

**MOVIMENTO FEMINISTA, INTERSECCIONALIDADE E
TERRITORIALIDADE: UMA ANÁLISE DAS INEQUIDADES REGIONAIS
NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL**

Keren Clementina Martins França¹

Ana Luiza Abrão Queiroz²

Paula Rita Bacellar Gonzaga³

RESUMO: A partir da pesquisa “Psicologia e atenção humanizada ao abortamento no Brasil”, fundamentada na psicologia social feminista e do feminismo decolonial, realizou-se um mapeamento das informações e dados disponíveis nos canais oficiais sobre os serviços de aborto legal no Brasil. Nesse artigo apresentamos os resultados acerca da desigualdade de oferta e acesso a esses serviços no que tange às assimetrias regionais, raciais e econômicas que estruturam a sociedade brasileira. Constatou-se maior disponibilidade dos serviços em regiões de maioria populacional branca, bem como nos centros urbanos das regiões sul e sudeste. Conclui-se assim a fragilidade dos princípios organizativos do SUS no que tange a garantia do aborto, bem como a manutenção da colonialidade de gênero a partir da instrumentalização das hierarquias raciais, territoriais e econômicas como barreiras de acesso.

Palavras-chave: aborto humanizado, desigualdades regionais, feminismo decolonial, psicologia social feminista.

ABSTRACT: The study "Psychology and humanized abortion care in Brazil", based on feminist social psychology and decolonial feminism, mapped the information and data available on official channels about legal abortion services in Brazil. In this article, we present the results about the inequality of supply and access to these services in terms of the regional, racial and economic asymmetries that structure Brazilian society. Services were found to be more available in regions with a majority white population, as well as in urban centers in the south and southeast. The conclusion is that the organizing principles of the SUS are fragile when it comes to guaranteeing abortion, and that gender coloniality is maintained through the instrumentalization of racial, territorial and economic hierarchies as barriers to access.

Keywords: humanized abortion, regional inequalities, decolonial feminism, feminist social psychology.

¹ Estudante de graduação em psicologia bolsista no projeto de pesquisa no projeto "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" (PROBIC 04/2023), membra do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão - Conexões de Saberes.

² Estudante de graduação em psicologia bolsista no projeto de pesquisa no projeto "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", membra do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão - Conexões de Saberes.

³ Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da (UFMG). Membra da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia. Doutora em Psicologia Social (UFMG); Mestra em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismos (UFBA). Coordena o Grupo de estudos e extensão sobre Psicologia e aborto na América Latina; Co-coordenadora do Núcleo Conexões de Saberes.

Introdução

Os debates feministas no Brasil tiveram início ainda no século XIX. Nessa época, o feminismo europeu estava alocado na que é chamada de ‘primeira onda’ do feminismo. As reivindicações das mulheres nessa época estavam baseadas nos ideais liberais da Revolução Francesa de igualdade, liberdade e fraternidade, ao mesmo tempo que acompanhavam também as reivindicações proletárias que surgiram como resposta à exploração que atingia as camadas trabalhadoras no início da revolução industrial (Costa E Sardenberg, 2007). As feministas da primeira onda reivindicaram, no Brasil e internacionalmente, direitos como o direito de votar e ser eleita, direito ao trabalho remunerado, ao estudo, às propriedades e à herança (Pedro, 2005). Nesse momento da História, as pautas eram definidas e discutidas dentro de grupos de mulheres brancas cis de classe média alta, que tinham acesso aos jornais e periódicos feministas criados por pessoas inteiradas do debate europeu e tentavam exportá-lo ao Brasil, sem uma criação de demandas que fossem propriamente brasileiras e abarcassem as especificidades das diversas mulheres que compõem nosso território, como mulheres negras, indígenas, pobres e lésbicas (Moura, 2020; Costa E Sardenberg, 2007).

Essa condição de desigualdade das mulheres, considerando seus diversos contextos, se agudizam durante a Ditadura Militar. O feminismo no Brasil ganha novos contornos, principalmente ao levar em conta esse período no qual o Estado surge como o grande cerceador de direitos e perpetuador de violências (Costa, 2009). Essa foi a mesma época em que a dita ‘segunda onda’ do feminismo estava emergindo internacionalmente com o lema “O Pessoal é Político”, tendo como foco a análise da dimensão privada da vida como parte da estrutura de opressão que era também pública. Trazia, assim, ao público o que se refere às violências contra as mulheres, denunciando não somente os autores de violência imediatamente responsáveis, como também o próprio Estado e a sociedade civil (Aquino, 2002). O movimento feminista, nesse cenário, concentra sua atuação no questionamento das legislações e nos discursos político-ideológicos provenientes de instituições como os partidos políticos e as instituições religiosas cristãs, que naturalizam as expressões de violência contra as mulheres (Costa, 2009; Moura 2020).

Ademais, no contexto brasileiro, era observado outro embate entre as

organizações feministas. Havia partes do movimento que lutavam para conseguir independência e pautar uma luta feminista autônoma e desligada de partidos políticos, voltada para a garantia de direitos para as mulheres, enquanto outras queriam somar-se às lutas dos partidos de esquerda e organizações pró-redemocratização, considerando as opressões sofridas pelas mulheres também como parte de uma opressão capitalista na qual a classe era o fator mais importante a ser considerado (Costa, 2009; Barsted, 1992). É nessa conjuntura que a luta para a garantia do aborto legal e seguro começava a dar seus primeiros passos no Brasil. No início da década de 1970, ela estava posta para questionar o controle do Estado sobre o corpo feminino, a disciplina moral e religiosa imposta sobre esse corpo e o moralismo da sociedade. A luta pela legalização do aborto criticava, inclusive, os partidos de esquerda, que consideravam o aborto e demais reivindicações feministas contra a violência direcionada às mulheres como uma pauta que poderia dividir as pessoas progressistas no momento de fim da ditadura militar, tirando o foco da redemocratização então considerada a prioridade no momento (Barsted, 1992; Costa, 2009).

