

Biopolíticas de gênero e entraves na assistência ao aborto legal: autonomia reprodutiva em debate

Gender biopolitics and obstacles to legal abortion care: Reproductive autonomy under debate

Fernanda Teixeira de Barros Neta¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910444P

RESUMO Este ensaio é fruto de pesquisa de pós-doutorado em Psicologia, realizado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia na Universidade Federal do Pará (UFPA), no período de abril de 2023 a maio de 2024. Pretendi fazer uma análise crítica sobre os direitos sexuais e reprodutivos a partir de problematizações sobre as políticas e práticas de saúde da mulher, em específico, sobre o aborto legal. Para tanto, como caminho metodológico, lancei mão da pesquisa documental, a partir da escolha de dois documentos publicados pelo organismo multilateral Fundo da População das Nações Unidas (UNFPA), e análise de cartilha do Grupo Curumim, uma organização não governamental (ONG) que atua na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente, de meninas e mulheres, para problematizar sobre os efeitos deletérios da pandemia da covid-19 no que tange ao acesso aos serviços de aborto legal. As principais dificuldades encontradas que dificultam a autonomia reprodutiva são: vazio assistencial; falta de informação e pouca visibilidade; deficiência na estrutura física dos hospitais; limite do tempo gestacional; objeção de consciência; valores morais e religiosos e a desconfiança da/do profissional com relação à palavra da paciente; formação insuficiente, falta de sensibilização e capacitação sobre atenção ao aborto.

PALAVRAS-CHAVE Direitos sexuais e reprodutivos. Aborto legal. Políticas de saúde. Saúde reprodutiva.

ABSTRACT This essay is the result of postdoctoral research in Psychology, carried out in the Postgraduate Program in Psychology at the Federal University of Pará (UFPA), from April 2023 to May 2024. The aim was to conduct a critical analysis of sexual and reproductive rights, based on problematizations of women's health policies and practices, specifically legal abortion. To this end, as a methodological approach, documentary research was used, based on the selection of two documents published by the multilateral organization United Nations Population Fund (UNFPA), and analysis of a booklet launched by the Curumim Group, a Nongovernmental Organization (NGO) that works to promote sexual and reproductive rights, especially for girls and women, to problematize the harmful effects of the COVID-19 pandemic on access to legal abortion services. The main difficulties encountered that hinder reproductive autonomy are: lack of care; lack of information and little visibility; deficiencies in the physical structure of hospitals; limit on gestational age; conscientious objection; moral and religious values and the professional's distrust of the patient's word; insufficient training, lack of awareness and training on abortion care.

KEYWORDS Reproductive rights. Abortion, legal. Health policy. Reproductive health.

¹Universidade Federal do Amapá (Unifap) - Macapá (AP), Brasil.
fernandatbn@gmail.com

Introdução

Este ensaio é fruto de pesquisa de pós-doutorado em Psicologia, realizado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia na Universidade Federal no Pará (UFPA), no período de abril de 2023 a maio de 2024. Portanto, pretendi realizar uma análise crítica sobre a medicalização da sexualidade do corpo das mulheres, a partir de problematizações sobre as políticas e práticas de saúde, em específico, sobre o serviço de aborto legal. Para tanto, articulei discussões que tangenciam as temáticas de gênero, lutas feministas, colonialidades, medicalização, direitos sexuais e reprodutivos, autonomia sexual.

Direitos sexuais e reprodutivos e as reverberações nas políticas de saúde

A segunda onda do feminismo caracteriza-se por ter sido o momento do encontro do movimento com os estudos da mulher, com a história das mulheres, ao tornar visível aquela que fora ocultada – pois havia uma invisibilidade da mulher enquanto sujeito, uma ausência feminina nas ciências, nas artes, nas letras. Lançou luz para temas e problemáticas que, até então, não habitavam o espaço acadêmico. Ao abordar o cotidiano da família, da sexualidade, do ambiente doméstico, das emocionalidades, trouxe o caráter político sobre as vidas femininas. A discussão acerca de maior autonomia reprodutiva e sexual das mulheres (de quais mulheres?), sobretudo a partir do advento da pílula anticoncepcional, foi uma das pautas veementemente defendidas. Feministas ocidentais preocupavam-se em quando, como e se as mulheres queriam ter, e quantos filhos.

Como efeito, no ano de 1994, na Conferência de População e Desenvolvimento¹ da Organização das Nações Unidas (ONU), em Cairo, em 1995, na IV Conferência Mundial

sobre a Mulher², ocorre a promulgação dos direitos reprodutivos e sexuais, respectivamente, dentro do escopo dos direitos humanos. Estes se definem como:

Direito básico de todo casal e todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer [...]¹.

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsavelmente sobre questões relacionadas a sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência².

Em que pese não ser intenção deste trabalho se aprofundar sobre as condições de possibilidades, das lutas políticas, das articulações e alianças em torno da promulgação dos direitos acima, recorro, brevemente, às contribuições de Corrêa³ sobre os bastidores para analisar os efeitos sobre nossas políticas. Segundo a referida autora, na Conferência de Cairo, houve intermináveis negociações que pautaram a inclusão dos termos saúde sexual e direitos sexuais, contudo, foram eliminados do texto final, sendo retomados somente na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, de 1995. Sobre isso:

Na Conferência de Cairo a força motriz foi determinada pelas feministas envolvidas com saúde e direitos reprodutivos. Em Pequim, entraram em cena as redes lésbicas e a presença efetiva dos grupos gays só aconteceria a partir de 2001³(23).

No debate acerca dos direitos sexuais, a autora em tela traz o debate de que estes foram definidos com relação à saúde, pautados por um modelo biomédico, centrando-se em discussões sobre dispositivos da violência colonial/moderna, discriminações, coerções, não tendo espaço para discussões sobre o prazer, o exercício da autonomia, o que algumas

discussões contemporâneas vêm abordando sobre justiça erótica⁴. A importância de compreender esses bastidores implica analisar as escolhas e as reverberações em termos de políticas públicas instituídas no nosso País.

Em termos de políticas públicas de saúde, os direitos reprodutivos podem ser vistos nas políticas de acesso: aos métodos contraceptivos (preservativos, dispositivo intrauterino, laqueadura, vasectomia), ao planejamento reprodutivo, de atenção à gestação (pré-natal) e ao parto (humanizado e livre de violência obstétrica), atenção ao abortamento, à profilaxia referente à violência sexual e ao acesso ao aborto legal.

No Brasil, no que se refere à saúde reprodutiva da população negra, temos o dado histórico de que as mulheres negras escravizadas exerciam uma maternidade imposta pela conjuntura de estupro, ao mesmo tempo que seus úteros funcionavam como um ventre produtor de mão de obra escrava, principalmente, quando da proibição do tráfico transatlântico. A essas mulheres, foi negado o direito de maternar. Como uma forma contemporânea de violação dos direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres negras foram vítimas de esterilização compulsória e cirúrgica na década de 1980, sob o discurso oficial de controle da natalidade e um discurso oficioso racista e eugênico de controle da criminalidade⁵.

Naquela década e na seguinte, houve uma campanha nacional contra a esterilização de mulheres negras, liderada pela médica e ativista negra Jurema Werneck, cujo lema era ‘Esterilização: do controle da natalidade ao genocídio do povo negro’. O Ministério da Saúde (MS) realizou a pesquisa Nacional de Demografia em Saúde⁶ (1996), a qual revelou que 45% das mulheres negras em idade reprodutiva tinham passado por processo de esterilização, sendo que 20% delas não tinham 25 anos de idade. Segundo Damasco, Maio e Monteiro⁵, esse cenário tensionou o movimento feminista brasileiro e impulsionou o desenvolvimento do feminismo negro, a partir da indissociabilidade entre gênero e

raça, articulação tão bem deflagrada, estudada e escrita por pensadoras como Lélia Gonzalez e Sueli Carneiro.

E, ainda hoje, como retrato da continuidade das violações desses direitos, segundo dados do Fundo de População das Nações Unidas⁷ (UNFPA) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade⁸ (SIM), do DataSUS, as gestantes negras apresentam: maior risco de ter um pré-natal inadequado, ausência de acompanhante durante o parto, peregrinação para o parto e maior possibilidade de receber anestesia local para a episiotomia; 71,4% das mortes maternas causadas por aborto inseguro e 61,2% das mortes maternas evitáveis são de mulheres negras.

É preciso problematizar a ideia subjacente dos direitos sexuais e reprodutivos como uma ‘escolha’, meramente, individual.

Estaríamos falando de uma autonomia reprodutiva ou uma tutela reprodutiva? Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1986), trazidos pela pesquisa de Damasco, Maio e Monteiro⁵, a pílula contraceptiva e a esterilização eram os dois métodos mais recorrentes entre as mulheres. Para Fonseca, Marre e Rifiotis⁹⁽¹³⁾, a noção de autonomia feminina “reforça sutilmente políticas neoeugênicas objetivando coibir a fertilidade de pessoas de certa classe e cor”.

As feministas e mulheres negras dos países do Sul e da América do Norte expandem as noções dos direitos reprodutivos como uma autonomia individual, e passam a falar em Justiça Reprodutiva, ampliando a discussão ao reconhecer as desigualdades e promover a justiça social. Assim, abrem espaço para que emergjam discussões sobre: mortalidade materna e perinatal, mutilação genital feminina, esterilização compulsória e indesejada, violência sexual e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), acesso ao aborto seguro; discriminação de gênero, violência ginecológica, violência obstétrica, entre outras. Importa refletir que tão importante quanto o direito a não ter filhos é o direito de tê-los e criá-los em condições dignas. Atesta-se que necessidades sociais e questões estruturais (racismo, machismo, misoginia,

sexismo) podem impedir uma real ‘escolha’ sexual e reprodutiva. Nossa decisão não está atravessada por pressões, contextos culturais, socioeconômicos nos quais vivemos?

Tais problematizações nos levam a compreender a reprodução humana não como um fenômeno biológico, natural, como quiseram nos fazer acreditar. Há interesses biopolíticos, coletivos, forças políticas que perpassam o tecido social – questões de gênero, de sexualidade, de raça, de etnia, de mercado, de Estado, de regimes morais, de corporações médicas, de organismos internacionais, de economia, de controles legislativos que monitoram e controlam os comportamentos reprodutivos. Algumas antropólogas feministas têm usado o conceito de governança reprodutiva⁹.

Portanto, a concepção de gênero, de relações de gênero, são ferramentas política e analítica. No gênero, a prática social se dirige aos corpos, outrossim, as instituições e as práticas sociais são constituídas e constituintes das relações de gênero. Dessa forma, podemos e devemos conceber práticas de saúde generificadas.

Políticas de saúde da mulher (ou materna?) e a assistência ao abortamento

Evidencia-se que, no Brasil, o escopo da ‘saúde materno-infantil’ ganhou força na década de 20, reduzindo a saúde da mulher à saúde materno-infantil, atrelando-a à maternidade. Como se a única forma de a mulher ser cuidada, acompanhada por práticas e políticas de saúde fosse na performance de ‘mãe’. Tal prática estava condizente com os objetivos biopolíticos de controle sobre a reprodução humana e a construção de uma nação forte e sadia para o futuro do Brasil.

Tal direcionamento, por privilegiar essa política de saúde, a materno-infantil, ainda pode ser observado nas políticas mais atuais do MS. Um exemplo prático pode ser visto no lançamento da Rede Cegonha (instituído pela

Portaria nº 1.459, de 2011), a qual tinha como um dos objetivos:

Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e a saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses¹⁰.

A receptividade dessa política pelos movimentos feministas, de mulheres e da saúde não foi positiva e recebeu muitas críticas ao questionar o escopo do que seria a saúde integral da mulher e o reforço à maternidade compulsória.

Outro exemplo pode ser encontrado nas Residências Multiprofissionais ofertadas no estado do Pará, intituladas ‘Atenção à Saúde da Mulher e da Criança’, nas quais as(os) residentes, praticamente, não rodam em cenários de assistência referentes à saúde da mulher, mas, sim, em cenários que reafirmam que cuidar das mulheres se restringe à obstetrícia, ao pré-natal, ao parto e ao planejamento reprodutivo. Ao promover políticas, manuais, campos de atenção e ensino que se centralizam na mulher-gestante, mulher-puérpera, reduz-se a mulher à maternidade e anula-se o exercício de uma sexualidade que não seja para esse fim.

Nesse bojo, problemáticas de saúde, como controle do câncer de mama e do colo do útero, intercorrências ginecológicas, climatério, tratamento para aids e IST e violência sexual não recebem os mesmos holofotes. Vale ressaltar que, segundo relatório sobre ‘Estudo da Mortalidade de Mulheres, de 10 a 49 anos, com ênfase na Mortalidade Materna’, produzido pelo MS¹¹ em 2006, as quatro principais causas de morte em mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos foram, respectivamente: neoplasias (24,4%), doenças do aparelho circulatório (19,6%), causas externas (15,5%) e doenças infecciosas parasitárias (12,5%). Os óbitos referentes a gravidez, parto e puerpério (3,3%) ocuparam o oitavo lugar.

A partir da minha vivência como psicóloga em hospital de referência em atenção à saúde da mulher e da criança no estado do Pará,

foi possível perceber que muitas mulheres atendidas em trabalho de parto nunca haviam feito o exame Preventivo do Câncer de Colo de Útero (PCCU) ou o fizeram há muito tempo. O momento prioritário no qual a mulher encontra e acessa a saúde é na condição materna. Assim, nota-se a eleição da maternidade como foco de estratégia política na saúde.

Fazendo um contraponto como uma tentativa de tensionar o exposto acima, está tramitando no Senado Federal um projeto de lei que prevê que o tratamento para o climatério e a menopausa seja garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto política pública de saúde da mulher, porém, caminhando ainda de forma muito tímida.

Apesar de ações que tentam ampliar a saúde da mulher para além do escopo da saúde materna, ainda se nota ausência de discussões e ações voltadas para refletir sobre algumas temáticas, a exemplo do aborto legal, o que reforça a contradição dentro do SUS acerca dos direitos sexuais e reprodutivos.

O Brasil ratificou e é signatário de tratados sobre os direitos sexuais e reprodutivos. O País não tem nenhuma legislação específica sobre educação sexual e, ao contrário, é atingido por uma onda conservadora que questiona a presença da educação sexual nas escolas por meio do Programa Saúde na Escola; somam-se a esse cenário os números alarmantes de violência sexual sofrida por mulheres e o quantitativo expressivo de situações que configuram violência obstétrica, além do alto índice de gestações não planejadas.

Segundo pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, referenciada em reportagem da BBC¹², realizada entre 2011 e 2012, 55% das gestações não foram planejadas no Brasil. Dados atualizados do Fundo de População das Nações Unidas (UFNPA)¹³ corroboram o exposto acima ao trazer o número de 21 milhões de gravidezes involuntárias em todo o planeta, anualmente. Destas, cerca de 60% terminam em aborto. O aborto é proibido e ilegal no Brasil, e, quando há a prerrogativa dos casos nos quais ele é legalizado, seu acesso é restringido pela falta

de informações, por poucos serviços ativos disponíveis, além de haver obstáculos para o acesso a métodos contraceptivos (sobretudo ao DIU e à esterilização voluntária – Lei nº 14.433/2022)¹⁴. Todas essas situações acima evidenciam a fragilidade para a efetivação desses direitos.

A criminalização do aborto opera como dispositivo de controle da sexualidade das mulheres, pois o significado da interrupção de uma gravidez questiona diretamente o imperativo da maternidade. É a própria figura da antinatureza. Todo esse pânico moral escamoteia o fato de que o aborto é um problema de saúde pública que se consolida como um desafio global mais negligenciado.

Conforme a Pesquisa Nacional do Aborto¹⁵, cerca de meio milhão de mulheres já cometeram um aborto em idade reprodutiva de até 40 anos, sendo que 67% têm filhos e 88% declararam ter alguma religião. Nota-se que o perfil das mulheres que abortam é o das ditas ‘mulheres comuns’, diferentemente de toda uma estratégia discursiva que quer caracterizá-las como monstruosas, desumanas. A criminalização do aborto é uma forma biopolítica de ‘deixar morrer’ e produzir o esquecimento dessas mulheres comuns.

Tais apontamentos demonstram que a ilegalidade do aborto não impede o seu acontecimento, mas impede que as mulheres (que não podem pagar) o façam de maneira segura. Tal ilegalidade arregimenta uma rede clandestina (venda de citotec, clínicas clandestinas, práticas invasivas e métodos perfurantes etc.) que envolve vários atores e interesses econômicos, que coloca em risco a vida da mulher, pois esta se submete à prática de abortos inseguros que podem levar à morte e/ou a danos à sua saúde, como aponta pesquisa de Diniz e Madeiro¹⁶. Segundo Santiago¹⁷, estima-se que 68.000 mulheres morrem, por ano, no mundo todo, em decorrência do aborto inseguro, fato esse que aponta para a manifestação de uma iniquidade social.

Todas as mulheres e/ou pessoas com útero pobres que, em algum momento, vivenciaram

o aborto, seja espontâneo ou autoprovocado, irão recorrer ao SUS, quer seja para acessar o Programa Aborto Legal, quer seja para tratar de um agravo à saúde em decorrência de um aborto inseguro (pessoas que chegam com hemorragia, com perfuração de órgãos e necessitam de acolhimento pós-abortamento). Portanto, é preciso articular gênero, raça e classe social como determinantes de saúde das mulheres para assegurar uma assistência de qualidade e trazê-la para uma discussão de cidadania.

É sabido que, no serviço público, as mulheres ficam à mercê da disponibilidade ou do posicionamento ideológico do profissional, mesmo quando buscam o atendimento alicerçado em um direito, que é o caso do aborto legal previsto em lei, e, nesses casos, são mais submetidas a um cuidado precarizado no âmbito da saúde, bem como a uma burocratização para acessá-lo. Um dos discursos bastante veiculados pelo imaginário social, e que está presente nas práticas de profissionais de saúde, baseia-se em julgamento moral acerca do livre exercício da sexualidade da mulher, segundo o qual ela ‘engravidou porque quis’ ou ‘por irresponsabilidade’. Tais discursos constroem a ideia de que a responsabilidade da contracepção é exclusivamente da mulher.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme destacado pelo MS¹⁸, todos os métodos contraceptivos são falíveis e podem levar a uma gravidez indesejada, sendo que, entre os disponíveis (esterilização feminina, DIU, uso de preservativos, coito interrompido, tabelinha, diafragma, hormonais orais e injetáveis), a esterilização masculina ocupa o lugar de menos falível. Curioso que o método mais eficaz é, justamente, aquele que depende do homem, sendo o menos usado e que tem menor divulgação e acesso em termos de criação de políticas públicas de saúde para tal fim.

Contudo, perante uma gravidez não desejada e com intenção de interrompê-la, são as mulheres que seguem sendo culpadas, criminalizadas quando do cometimento do aborto ilegal e mortas diante de um procedimento inseguro. Paradoxalmente, são os homens

que mais se recusam a usar preservativo, que praticam a sua retirada durante o ato sexual sem o consentimento da mulher (*stealthing*, que já figura como uma violência sexual), que forçam o sexo mesmo dentro de relações como namoro/casamento e que praticam o abandono afetivo paterno.

Diante de tais cenários, advoga-se que possamos ter pleno acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, bem como à autonomia sexual.

Uma das bandeiras de luta contemporâneas no Brasil em coletivos de mulheres, nos movimentos feministas e em articulação com alguns partidos políticos diz respeito à descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação. Inclusive, está tramitando no Supremo Tribunal Federal (STF) uma ação apresentada pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) pela liberação do aborto até a décima segunda semana, que está sob relatoria da ministra Rosa Weber, a qual leu seu parecer favorável na data de 22 de setembro de 2024, como último ato antes de sua aposentadoria.

Publicações, normativas e protocolos do aborto legal – caminhos metodológicos

Visando a um atendimento mais humanizado, o MS¹⁹ (MS) lançou uma Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento contendo diretrizes sobre assistência em saúde em todos os casos de abortamento, reforçando, sobretudo, o fato de que os profissionais de saúde que lidam com essa problemática devem pautar sua atuação pela égide do cuidado, do acolhimento, contrapondo-se à lógica da punição e da criminalização. Sobre isso, recentemente, em 14 de março de 2023, o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) fixou entendimento de que o médico não pode acionar polícia para investigar aborto de paciente, prevalecendo o sigilo profissional.

Essa pesquisa visou, por meio da análise de documentos, a lançar problematizações sobre a medicalização da sexualidade e do

corpo das mulheres a partir da problemática do aborto legal, com vistas a refletir se e como aparece a discussão da interrupção voluntária da gestação prevista em lei. Em que medida esse direito tem sido assegurado? Como tem sido pensadas práticas de cuidado em saúde nessas situações? Quais têm sido as prescrições, orientações?

Para tanto, analisei dois documentos: o ‘Guia para Saúde Sexual e Reprodutiva e Atenção Obstétrica: informações, orientações, e metodologias ativas para profissionais da Atenção Primária à Saúde’²⁰; e ‘A pauta é: saúde sexual e reprodutiva das mulheres: um guia para compreender e comunicar melhor’²¹. Ambos os documentos foram publicados pelo organismo multilateral Fundo da População das Nações Unidas (UNFPA), sendo que o primeiro e o segundo tiveram parceria, respectivamente, do Projeto Enlace e do Instituto Patrícia Galvão.

O UNFPA é a agência de desenvolvimento internacional da ONU que trata de questões de desenvolvimento populacional, com foco nas áreas de saúde sexual, reprodutiva e igualdade de gênero.

O ‘Guia para Saúde Sexual e Reprodutiva e Atenção Obstétrica: informações, orientações, e metodologias ativas para profissionais da Atenção Primária à Saúde’²⁰ tem oitenta e uma páginas, foi escrito em parceria com o Projeto Enlace, o qual visa a reconhecer e fortalecer a atuação de enfermeiras(os) obstétricas(os) e obstetrizes, na perspectiva da promoção dos direitos humanos, dos direitos das mulheres e adolescentes e da saúde reprodutiva. Durante a leitura atenta e reflexiva, notou-se que ele é direcionado para os profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS) e tem como centralidade as temáticas do parto, do nascimento e do planejamento reprodutivo, contribuindo para as ‘Boas práticas de pré-natal’ e assistência ao parto (fortalecendo o protagonismo da mulher); para a ‘Construção de um plano de parto’ e ‘Puerpério’.

É um documento potente no que tange às práticas de cuidado voltadas para a gestação

e o parto, contudo, em nenhum momento são abordadas as situações previstas em lei que configuram o aborto legal, nem sobre como acessá-lo, nem onde obter informações dessa natureza, nem como abordar mulheres, meninas e pessoas com útero que passam por gestações indesejadas. Há um emudecimento a esse respeito nessa cartilha, a qual apenas cita a existência desse direito, mas não se aprofunda.

Vale ressaltar que esse documento foi criado para ser um guia, um norte para a saúde sexual e reprodutiva, e, em sua apresentação, é dito que foram escolhidos assuntos estratégicos para assistência à saúde, porém, chama a atenção a não abordagem do aborto legal. Há o imperativo da valorização nas políticas de saúde dos úteros cheios em detrimento dos úteros vazios²², bem como uma prevalência da cisnormatividade, pois não é trazido para o debate como se daria o cuidado no ciclo gravídico-puerperal de pessoas trans que gestam.

Entendemos que a APS é a porta de entrada do sistema de saúde, é onde ocorrem as ações de promoção e prevenção em saúde. Sobre isso, a Anis – Instituto de Bioética e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade produziram uma cartilha, em 2021, intitulada ‘Gravidez Indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS): as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar’²³, a qual orienta como a APS pode ser uma estratégia de diálogo no cuidado humanizado à saúde integral das mulheres sobre todos os aspectos que envolvem a sua vida reprodutiva, incluindo o aborto legal.

O documento ‘A pauta é: saúde sexual e reprodutiva das mulheres: um guia para compreender e comunicar melhor’²¹ tem sessenta páginas, e pretendeu ser um ‘guia informativo para jornalistas e comunicadores/ras’ sobre como abordar algumas temáticas sobre saúde sexual e reprodutiva na mídia.

O guia está dividido em seis eixos temáticos, quais sejam: A pauta é: Aborto; Câncer do Sistema Reprodutivo; Gravidez e Parto; IST; Planejamento Reprodutivo e Violência de Gênero. Na construção do texto de todas

essas pautas, é possível perceber uma leitura feminista, a partir de uma abordagem crítica, a qual busca evitar culpabilizações e propagação de preconceitos. Há uma abordagem específica com relação ao aborto, com dados atuais, informações confiáveis sobre a previsão do aborto legal no Brasil, e problematizando os abortos inseguros como uma grave violação dos direitos sexuais e reprodutivos.

O acesso ao aborto legal durante e após a pandemia da covid-19: algumas problematizações

No que se refere à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, a covid-19 foi uma ameaça também, pois, a partir da adoção de novos protocolos de segurança, os atendimentos dos serviços de planejamento reprodutivo foram paralisados ou diminuíram significativamente, em especial, nas situações que previam interrupção da gestação nos casos previstos em lei. Sobre isso, a OMS lançou recomendação de que os serviços de aborto legal deveriam ser considerados essenciais e indispensáveis.

Apesar dessa recomendação, o MS no Brasil lançou a conflituosa e confusa Portaria nº 2.561/2020²⁴, a qual exigia que a polícia fosse acionada por médicos e demais profissionais da saúde de todos os casos confirmados ou com indícios de estupro; previa a guarda de material genético para exames de DNA; e indicava a visualização do feto por meio de ultrassonografia, sendo necessário o registro do desejo da gestante. Tal portaria mostrou-se um obstáculo ao acesso das mulheres ao serviço de aborto legal nos casos de violência sexual. Após diversas manifestações e movimentos contrários, ela fora revogada, no início de 2022, assim que houve a tomada de posse da nova Ministra da Saúde do governo Lula.

Políticas de saúde são construídas a partir de dados epidemiológicos, não pautadas por discursos moralistas e religiosos. Sobre o acesso

ao aborto legal, após 80 anos de previsão legal, desde o Código Penal de 1940, o Estado brasileiro não se mostrou capaz de apresentar uma resposta adequada para essa grave situação. São abortos inseguros, complicações e sequelas na saúde (hemorragia, perfuração de órgãos, infertilidade, infecções, óbitos de mulheres e maternos) que atingem as mulheres. Segundo dados epidemiológicos do MS²⁵, o aborto, no Brasil, aparece como a quarta causa de óbito materno.

Durante a vigência da pandemia de covid-19, tal quadro se agravou. O número dos serviços públicos em saúde é insuficiente, há escassez de serviços ativos, com barreiras de acessos dantescas – geográficas, de fluxos institucionais, burocráticas, recusa dos profissionais, que alegam objeção de consciência, morais, técnicas, de ausência de informação. Os entraves para a realização do aborto legal também estão nas entrelinhas.

Em 2021, o Grupo Curumim, uma Organização Não Governamental (ONG) feminista, fundada em 1989, que tem como missão desenvolver projetos relativos à temática da autonomia reprodutiva e do fortalecimento da cidadania e dos direitos sexuais e reprodutivos, lançou uma cartilha, cujo título era ‘Barreiras de acesso ao Aborto Legal na Bahia no período da pandemia da covid-19: 2020 e 2021’²⁶, elencando os principais entraves de acesso a esse direito. São eles: vazio assistencial; falta de informação e pouca visibilidade; deficiência na estrutura física dos hospitais; a curetagem como método mais utilizado em detrimento da Aspiração Manual Intrauterina (Amiu) e do aborto ginecológico (estes últimos são os mais recomendados pela OMS); limite do tempo gestacional; objeção de consciência; valores morais e religiosos e a desconfiança da/do profissional com relação à palavra da paciente; formação insuficiente, falta de sensibilização e capacitação sobre atenção ao aborto.

Vazio assistencial

Pesquisa realizada por Madeiro e Diniz²⁷ atestou que, em 2015, havia, no Brasil, 68 instituições habilitadas para realização da

interrupção da gestação nos casos previstos em lei, entretanto, somente 37 dessas instituições realizavam, de fato, o procedimento. Dados mais atuais do DataSUS, de 2020, sinalizam a existência de 97 serviços de saúde cadastrados pelo MS.

No site ‘Mapa do Aborto’, segundo última atualização, em 28 de setembro de 2022, havia 132 equipamentos em saúde (entre hospitais, clínicas, centros de saúde e outros) cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Destes, 73 instituições são hospitais que realizam o aborto, e 20 que, apesar de cadastradas, não efetivam esse atendimento. Entre as instituições em saúde cadastradas, 9 (nove) estão na região Norte, tendo apenas uma no estado do Pará, na capital Belém – a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), desde 1997.

A FSCMP é a única instituição de saúde do estado do Pará na qual ocorre o Programa do Aborto Legal. Fato, por si só, que já questiona a acessibilidade e a garantia desse direito, visto que o Pará é um estado continental, com 144 municípios e diversas realidades regionais de dificuldades de acesso e deslocamento à capital. Em que medida esse direito tem sido assegurado?

Vale ressaltar que casos de baixa complexidade, que podem ser interrompidos via Amiu e uso de remédios, e que demandem uma estrutura menor, poderiam se realizar na APS. Dessa forma, facilitaria e ampliaria o acesso às mulheres que buscam esse serviço, pois, segundo dados de Farias e Figueiredo²⁸, 4 em cada 10 abortos legais no Brasil são feitos fora da cidade onde a pessoa mora.

Falta de informações e pouca visibilidade

Nota-se um desencontro de informações sobre a interrupção voluntária da gestação prevista em lei. Poucas brasileiras têm acesso à informação quanto aos casos em que há previsão legal de aborto legal; muitas não sabem onde nem como buscar tais serviços; vários profissionais

da rede de saúde e socioassistencial também desconhecem os fluxos, os protocolos para orientar e viabilizar que as usuárias consigam acessar esse direito.

A título de exemplo, o próprio site da FSCMP não disponibiliza nenhuma informação acerca do Programa de Aborto Legal, apesar de ser a referência no assunto em todo o estado. Há um silenciamento proposital na circulação dessas informações, dificultando a autonomia reprodutiva e a dignidade das mulheres e pessoas que gestam. A pesquisa ‘Breve Panorama sobre Aborto Legal e Transparência no Brasil’, realizada pela Artigo 19²⁹, demonstrou que os órgãos de saúde pública fornecem poucas informações sobre direitos sexuais e reprodutivos, principalmente sobre a temática do aborto legal.

Dessa maneira, a pesquisa identificou que i) apenas três sites dos 27 estados analisados, e um site municipal, dos 24 acessados, informam todas as situações em que a interrupção da gestação é legal; ii) diversos órgãos informam que o aborto é legal em casos de gravidez decorrente de estupro, mas não informam as outras situações em que o procedimento é permitido; iii) a maioria dos sites não publica lista de serviços ou unidades hospitalares com condições de oferecer suporte ao abortamento legal.

Há pouca ou quase nenhuma discussão sobre essa temática nos cursos de saúde de graduação, nos programas de residência médica e multiprofissional. Tendo em vista essa dificuldade, recentemente, a deputada federal Erika Hilton (SP-PSOL) apresentou o Projeto de Lei (PL) nº 1.031/2024³⁰, que dispõe sobre a obrigatoriedade de oferta de informações atualizadas, confiáveis e livres de estigmas sobre aborto legal nos serviços públicos que atuem junto às vítimas de violência sexual.

Fluxos institucionais e violência de gênero institucional

A porta de entrada para o serviço de aborto legal do hospital referência no Pará é a triagem, e, nesse setor, encontram-se as emergências

obstétricas, as quais seguem a classificação de risco, assim, diante de gravidezes de alto risco, partos prematuros, patologias obstétricas, as mulheres, meninas e pessoas que gestam que vêm em busca do serviço de abortamento previsto em lei não são prioridade, sendo comum a demora no atendimento.

Sobre isso, está em curso a construção de novos protocolos pela equipe, em parceria com o comitê de humanização da referida instituição, para que revejam o fluxo de atendimento nesses casos, desde a porta de entrada a todo o caminhar da mulher até sua saída do hospital, pois sabe-se que, além da burocracia inicial, há situações de negligência e violência ao longo do processo – como é o caso do longo tempo de espera para fazer a curetagem, por exemplo; ou, ainda, quando a mulher é obrigada a ouvir os batimentos cardíacos fetais enquanto é examinada, ou quando é interpelada por falas que tentam dissuadi-la de sua decisão. Percebem-se práticas de compulsoriedade da maternidade, de valorização dos úteros cheios, mesmo diante de vivência de útero vazio. Nunca é demais ratificar que não existe protocolo de elaboração de luto perinatal nos casos de aborto legal por violência sexual, isto é, esse protocolo que contém diretrizes de apoio para famílias que tiveram perdas gestacionais e/ou óbitos fetais – a exemplo dos rituais de despedida do bebê, a criação de memórias, vestir, carregar e tirar fotos com o bebê – só se aplica àquelas que vivenciaram natimortos, mortes neonatais e perdas gestacionais.

Paralelamente, pesquisas como a de Cruz³¹, Diniz e col.³² e Viana³³ apontam que, nos serviços de saúde que prestam a assistência ao abortamento legal, notadamente, nos casos de violência sexual, notam-se atendimentos arraigados de valores religiosos, julgamentos morais e práticas tutelares sobre o corpo feminino, onde há suspeição da narrativa da mulher. Conforme pesquisa de Giugliani et al.³⁴⁽⁹³⁾, “de todos os permissivos legais para a interrupção da gravidez prevista em lei hoje no Brasil, o que

encontra menos adesão pelos profissionais da saúde é o aborto por violência sexual”.

Nos casos de violência sexual, não é exigido o boletim de ocorrência para a condução do procedimento, contudo, observa-se que a mulher precisa provar que é vítima por meio de sua narrativa. Opera-se uma lógica pericial a partir do nexos causal, no qual a história relatada precisa estar de acordo com a idade gestacional, que é comprovada por meio do exame de ultrassonografia. Se, originalmente, a ultrassonografia era solicitada para definir a melhor conduta clínica, subliminarmente, tem servido para descredibilizar o testemunho da mulher e funciona como prática de inquérito pela verdade do estupro.

Vale ressaltar que, para conseguir acessar e efetivar o direito de interrupção de gestação nos casos previstos em lei, existe um protocolo composto por cinco documentos que precisam ser preenchidos, ou seja, não é simples para as mulheres acessarem o serviço. São eles:

1. Termo de relato circunstanciado;
2. Parecer técnico;
3. Termo de consentimento livre;
4. Termo de responsabilidade;
5. Termo de aprovação do procedimento de interrupção da gestação.

Objeção de consciência

A objeção de consciência consiste na negativa dos profissionais médicos em executar procedimentos os quais vão contra suas crenças pessoais. Não é incomum que tal negativa venha acompanhada de discursos que tentem dissuadir as mulheres de suas decisões de interrupção da gestação. Essa prática se torna uma violência institucional de gênero quando a instituição não prevê em seu quadro funcional outros médicos que o façam sem prejuízo para

meninas, mulheres e pessoas que gestam que buscam o serviço. Isto é, na prática, temos visto muitas usuárias terem que retornar outro dia para que seu procedimento seja efetivado.

Nota-se que, para acessar e garantir esse direito, as mulheres passam por uma verdadeira via-crúcis. Em todos os níveis de saúde (primária, secundária e terciária), a problemática do aborto autoprovocado e do acesso ao aborto legal figura como uma das principais formas de violação dos direitos sexuais e reprodutivos. Giugliani et al.³⁴⁽⁸⁶⁾ corroboram essa ideia ao dizer que “parece haver dificuldade em compreender esse tipo de procedimento como um cuidado em saúde necessário dentro dos direitos sexuais e reprodutivos”. É preciso realizar um trabalho de garantia de direitos dessas mulheres, acionar ouvidorias, movimentos sociais para tensionar tais situações.

Limitação de 22 semanas de gestação

Fixar uma limitação de idade gestacional (22 semanas ou até 500g) para a realização do aborto legal é um parâmetro clínico e obstétrico que está de acordo com o entendimento de que, até 500g, trata-se de um abortamento, e, acima disso, já se trataria de um feto, sendo reconhecido como Óbito Fetal Intrauterino (Ofiu) nos casos de morte intraútero. Contudo, a legislação que regulamenta, no Brasil, a previsão de interrupção da gestação, o Código Penal de 1940³⁵, não prevê idade mínima gestacional para realização do procedimento. Do mesmo modo, a OMS, no documento ‘Diretriz sobre cuidados no aborto: um resumo’, de 2022, recomenda a descriminalização total do aborto e desaconselha leis ou outras regulamentações que proíbam o aborto com base nos limites da idade gestacional.

Sabe-se que a justiça sexual e reprodutiva é um campo de batalha constante para tentar assegurar o mínimo de garantia desses direitos. Há muitos e muitas que querem e legislam sobre os corpos das mulheres. O ataque mais recente a tais direitos, no que tange ao aborto legal, fora a

Resolução nº 2.378/2024³⁶, do Conselho Federal de Medicina (CFM), publicada em 03 de abril de 2024, a qual ‘Regulamenta o ato médico de assistolia fetal, para interrupção da gravidez, nos casos de aborto previsto em lei oriundos de estupro’. A assistolia fetal é uma técnica clínica segura, reconhecida e recomendada pela OMS para a interrupção de gestações previstas por lei acima de 22 semanas.

Essa resolução é discriminatória, ao impor restrições ao aborto legal a milhares de meninas e mulheres vítimas de violência sexual e estupro que buscam a assistência tardiamente. Cabe questionar por que a proibição se daria somente nesses casos? Qual a razão para proibir uma técnica em particular? Por que submetê-las à manutenção de uma gestação compulsória, privando-as do acesso ao procedimento e da assistência em saúde por vias legais? A resposta deveria ser científica, mas é moral.

Sabe-se que, mesmo nos casos previstos em lei, há uma dificuldade dantesca de acessar esse direito. Com tal resolução, diminui-se a proteção da saúde e a dignidade, bem como aumenta-se, sobremaneira, a possibilidade de que essas meninas, mulheres e pessoas que gestam tenham seus direitos violados, além de produzir sofrimentos.

Após a promulgação da resolução, houve intensas mobilizações da sociedade civil, de movimentos feministas, organizações de mulheres e de deputadas federais. Alguns desses atores são a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a Anis Bioética e as deputadas federais Sâmia Bomfim e Erika Hilton, ambas do PSOL de São Paulo. Estas últimas deram entrada a uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 1.141) no STF solicitando a inconstitucionalidade de tal regulamentação. Paralelamente, o Ministério Público Federal cobrou explicações ao CFM sobre o veto ao procedimento.

No mais recente capítulo dessa história, a Justiça Federal suspendeu, em 18 de abril de 2024, a resolução e conferiu ao CFM cinco dias para sua manifestação. Em 27 de abril, o

CFM conseguiu na Justiça o restabelecimento da resolução mantendo a proibição do procedimento. E, em 17 de maio de 2024, o ministro do STF, Alexandre de Moraes, determinou a suspensão da resolução do CFM. Como reverteração dessa resolução, já há estabelecimentos de saúde que realizavam o aborto legal sendo fechados. Diante desse cenário, o Brasil está sendo acusado na ONU de violações aos direitos sexuais e reprodutivos.

Considerações finais

Este ensaio trouxe como inquietação tensionar os direitos sexuais e reprodutivos, em especial, o aborto legal previsto em lei, tendo em vista que ter acesso a esse procedimento, seguro, pautado na ética do cuidado, é um fator de proteção psíquica e de redução do dano emocional. Sobre isso, a Universidade da Califórnia, de São Francisco, realizou o ‘Estudo Turnaway’³⁷, pesquisa longitudinal que objetivou descrever as consequências sobre a saúde mental, física e socioeconômica de fazer um aborto, em comparação com a manutenção da gravidez indesejada até o fim. Resultados preliminares apontam: o principal sentimento experienciado pelas mulheres foi de alívio; o aborto não causa depressão, ansiedade ou baixa autoestima em longo prazo; e 95% das participantes relataram que ter interrompido a gestação foi a decisão correta. Dessa forma, evidencia-se que garantir o cumprimento desse direito é fundamental para promoção de saúde mental.

Compreendendo que saber, poder e subjetivação se enredam, e sendo a Psicologia um saber-subjetivação que promove processos de subjetivação, de normalização e, portanto,

produz igualmente seu oposto, ou seja, processos de psicopatologização, constituindo sujeitos e emocionalidades, trazemos para o debate as contribuições de Gonzaga²², a qual nos convida a implicar a psicologia para fenômenos reprodutivos demasiadamente biológicos – aborto, gravidez, maternidade, amamentação, esterilização compulsória, violências ginecológicas e obstétricas –, que foram, até então, alheios à ciência e à profissão psicológica.

Na sociedade patriarcal, as funções reprodutivas não foram lidas como potenciais existenciais, afetivas e simbólicas. Quem escuta os ‘contratempos reprodutivos’? Engravidar ou não? Parir ou não? Amamentar ou não? É preciso saber ouvir as mulheres falarem sobre as hemorragias, sobre os alívios, sobre o medo da dor do parto, sobre solidão, desamparo, sobre não desejo de amamentação, sobre como querem parir, sobre abortos. É preciso construir uma “psicologia que entenda o útero como parte e não como todo, e mulheres como sujeitos, não como úteros”²²⁽²⁰²⁾.

Advogamos que as maternidades possam ser vividas sempre como decisão, não como destino, e que nós, mulheres, possamos ter, de fato, o livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Se não há o poder de tomar as decisões sobre o nosso próprio corpo, não há democracia. Portanto, é fundamental que a defesa pela garantia dos direitos sexuais e reprodutivos seja um problema de todas e todos!

