

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

ANA CLARA REZENDE GOMES

Barreiras para o acesso aos serviços de aborto legal na América Latina e Caribe: uma
revisão sistemática qualitativa

Ribeirão Preto
2021

ANA CLARA REZENDE GOMES

**Barreiras para o acesso aos serviços de aborto legal na América Latina e
Caribe: uma revisão sistemática qualitativa**

Versão Original

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Ciclos de vida e saúde

Orientação: Prof. Dr. João Paulo Dias de Souza

Ribeirão Preto
2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Gomes, Ana Clara Rezende

Barreiras para o acesso aos serviços de aborto legal na América Latina e Caribe: uma revisão sistemática qualitativa. Ribeirão Preto, 2021.

92 f. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Souza, João Paulo Dias de.

1. Aborto legal. 2. Barreiras de acesso. 3. Direitos reprodutivos. 4. América Latina e Caribe.

Nome: Gomes, Ana Clara Rezende

Título: Barreiras para o acesso aos serviços de aborto legal na América Latina e Caribe: uma revisão sistemática qualitativa.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre.

Aprovada em:

Banca examinadora:

Prof. Dr.

Instituição

Julgamento

Prof. Dr.

Instituição

Julgamento

Prof. Dr.

Instituição

Julgamento

DEDICATÓRIA

...Às queridas amigas e professoras que me formaram psicóloga, Maria Cherubina e Maria de Fátima, por todo o apoio teórico e emocional proporcionado, que transcendem os muros da universidade. Vocês são grandes inspirações na minha história.

...A todas as mulheres latino-americanas e caribenhas que resistem diariamente.

AGRADECIMENTOS

À minha avó e minha mãe, Maria Aparecida e Silvana, pela compreensão das ausências durante todo o meu percurso como estudante e por serem a base real e empática da minha trajetória em pesquisa e trabalho com mulheres;

Ao meu companheiro de vida e melhor amigo, Íkaro, pela escuta atenta, pelo apoio incondicional em todas as minhas escolhas enquanto pessoa e pesquisadora, por se orgulhar tanto do que eu faço e nunca me deixar desistir;

Aos amigos e amigas incríveis que reconheci na pós-graduação. Serei eternamente grata pelo carinho e atenção de cada um que, de alguma forma, trilhou esse caminho ao meu lado. Em especial, gostaria de agradecer à Beatriz, João Paulo, Scarlet, Mel, Lucas e Lídia: vocês foram essenciais;

Às amigas de vida, também pesquisadoras: Juddy, Giovana e Gabriela: obrigada por tanto; vocês são fonte de força, inspiração, competência e lealdade. Agradecimento especial à Letícia; juntas dividimos um lar, dores, conquistas e alegrias de um mestrado na USP, algo que parecia apenas um sonho distante. Obrigada por ter escolhido ficar de forma permanente e por me impulsionar a ser uma pessoa melhor;

Aos amigos: Gabriel, pela força, acolhimento, debates e encontros de vida; Pedro, Wendrel e Guilherme, por todo o aprendizado pessoal até aqui que há anos construímos desde a graduação, grata pelos diálogos profundos, singulares e intermináveis dessa existência; todos vocês são luz;

Ao meu orientador, Dr. João Paulo Souza, por ter acompanhado meu trabalho com tanto respeito e por ser inspiração enquanto profissional da saúde, pesquisador e docente;

À Dra. Heloísa Salgado, pela oportunidade ímpar de termos trabalhado juntas no Projeto Luto Perinatal, por todo aprendizado sobre luto e empatia no campo da Psicologia e da pesquisa em Saúde Pública, bem como pelo apoio no presente estudo;

Aos profissionais da FMRP, HC e Departamento de Medicina Social, especialmente à secretária Paula pelas orientações e auxílio constantes;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro, sem o qual não seria possível me dedicar à pós-graduação.

"Blessed be the fruit."

The Handmaid's Tale (Margareth Atwood)

APRESENTAÇÃO

Em 2014 ingressei no curso de Psicologia pelo Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF). Durante esse percurso acadêmico, buscando a inserção no campo da pesquisa, tive a oportunidade de desenvolver uma iniciação científica, abordando temas relativos à saúde sexual e reprodutiva, campos ainda pouco explorados durante a formação de psicólogos. Meu estudo objetivou compreender as percepções de profissionais da saúde acerca do acolhimento de mulheres que buscavam pelo aborto legal em decorrência de violência sexual. Esses profissionais, por sua vez, estavam alocados em um hospital público, referência em saúde da mulher, situado na capital paulista.

Em face do desenvolvimento da iniciação científica, pude reforçar meu interesse pelas áreas de saúde pública, saúde da mulher, gênero e direitos humanos, além de vislumbrar a pós-graduação *stricto sensu* como uma possibilidade futura.

Em 2018, último ano da graduação, recebi o comunicado da abertura de vagas para o Curso de Inverno em Saúde Pública da USP de Ribeirão Preto, realizado pelos alunos de mestrado e doutorado do departamento de Medicina Social, pertencentes ao antigo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunidade. Assim, durante a participação no curso, foi possível conhecer melhor as linhas de pesquisa e respectivos orientadores, o que me despertou interesse para buscar o ingresso no referido programa.

Após a finalização do curso, entrei em contato com o professor João Paulo explicitando meu desejo em ingressar no mestrado sob a sua orientação e, após aprovação no processo seletivo, tive a oportunidade de trabalhar em um projeto de pós-doutoramento, junto à outra psicóloga, especialista na temática a ser estudada.

O projeto de pós-doutorado abordava, em síntese, o luto perinatal e neonatal, buscando analisar as vivências de mulheres enlutadas pela perda de um filho, antes e após o desenvolvimento e implementação de uma diretriz específica para o acolhimento nesse contexto. Dessa maneira, para que as análises pudessem ser realizadas, grandes esforços foram despendidos e nosso trabalho envolveria, além do desenvolvimento da diretriz, a capacitação de médicos e equipe de enfermagem, bem como entrevistas com os profissionais e mães, abrangendo quatro maternidades públicas de Ribeirão Preto.

Para a minha dissertação, o escopo do estudo consistia na realização de grupos focais com a equipe de enfermagem nos dois momentos supracitados. Entretanto, em decorrência da pandemia de Covid-19 e concomitantemente à aprovação do projeto no comitê de ética, os trabalhos precisaram ser interrompidos por tempo indeterminado, uma vez que os profissionais recrutados se tornaram peças fundamentais na linha de frente dos hospitais, passando a lidar diretamente com pacientes infectados.

Isso posto, buscamos uma alternativa para a dificuldade encontrada e então decidimos por realizar uma revisão sistemática de síntese qualitativa. A revisão sistemática, ainda que bastante complexa em sua estrutura, nos proporciona a possibilidade de trabalhar remotamente, além de viabilizar a identificação de lacunas, as quais serão exploradas em um posterior doutorado.

No processo de definição da pergunta de pesquisa para iniciar a revisão, encontrei dados e reportagens sobre a dificuldade de mulheres na obtenção de contraceptivos durante a pandemia de Covid-19, além da suspensão do procedimento de aborto legal pelo hospital público referência em saúde da mulher, o qual conheci durante a iniciação científica, dando lugar à triagem de pacientes com coronavírus.

Esse fenômeno pode ser observado não só no Brasil, mas em outros países da América Latina, os quais compartilham de um histórico conservador, permeado por leis restritivas em relação ao aborto e que, portanto, ferem os direitos humanos e reprodutivos das mulheres ao longo da história. A provocação feita por Simone de Beauvoir sintetiza nitidamente esse cenário de embates morais e políticos: “Basta uma crise política, econômica e religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes”.

Portanto, considerando meu interesse prévio pela área, a experiência do professor João Paulo com o desenvolvimento de pesquisas acerca da saúde sexual e reprodutiva e a fragilidade dos serviços de aborto legal – não somente em tempos de pandemia – o presente estudo de revisão sistemática abordará as barreiras enfrentadas por mulheres para o acesso ao aborto legal em países da América Latina e Caribe, visando contribuir com o levantamento de evidências para a promoção de políticas de saúde.

RESUMO

Gomes ACR. Barreiras para o acesso aos serviços de aborto legal na América Latina e Caribe: uma revisão sistemática qualitativa [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2021.

Na região da América Latina e Caribe, o aborto é amplamente restrito e ainda gera diversos debates, sendo considerado um crime contra a vida em grande parte do território. A maioria das exceções legais que permitem a interrupção da gestação nesse cenário incluem gravidez decorrente de estupro, risco à vida da mulher ou inviabilidade fetal. Apesar de ser considerado um direito reprodutivo, o acesso ao aborto legal e seguro ainda é um desafio para as mulheres nesses países, podendo levá-las a realizar procedimentos clandestinos e inseguros, tendo como consequência uma alta taxa de mortes maternas evitáveis. De maneira geral, as barreiras para o acesso ao aborto legal não são totalmente desconhecidas. Entretanto, ainda não haviam sido desenvolvidas revisões sistemáticas para compreender este fenômeno de maneira mais profunda. Assim, este estudo teve como objetivo sintetizar evidências qualitativas acerca das barreiras enfrentadas por mulheres para acessar os serviços de aborto legal em países da América Latina e Caribe. Sete bases de dados foram sistematicamente revisadas (BVS, CINAHL, PsycINFO, PUBMED, Scielo, SCOPUS e Web of Science); outras fontes incluíram o contato com especialistas e análise das listas de referências. Todos os estudos incluídos foram avaliados e a lista de conferência Entreq foi utilizada para relatar a revisão. No total, 27 estudos que abordavam sobre as dificuldades e barreiras para o acesso ao aborto legal foram incluídos, enfocando relatos e experiências de adolescentes, mulheres e profissionais de saúde. Durante a síntese temática, 6 temas analíticos foram interpretados (1) Entre o sagrado e o patriarcal: o aborto como prática transgressora; (2) Solidão, segredo e angústia no percurso das mulheres que abortam; (3) O aborto legal como direito não legitimado; (4) (Des)Serviços de aborto legal: uma lógica de negligência; (5) Dificuldades enfrentadas pelos profissionais e os impactos à assistência; (6) Maus-tratos e manutenção de poder: o papel dos profissionais de saúde. Observou-se que as barreiras para o acesso a serviços de aborto legal são mediadas principalmente por fatores sociais e culturais, como a influência do estigma e da religião na maneira que as pessoas lidam com a interrupção da gestação. Barreiras mais tangíveis e modificáveis também foram identificadas e, portanto, compreende-se a necessidade de um direcionamento de políticas de saúde para que estas barreiras sejam mitigadas: expansão dos serviços de aborto legal, capacitação da equipe de saúde, divulgação de informações sobre a legislação e sobre os pontos de atendimento.

Palavras-chave: Aborto legal. Barreiras de acesso à saúde. Direitos reprodutivos. América Latina e Caribe.

ABSTRACT

Gomes ACR. Barriers to accessing legal abortion services in Latin America and the Caribbean: a qualitative systematic review [thesis]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2021.

In Latin America and the Caribbean region, abortion is widely restricted and still generates several debates, being considered a crime against life in a large part of the territory. Most of the legal exceptions that allow termination of pregnancy in this setting include pregnancy resulting from rape, risk to the woman's life or fetal abnormalities. Despite being considered a reproductive right, access to legal and safe abortion is still a challenge for women in these countries and may lead them to perform clandestine and unsafe procedures, resulting in a high rate of preventable maternal deaths. In general, the barriers to accessing legal abortion are not entirely unknown. However, systematic reviews have not yet been developed to understand this phenomenon more deeply. Thus, this study aimed to synthesize qualitative evidence about the barriers faced by women in accessing legal abortion services in countries in Latin America and the Caribbean. Seven electronic databases were systematically reviewed (BVS, CINAHL, PsycINFO, PUBMED, Scielo, SCOPUS and Web of Science); other sources included contact with experts and analysis of reference lists. All included studies were critically assessed and the Entreq checklist was used to report the review. In total, 27 studies that addressed the difficulties and barriers for accessing legal abortion services were included, focusing on reports and experiences of adolescents, women and health professionals. During the thematic synthesis, 6 analytical themes were interpreted: (1) Between the sacred and the patriarchal: abortion as a transgressive practice; (2) Loneliness, secrecy and anguish in the course of women who have abortions; (3) Legal abortion as a non-legitimate right; (4) Legal abortion (dis)services: a logic of neglect; (5) Difficulties faced by professionals and the impacts on healthcare; (6) Mistreatment and power maintenance: the role of health professionals. It was observed that the barriers to access legal abortion services are mediated mainly by social and cultural factors, such as the influence of stigma and religion on the way people deal with termination of pregnancy. More tangible and modifiable barriers were also identified and, therefore, there is a need for a targeting of health policies so that these barriers are mitigated: more efforts in expanding services, training of the health team, dissemination of information about the legislation and service points.

Keywords: Legal abortion. Barriers to healthcare access. Reproductive Rights. Latin America and the Caribbean.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. ANTECEDENTES	13
1.1. Justificativa	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1. Direitos humanos e reprodutivos: quando o pessoal é político	15
2.2. O aborto no contexto latino-americano e caribenho	18
2.3. Determinantes sociais e acesso à saúde	22
3. PERGUNTA DE PESQUISA	29
OBJETIVOS	30
4. Objetivo geral	30
4.1. Objetivos específicos	30
ARTIGO CIENTÍFICO	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	87

INTRODUÇÃO

1. ANTECEDENTES

No ano de 2008 ocorreram ao menos 21,6 milhões de abortos inseguros no mundo, sendo a maioria deles registrados em países em desenvolvimento. Esse fenômeno pode ser atribuído, entre outros fatores, às restrições aos serviços de aborto legal (WHO, 2011). Embora os direitos reprodutivos integrem os direitos humanos de forma universal e inalienável, em países da América Latina e Caribe o aborto induzido é amplamente criminalizado e estigmatizado.

As vivências de mulheres latino-americanas e caribenhas são atravessadas pelos resquícios da colonização, processo exploratório que sedimentou raízes em estruturas opressoras, racistas e patriarcais (GONZAGA; ARAS, 2015). Assim, apesar da diversidade econômica e cultural dos países desta região, algumas características são compartilhadas, como a forte influência da Igreja Católica, da pobreza e da mídia sobre a forma como a população compreende e vivencia o corpo, a sexualidade e a reprodução. (WHO, 2002). Esse olhar condicionado pela colonização de base cristã incide diretamente sobre como o aborto é tratado no local.

Movimentos regionais de mulheres feministas protagonizaram lutas em prol do direito de escolha, buscando reivindicar seu direito de decidir sobre o próprio corpo e fecundidade, apesar das dificuldades de abordagem da temática que é considerada tabu. Algumas mudanças foram estabelecidas nas legislações de boa parte dos países, seja em direção à flexibilização ou ao endurecimento das penas para pessoas que abortam (KULCZYCKI, 2011), mas barreiras ao acesso a serviços de aborto ainda persistem.

Independentemente das exceções legais e dos avanços nas legislações de alguns países nos últimos anos, ainda são encontrados diversos obstáculos que

dificultam o acesso aos serviços de abortamento previstos em lei, sendo eles de ordem cultural, estrutural, social e econômica (WHO, 2011; CULWELL; HURWITZ, 2013; BERRO PIZZAROSSA, 2018; STARRS et al., 2018). A procura pelo procedimento de aborto independe do seu status jurídico. Isso significa que restrições na legislação não impedem as mulheres de tentarem interromper uma gestação, mas os obstáculos legais somados a outras barreiras, resultam em abortos inseguros. A falta de acesso a serviços de qualidade, portanto, pode levar mulheres a buscarem por procedimentos clandestinos, por vezes responsáveis por complicações e mortes evitáveis (WHO, 2012).

Algumas barreiras para o acesso a serviços de aborto legal (ou dentro de toda a extensão da lei) incluem fatores já conhecidos. Entre eles estão a falta de conhecimento das mulheres sobre a legislação de aborto e direitos, a alta prevalência de objeção de consciência ou problemas logísticos relacionados à falta de profissionais de saúde disponíveis, bem como a inexistência de serviços em áreas rurais (WHO, 2012; CULWELL; HURWITZ, 2013). Além disso, o estigma é uma grande barreira cultural que faz do aborto um assunto que remete à vergonha, julgamento e, portanto, algo difícil de ser abordado, estudado e documentado (CULWELL; HURWITZ, 2013).

1.1. Justificativa

A proteção e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos incide diretamente sobre a manutenção da vida e dos aspectos econômicos da sociedade (STARRS et al., 2018) estando intimamente relacionada ao nível de qualidade de vida de uma população, uma vez que compreende o recebimento de informações de saúde adequadas, além de fomentar a autonomia dos indivíduos sobre o próprio corpo (FLÓREZ; SOTO, 2008; WHO, 2002). No entanto, as políticas de saúde ainda refletem a desigualdade de gênero no que tange a discussão frente ao acesso ao abortamento seguro (STARRS et al., 2018). Para a efetivação dos direitos reprodutivos em sua totalidade, são necessárias ações de implementação que promovam a equidade de gênero, tanto ao nível das políticas públicas, como no espaço comunitário e familiar (OPS, 2009).

Nesse sentido, este estudo buscou levantar evidências, através de relatos de meninas, mulheres e profissionais da saúde, sobre como são as barreiras para o acesso

ao aborto legal no contexto de países da América Latina e Caribe. Até o início deste estudo, ainda não haviam sido realizadas revisões qualitativas sobre o fenômeno analisado com foco na região. Considerou-se, dessa forma, que a síntese de evidências qualitativas possibilitaria conferir maior amplitude sobre fenômenos dessa natureza, oportunizando o direcionamento de políticas de saúde que atenuem os obstáculos identificados.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Direitos humanos e reprodutivos: quando o pessoal é político

O conceito contemporâneo de Direitos Humanos tem seu marco histórico com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945 e com a elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos¹, em 1948 - esta última fortemente influenciada pelo amargo período pós-guerra (PIOVESAN, 2012). Nessa conjuntura, os Direitos Humanos constituíram-se como universais e indivisíveis, posto que

Quando um deles é violado, os demais também o são. Os direitos humanos compõem, assim, uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada, capaz de conjugar o catálogo de direitos civis e políticos com o catálogo de direitos sociais, econômicos e culturais (PIOVESAN, 2012, p. 72).

No Art.1º da Declaração de 1948, é exposto: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos”. Este princípio de igualdade reconhecido como “formal” e de caráter liberal, mostra-se insuficiente para tratar das desigualdades social e historicamente construídas (BRAGATO; ADAMATTI, 2014).

Ao não assumir as especificidades históricas que perpassam os mais diversos grupos sociais, são instituídas leis que visam à neutralidade e que acabam por reforçar as diferenças existentes entre populações dominadas e dominantes (BRAGATO; ADAMATTI, 2014). A igualdade em sua acepção estritamente formal, portanto, não

¹ ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1945. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 08/06/2020.

reconhece as particularidades de grupos minoritários e impõe obstáculos à proteção e garantia dos direitos humanos, bem como ao acesso à justiça. Esse fenômeno pode ser observado na população feminina, considerando a desigualdade de gênero.

Com o avanço da onda feminista em meados da década de 1970 (SAFFIOTI, 2004), observou-se que para reconhecer os direitos das mulheres como parte inerente dos direitos humanos, seria necessário modificar a abordagem jurídica tradicionalmente constituída sob a hegemonia masculina (OKIN, 2008), uma vez que “o direito patriarcal perpassa não apenas a sociedade civil, mas impregna também o Estado” (SAFFIOTI, 2004, p. 54). Trazer uma nova concepção aos direitos humanos, de forma a incluir as demandas das mulheres, estabelece que “[...] determinados sujeitos de direitos, ou determinadas violações de direitos, exigem uma resposta específica e diferenciada” (PIOVESAN, 2012, p. 73).

Para contextualizar a desigualdade de gênero, se faz necessária a análise sobre as diferenças entre os campos público e privado. Por espaço público entende-se tudo aquilo relacionado à vida política, enquanto no espaço privado se inscrevem as condições e acontecimentos relacionados ao espaço doméstico e familiar, de domínio particular. Dessa forma, as mulheres foram condicionadas à esfera privada ao se naturalizar os papéis reprodutivos e de cuidado com os filhos (OKIN, 2008).

[...] há a crença de que as naturezas das mulheres são tais que elas são devidamente submetidas aos homens e seu lugar é na esfera doméstica e privada. Os homens corretamente habitam as duas esferas e tomam as decisões no âmbito delas (PATEMAN, 1989, p. 55).

Feministas radicais apropriaram-se do slogan “o pessoal é político”, reforçando o debate sobre a incidência das esferas social e política sobre a vida particular das mulheres e às opressões a que são submetidas (OKIN, 2008). Desse modo, pode-se dizer que as condições políticas são determinantes na estruturação do gênero. Esse enfoque, por sua vez, permitiu investigar como as violações reconhecidas pelos direitos humanos afetavam as mulheres de maneiras diferentes e específicas, apenas por sua condição feminina (BUNCH; FROST, 2000).

