SAÚDE PÚBLICA: MOTIVOS PARA A LEGALIZAÇÃO MUNDIAL DO ABORTO

PUBLIC HEALTH: REASONS FOR THE GLOBAL LEGALISATION OF ABORTION

LORRANE DE MOURA MOREIRA^{1*}, SILVIA OLIVEIRA DOURADO¹, KATHERINE OLIVEIRA FERREIRA¹, FILIPE HENRIQUE ALMEIDA BARBOSA GODOI¹, JOSÉ HELVÉCIO KALIL DE SOUZA² LIDIANE GOMES CALDEIRA³

1. Acadêmico do curso de graduação do curso Medicina da Faculdade de Minas-BH; 2. Médico pela Universidade Federal de Minas Gerais, Advogado pela Faculdade Pitágoras residência em Ginecologia e Obstetrícia, Especialização em Oncologia Ginecológica pelo Hospital do Câncer de São Paulo, pelo The St. Bartholomew's Hospital e pelo Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Especialização em Videolaparoscopia pela Federação de Endoscopia em Ginecologia e Obstetrícia Brasileira, Mestre em Ginecologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Doutor em Reprodução Humana pela Universidade Federal de Minas Gerais, Professor Titular, Disciplinas Ética e Bioética e Metodologia Científica do curso Medicina da Faculdade de Minas-BH; 3. Médica pela Universidade Federal de Minas Gerais, Especialização em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal de Minas Gerais, Especialização em Geriatria pela Fundação Educacional Lucas Machado, Professora Titular, Disciplinas Internato na Atenção Primária e Estratégia de Ambulatório de Clínica Médica no curso Medicina da Universidade José do Rosário Vellano.

* Rua Castelo de Sintra, 521, apartamento 307, bairro Castelo, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 31330-200. lorranemoura@icloud.com.

Recebido em 01/04/2021. Aceito para publicação em 17/05/2021

RESUMO

A legalização do aborto, em alguns países, possibilitou ao sexo feminino autonomia reprodutiva e menor risco de morte. Este artigo aponta que países restritivos quanto ao aborto apresentam números elevados de mortalidade nas mulheres que o realizaram quando comparados a países que legalizam o aborto. Isso se deve ao fato de que nestes países há medidas de conscientização, investimentos em métodos contraceptivos, em saúde pública e em educação. O estudo teve como objetivo avaliar a legalização do aborto como uma questão de saúde pública, apresentando situações socioculturais, éticas e econômicas, evidenciando as consequências negativas decorrentes do aborto ilegal, como as complicações para a saúde, e expondo a relação entre aborto legalizado e a saúde pública. Para isso, utilizou-se uma revisão bibliográfica em artigos de dados. Portanto, esse aprofundamento permitiu concluir que os países em que o aborto é estritamente ou parcialmente legalizado precisam revisar os seus programas de saúde e educação para então permitir às pessoas um esclarecimento de que a realização de um aborto clandestino pode ser perigoso para a saúde da mulher. Ademais, esses devem analisar o aborto além da esfera criminal, sendo este um problema de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: legalização; aborto; saúde pública; mulher; mortalidade materna.

ABSTRACT

The legalization of abortion, in some countries, has allowed the female sex to reproductive autonomy and lower risk of death. This article point out those countries that restrict abortion have high mortality rates among women compared to those who legalize abortion. This is because in these places there are awareness measures, investments in contraceptive methods, in public health and in education. The study

aimed to evaluate the legalization of abortion as a public health issue, presenting socio-cultural, ethical and economics situations, highlighting the negative consequences resulting from illegal abortion, such as health complications, and exposing the relation between legal abortion and public health. Therefore, was used a bibliographic review in data articles. Hence, this deeping allowed to the conclusion that countries where abortion is strictly or partially legalized need to revise their health and education programs to clarify for people that an illegal abortion can be dangerous for woman's health. Furthermore, they must analyze abortion beyond the criminal sphere, which is a public health problem.

KEYWORDS: legalization; abortion; public health; women; maternal mortality.

