



Aborto e juventude: percepções sobre a Rede de Atenção à Saúde nas regiões sul e sudeste do Brasil

Abortion and youth: Perceptions of the Health Care Network in the southern and southeastern regions of Brazil

Fernanda Copetti Müller

Universidade Federal do Paraná

E-mail: fe.copettimuller@yahoo.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7945-5176>

Victória de Biassio Klepa

Universidade Federal do Paraná

E-mail: vbklepa@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6310-4160>

Djuliany Larissa de Souza Siqueira

Universidade Federal do Paraná

E-mail: djuliany@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4010-4029>

Taysa Schiocchet

Universidade Federal do Paraná

E-mail: taysa_sc@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6703-9036>

Marcos Claudio Signorelli

Universidade Federal do Paraná

E-mail: signorelli.marcos@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0677-0121>

Resumo

Objetivou-se analisar os desafios e potencialidades da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na linha de cuidado de mulheres jovens em situações de aborto nas regiões sul e sudeste do Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada no formato online. Foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas em profundidade, analisadas por meio da triangulação das percepções dos seguintes perfis de participantes: profissionais e gestores atuantes na RAS nas esferas municipal e estadual; usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) ou responsáveis legais, que acessaram o serviço de saúde para atendimento de situações que envolveram aborto. Os resultados foram sistematizados em duas categorias: a) situações de violência e aborto e b) Rede de Atenção à Saúde. Essas categorias se subdividem em: aborto e violência sexual; violência obstétrica, violência institucional e julgamentos morais de profissionais da RAS; serviços e o processos de trabalho; boas práticas em Saúde Sexual e Reprodutiva. A análise do conteúdo foi realizada a partir da perspectiva da justiça reprodutiva. Foi possível concluir que são consideradas potencialidades a existência de protocolos e fluxos no cuidado às pessoas que procuram aborto legal; ademais foi identificado o fortalecimento de vínculo e a escuta como princípios orientadores das equipes de saúde em diferentes pontos das RAS. No que tange aos desafios, foi possível



identificar que: há uma produção de sofrimento psíquico na vivência do aborto; violências permanecem ocorrendo nos serviços de saúde; corpos racializados são os mais afetados em gestações não planejadas, pois a criminalização e o controle reprodutivo afetam de forma mais severa as mulheres negras.

Palavras-chave: atenção integral à saúde; aborto; direitos sexuais e reprodutivos.

Abstract

The aim was to analyze the challenges and potential of the *Rede de Atenção à Saúde* (RAS) in the care of young women in situations of abortion in the south and southeast regions of Brazil. This is a qualitative, descriptive and exploratory study conducted online. Six semi-structured in-depth interviews were carried out and analyzed by triangulating the perceptions of the following profiles of participants: professionals and managers working in the RAS at municipal and state level; users of the *Sistema Único de Saúde* (SUS) or their legal guardians, who accessed the health service to deal with situations involving abortion. The results were systematized into two categories: a) situations of violence and abortion and b) *Rede de Atenção à Saúde*. These categories are subdivided into abortion and sexual violence; obstetric violence, institutional violence and moral judgments of RAS professionals; services and work processes; good practices in Sexual and Reproductive Health. The content analysis was conducted from the perspective of reproductive justice. It was possible to conclude that the existence of protocols and workflows in the care of people seeking legal abortion are considered potentialities; in addition, the strengthening of bonds and listening were identified as guiding principles for health teams at different points in the RAS. With regard to challenges, it was possible to identify that: psychological suffering is caused; violence continues to occur in health services; racialized bodies are the most affected in unplanned pregnancies, as criminalization and reproductive control affect black women more severely.

Keywords: comprehensive health care; abortion; reproductive rights.

1. Introdução

O termo “aborto” é normalmente utilizado para descrever a interrupção da gestação. No entanto, tecnicamente existem diferenças nos conceitos, pois “abortamento” é o ato de abortar, enquanto que “aborto” é o produto do abortamento (Rocha et al., 2015). Conforme orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) adotadas pelo Brasil, o abortamento é definido como a interrupção da gravidez até a 22^a semana, desde que o produto da concepção tenha peso inferior a 500 gramas (Rocha et al., 2015).

O abortamento é uma importante questão de saúde pública, dado que representa uma causa relevante de mortalidade materna (Haddad & Nour, 2009; Domingos & Merighi, 2010; Van Look & Cottingham, 2013; Calvert et al., 2018; Araújo, 2018), muito embora se note uma tendência de redução, com queda do risco de morte materna por aborto em 83,3% entre 1990 e 2012 (Cardoso, Vieira, Saraceni, 2020).



As estatísticas relacionadas à mortalidade materna são originadas do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que processa os dados provenientes das Declarações de Óbito (DO). No entanto, a mensuração precisa da mortalidade materna por meio do SIM enfrenta limitações, especialmente devido ao subdiagnóstico e à subnotificação (Cardoso, Vieira, Saraceni, 2020). Quando se trata de abortos induzidos, por se tratar de uma prática clandestina e, portanto, determinada pela ilegalidade, contribui de forma ainda mais acentuada para a subnotificação.

Ademais, jovens que gestam enfrentam barreiras adicionais no acesso ao abortamento, a mortalidade de meninas no começo de sua vida reprodutiva devido ao aborto é considerada uma morte evitável e uma violação dos Direitos Humanos (Nunes, Madeiro & Diniz, 2019). A mortalidade materna devido ao aborto afeta principalmente adolescentes negras, com baixa escolaridade, em sua primeira gestação e residentes do interior do estado (Nunes, Madeiro & Diniz, 2019; Menezes, Aquino & Silva, 2006; Fergusson, Horwood & Ridder, 2005).

Segundo os dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) no ano de 2015, houve um total de 193.020 internações por aborto no Brasil, sendo 69.695 na região sudeste e 22.818 na região sul (Cardoso, Vieira, Saraceni, 2020). No Brasil, embora o abortamento seja considerado crime, o Código Penal (Brasil, 1940) prevê, em seu artigo 128, incisos I e II, duas exceções legais nas quais a prática não é passível de punição: 1) quando a gestação representa risco à vida da gestante; e 2) quando a gravidez resulta de uma violência sexual, desde que o aborto seja precedido do consentimento da gestante ou, em caso de incapacidade, de seu representante legal. Além dessas duas possibilidades previstas em lei, o Supremo Tribunal Federal descriminalizou a interrupção da gravidez de fetos anencéfalos em 2012, através da ADPF 54 (Brasil, 2012).

Por sua vez, a dificuldade de acesso ao aborto previsto em lei viola o direito à saúde, ao tratamento digno e à liberdade. O não acesso sujeita mulheres e pessoas que gestam a situações de vulnerabilidade, privações e violência, por exemplo ao se verem obrigadas a manter relacionamentos marcados pela violência ou em situações que as coloquem em risco (Nunes, Madeiro & Diniz, 2019). A existência e manutenção de casos de mortalidade materna por aborto consiste em um indicador de que o Brasil



tem desafios persistentes e avanços insuficientes na promoção da saúde e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR) das mulheres e pessoas que gestam.

A Rede de Atenção em Saúde (RAS) desempenham um papel crucial na saúde sexual e reprodutiva, e em especial, em situações de abortamento (Aquino et al., 2012; Maia, 2021). A RAS é composta por diversas ações e serviços de saúde que de forma integrativa constitui um sistema — com suporte técnico, logístico e de gestão — para garantir e assegurar a integralidade do cuidado (Brasil, 2017). A rede lida com projetos e processos complexos de gestão e atenção à saúde, integram diversos agentes, de forma a ampliar o acesso aos serviços de saúde e oportunizar a continuidade e integralidade nos diferentes níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária).

A RAS do Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental para o acesso aos DSR, ao aborto legal e ao cuidado de complicações resultantes de abortos inseguros (Aquino et al., 2012; Maia, 2021; Jacobs & Boing, 2021), contudo a literatura aponta lacunas substanciais de estudos nesse campo no Brasil (Menezes & Aquino, 2009). A RAS deve constituir um espaço de diálogo aberto e porta de entrada segura para mulheres que buscam assistência relacionada ao aborto. Em face das desigualdades e vulnerabilidades existente na sociedade brasileira, é necessário que a saúde pública assuma a liderança na garantia do acesso aos DSR (Giugliani et al., 2021).

O aborto é comum na vida reprodutiva das mulheres. Considerando que a rede de saúde atende diariamente mulheres em idade fértil, alguns autores produziram contribuições importantes sobre a atuação de profissionais e gestores na RAS, suas percepções e experiências em relação ao aborto (Lemos, Russo, 2014; Cardoso, 2025; Souza, 2025; Martins, Antonio, 2025). Ademais, também existe um movimento importante e acúmulo dos pesquisadores e pesquisadoras em avançar nos estudos sob a perspectiva do Sul Global, com ênfase na realidade das mulheres negras, latinas e indígenas (Petracci, 2012; Marván; Orihuela-Cortés; del Río, 2018; Johnson, 2018; Szwarc, Vazquez, 2018; Vacarezza, 2020; Burton, 2021; Burton, Peralta, 2021; Drovetta, 2021; Pilecco et al., 2021; Patino, Maya-Garcia, Mendieta, 2025; Pecheny, 2025).



