

Assistência aos processos de abortamento: a perspectiva de médicos residentes de duas universidades públicas em São Paulo, Brasil.

Rosana Machin y Márcia Thereza Couto.

Cita:

Rosana Machin y Márcia Thereza Couto (2019). *Assistência aos processos de abortamento: a perspectiva de médicos residentes de duas universidades públicas em São Paulo, Brasil*. XXXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Lima.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-030/1932>

Assistência aos processos de abortamento: a perspectiva de médicos residentes de duas universidades públicas em São Paulo, Brasil¹

Rosana Machin²
Márcia Thereza Couto²

Resumo

O aborto é um importante tema sob a perspectiva da saúde pública e permeia a prática de diversas especialidades. Como algumas das interrupções envolvem ilegalidade há dificuldade em se dimensionar o fenômeno. Foi estimada a ocorrência global de 56 milhões de abortamentos induzidos entre 2010 e 2014, sendo 54,9% destes em situações inseguras. As taxas de abortamento não foram menores em países com legislação restritiva entre 2010-2014, mas foi percebido que medidas de planejamento familiar e acesso seguro ao abortamento são essenciais. Diante deste cenário, a formação de profissionais da saúde solicita atenção especial, pela magnitude do fenômeno, pela necessidade de habilidades ao cuidado das mulheres em situação de abortamento e pelas consequências das ocorrências para a saúde sexual, reprodutiva e mental das mulheres. Enfocamos a assistência a processos de abortamento e sua relação com a formação médica recebida em Ginecologia e Obstetrícia (GO) e Medicina de Família e Comunidade (MFC), de residentes de duas faculdades públicas paulistas. A pesquisa seguiu a metodologia qualitativa e a produção dos dados empíricos se norteou pela técnica de entrevista em profundidade (13 residentes). Os residentes em GO relatam pautar-se nas experiências práticas para condução dos casos de abortamento. Os residentes em MFC relatam discussões sobre o tema e suas conexões com questões de gênero. O conhecimento clínico, o desenvolvimento de habilidades e técnicas e a maior inserção da abordagem de gênero na formação, se revelam fundamentais para o exercício do cuidado integral às mulheres em processo de abortamento.

Palavras-chave

Aborto; formação médica; gênero

Introdução

A legislação que trata de aborto induzido no Brasil data de 1940 e prevê realização de abortamento legal em casos de risco para a vida da mãe, gravidez decorrente de estupro e, desde 2012, casos de fetos que apresentem anencefalia. Embora haja subnotificação dos casos de abortamento, este é considerado como uma das quatro principais causas



de morte materna (OMS, 2013) e a curetagem manual pós- abortamento o terceiro procedimento obstétrico mais realizado no país (Brasil, 2011).

O aborto é conceituado como a interrupção da gravidez ou expulsão do feto da concepção antes que seja viável (22ª semana) ou com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou com menos de 16 centímetros (Brasil, 2011), sendo espontâneo ou provocado. Além destas somam-se as interrupções de gestações decorrentes de risco de vida para a mãe portadora de patologia grave e em razão de malformações fetais, as interrupções de gravidezes resultantes de violência sexual e os abortos provocados. Como algumas das interrupções envolvem ilegalidade e julgamentos de caráter moral há dificuldade em se dimensionar o fenômeno. O abortamento inseguro, por sua vez, é definido como procedimento para interromper uma gravidez não desejada realizado por pessoas sem as devidas habilidades ou em ambiente sem os mínimos padrões médicos, ou ambos (OMS, 2013).

Foi observado declínio nas mortes decorrentes de complicações por abortamento, o que se considera influência de maior uso do medicamento Misoprostol (Diniz, Medeiros, Madeiro, 2017), em relação a métodos caseiros (chás, venenos, manipulação uterina perfurante, etc.). No entanto, devido principalmente a falta de orientação em relação ao uso do medicamento ou mesmo uso de medicamentos inseguros, complicações ainda ocorrem em cerca de 50% dos casos de aborto medicamentoso (Diniz, Medeiros, 2010).

No ano de 2013, registraram-se 205.855 internações decorrentes de abortos no Brasil, sendo 154.391 por interrupção induzida (Monteiro, Adesse, Drezett, 2015). Segundo os autores, no período de 1995 e 2013, houve uma diminuição de internação de mulheres de 10 a 49 anos por complicações de aborto (redução de 27%) e a estimativa do número anual de abortos induzidos recuou 26%. Tais fatos seriam resultado de fatores como o aumento da escolaridade da população feminina, a redução da taxa de fecundidade total e a ampliação de cobertura das medidas anticoncepcionais. Essa redução seria ainda consequência do elevado percentual de mulheres em idade fértil esterilizadas.