A década compreendida entre os anos de 1975 e 1985 é declarada pela Organização das Nações Unidas (ONU) como a “década da mulher”. No ano de 1975, considerado o “Ano Internacional da Mulher”, aconteceu a I Conferência Mundial das Mulheres, na Cidade do México e, em seguida, a II Conferência Internacional das Mulheres em Copenhague (1980) e a III em Nairobi (1985). Todos esses eventos internacionais foram marcos importantes que ampliaram o debate acerca dos direitos das mulheres, trazendo um tensionamento sobre a importância de politizar o movimento de mulheres e de desconstruir a posição de mulher universal, ressaltando que existem pluralidades nos contornos que a opressão baseada no gênero pode se manifestar, para além da experiência da mulher ocidental e europeia (Gimenes, 2024). Nesse sentido, no contexto brasileiro isso não seria diferente. Com o início do processo de redemocratização, ocorre uma intensificação de debates em prol dos direitos humanos, principalmente pautando sobre os direitos das mulheres. O movimento feminista constrói uma “nova cidadania” para as mulheres no Brasil (Aquino, 2002), acompanhando e denunciando julgamentos e decisões penais injustas relacionadas ao assassinato de mulheres por seus maridos e ex-maridos. Em diversas partes do Brasil, surgiram iniciativas de enfrentamento à violência contra a mulher,

principalmente a partir da década de 1980, com a criação de grupos como o SOS Violência Mulher e, em decorrência de grupos como esse, se impulsionou a criação da Delegacia de Defesa da Mulher em São Paulo, em 1985, e Delegacia Especial de Proteção à Mulher em Salvador, em 1986 (Aquino, 2002; Costa 2009). Foram criados também conselhos estaduais de defesa das mulheres, bem como, em 1985, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – o CNDM, vinculado então ao Ministério da Justiça. Esse movimento de construir uma nova cidadania, implicou na possibilidade de se criar ou de se redefinir direitos por meio da luta política, tornando-se possível pautar e defender a garantia do aborto legal e seguro.

Foi durante os anos 1980 que também ocorreram tensionamentos importantes dentro do movimento feminista, em destaque após o ano de 1988 (centenário da abolição da escravidão), a partir dos questionamentos das mulheres negras, que não compartilhavam do ideal de mulher universal pregado pelas ondas feministas homogeneizadas e dominantes (Guimarães Et Al.. 2022). É a partir dessa década também, com a articulação e reivindicações dos movimentos sociais e reflexões do movimento feminista, que se articula o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – o PAISM (em 1983), tornando possível, em tempo, o acesso aos serviços de aborto legal no Brasil, vinculado à rede de saúde pública (Amaral, 2008). Posteriormente, com a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990, foi possível pensar numa ampliação do acesso ao procedimento da interrupção da gestação nos casos previstos em lei, na época, só permitidos no caso de gravidez resultante de estupro e em situações em que a gravidez colocava em risco a vida da gestante. Entretanto, como nos mostra Akotirene (2019), há um universalismo no desenvolvimento das políticas públicas destinadas às mulheres, como é o caso do abortamento, fomentando uma exclusão racial pelo critério do gênero que invisibilizava a experiência de mulheres negras, pertencentes ao menos a dois grupos subordinados – negras e mulheres, alvos de políticas diferentes com agendas contraditórias.

Ainda sobre a história dos movimentos feministas na década de 1980, mulheres negras denunciavam que suas experiências não eram contempladas dentro da luta feminista, uma vez que, quando apontavam o racismo como um fator a ser considerado dentro das pautas da luta, nos grupos de discussão, eram sempre vistas como agressivas ou não feministas (Gonzalez, 2020; Carneiro, 2002). Observa-se, então, que apesar dos

esforços das feministas brancas em denunciarem a violência da misoginia da sociedade em relação aos crimes de violência contra a mulher, as mulheres negras seguiram sofrendo violências de gênero e raça, inclusive silenciamentos nos espaços de militância feminista. Esses silenciamentos refletiam ainda na dicotomização do que seriam pautas próprias das mulheres negras, desconsiderando que a autonomia e a possibilidade de auto determinação no que tange à potencialidade reprodutiva como questões que estavam colocadas para esse grupo:

Fala-se na necessidade da mulher pensar o seu próprio prazer, o conhecimento do corpo, mas reserva-se à mulher pobre, negra em geral, apenas o direito de pensar na reivindicação da bica d'água. Tenho a impressão, que a bica d'água foi muito mais uma imposição externa das mulheres brancas, com toda aquela vontade de participarem próximo às mulheres do movimento popular. Durante muito tempo falou-se que para a mulher pobre essa questão do prazer não interessava e, uma parcela do Movimento Feminista embarcou nessa questão. Num certo sentido foi um momento de dificuldade, perceber que essas questões de classe na verdade não eliminavam uma outra questão que deveria ter sido colocada como sendo a mais importante, que era exatamente a condição de sexo dessas mulheres, independentemente da classe social. Durante muito tempo a bica d'água confinou mulheres negras. Falava-se igualmente na descriminalização do aborto, e era difícil estabelecer quem efetivamente seria beneficiado com essa medida, em razão da precariedade dos serviços públicos de saúde, acessíveis às mulheres negras. (Bairros, 2008, p.141-142)

A reflexão de Luiza Bairros (2008) aponta como a raça deve ser considerada centralmente nas políticas de saúde, visto que em razão da exploração escravocrata e do racismo que interdita a ascensão social, a população negra é a principal usuária dos serviços públicos.

