



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Perfil de mujeres sometidas al Aborto Previsto en Ley: estudio descriptivo exploratorio

Maria da Graça Camargo Neves¹, Dirce Guilhem², Suzana Gonçalves Rodrigues³

1 Secretaría del Estado de Salud del Distrito Federal

2 Universidad de Brasília

3 Escuela Superior de Ciencias de la Salud

RESUMEN

Objetivo: delinear el perfil de mujeres sometidas a la interrupción del embarazo en el programa Aborto Legal, en el Distrito Federal. **Método:** estudio descriptivo, exploratorio y documental, delimitando el perfil de las mujeres y adolescentes entre 2007 y 2013. **Resultados:** de las 81 mujeres que interrumpieron la gestación ocasionada por violencia sexual extra o intra familiar, la mayoría era formada por adolescentes y adultas jóvenes con edad gestacional hasta 12 semanas. **Discusión:** hay escasas de publicaciones sobre ese tema en Brasil. La investigación revela que 7,4% de las interrupciones gestacionales divergen del protocolo prescrito en la Norma Técnica. Cuando se compara con otra investigación en Brasil, se destacan divergencias entre religión, color y edad gestacional en el momento de la interrupción. **Conclusiones:** promover la comunicación para estímulo a la información del colectivo y autocuidado; invertir en la humanización de los profesionales que acompañan el proceso de las mujeres; reformular políticas públicas y promover investigación en esa área.

Descriptor: Aborto Legal; Perfil de Salud; Políticas Públicas; Salud de la Mujer; Adolescente.

INTRODUCCIÓN

Los debates públicos, frutos del movimiento feminista en la década de 1960 y de la Convención Interamericana de 1995, propusieron que el Estado congregara las demandas reivindicadas como políticas públicas, teniendo, como prioridad, la violencia de género en las bases de prevención, punición y erradicación, determinada como crimen que compete a toda la sociedad y que causa muerte, sufrimiento físico, psicológico y sexual⁽¹⁻²⁾. La violencia sexual, una de las más antiguas y frecuentes en la sociedad, refleja expresiones amargas de violencia de género y se caracteriza por ascender en las desiguales relaciones de poder con brutal violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos⁽³⁾.

Anualmente, cerca de 12 millones de personas experimentan diferentes situaciones de violencia sexual. En Brasil, datos revelan la media de 8,7 violaciones por 100 mil habitantes; en los Estados Unidos de América (EUA) ocurre un caso cada 6,4 minutos y es considerado el crimen violento que más crece en el país^(2,4,5).

Como fruto de la violencia sexual, aflora una complejidad de reacciones psicológicas, sociales y biológicas, intolerable para muchas mujeres. Se destacan depresión, bulimia, anorexia, trastornos afectivos sexuales, dificultades afectivas y de relación, suicidio, enfermedades de transmisión sexual y traumatismos físicos. El embarazo indeseado e inesperado es visto como una re victimización y exacerba las situaciones reaccionales antes descritas concomitante a la necesidad inmediata del enfrentamiento como la interrupción gestacional, que demanda tiempo, frecuencia y costos del servicio público^(3,4,6).

La interrupción del embarazo, vinculada o no a la violencia sexual, ocupa lugar de destaque en las sociedades contemporáneas que se caracterizan por el pluralismo moral y por la defensa

de la laicidad del Estado, incluyendo una gama variada de diversidades morales⁽⁷⁾.

Países son confrontados en lo que se refiere a la legislación a ser adoptada en los casos de interrupción de la gestación, como la realización de un plebiscito en Europa, en 2007. Entre los países con leyes restrictivas, se destacan Irlanda y Malta^(2,8). Debates entre las instancias jurídica, religiosa, feminista y las sociedades científicas impulsan reflexiones a respecto de la descriminalización del aborto, reflejando, de esa forma, en la reforma de la legislación actual en los casos de aborto previstos en el Código Penal^(4,5,6,9).

