

O papel da Atenção Primária à Saúde no acesso ao aborto previsto em lei: experiências internacionais

Melanie Noël Maia ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-5350-0549>

Liana Wernersbach Pinto ²

 <https://orcid.org/0000-0003-1928-9265>

¹Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av. Carlos Chagas Filho, 373. Bloco K, 2º andar, Sala 49. Cidade Universitária - Ilha do Fundão. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 21.044-020. E-mail: melnoelmaia@medicina.ufrj.br

²Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli. Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

Objetivos: analisar as diretrizes clínicas de países que ofertam a realização de aborto na Atenção Primária à Saúde (APS), buscando compreender como se dá a organização dos serviços e atuação dos profissionais da APS em diferentes cenários, de modo a ampliar a reflexão sobre a viabilidade desta oferta no Brasil.

Métodos: revisão narrativa realizada a partir da plataforma Global Abortion Policies Database, que reúne informações abrangentes sobre leis, regulamentações e diretrizes clínicas referentes ao aborto. Foram selecionadas as diretrizes clínicas de países em que o aborto é realizado no primeiro nível de atenção, nos idiomas inglês, espanhol e português.

Resultados: 26 países foram identificados e 13 foram incluídos no estudo. De modo geral, o aborto é realizado na APS no primeiro trimestre, com uso de medicamentos ou técnicas de aspiração, por categorias profissionais variadas conforme a localidade, sem necessidade de ultrassonografia prévia.

Conclusões: a análise das experiências internacionais mostra que é possível prover aborto em serviços de APS utilizando a força de trabalho e estrutura existentes, conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde para facilitação do acesso ao procedimento. No Brasil, apesar dos problemas relacionados ao acesso ao aborto legal, sua realização segue restrita a hospitais. Espera-se contribuir para a reformulação das regulamentações acerca do aborto no país.

Palavras-chave Aborto induzido, Aborto legal, Acesso aos serviços de saúde, Atenção primária à saúde, Prestação de cuidados de saúde, Guia de prática clínica



Introdução

Em 2022, a Organização Mundial de Saúde (OMS) atualizou as suas diretrizes clínicas de atenção ao aborto e destacou a qualidade do cuidado como aspecto estruturante para suas recomendações. A acessibilidade é reconhecida como um dos componentes fundamentais da qualidade, e pressupõe que o cuidado em saúde possa ser obtido em tempo oportuno, a custo viável, em local geograficamente alcançável, e onde estejam disponíveis recursos e técnicas necessários para sua realização.¹ Entende-se por acessibilidade os aspectos da estrutura de um sistema ou serviço de saúde necessários para que se atinja a atenção, enquanto o acesso é a forma como as pessoas experimentam estas características.²

Apesar de ser um procedimento simples e com pequeno potencial de complicações, considerado um serviço essencial para a saúde reprodutiva, muitas são as barreiras observadas no acesso ao aborto ao redor do mundo, mesmo nas situações em que é previsto em lei. Alguns exemplos são a ausência de informações precisas quanto ao provimento do aborto, o aconselhamento enviesado, a imposição de períodos de espera mandatórios para a confirmação da decisão da mulher, a requisição de autorização de terceiros, a indisponibilidade de medicamentos essenciais e as restrições relacionadas aos estabelecimentos e profissionais de saúde que podem prover o aborto.¹

Desde 2003, quando foi publicada a primeira edição do documento técnico intitulado “Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde”,³ a OMS aponta a oferta de aborto em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) como um importante mecanismo de facilitação do acesso ao procedimento, destacando que equipar estes serviços e capacitar seus profissionais se constituem em alguns dos mais relevantes investimentos a serem realizados. Nas diretrizes de 2022, o provimento de aborto na APS segue sendo apontado como uma estratégia necessária, segura e efetiva para promover o acesso equitativo. Tanto o aborto medicamentoso quanto o aborto por aspiração à vácuo, considerados os métodos de escolha para a realização do procedimento em gestações de até 14 semanas, podem ser realizados com segurança neste nível de atenção.¹

O Brasil é um dos países com legislação relacionada ao aborto mais restritiva em todo o mundo, sendo este permitido somente em gestações decorrentes de estupro, quando há risco à vida da gestante ou em casos de anencefalia.^{4,5} Mesmo nestes casos, a oferta do procedimento no Sistema Único de Saúde (SUS) é limitada e se distribui de forma desigual no território nacional, estando presente em menos de 4% dos municípios e concentrando-se naqueles mais populosos e de maior

índice de desenvolvimento humano. Apenas 26,7% da população feminina em idade fértil do país reside em municípios com oferta de aborto legal, e estas mulheres apresentam uma taxa de realização do procedimento quase cinco vezes maior do que aquelas residentes em municípios sem oferta.^{6,7}

A regulamentação dos serviços de referência para interrupção de gravidez nos casos previstos em lei pode ser encarada como uma das razões para a iniquidade de acesso observada, ao preconizar que sua organização esteja restrita a hospitais, maternidades e outros serviços de urgência e emergência com funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia e sete dias por semana, dentre outros requisitos.⁸ Caso fossem adotadas no Brasil as recomendações da OMS de provimento de aborto em serviços de APS, considerando a atual capacidade instalada, o aborto previsto em lei poderia ser ofertado em no mínimo 67% dos municípios brasileiros, onde residem 94,3% das mulheres em idade fértil do país.⁷

O não acesso ao aborto previsto em lei, além de configurar uma violação de direitos humanos, pode gerar consequências graves e potencialmente fatais como a utilização de métodos inseguros para interromper uma gestação. Tendo em vista o potencial de mudança radical do panorama brasileiro no que diz respeito à acessibilidade dos serviços de aborto, este artigo se propõe a analisar as diretrizes clínicas de países que ofertam este procedimento no primeiro nível de atenção, buscando compreender como se dá a organização dos serviços e atuação dos profissionais da APS em diferentes cenários, de modo a ampliar a reflexão sobre a viabilidade desta oferta no Brasil.

Métodos

Trata-se de uma revisão narrativa das diretrizes clínicas de países que ofertam a realização de aborto em serviços de APS, que teve como ponto de partida a plataforma *Global Abortion Policies Database* (GAPD),⁹ lançada em 2017 pela OMS e colaboradores. A GAPD é uma base de dados de acesso aberto que reúne informações abrangentes sobre leis, regulamentações e protocolos clínicos referentes ao aborto dos países-membro da OMS e da Organização das Nações Unidas (ONU). Todas as informações apresentadas nesta base de dados foram extraídas de documentos-fonte que podem ser acessados a partir da plataforma.⁹

A base de dados possui funcionalidades que permitem filtrar os países conforme algumas características. Para a identificação dos países que ofertam aborto em serviços de APS, utilizou-se o filtro específico para esta informação (“*Clinical and service-delivery aspects of abortion care - Where can abortion services be provided - Primary health-care centers*”). As diretrizes clínicas de atenção ao aborto

(e regulamentações específicas sobre aborto, quando da ausência de informações essenciais nas diretrizes) dos países identificados foram acessadas a partir da plataforma, com posterior busca por versões atualizadas nas páginas oficiais dos governos. Foram incluídas para análise no presente estudo aquelas disponibilizadas nos idiomas português, inglês ou espanhol. A identificação e seleção dos países foram realizadas em abril de 2023.