Este estudo segue uma análise das entrevistas sob a perspectiva da justiça reprodutiva, a qual propõe novas formas de compreender as intersecções entre raça, classe e gênero nas políticas reprodutivas (Ross, 2017). Essa perspectiva busca compreender como relações de poder moldam as experiências reprodutivas e os significados atribuídos a elas. Com base nos pensamentos e proposições de Audre Lorde, Barbara Smith, Kimberlé Crenshaw e Patricia Hill Collins, a teoria reconhece que o pensamento e a resistência das mulheres negras — tanto na academia quanto fora dela — são fundamentais para compreender e enfrentar as múltiplas opressões que afetam seus corpos e vidas (Ross, 2017). Assim, a justiça reprodutiva amplia o campo de análise e de ação política, transformando as vivências e narrativas das mulheres negras em fonte legítima de teoria e emancipação (Ross, 2017).

O presente artigo busca analisar os desafios e as potencialidades da RAS na linha de cuidado de mulheres jovens em situações de aborto nas regiões sul e sudeste do Brasil. Para atingir este objetivo, foi utilizada a triangulação das perspectivas de usuárias dos serviços de saúde, profissionais e gestores de saúde, cotejando com a literatura e estudos da saúde coletiva e de gênero.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa qualitativa se fez importante por trabalhar questões que não podem ser quantificadas (Deslandes, 2002). A investigação aqui descrita visou analisar as percepções, crenças, valores e atitudes dos interlocutores sobre o fenômeno do aborto. Para tanto, a pesquisa foi realizada exclusivamente de forma online, para atingir participantes de todo o território brasileiro. Entretanto, para o presente artigo foi considerado o recorte de participantes da região sul e sudeste que evidenciaram situações de atendimento ao aborto na população jovem.

A pesquisa qualitativa busca abordar com profundidade o conteúdo das entrevistas (Minayo, 2014). De forma que haja a valorização das vivências e realidades dos participantes (Minayo, 2014). As participantes do estudo consistiram em: profissionais e gestoras da saúde que atuam na RAS nas esferas municipal,



estadual e federal do Brasil; usuárias do SUS, ou responsáveis legais, que acessaram o serviço de saúde para atendimento de situações que envolvem o aborto.

Foram considerados critérios de inclusão trabalhadores(as) dos serviços assistenciais e de gestão em saúde pública que atuavam há pelo menos um ano no local; usuárias(os) do SUS ou responsáveis legais que acessaram algum serviço de saúde para atendimento aos DSR, em especial ao aborto; participantes com idade acima de 18 anos; participantes com acesso à internet para a realização da entrevista por videochamada.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: questionário e entrevistas online. Para recrutar entrevistadas, foi inicialmente aplicado um questionário online anônimo¹, elaborado pela equipe de pesquisadoras, contendo uma versão específica para usuárias do SUS, e outra para profissionais e gestores(as) da RAS.

O presente artigo se dedica a descrever a segunda etapa de coleta, que consistiu em entrevistas em profundidade online com roteiro semiestruturado² (Liamputtong, 2019). O roteiro para usuárias continha perguntas sobre a história de vida; vivências relacionadas ao aborto; atendimento em saúde durante a pandemia; opiniões e percepções do entrevistado sobre o tema. Já o roteiro para profissionais indagava sobre o conhecimento acerca do acesso ao aborto legal; histórico de atendimentos à violência sexual; e modificações na RAS durante a pandemia de Covid-19.

A participação nas entrevistas era facultativa, o convite ocorria a partir da manifestação de interesse daqueles que responderam ao questionário. As entrevistas foram conduzidas no formato online, pela pesquisadora principal (pós-graduanda em Saúde Coletiva), entre dezembro de 2023 e julho de 2024, com um total de 40

¹ A divulgação do estudo foi realizada por etapas, via: 1) e-mails institucionais de diferentes órgãos e entidades públicas das cinco regiões do país; 2) redes sociais; 3) e-mail dos Programas de Pós-Graduação; 4) mensagens direcionadas aos contatos pessoais; 5) apoio de influenciadores digitais.

² Uma equipe interdisciplinar composta por docentes, pós-graduandas e graduandas de diferentes áreas, como o Direito, a Enfermagem, a Saúde Coletiva, a Medicina, as Ciências Sociais e a Psicologia, elaborou, discutiu e revisou o questionário e o roteiro semiestruturado, por meio de uma série de encontros ao longo dos anos de 2022 e 2023. Em novembro de 2023, iniciou-se a divulgação da pesquisa e recrutamento de participantes.



participantes (21 profissionais de saúde, 8 gestores de saúde e 11 usuárias dos serviços de saúde). Para este presente artigo houve um recorte das entrevistas, foram selecionadas as que abordaram pontos relacionados com o objetivo do estudo. Dessa forma, os resultados são provenientes de seis entrevistas (duas profissionais da saúde, dois gestores e duas usuárias).

Quadro 1. Perfil das participantes da pesquisa

Identificação	Categoria	Faixa etária	Raça	Identidade de gênero	Pessoa com deficiência	Escolaridade	Região	Ocupação
T1	Trabalhadora	30 a 39 anos	Preta	Mulher cisgênero	Não	Ensino superior completo	Sul	Fonoaudióloga
T2	Trabalhadora	30 a 39 anos	Branca	Mulher cisgênero	Não	Ensino superior completo	Sul	Psicóloga
G1	Gestora	30 a 39 anos	Branca	Mulher cisgênero	Não	Ensino superior completo	Sul	Psicóloga
G2	Gestor	acima de 60 anos	Branca	Homem cisgênero	Não	Ensino Superior completo	Sudeste	Médico
U1	Usuária dos serviços	40 a 49 anos	Parda	Mulher cisgênero	Não	Ensino superior completo	Sudeste	Assistente social
U2	Usuária dos serviços	50 a 59 anos	Parda	Mulher cisgênero	Sim	Ensino superior completo	Sudeste	Desempregada

Fonte: as autoras, 2025.



Considerando que a pesquisa aborda temas sensíveis, foi elaborado um Procedimento Operacional Padrão³ (POP) para pesquisadores (Schiocchet et al., 2024). A análise das entrevistas teve como metodologia a triangulação de dados, estratégia que combina diferentes métodos, teorias, dados e investigadores para obter uma visão mais abrangente e fundamentada de uma determinada realidade (Minayo, Assis & Souza, 2005).

A triangulação envolve a integração de múltiplos pontos de vista e técnicas de coleta de dados para validar os resultados, proporcionando maior clareza teórica e aprofundamento interdisciplinar, interativo e intersubjetivo (Minayo, Assis & Souza, 2005). A triangulação foi aplicada ao realizar entrevistas com indivíduos em diferentes pontos da RAS, acessando percepções a partir das vivências de profissionais de saúde, gestoras e usuárias, o que proporcionou a obtenção de dados mais subjetivos. Além disso, possibilitou uma variedade de informações considerando os locais de atuação e os pontos da rede (Minayo, Assis & Souza, 2005). Ademais, a triangulação também se faz presente na composição da equipe interdisciplinar que construiu e desenvolveu a pesquisa.

A triangulação ainda se dá pela interdisciplinaridade na discussão com a literatura, logo que o cotejamento de dados foi realizado com base em diferentes abordagens teóricas, como epistemologias feministas, estudos de gênero, direitos humanos, a saúde coletiva, mas principalmente a justiça reprodutiva. Após finalizadas as entrevistas, foram realizadas as transcrições e categorização do conteúdo. As participantes foram anonimizadas e são apresentadas em ordem crescente, pela abreviação da letra inicial do eixo T (trabalhadoras), G (gestoras) ou U (usuárias), por exemplo, T1, G1 e U1, como apresentado no Quadro 1.

O presente estudo consiste em um dos resultados da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva e faz parte de um projeto guarda-chuva, intitulado: “Impactos da

³ O POP contém um protocolo de sensibilidade das pesquisadoras; procedimentos em pesquisa qualitativa; modelos de comunicação com participantes; recomendações durante a entrevista; protocolo de salvaguarda da participante; protocolo de sigilo e anonimato, visando a não identificação em transcrições e documentos; protocolo de acolhimento e/ou encaminhamento em situação de crise ou risco; plano de ação para uso de plataformas de videochamada; recomendações para transcrição de entrevistas; diagrama de fluxo em casos de problemas tecnológicos; orientações para armazenamento de dados e devolutiva (Schiocchet et al., 2024).



pandemia de Covid-19 no acesso ao aborto legal no Brasil"; financiado pela CAPES (Edital n. 12/2021) e com o Aprovação Ética (CAAE nº 67175922.6.0000.0214). Foram seguidos todos os procedimentos éticos em pesquisa, incluindo os já mencionados no POP. Todo material coletado foi armazenado em pastas criptografadas e protegidas por senhas no servidor seguro da universidade. Adicionalmente, por abordar um tema na perspectiva de gênero, optou-se pela utilização da flexão gramatical das palavras no gênero feminino.