Doce países europeos, entre ellos Alemania, Francia, España y Portugal, permiten el aborto en las 12 primeras semanas de embarazo si la mujer está bajo riesgo de muerte o amenaza para su salud física o mental, así como en casos de violación, incesto o malformación fetal^(2,3,8). En América Latina y Central, países como Chile, El Salvador, Nicaragua y República Dominicana no permiten la interrupción gestacional bajo cualquier hipótesis. Ahora, en Argentina, Venezuela, Costa Rica, Perú y Paraguay, entre otros, admiten el aborto en algunos casos⁽⁸⁾.

En Brasil, en caso de embarazo consecuente de violencia sexual, es derecho de las mujeres y adolescentes, bien como de sus representantes legales, ser informadas(os) de la posibilidad de interrupción del embarazo, conforme consta en el Código Penal de 1940, así como el derecho de mantenerla hasta su término, optando por la donación o no del recién nacido y garantizándole los cuidados prenatales. Sin embargo, apenas en la década de 1980 se efectuaron, oficialmente, las primeras atenciones en el servicio público de salud brasileiro⁽⁴⁾.

Brasil posee 441 servicios de acogimiento a mujeres víctimas de violencia sexual. De esos, 63 realizan el aborto previsto en ley⁽⁶⁾. El servicio representado en este estudio, compuesto por un equipo multidisciplinar, tiene como atributo

acoger, proteger y cuidar biopsicosocialmente de mujeres y adolescentes que lo buscan cuando son víctimas de violencia sexual, existe riesgo de muerte materna y optan por la interrupción legal de la gestación.

El año de 2007 computó total de siete registros de interrupciones gestacionales por violencia sexual. Después de cuatro años, en 2011, los registros ya alcanzaban 16 interrupciones, remitiendo a un diseño de ascenso cuantitativo del procedimiento. A partir del año de 2007 hasta el segundo semestre de 2013 el número de interrupciones legales fue de 81.

MÉTODO

Estudio descriptivo, exploratorio, documental y retrospectivo⁽¹⁰⁻¹¹⁾, que diseñó el perfil de un servicio público el cual realiza la interrupción legal de la gestación en adolescentes y mujeres víctimas de violencia sexual, riesgo de muerte materna y, desde abril de 2012, anencefalia⁽¹²⁾.

Las actividades del programa sobre el cual este trabajo se apoyó fueron iniciadas en 1996. Con todo, por la insuficiente vehemencia en lo que se refiere a los registros de informaciones que indican el perfil de las mujeres y adolescentes víctimas de violencia sexual que buscaron el aborto legal, las informaciones fueron colectadas a partir del año de 2007 en fuentes primarias - registros oficiales del programa Aborto Previsto en Ley (APL), del Hospital Materno Infantil de Brasilia.

El universo de las adolescentes y mujeres acogidas por el Programa APL de 2007 hasta el segundo semestre de 2013 fue de 147, con efectuación de 81 interrupciones legales de la gestación. Como criterios de inclusión, debería constar en los registros oficiales del programa las siguientes características: edad, edad ges-

tacional, local de la residencia, religión, color (autodeterminado), procedimiento adoptado para interrupción gestacional, motivo de interrupción del embarazo, vínculo del agresor en los casos de violencia intrafamiliar, registro del boletín de ocurrencia policial, parecer del Ministerio Público.

El boletín de ocurrencia policial registra la violencia para el conocimiento de la autoridad policial, que podrá determinar la instauración de la encuesta y de la investigación. El informe del Instituto Médico Legal (IML) es el documento elaborado para componer la prueba criminal. El parecer del Ministerio Público retrata situaciones en que el equipo multidisciplinar se enfrentó con inconsistencias entre las informaciones narradas por la víctima y los datos alusivos al examen ecográfico analizado. En el caso de dudas en cuanto a la realización de la interrupción, se encamina la solicitud de parecer y conducta a esa institución.