A análise das diretrizes clínicas dos países incluídos no estudo, realizada entre abril e junho de 2023, buscou extrair dados que permitem compreender como se dá a oferta de aborto em serviços de APS, bem como a caracterização geral da regulamentação do acesso ao aborto nos países. Algumas das atuais recomendações da OMS, direta ou indiretamente relacionadas com o acesso ao procedimento, foram utilizadas como lente de análise. O documento “*Abortion care guideline*”,¹ publicado pela OMS em 2022, apresenta um conjunto de recomendações baseadas em evidências científicas que buscam induzir um cuidado qualificado às situações de abortamento em diferentes cenários. As recomendações estão agrupadas em quatro domínios, a saber: leis e políticas, prestação de serviços, manejo clínico e auto manejo.

No que diz respeito à legislação, investigou-se as situações em que o aborto é permitido por lei, os limites de idade gestacional para a sua realização, a existência de período de espera mandatório entre a solicitação e a realização do procedimento, e a obrigatoriedade de autorização de responsáveis para menores de idade. Em relação à prestação de serviços, foram observados os procedimentos ofertados no primeiro nível de atenção (aborto medicamentoso e/ou cirúrgico), os profissionais habilitados à sua realização, e o limite de idade gestacional que permite que o aborto seja feito na APS. Quanto às práticas clínicas, verificou-se a disponibilidade de medicamentos considerados essenciais, a obrigatoriedade de realização de ultrassonografia prévia ao procedimento e possibilidade de auto manejo em domicílio.¹

Os dados coletados foram comparados com as normativas brasileiras^{4,5,8,10} sempre que possível. Considerando a utilização estrita de documentos de acesso público, este estudo não foi submetido à apreciação ética por comitês especializados.

Resultados

Dentre os 193 países reconhecidos pela ONU, 26 oferecem provisão de aborto em serviços de APS, enquanto 11 declaradamente não ofertam este procedimento no primeiro nível de atenção; para 156 países, não há informação específica disponível.⁹ Dentre os 26 países que realizam aborto em serviços de APS, 13 apresentam diretrizes clínicas em português, inglês ou espanhol,

sendo incluídos no estudo. A Figura 1 ilustra o processo de seleção das diretrizes, e a Figura 2 exibe os países que ofertam a realização de aborto na APS.

Os documentos incluídos nesta revisão são, em sua maioria, diretrizes clínicas publicadas por órgãos governamentais, que visam nortear a atuação de profissionais de saúde no provimento do aborto previsto em lei.¹¹⁻²³ Para Moçambique e Colômbia, foi necessário acrescentar legislações que modificaram as situações em que o aborto é permitido após a data de publicação das diretrizes;^{24,25} para Espanha, devido à inexistência de uma diretriz nacional, foram utilizadas a lei orgânica de saúde sexual e reprodutiva e interrupção voluntária da gravidez,²⁶ o decreto de garantia da qualidade da assistência da interrupção voluntária da gravidez²⁷ (ambos de abrangência nacional), e o protocolo clínico de uma das comunidades autônomas do país²² (Ilhas Canárias, por ser o único disponibilizado na plataforma GAPD em espanhol).

Os resultados encontram-se dispostos em três tópicos: Caracterização das leis e políticas relacionadas ao aborto em países que ofertam a sua realização em serviços de APS; Aspectos relacionados à prestação de serviços de aborto em países que ofertam a sua realização na APS; e Aspectos relacionados ao manejo clínico e auto manejo do aborto em países que ofertam a sua realização na APS.

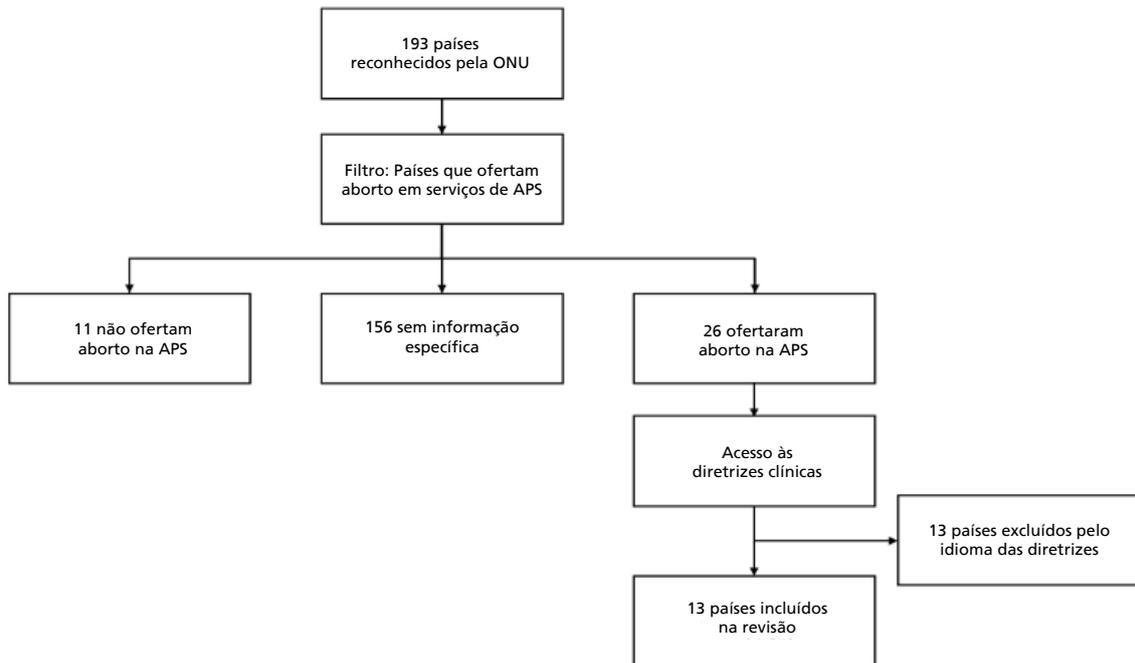
Caracterização das leis e políticas relacionadas ao aborto em países que ofertam a sua realização em serviços de APS

Oito países permitem o aborto por escolha da mulher, sendo o limite da idade gestacional majoritariamente situado na transição do primeiro para o segundo trimestre de gestação.^{11,15,19,23,24,26} Colômbia e Singapura destacam-se por autorizar o aborto por escolha da mulher até as 24 semanas de gestação.^{21,25} No México, ainda que a regulamentação do procedimento se dê a nível subnacional, a Suprema Corte da Justiça descriminalizou o aborto até 12 semanas em nível nacional, impedindo que mulheres ou profissionais sejam punidos por sua realização em todo o país.¹⁷ Índia, Zâmbia e Etiópia permitem a realização do aborto em situações específicas, sendo os permissivos legais dos dois primeiros mais abrangentes, por incluírem casos em que a gravidez configure dano à saúde mental.^{12,14,20} A situação de Bangladesh merece ser apresentada em separado, uma vez que no país o aborto é permitido somente para salvar a vida da mulher, mas a regulação menstrual (RM) é compreendida como uma estratégia de planejamento reprodutivo, e não como uma forma de aborto.¹⁸

Enquanto o período de espera mandatório está previsto em quatro países,^{13,21,23,26} na Colômbia e na Argentina é legalmente estabelecido um prazo máximo

Figura 1

Fluxograma de seleção das diretrizes clínicas para a revisão narrativa.