Contemporânea às lutas sociais de movimentos de mulheres da segunda onda feminista, em 1975 aconteceu a Primeira Conferência Internacional de Mulheres, no México.² Após, em 1979, foi instituída a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW)³, sendo o primeiro tratado internacional a postular sobre os direitos humanos das mulheres (PITANGUY, 1999). Ao mesmo tempo, a Convenção foi alvo de diversas reservas por parte dos Estados signatários, justificadas por questões de ordem moral e religiosa no que tange a igualdade de gênero, reforçando a dicotomia entre os espaços “público” e “privado” (PIOVESAN, 2012).

Já em 1993, a Declaração de Direitos Humanos de Viena⁴, em seu parágrafo 18, avança e reconhece os direitos das mulheres e meninas como parte integrante dos Direitos Humanos. Mas é apenas em 1994, na Conferência sobre População e Desenvolvimento (CIPD)⁵, no Cairo, que se discorre diretamente, pela primeira vez, sobre *saúde sexual e reprodutiva*.

O Programa de Ação da CIPD traz, em seu oitavo princípio, o Estado como responsável pelo acesso aos serviços de saúde, incluindo aqueles relativos à saúde reprodutiva, como o planejamento familiar, e evidencia o direito de todo casal ou indivíduo de decidir “livre e responsabilmente sobre o número e o espaçamento de seus filhos e ter informação, educação e meios de o fazer”.

Em 1995 acontece a IV Conferência Mundial sobre a Mulher⁶, realizada em Beijing, na China. A Conferência é apontada como um marco de extrema importância na conquista dos Direitos Humanos das mulheres e nela são adotados três conceitos para

² Report of the World Conference of the International Women's Year. México, 1975. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/relatorio_conferencia_mexico.pdf. Acesso em: 08/06/2020.

³ Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). 1979. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf. Acesso em: 08/06/2020.

⁴Vienna Declaration and Programme of Action. Viena, 1993. Disponível em: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/vienna.pdf>. Acesso em: 08/06/2020.

⁵ Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Cairo, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 08/06/2020.

⁶ Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Pequim, 1995. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao_pequim1.pdf. Acesso em: 08/06/2020.

os avanços nesse cenário: gênero (não mais como conceito material, pautado no aspecto biológico, mas relativo à desigualdade de poder entre homens e mulheres), empoderamento (relativo à autonomia da mulher) e transversalidade (compreensão do gênero como enfoque de análise das políticas públicas) (VIOTTI, 1995).

Acerca dos direitos reprodutivos na Conferência de 1995 supracitada, são reforçados os conteúdos expressos na Conferência de 1994 (CIPD). É destacado que a subordinação das mulheres e meninas às discriminações e opressões de gênero, bem como a falta de autonomia, implicam em desfechos negativos para a saúde dessa população.

2.2. O aborto no contexto latino-americano e caribenho

Em janeiro de 1993, durante a Reunião Regional para América Latina e Caribe da Conferência Mundial de Direitos Humanos, ocorrida em San José (Costa Rica), foi reconhecida a Declaração de San José sobre os Direitos Humanos, que buscou reforçar a importância de medidas para a eliminação da discriminação e violência contra a mulher e da desigualdade de gênero (RICO, 1996). Destaca-se também a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (Convenção de Belém do Pará)⁷, adotada em 1994 e proposta pela Organização dos Estados Americanos (OEA) (RICO, 1996).

Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), em agosto de 2013 foi aprovado o Consenso de Montevideu sobre População e Desenvolvimento⁸, resultado da Primeira Reunião da Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento da América Latina e do Caribe (Uruguai), objetivando dar seguimento às propostas apontadas na Conferência do Cairo, de 1994.

Embora os pactos e tratados internacionais proponham a proteção dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres pelos países signatários, nessa região as

⁷Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção Belém do Pará”. Belém do Pará, 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso em 05/07/2020.

⁸ Ver <https://brazil.unfpa.org/pt-br/consenso-de-montevideu>.

proposições estipuladas ainda carecem de implementação efetiva, havendo a predominância de iniquidades envolvendo aspectos étnicos, socioeconômicos e geográficos (RICHARDSON; BIRN, 2011).

O direito ao aborto é fruto de debates acirrados, pautados principalmente por fatores políticos e religiosos. Cabe ressaltar as frequentes violações de direitos humanos às quais mulheres e meninas vêm sendo submetidas ao longo da história (KULCZYCK, 2011), dado que neste cenário são maiores as chances de a população feminina se submeter a procedimentos em condições ilegais e inseguras (WHO, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2012, p. 18, tradução nossa) o aborto inseguro é definido como um procedimento [...] realizado por pessoas sem as habilidades necessárias ou em um ambiente que não esteja em conformidade com os padrões médicos mínimos, ou com ambos.” Esta circunstância implica em uma proporção maior de mulheres que sofrem morte materna por complicações do aborto: 9.9% (Brasil) versus 7.9% (Mundo) (SAY et al., 2014).

No quadro 1 são indicados os países que permitem o aborto e sob quais circunstâncias legais:

Quadro 1 – Condições para o abortamento legal em países da América Latina e Caribe

Para salvar a vida da mulher	Para preservar a saúde da mulher	Por razões socioeconômicas	Sem restrições de razão ***
Antígua e Barbuda Brasil (R, +) Chile (R, F) Dominica* Guatemala* México (R, F, ♦) Panamá (R, F, PA) Paraguai Venezuela	Argentina (R) Bahamas Bolívia (*, R, I) Colômbia (*, R, I, F) Costa Rica Equador (+) Granada Peru São C. e Nevis (*) Santa Lúcia (*) Trindade e Tobago (*)	Barbados (R, I, F, PA) Belize (F) São V. e Granadinas (R, I, F)	Cuba (PA) Guiana Porto Rico Uruguai (PA)

Fonte: adaptado de Center for Reproductive Rights. The World's Abortion Laws, 2019.

Notas: **R**: aborto permitido em casos de estupro; **I**: aborto permitido em casos de incesto; **F**: aborto permitido em casos de inviabilidade fetal; **+**: aborto permitido por circunstâncias adicionais; **PA**: é necessária a autorização ou notificação dos pais; **♦**: lei determinada a nível estadual; *****: permitem o aborto para preservar a saúde mental da mulher.

*** Nessa categoria todos os países possuem limite de 12 semanas de gestação para aprovação do procedimento, a menos que indicado de outra forma.

Diferentemente dos países citados acima, que permitem a realização do aborto com maiores ou menores restrições, outros sete proíbem o acesso em qualquer circunstância, sendo: El Salvador, Haiti, Honduras, Jamaica, Nicarágua, República Dominicana e Suriname. De acordo com o *Center for Reproductive Rights* (2019) mesmo diante de situações de extrema violência, como o estupro, o abortamento induzido é proibido; são 90 milhões de mulheres em idade reprodutiva vivendo sob essas condições.

A título de exemplo, em El Salvador, tanto a mulher grávida quanto os profissionais de saúde podem responder criminalmente em qualquer momento, caso seja interpretado que houve tentativa de prejudicar o feto. Trata-se de um dos países com a maior restrição legal para o abortamento, sendo a pena máxima de 12 anos de prisão para médicos que o praticam. No caso das mulheres grávidas, até mesmo um aborto espontâneo pode ser investigado como homicídio e resultar em prisão (SPERBER, 2018).

Em locais de extrema restrição, a saúde das mulheres é um fator secundário: médicos são obrigados a acompanhar e favorecer gestações que colocam em risco a vida das pacientes até as últimas consequências, como em casos de gravidez ectópica e câncer. Ao todo, no período entre 2011 e 2015, 63 mulheres morreram exclusivamente por não receberem atendimento devido à possibilidade de o tratamento afetar a gestação. (SPERBER, 2018).

As proibições ou restrições ao aborto não impedem a busca por esse serviço, mas afetam diretamente a oportunidade de se realizar o procedimento de maneira segura (WHO, 2012; KULCZYCK, 2011), o que reduziria o número de mortes evitáveis de mulheres saudáveis em idade reprodutiva. Ainda, os sistemas de saúde arcam com despesas significativas em função de cuidados a curto e longo-prazo decorrentes das consequências do aborto inseguro (VLASSOFF, 2009). Como aponta Galli (2020, p. 3), “A abordagem que defende o direito absoluto à vida do embrião viola os direitos humanos à vida, à saúde, à liberdade e autonomia reprodutivas, à igualdade e não discriminação e à autodeterminação sexual e reprodutiva das mulheres.”

As violações de direitos também são identificadas nos países que permitem o aborto sob certas circunstâncias. Na Argentina, um cenário aberto a algumas exceções legais, também há um déficit na assistência às mulheres que buscam por contracepção ou serviços de interrupção legal da gestação, conseqüentemente levando ao aborto

inseguro (GARCIA, 2019), o que segundo a *Red de Acceso al Aborto Seguro*, é a principal causa de morte materna no país desde 1980.

De acordo com um estudo que aborda reflexões sobre as políticas de sexualidade e saúde reprodutiva na Argentina e no Brasil, apesar de a objeção de consciência ser um impeditivo no acesso ao aborto legal, o ato é irrelevante perto das demais violações cometidas por profissionais da saúde, que de forma recorrente se negam a fornecer informações adequadas às pacientes ou impõem diversos obstáculos na realização do abortamento (FORTUNA, 2013).

Na maioria dos países da América Latina e Caribe não se pune o aborto em três situações: em casos de estupro, de inviabilidade fetal e para salvar a vida da mulher. É importante salientar que nessa região há grande prevalência de agressões e estupro contra mulheres, cometidos principalmente por parceiro íntimo. Este fato está diretamente associado à maternidade precoce, maior número de filhos nascidos vivos e gravidez indesejada (BOTT et al., 2012). A violência sexual nessa região tem proporções epidêmicas e é tratada com negligência por parte do Estado e da sociedade. Dificilmente as vítimas conseguem obter o acolhimento adequado, principalmente quando há a tentativa de acessar o serviço de interrupção legal da gestação, pois embora a lei possa contemplar esse direito, na prática encontram-se diversos percalços jurídicos (CONTRERAS et al., 2010).

Outro exemplo importante diz respeito às infecções por Zika vírus. Em 2016 a região das Américas atingiu o pico de contaminação, tendo como exceção apenas Chile, Uruguai e Canadá (WHO, 2019). O vírus é transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti* e embora os sintomas sejam leves na maioria dos infectados, como um resfriado, estudos realizados no Brasil apontaram que em mulheres grávidas ocorriam danos graves à formação do feto (Síndrome Congênita do vírus Zika), como a microcefalia (WENHAM, 2019).

Particularmente, o vírus atingiu intensamente a população mais vulnerável, entre mulheres afastadas dos grandes centros urbanos, pobres, com baixo acesso à saúde reprodutiva e baixa escolaridade, um retrato comum das iniquidades presentes na população latino-americana (GONZÁLEZ VÉLEZ; DINIZ, 2016). As mulheres que viviam em países sob leis restritivas frente ao aborto e foram afetadas, vivenciando a

malformação de seus bebês, não puderam optar pelo abortamento voluntário devido às proibições legais e foram obrigadas a arcar os custos da negligência do Estado antes, durante e após a gestação (GONZÁLEZ VÉLEZ; DINIZ, 2016).

Os contextos relacionados à violência sexual e à epidemia de Zika, grandes exemplos do debate acerca da interrupção legal da gestação, evidenciam a fragilidade dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres latino-americanas e caribenhas, onde as relações desiguais de poder são legitimadas no corpo feminino.

2.3. Determinantes sociais e acesso à saúde

As iniquidades em saúde constituem “[...] diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas, além disso, são consideradas injustas [...]” (WHITEHEAD, 2006, p. 431); são desigualdades sociais que resultam em desfechos negativos de saúde para grupos ou sujeitos minoritários em direitos, devido à ação das estruturas jurídicas, econômicas e políticas (KRIEGER, 2001). Isto posto, compreende-se que o processo saúde-doença supera a dimensão biomédica, sendo as condições de saúde de uma população diretamente impactadas pelos seus determinantes sociais. De acordo com Krieger (2001, p. 697, tradução nossa), os determinantes sociais da saúde não são necessariamente deterministas em um sentido reducionista (pois são passíveis de mudança através de ações fundamentadas em informação), mas podem produzir barreiras de acesso à saúde ao incluir questões de extrema relevância, tais como:

(a) os sistemas econômicos, políticos e jurídicos passados e presentes de uma sociedade, seus recursos materiais e tecnológicos e sua adesão às normas e práticas consistentes com as normas e padrões internacionais de direitos humanos; e (b) suas relações políticas e econômicas externas com outros países, conforme implementadas por meio de interações entre governos, organizações políticas e econômicas internacionais (por exemplo, Nações Unidas, Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional) e organizações não governamentais.

A superação das desigualdades e iniquidades implica em uma discussão crítica acerca do modo de produção capitalista e suas inferências na determinação do processo saúde-doença, uma vez que as causas de adoecimento e morte entre as diferentes classes sociais podem ser caracterizadas de acordo com o grau de apropriação dos

meios de produção ou da exploração da força de trabalho a que são submetidos (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

Desconsiderar tais relações oculta a determinação social dos processos sobre os quais se produz a vida humana em sociedade, prejudicando a identificação das intervenções necessárias para as mudanças realmente significativas para a construção de uma sociedade mais saudável. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 960).

O viés marxista também se insere nos estudos sobre determinantes sociais da saúde nos países da América Latina e Caribe e foram explorados por pesquisadores pioneiros do campo da medicina social/saúde coletiva. A compreensão do processo saúde-doença se baseou em análises que levaram em consideração o papel das políticas sociais, dos processos históricos, da violência e do modo de produção vigente sobre a oferta de serviços e o acesso a cuidados em saúde (WAITZKIN et al., 2001).

Tendo em vista a perspectiva materialista latino-americana, o conceito de Determinação Social da Saúde foi adotado pelos pesquisadores, a fim de abarcar a complexidade dos processos que condicionam a saúde e o adoecimento. Esse conceito tenta ampliar a ideia de “determinantes” como variáveis que podem ser isoladas e analisadas de forma independente (BARATA, 2005). De acordo com Laurell (1994, p. 8), isso não significa uma dualidade entre as dimensões coletivas e individuais, mas observar que se “[...] *recorre a lo colectivo para poder estudiar lo social del nexo biopsíquico humano, dado que es en la colectividad donde resulta aprehensible.*”.

A determinação social da saúde é apreendida na Teoria Ecosocial de Nancy Krieger. Através da metáfora dos fractais, a autora busca relacionar os aspectos biológicos, sociais, históricos e ecológicos para fundamentar os estudos acerca da distribuição de doenças e as desigualdades em saúde (KRIEGER, 2001; BARATA, 2005). De acordo com Krieger (2001, p. 694, tradução nossa), “Uma metáfora fractal é escolhida porque os fractais são estruturas recursivas, que se repetem e se assemelham a todas as escalas, de micro a macro.”

Dentre os conceitos explorados por Krieger na Teoria Ecosocial, destaca-se a definição de *embodiment*. A partir desse conceito, a autora postula que os aspectos do mundo material e social são incorporados/encarnados concretamente na biologia

humana. Dessa forma, compreender questões de nível biológico pressupõe a investigação da história e dos modos de vida dos sujeitos. Para tanto, as vias de incorporação, ou *Pathways of embodiment* são constituídas em duas dimensões: a) arranjos sociais de poder e propriedade, padrões contingentes de produção, consumo e reprodução; b) restrições e possibilidades biológicas baseadas: na história evolutiva da espécie humana, no contexto ecológico e de história individual (KRIEGER, 2001).

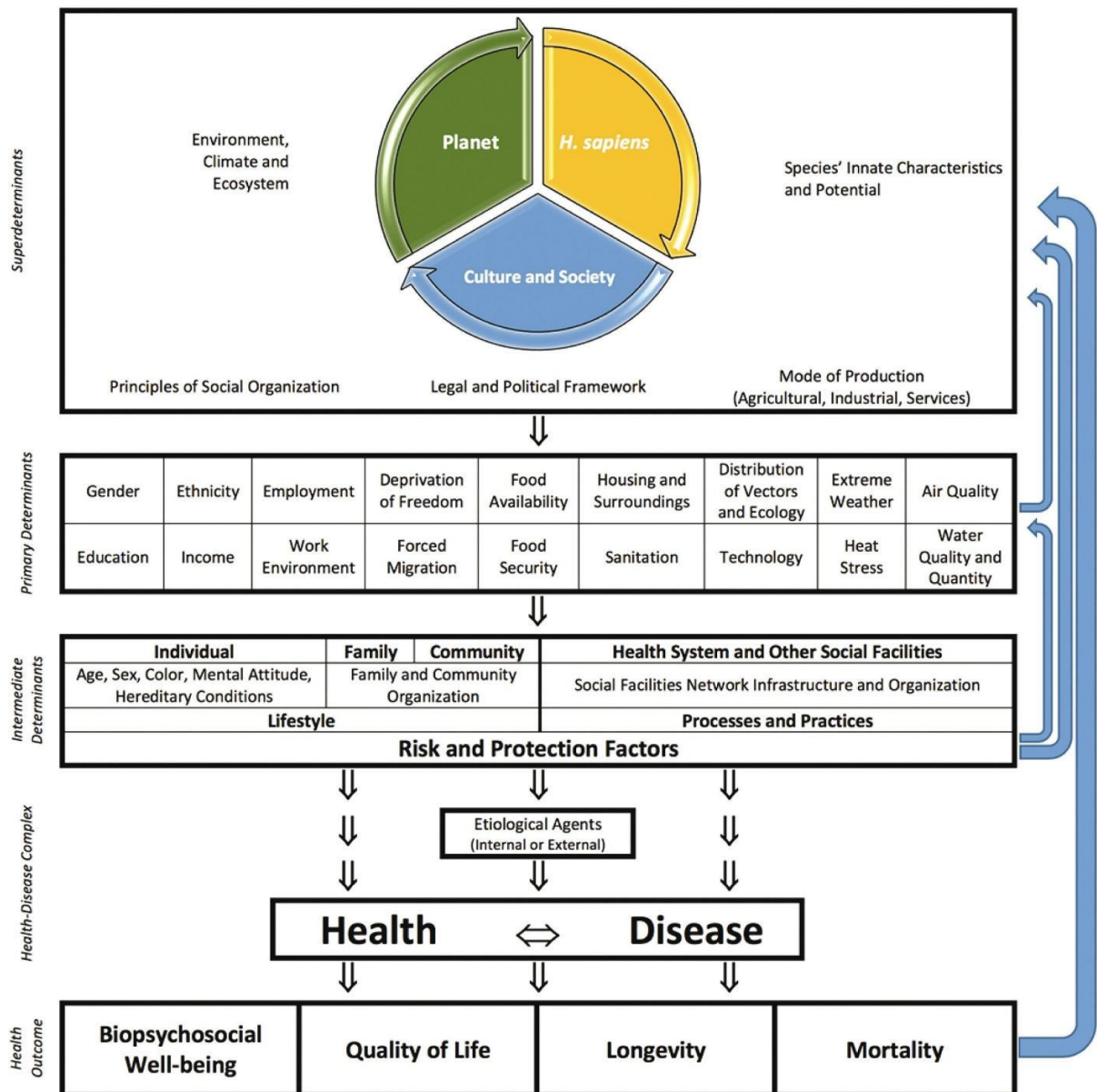
Krieger propõe que o corpo humano incorpora de forma literal as condições sociais às quais é submetido e demonstra de forma direta e indireta os efeitos dos processos de vida tangenciados pelos percursos sócio-históricos.

[...] a noção de “incorporação” avança três reivindicações críticas: (1) corpos contam histórias sobre - e não podem ser estudados divorciados - das condições de nossa existência; (2) corpos contam histórias que muitas vezes - mas nem sempre - correspondem aos relatos declarados das pessoas; e (3) corpos contam histórias que as pessoas não podem ou não querem contar, seja porque são incapazes, proibidas ou optam por não contar. (KRIEGER, 2005, p. 350 – tradução nossa)

Como exemplo desse arcabouço teórico, no artigo intitulado “Mortalidade Materna: Um Fenômeno Eco-Social que Demanda Ação Sistêmica” (SOUZA; BELISSIMO-RODRIGUES; SANTOS, 2020), é apresentado um modelo ecossocial do processo saúde-doença para ilustrar as dimensões que influenciam de forma complexa no desfecho de morte materna. Os autores conectam, de maneira hierárquica, três aspectos determinantes da saúde: 1) Superdeterminantes: envolvem a função de características inatas à espécie humana, o meio-ambiente, a organização social, incluindo o contexto legal e político, além do modo de produção; 2) Determinantes primários: perpassam diversas questões, entre elas as relativas a gênero, etnicidade, renda, educação, segurança alimentar, até circunstâncias da qualidade do ar e da água; 3) Determinantes intermediários: são divididos em duas frentes – a que corresponde ao estilo de vida (composta por fatores individuais, familiares e comunitários) e a de processos e práticas, indicando a influência dos sistemas sociais e de saúde a partir da sua organização, distribuição e infraestrutura. Combinados, esses elementos influenciam os fatores de risco e proteção à saúde, que em contato com agentes etiológicos internos

ou externos, irão culminar em desfechos de saúde (como maior longevidade ou bem-estar) ou doença (podendo resultar em óbito).

