

Acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva na região das Américas e as ameaças ao aborto legal no Brasil

Access to sexual and reproductive health services in the Americas region and threats to legal abortion in Brazil

Maria Teresa Rossetti Massari

Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes

Priscilla Paiva Gê Vilella dos Santos

Resumo: Em setembro de 2023 foi apresentado o documento “Estado do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva”, elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que teve como objetivo descrever a situação do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva na Região das Américas a partir de determinadas questões da saúde reprodutiva. O relatório, publicado em maio de 2024, também identifica barreiras de acesso e respostas de saúde, assim como sugere recomendações para os Estados-membros. Ao final, fazemos uma discussão sobre as ameaças e retrocessos da Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil a partir do PL 1904/2024, o qual tem tido grandes repercussões no país.

Palavras-chave: Saúde reprodutiva; Saúde do Adolescente; Saúde materna; Saúde da Mulher.

Abstract: In September 2023, the document “State of access to sexual and reproductive health services”, prepared by the Pan American Health Organization (PAHO), aimed to describe the situation of access to sexual and reproductive health services in the Americas region, based on certain reproductive health issues. The report, published in May 2024, also identifies barriers to access and health responses, as well as suggests recommendations for Member States. At the end, we discuss the threats and setbacks to Sexual and Reproductive Health in Brazil following PL 1904/2024, which has had major repercussions in the country.

Key words: Reproductive health; Adolescent Health; Maternal health; Women's Health.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publicou no final de maio deste ano, o documento “*El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en la región de las Américas*” que foi apresentado na 60ª Reunião do Conselho Diretor, 75ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas, realizada em Washington, DC, Estados Unidos da América, entre os dias 25 e 29 de setembro de 2023. O documento teve como objetivo descrever a situação atual do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva na Região das Américas, identificar barreiras de acesso e possíveis respostas de saúde, e sugerir recomendações para os países. Na ocasião, o documento foi aprovado por unanimidade entre os Estados-membros presentes.



Os Estados-membros da OPAS se colocam comprometidos com as metas 3.7 e 5.6 da “[Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030](#)”, ambas vinculadas à Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), bem como à “[Estratégia de Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde](#)”, que reconhece que todos os indivíduos e comunidades devem ter acesso, sem discriminação, aos serviços e insumos de saúde adequados e de qualidade.

Entende-se a SSR como o completo bem-estar físico, mental e social, em questões relacionadas ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. Ela deve garantir que mulheres e homens expressem sua sexualidade de maneira saudável, evitando riscos como infecções sexualmente transmissíveis e gestações não planejadas, garantindo o direito de desfrutarem uma vida sexual satisfatória, livre de coerção, discriminação e violência, assegurando a liberdade de decidirem sobre a procriação.

O relatório possui quarenta páginas e está dividido em dez seções. Nas cinco primeiras seções são apresentados alguns problemas que afetam a SSR e é fornecido um panorama atual de cada um deles, bem como sugestões sobre encaminhamentos possíveis. Os temas são: Anticoncepção; Gravidez na adolescência; Aborto inseguro; Violência de gênero e Câncer cervical. Nas três seguintes seções, são abordadas especificidades das Pessoas com Deficiência, População LGBTQIAP+ e Saúde dos homens. Por fim, na seção “Chamado para Ação”, estão as seis estratégias acordadas durante o evento pelas autoridades sanitárias presentes.

O documento é bastante ilustrativo e retrata dimensões que vão desde a importância de garantir o acesso à informação sobre SSR até as transições de gênero e a integridade corporal das pessoas intersexo. Cabe atentar ao fato de que os problemas que são abordados no relatório, têm relações entre si. A seguir, destacamos os principais pontos e dados em cada uma das seções.

Anticoncepção

O acesso universal a métodos contraceptivos está contemplado em acordos globais e regionais desde a década de 1990, porém diversas barreiras de acesso ainda persistem. O documento destaca algumas, dentre elas:

- marcos legais restritivos, em especial para meninas e adolescentes;
- orientações médicas pouco claras para seu uso;
- descontinuidade na disponibilidade dos insumos;
- mobilidade/migração; e
- falta de protagonismo das mulheres em situação de vulnerabilidade.