La caracterización del perfil encontrado y su análisis consideraron los siguientes aspectos: grupo etario conforme estandarización adoptada⁽¹³⁻¹⁴⁾; edad gestacional (mayor o menor que 12 semanas) al buscar el programa de interrupción gestacional; método adoptado para interrupción de la gestación; color (autodeterminado); religión; local de residencia (Distrito Federal o Entorno del Distrito Federal); registro del boletín de ocurrencia; encaminamiento del Ministerio Público; motivo de la interrupción; tipo de violencia – extra o intrafamiliar, en ese caso deliberando el lazo del agresor con la víctima de la violencia.

La estandarización adoptada para los grupos etarios⁽¹³⁻¹⁴⁾ siguió las siguientes subdivisiones:

- Adolescencia: 10 a 19 años;
- Adultez joven inicial (AJI): edad entre 20-25 años;
- Adultez joven plena (AJP): entre 25-35 años;

- Adultez joven final (AJF): entre 35-40 años;
- Adultez media inicial (AMI): comprende el grupo etario de los 40-50 años.

En cuanto al local de residencia, se utilizó la división geográfica para mejor delineación del perfil, adoptando como locales el Distrito Federal (DF) el Entorno del Distrito Federal, el cual crece en ritmo más acelerado que el propio DF. De acuerdo con datos del Censo 2010, realizado por el Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE), las 22 ciudades goianas y mineiras limítrofes al DF sufrieron aumento poblacional de 27,2% entre 2000 y 2010. Si antes eran 906.275 habitantes, en el año pasado fueron contabilizados 1.152.725. En el DF, el crecimiento demográfico fue de 24,9% en 10 años (la media nacional es de 12,3%).

El DF es compuesto por 31 regiones administrativas: Águas Claras, Brasília, Brazlândia, Candangolândia, Ceilândia, Cruzeiro, Fercal, Gama, Guará, Itapõa, Jardim Botânico, Lago Norte, Lago Sul, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Park Way, Planaltina, Recanto das Emas, Riacho Fundo, Riacho Fundo II, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, SCIA/Estrutural, SIA, Sobradinho, Sobradinho II, Sudoeste/Octogonal, Taguatinga, Varjão e Vicente Pires⁽¹⁵⁾. El Entorno engloba las ciudades de Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás y Vila Boa (en Goiás), también Unaí, Buritis y Cabeceira Grande (en Minas Gerais)⁽¹⁵⁾.

El protocolo de estudio fue sometido para revisión por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Estado de Salud del Distrito Federal que el programa de aborto previsto en ley se inserta y obtuvo su aprobación por el protocolo 0475/2011. El presente trabajo tuvo

como objetivo delinear el perfil de adolescentes y mujeres que realizaron la interrupción de la gestación en un programa de Aborto Previsto en Ley de un hospital público del DF.

En cuanto a los aspectos éticos la Resolución nº. 466/2012, del Consejo Nacional de Salud, dispone sobre investigaciones involucrando seres humanos y apunta que es necesario prever procedimientos que aseguren la confidencialidad y la privacidad, la protección de la imagen y la no estigmatización⁽¹⁶⁾.

RESULTADOS

Los resultados son presentados por medio de tablas para facilitar la visualización de los datos encontrados y serán discutidos a continuación.

