características das mulheres</b>						
Drezett et al. <sup>17</sup>	São Paulo (2000-2007).	Série de casos. Entrevista por telefone.	43 de 53 mulheres internadas para aborto legal por estupro em centro de referência.	Perfil das mulheres, autor, características da violência, motivos para abortar, conflitos pessoais.	Perda de 19% (recusa ou sem contato). Entrevista realizada muito tempo após o aborto. Apenas análise descritiva dos casos.	Idade: 19-44 anos (média 28,9); brancas (58%), pretas (27,9%) e pardas (13,9%); solteiras (65%), católicas (46,5%) e evangélicas (25,6%); escolaridade ≤ 8 anos (18,8%), média (53,3%) e superior (27,9%). Perpetrador desconhecido (65%); quando conhecido, ex-parceiro (60%). Compartilhamento da decisão com familiares em cerca de 60% dos casos. Motivos para abortar: repúdio pela gravidez e a vinculação com violência em cerca de 90%; violação do direito de escolha em 77%. Nenhuma delas se arrependeu do aborto.
Drezett et al. <sup>18</sup>	São Paulo (2000-2007).	Série de casos. Entrevista por telefone.	43 de 53 mulheres internadas para aborto legal por estupro em centro de referência.	Perfil das mulheres e da violência, informação sobre direitos.	Perda de 19%. Entrevista realizada muito tempo após o aborto. Apenas análise descritiva dos casos.	Ocorrência da violência no percurso para o trabalho (35%) ou lazer (32,5%), no domicílio (12%). Informação sobre direito ao aborto: unidade de polícia (44%), unidade de saúde (23%).

(continua)



Tabela 2 (continuação)

Referência	Local (ano)	Desenho de estudo e instrumento de produção dos dados	População	Desfecho	Limitações metodológicas	Resultados
<b>Características das mulheres</b>						
Blake et al. <sup>19</sup>	São Paulo (1994-2013).	Transversal. Análise de banco de dados baseado em prontuários.	1.270 mulheres admitidas para aborto por estupro em centro de referência.	Associação entre fatores sociodemográficos e IG na data do aborto.	Exclusão de prontuários incompletos.	Idade: 10-46 anos (adolescentes, 42%); brancas (58%), pretas (13,2%) e pardas (26,1%); solteiras (70%), católicas (50,6%) e evangélicas (24,2%); escolaridade ≤ 8 anos (49,4%), média (45,9%) e superior (4,7%). Perpetrador desconhecido (62%). Motivos para procura do aborto em IG mais tardia (≥ 23 semanas): menor idade (RP = 1,8), ser solteira (RP = 8,7), perpetrador da família (RP = 1,99), registro policial (RP = 1,95).
Santos et al. <sup>20</sup>	São Paulo (2002-2014).	Série de casos. Análise de banco de dados baseada em prontuários.	38 mulheres bolivianas que solicitaram aborto legal por estupro, em centro de referência.	Perfil das mulheres, autor e características da violência.	Sem definição de casos consecutivos ou de completude. Apenas análise ou descritiva dos casos.	Idade: 13-44 anos (média = 24,0); solteiras (63%); católicas (55,3%) e evangélicas (13,2%); escolaridade ≤ 8 anos (52,7%), média (44,7%) e superior (2,6%). Ocorrência da violência no domicílio (26,3%), lazer (23,7%), percurso para o trabalho (13,7%). Perpetrador desconhecido (63%); encaminhamento por unidade de saúde (39,5%) e unidade policial (31,6%).

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Referência	Local (ano)	Desenho de estudo e instrumento de produção dos dados	População	Desfecho	Limitações metodológicas	Resultados
<b>Características das mulheres</b>						
Mutta & Yela <sup>21</sup>	Campinas, São Paulo (1994-2014).	Série de casos.	131 mulheres internadas para aborto legal por violência sexual. Extração de dados de prontuários (HU).	Características físicas e psicológicas das mulheres, do ato violento e tipo de cuidado ofertado.	Sem limitações.	Idade 70% < 29 anos, 36,6% adolescentes; solteiras (72%); nenhuma com curso superior, 45% ≤ 8 anos estudo; Renda baixa (76,4%); 30% sem atividade sexual anterior; Quase 70% sem uso de CC habitual e 99% sem uso de CC emergência. Características da violência: agressor desconhecido (62%). Registro policial apresentado (92%). Características do aborto: IG < 12 semanas (63%); Método: misoprostol e curetagem; Complicações (2,3%): laceração cervical e perfuração uterina. Todas queriam interromper a gestação, apenas 34% sem conflitos psicológicos. Adolescentes eram estudantes, sem vida sexual prévia e sem uso de CC, com agressor conhecido e IG mais avançada. Adultas eram trabalhadoras, com vida sexual, agressor desconhecido, IG ≤ 12 sem e baixo uso de CC (45,6%).

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Referência	Local (ano)	Desenho de estudo e instrumento de produção dos dados	População	Desfecho	Limitações metodológicas	Resultados
<b>Conhecimento/ Comportamento de médicos/Estudantes de Medicina</b>						
Benute et al. <sup>22</sup>	São Paulo (não informado o ano, anterior a 2012).	Inquérito. Questionário autoaplicado.	119 de 149 profissionais de Obstetrícia de HU e de hospital público na periferia de São Paulo.	Conhecimento da legislação brasileira.	Sem descrição detalhada dos participantes. Taxa de resposta total 80%, sem descrição por categorias. Análise estatística limitada.	Participantes: 48,7% médicos, 33,6% da enfermagem e 17,6% de outras áreas. Conhecimento correto da legislação (aborto permitido por estupro e risco de vida, à época do estudo): 67,2% dos médicos, 2,5% da enfermagem, 4,5% dos demais. Opinião favorável à ampliação da lei: para malformação fetal, 62,0% dos médicos, 20% da enfermagem e 23,8% dos demais; para gestação não desejada, médicos (53,4%), enfermagem (85%), outros (33,3%).

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Referência	Local (ano)	Desenho de estudo e instrumento de produção dos dados	População	Desfecho	Limitações metodológicas	Resultados
<b>Conhecimento/ Comportamento de médicos/Estudantes de Medicina</b>						
Diniz et al. <sup>16</sup>	Brasil (2012)	Inquérito. Questionário autoaplicado, via Internet.	1.690 de 15.000 médicos GO cadastrados na FEBRASGO.	Comportamento dos médicos em relação ao aborto legal após estupro: conhecimento das condições de solicitação e objeção de consciência.	Sem definição de tamanho amostral. Sem descrição detalhada dos resultados por participantes. Taxa de resposta 11,3%, sem descrição das perdas.	Participantes: 53,5% mulheres, faixa etária < 50 anos (58,5%); mais de 20 anos de prática médica (50,9%); 50% católicas; 13% espíritas, 7% evangélicos e 27% sem religião; 57% da Região Sudeste; 43% com experiência de atendimento a vítimas de estupro. Apenas 13,7% confiavam na informação da mulher; quase metade requeria um documento (autorização judicial, relato policial); 37% requeriam 2 documentos. No total, 81,6% requisitaram algum documento, criando barreiras para o atendimento. Para a realização do procedimento, quase metade negaria por motivos não especificados (só 5% por religião); 21% o realizariam e 18% apenas com documento.