ONU= Organização das Nações Unidas; APS= Atenção Primária à Saúde.

Figura 2

Países que ofertam a realização de aborto em serviços de Atenção Primária à Saúde.



dentro do qual o procedimento deve ser realizado (respectivamente, de cinco e dez dias a partir do primeiro atendimento), visando proteger a pessoa solicitante de obstáculos médicos, burocráticos e jurídicos que possam atrasar o acesso.^{15,16} As diretrizes da Etiópia não deixam claro se o intervalo de três dias, no qual se realizam aconselhamento e medidas diagnósticas, configura um período de espera mandatário.¹²

Sobre o aborto em menores de idade, em três países não é obrigatório o envolvimento dos pais ou responsáveis na autorização do procedimento,^{11,12,16} e em quatro países esta autorização se faz necessária.^{14,18-20} Espanha, Irlanda, Argentina, México e Moçambique apresentam direcionamentos variados por faixa etária, definindo uma idade a partir da qual o consentimento pode ser dado de maneira independente (12 anos no México e 16 nos demais),^{15,17,23,24,26}

A Tabela 1 apresenta o detalhamento das leis e políticas relacionadas ao aborto dos 13 países incluídos no estudo.

Aspectos relacionados à prestação de serviços de aborto em países que ofertam a sua realização na APS

As diretrizes pesquisadas, em sua maioria, indicam a possibilidade de realização de aborto medicamentoso e por aspiração na APS,^{11-14,16-20,22} com limite de 12 semanas para o provimento de aborto neste nível de atenção.^{11-15,17-20} Alguns países estipulam um limite de idade gestacional menor para o aborto medicamentoso do que para o aborto por aspiração.^{12,19,20} Tais limites encontram justificativa em publicações anteriores da OMS e nas evidências científicas disponíveis à época da publicação destas diretrizes, que estabeleciam a segurança e efetividade do aborto medicamentoso somente até nove semanas.¹

No que diz respeito aos profissionais que podem prover aborto no primeiro trimestre, observa-se que alguns países restringem a prática somente à categoria médica,^{16,20,21,23,27} enquanto outros incluem enfermeiros,¹⁷ obstetritz^{11,14} e profissionais de nível médio.^{12,13,18,19} As diretrizes da Argentina não tratam desta informação com clareza (utilizando o termo “profissionais de saúde”).¹⁵ Somente a Espanha restringe a prática do aborto de primeiro trimestre a médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia.²⁷ A Tabela 2 sintetiza as informações individualizadas dos países pesquisados.

Aspectos relacionados ao manejo clínico e auto manejo do aborto em países que ofertam a sua realização na APS

Tanto a mifepristona quanto o misoprostol estão registrados em todos os países incluídos no estudo. Com relação à realização de ultrassonografia, somente

as normativas espanholas determinam este exame como um pré-requisito obrigatório para a realização do aborto.²⁷ A maioria das diretrizes pesquisadas contempla a possibilidade de auto manejo do aborto em domicílio, com variações na idade gestacional máxima permitida (entre sete e 12 semanas).^{11,13-15,17-20,22,23} As informações relacionadas a este tópico encontram-se consolidadas na Tabela 3.

Discussão

Quando documentos são utilizados como fontes de dados, é importante compreendê-los como meios de comunicação, e não somente repositórios de informações; portanto, aspectos como autoria e contexto em que foram produzidos devem ser valorizados.²⁸ Dentre os 13 países incluídos no estudo, quatro são classificados pela ONU como apresentando índice de desenvolvimento humano (IDH) muito elevado (em ordem decrescente de IDH: Irlanda, Singapura, Espanha e Argentina), três apresentam IDH elevado (México, Colômbia e África do Sul), outros quatro apresentam IDH médio (Bangladesh, Índia, Camboja e Zâmbia) e dois apresentam IDH baixo (Etiópia e Moçambique).²⁹ Para fins de comparação, o Brasil é classificado como um país de IDH elevado, situando-se em 87º lugar no Relatório de 2021/2022, entre México (86º) e Colômbia (88º).²⁹

As diretrizes clínicas de diversos países foram publicadas em parceria ou contaram com o apoio de organizações atuantes na defesa dos direitos reprodutivos, como o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e a Ipas (organização não-governamental internacional que busca ampliar o acesso à contracepção e ao aborto seguro), ou da própria OMS. Este apoio é mencionado em todos os documentos, com exceção de Irlanda, Espanha e Singapura.¹¹⁻²⁰ Notadamente, estes três países são os únicos que apresentam razão de mortalidade materna (RMM) classificada como muito baixa.³⁰ Todos os demais apresentam RMM baixa ou moderada,³⁰ e descrevem em suas diretrizes um cenário ainda desfavorável de mortalidade materna, com mortes por aborto se situando entre as principais causas. Desta forma, acenam explicitamente em direção à necessidade de garantir o acesso ao aborto seguro sempre que previsto em lei como forma de evitar mortes maternas.¹¹⁻²⁰

No que diz respeito às leis e políticas, a OMS recomenda que o aborto seja retirado dos códigos penais, uma vez que a criminalização não reduz a sua ocorrência, mas aumenta os riscos para a saúde associados a procedimento clandestinos e inseguros, afetando de maneira desproporcional mulheres em situação de maior vulnerabilidade.¹ Nesse mesmo sentido, a entidade apresenta recomendação contrária a leis e regulações que