Diante disso, é fundamental destacar que o SUS é uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, propondo uma unificação de doutrinas e princípios organizativos em todo território brasileiro (Ministério Da Saúde, 1990). Isso implica que todos os serviços e atendimentos de saúde pública prestados devem se basear nas doutrinas norteadoras que são: a universalidade, ou seja, todos os indivíduos têm direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde; a equidade, para “assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras” (Ministério Da Saúde, 1990;p.5); por fim, a integralidade que reconhece que tanto o sujeito, quanto os serviços de saúde e suas ações formam um todo indivisível. Logo, o sistema deve ser capaz de prestar uma assistência integral

(Ministério Da Saúde, 1990). No entanto, percebemos que existem dificuldades para a efetivação dessas doutrinas e princípios organizativos do SUS, na realidade, sobretudo quando consideramos o aspecto interseccional das opressões que entrecruzam as experiências de gênero (Akotirene, 2019; Crenshaw, 2002; Gonzaga, 2022). Diante da questão dos permissivos legais para interrupção gestacional - gravidez resultante de estupro (com o consentimento da mulher ou, se incapaz, de seu representante legal (art. 128, II); caso não haja outro meio de salvar a vida da mulher (art. 128, I); e em caso de anencefalia fetal, legalizado após a aprovação do Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54 em 2012 pelo Supremo Tribunal Federal - as barreiras que impedem o acesso ao direito não podem ser reduzidas às desigualdades de gênero.

O Brasil é país de dimensões continentais e vasta diversidade histórica, geográfica, econômica, social e cultural, diversidade esta que foi traduzida em desigualdades regionais e estereótipos racistas produzidos e sustentados por discursos e práticas coloniais que ainda vigoram. Dados obtidos pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 nos indicam que as regiões Sul e Sudeste concentram os maiores índices de quem usa os serviços do SUS como fonte usual de cuidados, enquanto esses índices são inferiores aos da região Norte, Nordeste e Centro-Oeste, por exemplo. De acordo com a pesquisa “Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento” (2023), realizada entre os anos de 2022 e 2023, a maior parte das mulheres internadas por parto ou aborto nos hospitais estava concentrada nas regiões Sul e Sudeste, sendo a região Norte a de menor concentração de mulheres internadas.

Outro dado nos mostra que a maioria dos serviços de aborto legal que existem no Brasil se concentram nas capitais e em grandes cidades, demonstrando a falta de acesso de quem vive em cidades afastadas dos grandes centros urbanos (Madeiro E Diniz, 2016). Neste sentido, a equidade e a universalidade se mostram fragilizadas, visto que é dever do Estado garantir o acesso a interrupção gestacional independente de qual for o território geográfico da usuária.

Outrossim, o aborto, mesmo legalizado e sendo um procedimento de saúde normatizado, é pouco realizado e tem seu acesso sistematicamente barrado, devido a sua estigmatização e criminalização no âmbito social (Jacobs & Boing, 2022). Uma das modalidades dessa barreira é a insuficiência quantitativa da concentração geográfica da oferta, tanto na disponibilidade quanto na acessibilidade, a grande

dimensão do país e a diversidade de relevo, hidrografia, recursos e concentração populacional, somadas à estigmatização e condenação social, afetam a acessibilidade aos procedimentos. Consequentemente, as dificuldades no acesso à interrupção de gestação legal podem levar a interrupções clandestinas e inseguras que potencializam os riscos de sequelas ou até de morte das mulheres que buscam essas vias (Jacobs & Boing, 2022).

De fato, a falta de acesso, além de submeter as mulheres a condições inseguras, pode levá-las a prosseguir com gestações a termo em situações que violam o princípio da dignidade humana e a autodeterminação reprodutiva, gerando prejuízos físicos, morais e psicológicos (Jacobs & Boing, 2022; Moreira Et Al., 2020). Sendo assim, por muitas vezes alguns serviços de atenção a violência sexual e de interrupção de gestação operam por uma lógica de revitimização, realizando um acolhimento de exposição, agressividade e discriminação, reproduzindo preconceitos e posturas sexistas (Moreira Et Al., 2020; Silva Et. Al., 2019). As sobreviventes que recorrem a esses serviços se veem imersas em um ciclo de violência interpessoal e institucional, sobretudo considerando a violência obstétrica que invalida a posição da mulher como sujeita ativa em seu processo obstétrico (Moreira Et Al., 2020; Martins E Barros, 2016). Soma-se a isso uma postura de julgamento que tenta validar ou desvalidar a legitimidade da mulher de realizar o procedimento, que muitas vezes se fundam em “imagens de controle” (Collins, 2019) que definem uma série de características e marcadores para dizer qual mulher é uma vítima que merece acolhimento humanizado e quais são as que supostamente querem enganar os profissionais (Akotirene, 2019; Gonzaga, 2022; Moreira, 2020). E, nesse aspecto, são essas mulheres que não alcançam o ideal de vítima que estão sujeitas a violência institucional perpetrada por agentes públicos de saúde.