1. INTRODUÇÃO

O aborto, segundo a Organização Mundial da Saúde, é o encerramento da gestação antes do começo do período perinatal¹. Acresce que, em alguns países, o aborto é mais restritivo, ou não permitido, como na Nicarágua, ou permitido apenas para salvar a vida de uma mulher, a exemplo de Andorra, e outro países em que o aborto é menos restritivo, com o intuito de preservar a saúde física e mental da mulher, como em casos de estupro ou de comprometimento fetal, tendo como exemplo a Colômbia. A menor restritividade não causou um aumento significativo do aborto nos países que a adotaram, ao contrário, percebeu-se uma redução das suas taxas de ocorrência em alguns países menos restritivos, explicadas pelas medidas de conscientização, somadas aos investimentos em métodos anticoncepcionais, em saúde pública e em educação².

Além disso, o número de mulheres que morrem por realizar aborto em países em que o aborto é legalizado é significativamente menor do que em países que o criminalizam, de modo que esses não o legalizam por questões socioculturais e morais. Logo, observa-se que o aborto, além de ser estigmatizado, não é visto como questão de saúde pública para os países que o criminalizam. Dessa forma, fica notada a relevância do tema abordado nesse artigo, enfatizando que o aborto é uma questão de saúde pública, haja vista que sua criminalização impede que eles sejam realizados de forma segura, resultando que sejam efetuados em clínicas clandestinas, evidenciando a irrelevância de sua não legalização, a exemplo do Brasil, no qual o número de abortos ilegais é existente devido à própria proibição do ato³.

Sendo assim, como há clínicas clandestinas em países que criminalizam o aborto e essas existem de forma variada, há presença tanto de clínicas com adequada infraestrutura para um aborto seguro, quanto de clínicas com infraestrutura insuficiente para esse ato de forma segura, propiciando um determinismo econômico sobre a saúde feminina, no qual quem pode pagar por bons recursos tem menos chances de comprometimento durante o procedimento e no pós-operatório, permitindo uma melhor recuperação. Entretanto, gestantes que não têm boas condições financeiras, utilizam clínicas clandestinas com infraestruturas precárias, podendo comprometer seriamente a sua saúde. Portanto, os direitos femininos e a autonomia da mulher sobre o seu corpo não são considerados em países que criminalizam o aborto, além do mais, sua legalização garantiria uma redução na mortalidade materna, que é um tema de significativa importância, demonstrando que esse assunto é uma questão de saúde pública.

Em virtude disso, o presente artigo tem o objetivo de mostrar que a legalização do aborto é uma questão de saúde pública, por meio da apresentação das questões relacionadas ao aborto, evidenciando as consequências negativas decorrentes do aborto ilegal e da exposição da relação entre o aborto legalizado e a saúde pública.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo foi construído por meio de uma revisão sistemática de bibliografia, utilizando buscas em banco de dados, como o PubMed, o *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e o Google Acadêmico. Os critérios de inclusão foram textos em inglês e em português relacionados ao aborto que fossem favoráveis a descriminalização dele, publicados entre 1994 e 2020. Os seguintes descritores foram utilizados: aborto, ética, aborto legal, impacto saúde pública, aborto inseguro, óbito mulheres, infertilidade, complicações, determinantes, mundo, legalização, leis, aborto inseguro, mortalidade materna, saúde pública, direitos reprodutivos, aborto clandestino, social e moral. Além disso, foram realizadas pesquisas de dados oficiais no site do Ministério da Saúde do Uruguai, no

site da Organização Mundial da Saúde, no site das Nações Unidas e no site do Diário Oficial da União do Brasil.

3. DESENVOLVIMENTO

A mulher teve seus direitos reprodutivos e sexuais reconhecidos como parte dos direitos humanos a partir da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento (ICPD) do Cairo em 1994 e pela Conferência Internacional sobre a mulher (EWCW) de Beijing em 1995. Em 1994, no Cairo, ficou acordado que é um direito básico dos casais e dos indivíduos decidirem livremente se desejam ou não ter filhos e assim terem informações e meios para conseguirem um padrão saudável sexual e reprodutivo. Já em 1995, foi declarado que os direitos das mulheres incluem ter controle e liberdade em decidir sobre sua saúde sexual e reprodutiva, estando livres de discriminação, coerção e violência⁴.