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Referência	Local (ano)	Desenho de estudo e instrumento de produção dos dados	População	Desfecho	Limitações metodológicas	Resultados
<b>Conhecimento/ Comportamento de médicos/Estudantes de Medicina</b>						
Ribeiro & Fonseca <sup>23</sup>	Belém, Pará (2013)	Inquérito. Entrevistas face a face.	33 de 58 profissionais do Serviço de Aborto Legal de um hospital do SUS.	Conhecimento sobre a Norma Técnica do Ministério da Saúde (Atenção Humanizada ao Abortamento).	Sem definição de estratégia e tamanho amostral. Amostra de conveniência. Sem descrição detalhada dos participantes ou dos resultados. Análise estatística muito limitada. Sem descrição das perdas.	Pouco mais da metade dos profissionais entrevistados conhecia a Norma Técnica (52%). Entre os que desconheciam, havia 5 enfermeiros e 10 médicos.

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Referência	Local (ano)	Desenho de estudo e instrumento de produção dos dados	População	Desfecho	Limitações metodológicas	Resultados
<b>Conhecimento/Comportamento de médicos/Estudantes de Medicina</b>						
Rocha et al. <sup>24</sup>	Brasília, Distrito Federal (2014).	Inquérito. Questionário autoaplicado.	177 profissionais (35 médicos) de um centro de referência do SUS para aborto legal, porém, não relacionados diretamente ao serviço.	Percepção de profissionais da saúde sobre o abortamento legal.	Sem definição do cálculo de tamanho e estratégia amostral. Sem descrição dos resultados por categoria. Sem tabelas. Sem descrição das perdas. Análise estatística limitada.	Participantes: sexo feminino (89,8%); faixa etária: 25-35 anos (38,9%) e 36-50 (42,4%); católicas (54,2%), protestantes ou evangélicas (27,1%); espíritas (10,2%); sem religião (4,5%); 32 médicos GO (18,1%), 3 clínicos, 5 assistentes sociais (2,8%), 9 psicólogos (5,1%), 8 farmacêuticos/bioquímicos (4,5%), 68 enfermeiros (38,4%) e 52 técnicos de enfermagem (29,4%); não possuem pós-graduação lato ou stricto sensu (37,9%). Desconhecimento da documentação necessária (> 90%). Apenas 27,1% concordam com o direito de interrupção em qualquer situação. Daqueles que concordam parcialmente, 45,8% católicos, 41,7% protestantes e 38,9% espíritas são favoráveis à interrupção apenas nos casos previstos pela lei. Quanto ao convencimento da manutenção da gravidez, 25% dos católicos e cerca de 40% dos evangélicos e espíritas adotariam a estratégia de persuadir as mulheres a manterem a gestação pós-estupro.

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Referência	Local (ano)	Desenho de estudo e instrumento de produção dos dados	População	Desfecho	Limitações metodológicas	Resultados
<b>Conhecimento/ Comportamento de médicos/Estudantes de Medicina</b>						
Almeida et al. <sup>25</sup>	Cidade de médio porte de São Paulo (2008).	Inquérito. Questionário autoaplicado.	151 dos 180 estudantes de Medicina do 1º ano (74/90) e do 6º ano (77/90) de faculdade pública.	Conhecimento da legislação brasileira sobre aborto.	Sem descrição detalhada dos participantes. Sem descrição dos resultados por categoria. Taxa de resposta 79,5%. Sem descrição das perdas. Análise estatística limitada.	Participantes: mulheres (60%), procedentes do interior de São Paulo (> 50%); maioria católica. Conhecimento considerado mediano (48% acertos) das situações para o aborto legal (à época: estupro, risco de vida) em todos os anos do curso. Disciplinas que discutiram o tema: 49,3% Embriologia, 29,9% Genética, 47,8% Saúde Pública 68,7% Ginecologia/obstetrícia, e 44,8% Ética médica. Desconhecimento elevado (> 90%) da dispensa de documentos, como BO.
Medeiros et al. <sup>26</sup>	Rio Grande do Norte (2010).	Inquérito. Questionário autoaplicado.	52 + 73 (125) estudantes (concluintes) de Medicina e de Direito de universidade federal.	Conhecimento sobre aborto legal (situações permitidas à época) e opinião sobre ampliação das situações legais.	Amostra de conveniência. Sem informação de tamanho amostral. Sem descrição detalhada dos participantes. Taxa de resposta 56,5%. Sem descrição das perdas. Análise estatística limitada.	Participantes: sexo masculino (62,4%); renda alta (> 70%). Conhecimento das situações permitidas em lei, maior entre estudantes de Medicina ( $p < 0,05$ ): 100 e 87,5% por estupro; 94,2 e 87,5% para risco de vida. Opinião sobre ampliação: mais elevada para casos de anencefalia (73%), para qualquer malformação grave (34,6%); prejuízo para a saúde física da gestante (40,4%), para as demais situações (< 10%). Para ampliação irrestrita: 17,3%.

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Referência	Local (ano)	Desenho de estudo e instrumento de produção dos dados	População	Desfecho	Limitações metodológicas	Resultados
<b>Conhecimento/ Comportamento de médicos/Estudantes de Medicina</b>						
Faúndes et al. <sup>27</sup>	Campinas, São Paulo (2011).	Inquérito. Questionário autoaplicado.	874 estudantes de Medicina de 3 faculdades.	Opinião sobre condições para aborto legal e sobre criminalização do aborto.	Sem informação de tamanho amostral. Sem descrição dos resultados por características. Taxa de resposta 69,5%. Sem descrição detalhada das perdas. Análise estatística limitada.	Participantes: 82% < 24 anos, 59% mulheres, 96,3% solteiros, 71,8% professam alguma religião. Apenas 15% estudantes concordam com o AI em qualquer circunstância, mas 85% são contrários à prisão de mulheres que realizaram AI.
Darzé & Azevêdo <sup>28</sup>	Bahia (2012).	Inquérito. Questionário autoaplicado.	174 estudantes de várias fases do curso de Medicina da EBMSp.	Conhecimento e opinião sobre o aborto.	Amostra de conveniência. Estratégia e tamanho amostral não adequados. Ausência de descrição dos participantes. Sem relato quantitativo e qualitativo das perdas. Análise estatística limitada.	Participantes: mulheres (63%), solteiros (93,7%), professam alguma religião (73,6%). Conhecimento da legislação: 48,9% (mais elevado em alunos da segunda metade do curso, p < 0,001). Desconforto para realizar o procedimento: 54,6%. Opinião favorável à ampliação da lei: 86,2%, principalmente para casos de malformações letais. Para interrupção por motivos pessoais: 29,9%.