Neste sentido, o objetivo desse artigo é analisar como as desigualdades regionais impactam na oferta, implementação e acessibilidade aos serviços de aborto legal no Brasil. Para isso, serão verificados os aspectos referentes às barreiras geográficas e de disponibilidade de serviços que realizam o procedimento; possibilidade de contato e alcance de informações; barreiras na operacionalização do serviço para prestar o atendimento identificando limitações estruturais; analisando a adequação das condições nas quais os serviços ofertam o procedimento, identificando

também como as interseccionalidades de classe, raça, escolaridade/instrução e regionalidade pode se constituir como elementos que barram os direitos sexuais e direitos reprodutivos; e por fim, refletir sobre as lacunas e sobre a necessidade de mais estudos sobre o acesso ao aborto legal a partir das desigualdades regionais que marcam a sociedade brasileira.

Metodologia

O presente artigo foi produzido a partir da análise dos dados e reflexões tecidas no âmbito da pesquisa *Psicologia e atenção humanizada ao abortamento no Brasil: uma proposta de ensino, pesquisa e extensão para fundamentar a atuação profissional no âmbito dos serviços de saúde sexual e reprodutiva*. A pesquisa foi dividida em três etapas, a primeira consistiu em busca ao DataSUS que sistematizou os serviços que estão listados como serviço de referência para interrupção gestacional nos casos previstos em lei em todo o território brasileiro. Os serviços foram divididos por Região, distribuídos entre Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Na segunda etapa foram realizados contatos telefônicos com os números identificados nos sites oficiais das secretarias de saúde (municipais e estaduais), bem como nos sites oficiais do Ministério da Saúde e das próprias unidades, ancoradas pela lei de acesso à informação, Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011 que prevê, garante e regulamenta o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas.

A aposta metodológica é orientada a partir da perspectiva feminista, ou seja, implicada no reconhecimento de que nossa pesquisa não se pressupõe neutra e asséptica frente às questões levantadas e analisadas. Contra o que prega o método científico tradicional e hegemônico, que produz um conhecimento ideologizante e descorporificado, encoberto por uma suposta neutralidade e racionalidade acadêmica, produzimos conhecimento de forma situada e localizada, com reflexividade, ou seja, com a escolha intencional dos problemas de pesquisa, lentes e aportes teóricos, que se encontram no escopo das questões de gênero (Harding, 2016, Haraway, 2009, Adrião, 2015). Ao analisar as inequidades regionais, evocamos também a interseccionalidade como ferramenta analítica metodológica do feminismo negro, que “trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento.” (Crenshaw, 2002;

p. 177).

Nesse sentido, ao pensar o acesso aos serviços de aborto legal no Brasil considerando as desigualdades regionais, é imprescindível um olhar interseccional para essa problemática, vez que raça, classe, gênero e território se inter cruzam e podem ser operacionalizados como interdições à garantia do direito de interrupção gestacional. Desse modo, a interseccionalidade é uma ferramenta crucial, por possibilitar um exercício analítico de contínua reflexividade que se compromete ainda com um projeto de transformação social e científica, já que estabelece a necessidade de revelar quem faz, que quais lugares e decorrente de quais problemas (Mayorga, 2014; Gonzaga, 2022).

Neste interim, para realização do mapeamento, foi construído um roteiro que considerava elementos apontados na literatura como pontos dificultadores e/ou facilitadores na garantia do direito ao aborto legal (Dias Et Al, 2022; Fonseca Et Al. 2020; Jacobs E Boing, 2022; Moreira Et Al, 2020; Silva Et Al, 2019) . Como parâmetro adotamos ainda as diretrizes definidas pela Norma Técnica de Atendimento Humanizado ao Abortamento (2011) e pela Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (Brasil, 2012). Outrossim, foram feitas outras perguntas, uma referente ao horário disponível para os atendimentos que foi pensada, para identificar o quão acessíveis poderiam ser esses serviços, considerando que horários mais específicos podem ser restritivos às mulheres de de classe popular que possuem vínculos instáveis de trabalho ou são autônomas, significando uma barreira de acesso (Moreira Et Al, 2020). Isso também aparece como uma recomendação da portaria nº 485/2014 do Ministério da Saúde, que preconiza sobre o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito SUS em turnos de 24 horas do dia e 7 dias da semana; Outra com relação a possibilidade de ter acompanhante, surge em consonância com a Norma técnica de Atendimento Humanizado ao Abortamento (2011) de que a mulher tem direito a acompanhante, mas também esse direito é fundamental garantido pela portaria Portaria 415/2014 do Ministério da Saúde. Pensando nos casos de violência institucional, sobretudo, a violência obstétrica que é apontada por Martinse Barros (2016) como mais intensa para mulheres que possuem baixa escolaridade, que moram em regiões periféricas e/ou marginalizadas e que acessam os serviços de saúde em

momentos de cuidados obstétricos, um acompanhante pode oferecer amparo, acolhimento na efetivação de seu direito de assistência à saúde.

Uma última questão delimitadora foi trazida para identificar a presença da atuação das profissionais em psicologia nesses serviços que realizam a interrupção gestacional. Nesse sentido, de acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2011), o profissional da psicologia deve compor a equipe multidisciplinar, promovendo uma escuta e assistência psicossocial para as mulheres em abortamento (Gonzaga, 2022). Ao longo dessa etapa de contatos telefônicos, as informações obtidas no roteiro sistematizado eram complementadas com o registro de impressões e falas importantes em diários de campo, compreendendo este como uma importante estratégia para sistematização e reflexão acerca das possibilidades de sentir-pensar-fazer pesquisa (Borges, 2013).