O estudo sobre aborto realizado por Diniz (et al., 2017) trouxe elementos para a desconstrução do estereótipo da mulher que aborta. Identificou-se que em sua maioria são mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até 8 anos de estudo, trabalhadoras e católicas. Nesse sentido, o abortamento indica ser um evento reprodutivo comum na vida das mulheres brasileiras. O evento está distribuído em todas as idades, entre mulheres casadas ou não, em todas as religiões, em todos os níveis



educacionais, em todos os grupos sociais, raciais, regiões do país e municípios de tamanhos variados, indicando uma permanência estrutural e disseminada da prática na vida das mulheres. Aos 40 anos, uma em cada cinco mulheres já fez ao menos um aborto.

A partir desse cenário, a formação de profissionais da saúde solicita cuidado particular com relação adimensão do fenômeno, a necessidade de habilidades ao cuidado das mulheres em situação de abortamento e as consequências das ocorrências para a saúde sexual, reprodutiva e mental das mulheres. Para as Diretrizes Curriculares Nacionais propostas pelo MEC em 2014 (Brasil, 2011) a formação do profissional médico deve estar em consonância com o sistema de saúde e o quadro epidemiológico vigentes. Nesse sentido, em face de uma questão de saúde pública de tal magnitude é relevante considerar a formação que os estudantes de Medicina recebem sobre o tema, no contexto da graduação e nas residências médicas.

As questões de gênero precisam ser abordadas na formação dos futuros médicos e demais profissionais da saúde, especialmente pela maneira como a cultura médica trata (e ainda permanece tratando) problemas e tratamentos de saúde (Verdonk et al., 2009; Bleakley, 2013). Bickel (2001) e Verdonk (et al., 2009) sugerem que escolas de medicina adotem visões mais claras sobre a relevância da abordagem de gênero na formação de seus alunos. Trazem como exemplo a necessidade de abordagem clínica das doenças coronarianas, a farmacologia, temas médico-sociais como violência doméstica e sexual, tópicos como sexualidade e problemas sexuais e domínios como a saúde mental. Ademais, destacam as diferenças de gênero em assuntos como a comunicação e a relação médico-paciente como especialmente relevantes na formação. E, concluem, advogando a necessidade de gênero fazer parte da formação em “cuidados primários de saúde” por causa de seu caráter multidisciplinar.

A partir desse contexto o presente estudo aborda como a formação médica articulada com as biografias pessoais, experiências de vida e opiniões influenciam a prática médica com relação ao dilema moral caracterizado pelo aborto e como a vivência do cotidiano da especialidade pode contribuir para modificar ou solidificar posicionamentos adotados pelos profissionais.

Metodologia

Os dados empíricos que apoiam as análises e discussões propostas constituem recorte de uma investigação mais ampla sobre a incorporação da perspectiva de gênero na

formação médica e na prática clínico-assistencial de residentes de Medicina de Família e Comunidade e Ginecologia e Obstetrícia de duas universidades públicas de São Paulo. O objetivo da pesquisa foi analisar a percepção sobre a formação em Ginecologia e Obstetrícia e Medicina de Família e Comunidade sobre a temática do aborto. O estudo foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente (processo CEP. 1.912.088).

Foi utilizada a metodologia qualitativa aplicada à saúde com uso da técnica de entrevista em profundidade, devido a sua potencialidade de captar, a partir de um roteiro pré-definido flexível, os valores e os sentidos que os sujeitos atribuem às suas experiências pessoais e profissionais (Becker, 1994). Do roteiro faziam parte perguntas sobre as vivências da formação em medicina e as experiências na residência médica relativas à temática de gênero e ao abortamento buscando dar voz e liberdade aos participantes da pesquisa na temática central do estudo.

As entrevistas foram realizadas no período de maio a setembro de 2017. Para o recrutamento dos sujeitos de pesquisa foi utilizada a técnica de “bola de neve”, buscando-se uma amostra não probabilística onde os participantes do estudo indicam outros participantes, até que se atinja o ponto de saturação (Dewes, 2013). Os primeiros participantes foram acessados no âmbito de dois cursos de Residência, indicados pelos coordenadores dos programas de residência das universidades. Como critérios de inclusão consideraram-se: homens e mulheres, cursando Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e Ginecologia e Obstetrícia, que aceitassem participar do estudo.