Apenas 10 dos 23 países da região atendem de maneira satisfatória a demanda por métodos de longo prazo maior que 80%. Em 17 países, o uso de contraceptivos reversíveis de ação prolongada, como o DIU, está abaixo de 10%. Adolescentes de 15 a 17 anos, mulheres negras e indígenas, com menor renda, de áreas rurais e com menor nível de escolaridade têm taxas de uso de métodos anticoncepcionais de longo prazo e reversíveis ainda menor.

Antes da pandemia de COVID-19, ainda que de modo desigual entre e dentro de cada país, vinham sendo observados avanços nos níveis de uso de métodos contraceptivos em mulheres em idade reprodutiva e reduções na taxa de fertilidade total. Com a crise sanitária, o acesso aos contraceptivos foi afetado e estima-se que entre 12,9 e 20,1 milhões de mulheres na América Latina e no Caribe tiveram o uso de contraceptivos interrompidos.

As orientações sobre “O que fazer?” destacam o papel da Atenção Primária à Saúde e ações de promoção de comportamentos sexuais saudáveis e de planejamento reprodutivo,

assim como tornar mais acessíveis financeiramente os métodos contraceptivos para a população, visto que a cobertura de serviços públicos é muito baixa em alguns locais. A proporção de usuários que os recebem gratuitamente varia entre 32,2% e 68,6% dependendo do país, e cerca de metade dos que usam contraceptivos modernos, compram em farmácias e pagam do próprio bolso.

Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência é fruto da violação de vários direitos: à educação, ao acesso à informação sobre sexualidade e direitos sexuais reprodutivos, assim como acesso aos métodos contraceptivos eficazes. A gestação nessa faixa etária acarreta sérios problemas de saúde, como: o aumento do risco de morbi/mortalidade materna e neonatal; a saúde mental das mães adolescentes; e a persistência de ciclos intergeracionais de pobreza e problemas de saúde

Os determinantes que impactam na gravidez na adolescência são múltiplos e operam de maneira sistêmica. Suas consequências afetam diretamente os planos e trajetórias de vida das mulheres, como o abandono escolar, dificuldades de inserção no mercado de trabalho com acesso à empregos de qualidade e, conseqüentemente, menor renda ao longo da vida.

Embora a taxa de fecundidade em adolescentes de 15 a 19 anos tenha reduzido quase 6% em uma década na região (passou de 66,5% em 2010-2015 para 60,7% em 2015-2020), há importantes desigualdades entre perfis sociodemográficos dentro de um mesmo país, estando relacionado a contextos e situações de maior vulnerabilidade social. Meninas e adolescentes com menor renda, menor nível de escolaridade, moradoras de área rural, indígenas e afrodescendentes, apresentam uma taxa de fecundidade entre três a cinco vezes maior do que as médias nacionais. Além disso, fatores de risco, como abuso sexual, bullying na escola e outras formas de violência, situação de rua e o consumo abusivo de drogas, também merecem destaque.

As recomendações para este eixo são majoritariamente de cunho político, entendendo que se faz necessário formular, implantar e avaliar leis nacionais que tornem mais acessíveis e efetivos o uso de contraceptivos, assim como monitorar o desempenho dos programas com foco em sexualidade e fertilidade de adolescentes. Merece destaque a sugestão de estratégias intersetoriais e comunitárias com a participação dos adolescentes. Na medida em que se capacita meninos e meninas adolescentes na tomada de decisões saudáveis e os informam sobre o seu corpo, sua vida e seu futuro, a tendência é melhorar os indicadores de SSR.

Aborto inseguro

O aborto inseguro é um problema de saúde pública marcado pela iniquidade. Ele afeta desproporcionalmente os países onde não é legalizado e as populações vulnerabilizadas. Meninas e mulheres vítimas de violência sexual, em situação de pobreza, pessoas com deficiência, mulheres que vivem em áreas remotas e migrantes têm maiores dificuldades em acessar serviços de aborto, serviços de qualidade e em tempo útil. As barreiras de acesso são diversas, sendo elas de caráter pessoal ou interpessoal; social; político; geográfico; econômico; e administrativo.