(continua)



Tabela 2 (continuação)

Referência	Local (ano)	Desenho de estudo e instrumento de produção dos dados	População	Desfecho	Limitações metodológicas	Resultados
<p><b>Conhecimento/ Comportamento de médicos/Estudantes de Medicina</b></p> <p>Madeiro et al. <sup>29</sup></p>	Piauí (2012).	Inquérito. Questionário autoaplicado.	1.174 estudantes de todas as escolas médicas do Piauí.	Objeção de consciência nas situações permitidas para aborto legal e responsabilidade ética decorrente da objeção.	Taxa de resposta 67%. Sem relato qualitativo das perdas. Análise estatística limitada.	<p>Participantes: 21-25 anos (68%); homens (52%); 1/3 em cada período do curso (1/2º, 3/4º, 5/6º anos). Percentual de objeção de consciência, de acordo com a razão legal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estupro: 50,8%, sem diferenças segundo idade, sexo e ano; com religião (55%) vs. sem religião (32,6%) – p = 0,000.</li> <li>- Anencefalia: 31,6%, sem diferenças segundo idade, sexo e ano; com religião (36,4%) vs. sem religião (10,8%) – p = 0,000.</li> <li>- Risco de morte da gestante: 13,2%, sem diferenças segundo idade, sexo e ano; com religião (15,4%) vs. sem religião (4,1%) – p = 0,000.</li> </ul> <p>Responsabilidade ética (Justificar, explicar, encaminhar):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não justificaria a recusa – apenas 4,9%</li> <li>- Não explicaria opções – 38,8% (72,5% para estupro)</li> <li>- Não encaminharia – 28% (54% estupro).</li> </ul> <p>Sem diferenças segundo idade, sexo e ano. Para os sem religião, foram menores os percentuais de não responsabilização ética (p &lt; 0,05).</p>

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Referência	Local (ano)	Desenho de estudo e instrumento de produção dos dados	População	Desfecho	Limitações metodológicas	Resultados
<b>Conhecimento/ Comportamento de médicos/Estudantes de Medicina</b>						
Motoki et al. <sup>30</sup>	São Paulo, (não informado o ano do estudo, posterior a 2012).	Inquérito. Questionário autoaplicado.	201±350 estudantes do primeiro (100) e do sexto anos (101) da Faculdade de Medicina da USP.	Respeito à escolha da gestante e necessidade de proteção do nascituro em outras situações.	Sem informação do tamanho amostral. Sem descrição dos resultados em tabelas. Sem descrição das perdas. Análise estatística limitada.	Participantes: 1º ano (média 19,5 anos); 56,4% homens; 76% brancos, 11% asiáticos, 11% pardos, 2% pretos); 6º ano (média 26 anos, 58,0% homens, 73% brancos, 16% asiáticos, 8% pardos, 3% pretos). Posição sobre a legalização do aborto: sem diferenças segundo ano do curso. Cerca de 40% aprovavam a legalização em quaisquer circunstâncias, 4% proibiriam em qualquer caso e os demais aprovavam em algumas situações. Regras vigentes do aborto legal: Conhecimento: 80.2% do 1º ano vs. 94% do sexto. Concordância: 64% do sexto ano vs. 48% do primeiro; diferença não significativa (p = 0,08).
Darzé & Barroso Júnior <sup>31</sup>	Bahia (2016-2017).	Inquérito. Questionário autoaplicado.	120 estudantes do 9º período da Faculdade Bahiana de Medicina.	Objecção de consciência.	Estratégia amostral não definida. Análise estatística limitada.	Participantes: idade média 24,35 anos; mulheres (75%); brancos (62%); alguma religião (80%). Quanto maior a religiosidade, maior a objeção (chegando a 71%). Conhecimento dos princípios éticos da objeção variou de 74,2 a 85%.

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Referência	Local (ano)	Desenho de estudo e instrumento de produção dos dados	População	Desfecho	Limitações metodológicas	Resultados
<b>Malformações e aborto legal</b>						
Diniz et al. <sup>15</sup>	Brasil (2008).	Inquérito. Questionário autoaplicado.	1.814 médicos gineco-obstetras (do total de 15.000).	Assistência médica à grávida com feto anencefálico	Sem descrição dos participantes. Taxa de resposta (12%). Sem descrição das perdas. Análise estatística limitada.	Dos médicos respondentes, 83,3% acompanharam pelo menos uma gestante com feto anencefálico. Dessas, 84,8% queriam interromper a gravidez e estimou-se que 43,7% conseguiram autorização judicial.
Nomura et al. <sup>32</sup>	Hospital de referência. São Paulo (1998-2010).	Série de casos. Extração de dados de prontuário.	30 casos de gêmeos unidos sem viabilidade pós-natal.	Autorização judicial para o aborto.	Sem limitações.	Perfil gemelares: toracópagos (> 70%) e malformações cardíacas (100%). Mediana IG ao diagnóstico: tardia (24 semanas). Casos de solicitação da interrupção da gravidez (63%) com menor IG ( $p < 0,001$ ). Não foram autorizados 5/19 casos. Desses, quatro RN morreram < 24h e um em 28 dias.
Westphal et al. <sup>33</sup>	Centro de referência em São Paulo (2010-2013).	Coorte retrospectiva. Extração de dados de prontuário.	N inicial = 166. N = 94 gestantes e fetos com malformações letais. Hospitalar (HU).	Fatores relacionados à solicitação de autorização judicial. Complicações na gravidez, aborto e parto.	Sem limitações.	Mediana idade 27 anos; brancas (52%); Ensino Médio (54%); católicas (62%); solteiras (62%). Solicitação judicial: 43,6%. Fatores associados: malformação do SNC (OR = 18,6) ou tóraco-abdominal (OR = 16) e filhos vivos (OR = 0,45). Mulheres que não interromperam a gravidez tiveram complicações (86%) e todas realizaram cesariana.

CC: contraceptivos; EBMS: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; FEBRASGO: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria; GO: ginecologistas-obstetras; HU: Hospital Universitário; IG: idade gestacional; OR: *odds ratio*; RN: recém-nascidos; SM: salário mínimo; SNC: sistema nervoso central; SUS: Sistema Único de Saúde; USP: Universidade de São Paulo.

Quanto à escolaridade, 41% tinham  $\leq 8$  anos de estudos, 47% o Ensino Médio e 14% o Ensino Superior <sup>14</sup>. Outro estudo, realizado com mulheres bolivianas, atendidas em um centro de referência para aborto legal de São Paulo, identificou cerca de 40% com baixa escolaridade <sup>20</sup>.

Em relação à idade e ao estado civil, os resultados do mapeamento nacional <sup>14</sup> foram semelhantes aos observados entre 1.270 mulheres atendidas em um hospital credenciado para a realização do acolhimento e realização do aborto legal, localizado em São Paulo, no período de 1994-2013 <sup>19</sup>, e em 131 mulheres submetidas ao aborto legal após violência sexual, em Campinas, no Hospital da Universidade (HU), entre 1994 e 2014 <sup>21</sup>. Considerando os três estudos, o percentual de adolescentes que requisitaram o aborto legal ultrapassou um terço do total das mulheres <sup>14,19,21</sup>. Porém, quanto à escolaridade, os estudos de São Paulo e de Campinas <sup>19,21</sup> mostraram um perfil mais desfavorável que o estudo nacional <sup>14</sup>.