Foram realizadas 13 entrevistas contando entre essas 7 profissionais especializados em Ginecologia e Obstetrícia (GO) e 6 profissionais especializados em Medicina de Família e Comunidade (MFC). As entrevistas foram realizadas individualmente, em local definido pelos entrevistados, com média de duração de 50 minutos e gravadas com permissão dos entrevistados e assinatura do TCLE. As entrevistas foram transcritas na íntegra com a verificação posterior da acurácia das transcrições. Como critério de saturação foi considerado os significados atribuídos à experiência sobre conteúdos relacionados à perspectiva de gênero na formação médica e ao abortamento no contexto da formação teórico-prática na residência médica (Fontanella et al, 2008).

Entre os entrevistados 9 eram mulheres e 4 homens; formados entre os anos de 2011 e 2015; 7 eram da residência de Ginecologia e Obstetrícia e 6 de Medicina de Família



e Comunidade. Oriundos de instituições de ensino público na graduação eram 8 e de instituições privadas 5, localizadas em diferentes estados do país. Todos no momento da entrevista realizavam especialização em duas universidades públicas do Estado de São Paulo, Brasil. Conforme o ano de formação de cada um deles expressa são todos médicos jovens, que ainda vivenciam um processo de construção de seu eu-médico e com lembranças recentes da graduação.

No processo de análise foi realizada análise de conteúdo temático (Silverman, 2009). Nela focalizamos tanto os temas previstos no roteiro como os emergentes e, para ambos, seguimos quatro etapas no processo de análise: 1. Processo de impregnação dos relatos, 2. Delimitação dos temas prioritários para análise (temas previstos no roteiro e emergentes), 3. Síntese preliminar dos principais achados; 4. Confrontação dos achados empíricos primários com a literatura relativa aos temas e a fundamentação teórica. Do processo de análise emergiram as seguintes categorias de análise: abordagem da temática na graduação e acolhimento na assistência ao processo de abortamento. Os resultados e a discussão destas categorias serão apresentados a seguir.

Tratamento do tema na formação

O campo médico historicamente se volta para a prática como meio principal de transmissão dos saberes, muitas vezes desvalorizando o aprendizado teórico. Dada a relevância da temática para o campo da saúde das mulheres, os desdobramentos em termos da saúde física e psíquica e os preconceitos associados ao aborto na sociedade, o tema do abortamento induzido se perpetua no ambiente acadêmico. Em conjunto com diversos outros temas considerados polêmicos a formação dos estudantes de Medicina parece não estar possibilitando a construção de uma relação médico-paciente na qual haja uma postura empática e um ambiente de acolhimento para abordagem do problema, prejudicando dessa forma a visão do paciente como um ser além de sua condição e ou patologia no momento da consulta.

A abordagem do tema do abortamento na graduação médica, que sobressai das análises das entrevistas, permite delinear um panorama preocupante. Embora a totalidade dos entrevistados refira presença de aulas sobre o tema, a abordagem teórico-prática nas distintas faculdades onde se graduaram é voltada principalmente para questões legais e biológicas, conduzindo para um momento de tensão durante a prática clínica, de forma dissonante com o previsto na Norma Técnica - Atenção



Humanizada ao Abortamento (2011). Foi comentado que, por tratar-se de um tema polêmico, poucos docentes estariam dispostos a aprofundar-se no assunto, reconhecendo a dificuldade de discuti-lo. Também foi destacado que a política institucional influencia a quantidade e a qualidade das aulas, conforme observado no excerto de entrevista abaixo:

Se chegasse uma paciente em risco de vida que precisava fazer um aborto, ela tinha que ser mandada para outro hospital [...]. Então, porque era católico [a instituição]. Então os residentes não aprendiam a fazer[...] as pessoas não comentavam muito. Eu tive uma aula sobre isso, mas foi só na graduação e ninguém falava sobre o assunto. E12, feminino, MFC.

Os casos de abortamento legalizado previstos pela legislação atual foram corretamente referidos pela totalidade dos entrevistados, que chegaram a mencionar não haver necessidade de registro de boletim de ocorrência para a realização do aborto em casos de abuso sexual e procedimentos necessários para prosseguir com o abortamento nos casos de anencefalia e risco iminente de morte materna. Tal conhecimento pode ser reflexo da valorização do ensino do panorama legal em que toca o tema abortamento e preocupações de ordem ético profissional.