3. Resultados e discussão

O Quadro 2 apresenta os principais resultados a partir da triangulação das falas de usuárias do SUS que buscaram os serviços de abortamento, profissionais e gestoras do SUS. As categorias temáticas emergentes foram sistematizadas em dois eixos: 1) situações de violência e aborto, subdividido em 1.1) aborto e violência sexual, e 1.2) violência obstétrica, violência institucional e julgamentos morais de profissionais da Rede de Atenção à Saúde; 2) Rede de Atenção à Saúde, com as subcategorias 2.1) serviços e o processo de trabalho, e 2.2) boas práticas em Saúde Sexual e Reprodutiva. A tabela apresenta os achados considerando cada uma das categorias, que serão discutidas com a literatura pertinente na seção seguinte.

Quadro 2. Síntese dos resultados das entrevistas e categorias temáticas.

1. Situações de violência e aborto	
1.1. Aborto e violência sexual	
Identificação	Trecho da entrevista
G1	<i>Ela devia ter 20 [anos] mais ou menos (...) e aí ela fez o aborto em casa. Foi muito triste, porque ela contou todos os detalhes de como ela fez.</i>
T1	<i>Foi uma jovem, acho que uns 23, 24 anos que também tinha sofrido a violência sexual, ela já tinha alguns filhos, tinha descoberto a gestação e não queria. Ela então conversou com uma assistente social, depois que ela soube, encaminhou para o hospital, a gente notificou depois e aí ela contou para a gente que deu tudo certo também para essa jovem.</i>



T1	<p>Teve um momento que uma dessas mulheres contou para a gente que ela tinha sofrido essa violência sexual há uns 20 anos atrás e que tinha tido uma gestação não desejada por causa dessa violência. (...) Quando ela descobriu [a gestação], saiu de casa e falou para os pais, na época, que ia para casa de uma prima (...) e que ela perdeu o neném. Foi isso que ela contou para a gente no momento. Depois de um tempo, a gente conversou de novo sobre isso, ela acabou contando que fez o aborto com apoio dessa prima em casa, porque foi uma violência. Inclusive ela carrega dores até hoje.</p>
U1	<p>Estava arrumando a casa, e de repente desceu tudo. Eu vi que desceu [o aborto espontâneo], eu [pensei] "vixe... vai começar". Aí eu passei [em uma farmácia] comprar o absorvente. Eu estava tomando remédio para dor, falei "vou tomar remédio para dor, para segurar". Passei o dia bem... de madrugada eu acordei sentindo muita dor, aí fui para o banheiro, fiquei sentindo muita dor. Fica na dúvida se é vontade... de fazer cocô, ou se é outra coisa. Eu estava com muita dor, só sei que eu desmaiei.</p>
1.2. Violência obstétrica, violência institucional e julgamento moral por profissionais da RAS	
U1	<p>Na pandemia eu passei por dois abortos. Foram abortos espontâneos, mas mesmo sendo um aborto da forma "aceita", eu tive dificuldades (...) Eu fui contar para algumas amigas o que tinha acontecido comigo. E assim, como que é silencioso, mesmo o aborto espontâneo é uma vergonha para as mulheres, né? Várias amigas também falaram "já aconteceu isso comigo também, eu também sofri violência no hospital".</p>
U2	<p>Eu fiquei 4 dias sendo muito maltratada nesse hospital, as pessoas passavam por mim, perguntavam qual era o meu caso e diziam que eu tinha feito um aborto. Eu ouvia até uma voz, voz de mulheres, assim: "deixa ela aí para ela pensar no que ela fez". Quer dizer, eu fui julgada no momento em que eu tinha que ser acolhida. Eu tinha muito medo de morrer, tinha medo de ser presa. Eu tinha medo de morrer presa. Eu tinha medo, só medo. Eu tinha sangue grudado em mim, porque não me limpavam. E aquele sangue seco no meu corpo, aquilo me dava muito desespero.</p>
T1	<p>Às vezes a mulher nem sabe que ela tem direito àquilo. O profissional está ali para dar essa opção. Isso precisa se tornar uma opção, como [quando] uma mulher chega e fala: "eu não quero engravidar, quais são as minhas opções? — Ah, você pode fazer DIU, você pode tomar anticoncepcional injetável, você pode tomar anticoncepcional oral, você pode conversar com seu marido e ele faz uma vasectomia". Enfim, porque o aborto legal também não é conversado como primeira opção, por exemplo, assim que a mulher é atendida depois da violência sexual (...) A questão do aborto tem que ser abordada também. Tem que ser falado, o profissional tem que estar preparado, eu não sinto que é maldade.</p>
G2	<p>A atual direção [do hospital] tem se interessado em chegar perto dessa questão [do aborto] mesmo. O problema não é o abortamento. O problema é que a gente tem uma obrigação formal de acolher e de fazer procedimento. Nossa diagnóstico é que, felizmente, a nossa rede responde. Porém, ainda com dificuldades (...) às vezes escondida em uma cortina moral, muito arraigada, mas que essa cortina moral (...) ela não sustentaria uma discussão profunda e, por isso, ela acaba sendo muito violenta. Esse enfrentamento [acaba sendo] muito violento, não só com as mulheres, mas também com quem se posiciona de forma mais favorável [ao aborto]. E isso é grave, né?</p>
T1	<p>Quando a gente fala da violência, a gente já tem uma [reação]: "ah, na saúde?". Primeiro, porque as pessoas acham que não pertence à saúde, a violência. A violência é questão de justiça (...) de polícia. Então ninguém quer lidar com a violência. Quando ainda é violência contra a criança e ao adolescente tem um caráter muito mais pesado, mais punitivo, então acho que ainda existe um olhar maior e melhor. Mas a violência contra a mulher, a violência de gênero ainda é muito complicada de lidar.</p>

2. Rede de Atenção à Saúde



2.1. Serviços e o processo de trabalho	
T1	A gente tem um fluxo de atendimento para essas mulheres que passam por situação de violência junto com os serviços de saúde mental, especialmente o ambulatório de saúde mental e o CAPS ⁴ . Quando essa mulher passa por situação de violência, se existir demanda de saúde mental, especialmente, é feita uma estratificação de risco de saúde mental, que já é usada aqui no município. A gente faz a estratificação de saúde mental dessa mulher, e aí, dependendo da pontuação, a gente encaminha com prioridade para o ambulatório de saúde mental ou para o CAPS.
T1	Nossa ação está sempre voltada para a capacitação da rede dos profissionais, mas também para o acolhimento dessa mulher, no direcionamento para esses serviços de saúde mental. Claro, se existe, por exemplo, violência sexual, a gente faz o encaminhamento para a rede para testagem rápida. Para outros atendimentos também, principalmente quando é uma violência sexual, [em casos] de atendimento mais tardio, depois das 72 horas. Às vezes os casos só chegam para gente assim. O núcleo também atua nesses casos para favorecer o fluxo de atendimento dessa mulher, fazer com que seja mais rápido o acesso e tudo mais.
G1	Bem complicado, difícil de falar, porque cada município tem uma realidade, depende muito dos profissionais que lá estão. [Existem] muitos profissionais com muita resistência, com muitos preconceitos, e crenças pessoais. (...) A gente vê esse tabu, essas dificuldades de as pessoas falarem, (...) de identificarem [a violência] também, porque elas naturalizam muitas coisas.
G1	Quando a gente a conheceu, ela nunca tinha feito um exame preventivo na vida, (...) por causa dessa violência [sexual] que ela sofreu, quando ela tinha 20 e poucos anos, ela não conseguia fazer o exame íntimo.
2.2. Boas práticas em Saúde Sexual e Reprodutiva	
T2	Mais capacitação, mais educação em saúde, principalmente para os profissionais que estão ali na ponta. Os profissionais da atenção primária que atendem essas mulheres, que geralmente são os primeiros a ouvir que ela sofreu uma violência e, que eu acho, que não estão muitas vezes preparados mesmo, para ouvir, para acolher, para entender que ela tem a escolha dela e que a gente deve respeitar.
T2	Conversando com ela em alguns momentos, apoiando, porque ela tinha muito vínculo também com a unidade de saúde, com a equipe, com a enfermeira na época, ela criou uma confiança e conseguiu fazer o exame preventivo pela primeira vez na vida, porque ela nunca tinha feito.
G2	A mulher chega [no serviço], faz uma autodeclaração, diz que é vítima de violência. Então ela é acolhida, e nesse acolhimento é feito uma tentativa de esclarecimento, de checagem do nível de esclarecimento e decisão da mulher [ao abortar]. É imperativo não posicionar a mulher a absolutamente nem um caminho, nem outro, porque é uma decisão difícil, num momento complicado, que normalmente não é imediatamente após [a violência].

Fonte: As autoras, 2025.

⁴ Centro de Atenção Psicossocial.



4. Situações de violência e aborto

4.1 Aborto e violência sexual

A análise dos relatos na presente categoria permitiu identificar o perfil das pessoas que recorrem ao aborto. Observa-se que são principalmente jovens ou mulheres que já possuem um filho e não têm condições, possibilidades ou desejo de uma nova gestação. Nota-se a partir dos relatos que se trata de mulheres jovens, em dois casos mencionados o aborto ocorreu próximo dos 20 anos. Uma participante relatou: “Ela devia ter 20 (anos) mais ou menos” (G1). Outra profissional comentou sobre uma violência sofrida por uma usuária: “Foi uma jovem, acho que uns 23, 24 anos, que também tinha sofrido violência sexual. Ela já tinha alguns filhos, tinha descoberto a gestação e não queria” (T1).

