



NÚCLEO DE ESTUDOS DE GÊNERO
CADERNO ESPAÇO FEMININO



O aborto provocado e os impactos psicossociais: uma revisão de escopo

Induced Abortion and Psychosocial Impacts: a scoping review
El Aborto Inducido y Sus Impactos Psicosociales: una revisión de alcance

*Maiara Alberton*¹
*Ketlin Tuani da Luz Kuhnen*²
*Mônica Machado Cunha e Mello*³

RESUMO

Este estudo analisa os impactos psicossociais do aborto provocado em países com legislação restritiva, por meio de uma revisão de escopo. Os resultados indicam que políticas restritivas não reduzem a mortalidade materna e, ao contrário, ampliam o estigma, a criminalização e as consequências físicas e emocionais.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto Induzido. Impacto Psicossocial. Saúde mental.

ABSTRACT

This study analyzes the psychosocial impacts of induced abortion in countries with restrictive legislation through a scoping review. The results indicate that restrictive policies do not reduce maternal mortality and, on the contrary, increase stigma, criminalization, and the physical and emotional consequences.

KEYWORDS: Induced abortion. Psychosocial Impact. Mental health.

RESUMEN

Este estudio analiza los impactos psicosociales del aborto inducido en países con legislación restrictiva mediante una revisión de alcance. Los resultados indican que las políticas restrictivas no reducen la mortalidad materna y, por el contrario, amplían el estigma, la criminalización y las consecuencias físicas y emocionales.

PALABRAS CLAVE: Aborto Inducido. Impacto Psicosocial. Salud Mental.

* * *

Introdução

¹ Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Especializanda em Psicologia Política pela Universidade de São Paulo e pós-graduanda em Terapia Relacional Sistêmica pelo Instituto Familiar. Graduada em Psicologia pela Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí. Psicóloga.

² Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí.

³ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre em Saúde Coletiva pela mesma instituição. Graduada em Psicologia pela mesma instituição. Psicóloga, psicanalista e professora universitária no Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí.

No Brasil, o aborto inseguro constitui um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de mortalidade materna (Borsari et al., 2012). Embora a legislação brasileira proíba a prática, salvo em situações excepcionais previstas em lei, as desigualdades sociais exercem influência direta sobre as decisões relacionadas à interrupção da gestação. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), aproximadamente 45% dos abortos realizados globalmente são considerados inseguros, sendo sua prevalência maior entre populações marginalizadas e socialmente vulneráveis.

O aborto é caracterizado como a interrupção da gestação antes que o feto atinja entre 20 e 22 semanas de desenvolvimento ou um peso de aproximadamente 500 gramas. Após esse período, a interrupção é classificada como antecipação do parto. A interrupção gestacional pode ocorrer de maneira espontânea, denominada aborto natural, ou ser provocada por meio de indução (Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2018). Diante de uma gravidez indesejada, muitas mulheres, especialmente aquelas em contextos de vulnerabilidade, encontram no aborto inseguro a única alternativa disponível, o que frequentemente resulta em complicações severas e óbitos maternos (Brasil, 2005).

A OMS (2022) reconhece o aborto induzido como um procedimento médico seguro, desde que realizado com técnicas apropriadas, como o uso de fármacos específicos ou métodos cirúrgicos, conforme a particularidade de cada caso. Estima-se que, globalmente, seis em cada dez gestações não planejadas resultem em aborto induzido, correspondendo a três em cada dez gestações totais (OMS, 2022). No contexto brasileiro, entretanto, observa-se uma disparidade significativa no acesso a esse procedimento. Enquanto mulheres em situação socioeconômica desfavorável frequentemente recorrem a métodos clandestinos e inseguros, aquelas com maior poder aquisitivo conseguem acessar serviços sigilosos e com melhor infraestrutura, realizados por profissionais qualificados (Cisne, Castro & Oliveira, 2018; Lima & Cordeiro, 2020; OMS, 2022). Essas desigualdades evidenciam não apenas as barreiras ao direito à saúde reprodutiva, mas também os impactos das condições sociais e raciais no acesso à assistência adequada.

Apesar dos avanços ao longo dos anos, os direitos reprodutivos têm sido alvo de retrocessos significativos, impulsionados por setores conservadores. Exemplos recentes incluem: (a) a aprovação do Estatuto do Nascituro (PL 478/07) na Comissão de Finanças e Tributação da Câmara dos Deputados, proposta que prioriza a proteção do nascituro em detrimento dos direitos das gestantes; (b) a criação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Aborto e a tramitação de projetos de lei, como o PL 1904/24, que visam restringir ainda mais o acesso ao aborto seguro e legal; e (c) a revogação da Portaria 415/2024, medida que representa uma violação direta dos direitos fundamentais de mulheres, meninas e pessoas gestantes, colocando em risco avanços históricos na área dos direitos reprodutivos (Galli & Rocha, 2014; Brasil, 2024).

Com base no exposto, o presente estudo busca analisar a prática do aborto induzido por meio de um levantamento da literatura acadêmica, com foco na relação entre o aborto provocado e os possíveis impactos psicossociais decorrentes de sua realização em condições clandestinas e inseguras.

Procedimentos Metodológicos

Foi realizada uma revisão de escopo baseada nas diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI) para investigar os impactos psicossociais do aborto provocado em condições clandestinas. Esta abordagem metodológica, conforme Peters et al. (2015), difere das revisões sistemáticas por não avaliar a qualidade das evidências, mas sim mapear o conjunto da produção científica disponível sobre o tema. O estudo adotou a estrutura População, Conceito e Contexto (PCC), na qual, a População caracteriza-se como mulheres que realizaram aborto; o Conceito como a prática do aborto em condições clandestinas; e o Contexto com abrangência global. Esta estrutura permitiu formular a questão central da pesquisa: "O que a literatura nacional e internacional relata sobre a relação entre aborto provocado e os possíveis impactos psicossociais do aborto clandestino no mundo?".

A revisão teve como objetivo principal analisar os impactos psicossociais do aborto provocado em contextos de legislação restritiva, contribuindo para o mapeamento do conhecimento produzido sobre este tema complexo e sensível.

A condução do estudo baseou-se nos estágios do processo de revisão sistemática proposto por Arksey e O'Malley, posteriormente refinado por Levac, Colquhoun e O'Brien no protocolo JBI. As etapas seguidas foram: (1) definição da questão de pesquisa; (2) identificação de estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; (4) extração e organização dos dados; e (5) síntese e apresentação dos resultados. Para garantir a padronização da redação e a transparência do relato metodológico, adotou-se o checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), que orienta a estruturação de revisões de escopo. Esse checklist compreende 27 itens, dos quais cinco não são aplicáveis a esse tipo de revisão e dois são considerados opcionais, conforme descrito por Tricco, et al. (2018).

A busca e extração dos estudos foram realizadas em sete bases de dados científicas: Web of Science, Google Scholar, LILACS, IndexPsi, PubMed, Scielo e Scopus. Para a identificação e seleção dos trabalhos relevantes, foi desenvolvida uma estratégia de pesquisa baseada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e nos Medical Subject Headings (MeSH Terms), utilizando termos em português, inglês e espanhol. A relação completa dos descritores empregados na revisão está apresentada na Quadro 1.