Em ambos os trabalhos, o agressor era alguém desconhecido em cerca de 70% dos relatos <sup>19,21</sup>. No entanto, o estudo de Campinas identificou que entre as adolescentes esses percentuais se invertiam, sendo conhecidos cerca de 60% dos agressores <sup>21</sup>.

Quanto às características da vida sexual, as adolescentes de Campinas <sup>21</sup> relataram uso muito baixo (12,5%) de contracepção e, para algumas, aquela havia sido a primeira relação sexual. Entre as adultas, apesar de a maioria ter vida sexual ativa (91,6%), o uso de contraceptivo foi de apenas 45,6% <sup>21</sup>. A idade gestacional à época do aborto foi maior que 12 semanas em 43,8% das adolescentes, praticamente o dobro do valor entre as adultas (22,5%) <sup>21</sup>.

Nos trabalhos realizados no hospital de referência de São Paulo, os motivos para a decisão pelo aborto e o atraso no procedimento foram investigados em casos de estupro <sup>17,18,19</sup>. A decisão pelo procedimento foi motivada preponderantemente pelo repúdio à gravidez (88,4%) e pelo vínculo desta com a violência (86%). Também alcançaram percentuais elevados: violação do direito da maternidade e temor de danos sociais e psicológicos no futuro da criança, 76,7% e 44,2%, respectivamente <sup>17,18</sup>. A demora em procurar o atendimento, ou seja, após 22 semanas de gestação, ocorreu em 6% de 1.270 pacientes <sup>19</sup>, associada à idade menor que 20 anos, ser solteira, perpetrador próximo da mulher (parceiro ou familiar) e ocorrência de registro policial <sup>19</sup>.

Elevada presença de conflitos psicológicos quanto à decisão de interrupção da gravidez foi registrada em Campinas, próxima a 70%, independentemente da idade <sup>21</sup>. Por outro lado, mulheres entrevistadas meses após o procedimento, no centro de referência de São Paulo, não relataram arrependimento <sup>17,18</sup>.

Dos estudos com profissionais de saúde, três foram realizados especificamente em hospitais com serviço de aborto legal <sup>22,23,24</sup> e o quarto, um inquérito com médicos de todo o país, filiados à Federação de Ginecologia e Obstetrícia, por meio de questionário respondido via internet <sup>16</sup>. Embora em pequeno número, esses trabalhos revelaram desconhecimento elevado da dispensa de documentos (86% a 92%) e alto percentual de recurso à objeção de consciência, entre 43,5% e 60%, ou seja, a recusa em prover ou participar da assistência ao aborto por motivos religiosos e/ou morais, sobretudo quando se tratava de demandas de aborto legal por estupro. O estudo de Diniz et al. <sup>16</sup> mostrou que 43,5% dos médicos entrevistados não realizariam o aborto por estupro, apenas 10% por motivos religiosos, e os demais sem uma justificativa explícita. O estudo de Rocha et al. <sup>24</sup> mesclou médicos e outros profissionais de saúde; a objeção foi invocada sem base argumentativa por mais da metade dos participantes, e 16% alegaram motivos religiosos. Nesse mesmo estudo, um terço dos participantes afirmou que a objeção é um direito do profissional e pode ser invocada em qualquer ocasião enquanto outro terço não soube definir o conceito <sup>24</sup>.

Pesquisas com estudantes de medicina mostraram conhecimento das situações para o aborto legal considerado mediano (cerca de 50%) em Botucatu (São Paulo) <sup>25</sup> e na Bahia <sup>28</sup>, e elevado (> 80%) no Rio Grande do Norte <sup>26</sup> e em São Paulo <sup>30</sup>. Identificou-se baixa adesão à ampliação do aborto legal, variando de 15%-40% para permissão irrestrita <sup>26,27,28,30</sup>. A aprovação das regras vigentes para o aborto legal variou de 48%-90% <sup>27,30</sup>. A objeção de consciência foi frequentemente declarada, variando de 4,1%-71,4%, dependendo do motivo legal e da religiosidade <sup>29,31</sup>. Foi mais elevada nos casos de estupro (50,8%) <sup>29</sup> e entre aqueles com maior religiosidade (71,4%) <sup>31</sup>. Aspectos de responsabilização ética, vinculados à objeção, tais como orientação e encaminhamento da mulher para outro profissional, eram desconhecidos por cerca de 25% dos estudantes <sup>31</sup>, ou seriam negados, dependendo do motivo

do aborto<sup>29</sup>. A negativa da orientação foi mais frequente nos casos de estupro (72,5%) do que naqueles com risco de vida para a gestante (17,3%)<sup>29</sup>, e entre estudantes com vínculo religioso (40,7%)<sup>31</sup>.

Quanto à necessidade de documentos legais, o estudo de Almeida et al.<sup>25</sup> mostrou o desconhecimento quase total (> 90%) da dispensa de boletim de ocorrência (BO) ou alvará para o procedimento. Faúndes et al.<sup>27</sup> exploraram a opinião sobre a criminalização do aborto e encontraram baixa aprovação (9,9%) para a prisão de mulheres que abortaram, principalmente entre estudantes mais velhos e sem religião. Ter religião foi o fator mais associado a posições restritivas dos alunos<sup>27,29,31</sup>.

Um inquérito de 2008, aplicado a ginecologistas-obstetras filiados à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), obteve 12% de respostas e mostrou que 83,3% dos médicos respondentes tinham atendido a gestantes de fetos anencefálicos<sup>15</sup>. Segundo relato desses profissionais, 85% delas desejavam interromper a gravidez, sendo que 43,7% conseguiram alvará judicial<sup>15</sup>. Dois artigos trataram dos casos de malformações congênitas que não anencefalia e avaliaram os pedidos de autorização judicial de mulheres acompanhadas em centros de referência, para gêmeos unidos sem viabilidade<sup>32</sup> e malformações fetais letais<sup>33</sup>. Entre 43%<sup>33</sup> e 63%<sup>32</sup> das gestantes solicitaram interrupção da gravidez e os fatores positivamente relacionados ao pedido foram idade gestacional mais precoce<sup>32</sup> e tipo de malformação (principalmente do sistema nervoso central)<sup>33</sup>, enquanto ter filhos vivos diminuiu a probabilidade desta solicitação<sup>33</sup>. A autorização concedida variou de 63%<sup>32</sup> a 100%<sup>33</sup>. Em ambos os estudos, as malformações foram confirmadas após o nascimento. Todas as mulheres que não interromperam a gravidez evoluíram para a realização de uma cesariana, registrando-se um percentual elevado de complicações (86,8%), relacionadas não somente à duração da gravidez, mas a intercorrências de malformações, como polidrâmnio e distócia<sup>33</sup>.