A seguir, está listado o roteiro de perguntas feitas aos profissionais dos serviços via telefone:

1. Esse telefone é do setor de ambulatório do hospital? (caso contrário pedir o contato do ambulatório e/ou pedir para ser redirecionada).
2. Você trabalha no serviço de aborto legal? Posso tirar dúvidas com você?
3. Vocês realizam a interrupção de gestação nos casos previstos em lei?
4. (Caso não ofereça): Vocês conhecem algum serviço de referência que realize o procedimento na região e que possam me indicar o contato ou o nome?
5. (Se oferecer o serviço): O que é preciso para acessar o aborto legal? Tem algum documento ou exame que seja exigido?
6. Tem algum dia ou horário específico para o atendimento?
7. Como é o atendimento? É possível levar acompanhante?
8. Tem atendimento psicológico?

A terceira etapa contou com um contato institucional: a partir de um ofício enviado para os serviços foi esperada uma resposta formal e detalhada sobre a implementação e operacionalização do serviço de interrupção gestacional ou abortamento.

Neste sentido, para fins de análise, nesse artigo foram utilizados apenas os dados das etapas um e dois. A partir das respostas obtidas e dos diários de campo produzidos ao longo dessa etapa, será feita uma análise geral desses dados comparando os resultados por região. A análise consistirá, primeiramente, na comparação dos dados das etapas um e dois, ou seja, analisaremos quantos foram, em cada região do país, os serviços que realizam o abortamento legal comparativamente aos dados presentes no DataSUS, analisando também a dificuldade no acesso a informações de contato com os equipamentos, sendo esses o telefone, o email e o site. Em seguida, serão analisadas as informações fornecidas pelos servidores que atenderam nossas ligações em relação ao funcionamento dos serviços em cada região do país.

Essas análises visam avaliar se territorialmente existem diferenças na quantidade e qualidade de informações fornecidas através do contato telefônico, assim como saber se o procedimento nos serviços é realizado em condições adequadas seguindo as Normas Técnicas, Portarias e Resoluções que dão diretrizes de como deve ser feito esse atendimento às usuárias. Em suma, as análises visam uma compreensão sobre possíveis iniquidades regionais no acesso aos serviços que realizam a interrupção gestacional.

Cobertura Dos Serviços Por Região

Nessa fase inicial foi possível perceber que encontramos discrepâncias entre as regiões: segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2017, no Norte, apesar de ser a maior região em extensão territorial, a distribuição da população nessa região é de 4,12 hab/km², e estão registrados apenas 12 serviços, sendo que um dos estados, o Amapá, não tinha nenhum serviço, e o estado com mais serviços listados na plataforma era o Amazonas, com 7 serviços. Isso demonstra uma distribuição desigual em que os serviços se concentram apenas em um lugar e há uma defasagem nos demais estados, considerando que mesmo que o Norte não seja tão populoso devido a grande extensão territorial, as usuárias dependem de um tempo maior para se deslocarem até o serviço.

O Centro-oeste, é a segunda maior região em extensão territorial, e a distribuição da população chega a 8,75 hab/km² (IBGE, 2017). Essa região possui apenas 9 serviços listados na plataforma, distribuídos entre todos os estados da região.

Neste sentido, o que se observa no Norte, também pode ser considerado nesta região.

O Nordeste, é a terceira maior região em extensão territorial, e a distribuição da população é de 34,15 hab/km² (IBGE, 2017). Possui 46 serviços cadastrados, sendo que os que concentram maior número de serviços são a Bahia e Pernambuco, com respectivamente 15 e 10 serviços registrados, e os que concentram menos são Piauí, Sergipe e Alagoas, cada um com apenas um serviço.

O Sudeste com distribuição da população de 86,92 hab/km² (IBGE, 2017) é a segunda menor região em extensão territorial. Mas possui o maior número listado de serviços, sendo encontradas 48 unidades, o que, considerando esses elementos de distribuição da população, parece, a priori, ter uma boa abrangência. Entretanto, essa oferta se concentra nos grandes espaços urbanos, o que de certa forma afeta a capilaridade da oferta desses serviços. E o Sul com a distribuição da população de 48,58 hab/km² (IBGE, 2017) é a menor região do país em extensão territorial e possui 11 serviços listados na plataforma.

O que esses dados nos mostram, a priori, é que nas disposições iniciais da cobertura desses serviços por região o acesso já é restrito, concentrando a maior parte dos estabelecimentos em capitais e em regiões como Sudeste e Sul. Algo que explica essa organização desigual diz respeito sobre a oferta do aborto previsto por lei ser restrita aos serviços de média e alta complexidade, que são mais presentes nesses espaços das grandes cidades e das capitais (Jacobs E Boing, 2022). Na Região Nordeste há uma distribuição específica: em estados localizados mais ao litoral e mais próximos ao Sudeste ocorre uma maior concentração dos serviços. Isso fica exposto considerando que os estados com mais serviços são Bahia, Pernambuco e Ceará, com 15, 10 e 9 serviços, respectivamente, listados no DataSUS para esses estados.

No entanto, após a realização dos contatos telefônicos, esse cenário fica mais discrepante. No Norte, dos 12 listados na plataforma DataSUS, só 3 estabelecimentos que atenderam relatando realizar o procedimento de aborto em condições previstas em lei. No Nordeste, dos 46 estabelecimentos listados no DataSUS, apenas 22 dos serviços contactados realizam efetivamente a interrupção gestacional prevista em lei. No Centro-Oeste, dos 9 serviços listados no DataSUS, apenas 3 dos contactados afirmaram que realizam efetivamente, enquanto no Sudeste, dos 48 serviços referenciados, 16 que

foram contactados são os que realizam de fato; no Sul acontece um movimento diferente do visto nas demais regiões, dos 11 serviços listados no DataSUS, todos realizavam a interrupção gestacional prevista em lei e mais um estabelecimento que não foi apontado anteriormente, foi indicado durante a etapa das ligações.