Figura 1 – Modelo ecossocial do processo saúde-doença



Fonte: Souza; Bellissimo-Rodrigues; Santos, 2020.

Segundo os autores do estudo (p. 169 – tradução nossa), a respeito do período gestacional analisado na perspectiva ecossocial,

[...] para algumas mulheres, este é um período de grande angústia, sofrimento e risco. Risco de violência praticada pelo parceiro íntimo, de maus-tratos nas unidades de saúde, de desenvolver sequelas físicas ou psicológicas e de morrer. A morte materna é uma tragédia individual, familiar e social. Por ser evitável na maioria absoluta das vezes em que ocorre, não há equivalente masculino e por afetar desproporcionalmente certos grupos de mulheres, a mortalidade materna ultrapassa os limites da obstetrícia clínica e reflete questões sociais mais amplas. Embora complicações hipertensivas, sangramento, infecção, aborto inseguro e agravamento de doenças preexistentes serem as principais causas biomédicas de mortalidade materna, seu enfrentamento requer ações mais amplas.

Dessa maneira, considerado como um determinante primário, o gênero diz respeito à condição estabelecida pela assimetria do poder entre homens e mulheres, o que envolve, nessas relações, “[...] questões relativas a poder, privilégio e equidade” (LUDERMIR, 2008, p. 461). Refere-se ao processo de subjetivação da identidade de homens e mulheres como algo determinado socialmente através de papéis desempenhados. Sinteticamente, são representações sociais associadas a um sexo biológico específico, como comportamentos esperados de homens ou de mulheres (GROSSI, 1998; KRIEGER, 2001).

As desigualdades que atravessam o gênero atingem especificamente as mulheres ao definir padrões excludentes de vida, relegando-as ao campo privado e reprodutivo. O condicionamento à vida privada dificulta a participação das mulheres na vida pública e política, o que muitas vezes significa menos interesse governamental no desenvolvimento de estratégias voltadas à emancipação feminina (WHO, 2008). Esses padrões se expressam nas políticas de saúde, majoritariamente voltadas para o período gravídico-puerperal, ignorando a existência da mulher fora do ciclo reprodutivo. Não obstante, as mulheres são vistas como um meio e não como sujeitos, tendo em vista o foco dos serviços de saúde materno-infantil em priorizar o nascimento de uma criança saudável (KRIEGER; FEE, 1994; FATHALLA, 2017). É importante salientar que a intersecção entre raça e gênero confere às mulheres negras maior vulnerabilidade social. Na América Latina e Caribe, um cenário em que ainda perdura o racismo e o patriarcado, essas mulheres têm sido sistematicamente violentadas e discriminadas desde o início do processo de colonização. Os serviços de saúde continuam reproduzindo racismo institucional e a taxa de mortalidade materna é mais alta entre as mulheres negras (CEPAL, 2018).

Como observado, sistemas de saúde também são considerados determinantes sociais. Ao mesmo tempo em que influenciam outros determinantes, também são influenciados por eles, afetando o acesso da população ao cuidado. Questões relativas a gênero, condições de trabalho, educação e etnia, por exemplo, definem a maneira como se dará ou não o acesso à saúde e influenciam como as pessoas irão experienciar as práticas de cuidado (WHO, 2008).

Conforme sintetizam Peters et al. (2008, p. 162), o acesso à saúde “está relacionado ao uso oportuno dos serviços de acordo com a necessidade.” Os autores propõem uma estrutura baseada em quatro dimensões de acesso aos serviços de saúde, discutindo respectivamente sobre as barreiras que podem dificultar a obtenção do cuidado. Essas dimensões sofrem interferência de determinantes políticos e macro-ambientais, bem como de características individuais e familiares.

Quadro 2 – Dimensões e barreiras do acesso à saúde

Dimensão - definição	Barreiras
<i>Acessibilidade geográfica:</i> distância física ou o tempo de viagem do serviço até o usuário.	<ul style="list-style-type: none"> ● Longas distâncias ● Longo tempo de viagem ● Falta de serviços de comunicação adequados
<i>Disponibilidade:</i> ter o tipo certo de atendimento à disposição de quem precisa, como horas de operação e tempos de espera que atendam às demandas daqueles que devem ser atendidos, bem como ter o tipo adequado de prestadores de serviços e materiais.	<ul style="list-style-type: none"> ● Horários limitados ● Longos períodos de espera ● Falta de profissionais ● Falta de estoque de medicamentos
<i>Acessibilidade financeira</i> - relação entre o preço dos serviços (em parte afetado por seus custos) e a disposição e capacidade dos usuários de pagar por esses serviços, bem como de serem protegidos das consequências econômicas dos custos com saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ● Custos do serviço ● Custos de transporte ● Custos com alimentação e hospedagem
<i>Aceitabilidade</i> - correspondência entre o quanto os prestadores de serviços de saúde respondem às expectativas sociais e culturais de usuários individuais e comunidades.	<ul style="list-style-type: none"> ● Iniquidades de gênero e classe

Fonte: adaptado de Peters et al., 2008.

Acerca das dificuldades enfrentadas pelos sujeitos, Carrillo et al. (2011) desenvolveram um modelo prático para definição, classificação e análise de barreiras ao acesso à saúde que são passíveis de modificação. Três categorias interrelacionadas são elencadas: barreiras financeiras; barreiras cognitivas e barreiras estruturais.

Quadro 3 – Barreiras para o acesso à saúde

Tipo	Definição	Exemplos
Financeira	Não ter seguro ou ter seguro insuficiente para a cobertura de procedimentos e custos de serviços de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ● Sem seguro de saúde ● Seguro insuficiente
Cognitiva	As barreiras cognitivas estão enraizadas nas crenças e conhecimento do paciente sobre doença, prevenção e tratamento, bem como na comunicação que ocorre no encontro paciente-provedor.	<ul style="list-style-type: none"> ● Barreiras de Conhecimento ● Barreiras de comunicação ● Conscientização dos fatos de prevenção ● Disponibilidade: serviços de intérprete ● Conscientização dos recursos de saúde ● Concordância de linguagem de sinalização ● Alfabetização em saúde ● Disponibilidade: comunicação intercultural ● Compreensão das habilidades de diagnóstico ● Compreensão do tratamento ● Disponibilidade: materiais traduzidos ● Concordância racial / étnica do provedor ●
Estrutural	Disponibilidade do serviço de saúde. Essas barreiras podem ser encontradas dentro ou fora dos serviços e agem de forma independente ou concomitante com as barreiras financeiras que já enfrentam aqueles que não têm seguro.	<ul style="list-style-type: none"> ● Tempo de espera ● Transporte para centro de saúde ● Vários locais para testes e especialistas ● Acesso telefônico para provedores ● Continuidade de atendimento ● Falta de recursos para creches ● Processos de atendimento em várias etapas ● Segurança nas ruas ● Horário de funcionamento da unidade de saúde

Fonte: adaptado de Carrillo et al., 2011.

3. PERGUNTA DE PESQUISA

Como são as barreiras enfrentadas por mulheres para o acesso ao aborto legal em países da América Latina e Caribe?

OBJETIVOS

4. Objetivo geral

Sintetizar evidências qualitativas sobre como são as barreiras para o acesso ao aborto legal em países da América Latina e Caribe, a partir do relato de adolescentes, mulheres e profissionais da saúde.

4.1. Objetivos específicos

1. Identificar as barreiras para o acesso ao aborto legal em países da América Latina e Caribe;
2. Caracterizar as barreiras para o acesso ao aborto legal em países da América Latina e Caribe.

ARTIGO CIENTÍFICO

Barreiras de acesso ao aborto legal na região das Américas: uma síntese temática de estudos qualitativos

Ana Clara Rezende Gomes¹; Heloísa de Oliveira Salgado¹; João Paulo Souza¹

¹Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Correspondência:

Ana Clara Rezende Gomes

Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP

Av. Bandeirantes 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, Brasil

CEP: 14049-900

Phone: +55 16 3315 3070

E-mail: rezendeanaclara@usp.br

RESUMO

Antecedentes: Na região das Américas, as meninas e mulheres ainda enfrentam diversas barreiras para o acesso a serviços de aborto legal/dentro de toda a extensão da lei. Essas barreiras dificultam ou impedem completamente o pleno exercício dos direitos reprodutivos, o que pode levar gestantes a se submeterem a procedimentos clandestinos inseguros, responsáveis por uma alta taxa de mortes maternas evitáveis, especialmente nos países em desenvolvimento. Embora algumas barreiras já sejam conhecidas na literatura, ainda não foram realizadas sínteses que abordem qualitativamente esse

fenômeno. Dessa forma, esta revisão teve como objetivo sintetizar evidências de estudos qualitativos sobre quais são e como se apresentam as barreiras para o acesso aos serviços de aborto legal, a partir de relatos e experiências de meninas, mulheres e profissionais da saúde no contexto latino-americano. **Métodos:** Foram analisadas sete bases de dados (BVS, CINAHL, PsycINFO, PUBMED, Scielo, SCOPUS e Web of Science), a fim de encontrar publicações de estudos primários, que pudessem conter relatos sobre barreiras para o acesso a serviços de aborto legal. Também foram consultados especialistas e listas de referências. Os 27 estudos incluídos foram criticamente avaliados e a revisão foi relatada por meio do checklist Entreq. **Resultados:** A partir da Síntese Temática foi possível identificar 15 temas descritivos e seis temas analíticos mais abrangentes: (1) Entre o sagrado e o patriarcal: o aborto como prática transgressora; (2) Solidão, segredo e angústia no percurso das mulheres que abortam; (3) O aborto legal como direito não legitimado; (4) (Des)serviços de aborto legal: uma lógica de negligência; (5) Dificuldades enfrentadas pelos profissionais e os impactos à assistência; (6) Maus-tratos e manutenção de poder: o papel dos profissionais de saúde. **Conclusão:** As barreiras para o acesso ao aborto são mediadas principalmente por aspectos culturais e sociais, como religião e estigma, estimuladas por um modo de produção que visa perpetuar o controle dos corpos femininos se apropriando das questões relativas à reprodução. Entretanto, barreiras mais tangíveis podem ser mitigadas através de estratégias e políticas de saúde, como maior investimento em expansão dos serviços, capacitação dos profissionais que realizam abortos legais e divulgação de informações para que mulheres e meninas possam exercer seus direitos reprodutivos.

Palavras-chave: Aborto legal. Barreiras. Acesso a serviços de saúde. América Latina.

RESUMO SIMPLES

Nos países localizados na região das Américas, realizar um aborto legal e seguro ainda é um grande desafio. Apesar de o aborto ser considerado um direito reprodutivo inscrito nos direitos humanos, meninas e mulheres enfrentam diversos obstáculos na tentativa

de interromper uma gestação não desejada. Em alguns casos, para evitar esses obstáculos, a população feminina acaba se submetendo a procedimentos ilegais e inseguros, colocando sua vida em risco. Embora muitas barreiras já estejam descritas na literatura, ainda não há estudos mais amplos para compreender com maior profundidade quais são e como são esses obstáculos, levando em conta os relatos de mulheres e equipes de saúde. Portanto, para compreender melhor esse fenômeno, foi realizada uma ampla busca por estudos contendo relatos de meninas, mulheres e profissionais da saúde, que pudessem tratar de barreiras sobre o acesso ao aborto legal/dentro dos limites da lei no contexto das Américas. A partir da interpretação dos resultados, foi possível observar que as barreiras para o acesso a serviços de aborto legal são influenciadas, principalmente, por questões construídas social e culturalmente, gerando discriminação sobre mulheres que abortam. Apesar disso, é importante que sejam desenvolvidas ações para reduzir os demais obstáculos, especialmente aqueles modificáveis, como expansão dos serviços de aborto legal, treinamento da equipe de saúde e maior divulgação de informações sobre o assunto.

ANTECEDENTES

Desde a Conferência sobre População e Desenvolvimento (CIPD) em 1994, o Estado é identificado como o responsável por garantir informação, educação e acesso aos serviços de saúde reprodutiva [1]. No entanto, o aborto ainda é um procedimento amplamente criminalizado na América Latina e Caribe. Apenas Cuba, Guiana, Porto Rico e Uruguai o permitem livremente no primeiro trimestre de gestação. Nos demais países, quando não há a completa proibição, o acesso é condicionado a três principais circunstâncias: para salvar a vida da mulher, em casos de violência sexual ou de inviabilidade fetal [2].

Embora a legislação possa ser uma barreira significativa para o acesso ao aborto legal e seguro, outros aspectos que perpassam as esferas estruturais, socioculturais e econômicas se fazem presentes [3-6], dificultando esse processo. Nesse sentido, algumas barreiras já conhecidas enfrentadas pelas mulheres consistem na falta de acesso à informação acerca da legislação e de seus direitos, profissionais da saúde que

se recusam a fornecer um aborto alegando objeção de consciência ou na falta de serviços em áreas remotas [4];[7]. O estigma também representa uma barreira cultural importante, pois qualifica o aborto como algo vergonhoso, impondo obstáculos à abordagem do tema [4].

Independentemente da diversidade cultural e econômica entre os países, as sociedades latino-americana e caribenha carregam os resquícios de uma colonização opressora, caracterizada pelo racismo, patriarcado [8] e cristianismo [9]. Estes fatores, associados à pobreza e à influência da mídia, ditam a maneira como a população deve lidar com a sexualidade e a reprodução [9]. Dessa forma, a temática do aborto gera intensos debates, dominados pela esfera política e religiosa [10].

O cenário restritivo não impede as mulheres de tentarem interromper uma gestação indesejada [7];[10]. Por outro lado, isso resulta na busca por procedimentos clandestinos, que muitas vezes são realizados em condições inseguras [7]. O aborto inseguro é um fenômeno mundial, mas a maioria deles ocorre nos países em desenvolvimento [3]; estima-se que 7,9% das mortes maternas ao redor do mundo sejam causadas por abortos [11]. O registro desses óbitos é subnotificado em regiões em que há restrições legais, especialmente nos casos de clandestinidade, resultado das pressões religiosas e culturais que estigmatizam a prática [11].

A proteção e garantia dos direitos reprodutivos incide diretamente sobre o nível da qualidade de vida de uma população, mas as políticas de saúde ainda perpetuam as desigualdades de gênero [12]. Dados qualitativos sobre as barreiras para o acesso ao aborto nessa região ainda não foram revisadas sistematicamente. Portanto, este estudo buscou compreender quais são e como são percebidos os obstáculos enfrentados por mulheres na tentativa de acessar um aborto legal, a partir de relatos de meninas, mulheres e profissionais da saúde.

MÉTODOS

Este estudo é uma revisão sistemática da literatura, qualitativa e metassintética. A realização de uma metassíntese tem como objetivo gerar novas interpretações sobre um fenômeno, a partir da integração de achados qualitativos, o que possibilita o

direcionamento prático e político em saúde [13]. Para tanto, foi utilizada a abordagem de Síntese Temática desenvolvida por Thomas e Harden [14]. O protocolo do estudo foi registrado e publicado na plataforma PROSPERO [15]. O checklist ENTREQ (*Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research*) [16] foi utilizado para o relato desta síntese.

Estratégia de busca e seleção de estudos

Para identificar estudos elegíveis, as buscas foram realizadas nas bases de dados BVS, CINAHL, PsycINFO, PUBMED, Scielo, SCOPUS e Web of Science. A estratégia de busca foi construída com a ajuda de uma bibliotecária e pode ser acessada integralmente no Material Suplementar 1. O Fluxograma Prisma [17] foi utilizado para reportar o processo de busca e seleção dos artigos incluídos.

Além de uma ampla investigação nas bases eletrônicas mencionadas, outras fontes de dados incluíram a busca manual em lista de referências dos estudos incluídos; especialistas e autores foram contatados por e-mail, a fim de mitigar a perda de estudos potencialmente relevantes para a síntese. Todo o processo de busca ocorreu no período entre 20 de agosto a 4 de dezembro de 2020.

As referências de cada base de dados foram enviadas ao Rayyan [18], onde é possível trabalhar em colaboração, com maior transparência e agilidade. Foi utilizado o recurso de mascaramento e, após a remoção das duplicatas, duas revisoras independentes (ACRG e HOS) realizaram a etapa de triagem de títulos e resumos. Ao retirar o cegamento, as divergências e dúvidas foram discutidas para que fosse possível chegar a um consenso. Os artigos potencialmente relevantes foram recuperados e lidos na íntegra pela revisora ACRG; dúvidas foram discutidas com outros dois revisores (HOS e JPS).

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão são apresentados no Quadro 1. Utilizou-se uma adaptação do acrônimo PICO (população, fenômeno de interesse e contexto) para a formulação da pergunta de pesquisa, observando-se o caráter qualitativo da revisão [19].

Foram incluídos estudos realizados em países da América Latina, que tratavam da experiência de mulheres e adolescentes no processo de busca e de acesso aos serviços de aborto legal. Também foram incluídos estudos que enfocavam a perspectiva de profissionais da saúde, considerando o protagonismo desses trabalhadores nos serviços de aborto e o impacto da conduta profissional na experiência das gestantes.

Adotou-se como delimitação de *barreiras para o acesso aos serviços* toda ou qualquer circunstância que impedisse completamente a obtenção de um aborto legal ou que dificultasse, de alguma maneira, esse processo. Ainda nesse sentido, *aborto legal* foi considerado como todo procedimento previsto na legislação do país ou isento de punições pelo código penal, geralmente mencionados como aqueles “dentro dos limites da lei”.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão para a seleção de estudos

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População	Mulheres, adolescentes (e profissionais da saúde)	
Fenômeno de interesse	Experiências, percepções e opiniões que evidenciem barreiras para o acesso aos serviços de aborto legal.	Cuidados pós-abortamento; contexto de ilegalidade à época da coleta dos dados; estudos que não é possível diferenciar experiências legais e ilegais.
Contexto	Países da América Latina e Caribe membros da Organização dos Estados Americanos (OEA)	
Modelo de estudo	Estudos qualitativos ou de métodos mistos que tenham utilizado entrevistas ou grupos focais como procedimento de coleta de dados.	Estudos de métodos mistos em que não é possível distinguir os dados qualitativos dos dados quantitativos; análises secundárias.
Período de publicação	Sem limite de data	
Idioma	Resumos ou estudos em inglês, espanhol, francês e português.	
Tipo de publicações	Artigos de estudos originais	

Avaliação de qualidade

A revisora principal (ACRG) realizou a avaliação de qualidade metodológica dos artigos incluídos. Foi utilizado o *checklist* CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*) [20] para essa etapa. Essa análise, no entanto, não implicou na exclusão de artigos, uma vez

que não há consenso a esse respeito na literatura [21]. Um resumo com a avaliação dos estudos pode ser encontrada no Material Suplementar 2.

Declaração de reflexividade

A revisora principal, ACRG, é psicóloga e estudante de mestrado em Saúde Pública; fundamenta seus estudos na perspectiva feminista e de como as estruturas macrossociais resultam em iniquidades em saúde para as mulheres. Desde a graduação está envolvida em pesquisas com a temática de aborto e direitos reprodutivos, tendo em vista a alta taxa de mortalidade de mulheres por aborto inseguro e a desigualdade de gênero no país.

HOS é psicóloga, doutora (PhD) e possui experiência de pesquisa e trabalho com mulheres na atenção à saúde materna, especialmente nos temas de violência obstétrica, luto perinatal, saúde mental e direitos reprodutivos.

JPS é médico ginecologista-obstetra, doutor (PhD) e professor titular do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP). A partir de uma perspectiva ecossocial do processo saúde-doença, foca sua atuação em temas de interesse global para a saúde materna e perinatal, com ênfase para as estratégias de redução da mortalidade materna.

Extração e síntese dos dados

Os dados dos estudos incluídos foram extraídos para uma planilha padronizada especificando: autor, ano, país, objetivos, participantes/contexto, métodos e resultados. A seção de resultados de todos os artigos, contendo descrições e citações de falas dos participantes, foi integralmente importada para o software MaxQDA Plus® (versão 2020) para codificação.

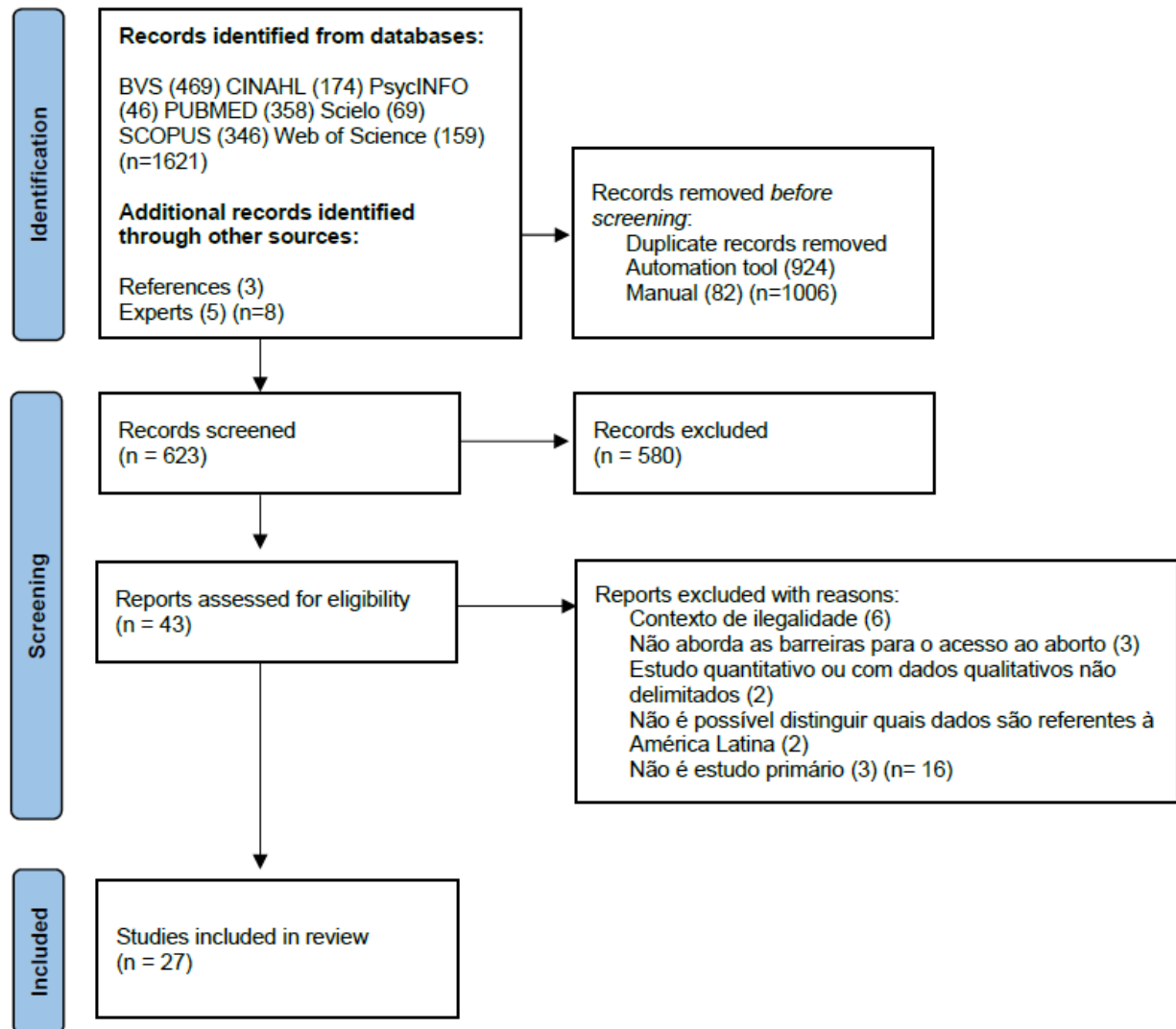
A Síntese Temática [14] foi utilizada como abordagem para a análise dos dados. Essa técnica se dividiu em três etapas: 1) codificação livre e indutiva linha-a-linha de trechos relevantes para a pergunta de pesquisa em cada estudo, de acordo com o significado e conteúdo dos dados; 2) organização dos códigos em uma estrutura de árvore, visando à hierarquia e semelhança; 3) construção e apresentação de uma nova interpretação sobre o fenômeno.

A codificação deu origem a um livro de códigos, construído e refinado em um processo iterativo de análise. O agrupamento dos dados das etapas 1 e 2 constituíram os temas descritivos, os quais se aproximaram dos resultados originais dos artigos. A etapa 3 possibilitou a elaboração de temas analíticos, dando origem à uma nova interpretação dos resultados dos estudos incluídos. A codificação e análise foram realizadas por ACRG; os códigos e temas foram revisados por HOS e JPS que estiveram de acordo com o relatório final da síntese.

RESULTADOS

As buscas nas bases eletrônicas identificaram 1621 referências. Após a remoção das duplicatas, 615 artigos tiveram seus títulos e resumos analisados. Foram selecionados 35 estudos para leitura na íntegra; desses, 19 foram incluídos na síntese, além de outros 8 selecionados através da indicação de especialistas ou da revisão de listas de referências. Mais detalhes sobre a inclusão e motivos de exclusão dos estudos podem ser consultados na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma Prisma



Ao todo, 27 artigos foram incluídos na síntese qualitativa [22-48]. No Material Suplementar 3 são apresentadas as características detalhadas de cada estudo. Geograficamente, os estudos pertencem predominantemente à região da América do Sul, sendo três da Argentina, nove do Brasil, quatro da Colômbia, seis do México e dois do Uruguai. Outros, por sua vez, contemplam mais de um país simultaneamente em seu escopo: um abrange Argentina, Uruguai e Colômbia e dois tratam de análises sobre o México e Colômbia.

Não foram incluídos na síntese estudos referentes a países caribenhos; isso aconteceu devido a 1) o aborto ser amplamente proibido nessa região, o que provavelmente dificulta ou impede completamente o desenvolvimento de estudos sobre experiências em contexto de legalidade e 2) os estudos que poderiam ser elegíveis não distinguiam experiências legais daquelas ilegais.

Em relação ao modelo do estudo, cinco artigos eram de métodos mistos [31]; [36]; [40]; [42]; [45], enquanto os demais eram integralmente qualitativos. Já em relação ao enfoque, oito tiveram apenas participantes mulheres [23]; [28]; [34-35]; [38]; [40]; [44]; [47] e um abordou a percepção de adolescentes [48]; dois incluíram as opiniões de profissionais da saúde e mulheres ao mesmo tempo [25]; [37]; dezesseis estudos envolveram apenas profissionais [22]; [24]; [26-27]; [29]; [33]; [30-32]; [36]; [39-40]; [42-43]; [45]; [46].

Análise dos dados – temas analíticos e descritivos

No total, 81 códigos foram aplicados aos extratos de textos que indicavam algum tipo de obstáculo para o acesso ao aborto legal. A partir do agrupamento desses códigos, 15 temas descritivos foram identificados, os quais compuseram 6 temas analíticos mais abrangentes, fornecendo uma nova interpretação sobre os fenômenos experienciados por meninas, mulheres e profissionais da saúde (Material Suplementar 4 e 5), conforme descrito a seguir.

Entre o sagrado e o patriarcal: o aborto como prática transgressora

Estigma sobre mulheres e profissionais

Os fatores culturais provenientes do patriarcado estão intrinsecamente associados ao abortamento, sendo possível identificá-los direta ou indiretamente nas experiências de mulheres que procuraram interromper uma gestação. Embora tenham sido considerados os abortos realizados dentro dos limites da lei, a prática ainda é rejeitada e carregada de julgamento [25]; [44]. O estigma é tão forte que há desaprovação mesmo entre aquelas que abortam. Assim, a própria decisão é justificada, mas a de outra mulher é entendida como irresponsabilidade:

“I see many women who do it like just for fun [...] people who say: ‘well, I got pregnant and I can do it one, two, and even three times.’” [25]

Expectativas acerca do papel reprodutivo da mulher na sociedade repercutem sobre suas experiências: *“It’s not something that is said, it’s more subtle pressure.”* e produzem efeitos estigmatizantes: *“[...] they have no heart, how can they have that gift of giving life and they do not want it, [they] reject it [...]” [44]*. Transgredir os papéis de gênero designados afeta também a maneira como as mulheres são enxergadas pelos homens em sua comunidade, sendo rejeitadas e consideradas “fáceis” *easy*, *“[...] a sinner, not a woman”* ou comparadas a criminosas: *“she would be crossed off the list as a murderer, from the beginning”*. [44]

Por se tratar de uma dimensão cultural e, portanto, estrutural, o estigma também é identificado entre os trabalhadores de serviços de aborto legal. O medo de ser considerado “aborteiro” resulta em menor adesão dos profissionais aos programas desses serviços [39]; [43]; [46]. Como relatam alguns entrevistados *“[...] o colega que atua nessa área [no abortamento legal] não é bem visto pelos outros colegas.”* [42] e constantemente são submetidos a *“olhares de recriminação [...]”*. [43]

O papel da religião na compreensão do aborto

Em outros casos, a percepção religiosa esteve presente em afirmações sobre o início da vida a partir da fecundação *“...ya en el primer instante en que el espermatozoide toca el óvulo, ya empezó una nueva vida [34]*; a interrupção da gestação seria, dessa forma, equivalente a um assassinato. Ainda nesse sentido, comportamentos hostis e condenatórios também foram relatados, evidenciando crenças de que mulheres que abortam devem ser punidas: *“[...] She said that we were bad, bitches, that we did not value life, that we didn’t even know what we were losing and she was very, very religious. She then said God would punish us.”* [44].

Segundo a fala de mulheres entrevistadas, o domínio cultural do cristianismo impacta diretamente suas escolhas e a maneira de experienciar o aborto: *“In reality, it was a really agony-inducing situation, due to my religion, my society, my sins. What*

matters to me the most in my life is my religion, it is of supreme importance.... I want a family, with a husband and kids inside of marriage. And that was not my situation, so it was really difficult. I couldn't eat, I cried, I had an intense depression." [23]. As crenças religiosas, portanto, acabam trazendo mais dificuldade para lidar com o processo de aborto, enfocando questões como culpa e pecado: *"[...] I ask forgiveness from God every night."* [35].

Solidão, segredo e angústia no percurso das mulheres que abortam

Conflitos emocionais relativos à decisão de abortar

A tomada de decisão envolve um amplo espectro de emoções que tornam esse processo ainda mais difícil [23]; [27]; [41]; [48]. As dificuldades surgem desde o momento em que a gravidez não desejada é descoberta e não se sabe a quem recorrer para pedir ajuda: *"Desde el primer momento vos no sabés y te sentís sola, y te sentís una mierda, pero te sentís una mierda porque no tenés a quién recurrir y tenés la sensación esa de desolación, de a quién recurro?"* [47]. .

Quando tentam compartilhar com seus companheiros sobre o desejo de interromper a gravidez, as mulheres relatam não receberem apoio para prosseguir com a decisão. Os homens se colocam em posição defensiva responsabilizando exclusivamente suas companheiras por terem engravidado: *"He told me it was my fault for spreading my legs..."* [27]. Outras justificativas de contraposição à escolha da mulher dizem respeito a considerar a perspectiva do bebê: *"I asked him and he told me he didn't agree because it's not the baby's fault'."* [27].

Em decisões envolvendo adolescentes grávidas, além de haver discordância entre as meninas e seus companheiros, a intervenção de pais e familiares é ainda mais incisiva. Nos relatos de adolescentes que prosseguiram com a gravidez, a palavra de desaprovação dos pais foi determinante para este desfecho: *My mom asked if I wanted to get an abortion. I said yes. And my mom said no, that I was crazy, that it is a baby, and even though it was not planned, it would be well received."* [48]. .

Após conseguirem decidir pelo aborto legal e realizarem o procedimento, as mulheres ainda convivem com o que chamam *"non physical pain"*, que são sentimentos de culpa, vergonha, tristeza; também relatam pensamentos autocríticos, percebendo-se

como egoístas pela decisão de abortar [25]. Essas vivências podem estar associadas à maneira como o estigma social permeia a temática [35].

Medo de retaliação ou julgamento

Dos estudos analisados, 7 deles apontam experiências de silenciamento das participantes sobre seus processos de aborto, devido ao medo de serem julgadas ou não compreendidas em suas escolhas:

“Because it changes your life, leaves you marked forever, because you cannot share it with your family, it is always with you, and is going to be always. Always” [44].

“I didn’t talk about it with my husband, or my sister, or my friends, or with anybody. The topic is now closed, that’s that.” [25].

O temor de retaliação ou represálias faz com que se viva sob constante preocupação de que alguém descubra sobre o aborto: *“Pánico me que alguien se entere, paranoia hasta de mandar mensajes de texto y pensar que me están espiando.”* [47].. Simultaneamente, a necessidade de manter o assunto em segredo mesmo antes de tomar uma decisão reforça os obstáculos para que mulheres busquem por informações ou serviços de saúde [41]. Haja vista a possibilidade de serem reconhecidas nos serviços legais [41] algumas delas veem na clandestinidade a possibilidade de manterem o anonimato [34].

O aborto legal como direito não legitimado

Desconhecimento da lei e de procedimentos

Nos estudos levantados, é recorrente a falta de conhecimento das mulheres sobre a legislação acerca do aborto legal [23-24]; [27]; [34-36]; [38]; [41]; [45]; [48-48]. Ainda que em alguns casos haja certo conhecimento, informações mais específicas não são acessadas, como a necessidade de autorizações ou a permissão para realizar o procedimento quando há a possibilidade de prejuízo para a saúde mental. Na maior parte dos países estudados, o aborto é permitido somente sob algumas circunstâncias. Esse

fato, associado ao estigma e tabu, resulta na dificuldade de as mulheres reconhecerem quando o seu caso se enquadra ou não nos trâmites legais, uma vez que a informação não é amplamente divulgada para a população.

“[...] They don’t provide information about it, because of the Church and people’s ideas, so many taboos” [27].

“Como en todos lados el aborto es ilegal, no al aborto, no al aborto, en el colegio, en todos lados. Cuando la Dra. X me comentó que no es ilegal, le digo ¿cómo puede ser? Y me explicó que la ley dice que el aborto es ilegal exceptuando violación o cuando corre peligro la salud de la mujer y cuando ponen salud no especifican. Vos por salud ¿qué entendés? ¿Lo físico, no?, pero no, la salud va más allá de eso, va por lo psicológico, lo integral” [47].

Condições sociais também interferem no acesso à informação sobre o aborto legal. Pobreza e baixa escolaridade foram mencionadas como fatores que dificultam o conhecimento de mulheres sobre seus direitos reprodutivos em países como Colômbia e México. A privação de informações sobre aborto, sobretudo, nega às mulheres a apropriação sobre seus direitos, especialmente àquelas mais vulneráveis: *“[...] if you don’t know your rights you don’t exercise them” [45].*

“...many say to me: ‘no, I did not know I could do this [get a legal abortion], I didn’t know it existed.’ The lack of information is very high above all among our lower strata with less access to education and less access to information, and likewise, among the personnel or women who live isolated in rural areas” [36].

A privação de acesso à informação de qualidade acerca de como realmente funciona o procedimento de aborto legal gera inseguranças e medos incompatíveis com a prática autorizada. Esses fatores, somados à falta de conhecimento sobre os pontos de atendimento [23]; [48], dificultam a busca e o acesso aos serviços de saúde. Fantasias se manifestam na fala de mulheres que temem que o aborto ocorra de forma insegura, comprometendo sua saúde reprodutiva ou que o feto sofra [48].

“Pensaba que iba a entrar a un matadero prácticamente, que me iba a ver envuelta en sangre y nada que ver. Ni el ambiente, ni lo que se hizo, ni cómo se hizo,

ni el tiempo que duró. Me imaginaba internada llena de gasas ensangrentadas, con una hemorragia y no.[...]” [47].

“Putting my health at risk ... that I would become infertile, that I would not be able to have a baby, and that’s what I did not want, it’s [the abortion] a decision that I’m taking now, but it’s not that I don’t want it ever, it’s just for now ... That the service here would be adequate, that it would be hygienic, that it would not put my health at risk.” [35].

Dificuldades no acesso às informações

Em razão da dificuldade de se falar abertamente sobre o assunto, as mulheres recorrem a meios alternativos de informação, os quais antecedem uma aproximação direta com profissionais ou serviços de saúde. Buscas na internet, conversas com amigas ou pessoas próximas são os recursos encontrados para obter algum direcionamento frente à possibilidade de acessar um aborto legal [23]; [35]; [41]; [47].

A dificuldade na obtenção de informações acarreta maior demora na busca pelo aborto legal. Com o passar dos dias, há o avanço da idade gestacional; a depender da legislação vigente, o acesso ao serviço pode ser negado por esse motivo [23]. Existe, portanto, uma urgência de que se aumente a divulgação, dado que *“[...] with more information, more advertising, more use of media, people will know what to do in this case and not wait so long”* [27]. Além disso, com a falta de conhecimento há o risco de a mulher ser enganada por representantes de serviços clandestinos que se passam por representantes legais [23].

(Des)serviços de aborto legal: uma lógica de negligência

Desafios estruturais

Dentre os diversos problemas encontrados para o acesso ao aborto legal, a falta de profissionais disponíveis se mostra como uma das barreiras mais importantes nesse cenário [24-25]; [28]; [36]; [39]; [46]. A objeção de consciência é um fator determinante para que profissionais não realizem a interrupção. Mesmo em países como o Uruguai, onde a prática foi amplamente legalizada, faltam trabalhadores em cidades do interior, sendo necessário que as mulheres viajem para acessar o serviço em outras localidades [46].

“In some regions with high numbers of objectors, respondents explained that women are required “to travel 200 or even 300 km just to get a prescription” for medical abortion.” [46].

Ainda sobre a necessidade de deslocamento até o serviço de saúde, de acordo com o relato das mulheres, enquanto algumas residem relativamente perto do local de atendimento, outras *“[...] spent as long as four hours traveling on public transit.” [23].*

Além das questões acerca da objeção de consciência dos profissionais, foram identificadas críticas ao aborto realizado em serviços públicos. Conforme apontam informantes-chave de países como México e Colômbia, há *“[...] a dearth of resources, including staff, as well as instances of disrespectful care [...]” [36].* Na Argentina, mulheres disseram se sentir julgadas e com medo dos profissionais desses serviços, pois *“[...] te ponen muchas trabas y te juzgan demasiado, o sea, quedás ahí con el cartelito de abortera [...]” [41],* evidenciando, novamente, o estigma por trás da prática.

Situação semelhante é encontrada na Cidade do México, onde faltam profissionais [29]; há saturação dos serviços, devido à legislação local que concentra as demandas na cidade, além de haver dias específicos para o atendimento de aborto, o que gera sobrecarga de trabalho e atrasos nos procedimentos. No serviço privado a tendência é que tudo ocorra com mais facilidade e rapidez [37].

As mulheres nem sempre possuem autonomia sobre a escolha do método abortivo a ser utilizado [25]; [46]; [48]. O aborto medicamentoso costuma ser uma opção comum entre os médicos, que por vezes se recusam a realizar a prática cirúrgica, seja por questões pessoais ou por falta de treinamento [25]; [46]. Em alguns casos, a saúde da mulher é colocada em risco: *“[...] and there are cases where the medication doesn’t work the first time, so it is prescribed once more, then again and again [...] we’ve identified cases in the interior when the medication doesn’t work, they will repeat the dosages up to five different times [...]” [46].*

Quando existe a necessidade de internação, faltam espaços privativos: *“A infraestrutura dos serviços foi pouco apontada como problema, ainda que a ausência de espaços específicos para atendimento e a internação conjunta com puérperas e recém-nascidos tenham sido citadas.” [39].* Essa condição impõe intenso sofrimento emocional

às mulheres, que acabam experienciando situações traumáticas: “[...]...*It was really hard to hear children crying nearby in the birthing rooms, to hear mothers pushing.*” [27].

Conflitos políticos e organizacionais são questões que interferem na implementação dos serviços [24]; [46]. A articulação da rede ou o funcionamento dela são suscetíveis às mudanças de governo/gestão e à concordância dos profissionais de saúde em realizar o aborto.

Custos pelo serviço

Em situações que a mulher precisou arcar com os custos pelo procedimento de aborto legal, houve atraso na busca pelo serviço, devido à dificuldade de conseguir o dinheiro [23]; [27]:

“I confirmed [that I was pregnant] a month before. I didn’t come in earlier because I didn’t have money. ...When I came they told me I was 11 weeks pregnant. I made an appointment for August 30 but I didn’t come because I didn’t have all the money. ...by the time I came in...they told me I was at 16 weeks” [27].

Na Colômbia, as “Entidades Promotoras de Saúde” EPS devem assegurar financeiramente as mulheres que realizam um aborto legal. No entanto, as entrevistadas relataram terem seus pedidos rejeitados, além sofrerem julgamentos dos representantes das Entidades pela decisão de abortar, conforme ilustrado na seguinte fala:

“[La Mesa] referred me to the EPS, which completely denied me. [The EPS representative] told me I was making a total mistake, and asked if I was aware that I was murdering a person. I told them, ‘Right now, it’s not a person, because it has not been born.’ They said it had a soul, that it already had many things. They just tortured me.” [23].

Segundo profissionais da saúde, a gratuidade do aborto na Cidade do México contempla apenas as mulheres residentes nessa localidade. Para mulheres moradoras de outras cidades, é necessário pagar uma taxa, definida por estudo socioeconômico realizado por assistentes sociais [29].

Lentidão e burocracia

A organização dos serviços é permeada por burocracias e desencontros que tornam o acesso ao aborto legal ainda mais lento. Conforme cita uma entrevistada

argentina: “[...] de un lado nos mandaban a otro y a otro y así y así” [47]. Por vezes, são realizadas diversas consultas, em um processo que pode ser entendido como uma peregrinação dentro e entre os serviços [41]; [48]. Em um estudo realizado em Bogotá Colômbia, uma das participantes levou 55 dias para conseguir abortar, considerando as idas e vindas aos serviços de saúde, em que eram exigidos documentos diferentes em cada consulta [23]. Ainda, em alguns casos, há exigência de documentos não obrigatórios [28]; [41].

As requisições de autorizações e de numerosas cópias de documentos [27]; [34]; [37] obriga as mulheres a experimentar um longo tempo de espera. No Brasil, especialmente em casos de estupro, a paciente passa por uma sequência de profissionais psicólogo, assistente social, médico, enfermeira, para os quais ela é obrigada a realizar repetidas narrativas da história da violência, ser examinada e avaliada [28]; [30-31]; [38]. Esses procedimentos são semelhantes aos que ocorrem nos serviços uruguaios [46].

O resultado do medo de possíveis denúncias era que todos os pedidos de aborto legal em caso de estupro fossem analisados pelo comitê de ética do hospital, o que implicava uma espera de uma semana ou mais. Como observaram alguns ginecologistas-obstetras, o tempo de espera às vezes era tão longo que a gravidez vencida o prazo estabelecido pela Lei [28].

No Uruguai, dentre as exigências para conseguir o aborto legal, as mulheres precisam passar por um “período de reflexão” de 5 dias: *“If it is already a difficult decision and they make you wait, it becomes torture.”* [25]. Embora as mulheres solicitem o procedimento a partir de uma decisão já tomada previamente, são invariavelmente submetidas ao tempo de espera, que pode chegar até a 15 dias. A demora na admissão da paciente pode levar à procura por serviços clandestinos [25].

Os obstáculos que antecedem a chegada ao hospital, bem como a demora na admissão da paciente devido à burocracia, podem resultar na extrapolação da idade gestacional permitida para o aborto legal [23]. Da mesma maneira, a descoberta tardia da gravidez é outro fator que inviabiliza o acesso dentro da legalidade [27], que costuma abranger apenas o primeiro trimestre de gestação. Ironicamente, na Colômbia, onde não há regulamentação do limite de idade gestacional para abortar, na prática os médicos se

recusam a realizar o procedimento tardio, principalmente quando se trata de um feto viável [45].

Dificuldades enfrentadas pelos profissionais e os impactos à assistência

Lacunas de formação, treinamento e informação

A qualidade dos serviços de aborto é afetada não somente por parâmetros estruturais e organizacionais, mas também por defasagens de formação e informação da equipe de saúde. Lacunas na educação superior de profissionais que atuam no âmbito do aborto legal dão origem a diversos problemas, como por exemplo, a falta de acolhimento humanizado à mulher que aborta [27]; [32] e o uso limitado de técnicas de aborto, que podem ser mais caras e mais invasivas [25]; [45]. A falta de conhecimento dos profissionais sobre a legislação e direitos reprodutivos também impõe barreiras na relação entre equipe e paciente, seja pela resistência em realizar o aborto ou fornecendo informações incorretas às mulheres [40].

“Na opinião do Dr. Arthur, a maioria dos jovens ginecologistas são tendencialmente conservadores porque eles mantêm uma resistência a tudo que for novo e são influenciados pelos médicos e preceptores mais velhos, a maioria dos quais são conservadores também.” [28].

“Because this topic generates resistance, it’s simple, for lack of knowledge and personal resistance [...]. Society is still not prepared. [...] I think that doctors put a ton of things between the patient or woman and her health, things that we shouldn’t put there: ideology, culture, religion, personal questions, and the rest [...]” [40].

Devido à complexidade do tema, *“Administrators and doctors see voluntary termination of pregnancy in totally different ways.” [25].* Nesse sentido, por meio de treinamentos e reuniões, há a necessidade de alinhar as expectativas de todos os funcionários dos serviços, para que se reduzam as divergências e conflitos sobre a demanda de interrupção legal da gestação.

Medos e conflitos dos profissionais

Outros impasses que atingem a atuação dos profissionais de saúde e conseqüentemente a qualidade dos serviços de aborto legal diz respeito aos conflitos interpessoais sofridos no ambiente de trabalho. Assim como já mencionado anteriormente, o estigma e a religião permeiam não somente as experiências das mulheres que abortam, mas também as práticas dos profissionais provedores de aborto.

Participantes de 6 estudos [24]; [37]; [39]; [42] referiram se sentir estigmatizados por outros colegas de trabalho devido à sua atuação em programas de aborto legal. Por vezes, ocorrem ofensas explícitas, fundamentadas pela ótica religiosa: “*tem pediatra que vira o rosto pra mim desde a implantação do serviço. ... Já ouvi mais de uma vez no posto de enfermagem alguém dizer: ‘essa daí já tem um latifúndio no inferno’*” [24]. A recriminação daqueles que se envolvem com a realização de abortos atua como prática inibidora, uma vez que outros profissionais se recusam a aderir aos programas de interrupção da gestação, por medo de represálias [39]; [42]; [43].

Grupos antiaborto são peças relevantes no que diz respeito ao debate sobre acesso a direitos reprodutivos, pois sustentam “[...] *a campaign of misinformation and confusion, as much for providers as for women.*” [36]. A mobilização de setores conservadores interfere duplamente na atuação de profissionais de saúde, pois obstruem o acesso dos trabalhadores à informação de qualidade, ao mesmo tempo em que os constroem a não prestarem esse tipo de serviço [41]. Conforme relatado abaixo, mesmo em casos de estupro o aborto legal segue profundamente polemizado, o que afeta diretamente os responsáveis por lidar com o acolhimento das mulheres:

Alguns meses antes do início desta pesquisa, este hospital tinha sido invadido por um grupo de políticos e ativistas espíritas e católicos que tentaram convencer uma adolescente grávida por estupro a não abortar e impedir que os médicos realizassem a cirurgia. A Diretora do hospital chamou os representantes da justiça e da administração local para acalmar o grupo e proteger a adolescente e os médicos. Entretanto uma ecografia mostrou que o feto já estava morto, então o abortamento tinha que ser praticado com urgência. Este incidente tinha provocado muita ansiedade e estresse entre os médicos e os outros profissionais de saúde envolvidos [28].

Especialmente no Brasil, tendo em vista a natureza limítrofe da realização de abortos como uma exceção ao código penal, os profissionais de saúde são submetidos ao temor de uma vigilância constante pelo poder público [24]; [30]; [39]. Pelo medo de cometerem um crime, reproduzem comportamentos de fiscalização, investigando a narrativa da mulher que procura pelo aborto legal em decorrência de um estupro: *“porque, como a gente sabe que não tem a exigência do BO, mas só que o Ministério Público depois não quer saber. Se você indicou um aborto que não houve nexos causal, o Ministério Público vai pra cima do médico, ele não vai pra cima da paciente que veio procurando o aborto legal...”* [30].

Maus-tratos e manutenção de poder: o papel dos profissionais de saúde

Condutas violentas ou abusivas

Os relatos referentes às atitudes dos profissionais da saúde no cotidiano dos serviços de aborto legal, destacam-se pela hostilidade e perversidade com que as mulheres são tratadas nesses cenários. Condutas violentas e/ou abusivas foram identificadas nas experiências das pacientes, entre elas: humilhação e exposição [23]; [25]; [27]; ser deixada esperando por horas, propositalmente; não receber analgésicos para alívio das dores; ser alocada com outras gestantes que estão parindo um bebê desejado [27]; ser tocada sem consentimento [41]; receber comentários irônicos em circunstâncias de fragilidade [48]; ser julgada pela escolha [47-48] e, no caso de adolescentes, não possuir autonomia e privacidade [47].

O desenvolvimento de traumas aparece como resultado da hostilidade recebida durante os atendimentos de aborto; isso inclui a possibilidade de ser denunciada à polícia, seja por desconfiança ou discordância da equipe sobre o desejo de abortar [24]; [27]. De acordo com a descrição de algumas mulheres, a interação com profissionais conservadores, que evidenciavam seu descontentamento com a escolha, trouxe marcas emocionais profundas a elas:

“At night I still see the images of everything that happened...the image comes to me of the nurse saying ‘You’re a sinner,’ and then the image of the bag...it all mortifies me.” [23].

“[...] e ele falava: ‘Olha, o que você está fazendo nem é normal para nenhum ser humano fazer’. Então ele falava coisas para mim de religião até, coisas muito sérias. Então, assim, eu passei um trauma muito grande, muito grande. Porque aí foi que eu comecei a pensar que eu estava realmente fazendo alguma coisa errada [...]” [38].

Em alguns casos, o feto expelido após o procedimento é apresentado à paciente sem qualquer preocupação com possíveis danos emocionais, podendo ser colocados em sacos plásticos, embalados em gaze [23] ou vistos pela paciente no próprio manejo da enfermeira [27]. Estas últimas, por sua vez, também podem reproduzir atitudes opressoras contra as mulheres sob seu cuidado:

“The religious nurse came in.... It’s a striking memory, because she picked it up, the fetus, she put it in a plastic bag and I didn’t want to see it, [so] I covered my eyes. Then she came up close to me, my mom was in the other room and the other nurse was far away, and she whispered, ‘I told you that your baby is going to be thrown in the trash.’ And I stayed quiet...I just started to cry.” [23].

O despreparo de ultrassonografistas para lidar com a demanda de aborto foi especificamente apontado na experiência das mulheres, que precisaram enfrentar discursos cruéis ao mesmo tempo em que tinham contato com o feto:

“You can already hear the heartbeat, how are you going to kill it?” [23].

“[...]no quiero escuchar nada, el tipo me puso los videos, tenía televisor así gigante, me puso todo para que yo viera, para que yo escuchara.” [41].

El sistema de salud es perverso. El ecografista que me palmó y me dice “chau mamá”, como recalando eso, hiriendo [47].

Conforme apresentado anteriormente, o comportamento dos profissionais acaba por sujeitar aquelas que buscam pelo aborto ao contato forçado com a imagem e estímulos fetais. Tendo em vista a circunstância de vulnerabilidade em que se encontram, a pressão da situação parece desestabilizá-las emocionalmente [24]. Ouvir a frequência cardíaca do feto, sobretudo quando não se trata de uma solicitação da paciente, intensifica os conflitos emocionais sobre a decisão de abortar [23].

Obstrução de informação adequada e de acesso ao serviço

A conduta questionável dos profissionais também pode implicar na obstrução do acesso à informação adequada e, conseqüentemente, na falha em garantir o acesso aos direitos reprodutivos. Antes de serem admitidas nos equipamentos de saúde, as mulheres relatam certo descaso ou omissão frente à possibilidade de serem orientadas corretamente [23]; [38]; [41]; [47]:

“I told them, ‘I’m here for a voluntary interruption of pregnancy.’ And they said, ‘I don’t know what that is. What is that?’ And I said, ‘This is a hospital, I know you know what that is.’ And they said, ‘Go ask over there, go over there....’ [23].

Durante os atendimentos, tenta-se convencer a paciente a mudar de ideia sobre a realização do aborto, utilizando-se de argumentações enviesadas [22]; [27]; [33]; [43], como relata uma médica que *“decidiu por ficar no Programa para ajudar as mulheres a não fazer a interrupção”* [43]. Outra médica, contrária à prática do aborto, insinua para as pacientes: *“Think about it. This could have repercussions for you; obviously it has repercussions for the baby.”* [33].

Recusa em atender/objeção de consciência

A recusa em realizar o aborto legal foi um tema bastante comum nos estudos encontrados [22], [24]; [27-28]; [32-33]; [36]; [40]. Médicos que são “objeto de consciência” elencam diversas justificativas para se esquivarem da prática, tais como o apego a valores pessoais e crenças religiosas [24]; [27-28]; [32-33]: *“Deus ainda manda em mim [...] eu sinto que tenho que reformar de acordo com essa questão... mas ainda não me sinto à vontade para fazer essa reforma.”* [28]. Alguns ginecologistas/obstetras disseram não realizar abortos devido à incompatibilidade da prática com o caráter da própria profissão [24]; [32].

A preocupação com o feto é um elemento importante nas justificativas de médicos para não fornecerem o aborto, pois ele é tratado como um paciente: *“So, the fetus is my patient, too, and to perceive [fetuses] as my patients, well, I’m not going to kill my patients [...]”* [33]. Mesmo em casos de estupro, há a compreensão de que o feto não

tem culpa e que “[...] *podría darle mucha alegría a esa mamá.*” [22]. Consoante à essa visão, ambos – mulher e feto – “[...] *are human beings and both have a right to a dignified life.*” [33]. Quanto maior a probabilidade de viabilidade fetal, maior é a ocorrência de recusa na participação do aborto [22]; [28]; [33]: “[...] *es un feticidio con más procedimientos.*” [22].

Há dificuldade entre os médicos de aceitar casos fundamentados no risco à saúde da mulher [22]; [33], sobretudo quando alegações de prejuízo à saúde mental são consideradas como justificativa para a interrupção da gestação: “*How do you demonstrate mental or psychosocial imbalance?*” [40]. Logo, os profissionais se utilizam de uma interpretação restritiva da legislação, o que dificulta o acesso ao serviço:

“The barrier that we face is that in many places the woman cites the health exception and the response she gets from the service providers is: but you are not sick or you are not dying...[...]” [36].

Dentro do contexto de objeção, alguns profissionais optam por dizer que o caso não se enquadra nos parâmetros legais e não encaminham a paciente para outros serviços [33]. A vulnerabilidade das mulheres é explorada intencionalmente ao reforçar mitos de que ao abortar, elas poderão “*get depressed because they do not feel good about themselves*” ou que ficarão estéreis [48].

Mecanismos de investigação ou suspeição da gravidez por estupro

Em relação à gravidez resultante de violência sexual, a equipe se utiliza de mecanismos investigativos para validar ou desqualificar a narrativa da mulher: “*A mulher precisa chegar com uma história convincente que caiba dentro do preconceito das pessoas*”; [30] “*...se o médico não for muito sensível, ele tem uma tendência a fazer perguntas como que pra encurralar, porque tem uma necessidade de saber e confrontar se a pessoa tá dizendo uma mentira...*” [30]. Estudos realizados no Brasil [28]; [30-31]; [39]; [42], Colômbia [33], Argentina e Uruguai [22] corroboram a hipótese de que profissionais que atuam diretamente no acolhimento das vítimas acreditam que elas utilizam a história do estupro para justificar o acesso ao aborto legal.

Especificamente no Brasil, não há a obrigatoriedade de apresentar Boletim de Ocorrência ou laudo pericial para a solicitação de aborto em caso de estupro. Assim, os profissionais de saúde se comportam como investigadores, presumindo que a mulher possa estar relatando uma mentira [24]; [30-32]. Nesse sentido, a submetem à diversas entrevistas com psicólogo, assistente social, médico, enfermeira, uma vez que “[...] *tem que ter o nexo causal, tem que bater a história da paciente com a do tempo da gravidez...*” [30]. A investigação do “nexo causal” é subjetiva, permeada por estereótipos de como se parece ou não uma vítima de abuso sexual [30-31]:

“Quando é adolescente, quando a paciente tem algum estilo, tem uma tatuagem, usa piercing ou tem alguma questão, assim, sei lá, um paradigma mais liberal, eu acho que complica mais a situação” [30].

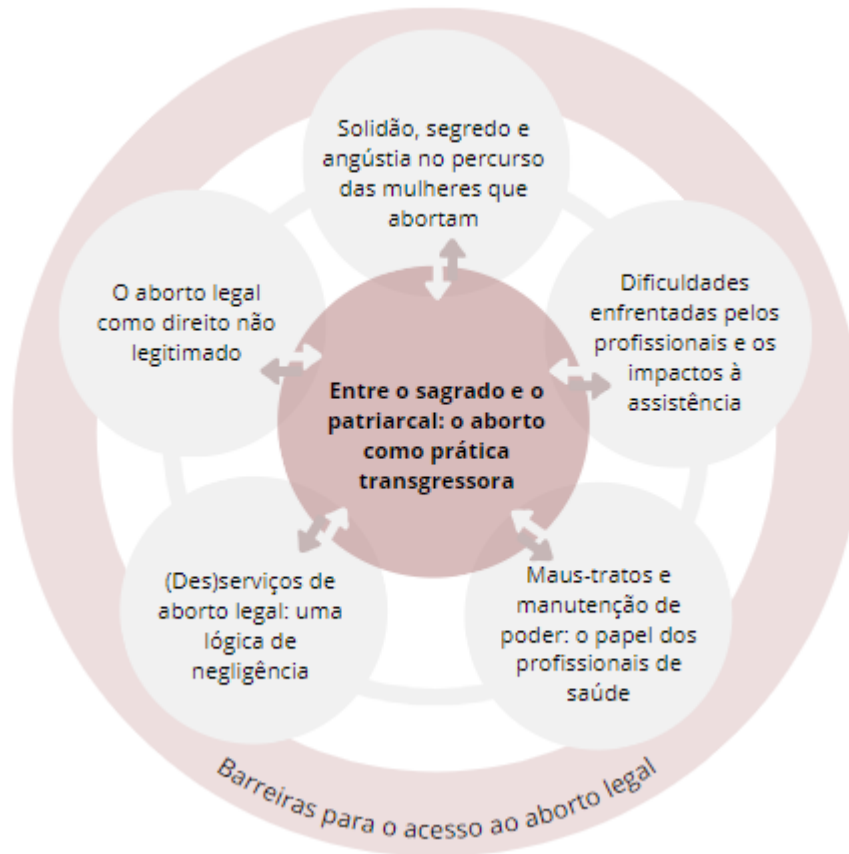
“...o que me marcou muito foi uma menina de 11 anos grávida que ela engravidou e o profissional de saúde do plantão e do outro plantão no final de semana não realizaram o aborto porque a menina não teria sido agredida fisicamente no ato sexual, então não era estupro. O pessoal do plantão, dois plantões seguidos, se recusou a fazer porque achava que ela gostara, a menina era safadinha...” [30].

“...teria algo no comportamento da mulher que não condizia com uma situação de estupro, que não seria o fato de contar uma história confusa, porque essa confusão era normal, que em situação de trauma isso acontece, que também não é a diferença entre a data da última menstruação e a data da violência, porque nem toda mulher lembra quando ficou menstruada, mas que seria algo no comportamento da mulher, é a forma de contar a violência que leva a equipe a perceber que ela estaria mentindo...” [30].

DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo foi sintetizar evidências qualitativas a partir do relato de meninas, mulheres e profissionais da saúde, acerca das barreiras para o acesso ao aborto legal na região das Américas. Foram encontrados seis temas analíticos, constituídos por 15 temas descritivos, que destacam diversos fatores dificultadores ou impeditivos para o exercício de direitos reprodutivos concernentes ao abortamento legal. Os resultados revelaram uma dinâmica de barreiras interligadas e sobrepostas, mediadas por estruturas sociais e culturais.

Figura 2 – Dinâmica entre as barreiras para o acesso ao aborto legal



Fonte: Gomes; Oliveira; Souza, 2021.

De acordo com os relatos analisados, ao transgredir dimensões fundantes das sociedades, o sagrado e o patriarcal, as mulheres são duplamente estigmatizadas ao romperem com seu papel de reprodutoras. Isso implica em uma trajetória feminina de profundos conflitos emocionais, permeada por silêncio, solidão e medo, em que se evita revelar socialmente sobre o aborto. Culwell & Hurwitz [4] apontam que o estigma é um problema complexo, utilizado como meio de punição para comportamentos desviantes da norma, a fim de assegurar o controle social; quando associado ao aborto, perpassa as demais barreiras, afetando não somente as mulheres, mas também os profissionais que atuam nesse contexto [49], gerando mais obstáculos nos serviços.

A atuação conjunta de estigma e religião explicam, em parte, a produção de barreiras para o acesso ao aborto legal na região das Américas. McGuinness e Montgomery [50] argumentam que nos países em que o aborto legal é restrito, se exclui

a possibilidade de trabalhar o tema a partir do olhar da saúde e dos direitos humanos. Nesse sentido, o sistema de saúde, sustentado pela própria legislação do país, reproduz mecanismos de controle dos corpos femininos ao perpetuar as desigualdades de gênero. Adicionalmente, se faz imprescindível uma ampliação da análise para elementos ainda pouco discutidos em termos de estudos que evidenciam as experiências de mulheres com o abortamento. Conforme exposto por Krieger na elaboração de sua teoria ecossocial, os corpos são considerados organismos que incorporam em sua biologia os aspectos da vida social. A reprodução social, portanto, se apresenta como uma das condições de existência desse corpo político, a partir da participação na manutenção ou modificação de estruturas sociais [51]. Em um prisma feminista marxista, a reprodução social diz respeito, portanto, à necessidade de manutenção da estrutura do modo de produção capitalista, através da reposição da mão de obra trabalhadora, sendo esta uma função designada às mulheres capazes de gestar. O aborto, dessa forma, seria visto como uma subversão política, pois incide sobre a base dos interesses do capital, que se vale do patriarcado para perpetuar o controle reprodutivo [52]. Essa perspectiva pode ajudar a compreender melhor o enraizamento de ideologias que influenciam a legislação, as políticas de saúde e, conseqüentemente, toda a (in)disponibilidade dos serviços de aborto legal e seguro.

Sem desconsiderar a importância de determinantes mais amplos sobre as mazelas do aborto, Kumar, entretanto, faz um alerta: “O foco no estigma do aborto não deve nos distrair de enfrentar as desigualdades fundamentais que existem e persistem em nosso mundo” [53]. A autora argumenta que o estigma não segue um padrão linear de compreensão: pode ser considerado como causa ou consequência de discriminações, a depender das circunstâncias. Isso demanda um olhar mais complexo e não-binário sobre o tema, que busque explorar as relações de poder que emergem de grupos dominantes sobre grupos dominados; essas relações já constituem discriminações prévias e que se intensificam com o estigma sobre o aborto, como é o caso de mulheres pobres e negras.

Do total de 27 estudos, 25 deles abordaram barreiras mais tangíveis e passíveis de intervenção objetiva, caracterizadas por Carrillo et al. [54] como aquelas de nível cognitivo e estrutural. Apesar deste estudo abordar uma conjuntura legal/dentro dos

limites da lei, analisou-se que a interrupção da gestação continua a assumir um caráter ilegítimo por sua exceção à regra penal na maioria dos países estudados. Assim, são criadas as barreiras cognitivas, tendo em vista que as informações sobre as normas legais e o funcionamento dos serviços não são amplamente divulgadas, acarretando maior demora na obtenção de atendimento e difusão de falsas crenças sobre como é feito um aborto seguro. Para aquelas que superam a desinformação, chegar a um serviço de saúde ainda pressupõe o enfrentamento de novos desafios – estruturais. Os relatos apontam para um excesso de procedimentos burocráticos, falta de recursos humanos, baixa disponibilidade de serviços e, por vezes, uma grande distância que deve ser percorrida até o local de atendimento. Esses obstáculos dificultam o acesso aos serviços de saúde ao afetar as dimensões de acessibilidade e disponibilidade [55].

O despreparo da equipe resulta no desconhecimento da legislação e dos procedimentos mais adequados para cada caso. A falta de treinamento contribui para a manutenção do poder de médicos e enfermeiros, que consiste em atitudes de julgamento, abuso de poder e negligência perante a solicitação de aborto legal. O comportamento abusivo de profissionais da saúde no âmbito da assistência obstétrica não é exclusivo das práticas de aborto. Pelo contrário, diversos estudos ao redor do mundo apontam que mulheres sofrem maus-tratos na assistência ao parto, tais como abuso físico, sexual, verbal, discriminação e estigma [56]. O status de poder de profissionais da saúde obstétrica se expressa na tentativa de controlar os corpos das mulheres por meio da utilização de punição, disciplina e humilhação [57]. Estes dados são extremamente semelhantes àqueles encontrados nos relatos de mulheres que experimentam o acesso a serviços de aborto legal. Tais características se encaixam na concepção de *violência obstétrica*, um termo contemporâneo bastante difundido nos países da América Latina para tratar de violências de gênero cometidas contra mulheres no campo institucional; são práticas que violam os direitos humanos e retiram da mulher a sua autonomia, reduzindo-a à circunstância de sua gravidez. O conceito foi incorporado à legislação da Venezuela, México e Argentina nos anos de 2006, 2008 e 2009, respectivamente [58]. Na Argentina, a definição de violência obstétrica perpassa as violências cometidas durante o trabalho de parto, mas também os maus-tratos referentes ao processo de

aborto induzido, independentemente do seu status legal, tendo em vista o registro de práticas desumanizantes nesse cenário [59].

De forma recorrente, os profissionais se recusam arbitrariamente a realizar o procedimento, utilizando-se do direito à objeção de consciência. Frequentemente, a mulher não é encaminhada para outros serviços quando necessário e tampouco informada sobre os seus direitos. A recusa de atendimento a partir da objeção de consciência, é um direito dos profissionais de saúde, que leva em consideração suas crenças pessoais e tem sido defendida para proteger a integridade de médicos em contextos de descriminalização do aborto, como ocorreu recentemente na Coréia do Sul [60]. Entretanto, é importante observar que essa possibilidade, quando não acompanhada de uma estrutura que garanta o acesso ao cuidado e aos direitos reprodutivos, pode ser banalizada e reforçar estigmas sobre as mulheres que desejam abortar ou sobre o procedimento em si [50]. Como já observado nos países latino-americanos, um estudo italiano destacou consequências da objeção: a necessidade de deslocamento das mulheres para encontrar serviços disponíveis, além do aumento no tempo de espera para o procedimento, o que afeta principalmente aquelas mais pobres [61]. Outros desfechos relacionados, também encontrados em Gana, incluem a morte de mulheres por procedimentos inseguros, a saturação de serviços e estigmatização dos profissionais que realizam abortos [62].

Neste estudo, embora a literatura cinza não tenha sido revisada, foi realizada uma ampla busca em sete bases de dados, complementada pela indicação de estudos por especialistas no tema e pela conferência de lista de referências. Isso adiciona maior segurança de que todos os possíveis estudos relevantes e elegíveis para esta síntese tenham sido incluídos. Nos estudos incluídos não foram encontrados resultados sobre as implicações de cor e raça das participantes e pouco foi abordado em termos de classe social. Isso sugere que mulheres negras e pobres sequer chegam a acessar os serviços de aborto legal.

As análises realizadas apontam para a importância de modificações nos currículos de profissionais da saúde, em particular dos médicos da área de ginecologia e obstetrícia, a fim de prepará-los para a atuação em casos de aborto legal. Isso poderia reduzir o estigma entre os colegas de trabalho, ao mesmo tempo em que poderia

proporcionar um atendimento humanizado, de maior qualidade. Os treinamentos ou capacitações também são recomendados para que as práticas estejam sempre em conformidade com as melhores evidências disponíveis no momento. Maior divulgação sobre os serviços de aborto e os critérios para a realização do procedimento são essenciais para que mulheres exerçam seus direitos reprodutivos, evitando deslocamentos desnecessários e demora no atendimento. Expandir os serviços de aborto legal pode auxiliar na melhoria de acesso, uma vez que reduz a saturação das clínicas e hospitais; incluir pontos de atendimento em regiões menores, fora das grandes metrópoles, é um passo fundamental para a equidade de acesso à saúde. Essas sugestões estão alinhadas com a segunda edição do documento “Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde”, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) [63]. Novos estudos devem ser realizados para compreender melhor a situação de mulheres com baixa escolaridade, negras, pobres e camponesas, para que seja possível desenvolver políticas mais adequadas à realidade dessas populações. Considerar o fortalecimento de estratégias para a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres é primordial para o desenvolvimento de um país, ultrapassando os limites exclusivamente da saúde pública e dos direitos humanos [64].

CONCLUSÃO

As barreiras para o acesso ao aborto legal na região das Américas são constituídas por uma diversidade de elementos tangíveis e abstratos. As mulheres ainda enfrentam maus-tratos e negligência por parte dos profissionais da saúde e a imposição do estigma sobre as suas escolhas. As dimensões culturais concernentes ao patriarcado, subordinadas ao modo de produção capitalista, merecem maior destaque para novos estudos que envolvam a problemática do aborto para além de uma visão fragmentada sobre possíveis barreiras e determinantes sociais isolados, haja vista que pensar direitos reprodutivos demanda uma análise complexa de dimensões indissociáveis. Dessa forma há a necessidade urgente de que pesquisas futuras se apropriem do recorte racial e demais interseccionalidades que atingem, de maneira diferenciada, mulheres brancas e racializadas, a fim de romper com uma ciência que ainda embranquece seus dados.

Medidas de atenção que visem melhorar a disponibilidade e a acessibilidade dos serviços são fundamentais para se atingir a equidade de gênero e reduzir as disparidades em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Cairo; 1994.
2. Center for reproductive rights [homepage on internet]. New York: The World's Abortion Laws; 2019.
3. World Health Organization (WHO). Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
4. Culwell KR, Hurwitz M. Addressing barriers to safe abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2013;121:S16–9.
5. Berro Pizzarossa L. Here to Stay: The Evolution of Sexual and Reproductive Health and Rights in International Human Rights Law. *Laws* 2018;7:29.
6. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet* 2018;391:2642–92.
7. World Health Organization (WHO). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012.
8. Gonzaga P, Aras L. Mulheres Latino-Americanas e a Luta por Direitos Reprodutivos: o panorama da conjuntura política e legal do aborto nos países da América Latina. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas* 2015;9.
9. World Health Organization (WHO). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
10. Kulczycki A. Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments. *Studies in Family Planning* 2011;42:199–220.

11. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health* 2014;2:e323–33. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X).
12. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet* 2018;391:2642–92.
13. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Qualitative metasynthesis: Issues and techniques. *Research in Nursing & Health* 1997;20:365–71.
14. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2008;8:45.
15. Gomes ACR, Souza JP, Salgado HO. Barriers to accessing legal abortion services in Latin America and the Caribbean - a qualitative systematic review protocol. PROSPERO 2020 CRD42020188726 Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42020188726.
16. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol* 2012;12:181.
17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
18. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 2016;5:210.
19. Butler A, Hall H, Copnell B. A Guide to Writing a Qualitative Systematic Review Protocol to Enhance Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care: The Qualitative Systematic Review Protocol. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2016;13:241–9.
20. Critical Appraisal Skills Programme. CASP (Qualitative Studies) Checklist. [online] Available at: https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf.
21. Dixon-Woods M, Bonas S, Booth A, Jones DR, Miller T, Sutton AJ, et al. How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective. *Qualitative Research* 2006;6:27–44.

22. Botero SS, Cárdenas R, Zamberlin N. ¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia. *Sex, Salud Soc (Rio J)* 2019;137–57.
23. Brack CE, RoCHAT RW, Bernal OA. “It’s a Race Against the Clock”: A Qualitative Analysis of Barriers to Legal Abortion in Bogotá, Colombia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2017;43:173–82. <https://doi.org/10.1363/43e5317>.
24. Branco JG de O, Brilhante AVM, Vieira LJE de S, Manso AG. Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal. *Cadernos de Saúde Pública* 2020;36.
25. Cárdenas R, Labandera A, Baum SE, Chiribao F, Leus I, Avondet S, et al. “It’s something that marks you”: Abortion stigma after decriminalization in Uruguay. *Reprod Health* 2018;15:150.
26. Contreras X, van Dijk MG, Sanchez T, Smith PS. Experiences and Opinions of Health-Care Professionals Regarding Legal Abortion in Mexico City: A Qualitative Study. *Studies in Family Planning* 2011;42:183–90.
27. DePiñeres T, Raifman S, Mora M, Villarreal C, Foster DG, Gerdtts C. ‘I felt the world crash down on me’: Women’s experiences being denied legal abortion in Colombia. *Reprod Health* 2017;14:133.
28. De Zordo S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17:1745–54.
29. Díaz-Olavarrieta C, Cravioto VM, Villalobos A, Deeb-Sossa N, García L, García SG. El Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud. *Rev Panam Salud Publica* 2012;32:399–404.
30. Diniz D, Dios VC, Mastrella M, Madeiro AP. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Rev Bioét* 2014;22:291–8.
31. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2014;22:141–8.

32. Farias RS, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17:1755–63.
33. Fink LR, Stanhope KK, Rochat RW, Bernal OA. "The Fetus Is My Patient, Too": Attitudes Toward Abortion and Referral Among Physician Conscientious Objectors in Bogotá, Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2016;42:71.
34. Hernández-Rosete D, Estrada-Hipólito R. Difficulties accessing abortion in legal termination contexts: high school students' narratives in a rural community in Mexico. *Cadernos de Saúde Pública* 2019;35.
35. Keefe-Oates B, Makleff S, Sa E, Forero LJ, Mendoza D, Olaya MA, et al. Experiences with abortion counselling in Mexico City and Colombia: addressing women's fears and concerns. *Culture, Health & Sexuality* 2020;22:413–28.
36. Küng SA, Darney BG, Saavedra-Avendaño B, Lohr PA, Gil L. Access to abortion under the health exception: a comparative analysis in three countries. *Reproductive Health* 2018;15:107.
37. Lara D, García S, Ortiz O, Yam EA. Challenges accessing legal abortion after rape in Mexico City. *Gac Med Mex* 2006;142 Suppl 2:85–9.
38. Machado CL, Fernandes AM dos S, Osis MJD, Makuch MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cad Saúde Pública* 2015;31:345–53.
39. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016;21:563–72.
40. Ramos S, Romero M, Ramón Michel A. Health care providers' opinions on abortion: a study for the implementation of the legal abortion public policy in the Province of Santa Fe, Argentina. *Reprod Health* 2014;11:72.
41. Ramos S, Romero M, Ramón Michel A, Tiseyra MV, Vila Ortiz M. Experiencias y obstáculos que enfrentan las mujeres en el acceso al aborto. Documento de trabajo CEDES. Buenos Aires; 2020.
42. Rocha WB da, Silva AC da, Leite SM de L, Cunha T. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. *Rev Bioét* 2015;23:387–99.

43. Soares GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad Saúde Pública* 2003;19:S399–406.
44. Sorhaindo AM, Juárez-Ramírez C, Olavarrieta CD, Aldaz E, Mejía Piñeros MC, Garcia S. Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico. *Women & Health* 2014;54:622–40.
45. Stanhope K, RoCHAT R, Fink L, Richardson K, Brack C, Comeau D. Physician opinions concerning legal abortion in Bogotá, Colombia. *Culture, Health & Sexuality* 2017;19:873–87.
46. Stifani BM, Couto M, Lopez Gomez A. From harm reduction to legalization: The Uruguayan model for safe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2018;143:45–51.
47. Szulik D, Zamberlin N. La legalidad oculta: Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud. *Sex, Salud Soc (Rio J)* 2020:46–67.
48. Tatum C, Rueda M, Bain J, Clyde J, Carino G. Decisionmaking Regarding Unwanted Pregnancy among Adolescents in Mexico City: A Qualitative Study. *Studies in Family Planning* 2012;43:43–56.
49. Norris A, Bessett D, Steinberg JR, Kavanaugh ML, De Zordo S, Becker D. Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences. *Women's Health Issues* 2011;21:S49–54.
50. McGuinness S, Montgomery J. Legal Determinants of Health: Regulating Abortion Care. *Public Health Ethics* 2020;13:34–40. <https://doi.org/10.1093/phe/phaa014>.
51. Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2005;59:350–5. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>.
52. Luparello V. Abortion and capitalism: an analysis of the population policies and economic development in latin america from the perspective of the social reproduction theory (1950 - 1980). *Diálogos Revista Electrónica de Historia* 2017;18:104–21. <https://doi.org/10.15517/dre.v18i2.26376>.
53. Kumar A. Everything Is Not Abortion Stigma. *Women's Health Issues* 2013;23:e329–31. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2013.09.001>.

54. Carrillo JE, Carrillo VA, Perez HR, Salas-Lopez D, Natale-Pereira A, Byron AT. Defining and Targeting Health Care Access Barriers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 2011;22:562–75.
<https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0037>.
55. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Rahman MH. Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2008;1136:161–71.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>.
56. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med* 2015;12.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>.
57. Bradley S, McCourt C, Rayment J, Parmar D. Midwives' perspectives on (dis)respectful intrapartum care during facility-based delivery in sub-Saharan Africa: a qualitative systematic review and meta-synthesis. *Reproductive Health* 2019;16:116. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0773-y>.
58. Ramírez GA. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. 1 2014;11:145–69.
<https://doi.org/10.15517/c.a..v11i1.14238>.
59. Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters* 2016;24:65–73.
<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001>.
60. Kim CJ. Conscientious objection to abortion: why it should be a specified legal right for doctors in South Korea. *BMC Med Ethics* 2020;21.
<https://doi.org/10.1186/s12910-020-00512-3>.
61. The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access. *Social Science Research* 2020;87:102403.
<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2020.102403>.
62. Awoonor-Williams, Baffoe P, Aboba M, Ayivor P, Nartey H, Felker B, et al. Exploring Conscientious Objection to Abortion Among Health Providers in Ghana. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2020;46:51.

63. World Health Organization (WHO). *Abortamento Seguro Orientação Técnica e de Políticas Para Sistemas De Saúde*; 2015.
64. Fathalla MF, Fathalla MMF. *Sexual and Reproductive Health: Overview*. *International Encyclopedia of Public Health*, Elsevier; 2017, p. 481–90. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00402-1>.

