

Os gritos dos não ditos: um panorama dos serviços a partir do conceito de justiça reprodutiva

The Cries of the Unspoken: An Overview of Services from the Perspective of Reproductive Justice

Los gritos de lo no dicho: un panorama de los servicios desde el concepto de justicia reproductiva

Keren Clementina Martins França
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
E-mail: kerenmartins223@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-882>

Paula Rita Bacellar Gonzaga
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
E-mail: paularitagonzaga@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7095-5345>

Lorena de Brito Marcelino Pereira
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
E-mail: lorenabrito501@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8305-527>

Resumo

Este trabalho se origina a partir das análises tecidas no projeto de pesquisa: “Psicologia e atenção humanizada ao abortamento no Brasil: uma proposta de ensino, pesquisa e extensão para fundamentar a atuação profissional no âmbito dos serviços de saúde sexual e reprodutiva” desenvolvido entre 2022 e 2024. Neste texto, nos debruçamos sobre os dados produzidos, objetivando discorrer sobre a dificuldade de contactar e acessar informações, de domínio público, com relação ao funcionamento dos serviços de aborto legal; analisar o que as respostas dadas pelos equipamentos nos informam sobre o público atendido, quem tem acesso a assistência no serviço, considerando as iniquidades estruturais que operam e interferem nos direitos e na saúde reprodutiva. Buscamos refletir sobre como o cenário atual no que tange à informação e às respostas dos serviços, aproxima ou distancia o Brasil de um compromisso com a justiça reprodutiva. A metodologia é centrada nas premissas das epistemologias feministas: reflexividade, posicionalidade e reconhecimento, tendo como ferramenta metodológica a interseccionalidade e a compreensão das injustiças estruturais que marcam a sociedade brasileira e, portanto, não podem ser deslocadas das discussões sobre sexualidade e reprodução. Os resultados apontam para iniquidades que entrelaçam raça, classe, territorialidade e gênero, na produção de significativas discrepâncias na oferta de serviços, na implementação dos mesmos e no compromisso — ou falta de — com a divulgação de informações sobre os serviços de aborto legal como política de promoção de saúde para vítimas de violência sexual. Concluímos que, no que tange ao aborto legal, a legislação vigente e as normas técnicas estão longe de serem materializadas como direitos de modo integral, universal e equitativo, como prevê o Sistema Único de Saúde, sendo

marcante o entrelaçamento entre as desigualdades estruturais e o acesso ou interdição aos serviços de aborto legal.

Palavras-chave: aborto legal; justiça reprodutiva; serviços de saúde; interseccionalidade; feminismo negro.

Abstract

This work originates from the analyses made in the research project: “Psychology and humanized care for abortion in Brazil: a proposal for teaching, research and extension to support professional practice in the context of sexual and reproductive health services” developed between 2022 and 2024. In this text, we focus on the data produced with the objective of discussing the difficulty of contacting and accessing public domain information regarding the functioning of legal abortion services; analyze what the responses given by the facilities tell us about the majority of the public served, who has access to assistance in the service, considering the structural inequities that operate and interfere in reproductive rights and health; finally, in this article, we seek to reflect on how the current scenario regarding information and responses from services, brings Brazil closer to or further away from a commitment to reproductive justice. The methodology is centered on the premises of feminist epistemology: reflexivity, positionality and recognition, using intersectionality and the understanding of structural injustices that mark Brazilian society as a methodological tool and, therefore, cannot be displaced from discussions on sexuality and reproduction. The results point to inequities that intertwine race, class, territoriality and gender, producing significant discrepancies in the provision of services, their implementation and the commitment - or lack thereof - to the dissemination of information about legal abortion services as a health promotion policy for victims of sexual violence. We conclude that, with regard to legal abortion, the current legislation and technical standards are far from being materialized as rights in a comprehensive, universal and equitable manner as provided for by the Unified Health System, with the intertwining of structural inequalities and access to or prohibition of legal abortion services being striking.

Keywords: legal abortion; reproductive justice; health services; intersectionality; black feminism.

Resumen

Este artículo se deriva de los análisis desarrollados en el marco del proyecto de investigación “Psicología y atención humanizada al aborto en Brasil: una propuesta de enseñanza, investigación y extensión para fundamentar la actuación profesional en los servicios de salud sexual y reproductiva”, llevado a cabo entre 2022 y 2024. El estudio se centra en la dificultad de acceder a informaciones de dominio público respecto al funcionamiento de los servicios de aborto legal en Brasil, así como en el análisis de las respuestas institucionales emitidas por los dispositivos de salud. Se busca comprender quiénes son los sujetos mayoritariamente atendidos por estos servicios y de qué manera las desigualdades estructurales — como la raza, la clase social, el género y la territorialidad — inciden en el acceso a la salud y en la garantía de los derechos reproductivos. La metodología se basa en postulados de las epistemologías feministas, destacando la reflexividad, la posicionalidad y el reconocimiento, con la interseccionalidad como herramienta metodológica clave para el análisis de las injusticias estructurales que atraviesan la sociedad brasileña. Los resultados señalan la existencia de profundas inequidades en la oferta y la implementación de los servicios de aborto legal, así como en la difusión de información como política de promoción de la salud para las víctimas de violencia sexual. Se concluye que, en lo que respecta al aborto legal, la legislación vigente y las normativas técnicas aún distan de materializarse como derechos efectivos, universales y equitativos, tal como lo prevé el Sistema Único de Salud (SUS),

evidenciando un entrelazamiento persistente entre las desigualdades sociales y el acceso — o la restricción — a los servicios de interrupción legal del embarazo.

Palabras clave: aborto legal; justicia reproductiva; servicios de salud; interseccionalidad; feminismo negro.

1. Introdução

A maternidade ocupou diversas funções e posições na organização das sociedades ao longo da história. Com as invasões coloniais, o modelo marianista de subjugação das mulheres pelo exercício do cuidado maternal foi imposto nos países de Abya Yala, sendo organizado pelo sistema de gênero moderno/colonial (Lugones, 2008) a partir da hierarquização racial das fêmeas. Sendo assim, as mulheres que aqui habitavam e aquelas que foram sequestradas do continente africano, tiveram seus corpos despojados de autonomia por serem considerados corpos animalizados, bestiais, sobretudo no âmbito da sexualidade e da reprodução, submetidas ao controle racista patriarcal. O patriarcado violenta e oprime os corpos lidos como femininos de formas que perpassam um controle físico, subjetivo e discursivo (Coêlho, 2024; De Souza, 2023; Zanghelini, 2020; Gonzaga, 2015). Essas práticas de controle discursivo constroem as mulheres como propriedades para fins econômicos e produtivos do homem ou do Estado. Segundo essa lógica, seu corpo deve servir aos interesses de criar descendentes e mão de obra ou “o futuro de uma nação”, por meio da maternidade e do cuidado no âmbito doméstico (Zanghelini, 2020; Akotirene, 2019; Gonzaga, 2015).

Assim, há historicamente um apagamento e marginalização das mulheres no que tange sua participação política, científica ou ligada à vida pública, o que reflete sua própria marginalização social, ao ser delegada apenas ao âmbito privado (Zanghelini, 2020; Gonzaga, 2015). De acordo com Gonzaga (2015), desde a antiguidade até a contemporaneidade há a presença marcante de práticas discursivas que colocam as mulheres nessa condição de reprodução e de um corpo que deve ser controlado. A criminalização e proibição do aborto reflete esse domínio, pois o aborto dentro dessa lógica representaria uma desobediência feminina, e a possibilidade de a mulher agir e decidir sobre seu próprio corpo. Ao longo desse processo histórico, a maternidade

era o único caminho a ser vivenciado de uma única forma possível para as mulheres brancas, seguindo os moldes do cristianismo de cuidado no seio da família nuclear cisheterossexual.

O que escapa desse modelo é alvo das iniciativas de domínio e controle do sistema de gênero moderno colonial, mais especificamente do lado escuro/oculto, que Lugones (2008) descreve como a manifestação violenta, cruel e aniquiladora dos modos de viver das mulheres de cor na América Latina. Isso pode ser exemplificado pela imposição para que indígenas que vivenciavam uma relação com o materno de uma forma mais coletiva fossem forçadas a incorporar essas regras de concepção de um modelo familiar hegemônico e, portanto, uma forma única de maternidade. Quando essa incorporação não era executada o que se dava era a retirada de crianças indígenas dos seus núcleos originários para catequização e assimilação. Enquanto isso, as mulheres negras, que sequer carregavam o status de mulher, tinham sua maternidade roubada: seu papel na sociedade colonial era de reprodução como procriação para reprodução da escravidão, pela via da violência sexual (Davis, 2016), cenário sistematicamente violento que muitas vezes culminou na decisão pelo aborto e/ou pelo infanticídio, visando poupar sua descendência dos horrores da escravidão (Queiroga, 1988).

O antagonismo produzido entre os ideais de mãe e da mulher que aborta é fomentado pela lógica de monoculturas, apresentada pela intelectual Geni Nuñez (2022). Nuñez verifica nesse discurso o binarismo colonial e a imposição de uma única maneira de ser mulher, atrelada à anulação de seu ser em prol da maternidade e da família. Na América Latina, e sobretudo no Brasil, a construção do que é ser mulher se complexifica a partir de outras estruturas de poder e de dominação provenientes da colonização, assim tanto a terra quanto as mulheres passam a ser alvo de invasão e exploração colonial. O gênero, nesse sentido, consiste numa categoria fundamental, mas insuficiente, para analisar as desigualdades que afetam mulheres latino-americanas (Akotirene, 2019; Lugones, 2008).