Entre 2010 e 2014 dos 6,5 milhões de abortos realizados na América Latina e o Caribe, 4,89 milhões (75%) foram abortos inseguros. Em 2015, 9,9% de mortes maternas na região

estiveram associadas ao aborto inseguro. É importante destacar que a morbimortalidade materna por abortos inseguros foi reduzida em países que implementaram políticas de acesso.

A maioria dos países da América Latina e Caribe permitem o aborto em condições específicas: perigo para a vida, risco para saúde, inviabilidade fetal, violação, incesto e saúde mental. Globalmente, em países onde o aborto é permitido, 87,4% dos abortos são seguros. Em países onde o aborto é proibido ou permitido apenas em caso de risco para a vida ou saúde, apenas 25,2% dos abortos são seguros.

Dentre as orientações feitas estão: melhorar o acesso universal e gratuito a métodos contraceptivos para prevenir gravidezes indesejadas, bem como informação sobre SSR e educação sexual; melhorar as políticas de acesso ao aborto seguro; fornecer serviços pós-aborto de qualidade; adaptar os protocolos de cuidados às recomendações da OMS; e expandir as bases para o aborto legal.

Violência de gênero

A violência de gênero gera consequências de diversas ordens. A violência por parceiro íntimo (VPI) é a forma mais comum delas. Dados de 2021, apontam que 34% das mulheres de 15 a 49 anos já sofreram VPI, física ou sexual, ou violência sexual sem ser de seu parceiro, em algum momento de sua vida. Estima-se que 1 em cada 4 mulheres sofreu VPI, física ou sexual, pelo menos uma vez na vida.

Os países da Região das Américas têm mostrado progressos no que tange o acesso à informação sobre violência contra mulheres e meninas; a inclusão de prevenção, cuidado e reparação pela violência contra as mulheres; o desenvolvimento de protocolos e diretrizes para orientar a resposta dos sistemas de saúde; e a qualificação de profissionais de saúde para atender de forma mais adequada essa demanda. Nas regiões, 83% dos países incluem ações de prevenção, cuidado e reparação da doença; 60% dos países possuem protocolos e diretrizes para sistemas de saúde; 80% têm alguma política intersetorial voltada à prevenção da violência contra as mulheres ou uma política nacional de gênero que contempla a violência contra as mulheres.

O setor saúde desempenha um papel fundamental na prevenção da violência contra mulheres e meninas e na mitigação das suas consequências. Porém, mais esforços precisam ser feitos para melhorar a qualidade das políticas de erradicação da violência de gênero, sua consistência com as evidências e a sua implementação. Quanto mais detalhada for a orientação, mais fácil será para os profissionais de saúde compreenderem exatamente o que está a ser dito.

Câncer cervical

A América Latina e o Caribe ocupam o segundo lugar no mundo em mortalidade por câncer cervical, sendo as taxas mais altas do Caribe, seguido pela América do Sul e Central. O câncer cervical é o terceiro diagnóstico de câncer mais comum e o mais frequente nas mulheres em 11 dos 32 países e territórios, com dados disponíveis.

Embora alguns países tenham avançado no tratamento do câncer, há muitos desafios para a prevenção, detecção precoce, acesso a vacinas e medicamentos, gestão de informações e financiamento. Há barreiras estruturais (condição socioeconômica e nível de escolaridade); culturais (crenças e atitudes ligadas à discriminação, desinformação e preconceito por parte dos prestadores); e sistêmicas, vinculadas ao sistema de saúde dos países (falta de acesso à detecção

e acompanhamento devido a lacunas na tecnologia disponível, bem como resposta e capacidade organizacional deficientes dos serviços de saúde).

A incidência e a mortalidade do câncer do colo do útero diminuíram nas últimas década na Região, mas a maioria dos países e territórios ainda apresenta taxas acima do acordo da [“Estratégia Global para Acelerar a Eliminação do Câncer do Colo do Útero”](#), elaborada pela OMS em 2022 (até 4 por 100.000 mulheres). Dados de 2020 apontam que a incidência de câncer cervicouterino é de 6,1 para cada 100.000 mulheres na América do Norte; 13,8 para cada 100.000 mulheres na América Central, e 15,4 para cada 100.000 mulheres na América do Sul. A taxa de mortalidade é 8,2 por cada 100.000 mulheres no Caribe; 7,8 para cada 100.000 mulheres na América do Sul; e 6,8 para cada 100.000 mulheres na América Central.