Eu sigo o código de ética, até porque eu também não quero me envolver, mas o que a gente aprende é que pela lei você é obrigado a notificar um aborto provocado, e aí uma vez notificado a promotoria poderia processar essa mulher, e você estaria indo contra a lei se não notificar, sabendo que foi um aborto provocado. Mas isso é completamente contra a privacidade da paciente, que te passou a informação em consulta, não é algo que ponha a vida de alguém em risco, não vai por a vida dela nem de outros em risco iminente e só nessas situações que você pode quebrar a privacidade, então segundo o código de ética médico, você está errado em quebrar o sigilo. Então eu e a grande maioria dos GOs tomam essa abordagem. Quando a pessoa admite, seja porque você achou algo ou porque elas chegam contando, o que eu faço: explico as complicações, a implicação legal caso ela queira contar para alguém e falo que eu não vou contar, mas eu também não escrevo no prontuário. Porque daí eu me comprometo legalmente se eu escrevo no prontuário, e depois alguém descobrir e processar ela. E4, feminino, GO.

Em relação à possibilidade de denúncia do abortamento ilegal pela equipe de saúde, a totalidade dos entrevistados compreende que não é seu papel envolver mecanismos judiciais nos casos de mulheres em processos autoinduzidos de abortamento. O ato citado de omissão em prontuário quando se conhece a autoindução do abortamento é



encarado como um meio de proteger-se e proteger também a paciente de possíveis repercussões legais caso seja levantada a possibilidade de abortamento induzido.

O tempo e a prática são considerados fatores determinantes para o desenvolvimento do cuidado pelo residente, na medida em que as situações de abortamento são rotineiras para os médicos.

Acho que a gente com o tempo aprende a conversar melhor e falar sobre isso com a paciente, porque temos que tomar o cuidado de não banalizar uma coisa que para a gente é comum, mas para a paciente é a primeira vez, para ela é o mundo dela que caiu. E3, feminino, GO.

Residentes de MFC trouxeram o entendimento da autonomia que as mulheres devem ter sobre o próprio corpo, relatando que, quando se deparam com casos de mulheres com gestações indesejadas e que desejam o abortamento, acolhem e informam no atendimento.

Eu falei assim: 'você tem algumas opções, tem opção disso, opção de clínica e opção de falar que foi abuso' e é isso, né. Aí ela 'nossa, nunca achei que iam me falar isso no posto de saúde, se soubesse tinha vindo antes' e eu peguei e falei 'ó, a gente não tá com muito tempo', ela já tava com 16 semanas. Então, 'vou te dar um tempo pra você pensar sobre isso e a gente segura o SIS [ficha de abertura de pré natal], não precisa abrir agora e você vai pensando, se precisar de alguma ajuda, se sangrar, se não sei o quê, se for fazer isso tenha alguém por perto' aí foi isso, ela usou três vezes miso e não abortou. E8, feminino, MFC.

A abordagem do tema aborto durante a graduação foi bastante uniforme entre os residentes, segundo as diversas faculdades, com privilégio dos temas biológicos e legais relacionados ao abortamento. A falta de discussões com relação ao acolhimento dessas pacientes, por sua vez, caracterizou o maior ponto de tensão e divergência entre os residentes das especialidades: enquanto na GO valoriza-se a prática como meio de aprendizado, sem relatos sobre discussões teóricas, a MFC parece valorizar a discussão como forma de uniformizar a abordagem realizada por seus residentes.

Acolhimento na assistência ao processo de abortamento

O processo de acolhimento está baseado na realização de uma escuta qualificada, com acesso às tecnologias necessárias conforme preconizado na Política Nacional de Humanização (Brasil, 2006). Sendo uma das principais diretrizes das práticas de cuidado em saúde, se processa segundo a lógica denominada por Neves e Heckert



(2010) como intersubjetiva-relacional. Esta diz respeito à compreensão do acolhimento como relação com o outro, construção de vínculos interpessoais a partir de uma escuta solidária e atenta aos sofrimentos na e pela abertura do exercício clínico ao plano coletivo e relacional.