Como apontam os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) sobre óbitos fetais entre 2012 e 2022, a maior incidência de óbitos fetais ocorre entre mães de 20 a 24 anos na região Sudeste (Brasil, 2024), na sequência está a região Nordeste. No entanto, ao analisar a idade das gestantes, verifica-se que entre a faixa etária de 10 a 19 anos, os óbitos fetais no Nordeste são maiores que no Sudeste (Brasil, 2024). Os dados sobre óbitos fetais revelam dimensões importantes sobre desigualdades sociais, de gênero e das barreiras nas políticas de saúde sexual e reprodutiva. Em muitos casos, gestações não planejadas ocorrem em contextos de vulnerabilidade, falta de acesso a métodos contraceptivos, ausência de educação sexual e situações de violência sexual ou conjugal. Nessas condições, o risco de complicações gestacionais e de óbitos fetais tende a ser maior, seja por atrasos no início do pré-natal, pela ausência de acompanhamento adequado ou por tentativas inseguras de interrupção da gestação.

O aborto induzido é classificado com base no grau de risco, variando de menor risco, quando realizado em serviços de saúde por meio de intervenções com evidência científica, ao maior risco, envolvendo substâncias e objetos não indicados fora dos serviços de saúde (Ganatra et al., 2014). Os relatos das participantes indicam que o aborto induzido e inseguro é comum, especialmente entre populações vulneráveis.



Apesar da existência do aborto induzido de menor risco e do aborto legal no Brasil, abortos inseguros continuam a ocorrer frequentemente, principalmente em regiões com maior vulnerabilidade (Fonseca et al., 2020). Por exemplo, uma das participantes revela que uma de suas pacientes realizou um aborto com a ajuda de sua prima em casa (T1). Nesse caso, o aborto é considerado induzido e inseguro por não ter tido o acompanhamento e orientações de um profissional da saúde. No entanto, hoje o aborto pela via medicamentosa pode ser realizado em casa pela própria usuária de forma segura, mas, em razão da sua criminalização, existem riscos que poderiam ser evitados e produzem essa insegurança.

Mesmo no caso de um aborto espontâneo existe um risco, frente à desinformação e às condições em que ele ocorre. A participante U1 descreve ter sido surpreendida por dores e sangramento, ao vivenciar um aborto espontâneo. Isso mostra que, mesmo o aborto considerado “sem risco” ainda envolve a necessidade de cuidados, especialmente em gestantes jovens.

Conforme a Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) de 2021 estima-se que, a cada sete mulheres, uma já realizou aborto até os 40 anos de idade (Diniz et al., 2023a). A pesquisa demonstra ainda que um número significativo de mulheres abortou quando tinham menos de 19 anos, 52% das participantes (Diniz et al., 2023a). Isso representa pouco mais da metade das mulheres, destacando a necessidade de políticas de justiça reprodutiva, incluindo educação sexual abrangente e descriminalização do aborto (Diniz et al., 2023a). Entre as mulheres que fizeram dois ou mais abortos 74% eram mulheres negras, o que revela um subgrupo de mulheres que enfrentam maior vulnerabilidade em suas vidas reprodutivas (Diniz et al., 2023a).

Além disso, um dado importante sobre o retrato das participantes está relacionado ao perfil racial das usuárias do serviço de saúde (U1 e U2), dado que as duas participantes são mulheres pardas. De acordo com Diniz et al. (2023b), o aborto ocorre com maior frequência entre mulheres negras (pretas e pardas) em comparação às mulheres brancas. Dados indicam que a probabilidade de uma mulher negra, em qualquer faixa etária, ter realizado um aborto é de 11,03%, enquanto entre mulheres brancas essa taxa é de 7,55% (Diniz et al., 2023b). A justiça reprodutiva parte da compreensão de que desigualdades estruturais — como racismo, sexism,



colonialismo e pobreza — influenciam profundamente as decisões e possibilidades relacionadas à gravidez e à maternidade, sobretudo entre mulheres em situação de vulnerabilidade (Ross, 2017). Além desses fatores, condições como imigração, gênero, orientação sexual e encarceramento também determinam o acesso a cuidados adequados (Ross, 2017).

4.2 Violência obstétrica, violência institucional e julgamentos morais de profissionais da Rede de Atenção à Saúde

Houve mais de um relato descrito por usuárias dos serviços de saúde sobre experiências de violência institucional⁵ em serviços de saúde, ainda que sejam abortamentos com caráter distinto — espontâneo e induzido — a violência institucional e obstétrica se faz bastante presente nesses espaços. Como relata uma das usuárias:

E assim, como que é silencioso, mesmo o aborto espontâneo é uma vergonha para as mulheres, né? Várias amigas também falaram “já aconteceu isso comigo também, eu também sofri violência no hospital” (U1).

O termo, violência obstétrica, foi descrito pela primeira vez em uma lei⁶ na Venezuela em 2007 (Venezuela, 2007), referindo-se a ações ou omissões da equipe de saúde, como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, que resultam em atendimento desumanizado, abuso de medicalização e patologização de processos naturais, comprometendo a autonomia da mulher sobre seu corpo e afetando negativamente sua qualidade de vida (Leite et al., 2022).

Mulheres negras são frequentemente submetidas à violência obstétrica devido à intersecção de marcadores sociais e processos históricos que sustentam práticas racistas e desumanizadoras nos serviços de saúde. Seus corpos são frequentemente objetificados e tratados de forma inferiorizada, herança de processos coloniais e de políticas de controle reprodutivo, como as esterilizações forçadas (Vitória & Maciel, 2020). O racismo institucional reforça o medo e a desconfiança dessas mulheres em

⁵ Conforme as Leis nº 13.869 de 2019 e nº 14.321 de 2022, a submissão a situações de violência ou que gerem sofrimento ou estigmatização de usuários dos serviços públicos é considerada violência institucional (Brasil 2019; 2022). A violência institucional se enquadra dentro da categoria de crime de abuso de autoridade (Brasil 2019; 2022).

⁶ A Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia promulgada em 2007 na Venezuela (Venezuela, 2007).



relação ao atendimento médico, pois elas relatam maior probabilidade de serem maltratadas, julgadas moralmente e submetidas a procedimentos sem respeito ou consentimento (Goes et al., 2020). Assim, a violência obstétrica contra mulheres negras reflete não apenas falhas individuais no cuidado, mas a persistência de estruturas de poder que negam sua dignidade e autonomia reprodutiva.

Além disso, há um estigma social em torno do aborto o qual se particulariza quando são corpos racializados. Isso contribui para que mulheres negras adiem a busca por atendimento, o que resulta em maiores taxas de aborto inseguro e na realização tardia do procedimento. Inclusive nos Estados Unidos, mulheres negras e latinas relatam enfrentar estigma e tratamento discriminatório mesmo em casos de aborto espontâneo, conforme observado no relato da usuária (U1), o que reforça a dificuldade de acesso a cuidados adequados e o medo de procurar assistência médica (Goes et al., 2020). Esses processos produzem desconfiança nas usuárias e medo do julgamento de profissionais da saúde, como descrito pela participante:

Eu fiquei 4 dias sendo muito maltratada nesse hospital, as pessoas passavam por mim, perguntavam qual era o meu caso e diziam que eu tinha feito um aborto. Eu ouvia até uma voz, voz de mulheres, assim: “deixa ela aí para ela pensar no que ela fez” (U2).

No relato acima descrito, trata-se de um aborto induzido, e por conta disso os profissionais de saúde responderam de forma condenatória, com a intenção de punir a prática de algo que é atravessado pela ilegalidade. O julgamento moral por parte das profissionais ocorre, inclusive, em um momento de grande fragilidade, como retratado pela usuária no trecho “eu fui julgada no momento em que eu tinha que ser acolhida. Eu tinha muito medo de morrer, tinha medo de ser presa. Eu tinha medo de morrer presa. Eu tinha medo, só medo” (U2). No Brasil, o aborto é um procedimento de saúde que está entre a ilegalidade e ilicitude, o receio frente à possibilidade de ser criminalizada é decorrente da ausência de garantia à autonomia e ao livre exercício da saúde reprodutiva da mulher (Biroli, 2014).

O relato da usuária (U2) expressa, de forma concreta e dolorosa, a importância da justiça reprodutiva. A experiência de ser julgada, negligenciada e desumanizada evidencia como o racismo institucional, o sexismo e as desigualdades estruturais moldam o acesso e a qualidade do cuidado em saúde (Ross, 2017). A liberdade



reprodutiva não pode ser analisada isoladamente das condições sociais e históricas que limitam as escolhas e o direito ao cuidado digno. No caso relatado, a usuária foi duplamente penalizada — por sua condição racial e por sua decisão reprodutiva —, revelando como o racismo e o moralismo se entrelaçam para violar direitos humanos e reprodutivos. A situação ilustra, portanto, que a justiça reprodutiva exige não apenas o acesso formal a serviços de saúde, mas também o enfrentamento das violências simbólicas e institucionais que determinam quem é tratada com respeito e quem é condenada por exercer sua autonomia (Ross, 2017).