## Discussão

A presente revisão pretendeu atualizar a informação sobre a pesquisa relativa ao aborto legal no Brasil<sup>7,8</sup>. Mesmo sendo um tema amplamente discutido na mídia nacional<sup>34</sup>, foram encontrados poucos estudos quantitativos, em geral restritos a âmbito local. Apenas um deles apresentou dados sobre os serviços de aborto legal no país. Este estudo revelou poucos avanços quando comparado a um relatório produzido, mais de uma década antes, pela organização Católicas pelo Direito de Decidir, no que diz respeito ao número e à concentração dos serviços em capitais e grandes centros urbanos<sup>35</sup>. Permanece sua relativa invisibilidade até mesmo nos hospitais onde funcionam. A maior parcela deles dispõe de equipamentos e profissionais treinados para aspiração manual intrauterina (AMIU), método mais recomendado; no entanto, há uso elevado de curetagem e misoprostol. Aqui cabe uma ressalva quanto à idade gestacional, já que nas interrupções da gravidez entre 13 e 22 semanas, a aspiração intrauterina não é tecnicamente aplicável e o método de eleição é o abortamento medicamentoso com misoprostol<sup>9</sup>.

Verifica-se, portanto, no país, a manutenção ao longo do tempo de uma oferta insuficiente de serviços de aborto legal. Persistem barreiras na realização de abortos previstos em lei, já bastante restritiva, com exigência de documentação desnecessária em casos de gravidez resultante de estupro. O número de abortos realizados é inferior à demanda das mulheres. É inadiável a expansão e consolidação dos serviços de aborto legal no país, principalmente nos estados que ainda não dispõem destes serviços, e a redução das barreiras de acesso ao procedimento ao menos por mulheres que se enquadram em condições previstas em lei.

Quanto às mulheres que decidem pelo aborto após o estupro, não se diferenciam por níveis de escolaridade, opção religiosa ou raça/cor, mas observou-se elevado percentual de adolescentes<sup>14,17,18,19,20,21</sup>. Estudos envolvendo a década de 1990 mostraram maior percentual de baixa escolaridade nessas mulheres, comparados aos dados de anos mais recentes, o que pode refletir a mudança no perfil de escolaridade das mulheres no Brasil<sup>36</sup>.

O repúdio à gravidez decorrente de violência foi quase unânime, assim como a ausência de arrependimento após o procedimento<sup>17,18</sup>. O atraso na procura revelou vulnerabilidade, sobretudo entre as mais jovens, solteiras e naquelas abusadas por parceiros e/ou familiares<sup>19</sup>. Embora em pequeno número, migrantes bolivianas jovens e com baixa escolaridade compuseram outra população vulnerável à gravidez pós-estupro<sup>20</sup>.

Notou-se desconhecimento tanto de estudantes de Medicina e, mais grave, dos médicos, quanto às situações em que o aborto é permitido e às recomendações éticas na condução dos casos. Persiste a exigência indevida do BO e de outros documentos para o acesso ao aborto legal<sup>16,25,37</sup>. A recente incorporação de anencefalia fetal à lista de situações permitidas era pouco conhecida e, embora uma *Portaria nº 1.145*, de 7 de julho de 2005<sup>38</sup> tenha excluído o BO como exigência para o acesso ao aborto legal, este e outros documentos desnecessários são cobrados às mulheres, aumentando seu constrangimento e dificultando o acesso. Ou seja, mesmo legalizado em três únicas situações, as barreiras continuam existindo e os procedimentos realizados são inferiores às demandas das mulheres. Um estudo qualitativo realizado em Campinas já havia sinalizado o baixo conhecimento de mulheres vítimas de estupro sobre o direito à interrupção legal e sobre os serviços de atendimento a vítimas de violência sexual<sup>39</sup>.

Não identificamos, no período avaliado, trabalhos sobre a não realização da interrupção da gravidez, quer por desejo da mulher ou inelegibilidade por idade gestacional superior a 22 semanas, com exceção de uma dissertação de mestrado não publicada. Essa examinou perfil e motivos para não realização do aborto, mesmo após a autorização, em um hospital de referência em São Paulo<sup>40</sup>. O relato de pertencimento religioso entre mulheres mais escolarizadas e conhecimento do agressor despontam como fatores associados à desistência de realizar o procedimento. O conhecimento do agressor já havia sido apontado por Blake et al.<sup>19</sup> como motivo para o atraso na busca pelo procedimento, corroborando a relevância deste fator na trajetória das mulheres.

A objeção de consciência continua sendo invocada por estudantes e médicos, seja efetivamente por motivos religiosos ou, como sugerido por alguns autores<sup>41,42</sup>, como subterfúgio. Nesse último caso, a objeção é invocada para que possam se eximir de prestar a assistência, não por motivos religiosos e morais, mas pelo medo de sofrerem discriminação ou por preconceitos, já que a objeção é mais usada nos casos de estupro<sup>41,42</sup>. Embora não declarados, o preconceito e a falta de confiança nas informações das mulheres permeiam essas opiniões, refletindo uma postura inadequada de julgamento dos profissionais de saúde e a manutenção do estigma social do aborto<sup>41,43,44,45,46</sup>. Nas palavras de Diniz et al.<sup>44</sup> (p. 293), instaura-se um “*regime compartilhado de suspeição à narrativa da mulher sobre o estupro*”. Na literatura internacional, destaca-se a necessidade de mais pesquisas sobre o estigma em relação ao aborto e seus efeitos sobre a saúde das mulheres, bem como de intervenções que os reduzam, as quais são ainda mais escassas<sup>47,48</sup>.

É reconhecido que a objeção de consciência constitui uma importante barreira de acesso ao aborto, mesmo em países onde a prática é legalizada, frente à solicitação simples da mulher, sem a presença de necessidade de ocorrência de estupro ou risco de vida materno. O resultado é o aumento dos riscos à saúde das mulheres e aos seus direitos, especialmente para grupos mais vulneráveis<sup>48,49</sup>. Dados sobre o intervalo médio de tempo entre o atendimento inicial e a realização do aborto nos serviços de aborto legal ainda são pouco conhecidos<sup>14</sup>, e seria importante saber qual o impacto da recusa dos médicos objetores no retardo da realização dos procedimentos nesses serviços. É provável que o estigma associado ao procedimento esteja afetando a atenção ao aborto legal no país, com o cerceamento aos direitos legais das mulheres, os quais, ainda que restritos, são assegurados há mais de 70 anos<sup>2</sup>.

Cotejando esses resultados com uma revisão sobre estudos com profissionais de saúde, de 2000-2011, percebe-se a manutenção do despreparo profissional e das posições moralistas implicando assistência discriminatória às mulheres<sup>50</sup>. São necessários investimentos na formação dos profissionais de saúde, seja nas grades curriculares dos cursos de graduação, seja na capacitação continuada dos profissionais em atuação nos serviços de saúde. A aspiração uterina deve ser oferecida como método de esvaziamento uterino em substituição à curetagem, quando pertinente. Estágios em serviços de aborto legal devem integrar a formação de profissionais de saúde. Assim, será ampliado o debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e sobre as boas práticas na atenção ao aborto.