Tabela 1

Caracterização das leis e políticas relacionadas ao aborto em países que ofertam a sua realização em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).			
País	Situações em que o aborto é permitido (limite da idade gestacional)	Período de espera mandatório	Especificidades para menores de idade
África do Sul ¹¹	<p>Por escolha da mulher (até 12 semanas e 6 dias)</p> <p>Risco de danos à saúde física ou mental da mulher; risco substancial de anormalidade fetal física ou mental; gravidez resultante de estupro ou incesto; risco de danos sociais ou econômicas à mulher (até 20 semanas e 6 dias)</p> <p>Se a continuidade da gestação acarreta em risco à vida da mulher; malformação fetal grave ou risco de lesão ao feto (após 20 semanas e 6 dias)</p>	Não	<p>Nenhum consentimento além do da pessoa grávida é necessário, independente da idade. Menores de idade podem se beneficiar em consultar um adulto (pais, tutor ou outro familiar ou amigo adulto) antes da interrupção da gravidez. No entanto, consultar um adulto não é mandatório e o serviço não pode ser negado se a menor optar por não consultá-lo.</p>
Etiópia ¹²	<p>Se a gravidez é resultante de estupro ou incesto; se a continuidade da gravidez ameaça a vida da mãe ou da criança, ou a saúde da mãe, ou quando o nascimento da criança ponha em risco a vida ou a saúde da mãe; se o feto tem anormalidade grave e incurável; se a gestante, devido à deficiência física, mental ou minoridade, é física e mentalmente incapaz de criar a criança (até 28 semanas)</p> <p>Em caso de risco grave e iminente que possa ser evitado por intervenção imediata (sem limite de idade gestacional explicitamente definido)</p>	<p>Uma mulher elegível para interrupção da gravidez deve obter o serviço dentro de três dias úteis. Este tempo é utilizado para aconselhamento e medidas diagnósticas necessárias para o procedimento</p>	<p>A assinatura do termo de consentimento para a realização do aborto não deve ser exigida para menores de idade (<18 anos), e o consentimento dos pais ou responsáveis não é necessário</p>
Moçambique ^{13,24}	<p>Por escolha da mulher (nas primeiras 12 semanas)</p> <p>Se a gravidez é resultado de estupro ou incesto (nas primeiras 16 semanas)</p> <p>Se houver motivo seguro para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de doença grave ou malformação congênita (nas primeiras 24 semanas)</p> <p>Se o feto for inviável; se a interrupção evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para o corpo ou saúde física da gestante, ou for recomendável, em caso de doenças crônico-degenerativas (sem limite de idade gestacional explicitamente definido)</p>	<p>Deve-se obter consentimento da gestante com antecedência mínima de três dias em relação à data da intervenção. Se não for possível e a realização do aborto for urgente, o médico decidirá frente a cada situação, recorrendo ao parecer de outro(s) médico(s) quando possível</p>	<p>Quando a gestante é menor de 16 anos, deve-se obter consentimento de representante legal ascendente ou, na sua ausência, de parentes da linha colateral. Se não for possível e a realização do aborto for urgente, o médico decidirá frente a cada situação, recorrendo ao parecer de outro(s) médico(s) quando possível</p>
Zâmbia ¹⁴	<p>Quando a gravidez é resultado de estupro ou incesto; quando há risco substancial de que o feto sofra de grave anormalidade mental ou física; quando a continuidade da gravidez representa um risco para o bem-estar físico ou mental da mulher, ou afetará a situação social ou econômica da mulher de modo significativo (até 12 semanas)</p> <p>Quando a continuidade da gravidez constitui risco para a vida da mulher; quando a continuidade da gravidez representa risco de dano ao feto ou de malformação fetal grave (após 12 semanas)</p>	Não	<p>Se a idade da paciente estiver abaixo da idade de consentimento legal para procedimentos médicos ou cirúrgicos (menores de 18 anos), a aprovação dos pais ou responsável legal para interromper a gravidez deve ser documentada. O melhor interesse da menor prevalecerá sobre o dos pais ou responsável.</p>

Argentina ¹⁵	<p>Por escolha da menina, adolescente, mulher ou pessoa com outra identidade de gênero capaz de gestar (até 14 semanas, inclusive)</p> <p>Quando a gravidez é resultado de estupro ou quando houver perigo para a vida ou saúde da pessoa gestante (sem limite de idade gestacional explicitamente definido)</p>	Não	<p>Meninas menores de 13 anos: Podem dar o seu consentimento com a assistência dos pais ou de pessoas que desempenhem, formal ou informalmente, funções de cuidado, que devem também assinar o consentimento informado</p> <p>Adolescentes 13-16 anos: Podem dar seu consentimento de forma independente, exceto nas situações em que deva ser utilizada uma técnica que possa implicar em grave risco à saúde ou à vida. Nestes casos, será necessária a assistência dos pais ou de pessoas que exerçam, formal ou informalmente, funções de cuidado</p> <p>A partir dos 16 anos: todas as pessoas, com ou sem deficiência, podem dar o seu consentimento de forma independente</p>
Colômbia ^{16,25}	<p>Por escolha da mulher (até 24 semanas)</p> <p>Quando a continuação da gravidez constitui perigo para a vida ou saúde da mulher; quando existe malformação grave do feto que torna a sua vida inviável; quando a gravidez é resultado de uma conduta, devidamente denunciada, que constitua ato sexual sem consentimento, abusivo, ou de inseminação artificial ou transferência de óvulo fecundado não consentida, ou de incesto (sem limite de idade gestacional)</p>	Não	<p>A mulher menor de idade, como todas as mulheres, no exercício de seus direitos fundamentais do livre desenvolvimento da personalidade, da autonomia e da dignidade, está autorizada a acessar os serviços de saúde e solicitar a prática do procedimento de interrupção voluntária da gravidez</p>
México ¹⁷	<p>O aborto legal é regulamentado principalmente em nível estadual, e não em nível nacional. A interrupção da gestação decorrente de estupro é permitida em todos os estados, e há regulamentação federal para esta situação, que deve ser cumprida em âmbito nacional. Outras situações em que é permitido, limites de idade gestacional e restrições adicionais variam de estado para estado.</p>	Variável conforme estado	<p>Em caso de violência sexual, meninas e adolescentes maiores de 12 anos podem solicitar de forma independente a interrupção voluntária da gravidez. No caso de meninas menores de 12 anos, poderão solicitá-la por meio do pai, mãe ou responsável; na ausência destes, a autoridade competente deve ser comunicada, que tem a obrigação de zelar pela proteção e fazer valer o melhor interesse da criança.</p>
Bangladesh ¹⁸	<p>O código penal permite o aborto somente com o propósito de salvar a vida da mulher.</p> <p>Apesar do caráter restritivo da lei, os serviços de “regulação menstrual” (RM) foram incluídos no programa de planejamento familiar do governo. A RM é um “método provisório de estabelecer a não-gravidez para uma mulher em risco de gravidez, esteja ela realmente grávida ou não”. Os serviços de RM não entram em conflito com as leis atuais de aborto, pois são fornecidos como um substituto dos métodos de planejamento familiar pelo governo, não como um meio para o aborto.</p>	Não	<p>O consentimento de um responsável é necessário para jovens menores de 18 anos</p>
Camboja ¹⁹	<p>Por escolha da mulher (até 12 semanas)</p> <p>Quando há uma causa provável para que tal feto não se desenvolva normalmente ou que possa causar perigo para a vida da mãe; quando o bebê que vai nascer possa ter uma doença grave e incurável; quando a gestação é decorrente de estupro (sem limite de idade gestacional explicitamente definido).</p>	Não	<p>Para menores de idade, um dos pais ou responsável deve assinar o termo de consentimento em nome da paciente.</p>