Tabla 1. Caracterización de las mujeres y adolescentes atendidas en un programa de aborto previsto en ley de un hospital público del DF según, grupo etario, residencia, religión y color (autodeterminado) en el periodo de 2007 al segundo semestre de 2013.

| Características | Categoría | n. | % |
|-------------------------------|-------------------------------|----|------|
| Grupo etario | | | |
| | Adolescentes: 10 a 19 años | 30 | 37 |
| | AJI: 20-25 años | 14 | 17,2 |
| | AJP: 26 a 35 años | 25 | 30,8 |
| | AJF: 36 a 40 años | 8 | 9,8 |
| | AMI: 41 a 50 años | 3 | 3,7 |
| | No especificado | 1 | 1,2 |
| | Total | 81 | 100 |
| Local de la residencia | | | |
| | Distrito Federal | 60 | 74 |
| | Entorno del Distrito Federal | 20 | 24,6 |
| | No especificado | 1 | 1,2 |
| | Total | 81 | 100 |
| Religión | | | |
| | Católica | 32 | 39,5 |
| | Evangélica | 43 | 53 |
| | Espírita | 1 | 1,2 |

Neves MGC, Guilhem D, Rodrigues SG. Profile of Women Who Were Subjected to the Abortion Established by Law: a descriptive exploratory study. Online braz j nurs [internet] 2015 Mar [cited year month day]; 14 (1):16-24. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4629>

| | | |
|--------------------------------|----|------|
| Otras | 1 | 1,2 |
| Sin religión | 4 | 4,9 |
| Total | 81 | 100 |
| Color (autodeterminado) | | |
| Parda | 44 | 54,3 |
| Blanca | 28 | 34,5 |
| Negra | 7 | 8,6 |
| No se identificaron | 2 | 2,4 |
| Total | 81 | 100 |

Fuente: Datos generados por las autoras, 2013.

Tabla 2. Caracterización cuanto a la edad gestacional en el momento de la interrupción, al motivo para el derecho de interrumpir y al tipo de procedimiento utilizado en la interrupción gestacional en mujeres y adolescentes atendidas en un programa de aborto previsto en ley de un hospital público del DF entre 2007 y el segundo semestre de 2013.

| Característica de Salud | Categoría | n. | % |
|---|-----------|----|------|
| Edad gestacional en la interrupción | | | |
| < 12 semanas | | 40 | 49,3 |
| = o > 12 semanas | | 40 | 49,3 |
| No especificado | | 1 | 1,2 |
| Total | | 81 | 100 |
| Procedimiento adoptado para interrupción gestacional | | | |
| AMIU* | | 33 | 40,7 |
| Misoprostol | | 6 | 7,4 |
| Legrado | | 13 | 16 |
| Misoprostol + Legrado | | 1 | 1,2 |
| No especificado | | 28 | 34,5 |
| Total | | 81 | 100 |
| Procedimiento adoptado divergente al protocolo | | | |
| = o > 12 semanas | | 06 | 7,4 |
| No relatado* | | 28 | 34,5 |
| No divergen del protocolo | | 47 | 58 |
| Total | | 81 | 100 |

Fuente: Investigación realizada en el Distrito Federal de 2007 al segundo semestre de 2013.

Fuente: Datos generados por las autoras, 2013.

* AMIU: aspiración manual intrauterina.

* Ausencia de descripción en archivos de la edad gestacional y/o procedimiento adoptado para interrupción gestacional, hecho que impide el análisis de cumplimiento al Protocolo⁽³⁾.

Tabla 3. Caracterización de las mujeres y adolescentes atendidas en un programa de aborto previsto en ley de un hospital público del DF, cuanto al Registro de boletín de ocurrencia de la violencia sexual, al parecer del Ministerio público cuanto a la interrupción gestacional y al tipo de vínculo con agresor en los casos intrafamiliares en el período de 2007 al segundo semestre de 2013.

| Otras características | Categoría | n. | % |
|---|-----------|----|------|
| Registro del boletín de ocurrencia | | | |
| | Si | 34 | 41,9 |
| | No | 47 | 58 |
| | Total | 81 | 100 |
| Parecer del Ministerio Público | | | |
| | Si | 11 | 13,5 |
| | No | 70 | 86,4 |
| | Total | 81 | 100 |

Fuente: Investigación realizada en el Distrito Federal de 2007 al segundo semestre de 2013.