Quadro 1 - Descritores e termos em português, espanhol e inglês.

Descritores e termos em português	Descritores e termos em espanhol	Descritores e termos em inglês
aborto induzido; abortos induzidos; aborto provocado; abortos provocados; aborto criminoso; abortos criminosos; aborto ilegal; abortos ilegais; aborto inseguro; abortos inseguros	aborto inducido; inducidos; aborto criminal; abortos criminales; aborto ilegal; abortos ilegales; aborto inseguro; abortos inseguros	induced abortion; induced abortions; criminal abortion; criminal abortions; illegal abortion, illegal abortions; unsafe abortion; unsafe abortions
saúde mental; impacto psicossocial; impactos psicossociais; adoecimento, adoecimentos	salud mental; impacto psicossocial; impactos psicossociales padecimiento, padecimientos	mental health; psychosocial impact; psychosocial impacts sickness

Fonte: Adaptado com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH).

Para validar os descritores selecionados, uma busca inicial foi realizada em duas bases de dados (DeCS e Mesh Terms) para verificar os títulos e possíveis termos a serem inseridos nos descritores. Nesse processo foi incluído o termo “aborto inseguro” e “unsafe abortion”, não listados nos DeCS nem MeshTerms. Após essa primeira validação dos termos a serem utilizados na estratégia foram utilizadas as seguintes estratégias de busca em português: (“aborto induzido” OR “aborto provocado” OR “aborto criminoso” OR “aborto ilegal” OR “abortos induzidos” OR “abortos provocados” OR “abortos criminosos” OR “abortos ilegais” OR “aborto inseguro” OR “abortos inseguros”) AND (“saúde mental” OR “impacto psicossocial” OR “impactos psicossociais” OR adoecimento OR adoecimentos)); em espanhol: (“Aborto inducido” OR “aborto provocado” OR “aborto criminoso” OR “aborto ilegal” OR “abortos inducidos” OR “abortos provocados” OR “abortos criminosos” OR “abortos ilegales” OR “aborto inseguro” OR “abortos inseguros”) AND (“salud mental” OR “impacto psicosocial” OR “impactos psicosociales” OR “padecimiento” OR padecimientos)); em inglês: (“Induced abortion” OR “Induced abortions” OR “criminal abortion” OR “criminal abortions” OR “Illegal Abortion” OR “Illegal Abortions” OR “unsafe abortion” OR “unsafe abortions”) AND (“Mental health” OR “Psychosocial Impact” OR “Psychosocial Impacts” OR sickness)).

Esta revisão de escopo foi conduzida com base em critérios rigorosamente definidos para a inclusão e exclusão de estudos. Foram considerados elegíveis pesquisas qualitativas e quantitativas, artigos originais com fundamentação teórica em temáticas políticas e/ou teoria de gênero, revisões de literatura e investigações que abordassem o aborto clandestino sob a perspectiva das mulheres que o experienciaram. Além disso, foram incluídos estudos de campo envolvendo participantes de todas as faixas etárias.

Em contrapartida, foram excluídos estudos com enfoque biomédico, ensaios clínicos e intervenções terapêuticas, relatos de experiência, editoriais, monografias, dissertações e teses. Também foram desconsiderados artigos nos quais o tema do aborto não constituía o foco principal da análise, bem como estudos

exclusivamente teóricos. Não foram estabelecidos recortes temporais, geográficos ou etários para a seleção dos trabalhos.

A seleção dos artigos seguiu revisão duplo-cego por duas pesquisadoras, com arbitragem de uma terceira em casos de discordância, utilizando a ferramenta Rayyan para garantir anonimato. O processo ocorreu em três etapas: triagem por título, análise de resumos e avaliação de textos completos.

Os resultados foram organizados em um diagrama de fluxo (JBI) e analisados mediante abordagem temática (Braun, Clarke & Rance, 2014), permitindo categorizar padrões e sintetizar os achados em relação à questão norteadora. O método assegurou transparência e reprodutibilidade na construção do corpus analítico.

A busca foi conduzida em sete bases de dados no dia 26 de maio de 2024, utilizando descritores e termos nos três idiomas mencionados. Como resultado, foram identificados 1.820 estudos, sendo 132 em português, 124 em espanhol e 1.564 em inglês. A distribuição detalhada desses registros encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Número de artigos em português, espanhol e inglês por base de dados.

Base de Dados	Português	Espanhol	Inglês
PubMed	0	0	673
Web of Science	0	0	147
Lilacs	15	13	103
IndexPsi	0	0	4
Scielo Org	17	10	6
Scopus	0	1	531
Google Acadêmico	100	100	100
Totais	132	124	1.564

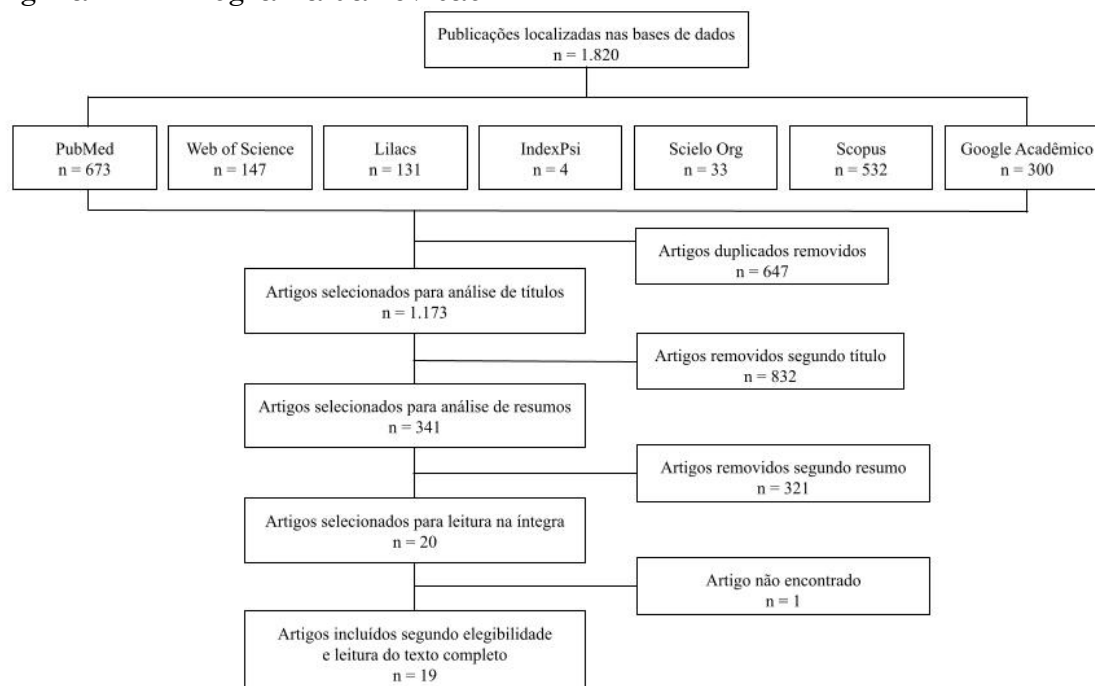
Fonte: A autora.