Mas o contexto de estigma é mais abrangente e profundo<sup>41,45</sup>. Envolve não apenas os profissionais de saúde, mas a sociedade e as próprias mulheres que abortam, as quais, muitas vezes, internalizam o preconceito e têm dificuldade em tomar a decisão e/ou revelar o procedimento, tornando este momento mais conflituoso e solitário<sup>41</sup>. Um estudo com 43 mulheres em São Paulo mostrou que 42% decidiram sozinhas realizar o procedimento, sem compartilhar com familiares, parceiros ou amigas<sup>17</sup>, enquanto outro, com 1.270 mulheres, identificou que estar solteira foi um fator fortemente associado à demora em procurar atendimento<sup>19</sup>. Adicionalmente, observou-se que cerca de um terço

das mulheres que reivindicou aborto por estupro era composto por adolescentes, corroborando a vulnerabilidade desta faixa etária, tanto para a violência sexual como para a experiência do aborto <sup>49,51,52</sup>. Reforça-se, assim, a necessidade de equipe multidisciplinar qualificada para o atendimento.

Considerando as repercussões sobre a saúde reprodutiva das mulheres, destacam-se duas situações. A primeira se refere ao maior número de complicações em mulheres cujos fetos tinham malformações e que não abortaram por motivos religiosos ou porque suas solicitações foram indeferidas. Parte dessas complicações era esperada, pela exposição a um maior tempo da gestação. Entretanto, outras estão associadas à própria malformação congênita, tais como a ocorrência de polidrâmnio e distócia, que aumentam a morbidade materna. Quanto à via de parto, entre mulheres que interromperam a gestação houve proporção elevada de resolução por via vaginal, e 100% daquelas que não interromperam necessitaram se submeter a uma cesariana <sup>33</sup>. O Brasil é um dos países com a proporção mais elevada dessas cirurgias, estimando-se a realização anual de um milhão de cesarianas desnecessárias <sup>53,54</sup>. A manutenção da gestação, com a realização obrigatória da cesariana, expõe as mulheres a riscos associados a este procedimento, sem benefícios para a sua saúde ou do seu bebê, já que as malformações eram incompatíveis com a vida. Além disso, aumenta a probabilidade de complicações obstétricas em gestações futuras e a repetição da cesariana em uma próxima gravidez, comprometendo o futuro reprodutivo dessas mulheres <sup>55</sup>.

Outra situação está relacionada à utilização de curetagem uterina como método de esvaziamento uterino, mesmo entre as que usaram previamente o misoprostol, o que está em desacordo com os estudos sobre a eficácia deste medicamento <sup>56,57</sup> e com a recomendação da Organização Mundial da Saúde <sup>58</sup>. A alta frequência de realização da curetagem na América Latina já havia sido registrada em um estudo de provisão de medicamentos via telemedicina em todo o mundo <sup>59</sup>. Cabe também convocar uma reflexão sobre a inclusão da mifepristona na lista de medicamentos disponíveis no Brasil, considerando a maior eficácia e segurança do uso combinado deste medicamento com o misoprostol em fase inicial da indução do aborto <sup>60</sup>.

Uma lacuna resulta da quase inexistência de investigações sobre a atenção às duas outras exceções previstas em lei, além das gestações resultantes de estupro. Na presente revisão, apenas três trabalhos avaliaram a interrupção da gestação por malformação fetal, um sobre anencefalia e os outros, de caráter local, sobre malformações graves, incompatíveis com a vida, mas ainda sem jurisprudência. Pouco se sabe sobre o conjunto do país e sobre os itinerários percorridos entre o diagnóstico das malformações e a efetiva interrupção. Para a anencefalia, a interrupção pode ocorrer em qualquer período gestacional, mas para outras malformações a idade gestacional pode pesar nas decisões judiciais e/ou na decisão da gestante.

Não identificamos estudos de avaliação da atenção a mulheres em risco de vida. Embora um dos trabalhos que avaliaram conhecimento e percepção dos profissionais tenha verificado maior resposta quanto à responsabilização ética e menos objeção de consciência nos casos de risco de vida da gestante <sup>29</sup>, não encontramos pesquisas problematizando o que os/as médicos/as têm interpretado como risco de vida e nem sobre a posição de mulheres e médicos sobre a decisão pela interrupção da gravidez. É provável que uma parcela minoritária de casos com risco iminente no momento da gravidez e do parto esteja sendo resolvida de forma adequada e oportuna, sem dissenso quanto à interrupção da gravidez. Entretanto, em outros, isso pode não estar tão claro. Face à importância das causas indiretas na mortalidade materna, cabe questionar como têm sido manejados os casos de gravidez de mulheres com condições mórbidas prévias que ficam em uma franja de indefinição: não são casos com risco imediato nem iminente à vida, mas a gestação poderia expô-las a risco de vida? Esses aspectos não têm sido problematizados em pesquisas, embora possam estar sendo documentados em discussões dos comitês de mortalidade materna. Apenas em estudo com especialistas filiados à FEBRASGO, os autores discutem como a decisão de interromper uma gravidez termina por ser de responsabilidade exclusiva dos médicos, que definem qual a faixa de risco de morte a partir da qual as mulheres têm direito ao aborto, sem que isto seja discutido com elas próprias e seus familiares <sup>61</sup>.

As pesquisas que visam a mensurar as atitudes quanto à ampliação de permissivos legais evidenciam que os resultados dependem da forma como as questões são formuladas. Por exemplo, quando inquiridos diretamente, é baixo o percentual de indivíduos que aceitariam a inclusão de malformações graves ou condições socioeconômicas e emocionais das mulheres como razões para a realização do aborto, sejam estudantes e profissionais de saúde, ou leigos, ainda que a maioria desaprove a prisão

de mulheres envolvidas<sup>27</sup>. No entanto, em um estudo realizado com juízes e promotores em 2005-2006, 78% dos entrevistados eram favoráveis à ampliação dos permissivos para a interrupção da gestação ou mesmo para a descriminalização do aborto, e as opiniões foram frequentemente associadas às variáveis relativas à religião<sup>62</sup>. A religião também foi um fator associado a posições mais restritivas entre alunos<sup>27,29,31</sup>. Entretanto, uma pesquisa de opinião pública, realizada em 2005, sinalizou o amplo apoio dos brasileiros, sobretudo os católicos, ao atendimento público realizado nos serviços de aborto legal e à oferta de anticoncepção de emergência nos serviços de saúde, em franca oposição ao discurso da hierarquia da Igreja Católica no Brasil<sup>35</sup>.