Tabla 4. Caracterización de las mujeres y adolescentes atendidas en un programa de aborto previsto en ley de un hospital público del DF, cuanto al motivo de la interrupción de la gestación y el vínculo del agresor, en el período de 2007 al segundo semestre de 2013.

| Característica de Salud | Categoría | n. | % |
|---|--------------------------------|----|------|
| Agresor (violencia intrafamiliar) | | | |
| | Padrasto | 3 | 23 |
| | Padre | 2 | 15,3 |
| | Hermano | 2 | 15,3 |
| | Cuñado | 1 | 7,6 |
| | Tio | 3 | 23 |
| | Tio y padrino | 1 | 7,6 |
| | Padre y hermano | 1 | 7,6 |
| | Total | 13 | 100 |
| Derecho para interrupción del embarazo | | | |
| | Violencia sexual intrafamiliar | 13 | 16,1 |
| | Violencia sexual extrafamiliar | 44 | 54,3 |
| | Riesgo de muerte materna | 9 | 11,1 |
| | Mal formación fetal | 1 | 1,2 |
| | No especificado | 14 | 17,2 |
| | Total | 81 | 100 |

Fuente: Investigación realizada en el Distrito Federal de 2007 al segundo semestre de 2013.

DISCUSIÓN

Son escasos los estudios sobre ese tipo de perfil en Brasil. La ausencia de información es, aún, la mayor arma contra la consolidación de la salud colectiva de mujeres brasileñas, de la efectuada del autocuidado y la búsqueda por derechos previstos en el SUS.

Los datos presentados en este estudio van al encuentro con investigación realizada en un Centro de Referencia en el año de 2008 cuanto al aspecto referente a la violencia sexual extrafamiliar. Las dos investigaciones reflejan esa predominancia en más de 50% de los casos⁽²⁾.

En cuanto a la edad gestacional en el momento de la interrupción, 40 (49,3%) de las mujeres/adolescentes atendidas por el Programa en el DF tuvieron la gestación interrumpida hasta 12 semanas y el mismo porcentaje después de las 12 semanas. Esos resultados son similares a aquellos encontrados en un centro de referencia paulistano, siendo un poco mayor al porcentaje de mujeres (55%) que realizaron la interrupción además de 12 semanas gestacionales⁽²⁾. Ese es un dato que merece atención por parte de los servicios involucrados en los programas de APL, considerándose los riesgos (físicos y/o psicológicos) consecuentes de la realización del procedimiento después de las 12 semanas.

Hay divergencias en lo que se refiere a la religión: la mayoría de las mujeres/adolescentes del DF 43 (53,0%) pertenecía a la religión protestante, en cuanto en São Paulo 45% eran católicas. En cuanto al color, entre las mujeres que hicieron la interrupción gestacional consecuyente de violencia sexual, en este estudio 44 (54,3%) se identificaron como pardas, siendo que en São Paulo, 60% se declararon de color blanco.

La mayoría de las mujeres/adolescentes que realizó la interrupción legal de la gestación pertenecía al grupo etario de la adolescencia y adultez joven plena, con edad variando entre

10 y 44 años, con una media de 21,5 años. La muestra presenta media de edad baja cuando es comparada con otros estudios⁽²⁾.

La autorización para interrupción prevista en ley es limitada a 22 semanas de gestación y los métodos indicados para efectuarla están previstos en la norma técnica, que reglamenta las acciones referentes a esa temática⁽³⁾. La clasificación basada en la edad gestacional de la mujer/adolescente al buscar el servicio se determina en menor o mayor que 12 semanas. El método apropiado para efectuar la interrupción está relacionado a la edad gestacional, siendo la aspiración a vacío intrauterina el método de elección recomendado hasta 12 semanas, pudiendo también ser utilizada el legrado uterino es el aborto medicamentoso con misoprostol, consideradas opciones válidas y seguras para interrupción del embarazo, particularmente en el primer trimestre^(3,16,17). Para las gestaciones después de 12 semanas, el aborto medicamentoso constituye el método de elección^(3,16,17).