Ademais, a ausência de políticas públicas eficazes de saúde sexual e reprodutiva, aliada às restrições no acesso ao aborto legal e à presença de barreiras institucionais, constitui uma forma de violência institucional que atinge de maneira mais severa as populações em situação de vulnerabilidade (Toledo et al., 2015). Diante dessa negligência, muitas mulheres acabam recorrendo a práticas clandestinas e inseguras para interromper a gestação, o que aumenta significativamente o risco de complicações graves e até de morte. O estigma social em torno do aborto aprofunda ainda mais esse cenário, silenciando casos de violência e abuso, dificultando o acesso à informação e afastando as mulheres dos serviços de saúde (Ruschel et al., 2022).

No Brasil, esse contexto de desigualdade atinge majoritariamente mulheres negras, jovens e da classe trabalhadora, por sua vez, elas são as que mais sofrem os impactos do aborto clandestino (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2017; Góes, 2018). A criminalização do aborto empurra essas mulheres para a clandestinidade, comprometendo sua saúde física e psicológica, ao mesmo tempo que reforça a estigmatização e a exclusão social (Lima & Cordeiro, 2020). Ao negar o direito de decidir sobre o próprio corpo, o Estado perpetua um sistema de controle reprodutivo que reproduz o racismo estrutural e aprofunda as desigualdades de gênero e classe, tornando as mulheres negras o grupo mais vulnerável às consequências dessa omissão política e institucional (Lima & Cordeiro, 2020).

A atuação ética na área da saúde é crucial para oferecer acolhimento adequado às mulheres que enfrentam violência e medo, independentemente do tipo de aborto (espontâneo, induzido ou legal). É fundamental questionar as práticas violentas que



ocorrem nos serviços. A conduta deve ser pautada pela legalidade, sigilo, acolhimento e humanização do cuidado. Discussões sobre o acesso ao aborto legal devem considerar essas implicações e integrar a questão do aborto como uma opção desde o início do atendimento, especialmente após casos de violência sexual, como questionado por uma das participantes: “por que o aborto legal também não é conversado como primeira opção, por exemplo, assim que a mulher é atendida depois da violência sexual?” (G1).

Conforme resultados de uma revisão sistemática que analisa o acesso aos serviços de saúde de aborto legal na América Latina e Caribe, nota-se que o aborto legal é um direito não legitimado (Gomes, 2021). Um dos fatores que contribui para a não legitimidade do aborto é o não acesso à informação adequada acerca dos DSR. Em razão da desinformação muitos profissionais acreditam ser necessária a autorização para menores de idade; ou que é exigida a apresentação de boletim de ocorrência para acesso ao procedimento (Gomes, 2021).

No cotidiano da atenção à saúde, os serviços encontram diversos desafios ao prestarem atendimento voltado a temáticas sensíveis, tal como o aborto. As trabalhadoras acabam sendo expostas inclusive à violência institucional, ao se posicionarem contra as objeções impostas pela instituição. Uma das profissionais de saúde considera que intervenções relacionadas ao procedimento de aborto estão “escondidas em uma cortina moral” (sic). Ao se colocarem favoráveis à conduta ética, as trabalhadoras sofrem perseguições, “por isso acaba sendo muito violento esse enfrentamento, né, muito violento, não só com as mulheres, mas também com quem se posiciona de forma mais favorável [ao aborto]” (G2).

O relato de outra participante revela a dificuldade por parte das trabalhadoras e dos serviços em tratar situações de violência como algo pertencente à saúde, e não apenas como um fenômeno do campo da justiça. Ademais, faz ênfase ao atendimento à criança e ao adolescente:

Quando ainda é violência contra a criança e ao adolescente tem um caráter muito mais pesado, mais punitivo, então acho que ainda existe um olhar maior e melhor. Mas a violência contra a mulher, a violência de gênero ainda é muito complicada de lidar (T1).



A violência contra crianças e adolescentes é uma das maiores ameaças à saúde e aos direitos humanos no Brasil e na América Latina (Rubio et al., 2025). O Código Penal Brasileiro determina que relações sexuais com menores de 14 anos é crime sexual contra vulnerável, independente do discernimento ou consentimento da mesma (Brasil, 1940).

Estudos apontam que a violência sexual frequentemente ocorre no domicílio, ou com pessoas próximas da pessoa, ou em locais da comunidade, indicando que o ambiente familiar e social nem sempre oferece segurança e proteção (Oliveira et al., 2014). Apesar da participante mencionar que a violência contra crianças e adolescentes tem um caráter mais “punitivo” (sic), isso não se verifica na prática, logo que os direitos das crianças e adolescentes vem sofrendo diversas ameaças. Haja vista a existência de campanhas como “Criança não é mãe” e “Nem presa nem morta”, fortalecidas no ano de 2025, que denunciam a imposição da maternidade, a naturalização da violência sexual e o comprometimento dos direitos fundamentais da infância.

O Brasil vive inclusive um cenário de intensos retrocessos e disputas políticas envolvendo o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e o direito ao aborto legal. O CONANDA, responsável por orientar políticas voltadas à infância e adolescência, tem sido alvo de ataques por garantir o atendimento humanizado a meninas e adolescentes vítimas de violência sexual, conforme previsto em lei. Propostas como o PDL 3/2025 tentam revogar resoluções protetivas, como a 258/2024, o que enfraqueceria a proteção às vítimas e ampliaria barreiras institucionais, comprometendo sua saúde e dignidade.

Em um contexto mais amplo, o Congresso Nacional tem apresentado projetos que visam restringir o aborto legal, como o PL 1904/2024, que equipara o procedimento ao homicídio e criminaliza mulheres e meninas violentadas. Outras medidas, como a obrigatoriedade de ultrassom e a proibição de métodos seguros de interrupção da gestação, reforçam práticas de constrangimento e violação de direitos. Tais ofensivas, somadas a propostas como a PEC 164/12, que busca proibir o aborto em qualquer circunstância, configuram um grave retrocesso na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e na proteção da vida e da dignidade de meninas e mulheres.



5. Rede de Atenção à Saúde

5.1 Serviços e o processo de trabalho

A violência sexual é um fenômeno prevalente no Brasil, e são frequentes as gestações em sua decorrência, sendo o principal motivo para a realização de abortamento previsto em lei (Facuri et al., 2013). Analisando os relatos de profissionais e gestores de saúde, fica evidente a necessidade da sensibilização destes no que diz respeito ao acolhimento de mulheres em situação de violência sexual, de um protocolo e um fluxo de atendimento à mulher em situação de violência sexual melhor delimitados e divulgados, além da importância da articulação e integralização das RAS, como por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios de saúde mental.

Considerando a demanda por protocolos mais organizados, nota-se a dificuldade em padronizar fluxos e atendimentos para o aborto em âmbito nacional, visto que os municípios do Brasil possuem realidades e recursos distintos. As distintas realidades sociais em um país, somadas à estigmatização social do aborto devido à criminalização do procedimento afetam, diretamente, o acesso ao aborto legal.

As falas de T1 atentam, também, para a saúde mental da mulher em situação de violência sexual, reiterando a necessidade de direcionamento para serviços especializados. Sabe-se que a vivência em torno do aborto produz sofrimento psíquico, seja em razão das circunstâncias em que se deram a gestação, da ausência de rede de apoio, das ferramentas psíquicas para lidar com a violência. Como apontam Klepa et al. (2023):

A procura e a realização do aborto tende a ser potencialmente geradora de sofrimentos esperados neste cenário, não sendo sinais imediatos de transtornos mentais. Essa situação não apenas envolve condições objetivas estressantes, mas evoca significados sociais e sentidos pessoais que entram em choque, envolvendo normas e papéis sociais, principalmente o da maternidade, feminilidade. Isso intensifica as pressões já existentes cotidianamente em uma estrutura social machista, incrementada por prerrogativas judaico-cristãs, no contexto brasileiro. Tal estrutura tende a punir ou recriminar mulheres em momentos cotidianos e adicionalmente em momentos de vulnerabilidade específica, quando suas escolhas e decisões evocam alternativas que, mesmo com aspectos positivos, não estão isentas de



elementos negativos, sendo, portanto, dialéticas. (Klepa, et al., 2023, p. 310-311)

O sofrimento psíquico decorre de um encontro de diferentes processos, sendo eles, econômico, jurídico, cultural e político que dão contornos difíceis à vivência do aborto numa sociedade marcada pelo patriarcado, racismo e restrição da autonomia reprodutiva (Klepa et al., 2023). O aborto, em especial o aborto em razão de violência sexual apresenta implicações frente ao estigma e às outras violências associadas, as quais podem constituir processos que agravam a saúde mental (Klepa et al., 2023). No entanto, não ocorre por motivos isolados, mas em razão de um conjunto de processos interconectados. Considerando esses aspectos da saúde mental, a estigmatização e o preconceito no processo de trabalho entre profissionais da saúde podem ser percebidos na fala de um dos gestores, quando afirma:

[Existem] muitos profissionais com muita resistência, com muitos preconceitos, e crenças pessoais. (...) A gente vê esse tabu, essas dificuldades de as pessoas falarem, (...) de identificarem [a violência] também, porque elas naturalizam muitas coisas (G1).