Dentre os países signatários, destaca-se o Brasil, no qual, em 1996, foi lançada a Lei Nº 9263 de 12 de novembro de 1996, na qual foi regulamentado o planejamento familiar como direito no país⁵, mas que ainda falha em dar assistência às mulheres e aos casais⁶.

De acordo com a Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) de 2016, foi possível observar que o aborto no Brasil é comum e ocorre com frequência em mulheres: de todas as idades (ou seja, permanece como um evento frequente na vida reprodutiva de mulheres a muitas décadas); casadas ou não; que são mães; de todas as religiões, inclusive as que não tem religião; de todos os níveis educacionais; trabalhadoras ou não; de todas as classes sociais; de todos os grupos raciais; em todas as regiões do país; em todos os tipos e tamanhos de municípios^{4,7}.

A principal prerrogativa para se optar por um aborto induzido, independente da lei, é quando se encontra uma gravidez indesejada. Dessa forma, percebe-se que há um problema nos programas de saúde dos governos quando se trata em garantir aos casais e às mulheres o direito ao planejamento familiar e de sua sexualidade, mesmo tendo tais países participado das conferências citadas anteriormente no texto. Cabe ressaltar que mesmo sendo signatários nos documentos em questão, as declarações das conferências não apresentam força sobre a lei dos países e apenas indicam que ele se comprometeu em avançar e buscar os direitos reprodutivos e sexuais².

Cada país que legalizou o aborto tem uma legislação específica que confere leis flexíveis que permitem tal ato. Esse tema tem sido discutido mais amplamente desde a década de 60, quando as mulheres passaram a buscar sua independência a despeito do patriarcalismo existente, conquistando autonomia e satisfação de suas vontades².

O aborto é legalmente permitido, conforme as leis de aborto do banco de dados de políticas populacionais da Organização das Nações Unidas (ONU), pelos seguintes motivos: intervenção para salvar a vida da

mulher (base vital); preservação da saúde física da mulher (áreas restritas de saúde); preservação da saúde mental da mulher (amplos motivos de saúde); interrupção da gravidez resultante de estupro ou incesto (motivos jurídicos); suspeita de comprometimento fetal (defeito fetal); interrupção da gravidez por motivos econômicos ou sociais (motivos sociais); disponibilidade mediante solicitação (aborto permitido por todos os motivos)⁸. Essa permissão do aborto não significou, para os países que a adotaram, aumento considerável de abortos feitos pelas mulheres, pelo contrário, há países em que esse procedimento diminuiu. Isso ocorreu devido às medidas adotadas por eles, como a reforma conjuntural que garantia a conscientização das pessoas sobre a interrupção voluntária de gravidez. Diante disso, os países investiram em educação, em saúde pública e em métodos contraceptivos⁹.

Essa autonomia é dada à mulher pelos países em que há legalização, com todo apoio e garantia à ela desde a sua decisão em abortar, durante e após o procedimento. Nos hospitais em que é feito o aborto, é disponibilizado acompanhamento psicológico, medicamentos abortivos sugeridos pela ONU, como misoprostol combinado com mifepristona, e, quando necessário, procedimento cirúrgico de qualidade que isenta a mãe de riscos à sua vida. Além disso, em alguns países, como o Uruguai e a Espanha, o sistema público de saúde disponibiliza métodos contraceptivos, como o Dispositivo Intrauterino (DIU), implantes anticoncepcionais subdérmicos, pílulas anticoncepcionais, vasectomia, laqueadura tubária e preservativos masculinos e femininos⁹.