Apostamos na potência da interseccionalidade, ferramenta metodológica produzida a partir das interpelações de intelectuais negras, como recurso de sensibilidade analítica fundamental para compreender os meandros das violações dos

direitos sexuais e dos direitos reprodutivos na América Latina. A interseccionalidade “visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcais” (Akotirene, 2019, p. 19). Segundo Kimberlé Crenshaw (2002) interseccionalidade é mais que a somatória de opressões, é algo que permite observar como as colisões e interações entre identidades produzem diversas violências e a invisibilização de alguns corpos. A exemplo das mulheres negras, que estão em uma posição de vivenciar o racismo no movimento feminista e o machismo no movimento negro, evidenciando que racismo e sexismo são estruturas inseparáveis de dominação (Coêlho, 2024; Akotirene, 2019; Góes, 2018; Grosfoguel, 2016). Desse modo, segundo Akotirene (2019) não há hierarquia ou somatória de opressões, mas sim uma análise das condições estruturais que atravessam as corporalidades e os posicionamentos que compõem seus significados subjetivos.

Frente a essas violências, mulheres negras sempre estiveram organizando e criando formas diversas de resistência e existência (Gonzaga, 2019; Werneck, 2005), inclusive intelectualmente. É nesse bojo que intelectuais feministas negras cunharam o conceito de justiça reprodutiva, que nos permite ter em vista um horizonte de romper com esses ciclos de violências e desumanizações impostas aos corpos de pessoas que gestam. Logo, a justiça reprodutiva está intrinsecamente ligada à interseccionalidade, pois “raça, racismo e gênero foram igualmente importantes para a eugenia” (Góes, 2018, p. 29). Sendo designado a mulher o papel social reprodutivo, a biopolítica opera-se pelo controle desses corpos para regular processos biológicos como fecundidade, nascimentos ou mortalidade. A eugenia, nesse sentido, está ligada a um controle da identidade racial que atua impondo a maternidade compulsória às mulheres brancas e a esterilização forçada às mulheres negras e empobrecidas (Zanghelini 2020; Góes, 2018; Gonzaga, 2015).

A justiça reprodutiva, a partir do reconhecimento do contexto histórico estruturalmente desigual, visa ampliar a luta pelos direitos sexuais e direitos reprodutivos, e implica na responsabilização do Estado e da sociedade na garantia de direitos básicos fundamentais para se pensar a consolidação da liberdade reprodutiva. Para isso, aponta a necessidade de se defender: o direito de escolher em quais

condições ter filhos/as, no âmbito do planejamento reprodutivo; o direito de não ter filhos/as; e por fim o direito de poder criar a prole em um ambiente seguro e saudável, sem sofrer qualquer tipo de violência (Ross, 2017). Esse conceito surge em uma conferência “pró-escolha” em Chicago, em 1994, por mulheres negras estadunidenses que retornam da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, no Cairo, conscientes que as pautas levantadas por feministas brancas não as representavam, principalmente com relação à luta pelo direito ao aborto (Zanghelini, 2020). A partir dessa crítica, evidenciou-se que a luta do movimento feminista branco era feita apartada de outros movimentos de justiça social, sem considerar o caráter basilar das lutas contra o racismo, o capitalismo, o imperialismo, pela causa de pessoas com deficiência ou imigrantes que consequentemente afetam a autonomia reprodutiva e o exercício da maternagem (Gimenes, 2024; Zanghelini, 2020). Dessa forma, a justiça reprodutiva surge para evidenciar que sem justiça social não há direitos reprodutivos garantidos.

Esse conceito é importante para pensar nos direitos reprodutivos na América Latina, uma região organizada a partir da injustiça estrutural, da perda da soberania nacional e das guerras e quase guerras como os genocídios perpetrados pelo colonialismo, pelo imperialismo e por ditaduras (Lacerda, 2013). É uma região em que a igreja católica, e no Brasil a protestante, tem intensa participação política, mesmo em Estados autodenominados laicos (Corrêa e Kalil, 2020). Rudas (2022) propõe pensar a laicidade no contexto dos territórios de Abya Yala não como um pluralismo que entende a multiplicidade de crenças e moralidades, para além da cristã, mas sim, sob a ótica de como alguns grupos detêm um poder excessivo que pode ditar sobre os direitos de outros. Logo, esse poder direcionado aos direitos reprodutivos é muito marcante na América Latina, sendo essa uma região cujos governos apresentam muita proximidade ideológica com a igreja (Gonzaga, 2015), e concomitantemente a região do mundo com mais leis restritivas com relação ao aborto e com maior número de abortos inseguros realizados (Netto et al., 2021; Galli, 2020). Atualmente, a interrupção gestacional é totalmente criminalizada em El Salvador, Honduras, Nicarágua, Jamaica, Suriname, Haiti e República Dominicana. Há legislações favoráveis na Argentina, Colômbia, Cuba, Guianas, México e Uruguai, enquanto o

restante dos países possui restrições “parciais” (Center for Reproductive Rights, 2025; Galli, 2020; Aguiar et al., 2018; Ramos, 2016).

No Brasil, o aborto é criminalizado sob jurisdição do Código Penal de 1940, sendo permitido apenas em caso de gravidez decorrente de violência sexual ou quando representa risco de vida à mulher. Mais recentemente, passou a ser permitido também em caso de anencefalia fetal, segundo a ADPF 54 (Brasil, 2012). Essa legislação vigente no que diz respeito à interrupção gestacional é uma violação de direitos das pessoas que gestam. O Brasil é signatário dos documentos da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de Cairo (1994), da Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing (1995), da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos de Viena (1993), da Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1979), e da Convenção interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (OEA, 1994). Essas conferências e tratados internacionais de direitos humanos reconhecem a saúde sexual e a saúde reprodutiva como um direito para todas as pessoas, livre de coerção, discriminação ou violência, chamam atenção para os impactos do aborto inseguro e colocam-no enquanto um problema de saúde pública, convocando seus signatários a agir pela garantia desses direitos e a trabalhar para reduzir as interrupções gestacionais que ocorrem de forma insegura. Ademais, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2024) reconhece o abortamento inseguro como uma das maiores causas de mortalidade materna no mundo e, conseqüentemente, um grave problema de saúde pública. Por isso, orienta que leis mais restritivas e a ilegalidade aumentam a ocorrência de abortos inseguros e conseqüente risco de morte, o que se intensifica considerando as desigualdades sociais que inviabilizam acesso aos cuidados em saúde.

Ademais, considerando a construção histórica do Brasil, é possível afirmar que as desigualdades e injustiças sociais estruturais do país também vão influenciar no acesso e na assistência à saúde das pessoas, a depender de raça, classe, escolaridade e território (Góes, 2020; Martins e Barros, 2016; Bairros, 2008). Dado esse contexto de iniquidades, a justiça reprodutiva nos interpela a pensar raça e classe de forma central nas políticas de saúde (Bairros, 2008). Sobre tudo na política

de saúde da mulher, a qual apaga o racismo institucional vivenciado por mulheres negras usuárias dos serviços, que vivenciam de modo agudo experiências de violência obstétrica (Coêlho, 2024; Góes, 2018; Martins e Barros, 2016). Paralelamente, também são as mulheres negras as mais acometidas pela violência sexual, sendo 52,2% das vítimas, segundo Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2024).

Diante desse cenário, o presente artigo visa analisar a qualidade das respostas e das informações prestadas pelos serviços de interrupção gestacional nos casos previstos em lei nacionalmente. As reflexões tecidas nesse texto foram produzidas no âmbito da pesquisa *Psicologia e atenção humanizada ao abortamento no Brasil: uma proposta de ensino, pesquisa e extensão para fundamentar a atuação profissional no âmbito dos serviços de saúde sexual e reprodutiva*. Projeto este que só foi possível ser realizado devido ao apoio da Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (PRPQ) e pelo financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (Fapemig). A partir disso, os objetivos são discorrer sobre a dificuldade de contactar e acessar informações de domínio público com relação ao funcionamento dos serviços de aborto legal; analisar o que as respostas dadas pelos equipamentos nos indicam sobre qual é o público majoritariamente atendido e quem tem acesso à assistência no serviço, considerando as iniquidades estruturais que operam e interferem nos direitos e na saúde reprodutiva. Por fim, neste artigo, buscamos refletir sobre como o cenário atual, no que tange à informação e às respostas dos serviços, aproxima ou distancia o Brasil de um compromisso com a justiça reprodutiva. Assim, considerando prática discursiva como forma de expressão de poder (Gonzaga, 2015), o que a ausência de produção de discurso sobre o aborto legal pode nos dizer?

2. Metodologia

A metodologia que apoia a pesquisa, e consequentemente este artigo, está baseada no feminismo negro e nas teorias decoloniais (Collins, 2016; Lugones, 2008). Isso implica partir do reconhecimento que toda prática de pesquisa é localizada,

provisória e política, como definem as epistemologias feministas (Harding, 1998; Haraway, 1995). Para tanto, é fundamental explicitar que a ciência é um campo de poder, no qual uma suposta neutralidade, na verdade, está a cargo de produzir um conhecimento ideologizante, que não consegue fugir dos perigos de uma histórica única, ao abordar um único ponto de vista como ponto de vista universal (Curiel, 2020; Lacerda, 2013; Adichie, 2009; Haraway, 1995). Nesse ínterim, evocamos a reflexibilidade como instrumento ético-político que orienta para uma objetividade que evidencia a escolha intencional dos problemas de pesquisa, lentes e aportes teóricos, que se encontram no escopo das questões de gênero e sua interface com a justiça social, que considera raça, classe e territórios de modo indissociável (Curiel, 2020; Adrião & Fine, 2015; Harding, 1998; Haraway, 1995).