Índia ²⁰	Quando a continuação da gravidez envolve um risco para a vida da mulher grávida ou causa graves danos à sua saúde física ou mental (A angústia causada pela gravidez indesejada nas seguintes situações presumivelmente causa grave dano à saúde mental da gestante: estupro ou incesto; falha de qualquer dispositivo ou método utilizado por uma mulher casada ou seu marido com a finalidade de limitar o número de filhos); quando há um risco substancial de que, se a criança nascesse, ela sofreria de anormalidades físicas ou mentais que a tornariam gravemente deficiente (até 20 semanas)	Não	No caso de menor de idade, é necessário o consentimento do responsável.
Singapura ²¹	Por escolha da mulher (até 24 semanas) Quando o tratamento é imediatamente necessário para salvar a vida ou prevenir dano grave e permanente à saúde da mulher grávida (sem limite de idade gestacional explicitamente definido)	Pelo menos 48 horas devem se passar após o aconselhamento pré-aborto antes que a mulher gestante possa dar seu consentimento por escrito para o tratamento.	Sem informação
Espanha ^{22,26,27}	Por escolha da mulher (até 14 semanas) Quando há risco grave para a vida ou saúde da gestante; quando há risco de anomalias graves no feto (até 22 semanas) Quando são detectadas anomalias fetais incompatíveis com a vida, ou doença extremamente grave e incurável no momento do diagnóstico (sem limite de idade gestacional)	Um prazo de pelo menos 3 dias deve ser observado entre o aconselhamento e a realização da intervenção.	No caso de mulheres de 16 e 17 anos, o consentimento depende exclusivamente delas. Ao menos um dos representantes legais deverá ser informado da decisão da mulher. Se prescindirá desta informação quando a menor alegar de maneira fundamentada que isso resultará em conflito grave, manifestado em risco de violência intrafamiliar, ameaças, coação, maus-tratos, ou produza situação de desamparo.
Irlanda ²³	Por escolha da mulher (até 12 semanas) Quando há risco imediato à vida ou de grave dano à saúde da mulher, e a interrupção imediata da gravidez for necessária para reverter este risco; quando há uma condição fetal que provavelmente cause a sua morte antes ou dentro de 28 dias após o seu nascimento (sem limite de idade gestacional) Quando há risco à vida ou risco de grave dano à saúde da mulher (até o limite da viabilidade fetal)	Um intervalo não inferior a 3 dias entre a primeira avaliação médica e a realização do procedimento é necessário	Jovens menores de 18 anos são encorajadas a envolver seus pais ou outro adulto responsável na decisão. Se a pessoa tem 15 anos ou menos e decide não envolver um adulto, o médico pode oferecer o aborto em circunstâncias excepcionais. Se a pessoa tem 16 ou 17 anos e decide não envolver um adulto, o médico pode oferecer o aborto quando está confiante que as informações foram compreendidas e o consentimento é válido.

restringam o aborto a determinadas situações ou estipulem limites de idade gestacional, bem como a práticas que dificultem o acesso ao procedimento, como o período de espera mandatório e a necessidade de autorização de terceiros.¹

Ao analisar a caracterização das leis e políticas relacionadas ao aborto dos países incluídos no estudo, é possível identificar em algumas diretrizes um discurso mais pronunciado em defesa da autonomia reprodutiva, como nas publicações de Argentina, Colômbia e México - que são as mais recentes devido a mudanças legislativas ocorridas nos últimos quatro anos.^{15,17,25} Esses países exemplificam o movimento de mudança que vem sendo observado na América Latina, anteriormente marcada por legislações muito restritivas e sociedades fortemente patriarcais.³¹ Bangladesh e Índia encontram-se em situação distinta: as flexibilizações observadas no acesso ao aborto

parecem ter direcionamento primordial para a prevenção de mortes maternas, não sobressaindo nas diretrizes uma valorização da autonomia reprodutiva.^{18,20} Paralelamente, o Relatório do Desenvolvimento Humano 2021/2022 evidencia que estes dois países são classificados como tendo uma igualdade reduzida entre homens e mulheres, em relação aos resultados do IDH.²⁹

Ao comparar as normativas brasileiras com os países incluídos neste estudo, observa-se uma legislação mais restritiva, com apenas três permissivos legais para o aborto.^{4,5} Não há previsão de período de espera mandatório, mas a autorização dos responsáveis ou tutores é requerida para a solicitação do procedimento em menores de idade.⁸ Esse é um tema especialmente sensível no país, considerando a elevada incidência de gravidezes na adolescência, com um forte componente de gestações resultantes de estupro nesta faixa etária.³²

Tabela 2

Aspectos relacionados à prestação de serviços de aborto em países que ofertam a sua realização na Atenção Primária à Saúde (APS).			
País	Tipo de aborto realizado na APS	Profissionais que podem prover aborto no primeiro trimestre	Limite da idade gestacional para aborto na APS
África do Sul ¹¹	Medicamentoso e aspiração	Médicos, enfermeiros ou obstetrias registrados e treinados	12 semanas + 0 dias
Etiópia ¹²	Medicamentoso e aspiração	Enfermeiros, obstetrias e "Health Officers" (profissional de nível médio)	Aborto medicamentoso até 9 semanas e aspiração até 12 semanas
Moçambique ^{13,24}	Medicamentoso e aspiração	Médicos; Técnicos de Medicina e Enfermeiros de Saúde materno-infantil (ambos profissionais de nível médio)	12 semanas
Zâmbia ¹⁴	Medicamentoso e aspiração	Médicos e obstetrias treinados	12 semanas
Argentina ¹⁵	Medicamentoso	Sem informação	12 semanas
Colômbia ^{16,25}	Medicamentoso e aspiração	Somente médicos	12 semanas para medicamentoso e 15 semanas para aspiração
México ¹⁷	Medicamentoso e aspiração	Médicos e enfermeiros	12 semanas
Bangladesh ¹⁸	Medicamentoso e aspiração	A regulação menstrual pode ser realizada por médicos, enfermeiros, visitantes de bem-estar familiar, obstetrias, paramédicos, subassistentes médicos comunitários e provedores de nível médio	12 semanas quando realizado por médicos e 10 semanas quando realizado por outros profissionais
Camboja ¹⁹	Medicamentoso e aspiração	Obstetrias treinadas, assistentes médicos treinados, médicos treinados	9 semanas para medicamentoso e 12 semanas para aspiração
Índia ²⁰	Medicamentoso e aspiração	Somente médicos que tenham sido submetidos a treinamento reconhecido pelo governo	7 semanas para medicamentoso e 12 semanas para aspiração
Singapura ²¹	Sem informação	Somente médicos	Sem informação
Espanha ^{22,26,27}	Medicamentoso e aspiração	Somente médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia	14 semanas
Irlanda ²³	Medicamentoso	Somente médicos	9 semanas