Após a exclusão de 64 registros duplicados, permaneceram 1.173 artigos para a análise dos títulos. Aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, 832 estudos foram descartados, restando 341 para a etapa seguinte. A partir da análise dos resumos, foram excluídos 321 artigos, resultando na seleção de 20 estudos para leitura integral e avaliação quanto à

elegibilidade. No entanto, um desses estudos precisou ser excluído devido à impossibilidade de sua recuperação.

Dessa forma, 19 artigos foram considerados elegíveis para compor esta revisão, conforme no fluxograma apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma da revisão



Fonte: A autora

Verificou-se que todas as pesquisas identificadas foram conduzidas a partir do ano de 2002, com uma maior concentração nos anos de 2012 e 2023, cada um representando 15,78% do total. Além disso, observa-se que a maior parte da produção científica ocorreu após 2010, correspondendo a 84,21% dos estudos analisados.

Para a análise de dados, utilizou-se a Análise Temática proposta por Minayo (2010), que consiste em organizar o texto em temas após uma fase de pré-análise baseada no objetivo inicial da pesquisa. Em seguida, realiza-se uma leitura flutuante do material, procedendo-se à exploração do conteúdo e, por fim, ao tratamento dos dados e às interpretações sugeridas pela leitura.

Resultados e Discussão

A partir da análise temática foram identificados cinco temas: 1) Os riscos da ilegalidade: a insegurança no aborto clandestino 2) Por que mulheres recorrem ao aborto ilegal? 3) Implicações psicológicas do aborto inseguro; 4) Desafios no acesso ao atendimento pós-aborto em contextos de legislação restritiva; 5) Violência institucional.

Dentre os artigos analisados, verificou-se que o aborto inseguro constitui um agravo de saúde pública em diversos países. Entre os estudos selecionados, identificaram-se 10 países enfrentando desafios e situações semelhantes diante da dificuldade de garantir a saúde reprodutiva. O quadro 2 apresenta os artigos analisados, explicitando o título, ano, objetivo da pesquisa, autores(as) e a conclusão do artigo.

Quadro 2 - Artigos selecionados nas bases de dados.

Autores	Ano	Título do artigo	Foco do artigo	Conclusão do Artigo
Taft, et al.	2019	Factors associated with induced abortion over time: secondary data analysis of five waves of the Australian Longitudinal Study on Women's Health	Analisar as tendências de associações com aborto induzido	Os serviços que realizam o aborto devem fornecer treinamentos regulares para a equipe de saúde, a partir de diretrizes e políticas que favoreçam a qualidade clínica do atendimento, assegurando segurança e acesso à informação, a fim de reduzir os números de abortos no país.
Quintero-Roa, et al.	2010	Características sociodemográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga	Analisar, sob a perspectiva bioética da justiça distributiva, as características sócio-demográficas das mulheres que buscam abortos provocados no Hospital Local del Norte de Bucaramanga	Os abortos induzidos são fortemente relacionados a desigualdades sociais e econômicas, em decorrência das falhas e ausências de políticas públicas e ações governamentais voltadas a saúde reprodutiva.
Herrera e	2002	Clandestine	Investigar se os	Os impactos do aborto,

Zivy		Abortion in Mexico: A Question of Mental as Well as Physical Health	efeitos negativos frequentemente associados ao aborto são universais ou se estão, de fato, relacionados ao contexto material, legal, cultural e subjetivo em que a interrupção da gestação é vivenciada e realizada.	no que se diz respeito a saúde mental, é gerado em decorrência do contexto de ilegalidade, estigma religioso e punição social, onde, ao recorrer a procedimentos ilegais e inseguros, há maior ocorrência de sofrimento emocional e danos psicossociais.
Fusco, Andreoni e Silva	2008	Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza, São Paulo	Estimar a frequência e o total de abortos inseguros, além de identificar as características sociodemográficas associadas a eles e sua morbidade, em uma população em situação de pobreza	O maior número de abortos inseguros ocorre entre mulheres de 13 a 24 anos, solteiras ou sem companheiro fixo, de baixa renda/escolaridade, não brancas e migrantes. Mulheres em situação de pobreza recorrem, recorrentemente, ao aborto clandestino, o que gera complicações e eleva as taxas de internações hospitalares.
Madeiro e Rufino	2016	Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil	Recuperar as histórias de violência institucional na assistência ao aborto provocado, a partir da perspectiva das mulheres, em um hospital público de referência em Teresina, Piauí	A violência estrutural ocorre desde a estrutura do serviço até o comportamento julgador dos profissionais para com mulheres que buscam atendimento em decorrência da indução do aborto. O estudo evidencia que o atendimento, por vezes, é incompatível com o acesso digno à saúde.
Pistani e Ceccato	2014	Práctica voluntaria del aborto e impacto subjetivo en	Tornar visíveis os significados e sentidos que cada	O acompanhamento profissional favorece a elaboração psíquica da

		mujeres: Representaciones, sentidos e imaginario en escenario de clandestinidad	mulher atribui a este processo, e a reflexão sobre o impacto subjetivo e os efeitos psicológicos que eventualmente resultam da prática	experiência do aborto, cujos significados variam conforme a vivência singular de cada mulher.
Romero, Zamberlin e Gianni	2010	La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos	Relatar as mudanças produzidas na assistência pós- aborto em um hospital público na cidade de Buenos Aires	O estudo evidencia que as demandas estruturais e de equipe, quando invisibilizadas, impactam na qualidade do cuidado. Contudo, ao introduzir um modelo de atenção integral, o atendimento pós - aborto se tornou mais efetivo, humanizado e centrado na promoção de direitos reprodutivos.
Pereira, et al.	2012	Abortamento Induzido: vivência de mulheres baianas	Identificar as situações que influenciam a decisão pelo aborto e os sentimentos associados ao processo de abortamento	Mulheres que não são acolhidas vivenciam um processo doloroso, por isso, uma perspectiva humanizada acerca das vivências vem a contribuir para a efetivação de políticas públicas, onde os profissionais de saúde possam contribuir a partir da escuta e acolhimento.
Lehti, et al.	2012	Association between childhood psychosocial factors and induced abortion	Examinar as associações preditivas entre fatores de risco psicossociais na infância e aborto na adolescência ou no início da idade adulta.	Fatores psicossociais presentes na infância podem predizer abortos posteriores, evidenciando a importância de intervenções preventivas e de fortalecimento dos serviços de saúde sexual.

Velleda, Oliveira e Casarin	2022	O aborto provocado e seus estigmas: uma problematização foucaultiana em enfermagem	Identificar os discursos que abordam as motivações e os desafios enfrentados pelas mulheres que realizaram um aborto	O aborto provocado é atravessado por diversos fatores, no qual a criminalização não impede a realização, apenas amplia riscos físicos e emocionais para mulheres em situações de vulnerabilidade. Além disso, o moralismo dentro de ambientes hospitalares amplia a estigmatização e afasta mulheres do serviço de saúde.
Shahbazi	2012	The consequences of unsafe abortion: a qualitative study	Descrever as consequências dos abortos ilegais sofridos por mulheres iranianas.	Em contextos de restrição legal ao aborto, o apoio às mulheres com gestações indesejadas mostra-se uma estratégia para reduzir sua ocorrência.
Pérez, et al.	2023	Aborto provocado: representação social de mulheres	Compreender o conteúdo e a estrutura das representações sociais das mulheres em relação ao aborto provocado	O aborto provocado é estigmatizado, no qual as mulheres que o vivenciam são culpabilizadas em decorrência da criminalização da prática e dos aspectos religiosos e sociais.
Barreto e Figueiredo	2023	Saúde mental e criminalização do aborto: experiências emocionais nos cenários restritivos	Discutir e abordar lacunas relativas às questões emocionais enfrentadas por mulheres que realizaram pelo menos um aborto em um país com normas altamente restritivas	Quando o aborto é realizado de maneira insegura, ocasiona complicações físicas e emocionais, todavia, o alívio se mostra frequente nos relatos. Com isso, compreende-se que, o que realmente ocasiona os danos à saúde é a irregularidade do processo.