É frequente no discurso de profissionais de saúde a alegação de que questões éticas os impedem de atuar no aconselhamento e acolhimento de mulheres que manifestem o desejo de abortar. Entretanto, é uma violação dos direitos e da dignidade humana, além de uma violação do código de ética profissional, quando são omitidas informações científicas e relevantes que podem salvar a vida de uma mulher (Teixeira & Paiva, 2021).

Ademais, a violência sexual pode ter implicações em outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, por exemplo, ao evitar o exame citopatológico devido ao trauma de uma violência sofrida (G1). Sabe-se que a violência sexual tem expressões na saúde mental e no acesso a serviços voltados à saúde reprodutiva, afetando substancialmente as mais jovens (Jina & Thomas, 2013; Grose et al., 2021). Essa vivência traumática pode resultar em um desconforto ou medo de realizar intervenções clínicas e ginecológicas, posterior à violência. Vale-se destacar que as reações emocionais após o aborto, como tristeza, desinteresse, medo, vergonha e raiva, são frequentemente decorrentes das circunstâncias de violência, mais do que do procedimento do aborto em si (Klepa et al., 2023).



5.2 Boas práticas em Saúde Sexual e Reprodutiva

No tocante às boas práticas em saúde sexual e reprodutiva, foi observada a necessidade de formação e capacitação de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), como apresentado pelo profissional de saúde:

Mais capacitação, mais educação em saúde, principalmente para os profissionais que estão ali na ponta, os profissionais da atenção primária que atendem essas mulheres, que geralmente são os primeiros a ouvir que ela sofreu uma violência e que eu acho que não estão muitas vezes preparados mesmo, né, para ouvir, para acolher, para entender que ela tem a escolha dela e que a gente deve respeitar (T2).

A importância em instrumentalizar profissionais da atenção primária está relacionada ao fato que muitos dos usuários possuem vínculo e uma continuidade do cuidado. Criam relações de maior confiança, o que permite uma ampliação do cuidado, como descreve a profissional “porque ela tinha muito vínculo com a unidade de saúde, com a equipe, com a enfermeira na época, ela criou uma confiança e conseguiu fazer o exame de preventivo primeira vez na vida, porque ela nunca tinha feito” (T2). Estudos evidenciam o papel estratégico da APS como ponto importante da RAS para oferta de aborto legal, como mecanismo de facilitação do acesso ao procedimento e preservação dos direitos das mulheres (Maia, 2021; Giugiani et al., 2019). Contudo, apesar de ser uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), há uma série de obstáculos na aplicação desta diretriz no Brasil (Maia, 2021; OMS, 2013).

É evidente a importância da APS no cuidado às mulheres em situação de violência. Como se observou pelo relato da participante quando se refere ao papel de uma assistente social alertada sobre situação de uma usuária, ela a encaminhou para um hospital de referência, onde a notificação foi realizada e a jovem conseguiu realizar o aborto com sucesso (T1). Esse caso destaca a importância das boas práticas em saúde sexual e reprodutiva, reforçando que a profissional deve orientar a usuária sobre todas as possibilidades disponíveis. Por exemplo, quando uma mulher pergunta: “eu não quero engravidar, quais são as minhas opções?”, é dever do profissional orientar acerca das possibilidades, sem tomar a decisão por ela. A decisão deve ser tomada pela própria mulher, pois é um momento especialmente difícil, e o



debate sobre o aborto é um direito reprodutivo, diz respeito à singularidade e autonomia reprodutiva da mulher, e não é responsabilidade da profissional sugerir um caminho específico, como afirma o participante G2.

O acesso a anticoncepcionais e ao aborto são fundamentais para que o exercício da maternidade não seja compulsório às mulheres e pessoas com útero (Biroli, 2014). No entanto, a realidade das populações racializadas revela como o controle reprodutivo ainda é limitado por barreiras estruturais, sociais e informacionais que distanciam mulheres negras dos serviços de saúde (Ross, 2017). O estudo do Conselho Nacional de Mulheres Negras, realizado em 1991 nos EUA, mostra que 58% das mulheres negras com mais de 18 anos nunca utilizaram métodos contraceptivos, embora a maioria não desejasse engravidar nem desconhecesse seu uso (Ross, 2017). Essa desconexão produz taxas desproporcionalmente altas de gravidez indesejada e aborto na comunidade afro-americana (Ross, 2017).

Essa contradição evidencia que o problema não está na falta de conhecimento individual, mas na reprodução de uma herança colonial e exclusão histórica dessas mulheres das políticas públicas de saúde reprodutiva. A ausência de acesso e de informação adequada sobre direitos reprodutivos e sobre o fluxo dos serviços reforça a desigualdade racial e de gênero, transformando a maternidade e a gravidez não planejada em experiências forçadas, pela vulnerabilidade e pelo controle social sobre os corpos negros.

6. Considerações finais

A análise dos resultados revelou inúmeros desafios no acesso ao aborto nas regiões sul e sudeste, evidenciados pelo perfil das participantes, em sua maioria mulheres jovens. Um dado especialmente relevante diz respeito à questão racial: as duas usuárias que participaram da pesquisa se autodeclararam pardas, sendo uma delas mulher com deficiência. Esse achado reforça o que diversas autoras têm apontado — as mulheres negras continuam sendo o principal grupo alvo do controle reprodutivo e as mais afetadas em casos de gestações não planejadas (Ross, 2017).

Dante disso, a conquista da autonomia e do controle sobre o próprio corpo é fundamental para a emancipação das mulheres de diferentes classes e grupos raciais.



Ao mesmo tempo não é justo que as mulheres negras sejam forçadas a renunciar ao direito à reprodução e à maternidade em razão das desigualdades impostas pelo racismo e pelas estruturas de classe, que historicamente lhes negam a possibilidade de autonomia reprodutiva e de vida — conforme observamos o processo de esterilização em massa que mulheres negras foram vítimas (Ross, 2017; Lima & Cordeiro, 2020).

Neste estudo, observou-se que muitas participantes recorreram ao aborto em condições inseguras. Contudo, o caráter de insegurança não se deve apenas ao uso de métodos caseiros ou à ausência de acompanhamento por profissionais de saúde, mas sobretudo à criminalização do procedimento, que empurra as mulheres para a clandestinidade. Ao serem privadas de acesso a serviços de saúde seguros e humanizados, as mulheres acabam expostas a riscos físicos e emocionais evitáveis. Assim, a insegurança do aborto não é uma escolha individual, mas uma consequência direta das barreiras legais e morais que negam às mulheres o direito de decidir sobre seus próprios corpos.

Outro desafio está relacionado às distintas expressões da violência obstétrica e institucional, identificados a partir dos relatos e posicionamentos dos profissionais de saúde, que expressam um julgamento com base em uma leitura do fenômeno fundamentado por uma perspectiva da moralidade judaico-cristã. Ademais, foram identificados comportamentos condenatórios da equipe de saúde, que aplicavam algum tipo de punição às usuárias que optaram pelo aborto induzido ou passaram por um aborto espontâneo. Portanto, o aborto ainda é tratado como uma questão penal, como criminalidade e ilicitude — e essa criminalização associada à questão racial no Brasil corrobora para o encarceramento mulheres negras e dá continuidade ao processo de genocídio da população negra no Brasil (Vitória & Maciel, 2020; Nascimento, 2016). Além disso, essa violência é expressa por meio de constrangimento, estigmatização, vergonha, e isso inviabiliza o acesso aos serviços já disponíveis e garantidos quando se trata de um aborto previsto em lei.

O desafio também se apresenta por notar uma vulnerabilidade no sentido da expressão de sofrimento psíquico entre mulheres que passam por situações de violência, sem contar o sofrimento decorrente das barreiras e circunstâncias até



acessar o procedimento de aborto. Se mostra urgente a necessidade da sensibilização desses profissionais para acolhimento de mulheres em situação de violência sexual.

Foi possível identificar algumas potencialidades na RAS, alguns achados da triangulação de métodos que podem contribuir para a melhora e o fortalecimento da RAS e do SUS. Destacando-se a existência de protocolos e fluxos de atendimento às mulheres que passaram por violência sexual. A existência desse protocolo garante a estruturação no cuidado, no entanto se faz presente a articulação e ampliação desses fluxos para garantir assistência aos municípios para além dos estados da região sul e sudeste, mas sim para todos do Estado brasileiro. Nota-se a necessidade de maior integração entre os serviços na rede, considerando a APS, os serviços de urgência e emergência, e os serviços da atenção secundária e terciária, como ambulatórios de saúde mental e CAPS.

Assim como, ao assumir a gestão plena, os municípios devem se comprometer com a garantia da integralidade na assistência, de modo a oferecer todos os serviços de saúde necessários à população, desde a atenção básica até a alta complexidade. Portanto, é necessária uma melhor integração e articulação com os serviços dos municípios do interior dos estados para possibilitar o acesso aos serviços de referência em aborto. Por fim, considera-se o vínculo, o acolhimento, a escuta ativa, e demais tecnologias leves competências necessárias aos profissionais de saúde.