La tabla 2 apunta que seis de los procedimientos realizados (7,4%) discreparon de la Norma Técnica por utilizar métodos que se salían del protocolo para interrupción legal de la gestación. Esa situación necesita ser revisada por el equipo de salud para que los protocolos establecidos sean seguidos⁽³⁾.

El derecho a la interrupción de la gestación consecuyente de violencia sexual está previsto en ley⁽⁴⁾. La exigencia de la presentación del Boletín de Ocurrencia Policial o del Informe del IML para atención en los servicios de salud es incorrecta e ilegal⁽³⁾. Vale resaltar que el registro de la ocurrencia policial tiene como procedimiento-base la realización del informe del IML, lo que complementa la comprobación criminal. Sin embargo, los profesionales de salud aceptan y dan crédito al relato de la mujer sin efectuar juicio de valor ni cualquier inferencia a

una investigación: “*nuestro objetivo no es decir si es verdad o mentira*”⁽¹²⁾.39381715

El mayor número de realizaciones del **Boletín de Ocurrencia** fue efectuado por adolescentes, hecho que no coincide con los protocolos previstos para efectuar el aborto previsto en ley, con todo facilita la investigación criminal por medio de la utilización del DNA en el feto⁽¹⁸⁾.

La tabla 4 presenta datos relacionados al agresor. En 13 casos (16,1%) el autor pertenecía al círculo familiar y 44 (54,3%) mujeres/adolescentes mencionaron que el agresor no era conocido. Independientemente del actor que originó la violación, queda garantizado a la mujer/adolescente o a su representante legal el derecho de decidir sobre la realización o no del aborto previsto en ley. El desconocimiento sobre el autor de la violencia también prevalece en otros estudios divulgados, en los cuales el violador no era conocido por más de 50% de las mujeres/adolescentes^(2,4). En 14 casos (17,2%) no fue posible obtener esa información.

Con base en el perfil delineado en este estudio, se torna imperativo que haya despliegues por medio de otras investigaciones sobre el tema. Los datos apuntan para la necesidad de re direccionamiento de la gestión de ese servicio para revisión de políticas públicas con vistas a la modificación en el flujograma que permita el blindaje de las mujeres y adolescentes atendidas por el servicio.

CONCLUSIÓN

En el período de 2007 a 2013, fueron atendidas en el servicio 96 mujeres, siendo que 81 de ellas efectuaron la interrupción de la gestación, y entre esas 57 (70% aproximadamente) fueron comprobadamente víctimas de violencia sexual. Sin embargo, el número exacto de mujeres/adolescentes que sufren violencia sexual es

difícil de ser estimado, una vez que muchas de ellas no recurren a los servicios de salud o de seguridad pública por miedo o vergüenza y se tornan, así, vulnerables al embarazo indeseado, enfermedades de transmisión sexual y al virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA). Esas situaciones son prevenibles por medio de la anticoncepción de emergencia y de la profilaxis contra ETS y SIDA disponibles en la mayoría de los hospitales públicos del Distrito Federal.

Después de la interrupción gestacional, persiste resistencia por parte de la mujer/adolescente en cuanto al acompañamiento del equipo multidisciplinario, incluso en la presencia de las señales de depresión e ideación suicida que surgen con cierta frecuencia. Durante la realización de la búsqueda activa de esas pacientes por el equipo multidisciplinario, ellas alegan cuestiones religiosas para interrupción del acompañamiento, optando por el silencio y negación. Esa es una vulnerabilidad importante por parte del servicio y que merece atención para que pueda ser modificada.

La humanización del servicio aún presenta déficits importantes en lo que se refiere a las relaciones establecidas entre profesionales y usuarias, generando muchas veces relaciones asimétricas consecuentes de las desigualdades interdisciplinarias de género. Los profesionales se consideran técnicamente titulares del conocimiento y esperan que la mujer, concebida como objeto de la aplicación de ese saber, actúe de forma pasiva e inerte, enajenada, sin poder de elección. En ese contexto, se torna importante la revisión del proceso de gestión.