Para que se possa mudar o cenário, o documento orienta investir mais na prevenção, detecção e tratamento do câncer a partir da implementação das ações da [“Estratégia global para atingir as metas 90-70-90”](#) e acelerar a eliminação do câncer colo do útero como problema de saúde pública. Essa estratégia propõe três objetivos a serem alcançados em 2030: 90% das meninas vacinadas contra o HPV antes de completar 15 anos; 70% das mulheres examinadas com teste antes dos 35 anos e, novamente, antes dos 45 anos; e 90% das mulheres diagnosticadas com câncer cervical em tratamento.

Também são discriminadas ações específicas para cada nível de prevenção. A prevenção primária deve garantir vacinas contra o HPV suficientes a um preço acessível (ou gratuito) e aumentar sua qualidade e cobertura, assim como melhorar a comunicação e a mobilização social. A prevenção secundária deve integrar os serviços de diagnóstico e tratamento, garantir o fornecimento adequado de testes e dispositivos de tratamento de qualidade e alta precisão, e fortalecer os laboratórios e os programas de garantia de qualidade. Na prevenção terciária, por sua vez, o tratamento e cuidados paliativos devem aplicar diretrizes de tratamento do câncer cervical, fortalecer os serviços de patologia e expandir a capacidade cirúrgica e o acesso à radioterapia e quimioterapia. Fortalecer os cuidados paliativos e os serviços de apoio abrangentes para melhorar a qualidade de vida e enfrentar as dificuldades de saúde mental e sexual que possam desencadear.

Pessoas com deficiência

Quase 12% da população da América Latina e do Caribe tem pelo menos uma deficiência, o que equivale a cerca de 66 milhões de pessoas. A SSR das pessoas com deficiência é muitas vezes invisibilizada devido à ignorância e à discriminação, à presunção equivocada da sua não sexualidade, e da falta de autonomia para decidir sobre o seu corpo.

Isso faz com que pessoas com deficiência enfrentem barreiras adicionais no acesso a serviços, educação e informação sobre SSR: inacessibilidade de espaços de saúde, dificuldades de comunicação, falta de formação específica dos profissionais de saúde para lidar com demandas específicas deste público e limitações financeiras são algumas das mais frequentes. Também estão mais expostos a situações de violência e abuso.

Embora tenha havido progresso na consecução dos objetivos delineados no [“Plano de Ação sobre Deficiência e Reabilitação”](#), preparado pela OPAS em 2020, muitos destes planos não foram totalmente implementados e as pessoas com deficiência continuam a enfrentar obstáculos no acesso aos serviços de saúde em muitos países da Região.

População LGBTQIAPN+

A população LGBTQIAPN+ apresenta resultados de saúde pior do que a população heterossexual. Na SSR enfrentam-se problemas como a falta do rastreio do câncer, a sua baixa visibilidade no ESI e uma maior risco de violência, incluindo abuso sexual infantil. Esta população deve enfrentar barreiras de acesso aos serviços de saúde ou ainda não os acessa, muitas vezes devido à ausência de garantias de confidencialidade e privacidade nos cuidados e a falta de cuidados de saúde. Pessoas LGBTQIAPN+ sofrem com estigmas e preconceitos e têm 2,4 vezes mais chance na demora pela busca de cuidados médicos e mais expostos a problemas de saúde mental.

Barreiras de acesso adicionais por parte dessa população se assemelham a das pessoas com deficiência, mas destaca-se a ausência ou insuficiência de leis e políticas antidiscriminação, a escassez de protocolos para cuidados de cada grupo dentro da comunidade e baixa qualificação profissional para atender as demandas específicas.

Saúde dos homens

O gênero masculino e as práticas socialmente impostas afetam a saúde dos homens em muitos aspectos, promovendo comportamentos de risco que os levam a acessar os serviços de saúde em situações de emergências, ou acessam apenas em condições já avançadas e crônicas de alguma patologia devido à baixa utilização de serviços de promoção e prevenção, e seu cuidado se dá de forma fragmentada. É sabido que homens têm menor expectativa de vida que as mulheres e a falta de autocuidado com a saúde prejudica física e mentalmente a vida de muitos homens.