Tabela 3

Aspectos relacionados ao manejo clínico e auto manejo do aborto em países que ofertam a sua realização na Atenção Primária à Saúde (APS).			
País	Disponibilidade de medicamentos	Ultrassonografia como pré-requisito?	Auto manejo em domicílio
África do Sul ¹¹	Mifepristona e Misoprostol	Não	Sim, até 10 semanas + 0 dias
Etiópia ¹²	Mifepristona e Misoprostol	Não	O medicamento é administrado na unidade de saúde e a mulher é observada por 4 horas. Não ocorrendo expulsão, ela deve retornar após 2 semanas para confirmar se houve aborto completo.
Moçambique ^{13,24}	Mifepristona e Misoprostol	Não	Sim, até 9 semanas
Zâmbia ¹⁴	Mifepristona e Misoprostol	Não	Sim, até 12 semanas
Argentina ¹⁵	Mifepristona e Misoprostol	Não	Sim, até 12 semanas
Colômbia ^{16,25}	Mifepristona e Misoprostol	Não	Sim, até 10 semanas
México ¹⁷	Mifepristona e Misoprostol	Não	Sim, até 12 semanas
Bangladesh ¹⁸	Mifepristona e Misoprostol	Não	Sim, até 10 semanas
Camboja ¹⁹	Mifepristona e Misoprostol	Não	Sim, até 9 semanas
Índia ²⁰	Mifepristona e Misoprostol	Não	Sim, até 7 semanas
Singapura ^{9,21}	Mifepristona e Misoprostol	Sem informação	Sem informação
Espanha ^{22,26,27}	Mifepristona e Misoprostol	Sim	Sim, até 12 semanas
Irlanda ²³	Mifepristona e Misoprostol	Não (para gestações com menos de 10 semanas)	Sim, até 9 semanas + 6 dias

Quanto à prestação de serviços de aborto, a OMS recomenda que o aborto por aspiração em gestações de até 14 semanas seja realizado por médicos generalistas e especialistas, enfermeiras e obstetrias, bem como outras categorias profissionais não regulamentadas no Brasil, como profissionais de medicina tradicional e complementar e clínicos associados.¹ O aborto medicamentoso em gestações de até 12 semanas, por sua vez, pode ser realizado por todas essas categorias profissionais, e também por agentes comunitários de saúde, trabalhadores de farmácia, farmacêuticos e auxiliares de enfermagem.

Nomeia-se “*task shifting*” a estratégia de redistribuição de tarefas entre membros da equipe de saúde, para que profissionais menos especializados possam desempenhar funções tradicionalmente próprias de outros com maior nível de formação. Essa estratégia é estimulada pela OMS como uma forma de garantir o direito à saúde. Percebe-se que as restrições quanto às categorias profissionais que podem prover aborto são maiores nos países com IDH muito elevado ou elevado, o que provavelmente reflete uma maior disponibilidade de profissionais de nível superior. A OMS destaca que tais restrições são inconsistentes com suas recomendações, uma vez que são arbitrárias e não baseadas em evidências, acarretando risco de limitação de acesso ao procedimento.¹

No Brasil, a legislação define o aborto como um ato médico⁴. Já a normatização dos serviços de referência para interrupção da gravidez nos casos previstos em lei estabelece que “a equipe de saúde multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo”.⁸ Ou seja, apesar de não haver uma restrição expressa da realização do procedimento a médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia, é necessário que este profissional integre as equipes dos serviços de referência.

Sobre os aspectos relacionados ao manejo clínico e auto manejo do aborto avaliados neste estudo, a OMS define a mifepristona e o misoprostol como medicamentos essenciais aos sistemas de saúde,³³ e apresenta recomendação contrária à realização de ultrassonografia como pré-requisito para a realização do aborto, considerando que pode limitar o acesso ao procedimento em contextos em que haja dificuldade de viabilizar o exame. Também é recomendado que o auto manejo do aborto medicamentoso até 12 semanas, ou seja, a realização pela própria mulher, seja reconhecido como uma estratégia legítima e que os protocolos clínicos sejam adaptados de modo a garantir essa possibilidade.¹

Tais recomendações são observadas na grande maioria das diretrizes avaliadas, com raras exceções expostas dentre os resultados. A situação do Brasil difere dos países estudados em muitos aspectos: o aborto,

tanto medicamentoso quanto cirúrgico, é considerado um procedimento hospitalar; a mifepristona não é registrada junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária; e o misoprostol é um medicamento sujeito a controle especial.³⁴ A realização de ultrassonografia está prevista no procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei⁸, e em 2020 houve publicação de portarias (já revogadas) atualizando este procedimento, em uma das quais se estabelecia que “a equipe médica deverá informar acerca da possibilidade de visualização do feto ou embrião por meio de ultrassonografia”.³⁵

Conforme mencionado no início da discussão, os documentos devem ser encarados como meios de comunicação, e sua autoria e contexto importam²⁸: neste caso, falar sobre a possibilidade de visualização do feto ou embrião parece ter o caráter contrário do que assegurar à mulher o direito de não o ver - o que é explicitamente recomendado nas diretrizes argentinas e irlandesas.^{15,23} À ocasião da publicação desta portaria, o Brasil estava sob comando de um governo com tendências autoritárias e reconhecido por suas políticas anti-gênero.³⁶

APS e aborto: para além do acesso

O acesso de primeiro contato é um dos quatro atributos essenciais da APS, denotando que este nível de atenção deve ser a porta de entrada preferencial dos indivíduos no sistema de saúde a cada vez que um atendimento é necessário, e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso. A inexistência de porta de entrada facilmente acessível pode acarretar atraso ou indisponibilidade da atenção adequada, com consequente aumento de custos e riscos à saúde.² O aborto é um procedimento sensível ao tempo - ou seja, quanto mais tardiamente for realizado, maiores os riscos associados -, sendo este um dos motivos que tornam o acesso uma questão tão relevante.¹

Uma das características que facilitam o acesso aos serviços de APS é a sua localização geográfica próxima às comunidades. No Brasil, conforme demonstrado por Jacobs, a concentração dos serviços que realizam interrupção legal da gestação é uma barreira de acesso,³⁷ mas o país tem condições para solucionar esta questão a partir da oferta do procedimento nos serviços de APS: enquanto em 2021 a interrupção legal de gestações decorrentes de estupro (principal causa de aborto legal) só era realizada em 55 municípios, caso o serviço fosse prestado nas unidades de APS, considerando as recomendações da OMS, este número seria ampliado para 3.741 municípios brasileiros.⁷

Os benefícios relacionados ao provimento de aborto em serviços de APS, no entanto, não se limitam ao acesso; os demais atributos essenciais da APS também podem ser encarados como potencialidades.³⁸ A longitudinalidade

pressupõe que o serviço de APS seja reconhecido pela população como uma fonte continuada de cuidado ao longo do tempo, levando a formação de vínculo e confiança mútua entre usuários e profissionais de saúde.² Este senso de confiança pode fazer com que as mulheres se sintam mais confortáveis para compartilhar situações delicadas como uma gravidez decorrente de violência sexual. O cuidado continuado também é estratégico para a realização de ações fundamentais na atenção ao aborto, como a profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis e a instituição de contracepção pós-aborto.

A integralidade diz respeito à carteira de serviços ofertada pela APS, que deve ser abrangente, possibilitando a abordagem das necessidades de saúde mais frequentes e relevantes da população. As ações ofertadas pela APS devem propiciar um cuidado integral, tanto do ponto de vista do aspecto biopsicossocial dos processos de saúde-adoecimento, como também do continuum de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação.² Situações de abortamento muitas vezes são complexas, beneficiando-se de um olhar integral sobre a pessoa que o demanda. Ademais, a proposição de que o aborto seja ofertado em serviços de APS não se limita à mera execução do procedimento, podendo apontar para uma qualificação da atenção à saúde reprodutiva como um todo, ao incrementar nos serviços comunitários o debate sobre promoção e prevenção de saúde neste campo.