Algumas limitações do estudo foram: a dificuldade na divulgação, por se tratar de um tema sensível e atualmente em disputa frente à onda conservadora do movimento antiaborto; acessar as participantes de pesquisa, principalmente usuárias do serviço de saúde que realizaram o procedimento; e finalmente, a dificuldade em acessar informações sobre o recorte da juventude. Nesta pesquisa, aqueles que mencionaram e contribuíram com esse recorte residiam nas regiões sul e sudeste do Brasil.

A luta pela legalização do aborto deve caminhar junto à defesa da maternidade livre e ao fortalecimento das políticas públicas voltadas a mulheres jovens, negras e pobres. É fundamental aprofundar pesquisas que relacionem o aborto às desigualdades raciais e de classe, já que a criminalização e o controle reprodutivo



afetam de forma mais severa as mulheres negras. O racismo e o estigma em torno do aborto ampliam sua vulnerabilidade, aumentando o risco de complicações e dificultando a redução da mortalidade materna. Nesse sentido, os resultados da pesquisa reforçam a importância de pautar o direito à saúde das mulheres negras dentro do marco dos direitos humanos e reprodutivos, pensando a intersecção gênero-raça-classe, e fortalecendo a perspectiva da justiça reprodutiva nas políticas públicas.

Agradecimento

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento ao Projeto de pesquisa Edital 001.

Referências bibliográficas

ADESSE, Leila; SILVA, Kátia Silveira; BONAN, Cláudia; FONSECA, Vania Matos. 2015. "Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha". *Saúde em Debate*, 39(106), p. 694–706. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YwxxbxjBkFXYp7TmzMWqVLc/?lang=pt>. Acesso em 25 fev.2025.

AQUINO, Estela M. et al. 2012. "Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?" *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012, 17(7), p. 1765–76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700015&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 27 fev. 2025.

ARAÚJO, Thália V. B. et al. 2018. "Delays in access to care for abortion-related complications: the experience of women in Northeast Brazil". *Cadernos de Saúde Pública*, 34(6), p. e00168116. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605013&lng=en&tlng=en. Acesso em 25 fev.2025.

BIROLI, Flávia. 2014. "O debate sobre o aborto". In: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. *Feminismo e política: uma introdução*. 1. ed. São Paulo: Boitempo, p. 123-130.

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



https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 28 jun. 2025.

BRASIL. 2012. Supremo Tribunal Federal (STF). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54. Relator: Min. Marco Aurélio. Julgado em 12 abr. 2012. Ementa: Mostra-se inconstitucional interpretação de a interrupção da gravidez de feto anencéfalo ser conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=136389880&ext=.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2025.

BRASIL. 2017. *Portaria de Consolidação nº 3, 28 set. 2017*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. 2019. LEI FEDERAL Nº 13.869, 5 set. 2019. Brasília: Presidência da República.

BRASIL. 2021. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. “Mortalidade materna no Brasil, 2009-2019”. Boletim Epidemiológico, Brasília, DF, 52(29), p. 13-24.

BRASIL. 2022. LEI FEDERAL Nº 14.321, 31 mar. 2022. Brasília: Presidência da República.

BRASIL. 2024. DATASUS — Departamento de Informática do SUS [Internet]. Sistema de Informações sobre Mortalidade — SIM. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em 5 nov.2024.

BURTON, Julia. 2021. “Los estudios sobre aborto en Argentina. Un estado de la cuestión”. *Cadernos Pagu*, 63, p. e216314. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/VnGKCTzj7twdNZvrcDN68bv/?format=pdf&lang=es>. Acesso em 25 out. 2025.

BURTON, Julia; TRINIDAD PERALTA, Guillermina. 2021. “Un aborto feminista es un aborto cuidado. Prácticas de cuidado en el socorismo patagónico”. *Revista Estudios Feministas*, 29(2), p. e70809, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/8sYJgLSXW6vMzR5SW7fywJj/abstract/?lang=pt>. Acesso em 25 out, 2025.

CALVERT, Clara et al. 2018. *The magnitude and severity of abortion related morbidity in settings with limited access to abortion services: A systematic review and meta-regression*, 3, BMJ Global Health. BMJ Publishing Group. Disponível em: <https://gh.bmjjournals.org/content/3/3/e000692>. Acesso em 25 fev.2025.

CARDOSO, Bruno; VIEIRA, Fernanda; SARACENI, Valéria. 2020. “Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?”. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, p. e00188718.



CARDOSO, Nathália; CADIOLI, Luiza M.; FRANCO, Mariana; VIEIRA, Elisabeth; D'OLIVEIRA, Ana Flávia. 2025. "Práticas médicas de redução de danos relacionados ao aborto inseguro na atenção primária à saúde na cidade de São Paulo, Brasil: contextos e barreiras para efetivação". *Cadernos de Saúde Pública*, 41(4), p. e00089124.

CHAVES, José Humberto; PESSINI, Leo; BEZERRA, Antônio; REGO, Guilhermina; NUNES, Rui. 2010. "Abortamento provocado na adolescência sob a perspectiva bioética". *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(2), p. s311–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 03 abr.2025.

CHAVES, José Humberto; PESSINI, Leo; BEZERRA, Antônio; REGO, Guilhermina; NUNES, Rui. 2012. "A interrupção da gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil". *Saúde e Sociedade*, 21(1), p. 246–56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100023&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 03 abr.2025.

CUNNINGHAM, F. Gary; LEVENO, Kenneth; DASHE, Jason; HOFFMAN, Barbara; SPONG, Catherine; CASEY, Brian. 2022. *First and Second-Trimester Pregnancy Loss*. *Williams Obstetrics*, 26e. New York, McGraw Hill. Disponível em: obgyn.mhmedical.com/content.aspx?aid=1190750641. Acesso em 25 fev. 2025.

DESLANDES, Suely Ferreira. 2002. "A construção do objeto de pesquisa". In: MINAYO, Maria Cecília (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis, Vozes, p. 67–81.

DINIZ, Debora; MEDEIRO, Marcelo; MADEIRO, Alberto. "National Abortion Survey — Brazil, 2021". 2023a. *Ciência e Saúde Coletiva*, 28(6), p. 1601–6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mDCFKkqkyPbXtHXY9qcpMqD/>. Acesso em 18 mar.2025.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; SOUZA, Pedro; GOÉS, Emanuelle. 2023b. "Aborto e raça no Brasil, Pesquisa Nacional de Aborto 2016 a 2021". *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(110), p. 3085–3092. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.14062023>. Acesso em: 29 jun. 2025.

DOMINGOS, Selisvane; MERIGHI, Miriam. 2010, jan. "O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem". *Escola Anna Nery*, 14(1), p. 177–181.

DROVETTA, Raquel Irene. 2012, jan. "O aborto na Argentina: implicações do acesso à prática da interrupção voluntária da gravidez". *Revista Brasileira de Ciência Política*, 7, p. 115–132.



FACURI, Cláudia; FERNANDES, Arlete; OLIVEIRA, Karina; ANDRADE, Tiago; AZEVEDO, Renata. 2013. "Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, 29(5), p. 889–98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500008&tlang=pt&tlang=pt. Acesso em 28 abr.2025.

FERGUSSON, David; HORWOOD, L. John; RIDDER, Elizabeth. 2005. "Abortion in young women and subsequent mental health". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), p. 16–24. Disponível em: <https://www.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscador.html?task=detalhes&id=W2123923334>. Acesso em 27 fev.2025.

FERRARI, Wendell; PERES, Simone. 2020. "Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, 2020; 36(1), p. e00198318. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001305009&tlang=pt&tlang=pt. Acesso em 3 abr. 2025.

FONSECA, Sandra; DOMINGUES, Rosa; LEAL, Maria do Carmo; AQUINO, Estela; MENEZES, Greice. 2020. "Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018". *Cadernos de Saúde Pública*, 36(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001302001&tlang=pt&tlang=pt. Acesso em 18 mar.2025.

GALLI, Beatriz; BONAN, Claudia. 2023. "Aprendizado da sexualidade em contexto de iniquidades e violências: relatos de aborto de adolescentes de uma favela no Rio de Janeiro, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, 39(10), p. e00129223. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2023001008001&tlang=pt&tlang=pt. Acesso em 3 abr. 2025.

GANATRA, Bela et al. 2014. "From concept to measurement: Operationalizing WHO's definition of unsafe abortion", 92, *Bulletin of the World Health Organization*, p. 155. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/271485>. Acesso em 14 mar.2025.

GIUGLIANI, Camila; RUSCHEL, Angela Ester; PATUZZI, Gregório Corrêa; SILVA, Maura Carolina Belomé. 2021. *Violência sexual e direito ao aborto legal no Brasil: fatos e reflexões*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

GIUGLIANI, Camila; RUSCHEL, Angela; SILVA, Maura Carolina Belomé; MAIA, Melanie; OLIVEIRA, Denize. 2019. "O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde". *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 14(41), p. 1791. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1791>. Acesso em 2 mai. 2025.