Nesse sentido, a interseccionalidade se consolida como uma ferramenta analítica e metodológica preciosa para as análises que tecemos sobre justiça reprodutiva no Brasil. Produzida a partir das elaborações teóricas de intelectuais negras, a interseccionalidade nos possibilita perceber como “ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento” (Crenshaw, 2002, p. 177). Tendo em vista a discussão sobre a situação do aborto legal no Brasil, a interseccionalidade e a justiça reprodutiva nos capacitam a ler como raça, classe, gênero e território se inter cruzam como elementos para operacionalizar iniquidades e barreiras à garantia do direito à interrupção gestacional. Assim, essa contribuição do feminismo negro e decolonial, mais do que uma epistemologia, estabelece um horizonte ético-político, revelando quem faz, de onde faz e diante de quais problemas (Gonzaga, 2022; Mayorga, 2014).

Explicitados os princípios epistemológicos, o percurso metodológico da pesquisa foi dividido em três etapas. Primeiramente foi realizada uma busca no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para sistematizar os serviços listados como referência para interrupção gestacional nos casos previstos em lei no Brasil, agrupando-os por região (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste). Em seguida, após identificar os serviços, passamos à busca pelos meios de contato (números de telefone e endereço de e-mail) disponibilizados em sites oficiais das

secretarias de saúde (municipais e estaduais), do Ministério da Saúde e das próprias unidades. Na segunda fase da pesquisa, entramos em contato com todos os telefones disponibilizados, mapeando se os números disponíveis para a população estavam operantes e quais respostas seriam ofertadas a partir desses telefonemas sobre os serviços de aborto legal. Os resultados dessa etapa podem ser acessados em artigos publicados em periódicos nacionais (Valente et al.; França et al., 2024). A terceira etapa, cujos resultados servem como base para este artigo, consistiu no envio de ofícios para os endereços eletrônicos institucionais dos serviços listados anteriormente. Essa etapa teve duração aproximada de nove meses, iniciando no dia 18 de março de 2024 e finalizando no dia 14 de dezembro de 2024. Os ofícios apresentavam o projeto, os objetivos, a vinculação institucional e eram assinados individualmente pela professora coordenadora da pesquisa. Após esse campo introdutório, seguiam-se perguntas elaboradas pela equipe e que eram o motivo do contato com os serviços. Essas perguntas encontram-se descritas abaixo:

1. Quantos profissionais trabalham no serviço de abortamento previsto em lei?
2. Como é a composição da equipe que trabalha no serviço de aborto legal (número de trabalhadores e categorias profissionais)?
3. O serviço tem algum horário e dia específico para a realização do procedimento de abortamento? Se sim, qual(is) é(são) esse(s) dia(s) e horário(s)?
4. O serviço exige algum documento, exame ou atestado para realizar o abortamento nos casos previstos em lei? Quais são esses critérios?
5. Qual(is) é(são) o(s) método(s) de interrupção gestacional disponível(is) no serviço?
6. Esse serviço tem sido acessado por pessoas oriundas de quais regiões do estado principalmente? (considerando a capital, região metropolitana e cidades do interior)
7. Existe algum critério para ser atendido pelo serviço de apoio a vítimas de violência sexual desse equipamento? Quais públicos podem acessar o serviço? (gênero, faixa etária, territorialidade)
8. Como vocês identificam a prevalência do público atendido por esse serviço nos casos de abortamento previsto em lei em aspectos sociodemográficos como faixa etária, gênero, raça, perfil socioeconômico, escolaridade, territorialidade

(se vem da cidade onde o serviço está localizado, ou se essas pessoas vêm de lugares mais distantes do Estado).

Essas questões foram definidas a partir do que se observou nos meses iniciais da pesquisa, ao analisarmos lacunas apontadas na literatura (Dias et. al. 2022; Moreira et. al. 2020; Gonzaga et al., 2019; Silva et. al. 2019b) e o que estava previsto nas normas técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012; 2011). Desse modo, as perguntas tinham como objetivo possibilitar conhecer o funcionamento dos serviços para além do que está disposto e normatizado nos documentos oficiais, ao mesmo tempo que se pautam no entendimento de que essas são informações de interesse público.

Ambas as etapas de contato, foram ancoradas pela Lei de Acesso à Informação, (Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011), que prevê, garante e regulamenta o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações pública, e pela Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016, que traz normas aplicáveis que orientam pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, e que, em seu Artigo 1º, estabelece que não é necessária a exigência de registro ou avaliação pelos Comitês de Ética em Pesquisa e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, qualquer pesquisa que utilize informações de domínio e acesso público (Brasil, 2016). Ressaltamos que essas perguntas foram elaboradas a partir da literatura que discute sobre elementos que dificultam o acesso das usuárias ao serviço de interrupção gestacional, assim como para compreender melhor o perfil territorial, racial, socioeconômico das que têm conseguido acessá-lo, e o que isso diz sobre vulnerabilidades no acesso a esse direito (Coêlho, 2024; Jacobs & Boing, 2022a; Ruschel et al., 2022; Branco et al., 2020; Góes, 2020; Moreira et al., 2020; Mudjalieb, 2020; Silva et al., 2021; Martins & Barros, 2016; Gonzaga, 2015; Oliveira et al., 2005).

3. Resultados e análises

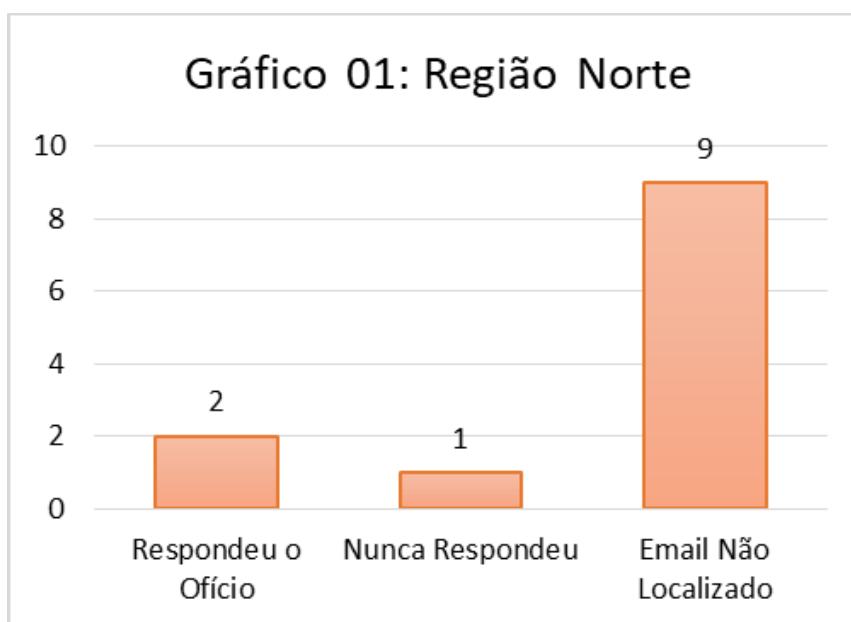
3.1 Os gritos dos não-ditos

Dos 125 serviços listados no CNES, 53 foram impossíveis de contactar, seja porque não foi possível localizar o e-mail, ou este estava incorreto, não existia, ou estava bloqueado. Dentre os serviços que tinham endereço de e-mail ativo e público, 37 foram contactados reiteradas vezes ao longo dos meses de março a dezembro de 2024, mas não responderam. Assim, apenas 35 serviços foram contactados com sucesso e responderam ao nosso e-mail. Dentre esses, sistematizamos as respostas nas seguintes categorias: os que não realizam o procedimento, os que retornaram o e-mail com exigências para responder às questões, os que declararam que não iriam participar e os que responderam ao ofício com as informações completas, sendo essa última categoria composta por apenas 19 serviços. Ou seja, obtivemos respostas aos ofícios de apenas 15,2% dos equipamentos cadastrados no CNES e, com a maior parte dos serviços (42,4%), não foi nem ao menos possível entrar em contato. Isso revela um distanciamento e uma ausência de comunicação não apenas entre os serviços de saúde e a academia, mas com a população como um todo.

Essa barreira de comunicação se coloca como uma política de desinformação, na qual o acesso às informações com relação ao procedimento é impedido por não haver canais de contato habilitados para interagir com serviços que deveriam, entre outras funções, orientar sobre a possibilidade de aborto em caso de violência sexual. Essa política de desinformação afeta tanto a produção de pesquisas quanto as usuárias, que muitas vezes nem sabem da existência desses serviços para efetivar seus direitos, e, por vezes, ocorre intencionalmente para impedi-las de realizar o procedimento dado uma criminalização moral e religiosa do aborto no Brasil (Ruschel et al., 2022; Branco et al., 2020; Moreira et al., 2020; Silva et al., 2021).