Ralph, et al.	2022	A cross-sectional study examining consideration of self-managed abortion among people seeking facility-based care in the United States	Investigar a percepção sobre o aborto autogerenciado (SMA) por meio das respostas à seguinte pergunta: 'Você considerou interromper esta gravidez por conta própria se não conseguisse atendimento em uma unidade de saúde?'	O artigo evidencia que uma em cada três mulheres interromperiam a gravidez por conta própria em casos de inaccessibilidade nas clínicas de aborto. Os estudos indicam que restrições ao aborto podem gerar maiores índices de aborto autogerenciado.
Schwarz, et al.	2017	Induced abortion among women veterans: data from the ECUUN study	Comparar as taxas de aborto induzidas entre veteranos que recebem atendimento médico pelo Departamento de Assuntos de Veteranos (VA) com as taxas observadas na população geral dos EUA	Veteranas vivenciaram gestações indesejadas em frequência semelhante à população geral, sendo impactadas pelas restrições ao acesso ao aborto.
Perera, Silva e Gange	2004	Knowledge, behaviour and attitudes on induced abortion and family planning among Sri Lankan women seeking termination of pregnancy	Determinar as características sociodemográficas de mulheres que buscam interrupção da gravidez e seu conhecimento, atitude e comportamento em relação ao aborto induzido e ao planejamento familiar.	A decisão de realizar um aborto independe de fatores culturais, sociais, de status ou religiosos. Dentre as mulheres que interrompem a gravidez, a maioria não trabalha, todavia, as que realizam alguma atividade laboral, normalmente são, operárias, jovens, normalmente solteiras, migrantes, que residem longe de suas famílias.
Wiebe, et al.	2014	Misperceptions About the Risks of	Investigar se as mulheres que	Mulheres que se mostram desfavoráveis

		Abortion in Women Presenting for Abortion	optam por realizar um aborto e defender a imposição de restrições ao procedimento também acreditam em desinformações relacionadas aos riscos à saúde associados ao aborto	ao direito ao aborto se mostram mais propensas a acreditar que o aborto gera mais riscos. O estudo indica que mulheres que acreditam em danos permanentes ao realizar um aborto, se mostram mais ansiosas, mesmo após o sucesso do procedimento.
Biggs, et al.	2017	Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion	Avaliar o bem-estar psicológico das mulheres 5 anos após receberem ou terem sido negadas a um aborto	Mulheres que tiveram o aborto negado sofreram maior sofrimento psicológico inicial, com convergência dos desfechos ao longo do tempo.
Kibirali, et al.	2023	Lived experiences and drivers of induced abortion among women in central Uganda	Compreender os fatores motivadores e as experiências de aborto vivido por mulheres no centro de Uganda	A decisão de aborto foi influenciada por vulnerabilidades relacionais e sociais, sendo marcada por sentimentos ambivalentes de sofrimento, estigma e ruptura psicológica.

Fonte: A autora.

Os riscos da ilegalidade: a insegurança no aborto clandestino

A revisão realizada apontou que há impactos na saúde das mulheres decorrentes do aborto provocado, enfatizando a relação entre legislações restritivas e a prevalência do aborto inseguro. Pistani e Ceccato (2014) destacam que os abortos inseguros são mais comuns em países com legislações restritivas, onde o procedimento só é permitido em condições específicas, o que leva muitas mulheres a recorrerem ao aborto clandestino. O Centro de Direitos Reprodutivos (2023) reforça essa análise, apontando que as restrições legais não apenas aumentam a ocorrência de abortos inseguros, mas também dificultam o acesso a cuidados

médicos adequados, impactando especialmente as mulheres mais vulneráveis e agravando as desigualdades sociais.

A OMS (2022) diferencia aborto clandestino de inseguro: enquanto o primeiro ocorre fora da legalidade, o segundo especificamente envolve procedimentos realizados por pessoas não qualificadas ou em condições inadequadas. Nem todo aborto clandestino é necessariamente inseguro, mas todos os abortos inseguros ocorrem em contextos de restrição legal. Essa distinção é crucial para compreender os riscos reais à saúde das mulheres em diferentes contextos de acesso ao aborto.

A revisão aponta que mulheres com maior poder aquisitivo podem acessar serviços médicos de melhor qualidade, mesmo que esses sejam clandestinos, em clínicas privadas com profissionais capacitados (Shahbazi, 2011; Velleda; Oliveira; Casarin, 2022). No entanto, mulheres com menos recursos financeiros enfrentam dificuldades adicionais, muitas vezes necessitando esperar para reunir o dinheiro necessário, o que as coloca em uma situação de maior risco. O custo do aborto, como aponta Silveira, McCallum e Menezes et al. (2016), é um fator determinante na escolha do local e do método do procedimento.

Além disso, mulheres que realizam abortos em clínicas sem adequada assistência médica frequentemente enfrentam complicações graves com impactos físicos e emocionais (Kibiral et al., 2023). A carência de informações sobre cuidados adequados agrava os riscos, especialmente para grupos vulneráveis como jovens, negras, mulheres com baixa escolaridade e em situação de pobreza (Barreto & Figueiredo, 2023; Pérez et al., 2013; Pereira et al., 2012). Imigrantes enfrentam barreiras adicionais devido a fatores linguísticos, culturais e financeiros, levando muitas ao aborto inseguro por falta de acesso a informações e serviços adequados (Quintero-Roa et al., 2010; Wiebe et al., 2014).

Outro aspecto crítico identificado na revisão é a falta de orientação pré e pós-aborto. A ausência de informações adequadas sobre o processo de aborto e os cuidados necessários contribui para complicações físicas e emocionais significativas. Mais da metade dos estudos analisados (11 de 20) aponta a falta de apoio informativo como um fator determinante para o agravamento da saúde das mulheres após o aborto (Kibiral et al., 2023; Velleda, Oliveira & Casarin, 2022;

Wiebe et al., 2013; Barreto & Figueiredo, 2023; Shahbazi, 2009; Pérez et al., 2013; Pereira, et al., 2012; Fusco, Andreoni & Silva, 2008; Ferreira, Zivy, 2002; Madeiro & Rufino, 2016; Pistani & Ceccato, 2014).