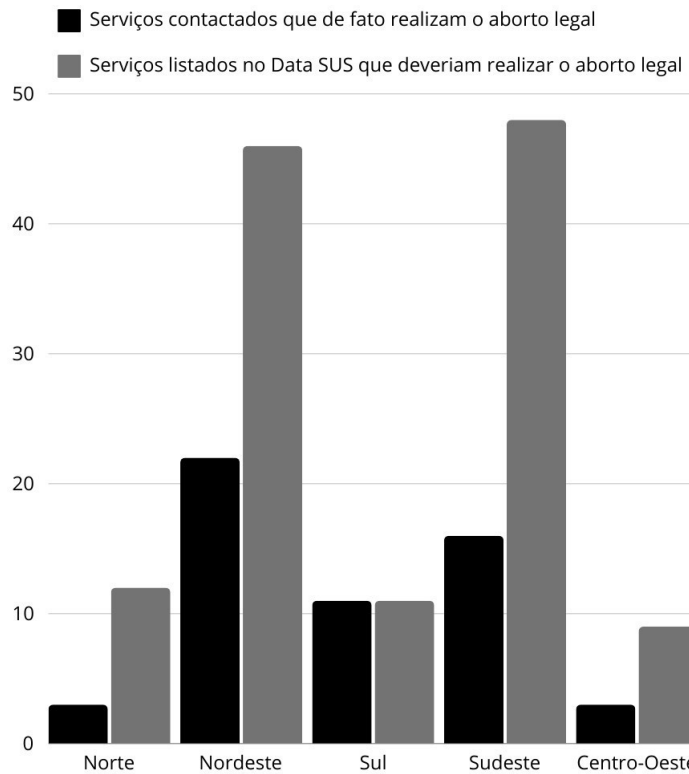


Gráfico 01: Sistematização de resultados. Autoria própria.

Essa discrepância com relação aos serviços disponíveis em determinadas regiões impossibilitam a implementação de um sistema de saúde que de fato seja equânime e universal, dois princípios fundamentais que regem o sistema único de saúde, mas que na prática não se apresentaram nesse mapeamento sobre os serviços de aborto legal do Brasil se concretizam. A universalidade e a equidade deixam explícito que todos os indivíduos, independentemente de sua origem, território ou renda, têm direito aos serviços públicos de saúde, e que deve-se prestar uma assistência especializada a grupos em condição de maior vulnerabilidade social, sendo dever do

estado, em suas esferas nacional, estadual e municipal, garantir esse direito a cidadania sem privilégios ou barreiras (Ministério Da Saúde, 1990). Entretanto, o que já se observa na literatura é que o acesso e utilização dos serviços de saúde são reflexos das desigualdades sociais entre os grupos, desigualdades essas que, como discutido anteriormente, são intensificadas a partir das assimetrias entre raças, classes, territorialidades e níveis de escolaridade, frutos da construção sócio-histórica do Brasil. Não por acaso esses fatores se mostram de modo imbricado, na maioria das vezes se refletindo uns nos outros de forma a se complementar e interseccionar, reforçando lugares de privilégios ou de opressões sistemáticas (Akotirene, 2019; Stopa Et Al, 2017; Goes Et Al., 2020).

Segundo Stopa et al (2017) existe uma proporcionalidade entre as regiões Sudeste e Sul, com os maiores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil, obterem melhor avaliação dos atendimentos recebidos e melhor acesso a esses serviços, se comparado às demais regiões. Ao analisarmos o acesso aos procedimentos de interrupção gestacional, esses índices parecem se confirmar em alguma medida, já que o Sudeste apresentou uma cobertura menor após a confirmação pela análise telefônica, embora ainda assim seja maior em comparação com as demais regiões. Em contrapartida, o Sul possui uma melhor infraestrutura, observada tanto com relação a cobertura desses serviços quanto tanto pela maior facilidade de comunicação com eles. Nesse sentido, fica aparente um projeto de subjugação, negligência e violência institucional direcionada a certas mulheres de alguns territórios que as vulnerabilizam ainda mais, não por coincidência territórios majoritariamente compostos por pessoas não brancas. Como nos mostra um estudo de Goes e colaboradoras (2020), existem barreiras geográficas vinculadas à falta de dinheiro para o transporte em direção aos serviços de referência aos cuidados relacionados ao aborto, barreiras essas mais apontadas por mulheres pretas e pardas, por viverem em áreas periféricas da cidade, além da imposta por não disporem de tempo para se ausentar do trabalho, muitas vezes de caráter precarizado.

Outrossim, uma questão importante sobre a cobertura desses serviços é referente também aos horários disponíveis para os atendimentos. Essa questão nos permite identificar o quão pouco acessíveis podem ser esses serviços, considerando que restringir o funcionamento ao horário comercial pode tornar inviável o acesso às

mulheres de classe popular que possuem vínculos instáveis de trabalho ou são autônomas, constituindo mais uma barreira de acesso (Moreira Et Al, 2020; Goest Et Al, 2020). Isso também aparece como uma recomendação da portaria nº 485/2014 do Ministério da Saúde, que preconiza sobre o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito SUS em turnos de 24 horas do dia e 7 dias da semana.