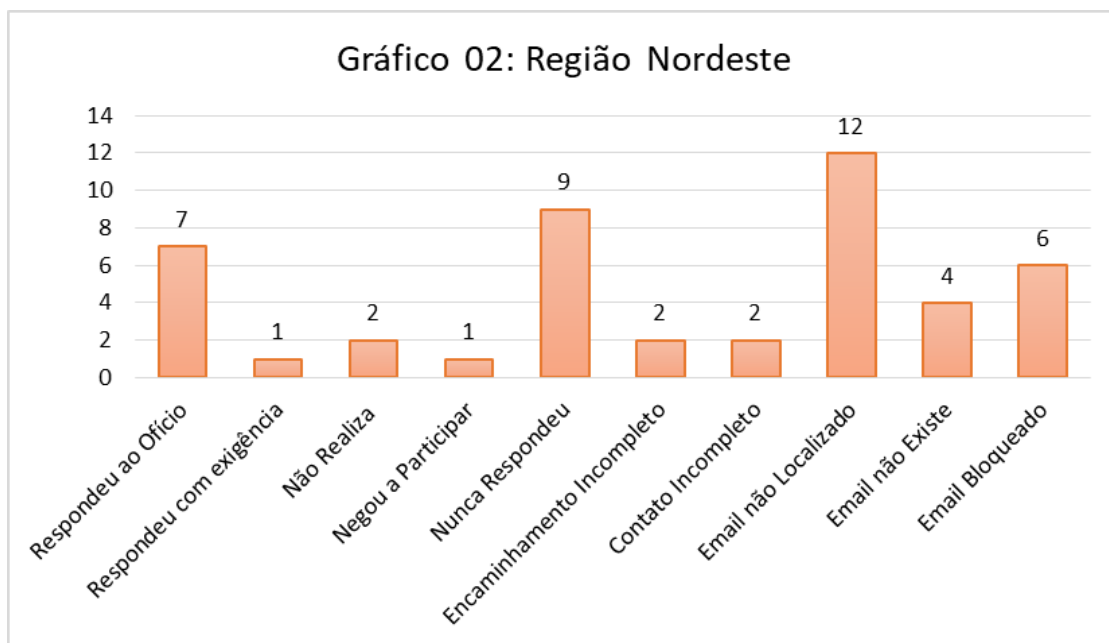
Outro ponto interessante são as discrepâncias entre as regiões, que podem demonstrar iniquidades regionais, no que tange à presença dos serviços nos territórios, bem como ao funcionamento da comunicação desses equipamentos com o público. Na região Norte, de doze serviços listados, apenas dois responderam aos ofícios, um não respondeu ao contato e não foram localizados os endereços eletrônicos de nove equipamentos. A média de tentativas de contatos na região foi de dez e-mails reencaminhados, entre o período de outubro e dezembro de 2024, como demonstrado no gráfico 01.

Gráfico 01: Devolutiva dos serviços acerca do contato por e-mail da região Norte (autoria própria, 2025)



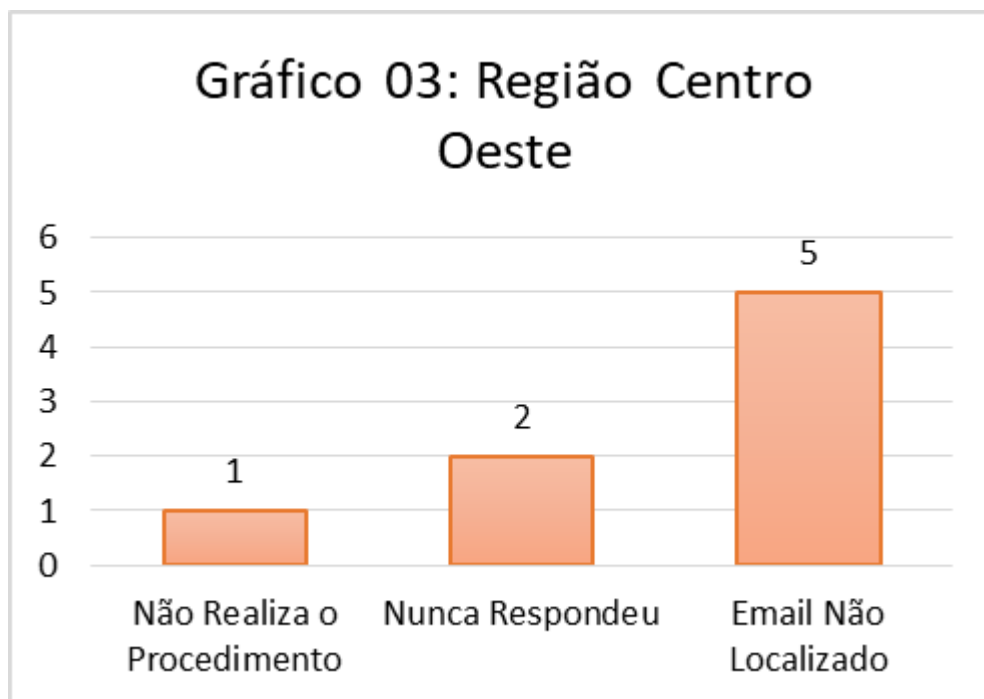
Na região Nordeste, dos 46 serviços listados apenas sete responderam aos ofícios. Quatro responderam aos e-mails, sendo que um indicou que não iria participar, dois indicaram que não realizavam o procedimento e um respondeu solicitando mais informações para responder. Enquanto 13 serviços não responderam ao contato realizado por e-mail, 22 não foi possível contactar, sendo que, desses, 12 endereços de e-mail não foram localizados, seis por constarem como “bloqueados” e quatro por estarem listados como “inexistente”. A média de tentativa de contatos nessa região foi de seis e-mails reencaminhados de março até dezembro de 2024, conforme o Gráfico 02.

Gráfico 02: Devolutiva dos serviços acerca do contato por e-mail da região Nordeste (autoria própria, 2025)



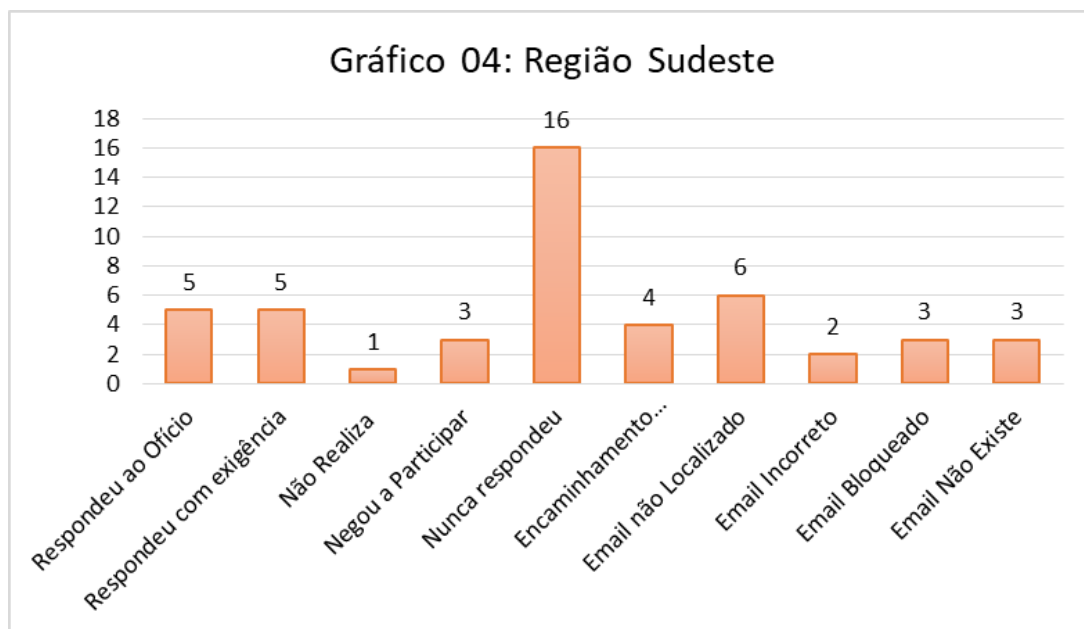
Na região Centro-Oeste, dos oito serviços listados nenhum respondeu ao ofício. Apenas um respondeu ao e-mail, afirmando não realizar o procedimento. Ao passo que dois não responderam ao contato e cinco endereços eletrônicos não foram localizados e, portanto, seguiram sem contato. A média de tentativas de contatos na região foi de nove e-mails reencaminhados, de abril até dezembro de 2024. Como podemos ver no Gráfico 03.

Gráfico 03: Devolutiva dos serviços acerca do contato por e-mail da região Centro-Oeste (autoria própria, 2025)



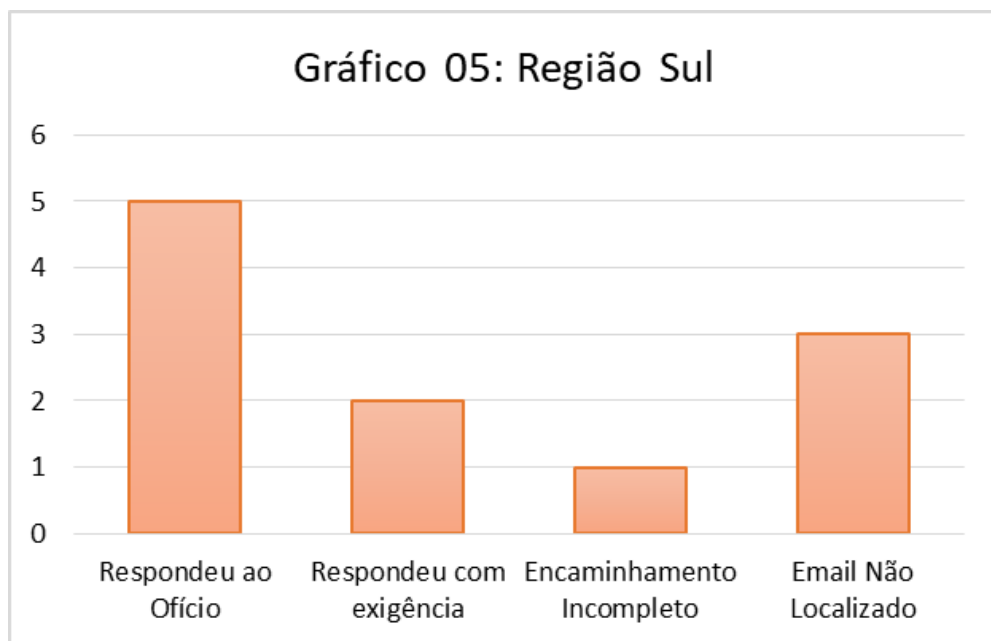
Na região Sudeste, dos 48 serviços listados, apenas cinco responderam aos ofícios. Já nove responderam aos e-mails, sendo que destas respostas, três se negaram a participar, uma relatou que não realizava o procedimento, e cinco demandaram outras exigências para o repasse de informações. Já 20 serviços não responderam ao contato, e 14 serviços não foram possíveis de contactar: seis deles devido à localização dos e-mails eletrônicos, dois por estarem incorretos, três por se encontrarem “bloqueados” e outros três por não existirem. A média de tentativas de contatos na região Centro-Oeste foi de cinco e-mails reencaminhados (Gráfico 04).