Por último, cabe discutir aqui as limitações do presente estudo. Não houve registro do protocolo da revisão. Como qualquer trabalho baseado em busca bibliográfica, não se pode afastar a possibilidade de viés de publicação. A busca se ateve às fontes eletrônicas, MEDLINE e LILACS, e às referências dos artigos identificados. Estão representados nesta revisão trabalhos acessíveis por meio das bases tradicionais e de cunho predominantemente quantitativo. Embora tenham sido usadas várias combinações e palavras-chave, artigos relacionados, indexados com outra terminologia, podem ter escapado à busca. Um condicionante está relacionado ao perfil dos instrumentos usados (*checklists*), os quais apresentam pontos fortes e frágeis, como quaisquer outros instrumentos de avaliação da qualidade dos trabalhos. A avaliação de forma independente e revista por consenso teve como objetivo minimizar vieses comuns nesse tipo de avaliação. Vários estudos envolveram amostras pequenas e, portanto, apresentam limites na generalização de seus achados por se referirem a populações muito específicas<sup>63</sup>.

Em que pesem essas limitações, acreditamos que a produção de conhecimentos científicos qualifica o debate e a luta política pelos direitos reprodutivos das mulheres.

## Colaboradores

S. C. Fonseca e R. M. S. M. Domingues contribuíram na concepção, aquisição, análise e interpretação dos dados, elaboração, revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada. M. C. Leal, E. M. L. Aquino e G. M. S. Menezes contribuíram na interpretação dos dados, elaboração, revisão crítica do artigo e aprovação da versão final.

## Informações adicionais

ORCID: Sandra Costa Fonseca (0000-0001-5493-494X); Rosa Maria Soares Madeira Domingues (0000-0001-5722-8127); Maria do Carmo Leal (0000-0002-3047-515X); Estela M. L. Aquino (0000-0002-8204-1249); Greice M. S. Menezes (0000-0002-8393-2545).

## Agradecimentos

À Global Health Strategies, Rio de Janeiro, Brasil.

## Referências

1. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet* 2016; 388:258-67.
2. Código Penal Brasileiro. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html> (acessado em Mar/2019).
3. Supremo Tribunal Federal. Acórdão sobre a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental ADPF 54. Mostra-se inconstitucional a interpretação de interrupção da gravidez de feto anencefalo ser conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal. <https://www.conjur.com.br/dl/acordao-interruptcao-gravidez-anencefalo.pdf> (acessado em Mar/2019).
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.989/2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1989\\_2012.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1989_2012.pdf) (acessado em Mar/2018).
5. Frigério V, Salzo I, Pimentel S, Gollop TR. Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil. In: *Católicas pelo Direito de Decidir*, organizador. Aborto legal: implicações éticas e religiosas. São Paulo 2002. p. 77-98.



6. Diniz D. Quem autoriza o aborto seletivo no Brasil? Médicos, promotores e juízes em cena. *Physis* (Rio J.) 2003; 13:13-34.
7. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
8. Menezes M, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 Suppl 2:S193-204.
9. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno 4).
10. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno 6).
11. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno 11).
12. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche P, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med* 2009; 6:e1000100.
13. Joanna Briggs Institute. Clinical Appraisal Tools. <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html> (acessado em 10/Jan/2018).
14. Madeiro AP, Diniz D. Legal abortion services in Brazil—a national study. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:563-72.
15. Diniz D, Penalva J, Faúndes A, Rosas C. A magnitude do aborto por anencefalia: um estudo com médicos. *Ciênc Saúde Colet* 2009; 14 Suppl 1:1619-24.
16. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. *Reprod Health Matters* 2014; 22:141-8.
17. Drezett J, Pedroso D, Gebrim LH, Matias ML, Macedo Jr. H, Abreu LC. Motivos para interromper legalmente a gravidez decorrente de estupro e efeitos do abortamento nos relacionamentos cotidianos das mulheres. *Reprod Clim* 2011; 26:85-91.
18. Drezett J, Pedroso D, Vertamatti MA, Macedo-Júnior H, Blake MT, Gebrim LH, et al. Pregnancy resulting from sexual abuse: reasons alleged by Brazilian women for carrying out the abortion – pregnancy and violence. *Health Med* 2012; 6:819-25.
19. Blake MT, Drezett J, Machi GS, Pereira VX, Raimundo RD, Oliveira FR, et al. Factors associated with the delay in seeking legal abortion. *Int Arch Med* 2015; 8:1-14.
20. Santos J, Drezett J, Alves AL. Características sociodemográficas de migrantes bolivianas com gestação decorrente de violência sexual atendidas em serviço público de referência para abortamento legal, São Paulo, Brasil, 2002 - 2014. *Reprod Clim* 2015; 17:25-32.
21. Mutta DS, Yela DA. Sociodemographic characteristics of women in a public hospital in Campinas who underwent legal abortion due to sexual violence: cross-sectional study. *São Paulo Med J* 2017; 135:363-8.
22. Benute GR, Nonnenmacher D, Nomura RM, Lucia MCS, Zugab M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34:69-73.
23. Ribeiro DR, Fonseca CT. Atenção humanizada ao aborto legal em um hospital público de Belém – PA. *Rev Para Med* 2015; 29:13-20.
24. Rocha WB, Silva AC, Leite SML, Cunha T. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. *Rev Bioét* 2015; 23:387-99.
25. Almeida MAS, Amorim FHR, Barbosa IAF, Dias A, Morita I. Brazilian abortion law: knowledge in medical education. *Rev Bras Educ Méd* 2012; 36:243-8.
26. Medeiros RD, Azevedo GD, Oliveira EA, Araújo FA, Cavalcanti FJ, Araújo GL, et al. Opinion of medical and law students of Federal University of Rio Grande do Norte about abortion in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34:16-21.
27. Faúndes A, Duarte GA, de Sousa MH, Soares Camargo RP, Pacagnella RC. Brazilians have different views/abortion should be legal, but most do not agree with imprisoning women for abortion. *Reprod Health Matt* 2013; 21:165-73.
28. Darzé OISP, Azevêdo BKG. Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014; 36:5-9.
29. Madeiro A, Rufino A, Santos P, Bandeira G, Freitas I. Objeção de consciência e aborto legal: atitudes de estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Méd* 2016; 40:86-92.
30. Motoki MS, Cabar FR, Francisco RP. Mother's freedom of choice and the rights of an unborn child: a comparison between the views of freshmen and senior medical school students. *Clinics* 2016; 71:570-4.
31. Darzé OISP, Barroso Júnior U. Prevalence, attitudes, and factors motivating conscientious objection toward reproductive health among medical students. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2018; 40:599-605.
32. Nomura RM, Brizot ML, Liao AW, Hernandez WR, Zugaib M. Conjoined twins and legal authorization for abortion. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57:205-10.