GOES, Emanuelle et al. 2020. "Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto". *Cadernos de Saúde Pública*, 36. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00230318>

GOMES, Ana Clara. 2021. *Barreiras para o acesso aos serviços de aborto legal na América Latina e Caribe uma revisão sistemática qualitativa*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

GROSE, Rose; CHEN, Julia; ROOF, Katherine; RACHEL, Sharon; YOUNT, Kathryn. 2021. "Sexual and Reproductive Health Outcomes of Violence Against Women and Girls in Lower-Income Countries: A Review of Reviews". *Journal of sex research*, 58(1), p. 1–20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31902238/>. Acesso em 28 abr.2025.

HADDAD, Lisa; NOUR, Nawal. 2009. "Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality". *Rev. Obstetrics & Gynecology*. 2(2), p. 122-126. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19609407/>. Acesso em 25 fev.2025.

JACOBS, Mariana Gasino; BOING, Alexandra Crispim. 2021. "O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019?", *Cadernos de Saúde Pública*, 37(12), p. e00085321. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021001205009&tIngr=pt. Acesso em 2 abr.2025.

JOHNSON, María Cecilia. 2018, jan. "Ni la pareja, ni la familia, ni la Iglesia deciden por mí": la experiencia del aborto en mujeres católicas". *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, 28, p. 51–70.

JINA, Ruxana; THOMAS, Leena S. 2013, 1 fev. "Health consequences of sexual violence against women". *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*. 27(1), p. 15–26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22975432/>. Acesso em 28 abr.2025.

KLEPA, Victória; PAIVA, Livia; BELLENZANI, Renata; SCHIOCCHET, Taysa; OLIVEIRA, Maria Helena. 2023. "Saúde mental e aborto decorrente de violência sexual: uma revisão integrativa de literatura". *Divers@!* 16(2), p. 294. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/diver/article/view/92841>. Acesso em 2 mai.2025.

LEITE, Tatiana; MARQUES, Emanuele; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; NUCCI, Mariana; PORTELLA, Yammê; LEAL, Maria do Carmo. 2022. "Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil". *Ciência e Saúde Coletiva*. 27(2), p. 483–91. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vWq9rQQg8B8GhcTb3xZ9Lsj/?format=pdf&lang=en>. Acesso em 27 mar.2025.



LEMOS, Adriana; RUSSO, Jane A. 2014, abr. "Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde". *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 18(49), p. 301–312.

LIAMPUTTONG, Pranee. 2019. *Qualitative research methods*. 5th ed. South Melbourne: Oxford University Press.

LIMA, Nathália Diórgenes; CORDEIRO, Rosineide. 2020. "Aborto, racismo e violência: reflexões a partir do feminismo negro". *Em Pauta*, Rio de Janeiro, 18(46), p. 101-117, 2º sem.

MAIA, Melanie Noël. 2021. *Oferta de aborto legal na atenção primária à saúde*. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 16(43) p. 2727. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2727>. Acesso em 27 fev.2025.

MARTINS, Kétlen; ANTONIO, Daliana. 2025. Legal abortion: Doctors' reports at a reference hospital. *Saúde e Sociedade*, 34(2), p. e240365en.

MARVÁN, Luisa; ORIHUELA-CORTÉS, Fabiola; RÍO, Asunción. 2018. "Actitudes hacia la interrupción voluntaria del embarazo en jóvenes mexicanos, y su opinión acerca del aborto inseguro como problema de salud pública". *Cadernos de Saúde Pública*, 34(10), p. e00192717.

MENEZES, Greice; AQUINO, Estela; SILVA, Diorlene. 2006. "Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy". *Cadernos de Saúde Pública*, 2006; 22(7), p. 1431–46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700008&lng=en&tlang=en. Acesso em 27 fev. 2025.

MENEZES, Greice; AQUINO, Estela M. L. 2009. "Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva". *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (2), p. s193–204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400002&lng=pt&tlang=pt. Acesso em 02 abr.2025.

MINAYO, Maria Cecília; ASSIS, Simone; SOUZA, Edinilda (orgs.). 2005. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

MINAYO, Maria Cecília. 2014. "Técnicas de pesquisa". In. MINAYO, Maria Cecília. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Hucitec Editora.

NASCIMENTO, Abdias. 2016 [1978]. *O genocídio do negro brasileiro. Processo de um racismo mascarado*. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra.

NUNES, Maria das Dores; MADEIRO, Alberto; DINIZ, Debora. 2019. *Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil*. *Saúde em Debate*, 43(123), p. 1132–



44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000401132&tlang=pt. Acesso em 27 fev. 2025.

OLIVEIRA, Jacqueline et al. "Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década". *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014, 19(3), p. 759–71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300759&tlang=pt&tlang=pt. Acesso em 25 abr. 2025.

OMS. 2013. Organização Mundial da Saúde. *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde*. 2ª ed. Geneva, OMS. Disponível em: https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1385984202Abortamento_seguro_parte_001.pdf. Acesso em 28 abr. 2025.

PATIÑO, Luisa; MAYA-GARCÍA, Veronica; MENDIETA, David. 2025, abr. "El aborto como derecho fundamental en Colombia: un análisis desde la (in)seguridad jurídica constitucional". *Revista de Investigações Constitucionais*, 12(1), p. e503.

PECHENY, Mario. 2025. "Sexualidade e direitos humanos na América-Latina: um inventário sempre aberto de problematizações". *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, 41, p. e22307.

PETRACCI, Mónica; Mario Pecheny; MATTIOLI, Mariana; CAPRIATI, Alejandro. 2012, dez. "El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires". *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, 12, p. 164–197.

PILECCO, Flávia et al. 2021. "Abortion and the COVID-19 pandemic: insights for Latin America". *Cadernos de Saúde Pública*, 37(6), p. e00322320.

ROCHA, Wesley et al. 2015, maio. « Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal». *Revista Bioética*, 23(2), p. 387-399.

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

RUSCHEL, Angela; MACHADO, Frederico; GIUGLIANI, Camila; KNAUTH, Daniela. 2022. "Women victims of sexual violence: critical paths in the search for the right to legal abortion". *Cadernos de Saúde Pública*, 38(10) p. e00105022.

RUBIO, Carla et al. 2025. "Rede de proteção às crianças/adolescentes vítimas de violência: revisão de escopo". *Ciência & Saúde Coletiva*, 30(3), p. e18142023.

RYBKA, Larissa; CABRAL, Cristiane. 2023. *Morte e vida no debate sobre aborto: uma análise a partir da audiência pública sobre a ADPF 442*. *Saúde e Sociedade*, 32(2), p. e220527pt. Disponível em:



http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902023000200201&tlang=pt. Acesso em 27 fev.2025.

SCHIOCCHE, Taysa; MÜLLER, Fernanda; CONCIANI, Isabela; KLEPA, Victória (orgs.). 2024. *Procedimento operacional padrão: projeto de pesquisa impactos da pandemia de COVID-19 no acesso ao aborto legal no Brasil*. Curitiba, Ed. das Autoras.

SOUTO, Rayone et al. 2017. "Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento". *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), p. 2909–18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902909&tlang=pt&tlng=pt. Acesso em 02 abr.2025.

SOUSA, Ana Zélia et al. 2025. "The values attributed by physicians and nurses to abortion in Brazil". *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(2), p. e20240196.

SOUZA, Flavia; DREZETT, Jefferson; MEIRELLES, Alcina; RAMOS, Denise. 2012. "Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual/Psychological aspects of women who suffer sexual violence". *Reprodução & Clima*, 27(3), p. 98–103. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-743171>. Acesso em 28 abr.2025.

SZWARC, Lucila; VÁZQUEZ, Sandra S. F. 2018. "Lo quería hacer rápido, lo quería hacer ya": tiempos e intervalos durante el proceso de aborto". *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, 28, p. 90–115.

TEIXEIRA, Júlia; PAIVA, Sabrina. 2021. "Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial". *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(2), p. e310214. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312021000200612&tlang=pt. Acesso em 28 abr.2025.

TOLEDO, Márcia et al. 2015. "Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape". *International Archives of Medicine*, 8(1). Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L604426108&from=export>. Acesso em: 29 jun. 2025.

VACAREZZA, Nayla. 2020. "La mano que vota. Visualidad y afectos en un símbolo transnacional del movimiento por el derecho al aborto en el Cono Sur". *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, 35, p. 35–57.

VAN LOOK, Paul; COTTINGHAM, Jane. 2013. "The World Health Organization's Safe Abortion Guidance Document". *Am J Public Health*, 103(4), p. 593–6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23409886/>. Acesso em 25 fev.2025.



VENEZUELA. 2007. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Caracas. Disponível em: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/public/pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf. Acesso em: 28 jun. 2025.

VITÓRIA, Alice; MACIEL, Ingra. 2020. “Mulheres negras e aborto: diálogos sobre um processo de resistência”. *Revista África e Africanidades*, ano XII, 33, p.1983-2354.

ZANARDO, Gabriela; URIBE, Magaly; NADAL, Ana Hertzog; HABIGZANG, Luísa Fernanda. 2017. “Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa”. *Psicologia & Sociedade*, 29(0), p. e155043. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/abstract/?lang=pt>. Acesso em 27 mar.2025.