Gráfico 04: Devolutiva dos serviços acerca do contato por e-mail da região Sudeste (autoria própria, 2025)



Na região Sul, destaca-se que de 11 serviços listados cinco responderam aos ofícios, dois respondem ao e-mail solicitando mais informações para a resposta. Enquanto um não respondeu ao contato, três não foram contactados, devido aos e-mails não terem sido localizados. A média de tentativas de contatos na região foi de três e-mails reencaminhados de outubro até dezembro de 2024. Como pode ser observado no gráfico abaixo:

Gráfico 05: Devolutiva dos serviços acerca do contato por e-mail da região Sul (autoria própria, 2025)



Esses números são demonstrativos de uma intensa burocratização do acesso a informações que são de ordem pública e que, portanto, devem ser de acesso a todas as cidadãs que necessitem. No decorrer desse processo, oito serviços solicitaram exigências, dentre elas envio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), parecer de Comitês de Ética em Pesquisa ou Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e em outros casos submissão da pesquisa em plataformas próprias das unidades de saúde, exigindo diversos outros tipos de identificação. Nesses últimos casos, o tempo de espera para uma resposta às informações solicitadas em ofício poderia ultrapassar o prazo disposto para o fechamento da pesquisa, ocorrendo nesse processo muitos encaminhamentos e reencaminhamentos entre outros endereços eletrônicos ou plataformas. Esse intenso procedimentalismo indica mais uma inacessibilidade às informações, demonstrando a dificuldade de realização da pesquisa e mais uma face da política de interdição acerca da interrupção gestacional legal. Nos encontrávamos em consonância com o artigo 1º da Resolução nº 510 de 2016 e com a Lei nº 12.527 de 2011, já que a pesquisa não exigia informações de

cunho pessoal direcionado a um indivíduo ou grupo, apenas objetivava uma melhor compreensão da organização dos serviços, a partir de dados de domínio público, prescindindo de TCLE ou de CEP. Isso foi explicado em e-mails enviados para os serviços que fizeram exigências, mas não obtivemos sucesso na tentativa de diálogo.

A partir desse cenário, fica evidente que embora as políticas de acesso à comunicação e à informação em saúde reprodutiva no Brasil sejam sucateadas, esse sucateamento não atinge da mesma forma os distintos territórios que compõem nosso país (França et al., 2024). A região Sul, por exemplo, se destaca das demais tanto pela facilidade de se contactar, necessitando em média três reenvios do ofício para obtenção de resposta, tanto por ser a região com mais respostas em relação às demais, o que se verificou também na etapa inicial da pesquisa com os contatos telefônicos (França et al., 2024). O Sul é a região com maior parte da população branca do Brasil, tendo também bons indicadores de escolaridade. Essas relações não devem ser vistas como naturais, mas sim como fruto de uma construção histórica que coloca esse território em condição privilegiada em detrimento das demais.

4. O que dizem os serviços de aborto legal?

A partir das respostas aos ofícios por dois serviços localizados na região Norte, sete na região Nordeste, cinco na região Sul e cinco na Sudeste, foram analisados alguns aspectos que permitem refletir sobre o acesso a esses serviços, de acordo com a Norma Técnica de Prevenção dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (2012) e da Norma Técnica de atenção humanizada ao abortamento (2011).

Com relação à composição da equipe, todos responderam que há a participação de equipe multidisciplinar, com profissionais da medicina, enfermagem, psicologia e assistência social prestando a assistência o acolhimento, em consonância com as normas técnicas. É fundamental garantir a atuação transversal desses profissionais devido ao caráter biopsicossocial que perpassa o processo de interrupção gestacional, sendo importante assistir tanto a saúde física, como a saúde mental, haja vista que os processos de penalização moral do aborto implicam em itinerários

abortivos carregados de sentimentos ambíguos, mesmo quando se trata de casos previstos em lei (Gonzaga et al., 2019).

Chama a atenção que quatro serviços — três no Nordeste e um no Sudeste — explicitam não possuir uma equipe específica para tratar dos casos de aborto previsto em lei, enquanto apenas um serviço, no Sudeste, relata capacitar seus profissionais para esse trabalho. Esses aspectos podem ser problematizados para pensar qual é a qualidade da assistência oferecida às usuárias, visto que uma equipe não capacitada para identificar e acolher casos de violência sexual intensifica a possibilidade de ocorrência de violência obstétrica, atitudes de suspeição diante dos relatos e de revitimização das usuárias que procuram os serviços (Dias et al., 2022; Gonzaga, 2022; Branco et al., 2020; Mudjalieb, 2020; Moreira et al., 2020).

Coadunamos com Froes e Batista (2021) na compreensão de que não basta ser profissional da saúde para saber tratar da saúde reprodutiva, principalmente com relação ao aborto, já que na própria formação de estudantes de medicina o assunto não recebe ênfase significativa, o que também é uma realidade nos cursos de psicologia (Gonzaga, 2022; CFP, 2021). Isso se intensifica quando observamos que não há somente a negação do procedimento de interrupção gestacional, mas também a de uma assistência adequada, bem como da oferta de profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis nos casos de violência sexual (Branco et. al., 2020; Brasil, 2012). Nesse sentido, a capacitação da equipe deve ser algo contínuo, que possibilite desconstruir e desmistificar elementos estigmatizantes, oferecendo informações e um serviço que considere a produção de autonomia da usuária, para que esta tenha acesso a um aborto seguro (Mudjalieb, 2020).

Com relação aos horários específicos para a realização do procedimento, é algo que varia muito entre os equipamentos de saúde investigados. Ao todo, 11 serviços afirmam atender 24 horas por dia, dois apenas em horário comercial, um apenas em um turno nos dias úteis, três funcionam em apenas um dia da semana, um não respondeu e um não respondeu com precisão dizendo que não há um dia específico e depende da demanda. Um equipamento da região Sul estabelece um dia específico para vítimas de violência sexual e outros turnos para os demais casos previstos em lei.

A partir dessas respostas, observa-se a falta de uma padronização no que diz respeito ao acolhimento inicial dos casos de interrupção gestacional previstos em lei. Considerando o que descreve a portaria nº 485/2014 do Ministério da Saúde, no artigo 5º que orienta sobre o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito SUS em turnos de 24 horas do dia e sete dias da semana, a maior parte dos serviços segue essa recomendação. Os serviços com portas abertas em horários mais ampliados e flexíveis possibilitam um melhor acesso para mulheres de classe popular, que possuem vínculos instáveis de trabalho ou são autônomas, em contrapartida aos com horários muito específicos que podem constituir uma barreira de acesso (Góes et al., 2020; Moreira et al., 2020).

Ademais, um serviço na região Sul chama a atenção ao justificar por que não tem restrição de horários, afirmando que “não há dia nem horário específico para a realização dos procedimentos. Priorizamos reduzir o tempo de permanência no serviço para minimizar a exposição e potencializar o acolhimento” (Hospital, SC). O serviço em questão demonstra um aspecto de humanização, pois entende que quanto mais morosidade tem esse processo, maior a possibilidade de revitimização e de intensificação de sofrimento psicossocial (Rushel et al., 2022). Isso se agrava considerando a demarcação racial, como vemos com Góes e colaboradoras (2020), uma vez que as mulheres pretas e pardas são as que mais sofrem com esses horários restritos e longos períodos de permanência nos hospitais, pois além do sofrimento do trauma e das violências institucionais, são as que mais relatam não acessar os serviços por não poderem faltar do trabalho.

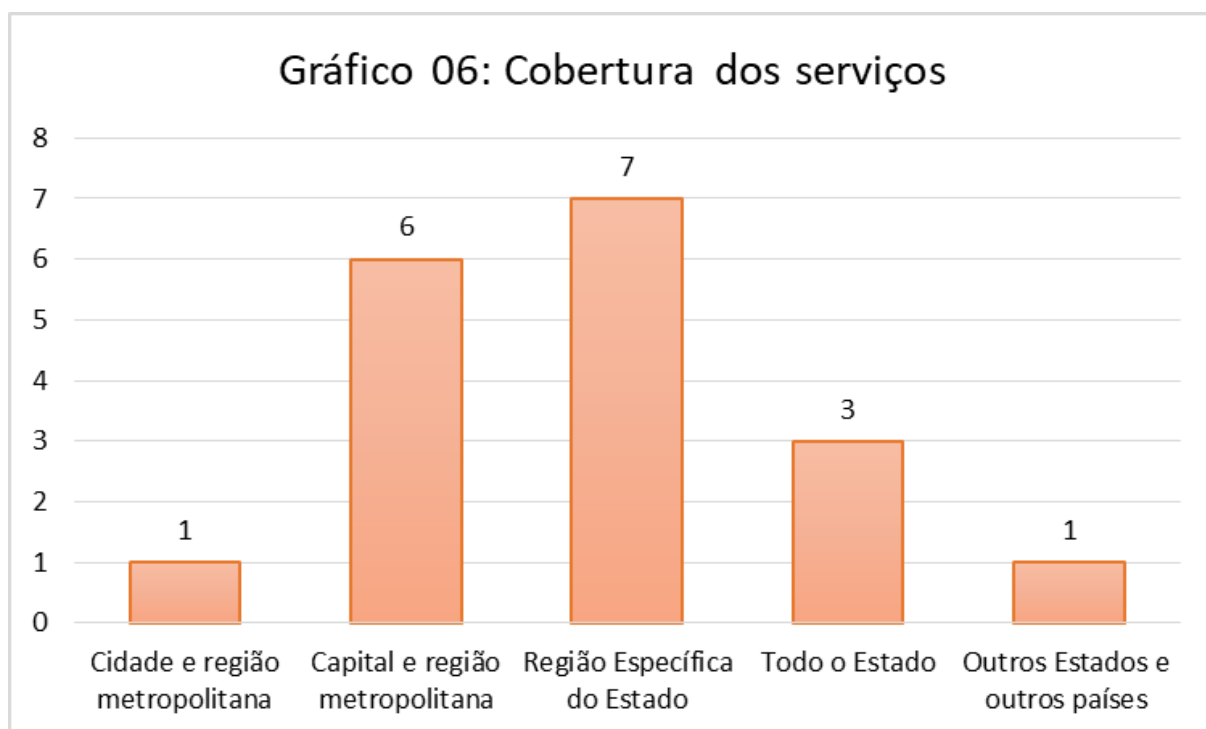
Com relação aos critérios exigidos para a realização do procedimento, embora nenhum serviço tenha demonstrado uma posição contrária ao que preconizam as normas técnicas, o que chama a atenção são os equipamentos que não respondem diretamente sobre essas exigências, mas que apenas citam protocolos ou portarias. Sendo assim, muitos escrevem sobre essa não necessidade de Boletim de Ocorrência ou de Ordem Judicial. Isso se contrapõe a achados anteriores em que França, Queiroz e Gonzaga (2024) demonstram que a partir dos contatos telefônicos essas exigências apareceram com maior incidência, embora não tenham sido identificadas em nenhuma resposta aos ofícios. Essa questão pode apontar para um descompasso