No campo da SSR, dada a prevalência de uma cultura de gênero que concebe reprodução como fenômeno exclusivamente feminino, os homens não são chamados a assumir a corresponsabilidade integral na assistência pré-natal, no parto, amamentação, contracepção, cuidados infantis ou atividades domésticas.

As necessidades de saúde dos homens e os seus comportamentos sociais devem ser considerados na elaboração de políticas através de abordagens abrangentes e integradas, sensíveis e com corresponsabilidade de gênero.

“Chamado para a ação”

Os países da Região das Américas concordaram com os termos do documento que exige redobrar esforços para expandir o acesso aos serviços de SSR, reduzir as desigualdades, garantir os direitos humanos e contribuir para a cobertura universal. Para avançar na concretização destes objetivos, as autoridades de saúde dos Estados Membros da OPAS concordaram com as seguintes estratégias e ações:

- Promover e implementar leis, políticas e regulamentos abrangentes que garantam o exercício dos direitos sexuais e de saúde reprodutiva, e o acesso universal aos serviços de SSR, sem discriminação de qualquer tipo, para reduzir as desigualdades, melhorar oportunidades de desenvolvimento para indivíduos e famílias, e avançar no efetivo cumprimento dos compromissos assumidos neste campo;
- Expandir o acesso aos serviços de SSR com foco na atenção primária à saúde;
- Aumentar o investimento em políticas e programas de SSR e garantir o financiamento adequado e sustentável para a implementação de intervenções

custo-efetivas baseadas em evidências, a organização e prestação de serviços abrangentes de SSR e acesso a medicamentos universais e gratuitos;

- Fortalecer a articulação, o trabalho intersetorial e os protocolos de comunicação atenção entre as áreas da saúde, educação, assistência social, segurança e justiça para implementar políticas e programas abrangentes que permitam intervir nos determinantes da SSR e responder melhor às violações dos direitos sexuais e reprodutivos;
- Reforçar os sistemas de informação para identificar e analisar indicadores de SSR desagregados por idade, gênero (incluindo diversidade LGBTQIAPN+), raça e local de moradia, para reconhecer quais são as lacunas de equidade e informar o monitoramento e avaliação de políticas e dos programas de SSR;
- Aumentar o compromisso político para melhorar a cobertura e a eficácia de políticas e programas de SSR, estabelecendo metas de curto e médio prazo, mecanismos de responsabilização e espaços para participação dos grupos afetados.

Ameaças e retrocessos da Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil

Nem todas as gravidezes indesejadas podem ser evitadas através do aumento do uso de contraceptivos, e o acesso ao aborto seguro é necessário para prevenir abortos inseguros. No Brasil, o aborto é criminalizado – exceto nos casos de violência sexual, anencefalia fetal e risco de vida para a gestante.

O abortamento é um problema de saúde pública que tem maior incidência nos países em desenvolvimento e é uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil. É um tema cuja discussão envolve um complexo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais.

Apesar do código penal brasileiro criminalizar o aborto, a Lei não se mostrou eficaz para inibir sua prática, deixando muitas mulheres em situações de risco. Na maioria das vezes, o aborto é realizado por pessoas não capacitadas em locais insalubres e sem segurança para atender eventuais complicações. Seu status de ilegalidade dificulta a análise de sua prevalência e magnitude, com subnotificação nos registros oficiais, principalmente quando se trata de abortos provocados. Um inquérito nacional, realizado em 2010, verificou que 15% das mulheres brasileiras, no final da vida reprodutiva, já haviam feito aborto e cerca de 50% delas necessitaram de internação. O percentual de aborto chega a 22% entre mulheres de 35 e 39 anos¹¹.

O aborto, embora apareça entre as principais causas de morte materna, certamente teria posição mais relevante se não tivesse diagnóstico, muitas vezes, declarado como infecção puerperal, hemorragias, septicemias, etc.