O não estabelecimento de uma relação adequada com as pacientes é um fator que limita o cuidado segundo os entrevistados. Foi referido que trabalhar no acolhimento das pacientes poderia ajudar no planejamento de assistência, para entender o que levou a mulher a provocar o abortamento, os caminhos que foram seguidos. Além disso, como forma de otimizar o relacionamento com as pacientes, observam que poderiam ser feitas certas mudanças no fluxo dos atendimentos, com um acompanhamento longitudinal por um profissional que conheça a história a fundo, evitando assim expor a paciente a julgamentos pelos novos profissionais com os quais entre em contato.

A estruturação do sistema de saúde e suas consequências para o acolhimento dessas mulheres foi discutido na limitação do estabelecimento de uma relação com as pacientes. Um sistema no qual o tempo disponível para cada atendimento é reduzido torna difícil abordar questões delicadas como o abortamento. Muitas vezes, não há um acompanhamento da mulher por um profissional fixo durante o trajeto pelo serviço.

Nesse sentido, a vulnerabilidade da mulher aos julgamentos de diversos profissionais pode afetar não só o cuidado dispensado no momento, como igualmente a confiança no serviço de saúde no sentido de contatá-lo futuramente se for necessário.

Todos os entrevistados indicaram compreender a importância do acolhimento adequado das pacientes (Barbosa, Bobato, Mariutti, 2012). Entre os residentes da MFC o acompanhamento dos casos é mencionado como de modo mais próximo aos médicos assistentes. Tal atitude parece ajudar na constituição de uma orientação mais uniforme quanto à abordagem das pacientes pelos médicos quando estes se deparam com questões mais polêmicas quando surgem dúvidas sobre os procedimentos técnicos.

No caso da abordagem de questões de gênero durante a formação igualmente foi um dos fatores, que contribuíram para fazer com que os residentes em MFC se vissem mais preparados para lidar com situações de abortamento autoinduzido comparativamente aos profissionais de GO. Foi observado o tratamento da temática relativa a visão do profissional sobre a mulher que abortou, seus motivos e as possíveis consequências dessa ação.



As trajetórias dessas mulheres (Coast, Norris, Moore, Freeman, 2018) envolvem diversos agentes, possibilidade de acesso ao serviço de saúde, e ainda aspectos relacionados à gênero e sexualidade. Das falas dos entrevistados emergiram reflexões sobre esse contexto.

“Quem está grávida é a mulher, quem foi irresponsável foi a mulher, não foi uma opção do homem. E é isso que a gente vê na prática. “Ah, e o companheiro?” “não quer”. E é simples, não quer”, E1, feminino, GO.

Tal fala demonstra como o enraizamento dos papéis de gênero na sociedade pode ter efeitos com repercussões sociais e da saúde intensas, pois no caso de uma mulher cujo companheiro a abandona durante a gestação, num país em que o abortamento é ilegal e perigoso, a repercussão dessa gravidez na vida futura de ambos a mulher e a criança pode ser significativas.

Foi importante perceber que os médicos também estão cientes do seu direito de objeção de consciência, para casos em que não haja risco iminente de morte e que outros profissionais capacitados possam realizar a assistência. No entanto, há situações que derivam de julgamento pela moral religiosa, trazendo à tona a necessidade de melhor preparar os médicos evitando que suas crenças pessoais interfiram de forma prejudicial no relacionamento com as pacientes sob sua responsabilidade.

Porque a gente sabe que no Brasil quem quer abortar aborta, mas quem complica o abortamento é quem é pobre, não tem dinheiro para pagar uma clínica de abortamento, que a gente sabe que tem aos montes por aí. Quem não tem esse dinheiro para fazer um abortamento um pouco mais seguro, apesar de ainda ilegal, é quem aborta com agulha de crochê, quem aborta com sonda, cabides, esses abortamentos são os que complicam. Abortamento em clínica de aborto, com comprimido que se acha na Praça da Sé, esses se sucedem um pouco mais tranquilamente, e aí não chega para nós. E6, masculino, GO.

Assim, os residentes de MFC tiveram uma postura ativa quando a legislação foi tratada, indicado serem favoráveis à legalização do aborto. O argumento para embasar tal posicionamento envolveu o direito da mulher de decidir sobre seu próprio corpo, num entendimento de que ela teria autonomia de decisão que se sobrepõe aos direitos de qualquer outra pessoa sobre o conceito e pelas evidências em saúde pública, que indicam maiores taxas de morbi-mortalidade entre as mulheres que induzem o abortamento.