entre a gestão e a assistência prestada nos serviços, visto que quem respondeu ao documento foram os gestores e ao contato telefônico, trabalhadores do local que não necessariamente atuavam nos serviços em questão.

5. Generalizações para encobrir o que está exposto

Com relação à amplitude de atendimento do serviço, sete serviços atendem a população da cidade onde estão localizados e a região metropolitana, sendo que, desses, seis reforçam que o atendimento se dá majoritariamente em cidades da capital. Sete serviços acolhem um público que vem de uma região específica do estado; três informam que chegam usuárias vindas de todo o estado; e um indicou receber usuárias vindo de outros estados e de outros países que fazem fronteira com o Brasil, conforme ilustramos no Gráfico 06.

Gráfico 06: Área de cobertura dos serviços de interrupção gestacional em âmbito nacional (autoria própria, 2025)



Ao avaliar esses dados, constatamos que a maior parte dos serviços tem sido acessada por pessoas de uma região ou macrorregião específica, e pelas capitais e região metropolitana, a maioria localizada em regiões ao sul, sudeste e nordeste. Ao passo que uma pequena parte de serviços tem de prestar assistência não só às demandas da região, mas de todo o estado e até mesmo de países vizinhos. Esses equipamentos que recebem uma população de um espectro mais amplo aparecem nos dois estados do Norte, um do Nordeste e em um do Sul. Isso aponta para uma questão de territorialização. Embora não tenhamos uma melhor compreensão da real amplitude dos serviços, com os dados disponíveis observamos que em territórios como Norte, ou cidades mais interioranas localizadas no chamado Brasil profundo, há uma grande demanda para poucos serviços, que além de possivelmente sobrecarregar a equipe, representa uma grande distância a ser percorrida pela população, o que constitui uma barreira geográfica significativa no acesso à interrupção legal de gestação. Todavia, regiões como a Sul, que demarcam atendimentos direcionados a macrorregiões do estado, possibilitam uma capilaridade maior desses equipamentos no território, possivelmente facilitando o acesso ao maior número possível de usuárias. Esse achado corrobora com a produção de Jacobs & Boing (2022b), quando demonstram que “os cenários indicam que a escassez de oferta de aborto previsto em lei no Brasil não deriva hoje de limitação de recursos” (p. 3698), mas sim da falta de uma instalação capilarizada na rede que deveria garantir esse acesso universal à saúde reprodutiva.

Por fim, as duas últimas perguntas tiveram o objetivo de identificar a população que tem acessado o serviço para realização do procedimento, sendo essas as perguntas com menos respostas nos ofícios. Para a pergunta direcionada a entender quais os critérios para a mulher ser atendida e quais públicos podem acessar o serviço, houve as seguintes respostas: dois serviços não responderam; um cita diretamente um protocolo em anexo; um não responde diretamente, apenas diz seguir a lei; e um último diz estar tentando implementar a territorialização.

Já para a pergunta direcionada ao perfil sociodemográfico e econômico das usuárias, três serviços não responderam, dois disseram não ter essas informações, um disse que iria verificar a informação, mas não retornou o contato com uma

resposta, e um disse que esse tipo de informação é sigiloso. Entretanto, o que estava sendo solicitado eram informações gerais sobre as características socioeconômicas e demográficas de quem tem chegado ao equipamento, características que não implicam em nenhum tipo de identificação individual das usuárias. Pesquisar sobre a magnitude do aborto no Brasil tem sido um desafio que atravessa décadas (Luna, 2019), haja vista que muitas pesquisas estão circunscritas a dados produzidos nas unidades de saúde, as quais como fica explícito nesta pesquisa, nem sempre estão atentas às responsabilidades que lhes são outorgadas como equipamentos públicos no que tange à disponibilização de informações.

A questão sobre o perfil sociodemográfico das usuárias dos serviços de aborto legal tinha como objetivo entender se o cenário do abortamento previsto em lei coaduna com os dados indicados pela Pesquisa Nacional do Aborto (Diniz & Medeiros, 2023) que, ao investigar a realidade da interrupção voluntária da gravidez, mostra que uma a cada sete mulheres com até 40 anos já realizou um aborto, apontando este como um evento comum na vida das mulheres mesmo com sua criminalização. Além disso, a PNA sinaliza para índices mais altos de aborto entre pessoas negras e indígenas, com nível de escolaridade mais baixo, residentes de áreas mais pobres. Reconhecer o público que acessa os serviços de aborto legal no Brasil visa qualificar a produção e implementação de políticas públicas para esse público, considerando que a ideia de um sujeito universal acaba produzindo efeitos de superinclusão, como define Crenshaw (2002, p. 174):

Quando uma circunstância imposta a um grupo específico de mulheres é vista como um problema de mulheres de modo geral. Ou seja, um problema interseccional é absorvido pela estrutura de gênero sem problematizar o papel de outras formas de discriminação que podem existir ali. Assim os esforços para remediar a situação são pouco efetivos.

Analisando as respostas que nos chegaram, há muitas descrições inespecíficas e em aberto, como “o acesso é amplo e irrestrito, preferencialmente ao público de referência do Hospital” (Hospital, SC); “atualmente, não existem indicadores que identifiquem a prevalência desse público específico” (Hospital, BA); ou “todos os gêneros e todas as idades” (Hospital, MG); “Não há critério de gênero ou faixa etária. Abrange a população” (Hospital, MG). Dessa forma, embora estejam respondendo

essa pergunta, não há uma descrição exata de quem é o público atendido no hospital, ou quais são os marcadores sociais que mais têm aparecido.

Os equipamentos que trazem essa informação descrevem que a maior parte das usuárias que os tem acessado são brancas e do gênero feminino — apenas um serviço cita mulheres negras como público majoritário e apenas um serviço especificou sobre a marcação de escolaridade e de classe social. Isso destoa dos índices de violência sexual que colocam meninas e mulheres negras como maioria entre as vítimas (Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2024). Em suas análises, Góes e colaboradoras (2020) apontam que mulheres pretas e pardas retardam a busca por serviços de saúde em caso de complicações pós abortamento por receio de humilhações e maus tratos. As respostas dos serviços que analisamos nessa pesquisa nos faz interpelar se meninas e mulheres negras, maioria entre as vítimas de violência sexual, também tem evitado os serviços de saúde quando precisam interromper gestações decorrentes de estupro. Se for esse o cenário, compete destacar que as mulheres pretas, pardas e indígenas que não têm chegado a esses serviços estão em situação de vulnerabilidade, recorrendo a rotas críticas que as levam ao aborto inseguro que é danoso a saúde e implica em risco de vida (Jacobs & Boing, 2022a). Nesse sentido, reforçamos a necessidade de uma compreensão interseccional na formulação de políticas públicas de saúde reprodutiva, considerando que as desigualdades transcendem as questões de gênero e estão atreladas indissociadamente às desigualdades estruturais que alicerçam o sistema de gênero moderno colonial.

A opressão se estabelece e afeta mulheres, negros e negras, gays e lésbicas, imigrantes, minorias étnicas através de sistemas distintos e inter-relacionados de poder, o que exige uma ampliação de nossas leituras acerca dos elementos psicossociais da opressão e dominação e também da emancipação. Essa complexificação coloca questões relevantes para o campo da intervenção social, uma vez que não pode abrir mão de especificar as lentes teóricas pelas quais analisa as desigualdades sociais que pretende enfrentar ou problematizar. (Mayorga, 2014, p. 225)

Convém demarcar que foram décadas de reivindicações e de luta do movimento negro e de mulheres negras por melhor acesso ao sistema de saúde, inclusive pela demarcação da identidade étnico-racial nos formulários produzidos nos equipamentos

de saúde. Desde 2017, tornou-se obrigatória a inserção do quesito raça/cor autodeclarada para prontuários, formulários e cadastros nos serviços de saúde, a partir da Portaria nº 344 do Ministério da Saúde (Brasil, 1998). Essa medida é importante para monitorar e compreender a dimensão do racismo como determinante social de saúde para pessoas negras, intensificando a vulnerabilidade. Entretanto, na realidade, esses registros não são realizados, devido a um dispositivo de poder que procura invisibilizar e naturalizar a vulnerabilidade da população negra com relação ao acesso à saúde (Santos, 2018; Werneck, 2016). Esse dispositivo, chamado por Sueli Carneiro (2005) de dispositivo de racialidade, aglutina um conjunto de operadores que realizam estrategicamente a inferiorização, o sequestro e o rebaixamento do sujeito negro para consequentemente consolidar o branco em um lugar de superioridade. Ademais, dificulta-se a mensuração dos reais impactos do racismo na saúde das pessoas negras, sobretudo das mulheres negras. Mas, somente com monitoramento e avaliação efetiva das políticas públicas pode-se combater o racismo institucional (David, 2022; Santos, 2018; Werneck, 2016).