Finalmente, a coordenação do cuidado, quarto atributo essencial da APS, denota a responsabilidade deste nível de atenção sobre seus usuários, independente do ponto da rede de atenção à saúde em que estejam.² Naturalmente, nem todo aborto poderá ser realizado em serviços de APS, considerando os limites de idade gestacional preconizados e as situações que envolvem risco de vida da mulher, em que os cuidados hospitalares serão necessários. A APS teria então papel fundamental de coordenação dos itinerários das pessoas na rede de atenção conforme suas necessidades, garantindo o acesso ao procedimento através de mecanismos formais de referência.

O provimento de aborto em serviços de APS ainda é um tema pouco estudado no Brasil, com raras publicações, tornando relevante a exploração das experiências de outros países, que podem se tornar um modelo para a implementação desta prática no país. Convém, portanto, ressaltar algumas diretrizes que podem ser de especial interesse, como as de países da América Latina¹⁵⁻¹⁷ (pelas publicações recentes e similaridades com o Brasil), a indiana²⁰ (que apresenta uma proposta sistematizada de treinamento para novos provedores) e a irlandesa²³ (que se inicia com uma lista de recomendações baseadas em evidências, e valoriza a atuação da equipe multiprofissional no aconselhamento e seguimento das mulheres, apesar do aborto propriamente dito ser realizado somente por médicos).

A Irlanda é o país com maior documentação da experiência de provimento de aborto em serviços de APS na literatura científica. Após a modificação da legislação em 2018, foi desenvolvido um modelo de cuidados integrado à infraestrutura de saúde existente, e o aborto passou a ser realizado em serviços comunitários e maternidades.³⁹ Uma força tarefa multiprofissional foi responsável pela sensibilização e capacitação dos médicos da APS e elaboração de protocolos técnicos.³⁹ A interrupção de gravidezes com menos de dez semanas é feita predominantemente na APS, a menos que haja condições clínicas que requeiram hospitalização, e os resultados iniciais evidenciam o sucesso do procedimento em 98,1% dos casos.⁴⁰ Os profissionais destacam que a abordagem colaborativa entre o governo e a comunidade médica, bem como o incentivo financeiro, foram fundamentais para o êxito da experiência.⁴¹

A natureza deste estudo, realizado a partir da análise de diretrizes clínicas, não contempla a apuração de resultados oriundos da prática de todos os países incluídos, razão pela qual se indica a necessidade de uma revisão sistemática da literatura sobre a realização de aborto em serviços de APS. Outras limitações que podem ser destacadas são a não inclusão de uma parcela significativa de países onde se realiza aborto na APS, devido ao idioma de publicação das diretrizes; possíveis falhas da plataforma GAPD na detecção de países que ofertam o procedimento neste nível de atenção; as diversas formatações de APS observadas (que podem dificultar a replicação do modelo de assistência), e a inclusão de algumas diretrizes publicadas há cinco anos ou mais, para as quais aparentemente não há uma atualização periódica.

Apesar das limitações mencionadas, a análise das experiências internacionais deixa claro que é possível prover aborto em serviços de APS, tanto medicamentoso quanto por aspiração, utilizando a força de trabalho e a estrutura já existentes. Há um relativo consenso de que o aborto a ser realizado na APS é o aborto de primeiro trimestre, que a ultrassonografia prévia não é necessária, e que o auto manejo do procedimento em domicílio deve ser apresentado como uma possibilidade. Nesse sentido, as diretrizes internacionais demonstram que as recomendações da OMS podem ser colocadas em prática em diferentes cenários, considerando as realidades diversas dos países incluídos no estudo.

Por fim, considerando o contexto brasileiro, faz-se necessário ressaltar que tanto a legislação quanto a regulamentação do procedimento se mostram retrógradas quando comparadas à maioria dos países incluídos neste estudo. Diante das diversas iniciativas para se restringir ainda mais o acesso ao aborto previsto em lei ocorridas nos últimos anos, não retroceder não parece suficiente; é necessário avançar na garantia deste direito reprodutivo no país. Espera-se que este artigo, ao examinar as

experiências internacionais de provimento de aborto na APS, possa ser um subsídio para este avanço.

Agradecimentos

Agradecemos ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz pelo custeio dos serviços de tradução, através do Programa de excelência acadêmica (CAPES/PROEX).

Contribuições dos autores

Maia MN e Pinto LW: conceitualização, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, validação, redação e revisão do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Referências

- World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO; 2022. [acesso em 2022 Mai 5]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/3493162>
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. [acesso em 2023 Mai 6]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>
- World Health Organization (WHO). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 1a ed. Geneva: WHO; 2003 [acesso em 2022 Mai 05]. 110 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42586/9241590343-eng.pdf?>
- Presidência da República (BR). Decreto-Lei No 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro (RJ): DOU de 31 de dezembro de 1940. [acesso em 2022 Mai 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
- Supremo Tribunal Federal (BR). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54. Anencefalia. Brasília (DF): 2012. [acesso em 2022 Mai 5]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/adpf54.pdf>
- Jacobs MG, Boing AC. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019? *Cad Saúde Pública*. 2021; 37 (12): e00085321.
- Jacobs MG, Boing AC. Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios? *Ciênc Saúde Colet*. 2022; 27 (9): 3689-700.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): DOU 3 de outubro de 2017. [acesso em 2022 Mai 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html
- World Health Organization (WHO). Global Abortion Policies Database [Internet]. 2017. [acesso em 2022 Mai 5]. Disponível em: <https://abortion-policies.srhr.org/>
- Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 2022 Mai 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf
- National Department of Health (ZA). National Guideline for Implementation of the Choice on Termination of Pregnancy Act. Pretoria: National Department of Health; 2019. [acesso em 2023 Abr 30]. Disponível em: https://www.health.gov.za/wp-content/uploads/2023/04/Termination-Pregnancy-Guideline_Final_2021.pdf
- Federal Ministry of Health (ET). Technical and Procedural Guidelines for Safe Abortion Services in Ethiopia (second edition). Addis Ababa: Federal Ministry of Health; 2014. [acesso em 2023 Abr 1]. Disponível em: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/ETH-RH-18-01-GUIDELINE-2014-eng-Safe-Abortion-Services.pdf>
- Ministério da Saúde (MZ). Diploma Ministerial n.º 60/2017: Aprova as Normas clínicas sobre Aborto Seguro, Cuidados Pós-Aborto e define as condições em que a interrupção voluntária da gravidez deve ser efectuada nas Unidades Sanitárias do Serviço Nacional. Imprensa Nacional de Moçambique; 2017. [acesso em 2023 Abr 1]. Disponível em: https://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2017/11/Diploma_Ministerial_60-2017.pdf
- Ministry of Health (ZM). Zambia Standart Treatment Guideline (5th edition). Lusaka: Ministry of Health; 2020. [acesso em 2023 Abr 1]. Disponível em: https://www.moh.gov.zm/?wpfb_dl=32
- Ministerio de Salud de la Nación (AR). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal de embarazo: actualización 2022. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2022. [acesso em 2023 Abr 1]. Disponível em: <http://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria>