O uso do misoprostol, frequentemente associado a abortos incompletos, é uma das principais causas de internações hospitalares (Madeiro & Rufino, 2017; Romero, Zamberlin & Gianni, 2010). Desde 1998, no Brasil, a administração desse medicamento é restrita a hospitais credenciados, o que fomenta o mercado clandestino. Mulheres que comprem misoprostol fora dos canais regulamentados correm riscos elevados de complicações, como infecções e sangramentos excessivos, que podem exigir hospitalização urgente (Madeiro & Rufino, 2017; Diniz & Castro, 2011). Diniz e Castro (2011) observam que a falta de orientação médica no uso do misoprostol leva muitas mulheres a recorrerem ao atendimento hospitalar apenas após complicações graves, evidenciando a relação entre a falta de acesso a cuidados adequados e as altas taxas de internações devido a abortos incompletos.

As complicações mais comuns do aborto inseguro incluem aborto incompleto, infecções, sangramentos excessivos e lesões graves, como perfurações uterinas. Esses problemas frequentemente resultam em hospitalizações urgentes, com sintomas graves, como febre, choque séptico e sangramentos intensos. Fusco, Andreoni e Silva (2008) indicam que a hemorragia foi a complicação mais comum entre as mulheres que enfrentaram abortos inseguros, frequentemente acompanhada de infecções e abortos incompletos. Além das complicações agudas, as mulheres podem sofrer consequências de longo prazo, como anemia e dificuldades para engravidar novamente, o que representa um fardo adicional para a saúde e bem-estar das mulheres afetadas.

O impacto do aborto inseguro na saúde pública é significativo, com implicações tanto para a saúde das mulheres quanto para os custos do sistema de saúde. O aborto inseguro é uma das principais causas de morte materna no Brasil, e o Ministério da Saúde aponta que a curetagem é o segundo procedimento obstétrico mais realizado no sistema público, ficando atrás apenas dos partos normais (Brasil, 2005).

Em relação aos custos hospitalares referente ao abortamento não foram localizados dados recentes do contexto brasileiro, porém um estudo realizado nos

Estados Unidos da América (EUA) conclui que há um alto custo, embora as internações sejam raras, mas quando ocorrem são dispendiosas (Rodgers et al, 2021). É importante notar que o sistema de saúde dos Estados Unidos não é universal, o que faz com que muitas pessoas evitem acessar os serviços de saúde devido aos elevados custos envolvidos.

Por que mulheres recorrem ao aborto ilegal?

Os resultados apontam que as motivações para a realização do aborto em contextos de legislação restritiva são diversas e influenciadas por fatores econômicos, relacionais e socioculturais. Entre as principais razões destacam-se dificuldades financeiras, a relação com o parceiro e o desejo de não assumir a maternidade. A descoberta de uma gravidez indesejada, associada à impossibilidade de levá-la adiante, leva muitas mulheres a considerarem o aborto como a única solução viável (Kibirali, et al., 2023).

Historicamente, a sociedade impôs às mulheres o papel de cuidadoras, restringindo-as à esfera privada e dificultando sua inserção no mercado de trabalho (Okin, 2008). Essa desigualdade estrutural impacta diretamente as decisões reprodutivas, pois a responsabilidade pelo filho recai quase exclusivamente sobre a mulher. Como apontado por alguns estudos, em muitos casos, o medo de decepcionar a família, especialmente entre jovens que ainda dependem dos pais, é um fator crucial na decisão de interromper uma gravidez (Kibirali, et al., 2023; Herrera & Zivy, 2002).

Estudos indicam que a decisão pelo aborto é frequentemente tomada devido à falta de condições socioeconômicas para sustentar uma criança. Muitas mulheres enfrentam desemprego ou possuem ocupações precárias, o que dificulta a manutenção de uma gestação e a criação de um filho (Kibirali, et al., 2023; Schwarz, et al., 2017; Lehti, et al., 2013; Romero, Zamberlin & Gianni, 2010; Quintero-Roa, et al., 2010; Pérez et al., 2013; Velleda, Oliveira & Casarin, 2022; Ralph, et al., 2022; Pereira, et al., 2012; Perera, Silva & Gange, 2004; Herrera & Zivy, 2002; Pistani & Ceccato, 2014). No mercado de trabalho, as mulheres recebem, em média, 19,4% a menos que os homens, ao mesmo tempo em que assumem uma carga

desproporcional de responsabilidades domésticas (Brasil, 2024). Essa dupla jornada, caracterizada pela sobrecarga de trabalho não remunerado e pela desigualdade salarial, torna-se ainda mais desafiadora quando há filhos no núcleo familiar, intensificando a pressão sobre as mulheres. Em muitos casos, essa pressão, especialmente diante de uma gravidez não planejada, leva à interrupção da gestação como uma alternativa viável, conforme apontam Herrera e Zivy (2002).

A influência dos parceiros na decisão pelo aborto se manifesta de diferentes formas, conforme evidenciado pela literatura. Em alguns casos, ocorre pressão direta para a interrupção da gravidez, enquanto em outros, a ausência de apoio emocional e financeiro leva a mulher a tomar a decisão sozinha, frequentemente enfrentando abandono (Velleda, Oliveira & Casarin, 2022). Situações de violência doméstica também emergem como fator determinante, com seis estudos da revisão apontando que a falta de suporte e a exposição à agressão influenciam significativamente a decisão pelo aborto (Kibirali, et al., 2023; Lehti, et al., 2013; Taft, et al., 2019; Pérez et al., 2013; Pereira, et al., 2012; Herrera & Zivy, 2002).

Fatores socioculturais também influenciam a decisão de interromper uma gravidez. Em sociedades patriarcais, como a de Uganda, as mulheres têm pouca autonomia reprodutiva, sendo forçadas a levar gestações adiante mesmo quando resultantes de estupro, corrupção ou incesto (Kibirali, et al., 2023).

Além do contexto cultural, a realidade do mercado de trabalho também tem impacto na decisão pelo aborto. Muitas mulheres temem perder seus empregos ou comprometer suas oportunidades profissionais caso decidam levar a gestação adiante. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023) aponta que, no Brasil, as mulheres dedicam, em média, 10,4 horas semanais a mais do que os homens aos afazeres domésticos e ao cuidado de pessoas. Mesmo entre aquelas que possuem emprego remunerado, a sobrecarga permanece evidente, tornando a maternidade um desafio ainda maior. Além disso, as mulheres recebem, em média, 19,4% a menos do que os homens no mercado de trabalho, o que reforça a desigualdade de gênero e aumenta a pressão financeira sobre aquelas que enfrentam uma gravidez não planejada (Brasil, 2024).

Implicações psicológicas do aborto inseguro

A análise dos artigos aponta para os significativos impactos psicológicos do aborto provocado em contextos de ilegalidade, especialmente no que se refere à solidão, à culpa, à ansiedade e ao arrependimento das mulheres que vivenciam essa experiência (Kiribal et al. (2023) destacam que os impactos psicológicos começam desde a confirmação de uma gravidez não planejada, sendo que a experiência de cada mulher é única e subjetiva. O aborto, frequentemente estigmatizado, é associado a uma experiência de profundo isolamento, conforme apontado por Barreto e Figueiredo (2023), que destacam a solidão como uma constante vivenciada pelas mulheres nesse contexto. Segundo Herrera e Zivy (2002), o sofrimento não está necessariamente relacionado ao ato de abortar, mas às restrições legais que dificultam o acesso à informação e ao apoio necessário. Essas barreiras levam muitas mulheres a enfrentarem o processo de forma solitária, com receio de serem julgadas ou denunciadas.