Nesse sentido, observamos que, no Norte, 2 serviços são de acolhimento 24 horas; no Nordeste 15 são 24 horas, 3 são apenas em turnos pré-definidos, 2 apenas em horário comercial e 1 em 24 horas, porém com encaminhamento para um horário pré definido; no Centro-Oeste 2 são apenas em horário comercial e 1 é de 24 horas com encaminhamento para turnos pré-definidos; no Sudeste foram 5 serviços 24 horas, 4 apenas em turnos pré estabelecidos e 4 em horário comercial; ao passo que no Sul 4 eram 24 horas, 1 apenas em turnos pré estabelecidos, 1 em horário comercial e 2 sendo 24 horas com encaminhamento para turnos pré-estabelecidos. Dessa forma, observa-se que no Norte e no Nordeste há maior cobertura com relação aos horários com uma preponderância dos serviços que atendem 24 horas, enquanto nas demais regiões há turnos mais pré estabelecidos e delimitados, coadunando com as barreiras de acesso demonstrando por Goes e colaboradoras (2020), que impactam sobretudo mulheres negras e periféricas.

Dificuldade de Contactar os Serviços e Acesso a Informações

A busca inicial realizada, a partir da plataforma do DataSUS, nos indicou 126 serviços de referência no cuidado à interrupção gestacional a nível nacional, sendo que 12 foram encontrados na Região Norte, 46 na Região Nordeste, 9 na Região Centro-Oeste, 48 na Região Sudeste e 11 na Região Sul. O que se destaca nesse primeiro momento é a inacessibilidade de informações sobre os serviços. A partir de buscas em sites oficiais dos próprios estabelecimentos ou das Secretarias de Saúde dos estados, foram sistematizadas informações de contato, como email e telefone dos serviços referenciados. No entanto, nem todos os serviços dispunham em seus canais de comunicação formas diretas de contato, o que dificultou o acesso a informações.

Essas dificuldades de obtenção de informação e de estabelecer contatos, embora estejam presentes nacionalmente, se mostram mais recorrentes em alguns cenários. No

Norte observamos uma grande dificuldade de contato, pois dos 12 serviços localizados, 5 estavam fora de funcionamento e 4 não atenderam as ligações realizadas; no Nordeste, também ocorre uma certa dificuldade que era mais intensa considerando os estados mais próximos ao norte, sendo assim considerando os 46 serviços referenciados 10 estavam fora de funcionamento, 5 não atenderam as ligações e 2 que as ligações foram reencaminhadas sem sucesso; na Região Centro-Oeste, dos 9 serviços listados, 1 serviço não atendeu a ligação, 3 estavam fora de funcionamento e 1 reencaminhou sem sucesso; na Região Sudeste, dos 48 serviços listados 15 não atenderam a ligação, 1 estava fora de funcionamento, 2 forneceram reencaminhamento sem sucesso; e, por fim, na Região Sul todos os 11 estabelecimentos foram contactados.

Algumas outras considerações enriquecem nossa análise e reflexão sobre as iniquidades regionais, quando avaliamos a distribuição racial entre as regiões. Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado em 2022, “a região Norte tinha o maior percentual de pardos (67,2%), a região Sul mostrou a maior proporção de brancos (72,6%) e o Nordeste registrou o maior percentual de pretos na sua população (13,0%)”. Quanto à população indígena, ela se mostra mais presente no Norte e Centro-Oeste com, respectivamente, (4,3%) e (1,2%) da população dessas regiões, e com os menores percentuais no Sudeste (0,1%) e no Sul (0,3%).

Essa variação étnico racial por território implica na agudização das violências perpetradas pelos modos de subjetividade próprios do sistema de gênero moderno colonial (Lugones, 2020): meninas e mulheres negras e indígenas são alocadas num espectro desumanizante, em que a hiperssexualização figura como argumento atenuante dos expressivos índices de violência sexual. Isso se verifica ao resgatarmos dados da Fundação Abrinq (2024), apontando que a região Norte figura o primeiro lugar no que tange a notificações de violência e exploração sexuais segundo grupo etário, para crianças e adolescentes menores de 19 anos (86,6%). Considerando mulheres com mais de 20 anos, a região Nordeste é a com mais notificações (32,6%). Outro fator muito importante, diz respeito à escolaridade e índice de analfabetismo. Analisando dados do IBGE (2022) para o censo de 2022, observa-se que o Nordeste tinha a taxa mais alta (11,7%) e o Sudeste, a mais baixa (2,9%). O fator racial também produz uma discrepância considerável nesses índices, pois entre as pessoas pretas ou pardas com 15 anos ou mais de idade, 7,4% eram analfabetas, valor que é maior que o dobro da taxa

encontrada entre as pessoas brancas (3,4%). Esse cenário corrobora um continuum de desigualdades tecidas pelo projeto de colonialidade que alocou corpos de meninas e mulheres negras e indígenas como propriedades disponíveis para a exploração laboral e sexual (GONZALES, 2020), e que seguiu sendo vinculado como forma de atração turística do Brasil. A morena de corpo dourado, descrita nas matérias analisadas por Piscitelli (2007), representa a ideia de mestiçagem como produção de um corpo cuja sexualidade está à disposição pública, inclusive para exportação.

Para conservar a objetificação desses grupos é fundamental que se mantenha a desigualdade na distribuição e no acesso aos serviços que garantiriam direitos básicos (educação, saúde, segurança alimentar, moradia). O que constatamos nessa pesquisa é que a assimetria na disponibilidade de equipamentos públicos se reflete diretamente na oferta de serviços e informação sobre os serviços de aborto legal, e estão centralmente atreladas à imbricação entre raça, território, escolaridade.