16. Ministerio de Salud y Protección Social (CO). Atención integral de la interrupción voluntaria de embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad. Documento técnico para prestadores de servicios de salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-Atencion-baja-complejidad.pdf>
17. Secretaría de Salud (MX). Lineamiento técnico para la atención del Aborto Seguro en México. Secretaría de Salud; 2022. [acesso em 2023 Mai 26]. Disponível em: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/779301/V2-FINAL_Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_te_cnico_aborto.pdf
18. Ministry of Health and Family Welfare (BD). Woman-centered Menstrual Regulation and Postabortion Care Services: Reference manual. 3ª ed. Dhaka: Ipas Bangladesh; 2021. [acesso em 2023 Abr 1]. Disponível em: https://dgfp.gov.bd/sites/default/files/files/dgfp.portal.gov.bd/miscellaneous_info/9c3b06a2_ff40_4214_a6f5_6cc640abdfa2/2023-08-17-08-05-954637373118126b93f89e3d8cd0dda.pdf
19. Ministry of Health (KH). National protocol Comprehensive Abortion Care. Phnom penh: Ministry of Health; 2010 [acesso em 2023 Abr 26]. Disponível em: <https://nmhc.gov.kh/en/national-protocol-comprehensive-abortion-care-2010/>
20. Ministry of Health and Family Welfare (IN). Comprehensive abortion care: Training and service delivery guidelines. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare; 2018 [acesso em 2023 Abr 28]. Disponível em: https://nhm.gov.in/New_Updates_2018/NHM_Components/RMNCHA/MH/Guidelines/CAC_Training_and_Service_Delivery_Guideline.pdf
21. Ministry of Health (SG). Guidelines on termination of pregnancy. Ministry of Health; 2015 [acesso em 2023 Abr 27]. Disponível em: [https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider5/licensing-terms-and-conditions/revised-guidelines-on-termination-of-pregnancy-\(dated-17-apr-2015\).pdf](https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider5/licensing-terms-and-conditions/revised-guidelines-on-termination-of-pregnancy-(dated-17-apr-2015).pdf)
22. Servicio Canario de la Salud (ES). Protocolo de actuación - Aborto inducido - Comunidad Autónoma de Canarias. Gobierno de Canarias; 2012 [acesso em 2023 mai 18]. Disponível em: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/ee23ad48-0327-11e3-8241-7543da9dbb8a/ActuacionAbortoInducido.pdf>
23. Royal College of Physicians of Ireland. Interim Clinical Guidance: Termination of pregnancy under 12 weeks. Dublin: Institute of Obstetricians & Gynaecologists; 2018 [acesso em 2023 Abr 1]. Disponível em: <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/interim-clinical-guidance-termination-of-pregnancy-under-12-weeks-2018-.pdf>
24. Assembleia da República (MZ). Lei n.º 24/2019: Lei de Revisão do Código Penal e revoga o artigo 2 do Decreto-Lei n.º 182/74, de 2 de Maio e o Código Penal aprovado pela Lei n.º 35/2014 de 31 de Dezembro. Imprensa Nacional de Moçambique; 2019. [acesso em 2023 Abr 1]. Disponível em: http://www.ts.gov.mz/images/Lei_24-2019_-_Lei_de_Revisao_do_Codigo_Penal_1.pdf
25. Corte Constitucional (CO). Comunicado 5: Febrero 21 de 2022. Sentencia C-055-22. Corte Constitucional de Colombia; 2022. [acesso em 2023 Abr 1]. Disponível em: <https://www.corteconstitucional.gov.co/comunicados/Comunicado%20de%20prensa%20Sentencia%20C-055-22%20-%20Febrero%2021-22.pdf>
26. Jefaturadel Estado (ES). LeyOrgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria de embarazo. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2010. [acesso em 2021 Mai 22]. Disponível em: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>
27. Ministerio de Sanidad y Política Social (ES). Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2010. [acesso em 2023 Jun 15]. Disponível em: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10154
28. Flick U. Utilização de documentos como dados. In: Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 230-7
29. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Relatório do Desenvolvimento Humano de 2021/2022. Nova Iorque: PNUD; 2022 [acesso em 2023 Jun 9]. Disponível em: <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22overviewpt1pdf.pdf>
30. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023 [acesso em 2023 Jun 10]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/978924006875929>.
31. Taylor L. How South America became a global role model for abortion rights. BMJ. 2022; 378: o1908
32. Goes EF, Ferreira AJF, Meira KC, Myrrha LJD, Reis APD, Nunes VGDA, Santos JMS, Pinto NR, Santos MES, Oliveira HCG, Ramos DO. Desigualdades raciais nas tendências da maternidade adolescente e no acesso ao pré-natal no Brasil, 2008-2019. Res Soc Dev. 2023; 12 (1): e8312139404.

33. World Health Organization (WHO). Web Annex A. World Health Organization Model List of Essential Medicines – 23rd List, 2023. In: The selection and use of essential medicines 2023: Executive summary of the report of the 24th WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines, 24 – 28 April 2023. Geneva: WHO; 2023. [acesso em 2024 Jan 2]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371090/WHO-MHP-HPS-EML-2023.02-eng.pdf?sequence=1>
34. Paro HBMS, Rosas CF. Posicionamento Oficial da Rede Médica pelo Direito de Decidir: Pela manutenção dos serviços de aborto legal no Brasil em tempos de pandemia. 2020 [acesso em 2023 Jun 11]. Disponível em: https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Nota-GDC-Covid-19-abortion_Portuguess.pdf.pdf
35. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.282, de 27 de agosto de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília (DF): DOU 28 de agosto de 2020. [acesso em 2023 Jul 11]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2020/prt2282_28_08_2020.html
36. Diniz D. Maternal mortality: when a pandemic overlaps with the anti-gender crusade [Editorial]. *Dev World Bioeth.* 2020; 20 (3): 116-7.
37. Jacobs MG, Boing AC. Travel as a barrier to abortion provided by law access. Brazil, 2010-2019. *Rev Bras Saúde Materno Infant.* 2022; 22 (4): 853-61.
38. Giugliani C, Ruschel AE, Belomé da Silva MC, Maia MN, Pereira Salvador de Oliveira DO. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2019; 14 (41): 1791.
39. Murphy C. A Irlanda desde a revogação da Oitava Emenda. *Cad Saúde Pública.* 2020; 36:e00211119.
40. Horgan P, Thompson M, Harte K, Gee R. Termination of pregnancy services in Irish general practice from January 2019 to June 2019. *Contraception.* 2021; 104: 502-5.
41. Mishtal J, Reeves K, Chakravarty D, Grimes L, Stifani B, Chavkin W, Duffy D, Favier M, Horgan P, Murphy M, Lavelanet A. Abortion policy implementation in Ireland: Lessons from the community model of care. *PLoS ONE.* 2022; 17: e0264494.

Recebido em 5 de Setembro de 2023

Versão final apresentada em 3 de Agosto de 2024

Aprovado em 14 de Agosto de 2024

Editor Associado: Melânia Amorim