Além disso, Herrera e Zivy (2002) corroboram estudos nacionais e internacionais que indicam que o sofrimento psicológico decorrente do aborto está, em grande parte, associado à criminalização da prática. A falta de acesso a informações e a ausência de suporte especializado aumentam a vulnerabilidade das mulheres, tornando-as ainda mais sozinhas em um momento delicado. O isolamento é uma realidade para muitas, com mulheres enfrentando o processo sem apoio familiar ou social (Barreto & Figueiredo, 2023; Velleda, Oliveira & Casarin, 2022; Herrera & Zivy, 2002; Pistani & Ceccato, 2014).

Os artigos de Pérez et al. (2013) e Pereira et al. (2012) apontam que a culpa é uma emoção comum entre as mulheres após o aborto, frequentemente relacionada ao julgamento externo. A criminalização do aborto, associada aos contextos legais e religiosos, intensifica esse sentimento de culpa, e em alguns casos, gera arrependimento e remorso. Em sete artigos revisados, a culpa foi identificada como uma emoção predominante, frequentemente associada ao medo do julgamento social e à estigmatização da prática (Kibiral, et al., 2023; Shahbazi, 2009; Barreto & Figueiredo, 2023; Pérez, et al., 2013; Velleda, Oliveira & Casarin, 2022; Pereira, et al., 2012; Herrera & Zivy, 2002).

Além disso, a falta de atendimento adequado durante o aborto, especialmente no que tange ao controle da dor, pode agravar o sofrimento emocional e físico das mulheres, elevando os níveis de ansiedade e gerando complicações adicionais (Pérez et al., 2013). O arrependimento, junto com a culpa, também se destaca nos relatos de muitas mulheres, que refletem sobre a interrupção da gravidez como uma escolha dolorosa, mas necessária. A ausência de suporte emocional, como aconselhamento pré e pós-aborto, contribui para o agravamento dessas emoções, tornando a experiência ainda mais traumática (Kibirali, et al., 2023; Shahbazi, 2009; Pérez, et al., 2013; Velleda, Oliveira & Casarin, 2022; Pereira, et al., 2012; Herrera & Zivy, 2002; Pistani & Ceccato, 2014).

Apesar dos impactos emocionais negativos, a revisão revela que o sentimento de alívio foi um dos mais recorrentes entre as mulheres entrevistadas. Esse alívio está muitas vezes relacionado ao afastamento das consequências de uma gravidez não planejada, que poderia afetar suas vidas de maneiras significativas, como a interrupção da educação ou a perda do sustento financeiro. Estudos apontam que, para aquelas que estavam na escola ou em empregos informais, o aborto evitou a interrupção de seus planos de vida (Kibirali, et al., 2023; Barreto & Figueiredo, 2023; Velleda, Oliveira & Casarin, 2022; Pereira, et al., 2012; Herrera & Zivy, 2002). Pérez et al. (2013) enfatizam que as mulheres muitas vezes omitem o alívio que sentem após o aborto, temendo críticas e tentando se conformar às normas sociais e morais predominantes.

A análise dos artigos revela uma complexa ambiguidade emocional, na qual sentimentos de alívio e bem-estar coexistem com a dor, culpa, medo e tristeza. Essa complexidade emocional reflete o impacto psicológico profundo do aborto, intensificado pela ilegalidade e pelas pressões sociais e religiosas. Mesmo em países onde o aborto é legalizado, o estigma persiste, resultando em vergonha e julgamento, o que reforça a necessidade de uma abordagem mais empática e compreensiva sobre as experiências das mulheres, levando em consideração tanto os aspectos emocionais quanto os contextos sociais que envolvem a decisão de interromper a gravidez (Rebouças & Dutra, 2012; Boemer & Mariutti, 2003).

Desafios no acesso ao atendimento pós-aborto em contextos de legislação restritiva

A revisão indica que a criminalização e os estigmas em torno do aborto dificultam o acesso das mulheres à assistência nos serviços públicos de saúde, especialmente em casos de complicações durante ou após o procedimento. Apesar de o atendimento adequado pós-aborto ser um direito garantido, sua implementação efetiva é frequentemente comprometida (Kibiral et al., 2023; Shahbazi, 2009; Pérez et al., 2013). De acordo com Cardoso, Vieira e Saraceni (2020) os sistemas de saúde brasileiros não oferecem dados precisos sobre abortos inseguros, limitando-se a informações sobre óbitos e hospitalizações relacionadas ao aborto. Entre 2008 e 2015, o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) registrou aproximadamente 200.000 hospitalizações anuais, com um custo estimado de R\$40.000.000,00 por ano.

De acordo com a revisão, muitas mulheres evitam procurar ajuda médica devido ao medo de serem descobertas, ao estigma e ao julgamento social. Isso as leva ao isolamento e a ocultar o fato de que o aborto foi induzido, o que agrava a situação (Kibiral et al., 2023; Shahbazi, 2009; Pérez et al., 2013; Biggs, et al. 2017). Além disso, as que procuram auxílio enfrentam atendimentos inadequados em hospitais, com negligência, constrangimento e falta de privacidade. Relatos indicam que, ao buscar ajuda para complicações pós-aborto, são julgadas pelos profissionais, e a repetição de entrevistas desrespeitosas prejudica ainda mais o atendimento (Madeiro & Rufino, 2017). A demora no atendimento também é uma questão recorrente, com mulheres recebendo menor prioridade em relação às gestantes que mantêm a gravidez (Madeiro & Rufino, 2017). A falta de conhecimento dos profissionais sobre os preceitos legais que regem o aborto no Brasil também contribui para a negligência e violação do sigilo médico, o que pode ter consequências legais para os profissionais envolvidos (Brasil, 2005; Brasil, 2011). Um estudo realizado em 19 maternidades públicas em Salvador, Recife e São Luiz apontou para um atraso na prestação dos cuidados hospitalares para mulheres com complicações decorrentes de um abortamento. Em decorrência do atraso essas mulheres apresentaram um risco duas vezes maior de desenvolver

complicações severas em decorrência do aborto quando comparadas àquelas que foram atendidas rapidamente com a mesma demanda. O estudo ainda destaca que há maior atraso quando se trata de mulheres negras (Hamui et al, 2023).

Em países com legislações restritivas sobre o aborto, como El Salvador, Haiti, Honduras e Nicarágua, onde o aborto é totalmente proibido, muitas mulheres viajam para países onde o aborto é legalizado, como Argentina, Colômbia, Cuba e Guiana Francesa, em busca de um procedimento seguro (Mori, 2020; Projeto Vivas, 2023). No Brasil, embora o aborto legal seja permitido em casos específicos desde 1940, a implementação dos serviços ainda é limitada. A primeira unidade especializada em atendimento ao aborto legal foi criada apenas em 1989, e muitas unidades de saúde não seguem adequadamente as normativas técnicas, especialmente em casos de violência sexual (Medeiros, 2021). A Norma Técnica de 2005 garante atendimento humanizado às mulheres em processo de abortamento, mas a demora no atendimento e a falta de acolhimento em casos de abortos inseguros continuam a colocar a saúde e a vida das mulheres em risco (Brasil, 2005).