Dentre os serviços que responderam, destacamos que aqueles localizados na região Sul demonstram acompanhar e monitorar mais consistentemente alguns dados e apresentam uma atualização com relação a esses aspectos sociodemográficos, ampliando a percepção de seu público para a comunidade LGBT+, que também acessa esses serviços e é invisibilizada, passando por uma lógica de estigma e controle dessas identidades de gênero e orientações sexuais, construindo processos repatologizantes e revitimizantes na condução do acolhimento em saúde (Sampaio & Germano, 2014). Ademais, no Sul, parece ocorrer uma atualização e formação acerca da saúde da população LGBT+, a medida que dois equipamentos nessa região especificam reconhecer outras identidades, transgênero ou não-binária, para além da mulher cisgênero, que são a maioria das usuárias dessa política. Sobre aspectos de perfil racial, de classe e escolaridade, um serviço (Hospital, SC) compartilhou um artigo, produzido pela própria equipe da maternidade, e outro (Hospital, RS) compartilhou um dado de um trabalho de conclusão de residência, os quais demonstram uma articulação dos serviços para acompanhar os dados que emergem a partir do atendimento às usuárias que buscam o procedimento, com análises que

corroboram para um movimento de dar maior robustez ao acolhimento e de melhorar a realização do procedimento.

6. Considerações finais

Como expõe Jaqueline Coêlho (2024) em sua tese de doutoramento, ainda que o aborto seja proibido, ele faz parte do cotidiano e da história das mulheres de forma perene. A dificuldade de falar sobre isso é imposta pelas penalizações criminais, morais, religiosas e culturais, mecanismos que inibem mulheres e profissionais da saúde, impedindo obter uma real dimensão de sua magnitude. A dificuldade de pesquisar sobre o tema do aborto é largamente descrita em literatura como uma política de silenciamento (Rushel et al., 2022; Branco et al., 2020; Moreira et al., 2020; Mudjalieb, 2020; Silva et al., 2021; Luna, 2019; Oliveira et al., 2005). Esse silenciamento decorre de uma espiral de desinformação e ocorre em relação aos profissionais e à gestão, às pesquisadoras e, conseqüentemente, em relação às usuárias, que têm seu direito negado de forma sistemática e sintomática nos serviços de saúde. Concomitantemente, a produção de políticas públicas efetivas para garantir a justiça reprodutiva e o direito ao aborto é impedida. A interrupção gestacional, mesmo em casos legalizados por lei, ainda é criminalizada moralmente, religiosamente e socialmente (Coêlho, 2024; Jacobs & Boing, 2022a), e está inserida no âmbito do que não deve ser dito. Assim, verifica-se uma despadronização de registros, a objeção não formal de consciência dos profissionais para além dos médicos, e a desarticulação da rede que impede o livre fluxo de informações e a realização do procedimento (Branco et al., 2020; Silva et al., 2021).

Infelizmente, o Estado brasileiro desconsidera a realidade do aborto como um problema de saúde pública e inclina-se a posturas ainda mais restritivas no que tange aos permissivos previstos em lei. Segundo o Centro Feminista de Estudos e Assessoria, em matéria do Jornal Nexô (2024), há ao menos 98 propostas legislativas punitivistas e dificultadoras para o acesso ao aborto seguro nos casos garantidos por lei. Uma das que mais repercutiu foi o Projeto de Lei nº 1.904/2024, popularmente nomeado como a “PL do Estupro”, que equipara a interrupção gestacional com mais

de 22 semanas ao homicídio, tendo como punição a reclusão de seis a vinte anos — mais tempo de reclusão que o crime de estupro, com pena prevista de três a oito anos (Código Penal, 1940). Essa iniciativa reafirma um posicionamento de criminalização das mulheres e pessoas que gestam que ousam fazer valer seus direitos reprodutivos, beneficiando o patriarcado.

A pesquisa aqui abordada, como indicam as epistemologias feministas, não é uma leitura asséptica da realidade. Pelo contrário, se dá dentro desse contexto restritivo em que falar de aborto já é uma infração de conduta, inclusive para nós enquanto pesquisadoras. Os dados aqui apresentados revelam as dificuldades de profissionais e gestores abordarem a interrupção gestacional em caso de estupro enquanto um serviço que deve ser ofertado, garantido e divulgado. Dificuldade que se capilariza por todo território brasileiro (CFP, 2021; Moreira et al., 2020; Silva et al., 2019a), mas que resvala nas desigualdades regionais que marcam a história do nosso país (França et al., 2024). Para além disso, os resultados indicam a persistência da invisibilização do racismo como elemento que reitera violências e dificulta acesso aos serviços de saúde. O silêncio dos equipamentos sobre a população negra nos alerta para a necessidade de reiterar as lutas históricas do movimento negro brasileiro pelo devido registro de raça/cor nos documentos produzidos no Sistema Único de Saúde e, principalmente, para a discussão sobre a reprodução do racismo institucional nos serviços de saúde reprodutiva (Gonzaga, 2022; Góes, 2018).

Nesse ínterim, observamos como a falta de informações e a burocratização para acessá-las, assim como a política do “não dito” e da generalização, que universaliza esses dados e não especifica quem são os corpos que acessam os serviços, atuam como lógica de injustiça reprodutiva (Coêlho, 2024; Zanghelini, 2020). Jaqueline Coêlho (2024) discorre sobre isso, apontando que a criminalização do aborto e demais injustiças reprodutivas são uma forma de aniquilação de mulheres negras, empobrecidas, fora do mercado de trabalho e com baixa escolaridade, que quando não morrem, estão expostas à mutilação de seus corpos e ao adoecimento psíquico. É necessária a equidade de acesso às informações para potencializar a autonomia das escolhas, juntamente com a ampliação efetiva da justiça social, para alcançar a justiça reprodutiva (Zanghelini, 2020). Dessa forma, este trabalho expõe os impasses

e dificuldades de realização de pesquisa envolvendo a temática do aborto legal no Brasil, mas não pretende se esgotar aqui: é necessário abrir caminhos para que novas pesquisas sejam realizadas a fim de movimentar e transformar as estruturas sociais tendo como horizonte a justiça reprodutiva.

Referências bibliográficas

ADICHIE, Chimamanda Ngozi. 2009. The danger of a single story [Vídeo]. TED. Disponível em: https://www.ted.com/talks/chimamanda_ngozi_adichie_the_danger_of_a_single_story. Acesso em 29 abr.2025.

ADRIÃO, Karla Galvão; FINE, Michelle. 2015. Feminismo, Psicologia, e Justiça social: um encontro possível? Uma entrevista com Michelle Fine. *Psicologia & Sociedade*, 27(3), p. 479-493.

AGUIAR, Brunno H. K. et al. (2018). “A legislação sobre o Aborto nos Países da América Latina: uma Revisão Narrativa”. *Com. Ciências Saúde*, 29(1), p. 36-44

AKOTIRENE, Carla. 2019. *Interseccionalidade*. São Paulo, Pólen Produção Editorial.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA 2024. 2024. São Paulo: FBSP. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/>. Acesso em 22 jun.2024.

BAIRROS, Luiza. 2008. “A mulher negra e o feminismo”. In: Ana Alice Alcantara COSTA, Ana Alice Alcantara; Sardenberg, Cecilia Maria (orgs.). *O Feminismo do Brasil: reflexões teóricas e perspectivas*. Salvador: UFBA/Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher.

BRANCO, João Gualberto de Oliveira et al. 2020. Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, p. e00038219.

BRASIL. 2011. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em 22 ago.2024.

BRASIL. 1940. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1940. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em 22 jun.2024.

BRASIL. [s.d.] Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 22 out.2023.

BRASIL. 2016. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>.

BRASIL. 2011. Ministério da Saúde. Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos — Caderno 4. 2ª ed. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf.

BRASIL. 2012. Ministério da Saúde. Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Caderno 6, 3ª ed., Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf.

BRASIL. 1998. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, p. 11, 13 maio 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1/1998/prt0344_12_05_1998.html.

BRASIL. 2014. Ministério da Saúde. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 abr. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso em 22 jun.2024.

BRASIL. 2012. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.º 54, Distrito Federal. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, DF, 12 abr. 2012. *Diário da Justiça Eletrônico*, Brasília, DF, 17 abr. 2012. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707339>. Acesso em 22 jun.2024.

CARNEIRO, Sueli. 2005. *A construção do outro como não-ser como fundamento do ser*. Tese de Doutorado em Educação. Universidade de São Paulo.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. [s.d.] *The world's abortion laws (mapa interactivo, versão en español)*. Disponível em: <https://reproductiverights.org/maps/the-worlds-abortion-laws-spanish/>. Acesso em 22 out.2025

COELHO, Jaqueline. 2024. *“A gente não nasce mãe”: uma análise crítica discursiva sobre aborto clandestino e Justiça Reprodutiva a partir de narrativas de mulheres negras e suas redes de apoio*. Tese de doutorado em Letras. Universidade de Brasília.