La realización de otras investigaciones referentes al perfil de mujeres y adolescentes que utilizan los servicios de interrupción legal de la gestación se hacen necesarias. La elaboración de procedimientos operacionales estándar (POE)⁽¹⁹⁾ es elemento importante para alcanzar mayor uniformidad en las acciones desarrolla-

das, mayor diligencia y calificación en cuanto al cuidado biopsicosocial de la mujer víctima de un tipo de violencia tan frecuente en nuestros días. Sin embargo, esas estrategias deben ser acompañadas de la reformulación de políticas públicas para prevención efectiva de la violencia sexual.

Estudios que aborden la eficacia y la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia en los servicios públicos son necesarios, pues el número de gestaciones aumentó, incluso en aquellas mujeres que utilizaron el tratamiento químico en tiempo hábil para su acción. Otros aspectos que carecen de estudio son aquellos relacionados al control das serologías para ETS y HIV de estas mujeres, conforme previsto en los protocolos. En ese contexto, existe un largo camino a ser recorrido.

CITAS

1. Rocha MIB, Barbosa R (Org.). Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo. Unicamp; 2009.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Magnitude do Aborto no Brasil. Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais. Abortamento Previsto em lei em situações de violência sexual. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Souza CM, Adesse L (org.). Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. 2005; 188p.
5. Drezett J, Pedroso D. Aborto e violência sexual. Cienc. Cult. [Internet]. 2012 June [cited 2013 Dec 09]; 64(2): 35-38. Available from: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000200015&lng=en.

6. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: [s.e.] 2012.
7. Camargo MG, Guilhem DB. Abortion procedures provided by law - repercussions for the health service: an exploratory study. Online braz j nurs [periodic online]. 2012 Oct [cited 2013 Dec 09]; 11 Suppl 1: 475-8. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3942>
8. Rodrigues TJH. Aborto e legislação comparada. Cienc. Cult. [Internet]. 2012 June [cited 2013 Dec 09]; 64(2): 40-44. Available from: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000200017&lng=en.
9. Aldana M, Winckler S. Direitos reprodutivos: debates e disputas sobre o direito ao aborto no contexto da redemocratização do Brasil. Revista Sequência [internet]. 2009 July [cited 2013 Dec 09]; 58: 167-183. Available from: <https://www.journal.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/2177-7055.2009v30n58p167/13611>
10. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.
11. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2. ed. Rio Grande do Sul: Universidade Feevale; 2013.
12. De Zordo S. Representations and experiences of obstetrician/gynecologists with legal and illegal abortion in two maternity-hospitals in Salvador da Bahia. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 July [cited 2013 Dec 09]; 17(7):1745-1754. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700013&lng=en.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção em Saúde. Diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
14. Santos BS, Antunes DD. Adult life, motivational processes and diversity. Educação [serial on the internet]; 2007 Jan/July [cited 2013 Dec 09]; 1(61), p. 149-164. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/544/380>

15. Anuário do Distrito Federal. Regiões Administrativas. 2012. Available from: <http://www.anuario-dodf.com.br/regioes-administrativas/>
16. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 466/2012 de 13 de Junho de 2012.
17. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. 2012.
18. Barbosa AH, Reggiane C, Drezett J, Neto JA. Abortamento legal – Guideline. Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. [s.d].
19. Barbosa CN, Mauro MFZ, Cristovão SAB, Mangione JA. The importance of standard operating procedures (SOPs) for clinical research centers. Rev Assoc Med Bras [serial on the internet]; 2011 [cited 2013 Dec 09]; 57(2):134-135. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n2/en_v57n2a07.pdf

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 19/12/2013

Revisado: 21/12/2014

Aprobado: 06/01/2015