Na América Latina, quando se comparam os países que legalizaram com os que legalizaram sob algumas condições ou nenhuma, os dados demonstram discrepância quanto ao número de mulheres que morrem por cometerem aborto. Isso pode ser notado ao comparar o Brasil, onde o aborto é legalizado parcialmente, e o Uruguai, onde ele é legalizado totalmente. O Brasil registra alto número de casos de mortes de mulheres oriundas de um aborto – entre 2006 e 2015 foram registrados 770 óbitos com causa básica o aborto –, enquanto no Uruguai o número de mortes pelo aborto é mínimo – entre 2013 e 2016 foram verificadas apenas 3 mortes por aborto. Com isso, pode-se inferir que nos países onde o aborto é completamente proibido ou permitido apenas para salvar a vida da mulher ou preservar sua saúde física, apenas 1 em cada 4 abortos foi seguro; em contraponto, nos países onde o aborto é legal em cenários mais amplos, quase 9 em 10 abortos foram realizados com segurança. Portanto, restringir o acesso a esses serviços não reduz o número de abortos¹⁰.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que ocorram 19 a 22 milhões de abortos por ano no mundo em condições inadequadas, a uma taxa constante de 14 abortos inseguros/1.000 mulheres¹¹.

O aborto, geralmente, é mais restritivo ou menos restritivo em países subdesenvolvidos. O primeiro

caso, se refere ao aborto que não é permitido ou é autorizado apenas para salvar a vida da mulher grávida, como a Somália e o Senegal. O segundo, está relacionado à países em que o aborto é lícito para preservar a saúde física ou mental da mulher, como em casos de estupro e de comprometimento fetal, como o Brasil e a Argentina. Essas duas classificações representam diversos países e, a maioria deles, são subdesenvolvidos, como alguns do continente Africano e da América Latina¹². Isso se sucede porque o aborto, em muitos países, é criminalizado, como citado anteriormente, principalmente por questões socioculturais, éticas e econômicas. Logo, ele é estigmatizado e raramente é visto como um assunto de saúde pública. Essa criminalização é o principal fator que impede o acesso ao aborto seguro, proporcionando o aumento da mortalidade e da morbidade, sem, comprovadamente, diminuir a incidência de abortos induzidos¹³. Em 2008, foram estimados 37 a 38 milhões de abortos induzidos em países em desenvolvimento¹⁴. Isso permite concluir que, apesar de muitos países criminalizarem o aborto, ele acontece independentemente do status legal.

O aborto inseguro ocasiona fortes consequências negativas sobre a saúde na vida das mulheres. Apesar das evidências que são apresentadas, o aborto continua sendo visto como um tabu em determinados países, principalmente naqueles que são estritamente proibitivos ou parcialmente proibitivos em relação ao aborto. Essa estigmatização provoca resistência da sociedade em aceitar o debate sobre esse assunto. Ademais, ainda sobre as consequências negativas do fato de esse assunto ser um tabu, pode-se citar o medo que a mulher tem em buscar um aborto legal e seguro – mesmo que seja em um país em que ele é legalmente aceito ou em locais onde é parcialmente legalizado – devido ao tratamento rude por parte de equipes médicas, ao preconceito ou até mesmo pela baixa qualidade do serviço³.

A criminalização do aborto é permeada por questões de cunho socioeconômico, que permitem o comprometimento da saúde da mulher, uma vez que a sua não legalização abre espaço para a existência de clínicas clandestinas que realizam esse procedimento de forma ilegal, a exemplo do Brasil: “O número de abortos clandestinos praticados no Brasil é, em razão da própria ilegalidade do ato, desconhecido”³.

Logo, nota-se que a criminalização do aborto não impede a sua realização, tendo em vista que a existência de clínicas clandestinas é variada, de clínicas sofisticadas até pequenos locais com deficiência em equipamentos e com profissionais não qualificados, possibilitando a presença de uma desigualdade socioeconômica sobre o aborto, determinando que quem pode pagar por procedimentos avançados e melhores recursos tenha uma recuperação melhor, mais rápida, e com menor probabilidade de lesões em comparação a mulheres que não são economicamente favorecidas, resultando em submissões a procedimentos invasivos, más condições sanitárias,

com maior chance de lesões e infecções relacionadas ao aborto clandestino³.

Por meio de uma revisão sobre os efeitos da criminalização, foi exposto que o aborto inseguro é uma das principais causas de mortalidade materna em países onde o aborto é restrito ou legalmente permitido, mas os serviços não são acessíveis, e que, a cada ano, mais de 5 milhões de mulheres são admitidas em hospitais em razão de complicações devido ao aborto inseguro. Ademais, a perda de anos produtivos de vida decorrentes do aborto inseguro é estimada em 2,1 milhões, ou seja, ele interfere na saúde pública de qualquer país, sendo ele em desenvolvimento ou desenvolvido. Apresentou-se também dados que mostram a grande desigualdade no risco de morrer em razão de um aborto inseguro. Embora a sua taxa de incidência seja maior na América Latina do que na África, o risco de morte é cerca de 15 vezes maior para uma mulher que vive na África do que para uma que vive na América Latina¹³.

O aborto inseguro pode ocasionar complicações graves ou a mortalidade materna. Após realizar esse procedimento, muitas mulheres procuram atendimento médico. Geralmente, elas apresentam sinais de infecções ligados a sangramentos, sugestivos de abortos induzidos realizados de modo inadequado, e anemias graves, possivelmente decorrentes da apresentação tardia da paciente, em razão do medo de implicações sociais e preconceitos. Ademais, outras complicações com o risco de vida para a mulher incluem: perfuração uterina e intestinal com peritonite generalizada, indicando a gravidade desse método¹⁵, e podemos observar que ele é responsável por 14,5% das mortes maternas em todo o mundo¹⁶. Essa taxa de mortalidade materna diminui à medida que um país aumenta seu escore de flexibilidade, ou seja, flexibiliza suas leis restritivas do aborto, ou, no caso de certa flexibilidade já estabelecida, torna lícito o aborto por qualquer motivo, inclusive mediante solicitação⁸. Por isso, é possível inferir que a criminalização do aborto é um fator que proporciona a ascensão da mortalidade materna no mundo e prejudica a saúde da mulher.

Além de suas questões socioeconômicas, a criminalização do aborto tem relações de cunho cultural e moral, relativas à própria cultura religiosa do país, como o Brasil, no qual a influência da igreja católica é presente desde o período pré-colonial (1500 a 1530). Desse modo, a interferência da religião é percebida nesse assunto, conforme a vertente teológica-bíblica de reflexão da Igreja Católica, sendo a vida humana ligada à obra de Deus, em um caráter sagrado¹⁷.

Como resultado, o fato de grande parte da sociedade brasileira ser católica se traduz em padrões morais a serem seguidos, tornando o número de indivíduos contra a legalização do aborto significativo, ocasionando um empecilho para a sua descriminalização e, por conseguinte, para a melhoria da saúde da mulher no país.

As mulheres de todas as classes, religiões, culturas

e países realizam abortos em todo o mundo, mesmo em locais em que ele é criminalizado. Os fatores que determinam o nível de complicações decorrentes são os determinantes de saúde. Dentre eles, o principal é o econômico. Nesse contexto, as mulheres com maior poder aquisitivo têm maior probabilidade de realizar um aborto clandestino em condições seguras, em comparação com as de menor renda¹⁸. Isso acontece por diversos motivos, dentre eles, o fato de elas poderem recorrer a um provedor com mais habilidades e, conseqüentemente, mais caro. Em uma amostra de 375 mulheres, ocorreram 144 abortos, dos quais 82 foram induzidos. A grande maioria delas eram de baixa renda e relataram complicações resultantes do aborto inseguro, como a hemorragia, acarretando um elevado número de internações¹⁹. Isso exemplifica que as principais conseqüências negativas da criminalização do aborto atingem a saúde das mulheres, especialmente as de baixo poder aquisitivo, sendo, portanto, uma questão de saúde pública.

Apesar disso, a maioria dos países mantém a criminalização do aborto, ainda que criem programas específicos para lidar com as complicações de abortos induzidos, reconhecendo que a lei, na maioria das circunstâncias, é ineficaz e não necessariamente impede que aconteçam abortos. Isso pode ser verificado em Burkina Faso, um país da África Central que proíbe o aborto, exceto quando a vida ou a saúde da mãe estiver em perigo, em casos de malformação grave ou quando a gravidez resultar de um estupro ou incesto. Nele, foi criada a Política de Atenção Pós-parto, que abrange todos os serviços prestados às mulheres que chegam a uma unidade de saúde em situação de aborto incompleto, sendo ele induzido ou não, além da prevenção do aborto inseguro por meio do planejamento familiar e leis sobre o aborto e saúde reprodutiva. Ela foi criada pela Célula de Pesquisa em Saúde Reprodutiva, que pretendia prevenir mortes e doenças relacionadas ao aborto que seus constituintes, a maioria profissionais da saúde, observavam em sua prática clínica. A despeito de aceitar que mulheres recorrem ao aborto induzido clandestino, criando uma política para tratar as conseqüências desses atos, o governo local ainda não aceita a reforma legal como necessária para uma abordagem mais adequada de redução de danos²⁰. Esse cenário contraditório se sucede na maioria dos países onde o aborto não é legalizado ou é parcialmente legalizado.

Um estudo afirma que as taxas de abortos mais baixas são observadas em países onde as leis de aborto são amplamente permissivas e o acesso ao aborto seguro é fácil, como nos países da Europa Ocidental, por exemplo, Holanda, Bélgica, Alemanha e Suíça, onde as taxas de aborto em 2008 variaram de 7 a 9 por 1.000 mulheres com idade entre 15 e 44 anos. Os países onde o aborto é altamente restrito têm as taxas de realização desse procedimento de 3 a 5 vezes maiores. Um exemplo disso se sucede no Paquistão, onde a taxa é de 29 por 1.000 mulheres em idade reprodutiva, nas Filipinas, onde é de 46, e no Quênia,

onde é de 46¹³.

Em virtude da ineficácia da lei, da contradição que acontece em alguns países e do fato de a não legalização afetar especialmente a saúde das mulheres de baixa renda, a criminalização se mostra errônea e pode resultar em complicações graves e no aumento da mortalidade materna.

4. DISCUSSÃO

Apesar de as mulheres terem conseguido ao longo dos anos direito sobre seu corpo, sua sexualidade e seu comportamento reprodutivo, como foi garantido por meio das conferências – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD) do Cairo em 1994 e pela Conferência Internacional sobre a Mulher (EWCW) de Beijing (1995)⁴ ainda há muito a ser conquistado uma vez que, conforme observado no presente estudo, a taxa de mortalidade materna e a de complicações decorrentes de um aborto inseguro ainda são altas nos países que apresentam uma lei restritiva ou nos que o aborto é parcialmente legalizado, principalmente nos subdesenvolvidos, significando que é necessário que esses revisem seus programas contraceptivos e busquem a redução ou a extinção do medo em debater sobre esse tema, já que foi demonstrado que essa estigmatização causa grandes dificuldades no acesso pelas mulheres a uma saúde de qualidade.

Conforme foi apresentado, nos países em que o aborto é estritamente ou parcialmente legalizado, há existência de clínicas de aborto clandestinas, que normalmente não apresentam estrutura para realizar esse procedimento de modo adequado e profissionais capacitados, acarretando complicações, como hemorragias, infertilidade e, em casos mais graves, a morte materna. Geralmente, a busca por esses locais é feita por mulheres com menor poder aquisitivo e que, conseqüentemente, não conseguem pagar por um lugar melhor, ao contrário das que possuem renda alta e, por conseguinte, conseguem frequentar clínicas com elevada qualidade.

Desse modo, é possível perceber que os direitos das mulheres e sua autonomia sobre seu corpo não estão sendo considerados. Além disso, é possível inferir que a descriminalização do aborto será um meio de diminuir a mortalidade materna, como também de proteger as novas gerações, garantindo a elas seu direito reprodutivo e sexual. Logo, também diminuirá o impacto do aborto na saúde pública.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo confirma a necessidade de políticas públicas adequadas, que devolvam à mulher a segurança para decidir sobre seu direito reprodutivo, sem colocar em risco a sua saúde, com autonomia e responsabilidade, contando com um sistema de saúde bem equipado e profissionais capacitados para o cuidado da mulher e de sua família.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Organización Panamericana de La Salud, Organización Mundial de La Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ª Revisión. Washington D. C.: OPS. 1995. [acesso 25 out. 2020] Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6284/Volume3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [2] Sarmiento D. Legalização do aborto e Constituição. R Dir Adm. 2005; 240:43-82.
- [3] Bacha AM, Grassioto OR. Aspectos Éticos das Práticas Abortivas Clandestina. Rev Bioet. 1994; 2(1).
- [4] Carlotto CM, Damião NA. Direitos reprodutivos, aborto e Serviço Social. Serv Soc Soc. 2018; (132):306-325.
- [5] Presidência da República Casa Civil. Lei Nº 9.263. Diário Oficial da União. 1996. [acesso 13 set. 2020] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm#:~:text=Regula%20o%20C2%A7%207%C2%BA%20do,penalidades%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias.&text=Art.,-1%C2%BA%20O%20planejamento
- [6] Anjos KF, Santos VC, Souza R *et al.* Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. Saúde debate. 2013; 37(98):504-515.
- [7] Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciên. Saúde Colet. 2017; 22(2):653-660.
- [8] Latt SM, Milner A, Kvanagh A. Abortion laws reform may reduce maternal mortality: an ecological study in 162 countries. BMC Women's Health. 2019; 19(1).
- [9] Ministerio de Salud Pública. Avances y desafíos em Política Pública de Salud Sexual y Salud Reproductiva. 2017. [acesso 23 out. 2020]. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/avances-y-desafios-en-politica-publica-de-salud-sexual-y-salud>
- [10] Organización Panamericana de La Salud, Organización Mundial de La Salud. Cerca de 25 milhões de abortos não seguros ocorrem a cada ano em todo o mundo. [acesso 25 out. 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5508:cerca-de-25-milhoes-de-abortos-nao-seguros-ocorrem-a-cada-ano-em-todo-o-mundo&Itemid=820
- [11] World Health Organization. Unsafe abortion global and regional estimates of the incident of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Itália: WHO Library; 2011. [acesso 23 out. 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118_eng.pdf?jsessionid=57A9A45EBFAFE9335966F6F898445993?sequence=1
- [12] United Nations. World Population Policies. 2017 Abortion Laws and Policies. New York: 2020. [acesso 25 out. 2020]. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WPP2017/WPP2017_
- [13] Faúndes A, Shah IH. Evidence supporting broader access to safe legal abortion. Int J Gynecol Obstet. 2015; 131:S56-S59.
- [14] Sedgh G, Singh S, Shah IH *et al.* Induce abortion: incidence and trends worldwide form 1995 to 2008. LANCET. 2012; 379(9816):625-32.

- [15] Bhutta Z, Black RE. Global maternal, newborn, and child health-so near and yet so far. *N Engl J Med.* 2013; 369(23):2226-2235.
- [16] Melese T, Habte D, Tsima BM *et al.* High Levels of Post-Abortion Complication in a Setting Where Abortion Service Is Not Legalized. *PLoS ONE.* 2017; 12(1).
- [17] Souza VJ, O aborto no Brasil: um resgate das concepções morais católicas em contraposição aos grupos pró-aborto. In: *II Encontro Nacional do GT História das Religiões e das Religiosidades.* 2009; Maringá. Paraná.
- [18] Malarcher S, Olson LG, Hearst N. Unintended pregnancy and pregnancy outcome: equity and social determinants. Geneva: WHO Library. 2010.
- [19] Fusco CLB, Silva RS, Andreoni S. Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(4):709-719.
- [20] Storeng KT, Ouattara F. The politics of unsafe abortion in Burkina Faso: the interface of local norms and global public health practice. *Glob. Public Health.* 2014; 9(8):946-959.