COLLINS, Patricia Hill. 2016. “Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro”. *Sociedade e estado*, 31(1), p. 99-127.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). 2021. Direitos sexuais e reprodutivos: panorama das legislações na América Latina. Brasília: CFP, 50 p. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2021/04/relatorio_aborto.pdf. Acesso em 29 abr.2025.

CORREIA, Sonia; KALIL, Isabela. 2020. “Políticas antigênero em América Latina: Brasil”. *Observatorio de Sexualidad y Política* (SPW).

CRENSHAW, Kimberlé. 2002. “Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero”. *Revista estudos feministas*, 10, p. 171-188.

CURIEL, Ochy. 2020. “Construindo metodologias feministas a partir do feminismo decolonial”. In: BUARQUE DE Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais. Heloisa Buarque de Hollanda (org.). Rio de Janeiro. Bazar do Tempo.

DAVID, Emiliano de Camargo. 2022. “Itinerários da saúde mental da população negra: em busca de uma reforma psiquiátrica antimanicomial”. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Psicologia brasileira na luta antirracista*. Brasília, DF: CFP.

DAVIS, Angela. 2016. *Mulheres, raça e classe*. Boitempo editorial.

DIAS DE LIMA, Maria Cristina; LAROCCA, Liliana.; NASCIMENTO, Dênis. Abortamento legal após estupro: histórias reais, diálogos necessários. 2022, 7 maio. *Saúde debate*, 43(121) abr.-jun.), p. 417-28. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/1271>.

DE SOUZA, Isa Carla Alves et al. 2023. *A justiça reprodutiva como instrumento de promoção da autonomia reprodutiva de mulheres negras no Brasil*. Dissertação de Mestrado em Direito. Universidade Federal de Minas Gerais.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. 2023, jun. “National Abortion Survey — Brazil, 2021”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(6), p. 1601–1606.

FRÓES, Nathália Maria Fonseca; BATISTA, Cláudia Bacelar. “Conhecimento e percepção de estudantes de medicina sobre abortamento legal”. *Revista Bioética*, 29(1), p. 194-207, 2021.

FRANÇA, Keren Clementina Martins; QUEIROZ, Ana Luiza Abrão; GONZAGA, Paula Rita Bacellar. 2024. “Movimento feminista, interseccionalidade e territorialidade: uma análise das iniquidades regionais no acesso aos serviços de aborto legal no Brasil”. *Revista Feminismos* 12(2). DOI: 10.9771/rf.12.2.62540.

GALLI, Beatriz. 2020. “Desafios e oportunidades para o acesso ao aborto legal e seguro na América Latina a partir dos cenários do Brasil, da Argentina e do Uruguai”. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(1), p. e00168419.

GIMENES, Cínthia Martins. 2024. Década das Mulheres na ONU e as perspectivas feministas do Sul Global. *Revista de Iniciação Científica em Relações Internacionais* 11(22), p. 1–21. DOI: 10.22478/ufpb.2318-9452.2024v11n22.65676.

GÓES, Emanuelle. 2018. *Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional*. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

GÓES, Emanuelle et al. 2020. “Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto”. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(1), p. e00189618.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar. 2015. *Eu quero ter esse direito a escolha: formações discursivas e itinerários abortivos em Salvador*. Dissertação de mestrado em Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal da Bahia.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar. 2019. “A gente é muito maior, a gente é um corpo coletivo”: produções de si e de mundo a partir da ancestralidade, afetividade e intelectualidade de mulheres negras lésbicas e bissexuais. Dissertação de mestrado em Psicologia. Universidade Federal de Minas Gerais.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar; GONÇALVES, Letícia.; MAYORGA, Cláudia. (orgs.). 2019. Práticas acadêmicas e políticas sobre o aborto. Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar. 2022. “Psicologia, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: Urgências para a Formação Profissional”. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, p. e262847.

GROSFOGUEL, Ramón. 2016. “A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI”. *Sociedade e Estado*, 31, p. 25-49.

HARAWAY, Donna. 1995. “Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial”. *Cadernos Pagu*, 5, p. 7-41.

HARDING, Sandra. 1998. “¿Existe un método feminista?”. In: BARTRA, Eli (org.). *Debates en torno a una metodología feminista*, Unam: México, p. 9-34.

JACOBS, Marina Gasino; BOING, Alexandra Crispim. 2022a. “Acesso universal e igualitário? O desafio na oferta do aborto previsto em lei pelo Sistema Único de Saúde”. *Saúde e Sociedade*, 31(4), p. e210179pt.

JACOBS, Marina Gasino; BOING, Alexandra Crispim. 2022b. “Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios?” *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(9), p. 3689-3700.

LACERDA JR., Fernando. 2013. “Psicologia política latino-americana”. *Revista Psicologia Política*, 13(28), p. 559-573.

LUGONES, María. 2008. “Colonialidad y género”. *Tabula rasa*, 9, p. 73-102.

LUNA, Naara. 2019. “O debate sobre aborto na câmara de deputados no Brasil entre 2015 e 2017: Agenda conservadora e resistência”. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), 33, p. 207-272.

MARTINS, Aline de Carvalho; BARROS, Geiza Martins. 2016. “Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras”. *Revista Dor*, v. 17, p. 215-218.

MAYORGA, Claudia. 2014. “Algumas contribuições do feminismo à psicologia social comunitária”. *Athenea digital*, 14(1), p. 221-236.

MOREIRA, Gracyelle Alves Remigio et al. 2020. “Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual”. *Saúde e Sociedade*, 29, p. e180895.

MUDJALIEB, Amanda Almeida. 2020. “Relato de experiência sobre ampliação do acesso ao aborto legal por violência sexual no Município do Rio de Janeiro, Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(1), p. e00181219.

NETTO, Livian. EBERSOL, Isadora; CLASEN, Julia. R. 2021. “O que move a luta? A maré verde Argentina e a resistência das mulheres do/no Sul Global”. *Conjuntura Austral*, 12(60), p. 136-147.

NEXO JORNAL. 2024, 2 jul. As dezenas de projetos contra o aborto no Congresso Nacional.. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/externo/2024/07/02/as-dezenas-de-projetos-contr-o-aborto-no-congresso-nacional>. Acesso em 29.abr.2025.

NÚÑEZ, Geni. 2022. “Efeitos do binarismo colonial na Psicologia: reflexões para uma Psicologia anticolonial”. In: *Psicologia brasileira na luta antirracista*. Conselho Federal

de Psicologia e Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 4.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci et al. 2005. "Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo". *Revista de Saúde Pública*, 39, p. 376-382.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. 1993. Declaração e Programa de Ação de Viena: Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, Viena, 14 a 25 de jun. 1993. Nova York: ONU.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. 1995. Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Cairo, 5 a 13 de set. 1994. Nova York: ONU.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. 1996. Declaração e Plataforma de Ação de Beijing: Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing, 4 a 15 set. 1995. Nova York: ONU.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. 1979. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Adotada pela Resolução 34/180 da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 18 de dezembro de 1979. Entrou em vigor em 3 set. 1981.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará). Belém do Pará, 9 a 12 jun. 1994.

QUEIROGA, Maria Maurília. 1988. A família negra e a questão da reprodução. Anais do VI Encontro de Estudos Populacionais, v. 3, p. 323-340.

RAMOS, Silvina. 2016. Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). Estudios demográficos y urbanos, v. 31, n. 3, p. 833-860.

ROSS, Loretta J. 2017. Reproductive justice as intersectional feminist activism. *Souls*, v. 19, n. 3, p. 286-314.

RUDAS, Sebastián. 2022. "Laicidade como não dominação". *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec) p. 205-234.

RUSCHEL, Angela Ester et al. 2022. "Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal". *Cadernos de saúde pública*, 38, p. e00105022.

SAMPAIO, Juliana Vieira; GERMANO, Idilva Maria Pires. 2014. "Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT". *Psicologia & Sociedade*, 26, p. 290-300.

SANTOS, Juciara Alves. 2018. "Sofrimento psíquico gerado pelas atrocidades do racismo". *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, 10(24), p. 148-165.

SILVA, Juliana Guimarães et al. 2019a. "Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência? 1. *Saúde e Sociedade*, 28, p. 187-200.

SILVA, Ana Carolina Januário; MOREIRA, Lisandra Espíndula; GONZAGA, Paula Rita Bacellar. 2019b. "Entre o risco da morte e o medo da denúncia: mulheres indiciadas por abortamento a partir de denúncias de profissionais de saúde". *Cadernos de Gênero e Diversidade*, 5(3), jul.-set, Salvador: UFBA.

SILVA, Maura Carolina Belomé. 2021. "Análise dos registros de atendimentos de mulheres que realizaram aborto previsto em lei em Porto Alegre, Rio Grande do Sul". *Cadernos de Saúde Pública*, 37(11).

VALENTE, Maria Luiza Simões Trindade; WENCESLAU, Ana Júlia Araujo; GONZAGA, Paula Rita Bacellar. 2025. "Saúde e (in) justiça reprodutiva: panorama geral sobre os serviços de abortamento legal no Brasil". *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 13(1).

WERNECK, Jurema. 2005. "De lalodês y Feministas. Reflexiones sobre la acción política de las mujeres negras en América Latina y el Caribe". *Nouvelles Questions Féministes. Revue Internationale Francophone*, 24(2), p. 27-40.

WERNECK, Jurema. 2016. "Racismo institucional e saúde da população negra". *Saúde e sociedade*, 25(3), p. 535-549.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2024. Abortion. Genebra: OMS. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>. Acesso em 29 abr.2025.

ZANGHELINI, Débora et al. 2020. *Direito ao aborto no Brasil e (in) justiça reprodutiva: apontamentos para o Serviço Social*. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina.