

ARTIGO

“Isso é coisa de polícia!”. Divergências observadas no acesso aos serviços de aborto legal no Brasil: uma análise feminista decolonial

Lorena de Brito Marcelino Pereira¹

> lorenabrito501@gmail.com
ORCID: 0009-0009-8305-527X

Mariane Guimarães Labarrere¹

> mariane.labarrere@gmail.com
ORCID: 0009-0000-8331-8337

Paula Rita Bacellar Gonzaga¹

> paularitagonzaga@gmail.com
ORCID: 0000-0001-7095-5345

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brasil.

Resumo: Este artigo busca analisar o acesso aos serviços de aborto legal no Brasil, tendo como parâmetro as normas técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde, que devem orientar a assistência prestada nestes equipamentos de saúde. Na primeira etapa da pesquisa, foi realizado o levantamento dos serviços autorizados a realizar o procedimento de interrupção legal de gestação, no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, bem como nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Em seguida, foram realizados contatos telefônicos, buscando informações sobre o funcionamento dos serviços, considerando a Lei de Acesso à Informação. Foram contactados 126 serviços, obtendo respostas de 77. Identificou-se um cenário de discrepâncias regionais, desinformação, condutas inapropriadas e um descompasso entre a normatização e o serviço prestado. Essas inadequações impedem que as mulheres tenham acesso a esse direito, conquistado há décadas, mas que ainda está à mercê de interdições institucionais, interpessoais e estruturais.

Palavras-chave: aborto legal; direitos sexuais e reprodutivos; políticas públicas; serviços de saúde; psicologia feminista.

"This is a police matter!". Divergences observed in access to legal abortion services in Brazil: a decolonial feminist analysis

Abstract: This article aims to analyze access to legal abortion services in Brazil, using the technical guidelines published by the Ministry of Health as a reference, which are intended to guide the care provided in these health facilities. In the initial phase of the research, a survey was conducted to identify the services authorized to perform legal pregnancy termination, based on the National Registry of Health Establishments, as well as state and municipal health departments. Subsequently, telephone contact was made to gather information about the services' operations, in accordance with the Access to Information Law. A total of 126 services were contacted, and responses were received from 77. The findings reveal regional disparities, misinformation, inappropriate practices, and a disconnect between regulations and the services provided. These inadequacies prevent women from accessing this right, which, although legally secured for decades, remains obstructed by prevailing moralistic attitudes.

Key-words: legal abortion; sexual and reproductive rights; public policies; health services; feminist psychology.

"¡Esto es cosa de policía!". Divergencias observadas en el acceso a los servicios de aborto legal en Brasil: un análisis feminista decolonial

Resumen: Este artículo busca analizar el acceso a los servicios de aborto legal en Brasil, tomando como referencia las normas técnicas publicadas por el Ministerio de Salud, que deben orientar la asistencia brindada en estos establecimientos de salud. En la primera etapa de la investigación, se realizó un levantamiento de los servicios autorizados a realizar el procedimiento de interrupción legal del embarazo, en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud, así como en las secretarías de salud estatales y municipales. A continuación, se realizaron contactos telefónicos para obtener información sobre el funcionamiento de los servicios, considerando la Ley de Acceso a la Información. Se contactaron 126 servicios, obteniendo respuestas de 77. Se identificó un escenario de discrepancias regionales, desinformación, conductas inapropiadas y una descoordinación entre la normativa y el servicio prestado. Estas inadequaciones impiden que las mujeres accedan a este derecho, conquistado hace décadas, pero siempre interrumpido por el moralismo vigente.

Palabras clave: aborto legal; derechos sexuales y reproductivos; políticas públicas; servicios de salud; psicología feminista.

"Isso é coisa de polícia!". Divergências observadas no acesso aos serviços de aborto legal no Brasil: uma análise feminista decolonial

Introdução

O aborto no Brasil ainda é tipificado como crime contra a vida a partir do Decreto de lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940. O decreto também estabelece duas situações onde a interrupção de gestação é permitida, em caso de risco de vida da gestante e na situação de estupro (Brasil, 1940). Contudo, o decreto não estabelece a implementação dos serviços que realizariam o procedimento de interrupção de gestação de modo seguro e gratuito, sendo preciso pagar para realizá-lo, mesmo nos casos previstos em lei, o que tornava-o inacessível para uma significativa parcela das mulheres brasileiras, sobretudo aquelas em situação de vulnerabilidade social, maiores vítimas de procedimentos de aborto inseguro (Barsted, 1992). Em 2012, através da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54, o aborto passa a ser permitido nos casos de anencefalia (STF, 2012).

De acordo com Barsted (1992), o movimento feminista já vinha pautando as discussões sobre o aborto no país, a partir da ótica dos altos índices de mortalidade materna, devido a sua realização de maneira insegura, e também pela defesa do direito das mulheres a terem autonomia sobre o próprio corpo. É a partir da década de 80, junto do processo de redemocratização, debates fervorosos e a consequente criação do Sistema Único de Saúde – SUS, que o aborto passa a ser ofertado de maneira gratuita (Barsted, 1991; Barsted, 1992). O primeiro serviço foi inaugurado em São Paulo em 1989, no hospital municipal Dr. Arthur Saboya (Soares, 2003).

Em âmbito de políticas estatais é necessário salientar a iniciativa do Ministério da Saúde (MS) em pensar um atendimento à saúde reprodutiva para além do ciclo gravídico-puerperal, com a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM em 1983 (Osis, 1998). Apesar de não tratar sobre o aborto previsto em lei, esse documento apresenta um avanço significativo na maneira como se discutia a saúde da mulher no país. Contudo, a implementação do PAISM na prática não aconteceu de maneira integral, isso fica evidente quando nos detemos nos casos de esterilização de mulheres, sobretudo negras e pobres, que aconteceu no Brasil nos anos 80 e 90 (Damasco, Maio e Monteiro, 2012). Este fato demonstra como o país ainda não possuía uma política para a saúde das mulheres estabelecida satisfatoriamente para além da proposição normativa (Ventura, 2004), além de escancarar o racismo brasilei-

ro, apontando sobre como as políticas de saúde, neste caso, as de saúde sexual e saúde reprodutiva, atualizam e auxiliam na perpetuação da discriminação racial, visto que as mulheres mais afetadas foram as mulheres negras (Damasco, Maio e Monteiro, 2012; Gonzaga, 2022a; Gonzaga, 2022b).

Ainda no que se refere às articulações políticas, o Brasil tornou-se signatário de importantes documentos internacionais. São eles: o Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994, e o documento confeccionado durante a IV Conferência Mundial da Mulher realizada em Pequim em 1995. Esses documentos reconhecem os direitos sexuais e direitos reprodutivos como direitos individuais e sociais, dignos de proteção e da promoção de ações que visem a dignidade humana, tendo o Estado a obrigação de promover a saúde sexual sem estar necessariamente atrelada à vida reprodutiva (Ventura, 2004). Ao assinar estes documentos, o Brasil concorda em alinhar-se a suas prerrogativas, no entanto, mantém-se distante destes acordos ao manter a criminalização do aborto e oferecendo aos permissivos legais um lugar de subalternidade.

Este lugar é perceptível ao nos debruçarmos sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, publicada em 2004 pelo MS. O documento afirma seu compromisso em discutir a saúde da mulher a partir de um enfoque de gênero, reconhece o aborto inseguro como uma das principais causas de mortalidade materna, mas não levanta discussões acerca do direito das mulheres sobre o próprio corpo, limitando-se a refletir sobre possíveis alternativas para impedir que novos abortos aconteçam por meio de acesso à informação sobre contraceptivos (Brasil, 2004). Não há menção sobre o direito em tomar decisões sobre suas vidas sexuais e reprodutivas, mesmo que na apresentação do documento conste que a construção dele foi feita após consultar os movimentos de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadores rurais, além de trabalhadores e gestores do SUS e pesquisadoras da temática.

Já no que tange à violência sexual contra as mulheres, o documento aponta para a tendência de aumento no início dos anos 2000, compreende o fenômeno como resultado da discriminação de gênero e sinaliza o crescimento no número de serviços de referência para atendimento em saúde (Brasil, 2004). Mas apenas destaca o número de serviços credenciados para a realização do aborto pós-estupro, sem uma análise acerca do cenário brasileiro em relação aos permissivos em lei. Considerando que essa é a política nacional de saúde da mulher, cabe refletir sobre a disparidade entre a forma pouco aprofundada que o tema da violência sexual e da interrupção gestacional prevista em lei são apresentadas em relação à forma minuciosa que este documento se debruça sobre o ciclo gravídico-puerperal.

Apesar de os documentos oficiais (Brasil, 2004; 2011c) reconhecerem, a partir de um enfoque de gênero, que as mulheres não se resumem à reprodução, a construção imagética do que é ser mulher no Brasil ainda parece estar ancorada no mito da maternidade, da

mulher-mãe como verdadeira mulher, que continua a ser atualizado e reproduzido (Swan, 2007). Por mais que falemos em escolhas sobre gestar ou não, existe uma pressuposição, uma obrigação para as mulheres escolherem esse caminho, tornar-se mãe é algo compulsório, sendo prescrito e reafirmado por diversas instâncias (Anzorena e Yáñez, 2013; Gonzaga e Mayorga, 2019; Gonzaga e Aras, 2016; Xavier e Zanello, 2016).

Este controle não incide sobre a vida das mulheres de forma igualitária. Cabe questionarmos quem são as mulheres que devem ser mães e aquelas que não são consideradas aptas para esta função, tendo o seu direito à maternidade negado, mesmo quando desejam, ou sendo tuteladas pelo Estado acerca de sua capacidade de maternar, como é o caso de mulheres racializadas e de classe econômica mais baixa (Davis, 2016; Gonzaga, 2022b; Iaconelli, 2023). O estado exerce função reguladora em relação aos corpos que podem gestar, impedindo que grupos considerados minoritários exerçam a sua capacidade reprodutiva, em uma tentativa de manter a família tradicional branca e de classe média (Marques et al, 2022). No Brasil, esta lógica tem se perpetuado há séculos, passando pelo período escravagista, onde mulheres negras tinham seus filhos arrancados e vendidos no mercado escravocrata (Queiroga, 1988). Seguido pela primeira república e as políticas eugenistas de embranquecimento, até chegarmos nas esterilizações de mulheres negras e pobres no final do século XX que ocorrem até hoje, demonstrando como o poder público, a partir de estigmas morais, decide quem pode ou não exercer a maternidade (Damasco, Maio e Monteiro, 2012; Marques et al, 2022; Roth, 2024).

Estruturando os serviços de aborto legal no país

Passados 10 anos após a inauguração do primeiro serviço de referência para a interrupção de gestação prevista em lei, em 1999, é publicada a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, hoje encontra-se em sua terceira edição, de 2012. Atendendo aos princípios fundamentais do SUS, a Norma Técnica organiza os serviços e a atenção à saúde de pessoas que sobreviveram à violência sexual e reafirma seu compromisso em dar um enfoque de gênero acerca da temática, reconhecendo a violência sexual contra a mulher como um caso grave de violação dos direitos humanos e de saúde pública. A intenção dessa reformulação é realizar uma revisão das normas de atendimento e apoio psicossocial, além de trazer as inovações acerca da profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis (Brasil, 2012).

Nesse ínterim, enfatiza o papel de gestores, profissionais, instituições estatais e sociedade civil em garantir o acesso universal às informações sobre os direitos das pessoas em situação de violência e qual a rede de serviços qualificada para prestar a assistência em sua integralidade (Brasil, 2012). Desse modo, a estrutura dos serviços é

pensada desde a ambiência, que preza pela privacidade da pessoa atendida, enfatizando a importância da equipe multiprofissional, em que todos devem estar capacitados e sensibilizados para a complexidade da violência de gênero. Para isso, o acolhimento deve ser transversal às práticas, abrangendo posturas e atitudes que garantam credibilidade à situação de violência, livre de julgamentos morais, com respeito à autonomia e à dignidade das pessoas, inclusive na escolha pela interrupção da gravidez (Brasil, 2012).

Dando continuidade ao compromisso firmado pelo MS com as políticas nacionais voltadas à ampliação da atenção no âmbito dos direitos reprodutivos e respondendo às lutas históricas dos movimentos feministas e de mulheres na garantia desses direitos, é lançada a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento. Em sua segunda edição (Brasil, 2011a), a Norma reforça os aspectos ético-profissionais e jurídicos do processo de abortamento em condições legais e seguras, uma vez que o cenário de criminalização da prática aumenta as taxas de abortos clandestinos e, por consequência, da mortalidade materna. Apesar do seu declínio nos últimos anos, a publicação da Norma Técnica permanece como um marco importante das políticas de saúde pública (Diniz et al, 2023).

Para além dos tratados internacionais, a Norma retoma o direito ao planejamento familiar previsto na Constituição Federal de 1988, Art. 226; o Código Penal; o Código Civil; e os Princípios da Bioética, como a beneficência e a não maleficência, sendo que este último reafirma a necessidade do profissional evitar condutas que possam ocasionar danos desnecessários ao paciente (Ferreira-Junior, 2022). Além disso, a Norma explicita a Ética Profissional, em que fica vedado a qualquer profissional da saúde comunicar o abortamento, espontâneo ou provocado, à autoridade policial ou jurídica sem o consentimento da usuária, sob pena de processo criminal que responde à quebra de sigilo (Brasil, 2011a). Ao fazer isso, reitera o direito ao abortamento nos casos previstos em lei, definindo que as pessoas que recorrem aos serviços de saúde devem ter resguardadas sua privacidade e o sigilo durante atendimento profissional e ainda definem que não é obrigatória a denúncia policial nos casos de violência sexual, nem a apresentação de documentos que atestem a veracidade do relato de estupro: a palavra da vítima deve ser acolhida como verdadeira nos serviços de saúde. (Brasil, 2011a). Além desses aspectos, fundamentais na garantia de direitos, a Norma tem como propósito a atenção ao abortamento a partir de um modelo humanizado, orientado pela escuta qualificada e construção conjunta com a usuária do serviço de um plano de atendimento.

Panorama histórico: A realidade dos serviços de aborto legal a partir da literatura

Apesar das delimitações teóricas e práticas encontradas nas políticas que orientam a atenção ao abortamento no Brasil, o cenário que circunscreve os itinerários de pes-

soas que buscam os serviços de saúde permanece envolto de estigma, desinformação e violação de direitos. Em revisão sistemática, Domingues et al (2020) avaliaram estudos que discorrem sobre o aborto inseguro no Brasil, encontrando uma elevada taxa de internações por complicações de aborto inseguro, com custos para o sistema de saúde. A principal hipótese relacionada a esse número é o acesso limitado e tardio à assistência, alinhada ao não atendimento das necessidades de contracepção e métodos seguros de interrupção da gravidez (Domingues et al, 2020).

Fonseca et al (2020), também por meio de revisão sistemática, analisaram as barreiras existentes de acesso a procedimentos de aborto legal no Brasil, evidenciando desconhecimento de profissionais e estudantes de Medicina acerca das normativas que orientam a prática, o que implica em um descompasso entre a alta demanda e a efetividade dos serviços. A legislação, já bastante restritiva no país, encontra impasses para seu cumprimento quando apresenta condições para prestar atendimento em saúde, como exigência de Boletim de Ocorrência, ou recusa à assistência ao aborto sem encaminhar para outro profissional que o faça (Fonseca et al, 2020; Zanghelini, 2020). Ainda segundo as autoras, é comum a falta de confiança na fala de mulheres que sobreviveram à violência sexual, culminando em uma postura de julgamento e manutenção do estigma social do aborto.

Tais aspectos corroboram com o estudo de Moreira et al (2020) sobre a violência institucional nos contextos de atenção às mulheres em situação de violência sexual e suas consequências para a autodeterminação sexual e reprodutiva. Violência institucional é a exercida nas/pelas instituições, caracterizada por ação ou omissão e que inclui a falta de acesso, má qualidade dos serviços, abusos cometidos em relações de poder desiguais entre usuários e profissionais (Brasil, 2002). Em contextos de abortamento, a violência “pode traduzir-se no retardo do atendimento, na falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas” (Brasil, 2004: 31).

Desse modo, torna-se necessário que as articulações e decisões pactuadas a nível de políticas públicas sejam apropriadas pela gestão e concretizadas em dispositivos de educação permanente que cheguem aos trabalhadores dos serviços (Moreira et al, 2020). Silva J. G. et al (2019) argumentam como a escassez de profissionais, a morosidade dos atendimentos, a fragmentação e descontinuidade da assistência e o subfinanciamento comprometem a articulação intersetorial da rede de atenção em situações de violência sexual. Isso produz impactos consideráveis no acesso à assistência e reverbera na institucionalização de violências no âmbito dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Neste ciclo, a revitimização e represálias encontradas nos serviços levam as mulheres a não procurá-los e não terem suas demandas atendidas, restringindo o acesso ao aborto legal (Moreira et al, 2020; Silva J. G. et al, 2019).

Este cenário se agrava diante da conjuntura histórica do país que é constantemente

atualizada na colonialidade. Os atravessamentos do racismo e das desigualdades sociais nas instituições de saúde produzem reverberações diversas que impactam diretamente no acesso ao cuidado em situações de abortamento. Pesquisa de cunho epidemiológico realizada por Goes et al (2020) evidenciou a recorrência de julgamento moral, constrangimento e práticas violentas no atendimento a mulheres em situação de abortamento, o que ocorre com marcadores de distinção racial, denotando o racismo institucional. As mulheres, procurando evitar tais violações já naturalizadas nos serviços, desistem de procurar ou retornar a eles, recorrendo a alternativas clandestinas, o que acaba por agravar seu estado de saúde e, não obstante, produz consequências para o sistema de saúde como um todo (Goes et al, 2020).

Diante desse contexto, em que a conjuntura encontrada na literatura referente aos serviços de atenção ao aborto previsto em lei no país manifesta contradições com relação à legislação e normativas vigentes, o objetivo deste artigo é analisar as condições de acesso aos serviços de referência que realizam a interrupção da gravidez, observando se as normativas que estabelecem um parâmetro para os atendimentos de saúde têm sido operacionalizadas.

Este texto surge como um dos produtos da pesquisa *Psicologia e atenção humanizada ao abortamento no Brasil: uma proposta de ensino, pesquisa e extensão para fundamentar a atuação profissional no âmbito dos serviços de saúde sexual e reprodutiva*. Interessa-nos compreender como os serviços de referência para a interrupção legal de gestação têm organizado este atendimento e também mapear os serviços de aborto legal no país, atentando-nos para as desigualdades que podem incidir em sua oferta.

Percorso metodológico

A pesquisa iniciou-se em 2023, com o levantamento dos serviços de referência para o aborto legal no Brasil, por meio dos dados encontrados nos sites das Secretarias Estaduais, Municipais de Saúde e também dos equipamentos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Em seguida foi feita a construção de um roteiro orientador para a busca dos dados contendo perguntas sobre o funcionamento do serviço, horário e dia para atendimento, necessidade de apresentar algum documento, permissão de acompanhante, oferta de atendimento psicológico, dentre outras. Isso se deu a partir das leituras realizadas no grupo de pesquisa, que evidenciam as principais dificuldades enfrentadas para acessar os serviços especializados, como falta de informação e de equipe capacitada, a não existência de fluxo consolidado para encaminhamentos, posturas punitivistas e estigmatizantes por quem deveria prestar assistência e acolhimento (Moreira et al, 2020; Silva J. G. et al, 2019; Silva A. C. J. et al, 2019; Oliveira et al, 2005; ISC/UFBA, 2023). As pesquisadoras fizeram contato telefônico com os equipamentos de saúde solicitando informações condizentes com o roteiro. Conside-

rando que o acesso à informação sobre serviços públicos de saúde é prevista na Lei Nº 12.527, de 18 de Novembro de 2011, a partir da qual consideramos necessário destacar

Art5º É dever do Estado garantir o direito de acesso à informação, que será franqueada, mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão.

Art. 7º O acesso à informação de que trata esta Lei compreende, entre outros, os direitos de obter:

I – orientação sobre os procedimentos para a consecução de acesso, bem como sobre o local onde poderá ser encontrada ou obtida a informação almejada;

IV – informação primária, íntegra, autêntica e atualizada;

V – informação sobre atividades exercidas pelos órgãos e entidades, inclusive as relativas à sua política, organização e serviços (Brasil, 2011b: sp).

Salientamos que em caso de realização de pesquisa científica a referida Lei indica que os demais artigos não se aplicam caso haja necessidade de sigilo por razões de segurança pública, o que não se verifica na pesquisa em questão, visto que se trata de um mapeamento sobre oferta e acesso de serviço de saúde previsto legalmente e normatizado por documentos oficiais da União. As respostas foram transcritas em tempo real, isso é, ao longo das ligações as pesquisadoras preenchiam uma ficha construída anteriormente onde iam incluindo as respostas, isso porque foi uma decisão ético-metodológica de que os contatos não seriam gravados. Após encerrar a ligação, ainda registramos em diários de campo as possíveis impressões e intercorrências surgidas ao longo do contato, que iam além do que havia sido respondido. Compreendemos que a ciência não é neutra e objetiva, ela parte de um olhar específico, pois cada um é capaz de ver de forma distinta, produzindo saberes localizados, parciais, de acordo com os lugares que ocupam enquanto pesquisadoras, reconhecendo um sujeito historicizado marcado pelas intersecções de gênero, raça e classe (Harding, 1987; Haraway, 2009; Adrião e Fine, 2015; Mayorga, 2014).

As informações foram sistematizadas e categorizadas para posterior análise pelo grupo de pesquisa, resultando em três categorias principais encontradas nos contatos: panorama geral dos dados; diferenças regionais; e condições inadequadas observadas para o acesso. O presente artigo irá se debruçar na terceira, produzindo uma análise sobre as dissonâncias e equivalências entre os parâmetros de oferta dos serviços que constam nas normativas e as informações obtidas nos contatos com os serviços de referência.

As análises serão realizadas a partir da psicologia social feminista, vertente que considera as subjetividades, interesses e ações e há muito tem se debruçado sobre temas relacionados à vivência de mulheres (Adrião e Fine, 2015). Entende-se que as propo-

sições discursivas e analíticas não são neutras, mas situadas e atravessadas por “ficções poderosas que reforçam assimetrias estruturais que potencializam ou interditam a condição de sujeito dos indivíduos” (Gonzaga, 2022a: 12). Nesse sentido, a psicologia social feminista mantém-se atenta à produção de diferenças, a essas ficções que incidem sobre corpos distintos, bem como em qual sistema são produzidas e em como se cruzam, ocasionando situações de opressão (Mayorga, 2014).

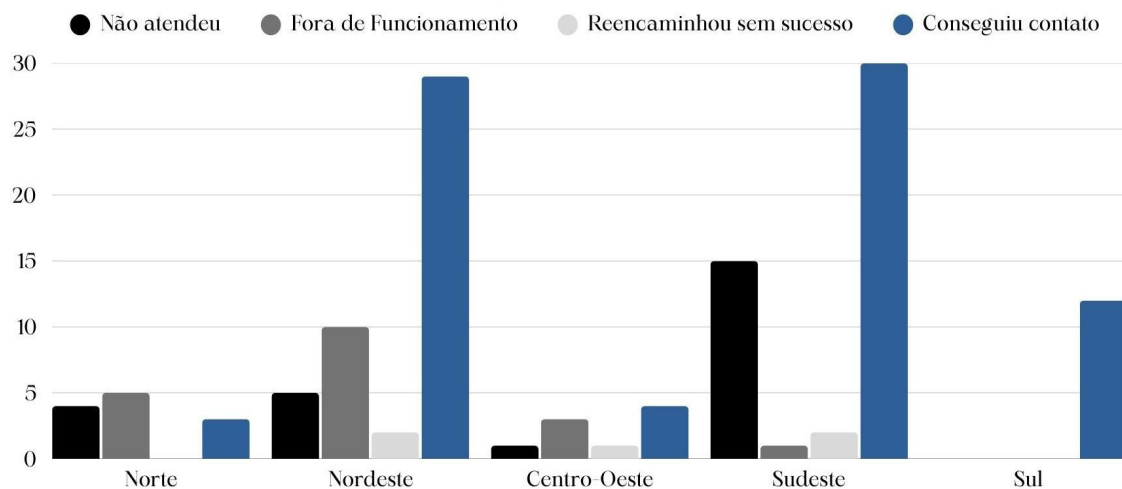
Em articulação com a psicologia social feminista, utilizamos a teoria do feminismo decolonial, pois nos auxilia na compreensão acerca das diferentes leituras feitas sobre os corpos de mulheres brancas, negras e indígenas. O fenômeno da colonialidade não nos atinge da mesma maneira, o seu lado mais violento incidiu, e continua incidindo, sobre as mulheres de cor (Lugones, 2008; Gonzaga, 2022b). E as políticas de saúde não estão imunes a essa lógica colonial, retroalimentando essas violações (Gonzaga, 2022b).

Resultados

Na primeira fase da pesquisa, o mapeamento dos serviços de interrupção legal da gestação realizado pelas bases de dados do SUS localizou 126 serviços ativos no país. Na segunda fase, esses serviços foram contatados via telefone, por meio dos números indicados nessas bases para contato. Dos 126 serviços referenciados, 25 não atenderam, 19 estavam com número fora de funcionamento e 5 ligações foram reencaminhadas sem sucesso, totalizando em 49 serviços que não foram possíveis de contactar.

Gráfico 1: Contato telefônico

CONTATO TELEFÔNICO



Fonte: Autoria própria.

Destaque para a região Sul, onde todas as ligações, realizadas para as 12 unidades de saúde, dentre elas 11 constatadas pelas bases de dados do SUS e 1 serviço recomendado, foram atendidas. Já a região com o menor número de ligações completadas foi a região sudeste, contudo, salientamos que esta é também a região com o maior número de hospitais que ofertam a interrupção legal de gestação, sendo 48 unidades. Esses dados apontam para as diferenças regionais do território brasileiro que incidem diretamente sobre a assistência em saúde prestada, com os serviços de média e alta complexidade localizados na região sudeste e sul (Jacobs e Boing, 2022a). Apesar de não ser necessário, os serviços de interrupção legal de gestação no Brasil estão alocados em equipamentos pertencentes à alta complexidade, que neste caso são os complexos hospitalares (Jacobs e Boing, 2022b).

Consideramos que a não resposta por contato telefônico pode sofrer diferentes interferências, como a data e horário em que as ligações são feitas para o serviço. Buscando minimizar tais fatores, foram feitas mais de uma tentativa de contato em dias e horários alternados. Contudo, foi um ponto de reflexão a necessidade de diferentes tentativas de contato sem sucesso, considerando número ocupado ou incorreto, chamadas interrompidas, espera nas ligações, ou ainda quando profissionais nos respondiam afirmando que só poderiam fornecer informações presencialmente e não sabiam indicar um outro serviço em que as informações sobre o acesso legal possam ser obtidas. A dificuldade experienciada pelas pesquisadoras no contato permeia um cenário conhecido, em que barreiras ao acesso e a falta de informação sobre seus direitos fazem com que muitas mulheres recorram a serviços clandestinos de abortamento (Brasil, 2012; Jacobs e Boing, 2022a; Jacobs e Boing, 2022b), um problema que necessita da implicação de diferentes instâncias de gestão e atenção à saúde.

Dentre os 77 serviços de referência nos quais o contato telefônico foi possível, 20 informaram não realizar o procedimento do aborto previsto em lei. Reiteramos que todos esses serviços encontram-se na tabela do CNES produzida pelo MS como equipamentos cadastrados para realização de aborto nos casos previstos em lei. Em um contato foi expresso o desconhecimento da existência do procedimento no serviço público de saúde: *“Não, acho que no SUS não tem esse tipo de procedimento (...) só em clínica particular mesmo”* (atendente da Unidade Hospitalar/SP). Em outro, foi explícito a negação do serviço com a ideia equivocada de que se tratava de um crime, não de um direito: frente ao questionamento sobre o procedimento de aborto legal uma profissional de saúde de Pernambuco nos responde de forma ríspida e desconfiada: *“Não fazem aborto porque é crime, só nos casos de violência”*, e em seguida reitera que é crime e que não iria encontrar nenhum outro lugar que fizesse, mesmo com a explicação de que a pesquisa se tratava dos casos previstos em lei (Diário de Campo, Unidade Hospitalar/PE).

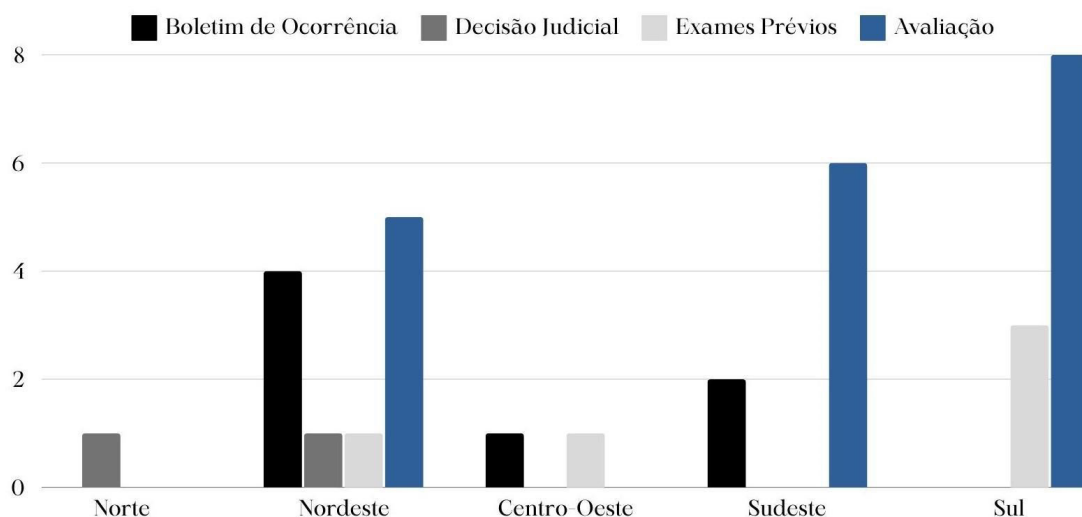
Tais respostas nos fazem questionar se a listagem encontrada no CNES não se

encontra atualizada com a frequência necessária ou se os profissionais que nos deram essas respostas não sabem da existência de um serviço que está localizado no seu próprio espaço de trabalho, apontando para uma realidade em que as pactuações feitas na esfera da construção das políticas não chegam ao nível assistencial, repercutindo assim em desconhecimento por parte das equipes (Moreira et al, 2020; Silva J. G., et al, 2019). Cabe ressaltar que é dever do Estado manter nos hospitais profissionais que estejam capacitados e dispostos a realizar o abortamento (Brasil, 2011c). Indagamos se a agenda pública está devidamente atenta para garantir esse direito e tomar as medidas cabíveis para isso, a começar pelo alinhamento dos serviços disponíveis e qualificação da equipe técnico-profissional no provimento de informação e assistência.

Cinquenta e sete serviços informaram realizar a interrupção de gestação prevista em lei. Desses, 19 fazem mediante avaliação, seja ela clínica e psicológica, médica ou multidisciplinar; e 14 exigem documentos prévios que comprovem a situação de violência (Boletim de Ocorrência, decisão judicial ou exames prévios).

Gráfico 2: Serviços que informaram por contato telefônico realizar o aborto previsto em lei mediante condições definidas

REALIZA COM CONDIÇÕES



Fonte: Autoria própria.

Muitas foram as respostas por contato telefônico onde os profissionais verbalizaram a necessidade da apresentação: “*Tem que fazer BO na polícia e levar comprovando violência*” (atendente da Unidade Hospitalar/AL); “*Tem que comprovar o abuso (...) fazer todos os exames, mas antes disso precisa do B.O*” (atendente da Unidade

Hospitalar/GO); “*Somente com os documentos e ordem judicial, justiça tem que comprovar*” (atendente da Unidade Hospitalar/ BA); “*Isso é coisa de polícia! Tem que fazer B.O, e aí a justiça que decide*” (atendente da Unidade Hospitalar/SP); “*Vem se for constatado situação de vítima por B.O. e Beta HCG*” (atendente da Unidade Hospitalar/ CE); “*Aqui esses casos são só por questão judicial (...) um processo da Delegacia e envolve muita gente*” (atendente da Unidade Hospitalar/TO).

Em relação a esses supostos documentos necessários para acessar o serviço, percebeu-se uma grande disparidade nas respostas, sendo a maioria delas contrária ao que diz as normas técnicas que estabelecem diretrizes para a organização dos serviços (Brasil, 2011a; Brasil, 2012). Segundo estas, nenhum documento, nem mesmo BO e/ ou laudo do IML (Instituto Médico Legal), deve ser condicionante para ter acesso aos serviços de saúde em caso de violência sexual:

A realização do abortamento não se condiciona à decisão judicial que sentencie e decida se ocorreu estupro ou violência sexual. A lei penal brasileira também não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente de violência sexual. O mesmo cabe para o Boletim de Ocorrência Policial e para o laudo do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, do Instituto Médico Legal. Embora esses documentos possam ser desejáveis em algumas circunstâncias, a realização do abortamento não está condicionada a apresentação dos mesmos. Não há sustentação legal para que os serviços de saúde neguem o procedimento caso a mulher não possa apresentá-los (Brasil, 2012: 71).

Cabe à esfera da saúde, preencher, em caráter compulsório, a ficha de Notificação/Investigação de Violência doméstica, sexual e outras violências, para fins de produção de dados que auxiliem na construção de políticas e também no enfrentamento desse problema (Brasil, 2012). Caso seja do interesse da mulher dar seguimento aos encaminhamentos na esfera jurídica, ela pode realizar o BO em momento posterior ao atendimento na saúde, devendo este ser prioritário. A assistência sanitária em casos de abortamento legal não deve ser condicionada ao registro do BO e os procedimentos de saúde não devem ser confundidos com os do âmbito policial e judicial (Brasil, 2011c).

Apesar de ambas as Normas Técnicas (Brasil 2011c; Brasil, 2012) já terem mais de 10 anos, a literatura tem apontado para as discrepâncias entre as suas orientações e o real atendimento ofertado pelos serviços em território nacional, que tem sido marcado por práticas preconceituosas, julgamentos morais, estrutura física inadequada, desconhecimento dos fluxos, dificuldade dos profissionais em realizar encaminhamentos adequados (Lima et al, 2022; Gonzaga, 2022a; Goes et al, 2020; Moreira et al, 2020; Oliveira et al, 2005; Silva J. G. et al, 2019; Silva A. C. J. et al, 2019). Podemos pensar

que os pedidos de BO para acesso aos serviços de saúde são reflexos desse cenário de precariedade em que se encontra a interrupção legal de gestação no Brasil. Em estudo realizado por Moreira et al, (2020), em serviços na cidade de Fortaleza, um dos médicos entrevistados afirma a necessidade da apresentação do BO para ter acesso ao procedimento, demonstrando desconhecimento acerca da política vigente. Situações como essa escancaram a suspeição em relação à palavra da mulher, apenas o seu relato de violência não basta para a equipe, é preciso provar, e o BO seria a suposta materialização dessa verdade, associada a concepções subjetivas e valores pessoais dos trabalhadores (Gonzaga, 2022a; Moreira et al, 2020; Silva J. G. et al, 2019; Silva A. C. J. et al, 2019; Lima et al, 2022; Oliveira et al, 2005).

Para além das solicitações acerca de documentos jurídicos, houve demandas por exames clínicos: *“Tinha que comprovar a violência a partir das análises clínicas com os médicos”* (atendente da Unidade Hospitalar/GO), além de orientações sobre avaliações com a equipe de saúde: *“Deve (...) ser avaliada por uma comissão para acessar o serviço”* (atendente da Maternidade/BA); *“Chega para falar com a assistente social e somente aí é encaminhada para fazer os exames e comprovar se o caso é permitido por lei”* (atendente da Maternidade/PB).

Questiona-se o objetivo pelo qual os exames são solicitados nas respostas. Se é de fato para promover cuidado e garantir seu direito ao procedimento ou com o intuito de comprovar situação de violência e barrar o acesso, uma vez que não há menção na Norma Técnica sobre comissões avaliadoras ou a categoria do serviço social responsável por fazer os encaminhamentos. O que é preconizado é que o hospital crie seus fluxos internos, definindo profissionais para realizar cada etapa do atendimento, que todos os exames físicos necessários sejam realizados durante o acompanhamento no serviço e que exista uma equipe multiprofissional formada, preferencialmente por médica, enfermeira, psicóloga e assistente social (Brasil 2012). Não existem fluxos a priori, no sentido de barrar o acesso, mas sim orientações para a organização interna do processo de trabalho. Assim, o receio é de que as respostas obtidas não tratem de fluxos de acesso, mas produzam uma via de relação condicional, em que profissionais necessitam comprovar a violência em suas avaliações para que se tenha acesso.

Identifica-se o desconhecimento das equipes sobre os protocolos de acesso ao serviço (Oliveira et al, 2005; Moreira et al, 2020; Diniz et al, 2014 ISC/UFBA, 2023). Estes pontos demonstram os desarranjos institucionais, que não realizam ações de capacitação com a equipe destes serviços, seguindo as orientações das Normas Técnicas (Brasil, 2011a; Brasil, 2012). No artigo de Gonzaga (2022a: 13), em que analisa cenas registradas em diários de campo em serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva, uma psicóloga afirma solicitar o BO para acesso à interrupção alegando desconhecer a não necessidade de documento, pois lá *“a lei é outra”*. Essas regras, ou leis, mais distanciam as usuárias do que as aproximam dos serviços que deveriam acolhê-las. Um ponto cen-

tral apresentado também por esta norma, é a importância do acolhimento direcionado a essas pessoas durante o atendimento, definido como

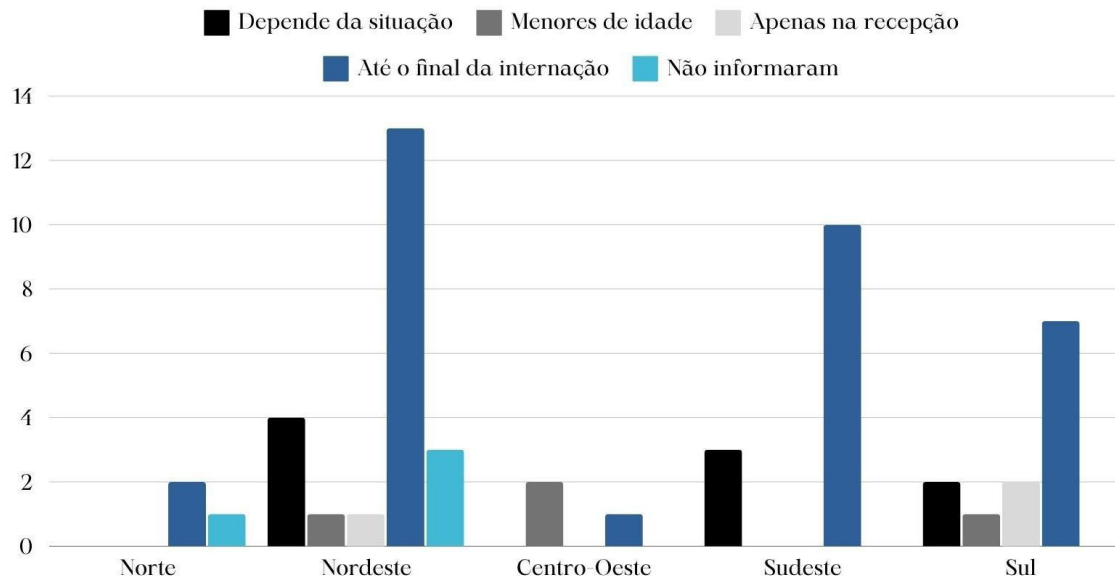
(...) elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Por acolher entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. A humanização dos serviços demanda um ambiente acolhedor e de respeito à diversidade, livres de quaisquer julgamentos morais. Isso pressupõe receber e escutar as mulheres e os adolescentes, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas. (Brasil, 2012: 21).

Seria uma postura com qual todas as profissionais do serviço deveriam prestar o atendimento às mulheres em situação de violência sexual que acessam a interrupção de gestação. Contudo, a literatura aponta para um cenário em que os trabalhadores não compreendem as situações de violência como uma questão de saúde, e sim criminal (Dahlberg e Krug, 2006), e que tendem a apresentar condutas moralizantes e preconceituosas no atendimento direcionado a essas mulheres (Oliveira et al, 2005; Silva J. G. et al, 2019; Moreira et al, 2020). A ideia do acolhimento como parte essencial do trabalho é promover uma escuta qualificada, respeitosa, evitando a revitimização de quem busca esses serviços após vivenciar uma situação de extremo sofrimento (Silva J. G. et al, 2019; Lima et al, 2022). Dessa forma, retomar os princípios do acolhimento, não só da norma técnica, mas da política do SUS, tem se tornado um movimento necessário no intuito de melhorar a assistência. Um exemplo dessa iniciativa, pode ser consultada a partir do relato de experiência sobre o processo de sensibilização e capacitação dos profissionais promovido pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, objetivando fortalecer as normativas da política e, consequentemente, a melhoria do atendimento ofertado, resultando em uma potente estratégia para combater as condutas que se orientam por valores pessoais (Mudjalieb, 2020).

Foi perguntado também sobre a permissão do acompanhante durante o atendimento. As respostas incluíram 33 serviços em que o acompanhante é permitido até o final da internação; 9 que depende da situação; 4 em que só é permitido para menores de idade; 3 que permitem acompanhante apenas na recepção; e 4 não forneceram essa informação.

Gráfico 3: Permissão de acompanhante em procedimentos de aborto previsto em lei

PERMISSÃO DE ACOMPANHANTE



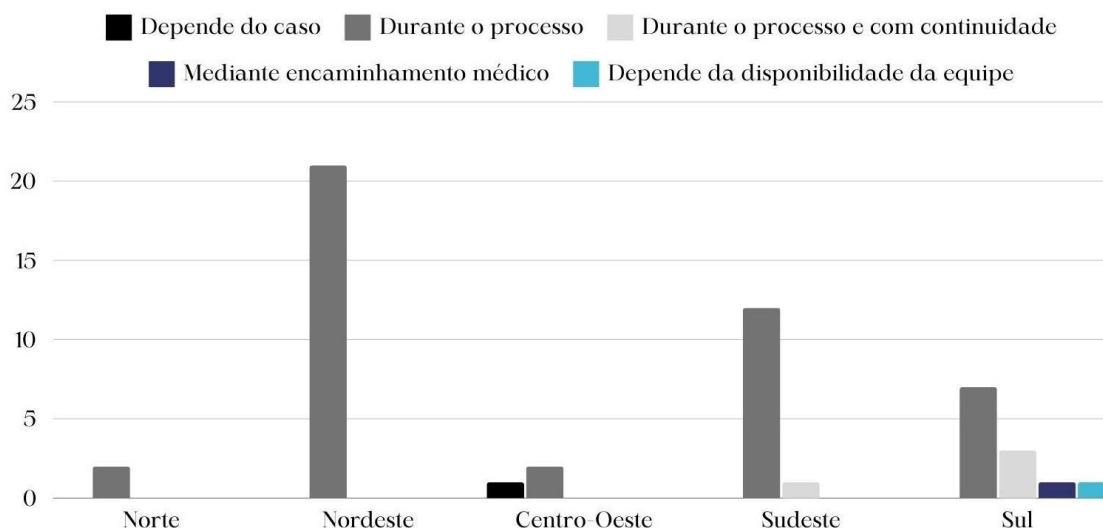
Fonte: Autoria própria.

A importância de garantir a presença de acompanhante durante toda a permanência em estabelecimento de saúde em processos de abortamento legal é estabelecida pela Portaria 415 de 21 de maio de 2014 (Brasil, 2014). A Lei do Acompanhante, nº 11.108 de 07 de abril de 2005 (Brasil, 2005), versa sobre a obrigatoriedade de garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS, contudo não faz nenhuma menção aos casos de abortamento. Essa lei representa um marco das reivindicações feministas na luta contra as violências perpetradas em seus corpos durante procedimentos ginecológicos e obstétricos, sendo considerado que a presença de um acompanhante de confiança indicado pela parturiente sirva para minimizar essas violências e garantir que seus desejos e direitos sejam seguidos em um momento de vulnerabilidade. Desse modo, questiona-se do porquê dessa lei ser restrita às pessoas que desejam seguir com a gravidez, uma vez que violências são recorrentes em itinerários abortivos e o aborto também faz parte da vida reprodutiva de muitas mulheres (Brasil, 2004; Goes et al, 2020; Gonzaga, 2022a; Moreira et al, 2020; Silva J. G. et al, 2019).

Sobre a existência de acompanhamento psicológico durante o processo de interrupção da gravidez, 44 serviços informaram ter durante todo o processo; 4 que possuem durante o processo com continuidade após o procedimento; 1 depende do caso; 1 mediante encaminhamento médico; e 1 dependendo da disponibilidade da equipe.

Gráfico 4: Existência de acompanhamento psicológico em procedimentos de aborto previsto em lei

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO



Fonte: Autoria própria.

De acordo com a Norma Técnica, em relação às diretrizes gerais para atendimento, o acompanhamento deve ser inserido nos serviços, junto de outros procedimentos como o exame clínico e ginecológico e o registro da história. Também salienta que este acompanhamento deve iniciar o mais rápido possível, de preferência já no primeiro atendimento, e durar pelo tempo necessário (Brasil, 2012). A importância da oferta do atendimento psicológico também é afirmada na Norma Técnica de Acolhimento ao Abortamento (Brasil, 2011a), onde considera-se o papel diferenciado da psicologia na escuta das questões emocionais e apoio psicossocial. No entanto, a formação em psicologia tem se mantido distante das discussões acerca dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, a partir de um viés dos direitos humanos, ou mesmo dos impactos subjetivos acarretados pelas situações de abortamento, violências obstétricas, esterilizações compulsórias, de se viver em uma sociedade que deslegitima o discurso de mulheres acerca da violência (Gonzaga e Mayorga, 2019, Gonzaga, 2022a, Gonzaga, 2022b).

As discussões pelas quais a psicologia tem se dedicado, no que tange a sexualidade de mulheres, envolvem a maternidade, o vínculo mãe-bebê ou até mesmo os impactos da infertilidade (Trindade et al, 2016; Gonzaga, 2022a). Cabe ocuparmos o espaço oferecido à psicologia nos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva com uma prática que seja alinhada à promoção dos direitos das mulheres e a não violação de seus corpos, lutando contra os processos de revitimização, pois a nossa atuação deve estar comprometida com o fim dos processos discriminatórios e da opressão (Gonçalves e

Sposito, 2019). Nos mantendo alinhadas às orientações do Conselho Federal de Psicologia (CPF), que estabelece uma atuação que não compactua com a violência de gênero e qualquer conduta discriminatória, por meio da Resolução nº 8 de 07 de Julho de 2020 (CFP, 2020).

Considerações finais

A regulamentação acerca do funcionamento dos serviços de aborto legal no Brasil já possui mais de uma década, e ainda é possível identificar os diversos impasses existentes para que as mulheres consigam acessá-los. Este estudo coaduna com a literatura produzida no país até então sobre os dificultadores para este acesso (Moreira et al, 2020; Silva J. G. et al, 2019; Jacobs e Boing, 2022a; 2022b). A estigmatização, o preconceito e o moralismo, associado ao descompasso entre as normativas estabelecidas pelo MS e a efetiva concretização de projetos de capacitação dos trabalhadores da assistência, desembocam em desinformação, que corroboram para o distanciamento das mulheres destes equipamentos e em práticas de desassistência quando chegam até eles. Para além disso, observamos que as reivindicações dos movimentos de mulheres parecem não ser atendidas em sua integralidade, visto que há diversas barreiras de acesso aos serviços e a violação dos corpos com base em estigmas patriarcais continuam ditando diversas condutas.

Tal cenário nos mostra que a luta de mulheres e pessoas com útero deve continuar, não só para que estes serviços funcionem e prestem a assistência de maneira adequada, mas, pela total legalização e descriminalização do aborto. O caminho perpassa por nos guiarmos pelas práticas assistenciais que buscam seguir as normativas e que têm se destacado como exceções, nos dando esperança e motivação de fazer aquilo que deve ser feito. “*A gente pede que venha o quanto antes, toda vítima de violência deve ser atendida com emergência*” (atendente da Unidade Hospitalar/RR); “*Não trabalhava com isso, mas se colocou à disposição para me responder e foi atrás das informações com a coordenadora*” (Diário de Campo, Unidade Hospitalar/BA); “*Pode levar acompanhante se quiser, como for melhor para você*” (atendente da Maternidade/SC). Essas falas, advindas dos contatos telefônicos, ainda representam fissuras na atenção às sobreviventes de violência sexual, sendo necessário sustentar e construir caminhos outros de luta e fortalecimento das redes de cuidado.

Referências

- ADRIÃO, K. G.; FINE, M. 2015. “Feminismo, Psicologia, E Justiça Social: Um Encontro Possível? Uma Entrevista Com Michelle Fine”. *Psicol. Soc.* Vol. 27, nº 3, p. 479-493.
- ANZORENA, C., & YÁÑEZ, S. 2013. “Narrar la ambivalencia desde el cuerpo: diálogo sobre nuestras propias experiencias en torno a la “no-maternidad””. *Investigaciones Feministas*. Vol. 4, p. 221-239.
- BARSTED, Leila Linhares. 1991. “O movimento feminista e a descriminalização do aborto”. *Revista Estudos Feministas*. Vol. 5, p. 397-402.
- BARSTED, L. de A. L. 1992. “Legalização e descriminalização: 10 anos de luta feminista”. *Revista Estudos Feministas*. Vol. 0, nº 0, p. 104-130.
- BRASIL. 1940. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 dez 1940.
- BRASIL. 2002. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília, DF: Editora MS.
- BRASIL. 2004. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF.
- BRASIL. 2005. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 abr. 2005.
- BRASIL. 2011a. Ministério da Saúde. Norma Técnica: Atenção humanizada ao abortamento. 2. ed. Brasília, DF.
- BRASIL. 2011b. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, da Constituição Federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 nov.
- BRASIL. 2011c. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.
- BRASIL. 2012. Ministério da Saúde. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, DF.
- BRASIL. 2014. Portaria nº 415, de 21 de maio de 2014. Define normas para a implementação do atendimento à mulher em situação de aborto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 maio 2014.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. 2020. Resolução nº 8, de 7 de julho de 2020. Estabelece normas de exercício profissional da psicologia em relação às violências de gênero. Brasília, DF.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. 2006. “Violência: um problema global de saúde pública”. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 11, Suppl., p. 1163-1178.
- DAMASCO, M. S.; MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. 2012. “Feminismo negro: raça, identi-

- dade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993)". *Revista Estudos Feministas*. Vol. 20, nº 1, p.133-151.
- DAVIS, A. 2016. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo.
- DINIZ, D.; DIOS, V. C.; MASTRELLA, M. e MADEIRO, A. P. 2014. "A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil". *Rev. bioét.* Vol. 22, nº 2, p. 291-298.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. 2023. "National Abortion Survey –Brazil, 2021". *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 28, no 6, p. 1601-1606.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. 2020. "Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 36, Suppl. 1, e00190418.
- FERREIRA-JÚNIOR, E. A. 2022. "Os princípios da bioética". *Logos & Culturas. Revista Acadêmica de Iniciação Científica*. Vol. 2, nº 2, p. 111-121.
- FONSECA, S. C. et al. 2020. "Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 36, Suppl. 1, e00189718.
- GOES, E. F. et al. 2020. "Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 36, Suppl. 1, e00189618.
- GONÇALVES, L.; SPOSITO, S. E. 2019. "A posição do Conselho Federal de Psicologia sobre a ADPF-442 em audiência no Supremo Tribunal Federal". In: GONZAGA, P. R. B.; GONÇALVES, L.; MAYORGA, C. (Orgs.). *Práticas acadêmicas e políticas sobre o aborto*. Belo Horizonte, MG: Conselho Regional de Psicologia, p. 98-106.
- GONZAGA, P. R. B.; ARAS, L. M. B. de. 2016. "O silêncio e a escuta: por uma psicologia que escute as mulheres que interromperam gestações". In: DENEGA, A; ANDRADE, D. S. V.; SANTOS, H. M. dos. (Orgs.). *Gênero na psicologia: saberes e práticas*. Salvador: CRP.
- GONZAGA, P. R. B.; MAYORGA, C. 2019. "Violências e Instituição Maternidade: uma reflexão feminista decolonial". *Psicologia: Ciência e Profissão*. Vol. 39, e225712, p. 59-73.
- GONZAGA, P. R. B. 2022a. "Psicologia, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: urgências para a formação profissional". *Psicologia: Ciência e Profissão*. Vol. 42, e262847, p. 1-18.
- GONZAGA, P. R. B. 2022b. "Interseccionalidade: uma contribuição do feminismo negro para a construção de práticas e conhecimentos antirracistas em Psicologia". In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA & COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Psicologia brasileira na luta antirracista*. Brasília: CFP, p. 155-183.
- HARAWAY, D. 2009. "Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial". *Cadernos Pagu*. Vol. 5, p. 07-41.
- HARDING, S. 1987. "Existe um método feminista?" In: HARDING, S. (ed.). *Feminism and Methodology*. Bloomington: Indiana University Press, p. 1-14
- IACONELLI, V. 2023. *Manifesto Antimaternalista: Psicanálise e Políticas de Reprodução*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar.
- INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – UFBA. 2023. Barreiras de acesso ao aborto legal na Bahia no período da pandemia da COVID-19: 2020 e 2021. Salvador: ISC/UFBA.

- JACOBS, M. G.; BOING, A. C. 2022a. "Acesso universal e igualitário? O desafio na oferta do aborto previsto em lei pelo Sistema Único de Saúde". *Saúde e Sociedade*. Vol. 31, e210179pt.
- JACOBS, M. G.; BOING, A. C. 2022b. "Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios?" *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 27, p. 3689-3700.
- LIMA, M. C. D. DE; LAROCCA, L. M.; NASCIMENTO, D. J. 2019. Abortamento legal após estupro: histórias reais, diálogos necessários. *Saúde em Debate*. Vol. 43, nº 121, p. 417-428.
- LUGONES, M. 2008. "Gênero e Colonialidade". In: HOLLANDA, H. B. (Org.). *Pensamentos feministas hoje: perspectivas decoloniais*. Bazar do tempo: Rio de Janeiro, p. 51-82.
- MARQUES, J. M. D.; CARDOSO, A. L. B. C.; NEVES, A. L. M. das. 2022. "A esterilização compulsória em mulheres vulneráveis como "medida de segurança pública": reflexões sobre o controle do corpo, gênero e sexualidade". *InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais*. Vol. 8, nº 1, p. 423-442.
- MAYORGA, C. 2014. "Algumas contribuições do feminismo à psicologia social comunitária". *Athenea Digital*. Vol. 14, nº 1, p. 221-236.
- MOREIRA, G., et al. 2020. "Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual". *Saúde e Sociedade*. Vol. 29, nº 1, p. 1-11.
- MUDJALIEB, A. A. 2020. "Relato de experiência sobre ampliação do acesso ao aborto legal por violência sexual no Município do Rio de Janeiro, Brasil". *Cadernos De Saúde Pública*. Vol 36, e00181219.
- OLIVEIRA, E. M. de, et al. 2005. "Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo". *Revista Saúde Pública*. Vol. 39, nº 3, p. 376-382.
- OSIS, M. J. M. D. 1998. "Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 14, S25-S32.
- QUEIROGA, M. M. 1988. "A família negra e a questão da reprodução". *Anais do VI Encontro de Estudos Populacionais*. Vol. 3, p. 323-340.
- ROTH, C. 2024. *Justiça Abortada: a vida reprodutiva das mulheres e a lei no Brasil, início do século XX*. São Paulo: HUCITEC.
- SILVA, J. G., et al. 2019. "Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência?" *Saúde e Sociedade*. Vol. 28, nº 2, p. 187-200.
- SILVA, A. C. J., et al. 2019. "Entre o risco da morte e o medo da denúncia: mulheres indicadas por abortamento a partir de denúncias de profissionais de saúde". *Cadernos de Gênero e Diversidade*. Vol. 5, nº 3, p. 165-189.
- SOARES, G. S. 2003. "Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 19, Suppl. 2, S399-S406.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). 2012. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, 29 abr. 2012. Relator: Min. Luiz Fux.

- SWAN, T. N. 2007. “Meu corpo é um útero? Reflexões sobre procriação e maternidade”. In: STEVENS, C. (Ed.). *Feminismo e Maternidade: Diálogos Interdisciplinares*. Florianópolis: Ed. Mulheres. p. 175-192.
- TRINDADE, Z. A.; COUTINHO, S. M. S.; CORTEZ, M. B. 2016. “Ainda é proibido não ser mãe? A não maternidade tratada nas publicações científicas da Psicologia”. In: ZANELLO, V.; PORTO, M. (Orgs). *Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia*. Brasília – DF: Conselho Federal de Psicologia, p. 143-166.
- VENTURA, M. 2004. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro.
- XAVIER, A; ZANELLO, V. 2016. “Mães ofensoras: Loucas? Más? Desconstruindo o mito da maternidade”. In: ZANELLO, V.; PORTO, M. (Orgs). *Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia*. Brasília – DF: Conselho Federal de Psicologia, p. 123-142.
- ZANGHELINI, D. 2020. *Direito ao aborto no Brasil e (in)justiça reprodutiva: apontamentos para o Serviço Social*. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina.

Recebido: 06/02/2025
Aceito para publicação: 12/05/2025

Editor Chefe: Sergio Carrara
Editora Associada: Marina Nucci

Declaração de dados: Todos os dados estão disponíveis no texto.