Material Suplementar 1 – Estratégia de busca nas bases de dados

BVS

#	Estratégia
1	("Aborto legal" OR (Abortion AND Legal) OR (Interrupción AND legal*AND embarazo) OR ((termination OR interruption) AND legal AND pregnancy) OR ("interrupção legal" AND (gravidez OR gestação)) OR "Aborto induzido" OR "Induced Abortion")
2	("Latin America" OR "América Latina" OR "latino-americanos" OR "Latin American" OR "South America" OR "América del Sur" OR "América do Sul" OR Argentina OR Bolívia OR Brasil OR Brazil OR Chile OR Colômbia OR Equador OR Ecuador OR "Guiana Francesa" OR "French Guiana" OR "Guyana Francesa" OR Guiana OR Guyana OR Paraguai OR Paraguay OR Peru OR Suriname OR Uruguai OR Uruguay OR Venezuela OR "America Central" OR "Central America" OR Belize OR Belice OR "Costa Rica" OR "El Salvador" OR Guatemala OR Honduras OR Nicarágua OR Panamá OR Caribe OR Caribbean OR (Antigua AND Barbuda) OR Bahamas OR Barbados OR Cuba OR Dominica OR "República Dominicana" OR "Dominican Republic" OR Granada OR Grenada OR Haiti OR "Saint Kitts and Nevis" OR Honduras OR Jamaica OR "Santa Lucia" OR "Saint Lucia" OR "São Vicente" OR "San Vicente" OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR Suriname OR "Trinidad and Tobago" OR Mexico)
3	(Access* OR Acces*)

PUBMED

#	Estratégia
1	("Abortion, Legal"[Mesh] OR (Abortion* AND Legal*) OR ((termination OR interruption) AND legal AND pregnancy) OR "Induced Abortion")
2	("South America"[Mesh] OR "Latin America"[Mesh] OR "Central America"[Mesh] OR "Latin America" OR "South America" OR Argentina OR Bolívia OR Brasil OR Brazil OR Chile OR Colômbia OR Ecuador OR "French Guiana" OR Guiana OR Guyana OR Paraguay OR Peru OR Suriname OR Uruguay OR Venezuela OR "Central America" OR Belize OR "Costa Rica" OR "El Salvador" OR Guatemala OR Honduras OR Nicarágua OR Panamá OR Caribbean OR (Antigua AND Barbuda) OR Bahamas OR Barbados OR Cuba OR Dominica OR "Dominican Republic" OR Grenada OR Haiti OR "Saint Kitts and Nevis" OR Honduras OR Jamaica OR "Saint Lucia" OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR Suriname OR "Trinidad and Tobago" OR Mexico)
3	(Access*)

CINAHL

#	Estratégia
1	((MH "Abortion, Induced+") OR (Abortion* AND Legal*) OR ((termination OR interruption) AND legal AND pregnancy) OR "Induced Abortion")
2	(((MH "Latin America") OR (MH "South America+") OR (MH "Central America+") OR "Latin America" OR "South America" OR Argentina OR Bolívia OR Brasil OR Brazil OR Chile OR Colômbia OR Ecuador OR "French Guiana" OR Guiana OR Guyana OR Paraguay OR Peru OR Suriname OR Uruguay OR Venezuela OR "Central America" OR Belize OR "Costa Rica" OR "El Salvador" OR Guatemala OR Honduras OR Nicarágua OR Panamá OR Caribbean OR (Antigua AND Barbuda) OR Bahamas OR Barbados OR Cuba OR Dominica OR "Dominican Republic" OR Grenada OR Haiti OR "Saint Kitts and Nevis" OR Honduras OR Jamaica OR "Saint Lucia" OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR Suriname OR "Trinidad and Tobago" OR Mexico))
3	(Access*)

SCOPUS

#	Estratégia
1	((Abortion* AND Legal*) OR ((termination OR interruption) AND legal AND pregnancy) OR "Induced Abortion")
2	("Latin America" OR "Latin American" OR "South America" OR Argentina OR Bolívia OR Brasil OR Brazil OR Chile OR Colômbia OR Ecuador OR "French Guiana" OR Guiana OR Guyana OR Paraguay OR Peru OR Suriname OR Uruguay OR Venezuela OR "Central America" OR Belize OR "Costa Rica" OR "El Salvador" OR Guatemala OR Honduras OR Nicarágua OR Panamá OR Caribbean OR (Antigua AND Barbuda) OR Bahamas OR Barbados OR Cuba OR Dominica OR "Dominican Republic" OR Grenada OR Haiti OR "Saint Kitts and Nevis" OR Honduras OR Jamaica OR "Saint Lucia" OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR Suriname OR "Trinidad and Tobago" OR Mexico)
3	(Access*)
	TITLE-ABS-KEY (((abortion* AND legal*) OR ((termination OR interruption) AND legal AND pregnancy) OR ("Induced Abortion"))) AND TITLE-ABS-KEY (("Latin America" OR "Latin American" OR "South America" OR argentina OR bolívia OR brasil OR brazil OR chile OR colômbia OR ecuador OR "French Guiana" OR guiana OR guyana OR paraguay OR peru OR suriname OR uruguay OR venezuela OR "Central America" OR belize OR "Costa Rica" OR "El Salvador" OR guatemala OR honduras OR nicarágua OR panamá OR caribbean OR (antigua AND barbuda) OR bahamas OR barbados OR cuba OR dominica OR "Dominican Republic" OR grenada OR haiti OR "Saint Kitts and Nevis" OR honduras OR jamaica OR "Saint Lucia" OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR suriname OR "Trinidad and Tobago" OR mexico

)) AND TITLE-ABS-KEY ((access*))

WEB OF SCIENCE

#	Estratégia
1	((Abortion* AND Legal*) OR ((termination OR interruption) AND legal AND pregnancy) OR "Induced Abortion"))
2	("Latin America" OR "Latin American" OR "South America" OR Argentina OR Bolívia OR Brasil OR Brazil OR Chile OR Colômbia OR Ecuador OR "French Guiana" OR Guiana OR Guyana OR Paraguay OR Peru OR Suriname OR Uruguay OR Venezuela OR "Central America" OR Belize OR "Costa Rica" OR "El Salvador" OR Guatemala OR Honduras OR Nicarágua OR Panamá OR Caribbean OR (Antigua AND Barbuda) OR Bahamas OR Barbados OR Cuba OR Dominica OR "Dominican Republic" OR Grenada OR Haiti OR "Saint Kitts and Nevis" OR Honduras OR Jamaica OR "Saint Lucia"OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR Suriname OR "Trinidad and Tobago" OR Mexico)
3	(Access*)
	((Abortion* AND Legal*) OR ((termination OR interruption) AND legal AND pregnancy) OR "Induced Abortion")) AND TÓPICO: (("Latin America" OR "Latin American" OR "South America" OR Argentina OR Bolívia OR Brasil OR Brazil OR Chile OR Colômbia OR Ecuador OR "French Guiana" OR Guiana OR Guyana OR Paraguay OR Peru OR Suriname OR Uruguay OR Venezuela OR "Central America" OR Belize OR "Costa Rica" OR "El Salvador" OR Guatemala OR Honduras OR Nicarágua OR Panamá OR Caribbean OR (Antigua AND Barbuda) OR Bahamas OR Barbados OR Cuba OR Dominica OR "Dominican Republic" OR Grenada OR Haiti OR "Saint Kitts and Nevis" OR Honduras OR Jamaica OR "Saint Lucia"OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR Suriname OR "Trinidad and Tobago" OR Mexico)) AND TÓPICO: (Access*)

PSYCINFO

#	Estratégia
1	((Abortion* AND Legal*) OR ((termination OR interruption) AND legal AND pregnancy) OR "Induced Abortion"))
2	("Latin America" OR "Latin American" OR "South America" OR Argentina OR Bolívia OR Brasil OR Brazil OR Chile OR Colômbia OR Ecuador OR "French Guiana" OR Guiana OR Guyana OR Paraguay OR Peru OR Suriname OR Uruguay OR Venezuela OR "Central America" OR Belize OR "Costa Rica" OR "El Salvador" OR Guatemala OR Honduras OR Nicarágua OR Panamá OR Caribbean OR (Antigua AND Barbuda) OR Bahamas OR Barbados OR Cuba OR Dominica OR "Dominican Republic" OR Grenada OR Haiti OR "Saint Kitts and Nevis" OR Honduras OR Jamaica OR "Saint Lucia"OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR Suriname OR "Trinidad and Tobago" OR Mexico)

3	(Access*)
	((Any Field: Abortion* AND Any Field: Legal*) OR ((Any Field: termination OR Any Field: interruption) AND Any Field: legal AND Any Field: pregnancy) OR Any Field: "Induced Abortion")) AND Any Field: ("Latin America" OR "Latin American" OR "South America" OR Argentina OR Bolívia OR Brasil OR Brazil OR Chile OR Colômbia OR Ecuador OR "French Guiana" OR Guiana OR Guyana OR Paraguay OR Peru OR Suriname OR Uruguay OR Venezuela OR "Central America" OR Belize OR "Costa Rica" OR "El Salvador" OR Guatemala OR Honduras OR Nicarágua OR Panamá OR Caribbean OR (Antigua AND Barbuda) OR Bahamas OR Barbados OR Cuba OR Dominica OR "Dominican Republic" OR Grenada OR Haiti OR "Saint Kitts and Nevis" OR Honduras OR Jamaica OR "Saint Lucia" OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR Suriname OR "Trinidad and Tobago" OR Mexico) AND (Any Field: Access*)

SCIELO

#	Estratégia
1	("Aborto legal" OR (Abortion AND Legal) OR (Interrupción AND legal* AND embarazo) OR ((termination OR interruption) AND legal AND pregnancy) OR ("interrupção legal" AND (gravidez OR gestação)) OR "Aborto induzido" OR "Induced Abortion")
2	("Latin America" OR "América Latina" OR "latino-americanos" OR "Latin American" OR "South America" OR "América del Sur" OR "América do Sul" OR Argentina OR Bolívia OR Brasil OR Brazil OR Chile OR Colômbia OR Equador OR Ecuador OR "Guiana Francesa" OR "French Guiana" OR "Guyana Francesa" OR Guiana OR Guyana OR Paraguai OR Paraguay OR Peru OR Suriname OR Uruguai OR Uruguay OR Venezuela OR "America Central" OR "Central America" OR Belize OR Belice OR "Costa Rica" OR "El Salvador" OR Guatemala OR Honduras OR Nicarágua OR Panamá OR Caribe OR Caribbean OR (Antigua AND Barbuda) OR Bahamas OR Barbados OR Cuba OR Dominica OR "República Dominicana" OR "Dominican Republic" OR Granada OR Grenada OR Haiti OR "Saint Kitts and Nevis" OR Honduras OR Jamaica OR "Santa Lucia" OR "Saint Lucia" OR "São Vicente" OR "San Vicente" OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR Suriname OR "Trinidad and Tobago" OR Mexico)
3	(Acess* OR Acces*)

Material suplementar 2 – *Critical Appraisal Skills Programme Qualitative Research Checklist (CASP)*

	1. Was there a clear statement of the aims of the research?	2. Is a qualitative methodology appropriate?	3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?	4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?	6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?	7. Have ethical issues been taken into consideration?	8. Was the data analysis sufficiently rigorous?	9. Is there a clear statement of findings?	10. How valuable is the research?
[22]	Y	Y	Y	CT	CT	CT	CT	CT	CT	Y
[23]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
[24]	Y	Y	Y	Y	Y	CT	Y	Y	Y	Y
[25]	Y	Y	Y	Y	Y	CT	Y	Y	Y	Y
[26]	Y	Y	Y	Y	Y	CT	Y	CT	CT	Y
[27]	Y	Y	Y	Y	CT	CT	CT	CT	CT	Y
[28]	Y	Y	Y	CT	Y	CT	Y	Y	Y	Y
[29]	Y	Y	Y	CT	Y	CT	CT	CT	Y	Y
[30]	Y	Y	Y	Y	Y	CT	Y	Y	Y	Y
[31]	Y	Y	Y	Y	Y	CT	Y	Y	Y	Y
[32]	Y	Y	Y	Y	Y	CT	Y	CT	Y	Y
[33]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
[34]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	CT	Y
[35]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
[36]	Y	Y	Y	CT	Y	CT	Y	CT	Y	Y
[37]	Y	Y	Y	Y	Y	CT	CT	CT	Y	CT
[38]	Y	Y	Y	Y	Y	CT	Y	Y	Y	Y
[39]	Y	Y	Y	Y	Y	CT	Y	Y	Y	Y
[40]	Y	Y	Y	Y	Y	CT	Y	CT	Y	Y
[41]	Y	Y	Y	CT	CT	CT	Y	CT	Y	Y
[42]	Y	Y	Y	Y	Y	CT	Y	CT	CT	Y
[43]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	CT
[44]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
[45]	Y	Y	Y	Y	Y	CT	Y	Y	Y	Y
[46]	Y	Y	Y	CT	Y	N	CT	CT	Y	Y
[47]	Y	Y	Y	CT	CT	CT	CT	CT	Y	Y
[48]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y

Note. Record: "Y = yes", "N = no" or "CT = can't tell"

Material suplementar 3 – Caracterização dos estudos

Referência/ano	País	Objetivos	Participantes/contexto	Coleta e análise dos dados qualitativos
[22], 2019	Argentina, Uruguai e Colômbia	Compreender os significados que os objetores de consciência atribuem à essa prática.	<ul style="list-style-type: none"> • 29 profissionais de saúde objetores de consciência: ginecologistas-obstetras e clínicos gerais. • Clínicas e hospitais em Buenos Aires, Montevideu e Bogotá 	Entrevistas presenciais e por telefone. Foi realizada a transcrição e codificação dos dados. Teoricamente, está ancorado nas análises feministas dos estudos sobre reprodução.
[23], 2017	Colômbia	Identificar as barreiras para o acesso ao aborto e elucidar as maneiras pelas quais essas barreiras afetam a tomada de decisão das mulheres em relação ao aborto.	<ul style="list-style-type: none"> • 17 mulheres que obtiveram um aborto legal nos últimos 12 meses. • Origem do recrutamento: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (La Mesa) - organização de defesa dos direitos reprodutivos; Centro Amigável Centro Oriente (CAMI CO) e Centro Amigável Suba (CAMI Suba) – clínicas públicas, e duas - Clínica Profamilia - Piloto (Profamilia) e Clínica Oriéntame - Teusaquillo (Oriéntame) - privadas. 	Entrevistas em profundidade. Análise temática. Abordagem fenomenológica.
[24], 2020	Brasil	Compreender a objeção de consciência com base na análise das formações ideológicas que permeiam o acesso ao abortamento legal decorrente de violência sexual na concepção de trabalhadores e gestores que atuam em serviços de referência.	<ul style="list-style-type: none"> • 20 profissionais e gestores. Áreas: medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, direito e administração. • Serviços de referência na atenção às mulheres em situação de violência sexual em um município do Nordeste do Brasil. 	Entrevista em profundidade e diário de campo. Análise do Discurso (Pechêux)

[25], 2017	Uruguai	Descobrir e analisar as percepções e atitudes de pacientes e profissionais de saúde em relação ao aborto. Especificamente, para explorar se e como o estigma continua a operar em ambientes de aborto clínico descriminalizados	<ul style="list-style-type: none"> • 10 mulheres que realizaram o aborto legal e 10 profissionais de saúde: médicos, parteiras, assistentes sociais e um psiquiatra que fornecem aborto. • Instalações públicas e privadas em todo o sistema de saúde do Uruguai. 	Entrevista semiestruturada em profundidade. Análise temática.
[26], 2011	México	Examinar as experiências e opiniões dos profissionais de saúde após a legalização do aborto na Cidade do México em 2007.	<ul style="list-style-type: none"> • 64 profissionais da saúde: ginecologistas-obstetras, enfermeiras, assistentes-sociais, recepcionistas, clínicos gerais, psicólogo, anestesiastas, diretores ou assistente de diretor, Altos tomadores de decisão da Secretaria de Saúde da Cidade do México. • 12 hospitais públicos e o Centro de Saúde Beatriz Velasco de Aleman. 	Entrevista semiestruturada. Análise no software Atlas-ti versão 5.0, de acordo com um conjunto de temas e categorias definidos que emergiram das entrevistas.
[27], 2017	Colômbia	Entender por que os serviços são negados às mulheres na Colômbia e quais fatores determinam se e como elas acabam por interromper a gravidez.	<ul style="list-style-type: none"> • 21 mulheres que tiveram a solicitação de aborto negada devido ao avanço da idade gestacional. • Fundación Oriéntame - clínica privada sem fins lucrativos em Bogotá. 	Entrevistas em profundidade. Análise de conteúdo.
[28], 2012	Brasil	Investigar a experiência e as representações do aborto legal, analisadas em contraste com as representações do aborto ilegal, dos profissionais de saúde, em particular dos ginecologistas-obstetras.	<ul style="list-style-type: none"> • 45 Profissionais da saúde: ginecologistas-obstetras, anestesiastas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogas e diretoras dos hospitais); • Um hospital que oferece um serviço de aborto legal (situado no centro de Salvador), e outro que não oferece este serviço (situado na periferia). 	Questionários e entrevista semiestruturada. Análise não especificada.

[29], 2011	México	Identificar as percepções e opiniões dos provedores de serviços de aborto na Cidade do México, três anos após a implementação da reforma da lei sobre o aborto eletivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais de saúde: enfermeiros, assistente-sociais, ginecologistas-obstetras, anestesistas e clínicos gerais do Programa de Interrupção Legal da Gravidez (ILE). • Uma clínica e um hospital que concentram 56% dos procedimentos de aborto legal no setor público na Cidade do México. 	Entrevista semiestruturada. Análise temática.
[30], 2014 *	Brasil	Conhecer como os profissionais de saúde de serviços de aborto legal constroem a verdade do estupro para que uma mulher tenha acesso ao aborto.	<ul style="list-style-type: none"> • 82 profissionais de saúde: ginecologistas-obstetras, anestesistas, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. • 5 serviços de referência para aborto legal, um de cada região do país. 	Entrevista semiestruturada. Entrevistas foram codificadas e tabuladas a partir de um instrumento composto por duas questões: se havia práticas periciais para a narrativa da mulher e, havendo, como elas se expressavam.
[31], 2014 *	Brasil	Compreender as opiniões e práticas dos obstetras-ginecologistas brasileiros em relação ao aborto em caso de estupro.	<ul style="list-style-type: none"> • 50 ginecologistas-obstetras que haviam prestado atenção ao aborto para mulheres estupradas. • Diferentes regiões do país; médicos associados à FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). 	Entrevista semiestruturada em profundidade, via telefone. As entrevistas foram lidas e codificadas. Os dados foram tabulados por meio de um instrumento com cinco questões sobre a experiência dos médicos no atendimento à saúde da mulher vítima de estupro, os documentos necessários para o aborto e a objeção de consciência.

[32], 2012	Brasil	Identificar as percepções dos profissionais sobre a atuação diante de casos de aborto legal.	<ul style="list-style-type: none"> • 24 profissionais de saúde que incorporam em seus procedimentos de rotina o atendimento às mulheres com demanda por aborto legal: assistentes sociais, psicólogas, médicos(as), anestesistas, enfermeiros(as) e médicos(as) obstetras. • Hospital Municipal Fernando Magalhães. 	Entrevista semiestruturada. Análise de conteúdo.
[33], 2016	Colômbia	Entender a objeção de consciência da perspectiva dos próprios objetores, e identificar possíveis vias de intervenção que possam reduzir o peso da objeção de consciência como uma barreira para o aborto legal e seguro.	<ul style="list-style-type: none"> • Dois grupos: atores no debate sobre o aborto na Colômbia: 13 informantes-chave - líderes de organizações sem fins lucrativos, advogados, defensores dos direitos das mulheres, bioeticistas, um professor de medicina e um funcionário do governo municipal e 15 objetores de consciência autodeclarados: médicos e uma estudante de medicina em seu último ano de residência. 	Entrevista em profundidade. Análise temática.
[34], 2019	México	Descrever as dificuldades de acesso à interrupção legal da gravidez, narrada por jovens estudantes de um colégio, localizado em uma área rural da Cidade do México.	<ul style="list-style-type: none"> • 15 mulheres cursando o ensino médio público. • Comunidade rural da Cidade do México. 	Entrevista em profundidade. Etnografia com abordagem fenomenológica.

[35], 2019	México e Colômbia	Compreender sentimentos de estigma, medos e preocupações antes de acessar os serviços e como aconselhamento sobre aborto abordou essas preocupações.	<ul style="list-style-type: none"> • 30 mulheres que acessaram serviços de aborto legal. • Fundación Mexicana para la Planeación Familiar - Mexfam (Cidade do México) e Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana - Profamilia (Bucamaranga e Cúcuta). 	Entrevista em profundidade. Análise temática.
[36], 2018 **	México, Colômbia e Grã-Bretanha	Identificar os fatores que contribuem para a aplicação heterogênea de leis de exceção de saúde que são semelhantes na Grã-Bretanha, Colômbia e México.	<ul style="list-style-type: none"> • 17 profissionais de saúde com experiência no emprego da exceção de saúde, acadêmicos que estudaram a exceção de saúde e ONGs parceiras. • México: risco grave para a saúde da mulher; risco de morte ou lesão grave para a saúde da mulher / Colômbia: risco para a vida ou saúde da mulher. 	Entrevista em profundidade. Análise temática.
[37], 2006	México	Descrever a experiência de mulheres e médicos em obter e oferecer serviços de aborto legal em caso de estupro na Cidade do México e identificar as barreiras que enfrentam nesses serviços.	<ul style="list-style-type: none"> • 5 mulheres grávidas em decorrência de um estupro e 7 médicos que fornecem aborto. • Hospitais públicos e privados. 	Entrevistas em profundidade e análise com software Etnograph 4.0
[38], 2015	Brasil	Conhecer as vivências de mulheres após a violência sexual, no diagnóstico da gravidez, na busca por serviço de interrupção legal e durante a internação em um hospital universitário.	<ul style="list-style-type: none"> • 10 mulheres que buscaram atendimento para interrupção legal em serviço de referência. • Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). 	Entrevista semiestruturada. Análise a partir da Teoria Fundamentada dos Dados.

[39], 2016	Brasil	Apresentar dados atualizados sobre a estrutura dos serviços e a situação do atendimento à violência sexual, além do perfil das mulheres e das características do aborto.	<ul style="list-style-type: none"> ● 82 profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e técnicos de enfermagem. ● 5 serviços de referência em número de atendimentos – um em cada região do país. 	Entrevista semiestruturada. Entrevistas foram codificadas e os dados foram tabulados por meio de um instrumento composto por duas questões: se havia dificuldades para o funcionamento do serviço e, caso houvesse, como elas ocorriam.
[40], 2014 *	Argentina	Relatar os resultados da primeira fase de um estudo de pesquisa operacional conduzido na Província de Santa Fé, Argentina, a respeito da implementação da política local de acesso ao aborto seguro e legal.	<ul style="list-style-type: none"> ● 27 profissionais com papel estratégico no processo de tomada de decisão nos serviços de obstetrícia e outros serviços relevantes para a atenção ao abortamento - anestesiologia, saúde mental e treinamento clínico. ● Dois hospitais gerais de referência de terceiro nível, ambos centros de ensino com departamentos de obstetrícia e ginecologia. 	Entrevista semiestruturada. As entrevistas foram transcritas. A redução de dados foi realizada manualmente e as respostas foram colocadas em tabelas de texto mostrando a resposta de cada entrevistado a cada pergunta.
[41], 2020	Argentina	Fornecer evidências sobre as barreiras ao acesso das mulheres ao aborto seguro.	<ul style="list-style-type: none"> ● 18 mulheres que haviam realizado um aborto a partir de 1 de janeiro de 2019 ● Jurisdições de: CABA, Córdoba, Neuquén e Salta. 	Entrevista em profundidade. Para este estudo, foi proposta a adaptação do chamado modelo dos três atrasos, que enfoca três atrasos cronológicos e sequenciais que afetam o desfecho em uma emergência.