33. Westphal F, Araujo Júnior E, Fustinoni SM, Abrahão AR. Maternal risks and predictor factors for the termination of pregnancy in fetuses with severe congenital anomaly: experience from a single reference center in Brazil. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016; 29:3762-7.
34. Fontes MLA. The stance on abortion in the Brazilian printed media ahead of the 2010 presidential elections: the exclusion of public health from the debate. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:1805-12.
35. Talib RA, Citeli MT. Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004): Dossiê. 2005. <http://catolicas.org.br/wp-content/uploads/2005/01/Caderno-DossieAbortoLegal.pdf> (acessado em 01/Mar/2018).
36. Mallmann MB, Boing AF, Tomasi YT, Anjos JCD, Boing AC. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. *Epidemiol Serv Saúde* 2018; 27:e2018022.
37. Zordo S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:1745-54.
38. Ministério da Saúde. Portaria nº 1145 de 07 de julho de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2005; 08 jul.
39. Machado CL, Fernandes AMS, Osis MJD, Makuch MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cad Saúde Pública* 2015; 31:345-53.
40. Pimentel RM. Fatores associados à mudança de decisão em realizar o abortamento de gestação decorrente de violência sexual: Hospital Pérola Byington – 1994 a 2012 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2013.
41. Faúndes A, Duarte GA, Osis MJ. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 123 Suppl 3:S57-9.
42. Faúndes A, Miranda L. Ethics surrounding the provision of abortion care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2017; 43:50-7.
43. Farias RS, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:1755-63.
44. Diniz D, Dias VC, Mastrella M, Madeiro A. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Rev Bioét* 2014; 22:291-8.
45. Adesse L, Jannotti CB, Silva KS, Fonseca VM. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:3819-32.
46. Faúndes A. The responsibility of gynecologists and obstetricians in providing safe abortion services within the limits of the law. *Int J Gynaecol Obstet* 2017; 139:1-3.
47. Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, Riedel Heller SG, Kersting A. Abortion stigma: a systematic review. *Perspect Sex Reprod Health* 2016; 48:169-77.
48. Johnson Jr. BR, Kismödi E, Dragoman MV, Temmerman M. Conscientious objection to provision of legal abortion care. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 123 Suppl 3:S60-2.
49. Morrell KM, Chavkin W. Conscientious objection to abortion and reproductive healthcare: a review of recent literature and implications for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2015; 27:333-8.
50. Cacique DB, Passini Jr. R, Osis MJMD. Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011. *Saúde Soc*; 22:916-36.
51. Pilecco FB, Knauth DR, Vigo A. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:427-39.
52. Moreira GAR, Soares OS, Farias FNR, Vieira LJS. Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde* 2015; 28:327-36.
53. Barros FC, Matijasevich A, Maranhão AGK, Escalante JJ, Rabello Neto DL, Fernandes RM, et al. Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing? *Rev Panam Salud Pública* 2015; 38:217-25.
54. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JS, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010. (World Health Report).
55. Mascarello KC, Matijasevich A, Barros AJD, Santos IS, Zandonade E, Silveira MF. Repeat cesarean section in subsequent gestation of women from a birth cohort in Brazil. *Reprod Health* 2017; 14:102.
56. Whaley NS, Burke AE. Update on medical abortion: simplifying the process for women. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2015; 27:476-81.
57. Kapp N, Baldwin MK, Rodriguez MI. Efficacy of medical abortion prior to 6 gestational weeks: a systematic review. *Contraception* 2018; 97:90-9.
58. Organização Mundial da Saúde. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf) (acessado em Jan/2018).
59. Gomperts R, Petow SA, Jelinska K, Steen L, Gemzell-Danielsson K, Kleiverda G. Regional differences in surgical intervention following medical termination of pregnancy provided by telemedicine. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91:226-31.
60. Perehudoff K, Berro Pizzarossa L, Stekelenburg J. Realising the right to sexual and reproductive health: access to essential medicines for medical abortion as a core obligation. *BMC Int Health Hum Rights* 2018; 18:8.

61. Faúndes A, Duarte GA, Andalaft Neto J, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004; 26:89-96.
62. Duarte GA, Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:406-20.
63. Menezes G, Aquino EML, Fonseca SC, Domingues RMSM. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. *Cad Saúde Pública* 2020; 36 Suppl 1:e00197918.

## Abstract

*Previous reviews on the subject of abortion in Brazil have estimated one million procedures per year but did not address legal abortion. This systematic review sought to update knowledge regarding legal abortion in terms of service and women's profile, student and doctor knowledge, situations of anencephaly and severe malformations. We searched MEDLINE and LILACS for articles published in all languages between 2008 and 2018. Article quality was assessed using the Joanna Briggs Institute instruments. Search, selection, quality assessment and data extraction were carried out independently by two researchers. We selected 20 articles, 11 on the knowledge and opinion of medical professionals (4 articles) and students (7 articles) revealing a less-than-ideal level of knowledge and a high degree of objection of conscience. Six studies on women who use legal abortion services found that they are young, single and that the main demand was for pregnancy resulting from rape. When women were younger and single and when the aggressor was someone close to them, there were delays in seeking care. Three studies on severe malformation found around 40% of court authorizations. In cases for which no authorization was given, the evolution of pregnancies was complicated and deliveries were done through cesarean sections. Only one article addressed legal abortion services, showing that 37 of the 68 that had been registered were active, lack of services in seven states and concentration in capitals. Knowledge regarding legal abortion is still scarce, the demand for the procedure is repressed and medical training is deficient with regard to this subject.*

*Legal Abortion; Reproductive Rights; Systematic Review*

## Resumen

*Revisiones anteriores sobre el aborto en Brasil estimaron un millón de procedimientos anuales, sin embargo, no abordaron el aborto legal. El objetivo de esta revisión sistemática fue actualizar el conocimiento sobre el aborto legal, en cuanto al perfil de los servicios, de las mujeres atendidas, conocimiento de estudiantes y médicos, situación de anencefalia y malformaciones graves. La búsqueda de artículos fue vía MEDLINE y LILACS, de 2008 a 2018, sin restricción de idiomas. La calidad de los artículos se evaluó con instrumentos del Joanna Briggs Institute. La búsqueda, selección, evaluación de la calidad y extracción de datos fueron realizadas independientemente por parte de dos investigadoras. Se seleccionaron 20 artículos, 11 sobre conocimiento y opinión de profesionales médicos (4 artículos) y estudiantes de Medicina (7 artículos), revelando conocimiento inferior al ideal sobre el aborto legal y la objeción de conciencia. Seis estudios sobre las mujeres atendidas identificaron que se trata de jóvenes, solteras y la principal demanda fue el embarazo ocasionado por una violación. La tardanza en buscar atención se produjo entre las más jóvenes, solteras y cuando el agresor era alguien cercano. Tres estudios sobre malformaciones graves mostraron una autorización judicial en torno a un 40%. En los casos sin autorización, la evolución del embarazo fue complicada y el parto fue por cesárea. Solamente un artículo abordó los servicios de aborto legal, apuntando 37 de los 68 registrados en actividad, inexistencia en siete estados y concentración en las capitales. El conocimiento sobre el aborto legal todavía es escaso, la demanda de la intervención está reprimida y la formación médica es deficiente en el tema.*

*Aborto Legal; Derechos Sexuales y Reproductivos; Revisión Sistemática*

---

Recebido em 03/Out/2018  
Versão final reapresentada em 20/Ago/2019  
Aprovado em 28/Ago/2019