Violência institucional

A análise dos artigos revela que, apesar das garantias legais de atendimento digno às mulheres em processo de abortamento, sejam espontâneos ou induzidos, a violência institucional nos serviços públicos de saúde persiste como um obstáculo significativo (Madeiro & Rufino, 2017; Velleda, Oliveira & Casarin, 2022; Barreto & Figueiredo, 2023).

A literatura aponta a inexistência de consenso sobre a definição do termo "violência institucional", mas há concordância de que ela impõe sofrimento às mulheres e compromete a efetividade dos serviços de saúde (Madeiro & Rufino, 2017). As pesquisas analisadas evidenciam a ausência de acolhimento por parte dos profissionais de saúde, o que intensifica a vulnerabilidade das mulheres que enfrentam uma gestação indesejada (Velleda, Oliveira & Casarin, 2022). Relatos indicam a imposição de experiências emocionalmente invasivas, como a audição forçada dos batimentos cardíacos do feto, utilizadas como forma de coerção

(Velleda, Oliveira & Casarin, 2022). Essas práticas reforçam um ambiente de violação de direitos e reforçam barreiras para a busca de atendimento.

A criminalização do aborto e o temor de denúncias agravam a situação. Muitas mulheres evitam procurar assistência médica após complicações decorrentes de procedimentos clandestinos, ampliando o risco de morte e perpetuando um ciclo de desassistência (Shahbazi, 2009; Pérez et al., 2013). Essa realidade reflete a crise no sistema de saúde, que, apesar de dispor de políticas públicas de atendimento humanizado, ainda falha na sua implementação (Madeiro & Rufino, 2017).

Entre 2003 e 2007, o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica da Saúde da Mulher, implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), da qual resultou, entre outros instrumentos, a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento. Em 2011, foi publicada a última revisão do documento, e reeditada em 2014, atualizando diretrizes relacionadas ao acolhimento, à orientação e à atenção clínica às mulheres em situação de abortamento. Desde então, contudo, não foram realizadas novas atualizações da norma, apesar das transformações sociais, políticas e jurídicas que atravessaram o debate sobre os direitos reprodutivos no país. Nesse contexto, a influência religiosa na formulação de políticas públicas mostra-se determinante (Ministério da Saúde, 2005; Ministério da Saúde, 2011; Ministério da Saúde, 2014).

A legislação brasileira, embora formalmente laica, reflete a interseção entre crenças religiosas e decisões políticas, o que compromete o acesso aos direitos reprodutivos (Tavares, 2018). Recentemente, medidas como o Projeto de Lei 1904/2024 e a Resolução 2.378/2024 do Conselho Federal de Medicina demonstram um retrocesso no debate sobre a autonomia das mulheres, ao propor restrições adicionais para o aborto legal, contrariando o previsto na legislação vigente (Fernandes, 2024; CFM, 2024). Essas políticas têm efeitos concretos no atendimento às mulheres.

Conclusão

Conforme evidenciado nesta revisão de escopo, o aborto inseguro continua sendo um grave problema de saúde pública, e as políticas restritivas têm se mostrado ineficazes na redução das mortes maternas. No Brasil, o atendimento às mulheres que recorrem ao aborto ilegal é permeado por preconceitos e estigmatizações, inclusive por parte dos profissionais de saúde, dificultando o acesso aos cuidados necessários. A criminalização do aborto, aliada ao medo do julgamento social e das punições legais, muitas vezes impede que as mulheres busquem assistência médica, agravando os riscos à sua saúde. Além disso, o processo de abortamento nesses contextos é marcado por uma ambiguidade de sentimento, frequentemente vivenciado de maneira solitária, gerando impactos físicos e emocionais, ainda que muitas mulheres sintam alívio ao perceberem a efetividade do procedimento.

A pesquisa também apontou uma lacuna nos estudos sobre aborto inseguro, dificultando a obtenção de dados concretos sobre sua incidência e os riscos da criminalização. Essa ausência de informações reforça a necessidade de políticas públicas mais inclusivas e de uma abordagem menos punitiva, priorizando a segurança e os direitos das mulheres. A humanização do atendimento e o fortalecimento do debate sobre a descriminalização tornam-se essenciais para garantir um cuidado adequado e reduzir os impactos negativos associados à clandestinidade do aborto.

Referências

BARRETO, R. S.; FIGUEIREDO, A. E. B. Mental health and criminalization of abortion: emotional experiences in restrictive scenarios. *Brazilian Journal of Development*, v. 9, n. 1, p. 3210-3228, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n1-224>. Acesso em: 20 set. 2024.

BIGGS, M. A.; UPADHYAY, U. D.; MCCULLOCH, C. E.; FOSTER, D. G. Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion. *JAMA Psychiatry*, v. 74, n. 2, p. 169-178, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3478>. Acesso em: 19 set. 2024.

BOEMER, M. R.; MARIUTTI, M. G. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 37, n. 2, p. 59-71, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342003000200008>. Acesso em: 17 out. 2024.

BORSARI, C. M. G. et al. O aborto inseguro é um problema de saúde pública. *Revista Feminina*, v. 40, n. 2, p. 1-6, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-652208>. Acesso em: 04 abr. 2024.

BRAUN, V.; CLARKE, V.; RANCE, N. *How to use thematic analysis with interview data*. In: VOSSLER, A.; MOLLER, N. (eds.). *The counselling and psychotherapy research handbook*. London: Sage, 2014. p. 183-197.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. S.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, e00188718, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>. Acesso em: 04 abr. 2024.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. *Leis sobre o aborto no mundo*. 2025. Disponível em: <https://reproductiverights.org/maps/world-abortion-laws/>. Acesso em: 24 out. 2024.

CISNE, M.; CASTRO, V. V.; OLIVEIRA, G. M. J. C. Aborto inseguro: um retrato patriarcal e racializado da pobreza das mulheres. *Revista Katálisis*, v. 21, n. 3, p. 452-462, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n3p452>. Acesso em: 27 mai. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.378/2024*. Brasília: CFM, 2024. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2024/2378_2024.pdf. Acesso em: 25 out. 2024.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Direitos reprodutivos: aborto legal*. São Paulo: Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2018.

DINIZ, D.; CASTRO, R. O mercado ilegal de medicamentos de gênero retratado na mídia brasileira: o caso do misoprostol e as mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 1, p. 36-44, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100010>. Acesso em: 27 set. 2024.

FERNANDES, L. *Conselho Federal de Medicina leva ao Senado posições sem evidências científicas e defende PL da gravidez infantil*. Brasil de Fato, 17 jun. 2024. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2024/06/17/conselho-federal-de-medicina-leva-ao-senado-posicoes-sem-evidencias-cientificas-e-defende-pl-da-gravidez-infantil>. Acesso em: 25 out. 2024.

FUSCO, C. L.; ANDREONI, S.; SILVA, R. S. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza: Favela Inajar de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, n. 1, p. 78-88, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/4HdcTWkkyqQsp7vy3FNDqzQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 out. 2024.