Contribuições de autoria

Barros Neta FT (0000-0003-0192-5868)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização das Nações Unidas. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Plataforma de Cairo, 1994 [Internet]. 1994 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio-cairo.pdf>
2. Organização das Nações Unidas. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher [Internet]. Pequim; 1995 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao-pequim1.pdf>
3. Corrêa S. O percurso global dos direitos sexuais: entre “margens” e “centros”. *Rev Bagoas Estud Gays Gênero Sex.* 2009;3(4):17-42.
4. Bonan C. Saúde coletiva, gênero e sexualidade: praxis para uma justiça reprodutiva, erótica e de gênero. *Saúde Debate.* 2023;47(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18683P>
5. Damasco MS, Maio MC, Monteiro S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975 a 1993). *Estud Fem.* 2012;20:133-151.
6. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1996.
7. Fundo de População das Nações Unidas. Relatório situação da população mundial 2023: 8 bilhões de vidas, infinitas possibilidades: em defesa de direitos e escolhas [Internet]. 2023 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2023-ptbr-web.pdf>
8. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação sobre Mortalidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
9. Fonseca C, Marre D, Rifiotis F. Governança reprodutiva: um assunto de suma relevância política. *Horiz Antropol.* 2021;(61):7-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000300001>
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 jun 27 [acesso em 2025 maio 10]; Seção I:1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
11. Ministério da Saúde (BR). Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
12. Passarinho N, Franco L. Com 55% de gestações não planejadas, Brasil falha na oferta de contracepção eficaz. *BBC News Brasil* [Internet]. 2018 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44549368>
13. Fundo de População das Nações Unidas. Relatório situação da população mundial 2022: vendo o invisível: em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional [Internet]. 2022 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2022-ptbr-web.pdf>
14. Presidência da República (BR). Lei nº 14.433, de 4 de agosto de 2022. Institui a campanha Agosto Lilás e o Programa de Cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2022 ago 5 [acesso em 2025 maio 10]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14433.htm
15. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National abortion survey – Brazil, 2021. *Ciênc saúde coletiva.* 2023;28(6):1601-1606. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023>
16. Diniz D, Madeiro A. Cytotec e o aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(7):1795-1804.
17. Santiago RC. Saúde da mulher e aborto. In: Maia MB, organizador. *Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto.* Belo Horizonte: Autêntica; 2008.

18. Ministério da Saúde (BR). Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
19. Ministério da Saúde (BR). Norma técnica de atenção humanizada ao abortamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
20. Fundo de População das Nações Unidas. Guia para saúde sexual e reprodutiva e atenção obstétrica [Internet]. 2022 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org>
21. Fundo de População das Nações Unidas. A pauta é: saúde sexual reprodutiva das mulheres – um guia para compreender e comunicar melhor [Internet]. 2021 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org>
22. Gonzaga PRB. Sobre úteros que sangram e mulheres inteiras: uma aposta que a Psicologia pode – e deve – ser feminista, antirracista e decolonial. In: Gonzaga PRB, Gonçalves L, Mayorga C, organizadores. Práticas acadêmicas e políticas sobre o aborto. Belo Horizonte: CRP-MG; 2019. p. 190-204.
23. Anis – Instituto de Bioética. Gravidez indesejada na atenção primária à saúde: as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar. 2ª ed. Brasília, DF: Letras Livres; 2024.
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.561, de 24 de setembro de 2020. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2020 set 25 [acesso em 2025 maio 10]; Seção I:1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-24-de-setembro-de-2020-279185038>
25. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e da vigilância da saúde da mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
26. Grupo Curumin. Barreiras de acesso ao aborto legal na Bahia no período da pandemia da covid-19: 2020 e 2021. Salvador: ISC/UFBA; 2023.
27. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil: um estudo nacional. Ciênc saúde coletiva. 2016;21(2):563-572. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>
28. Farias V, Figueiredo P. 4 em cada 10 abortos legais no Brasil são feitos fora da cidade onde a mulher mora. G1 [Internet]. 2022 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://g1.globo.com>
29. Article 19. Breve panorama sobre aborto legal e transparência no Brasil [Internet]. São Paulo: Article 19; 2018 [acesso em 2026 mar 30]. Disponível em: https://artigo19.org/wp-content/blogs.dir/24/files/2018/12/AbortoLegalTransparencia%CC%82ncia_Reduzido.pdf
30. Hilton E. Projeto de Lei nº 1031/2024. Dispõe sobre a obrigatoriedade de oferta de informações sobre aborto legal nos serviços públicos que atuem junto às vítimas de violência sexual [Internet]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2024 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2424101>
31. Cruz CRP. Assistência às mulheres que sofreram violência sexual: debates em um serviço de profilaxia e abortamento previsto em lei [dissertação na Internet]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2018 [acesso em 2026 março 26]. Disponível em: <https://logosamazonico.com.br/tese/assistencia-a-saude-das-mulheres-que-sofreram-violencia-sexual-debates-em-um-servico-de-profilaxia-e-abortamento-previsto-em-lei/>
32. Diniz D, Dios VC, Mastrella M, et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. Rev Bioét. 2014;22:291-298.
33. Viana FJM. Serviços de atendimento do aborto legal. In: Maia MB, organizador. Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto. Belo Horizonte: Autêntica; 2008.
34. Giugliani C, Ruschel AE, Patuzzi GC, et al. Violência sexual e direito ao aborto legal no Brasil: fatos e reflexões. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.

35. Presidência da República (BR). Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1940 dez 31 [acesso em 2025 maio 10]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del-2848compilado.htm
36. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº 2.378, de 21 de março de 2024. Regulamenta o ato médico de assistolia fetal, para interrupção da gravidez nos casos de aborto previsto em lei oriundos de estupro [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 abr 3 [acesso em 2025 maio 10]; Seção I:1. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2378>
37. Advancing New Standards in Reproductive Health (ANSIRH). Turnaway study: mental health outcomes [Internet]. Oakland (CA): University of California, San Francisco; 2018 [acesso em 2026 mar 30]. Disponível em: https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/mental_health_issue_brief_7-24-2018.pdf
-
- Recebido em 30/03/2025
Aprovado em 13/02/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve
- Editora responsável:** Ana Maria Costa, Universidade do Distrito Federal (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7288065169001393>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969>, e-mail: dotorana@gmail.com