A atenção ao abortamento deve se apoiar em três pilares: (1) Acolher e orientar: ouvir a mulher, a partir de princípios éticos dos direitos reprodutivos; (2) Atenção clínica ao abortamento: classificar, decidir como fazer e executar, lembrando da necessidade de manejo da dor; e (3) Planejamento reprodutivo pós-abortamento: discutir com a mulher sobre suas intenções reprodutivas e oferecer os métodos contraceptivos disponíveis, orientando sobre continuidade do cuidado em serviços de atenção primária à saúde¹⁰.

Aborto legal sob ataque: o “PL antiaborto”

No dia 17 de maio de 2024, foi apresentado pelo deputado Sóstenes Cavalcante (PL/RJ) e outros, na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei (PL) n. 1904/2024 que caracteriza o aborto após 22 semanas ao crime de homicídio, o que renderia às vítimas uma pena de até 20 anos – superior à punição de abusadores, que podem pegar até 12 anos de prisão. Na última quarta-feira (12/06), o projeto teve o requerimento de urgência aprovado, o que significa que iria direto ao Plenário da Câmara, sem passar pelas comissões temáticas. Apesar do requerimento, a ideia é que o projeto seja votado somente após as eleições municipais, que serão realizadas em outubro.

“São muitos os fatores que levam a interrupções legais de gravidez após a 22ª semana: menores de idade demoram mais a compreender e conseguir denunciar a violência sofrida, bem como reconhecer os sintomas de gravidez; por fundamentalismo ou receio de retaliação, profissionais de saúde impedem ou mesmo retardam o acesso a um direito garantido por lei; são pouquíssimos hospitais com serviço de aborto legal, num país de dimensões continentais”, destaca a deputada Sâmia Bonfim (PSOL/SP), autora do abaixo-assinado para arquivamento do PL.

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva e a ministra da saúde, Nísia Trindade Lima, também se posicionaram. “Eu sou contra aborto, entretanto, como aborto é realidade, a gente precisa tratá-lo como questão de saúde pública. E eu acho que é insanidade alguém querer punir uma mulher numa pena maior que o criminoso que fez o estupro. É no mínimo uma insanidade isso”, diz o Presidente. A ministra pontua que “precisamos garantir no SUS o atendimento a meninas e mulheres vítimas de estupro e em risco de vida tal como preconiza o Código Penal de 1940. (...) É preciso garantir o acesso ao cuidado adequado à proteção dos direitos de meninas e mulheres” e que esta proposta é “injustificável e desumana”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2022, publicou um [extenso documento de diretrizes do cuidado para o aborto](#) e nele é desaconselhado que haja leis e regulamentações que proíbam o aborto com base nos limites do tempo gestacional e é recomendado a descriminalização total do procedimento retirando o aborto de toda a legislação penal/criminal, inclusive não aplicando outras infrações penais - como por exemplo, homicídio - e garantindo que não existam sanções penais contra os intervenientes. O documento ainda fornece orientações e recomendações de práticas clínicas para o manejo adequado.

Cabe mencionar que este projeto não é o único atualmente que fere direitos reprodutivos das mulheres, que vêm sendo conquistados desde 1940. Todo ano, diversas propostas dessa ordem são apresentadas e algumas são destacadas em [matérias na mídia](#).

A partir do ocorrido, houve muita repercussão e intensa mobilização de mulheres e da sociedade como um todo contra a PL. Após milhares de pessoas saírem às ruas nos últimos dias, em todo o país, contra a proposta, parlamentares que antes expressavam apoio já fazem movimento de recuo. Ainda assim, é necessário manter o estado de vigília visto que até o momento não houve arquivamento da proposta e que o tema é com frequência pauta nas instâncias políticas do país.

Avançar na discussão do aborto seguro é importante não apenas para prevenir mortes maternas, mas também enquanto uma política pública que respeita as decisões das mulheres e garante que elas tenham acesso a cuidados adequados e baseados em evidências.

Referências

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/59916/OPSHSSCLP240002_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y

11. Motta CT, Moreira MR. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciênc Saúde Coletiva*. outubro de 2021;26(10):4397–409.
10. Ministério da Saúde. *Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica*. Ms; 2010. (A. Normas e Manuais Técnicos).