GALLI, B.; ROCHA, H. Direitos sexuais e reprodutivos, autonomia reprodutiva, política e (des)respeito ao princípio da laicidade. *Dhesca Brasil*, 2014. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8307382/mod_resource/content/1/GALLI%20e%20ROCHA_DS%20e%20DR_politica%20principio%20laicidade.pdf. Acesso em: 15 ago. 2024.

HERRERA, A. A.; ZIVY, M. R. Clandestine abortion in Mexico: a question of mental as well as physical health. *Reproductive Health Matters*, v. 10, n. 19, p. 95-102, 2002. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-12369336>. Acesso em: 14 out. 2024.

HAUMUI, R.M et al. Delays in obtaining hospital care and abortion related complications within a context of illegality. *PLoS ONE*, v.18, n.6, e0286982, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286982>

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Em média, as mulheres dedicam 10,4 horas por semana a mais que os homens às ações domésticas ou ao cuidado das pessoas*. Agência de Notícias IBGE, 27 set. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-denoticias/releases/27877-em-media-mulheres-dedicam-10-4-horas-por-semana-a-mais-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas>. Acesso em: 17 out. 2024.

KIBIRA, S. P. S. et al. Lived experiences and drivers of induced abortion among women in central Uganda. *PLOS Global Public Health*, v. 3, n. 12, e0002236, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002236>. Acesso em: 20 set. 2024.

LEHTI, V. et al. Association between childhood psychosocial factors and induced abortion. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 166, n. 2, p. 190-195, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.10.017>. Acesso em: 19 set. 2024.

LIMA, N. D. F.; CORDEIRO, R. L. M. Aborto, racismo e violência: reflexões a partir do feminismo negro. *Revista Em Pauta*, v. 18, n. 46, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2020.52010>. Acesso em: 19 set. 2024.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 8, p. 2771-2789, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.04252016>. Acesso em: 19 set. 2024.

MEDEIROS, J. M. M. Desafios à política de saúde brasileira. *Revista Katálisis*, v. 24, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e75661>. Acesso em: 19 set. 2024.

MENEZES, G. M. S. et al. Aborto e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197918>. Acesso em: 19 set. 2024.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Norma técnica: atenção humanizada ao abortamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf. Acesso em: 19 out. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Atenção humanizada ao abortamento*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Acesso em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 19 out. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Atenção humanizada ao aborto: norma técnica*. 2. ed., 2. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/Aten%C3%A7%C3%A3o-humanizada-ao-abortamento-2014.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2026.

MINISTÉRIO DAS MULHERES (Brasil). *Mulheres recebem 19,4% a menos que os homens, aponta relatório*. 25 mar. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/noticias/2024/marco/mulheres-recebem-19-4-a-menos-que-os-homens-aponta-1o-relatorio-de-transparencia-salarial>. Acesso em: 19 out. 2024.

MORI, L. *As brasileiras que decidiram viajar à Colômbia para conseguir abortar legalmente*. BBC News Brasil, 20 jan. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51201388>. Acesso em: 24 out. 2024.

OKIN, S. M. Gênero, o público e o privado. *Revista Estudos Feministas*, v. 16, n. 2, p. 305-332, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000200002>. Acesso em: 24 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Diretriz sobre cuidados no aborto*. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240045163>. Acesso em: 24 out. 2024.

PEREIRA, V. N. et al. Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. *Saúde e Sociedade*, v. 21, n. 4, p. 1056-1062, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400022>. Acesso em: 08 set. 2024.

PERERA, J.; DE SILVA, T.; GANGE, H. Knowledge, behaviour and attitudes on induced abortion. *Ceylon Medical Journal*, v. 49, n. 1, p. 14-17, 2004. Acesso em: <https://doi.org/10.4038/cmj.v49i1.3278>. Acesso em: 23 set. 2024.

PETERS, M. D. J. et al. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual. Adelaide: JBI, 2015. Disponível em: <https://reben.com.br/revista/wp-content/uploads/2020/10/Scoping.pdf>. Acesso em: 24 out. 2024.

PÉREZ, B. A. G. et al. Aborto provocado: representações sociais de mulheres. *Revista de Enfermagem*, v. 21, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-748563>. Acesso em: 24 out. 2024.

PISTANI, M. L.; CECCATO, M. B. Práctica voluntaria del aborto e impacto subjetivo. *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex*, v. 25, n. 117, p. 363-369, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1177007>. Acesso em: 09 out. 2024.

PROJETO DE LEI nº 1.904, de 2024. Câmara dos Deputados, Brasília, 2024. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2425262&filename=PL%201904/2024. Acesso em: 25 out. 2024.

PROJETO VIVAS. *Projeto Vivas*. 2023. Disponível em: <https://projetovivas.org>. Disponível em: <https://projetovivas.org/rebeca/>. Acesso em: 25 out. 2024.

QUINTERO-ROA, E. M. et al. Características sociodemográficas das mulheres com abortos induzidos. *Revista de Salud Pública*, v. 12, n. 4, p. 570-579, 2010. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000400004&lng=en&tlng=es. Acesso em: 25 out. 2024.

RALPH, L. et al. Consideration of self-managed abortion. *Reproductive Health*, v. 19, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01486-8>. Acesso em: 20 set. 2024.

REBOUÇAS, M. S. S.; DUTRA, E. M. S. O aborto provocado como possibilidade na existência da mulher. *Natureza Humana*, v. 14, n. 2, p. 192-219, 2012. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302012000200010. Acesso em: 20 set. 2024.

RODGERS, Y.M. et al. The macroeconomics of abortion: A scoping review and analysis of the costs and outcomes. *PLoS ONE*, v.16, n.5, e0250692, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250692>

ROMERO, M.; ZAMBERLIN, N.; GIANNI, M. C. La calidad de la atención posaborto. *Salud Colectiva*, v. 6, n. 1, p. 21-35, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-596620>. Acesso em: 20 set. 2024.

SCHWARZ, E. B. et al. Induced abortion among women veterans. *Contraception*, v. 97, n. 1, p. 41-47, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.09.012>. Acesso em: 18 set. 2024.

SHAHBAZI, S. The consequences of unsafe abortion: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21851383/>. Acesso em: 18 set. 2024.

SILVEIRA, P.; MCCALLUM, C.; MENEZES, G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00004815>. Acesso em: 18 set. 2024.

TAFT, A. J. et al. Factors associated with induced abortion over time. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, v. 43, n. 2, p. 137-142, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12874>. Acesso em: 09 set. 2024.

TAVARES, G. M. *A proibição do aborto à luz da doutrina católica e do direito brasileiro*. 2018. Dissertação (Mestrado).

TRICCO, A. C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR). *Annals of Internal Medicine*, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>. Acesso em: 09 set. 2024.

VELLEDA, K. L.; OLIVEIRA, S. G.; CASARIN, S. T. O aborto provocado e seus estigmas. *Cadernos Pagu*, n. 64, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449202200640018>. Acesso em: 09 set. 2024.

WIEBE, E. R. et al. Misperceptions about the risks of abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, v. 36, n. 3, p. 223-230, 2014. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30630-7](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30630-7). Acesso em: 09 set. 2024.

Recebido em Maio de 2026.
Aprovado em Junho de 2026.