A questão do gênero, de não deixar a mulher ser dona do próprio corpo e achar que ela temesse instinto natural de parir e que toda mulher tem que amar esse período da gestação. E quando a gente começa a desconstruir esse conceito e problematizar a questão de gênero, é muito mais fácil resolver. O que eu quero dizer é que assim eu acho que a Medicina de Família é diferente. Não é porque a gente discute o abortamento, eu acho que é porque é trabalhada a questão da autonomia da mulher, de ser dona do próprio corpo, das próprias decisões, de modo que eu não preciso discutir qual que é a minha opinião sobre aborto, porque é muito óbvio. E13, masculino, MFC.

Para os médicos entrevistados há concordância com o fato de que a ilegalidade da prática do aborto tem pouco impacto no impedimento da prática quando uma paciente decide por interromper uma gestação. Assim, tende a atuar como fator de risco para aquelas mulheres que não dispõem de acesso a meios seguros de realizá-lo. O grande impacto na redução das gravidezes indesejadas advém de uma política de educação sexual e planejamento familiar, que permita evitar gestações não planejadas (Faundes, Shah, 2015).

Considerações finais

O tema do abortamento na formação teórica durante a faculdade de Medicina revela estar ainda pautado pelo domínio biológico e legal. Nas residências de GO e MFC, a presença de aulas teóricas e discussões voltadas a gênero, sexualidade e feminilidade parecem contribuir para uniformizar a prática clínica.

Considerando os relatos dos entrevistados foi perceptível que nos atendimentos prestados às mulheres em abortamento se privilegia a dimensão técnica. A ênfase do cuidado, de forma geral, parece concentrar-se na recuperação física e reprodutiva, mesmo quando expressam a importância de valorizar os aspectos psicológicos e de estímulo a autonomia feminina sobre o próprio corpo.

Concluindo, o conhecimento clínico, o desenvolvimento de habilidades e técnicas, particularmente no tocante à maior inserção da abordagem conceitual de gênero na formação na graduação e na residência, além do amadurecimento de atitudes pessoais, éticas e profissionais são aspectos fundamentais para a formação médica e o exercício do cuidado integral às mulheres em processo de abortamento.

Notas

¹Este estudo contou com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que, por meio das bolsas de iniciação científica das graduandas



em Medicina Ana Luísa Smith Rocha e Maria Renata Mencacci Costa, tornaram este estudo possível.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, Brasil.

Referências

- Barbosa, A.S.S.F., Bobato, J.A.C., Mariutti, M.G. (2012). Representação dos Profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. *Rev. Spaggest* (Ribeirão Preto). 13(2):44-55.
- Becker, H. (1994). Métodos de pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Hucitec.
- Bickel, J. (2001). Gender equity in undergraduate medical education: a status report. *Journal of women's health & gender-based medicine*.10(3):261-70.
- Bleakley, A. (2013). Gender matters in medical education. *Medical Education*. 47: 59-70.
- Brasil. (2001). Diretrizes Curriculares nacionais. Brasília; 2001 [citado 26 Jun 2018]. Disponível em:http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Coast, E., Norris, A., Moore, A.M., Freeman, E. (2018). Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework. *Social Science Medicine*. 200: 199-210.
- Dewes, J. (2013). Amostragem em bola de neve e respondent-driven sampling: uma descrição dos métodos. [citado 26 Jun 2018]. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/93246>.
- Diniz, D., Medeiros, M. (2010). Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cienc Saude Coletiva*. 15(Suppl1): 959-966.
- Diniz, D., Medeiros, M. E Madeiro, A. (2017). Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Cienc Saude Colet*. ;22 (2): 653-660.
- Faundes, A., Shah, I.H. (2015). Evidence supporting broader access to safe legal abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131.S56–S59.



Fontanella, B.J.B., Ricas, J., Turato, E.R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 24 (1),17-27.

Monteiro, G.F.M., Adesse, L. E Drezett, J. (2015). Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. *Reprodução & Climatério*. 30 (1):11-18.

Neves, A.C., Coelho Heckert, A.L. (2010). Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estud Pesqui Psicol*.10(1):151-168.

OMS. Organização Mundial da Saúde. (2013). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas da saúde. 2 ed. Genebra: OMS.

Silverman, D. (2009). Interpretação de dados qualitativos. Métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre: Artmed.

Verdonk, P., Benschop, Y.W.M., De Haes, H.C.J.M.et al. (2009).From gender awareness to gender bias in medical education. *Adv in Health Sci Educ*. [citado 24 Jun 2018]. Disponível em <http://ihse.qmul.ac.uk/cme/units/qa/>.