[42], 2015 *	Brasil	Identificar o conhecimento e a percepção dos aspectos éticos envolvidos no Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei, por parte de profissionais de saúde do Hospital Materno Infantil de Brasília que não lidam diretamente com os serviços de abortamento legal dessa instituição.	<ul style="list-style-type: none"> • 177 profissionais de saúde: médicos, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, bioquímicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem • Hospital materno-infantil de Brasília. 	Questionário com perguntas abertas e fechadas. Análise fundamentou-se na abordagem teórica das situações persistentes em bioética, enfocando especificamente suas implicações para a saúde pública.
[43], 2003	Brasil	Compartilhar as representações de assistentes sociais, psicólogas, enfermeiras e médicos sobre o abortamento, com base em suas atuações nos programas de assistência às mulheres em situação de violência.	<ul style="list-style-type: none"> • 12 profissionais de saúde: assistentes sociais, psicólogas, enfermeiras e obstetras e 2 gestores dos Programas de Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual da Paraíba e do Distrito Federal. 	Entrevistas semiestruturadas. Análise a partir da das Representações Sociais.
[44], 2014	México	Este estudo explorou as fontes, experiências e consequências do estigma do ponto de vista das mulheres que tiveram um aborto, parceiros do sexo masculino e membros da população em geral em diferentes contextos regionais e legais.	<ul style="list-style-type: none"> • Homens e mulheres que tiveram experiência com aborto. Entrevistas: 12 homens e 12 mulheres. Grupos focais: 36 homens e 65 mulheres. • O estudo foi realizado em cinco estados onde o aborto continua legalmente restrito - Chiapas, Chihuahua, Jalisco, Oaxaca, Yucatán e na Cidade do México. 	Grupos focais e entrevistas semiestruturadas. Análise do discurso com microanálise.
[45], 2017 *	Colômbia	Explorar as opiniões e conhecimentos dos médicos sobre o aborto legal em Bogotá, Colômbia e as barreiras para o acesso ao aborto legal.	<ul style="list-style-type: none"> • 13 informantes-chave: médicos, advogados, defensores, acadêmicos e administradores de clínicas. 	Entrevista semiestruturada. Análise a partir de abordagem modificada da Teoria Fundamentada dos Dados.

[46], 2018	Uruguai	Análise da abordagem uruguaia para a implementação de programas nacionais de serviços de aborto, após mudanças nas leis ou diretrizes políticas que estabeleceram ou expandiram o acesso aos serviços.	<ul style="list-style-type: none"> • 11 participantes: provedores de saúde, funcionários da saúde pública e do governo que estiveram envolvidos no estabelecimento ou expansão do serviço, acadêmicos e membros de organizações não governamentais (ONGs) e grupos de defesa legal e feminista. 	Análise documental aprofundada e entrevista semiestruturada. Análise das entrevistas foi realizada a partir da Análise Temática seguindo a estrutura do i-PARIHS.
[47], 2020	Argentina	Descrever e analisar as rotas de acesso, buscando identificar as formas pelas quais as mulheres percebem, manifestam e processam o estigma em torno do aborto.	<ul style="list-style-type: none"> • 18 mulheres que realizaram uma interrupção legal da gestação • Cidade de Buenos Aires, municípios da Província de Buenos Aires e Chubut, em um período de até 3 meses após o procedimento. 	Entrevista-semiestruturada. Não especifica o método de análise.
[48], 2012	México	Examinar o papel de colegas, parceiros, membros da família, e profissionais de saúde na tomada de decisões de adolescentes em relação à continuação ou da interrupção da gravidez na Cidade do México logo após o aborto ser legalizado em 2007.	<ul style="list-style-type: none"> • 23 adolescentes de renda média, média-baixa e baixa que tiveram uma gravidez indesejada entre as idades de 13 e 17 anos após a legalização do aborto em 2007 na Cidade do México (um pouco mais de um ano antes da amostragem ocorrer). 	Grupo focal e entrevista semiestruturada. Os dados para ambos os componentes foram então codificados separadamente e analisados de acordo com os temas principais pelo pesquisador que conduziu as entrevistas.

* estudo de métodos mistos;

** estudo comparativo descritivo entre países que sintetizou dados da revisão de documentos, estatísticas oficiais e entrevistas com informantes-chave.

Material suplementar 4 – Árvore de codificação

Tema analítico	Tema descritivo	Códigos
<p>Entre o sagrado e o patriarcal: o aborto como prática transgressora</p>	<p>Estigma sobre mulheres e profissionais</p>	<p>A sociedade julga a mulher que aborta A sociedade se opõe ao direito de abortar Profissionais que realizam aborto são estigmatizados Mulheres que abortaram julgam outras mulheres que abortam Gestação como parte da natureza feminina Os homens rejeitam a mulher que aborta Mulheres sofrem ameaças para não abortar</p>
	<p>O papel da religião na compreensão do aborto</p>	<p>A vida começa na concepção O aborto é um assassinato Mulheres devem ser punidas e sofrer consequências por abortar Culpa e pecado oriundos da religião</p>
<p>Solidão, segredo e angústia no percurso das mulheres que abortam</p>	<p>Conflitos emocionais relativos à decisão de abortar</p>	<p>Não sabe a quem recorrer Pressão para não abortar Abandono ou falta de apoio do parceiro Dificuldade para a tomada de decisão Dores emocionais por abortar (ex.: culpa e vergonha)</p>
	<p>Medo de retaliação ou julgamento</p>	<p>Medo de exposição Não é um assunto que se conta aos amigos e familiares</p>

		<p>Constrangimento</p> <p>Aborto é um assunto tabu</p>
O aborto legal como direito não legitimado	Dificuldades no acesso às informações	<p>Fontes alternativas de informação</p> <p>A clandestinidade</p> <p>Falta de divulgação dos serviços e leis</p>
	Desconhecimento da lei e de procedimentos	<p>Desconhecimento dos pontos de atendimento</p> <p>Desconhecimento da legislação</p> <p>Medo de ter a saúde prejudicada</p>
(Des)serviços de aborto legal: uma lógica de negligência	Desafios estruturais	<p>Diferenças entre os serviços público e privado</p> <p>Falta de serviços ou profissionais disponíveis</p> <p>Saturação dos serviços</p> <p>Conflitos políticos e de gestão</p> <p>Distância entre o serviço e o domicílio da paciente</p> <p>Restrições na escolha do método de aborto</p> <p>Falta de espaço privativo</p>
	Lentidão e burocracia	<p>Peregrinação pelos serviços</p> <p>Exigência de um "período de reflexão" para a tomada de decisão</p> <p>Exigência de documentação não obrigatória</p> <p>As consultas comprometem a rotina das mulheres (filhos/trabalho)</p> <p>Limitações pela idade gestacional</p> <p>Excesso de procedimentos burocráticos</p> <p>Necessidade de autorização para adolescentes</p> <p>Demora na admissão/atendimento</p>

	Custos pelo serviço	Necessidade de arcar com os custos do aborto Atrasos e negação na cobertura do procedimento
Dificuldades enfrentadas pelos profissionais e os impactos à assistência	Medos e conflitos dos profissionais	Temem cometer um crime ao realizar um aborto Vivenciam conflitos religiosos Sofrem influência de grupos antiaborto
	Lacunas de formação, treinamento e informação	A falta de informação gera resistência Não conhecem a lei Educação médica falha Falta de capacitação da equipe Não conhecem as regras da objeção consciência
Maus-tratos e manutenção de poder: o papel dos profissionais de saúde	Condutas violentas ou abusivas	Atendimento desrespeitoso Atendimento que leva à experiência traumática Tratamento inadequado durante o ultrassom Contato forçado com o feto Julgamento moral das pacientes Denúncia do caso à polícia
	Recusa em atender/objeção de consciência	<i>Motivações</i> Idade gestacional avançada O hospital incentiva a objeção Questões pessoais e religiosas Abortar é incompatível com o papel de cuidado do ginecologista

	<p>Visão biomédica da saúde Se não há risco vital para a mulher, não deve haver aborto Nem todos os casos deveriam ser legais Apenas o desejo da mulher não é suficiente O feto é uma pessoa/vida ou paciente viável O bebê deve ter a chance de ser adotado O bebê não tem culpa pelo estupro Se buscar ajuda, a mulher pode continuar com a gravidez A mulher não tem certeza A mulher é responsável por engravidar A mulher é irresponsável/negligente/ignorante Apenas alguns tipos abortos são aceitáveis</p>
	<p>Obstrução de informação adequada e de acesso ao serviço</p> <p>Tenta convencer a mulher a não abortar Fornece informações falsas propositalmente Não encaminha a paciente Omite ou não fornece informações</p>
	<p>Mecanismos de investigação ou suspeição da gravidez por estupro</p> <p>Mulheres mentem sobre o estupro para obter o aborto legal Investigação da relação causal estupro-gravidez Estereótipos de vítimas de estupro</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo sintetizar evidências qualitativas acerca de como são as barreiras para o acesso ao aborto legal em países da América Latina e Caribe. A partir da perspectiva de meninas, mulheres e profissionais da saúde, foi possível identificar diversas barreiras que impedem ou dificultam a garantia de direitos reprodutivos nesse cenário.

Nos estudos primários realizados principalmente em países latino-americanos, as experiências das populações entrevistadas mostraram diversas barreiras que ainda persistem, mesmo nos casos em que a interrupção da gestação possui menos impeditivos legais, como no Uruguai. Essas barreiras são multifatoriais e abrangem características estruturais, financeiras, pessoais, sociais e culturais, sendo comuns os problemas relacionados à demora nos atendimentos, profissionais despreparados para acolher a demanda de aborto (e, principalmente, de aborto em caso de estupro), falta de informação nos serviços e fora deles para que as mulheres possam fazer escolhas adequadas à sua realidade e necessidade. Os obstáculos analisados se entrelaçam numa teia complexa que envolve a materialidade do aborto e suas implicações sobre o controle do corpo da mulher, bem como forças ideológicas que agem sob interesses políticos do patriarcado e do modo de produção vigente. Para meninas e mulheres, o aborto nessas condições quase sempre é relatado como um processo traumático pela exposição, julgamento e solidão a que são submetidas devido ao estigma que envolve a temática. Ainda, é necessário ressaltar que características importantes como raça e classe não foram aspectos destacados nos estudos, o que sugere que mulheres racializadas e pobres sequer conseguem chegar aos serviços de aborto legal, circunstância que as coloca em um ciclo de vulnerabilidade que poderia ser evitado.

Novos estudos com vistas ao desenvolvimento de políticas públicas são necessários para dar voz e garantir os direitos humanos das mulheres.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque GSC de, Silva MJS. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde debate* [Internet]. Dez 2014 [citado 05 abr. 2020]; 38(103):953-965. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400953&lng=en. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>.
- Barata RB. Epidemiologia social. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. Mar 2005 [citado 06 abr. 2021]; 8(1):7-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000100002&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100002>.
- Berro Pizzarossa L. Here to Stay: The Evolution of Sexual and Reproductive Health and Rights in International Human Rights Law. *Laws MDPI AG* [Internet]. 2018 Aug [citado 12 jul. 2020]; 7(3):29. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2075-471X/7/3/29>. <https://doi.org/10.3390/laws7030029>.
- Bott S, et al. Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries [online]. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2012. [citado 12 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Violence1.24-WEB-25-febrero-2014.pdf>.
- Bragatto FF, Adamatti B. Igualdade, não discriminação e direitos humanos: são legítimos os tratamentos diferenciados? *Revista de Informação Legislativa* [Internet]. 2014, Out-Dez [citado 10 jun. 2020]; 51(204):91-108. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/509929>.
- Bunch C, Frost S. Women's Human Rights: An Introduction. In: Kramarae C, Spender D. *Routledge International Encyclopedia of Women: Global Women's Issues and Knowledge*. London: Routledge; 2001.
- Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [Internet]. Abr 2007 [citado 05 abr. 2021]; 17(1):77-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
- Carrillo JE, Carrillo VA, Perez HR, Salas-Lopez D, Natale-Pereira A, Byron AT. Defining and Targeting Health Care Access Barriers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* [Internet]. 2011 [citado 21 abr. 2021]; 22:562–75. <https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0037>.
- Center for reproductive rights [homepage on internet]. New York: The World's Abortion Laws; 2019 [citado 12 jul. 2020]. Disponível em: <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map.pdf>.

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). Mulheres afrodescendentes na América Latina e no Caribe: dívidas de igualdade [online]. 2018; [acesso 05 abr. 2021] Disponível em: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/44171/S1800726_pt.pdf.

Contreras JM, et al. Violência sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários. Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual [online]. 2010. [citado 10 jul. 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/sexual_violence_LA_Caribbean_p.pdf.

Culwell KR, Hurwitz M. Addressing barriers to safe abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 2013 [citado 2 jul. 2020];121:S16–9. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2013.02.003>.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.02.003>.

Fathalla MF, Fathalla MMF. Sexual and Reproductive Health: Overview [online]. In: Quah SR. *International encyclopedia of public health*. 2nd ed. Oxford: Academic Press; 2016 [citado 20 abr. 2021]. Chapter 6; 481–490. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128036785004021?via%3Dihub>.

Flórez CE, Soto VE. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global. No. 632. Working Paper [Internet]. 2008 [citado 8 jul. 2020]. Disponível em: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/EI-Estado-de-la-Salud-Sexual-y-Reproductiva-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe-Una-Visi%C3%B3n-Global.pdf>.

Fortuna C del R. Anticoncepción y aborto: reflexiones en torno a las políticas de sexualidad y programas de salud reproductiva en Argentina y Brasil. *BAGOAS* [Internet]. Dez; 2013 [citado 11 jul. 2020];7(09). Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/4660>.

Galli B. Desafios e oportunidades para o acesso ao aborto legal e seguro na América Latina a partir dos cenários do Brasil, da Argentina e do Uruguai. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 3 jul. 2020];36:e00168419. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36s1/1678-4464-csp-36-s1-e00168419.pdf>.
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00168419>.

Garcia G. Abortion in Argentina. *The Lancet* [Internet]. 2019 [citado 11 jul. 2020];393:744. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32767-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32767-3/fulltext).
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32767-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32767-3).

Gonzaga P, Aras L. Mulheres Latino-Americanas e a Luta por Direitos Reprodutivos: o panorama da conjuntura política e legal do aborto nos países da América Latina.

Repam [Internet]. 2015, Dez [citado 11 abr. 2020];9(2). Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/16040>.

González Vélez AC, Diniz SG. Inequality, Zika epidemics, and the lack of reproductive rights in Latin America. *Reproductive Health Matters* [Internet]. 2016 [citado 11 jul. 2020];24:57–61. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/j.rhm.2016.11.008?needAccess=true>. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.11.008>.

Grossi M. Identidade de Gênero e Sexualidade. *Antropologia em Primeira Mão* [Internet]. 1998 [citado 20 abr. 2021]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/1205>.

Krieger N, Fee E. Man-Made Medicine and Women's Health: The Biopolitics of Sex/Gender and Race/Ethnicity. *Int J Health Serv* [Internet]. 1994 [citado 20 abr. 2021];24:265–83. <https://doi.org/10.2190/LWLH-NMCJ-UACL-U80Y>.

Krieger N. A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health* [Internet]. 2001 [citado 06 abr. 2021];55:693–700. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/jech/55/10/693.full.pdf>. <https://doi.org/10.1136/jech.55.10.693>.

_____. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health* [Internet]. 2005 [citado 06 abr. 2021];59:350–5. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/jech/59/5/350.full.pdf>.

Kulczycki A. Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments. *Studies in Family Planning* [Internet]. 2011 [citado 2 jul. 2020];42:199–220. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1728-4465.2011.00282.x>. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2011.00282.x>.

Laurell, AC. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. In: Rodríguez, MI (coord.). *Lo biológico y lo social Serie Desarrollo de Recursos Humanos*. Washington: OPS/OMS; 1994. Disponível em: https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/299/.

Ludermir AB. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis* [Internet]. Set 2008 [citado 06 abr. 2021]; 18(3):451-467. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300005&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>.

Okin SM. Gênero, o público e o privado. *Rev Estud Fem* [Internet]. 2008 [citado 12 jul. 2020];16:305–32. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v16n2/02.pdf>. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000200002>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). World Association for Sexual Health. Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico [online]. Minneapolis, MN, USA, World Association for Sexual Health; 2009 [citado 3 jul. 2020]. Disponible em: <https://www.paho.org/es/documentos/salud-sexual-para-milenio-declaracion-documento-tecnico-2009>.

Pateman C. The disorder of women: democracy, feminism and political theory. Cambridge: Polity; 1989. Disponible em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1844681/mod_resource/content/0/Pateman%20C%20C_Cr%C3%ADticas%20feministas%20%C3%A0%20dicotomia%20p%C3%ABlico-privado.pdf.

Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Rahman MH. Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences* [Internet]. 2008 [citado 22 abr. 2021];1136:161–71. <https://doi.org/https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>.

Piovesan F. A proteção internacional dos direitos humanos das mulheres. *Cadernos Jurídicos* [Internet]. 2014 [citado 15 jul. 2020];15(38), 21-34. Disponible em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/2014/Cadernos_Jur%C3%ADdicos_38.pdf#page=21.

Pitanguy J. O movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: Giffin, K (org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. Disponible em: <https://static.scielo.org/scielobooks/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916.pdf>.

Red de acceso al aborto seguro [homepage on internet]. Las cifras del aborto en la Argentina; 2019 [citado 20 jun. 2020]. Disponible em: <http://www.redaas.org.ar/archivos-actividades/64-CIFRAS%20ABORTO-REDAAS-singlepage.pdf>.

Richardson E, Birn A-E. Sexual and reproductive health and rights in Latin America: an analysis of trends, commitments and achievements. *Reproductive Health Matters* [Internet]. 2011 [citado 02 jul. 2020];19:183–96. Disponible em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2811%2938597-7>
[https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(11\)38597-7](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(11)38597-7).

Rico MN. Violencia de género: un problema de derechos humanos [online]. CEPAL; 1996 [citado 2 jul. 2020]. Disponible em: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5855>

Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004.

Say L, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health* [Internet]. 2014 [citado 17 jul. 2020];2:e323–33. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltexthttps://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltexthttps://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X).

Souza JP, Bellissimo-Rodrigues F, Santos LL dos. Maternal Mortality: An Eco-Social Phenomenon that Calls for Systemic Action. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2020 Apr [citado 20 abr. 2021];42(4):169-173. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032020000400169&lng=en. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710041>.

Sperber A. El Salvador's total ban on abortion risks women's health. *The Lancet* [Internet]. 2018 [citado 28 jun. 2020];391:1758–9. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31000-6/fulltexthttps://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31000-6](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31000-6/fulltexthttps://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31000-6).

Starrs AM, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet* [Internet]. 2018 [citado 12 maio 2020];391:2642–92. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltexthttps://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltexthttps://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9).

Viotti MLR. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher: Apresentação [online]. Pequim; 1995 [citado 12 jun. 2020] Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf.

Vlassoff M, et al. Estimates of Health Care System Costs of Unsafe Abortion in Africa and Latin America. *IPSRH* [Internet]. 2009 [citado 10 jul. 2020];35:114–21. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/40344257?seq=1>. <https://doi.org/10.1363/3511409>.

Waitzkin H, et al. Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America. *Am J Public Health* [Internet]. 2001 [citado 05 abr. 2020];91:1592–601. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446835/pdf/0911592.pdf>. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.10.1592>.

Wenham C, et al. Zika, abortion and health emergencies: a review of contemporary debates. *Global Health* [Internet]. 2019 [citado 10 jul. 2020];15:49. Disponível em: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12992-019-0489-3.pdf>. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0489-3>.

Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. *Int J Health Serv* [Internet]. 1992 [citado 05 abr. 2021];22:429–45. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>.

World Health Organization (WHO). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health [online]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002 [citado 20 jul. 2020]. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/.

_____. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health [online]. Geneva, Switzerland; 2008 [citado 20 abr. 2021]. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

_____. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008 [online]. 6th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011. [citado 12 jul. 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118_eng.pdf?sequence=1.

_____. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems [online]. 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012 [citado 28 jun. 2020]. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/.

_____. Zika epidemiology update [online]. 2019. [citado 11 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/zika/zika-epidemiology-update-july-2019.pdf?ua=1>.