As regiões Norte e Nordeste, que são as que mais concentram a população negra e indígena, ainda que concentrem um grande número de notificações acerca da violência sexual, seja para maiores ou menores de 20 anos, são as regiões com maior inacessibilidade com relação aos contatos. Paralelamente, a região Nordeste é a que apresenta os maiores índices de analfabetismo. Esses indicadores reforçam a perspectiva de que condições de vulnerabilidade relativas a aspectos individuais e coletivos produzem um nível determinado e um modo de exposição a determinadas situações (GOES ET AL, 2020), neste caso, a da precariedade do acesso à informação e contato com os serviços. Ao passo que no Sul, embora também concentrando números consideráveis com relação as notificações de violência sexual de mulheres e meninas, a maioria da população é branca e, concomitantemente, é a região na qual todos os serviços foram contactados. Esse cenário corrobora o que foi apontado por Jacobs e Boing (2022) ao identificarem que as capitais e as regiões Sul e Sudeste têm maior disponibilidade de acesso e assistência às usuárias.

Esses elementos reforçam a proposição de Lugones (2020) acerca de como o sistema de gênero moderno/colonial naturaliza a invisibilização da colonialidade e mantém dimensões de opressão que ganham diferentes contornos a partir da interação entre gênero e raça. Nesse sentido, mesmo que a política pública de assistência à saúde seja direcionada às mulheres, é preciso ter cuidado para não tomar a posição universal

de mulher que foi direcionada a mulheres brancas, e compreender que as mulheres negras e indígenas são apagadas, o que interdita que sejam percebidas como sujeitas a quem se destinam as políticas públicas de proteção à mulher. Por isso, reforçamos a postulação de que apenas concebendo raça e gênero como elementos que são indissociáveis podemos produzir, implementar e avaliar políticas públicas que efetivamente considerem mulheres de outros grupos étnico-raciais que não a branquitude (Lugones, 2020; Gonzales, 2020; Gonzaga, 2022). Para isso, Akotirene (2019), aponta a interseccionalidade como ferramenta que visa impedir reducionismos e possibilita que a exclusão racial por critério de gênero promovida por esse universalismo das políticas públicas seja identificada.

Outrossim, analisando a nível estadual, essa dificuldade de contato ocorre de forma mais intensa em serviços localizados em cidades do interior, enquanto as capitais possuem canais de comunicação atualizados e/ou mais responsivos. Nesse sentido, constatamos que a dificuldade de acesso a esses dados como um elemento que denota assimetria no que seria um acesso primário de informação disponível para as usuárias, sendo uma quebra ao princípio da universalidade e da integralidade, considerando que o lugar onde essas mulheres vivem está determinando o grau de acesso à informação sobre a oferta de um serviço prestado a elas e possivelmente a oferta do próprio serviço que lhes é de direito. Essa configuração fere direitos das mulheres que se encontram em regiões vulneráveis pela falta de acesso às informações e pela dificuldade de se contactar os serviços, uma vez que nos sites dos estabelecimentos não se encontra de maneira explícita os canais de contato e ainda quais serviços estão disponíveis para a prevenção de agravos à vítimas de violência sexual, entre estes o procedimento de interrupção gestacional. Como nos mostra Mudjalieb (2020), os impactos manifestam-se sobretudo no enfraquecimento da política pública, já que comparando o número de estupros e gravidezes em potencial, há um baixíssimo registro desses procedimentos realizados pelo SUS e, sem dados para alimentar o sistema de informação, fica inviável pensar e construir estratégias e políticas públicas efetivas para melhorar o atendimento e acolhimento às usuárias dos serviços. Essa ausência, dentre outros motivos, decorre do fato do aborto, na prática, ainda ser criminalizado no Brasil, mesmo que estejamos falando de casos em que o aborto é garantido por lei e a criminalização reverbera na condenação social, moral e religiosa que se faz presente

nas instituições de saúde, e acaba fundamentando um ambiente propício a violência institucional (Moreira Et Al, 2020; Mudjalieb, 2020; Martins E Barros, 2016), como observamos em alguns dos contatos telefônicos registrados nos diários de campo:

“Esses casos são só por questões judiciais. Primeiro tem que fazer o B.O., um processo na delegacia e envolve muita gente” (Trecho do diário de campo em ligação para equipamento localizado na região Sudeste, Outubro de 2023)

“Aborto legal? Como assim?” (Trecho do diário de campo em ligação para equipamento localizado na região Sudeste, Outubro de 2023)

“Isso é coisa de polícia! Tem que fazer BO e a justiça decide depois” (Trecho do diário de campo em ligação para equipamento localizado na região Sudeste, Outubro de 2023)

A falta de informação consiste em uma ferramenta da violência institucional, sobretudo da violência obstétrica em contexto de abortamento, já que a falta de acesso ao conhecimento de seus direitos, dos lugares que oferecem o acolhimento, e sobre seu próprio corpo é uma negação que diz respeito a um desempoderamento e de retirada de autonomia (Martins E Barros, 2016). A falta de assistência e empecilhos burocráticos que não estão previstos nem na legislação vigente, nem nas normas técnicas do Ministério da Saúde, podem impelir mulheres a seguirem com gestações decorrentes de violência sexual contra sua vontade, em prol de uma política de estado de *fazer parir, deixar morrer* (Gonzaga, Gonçalves E Mayorga, 2021). Outra consequência é que muitas buscam o procedimento de forma clandestina, o que aumenta seus riscos de complicações e de morte decorrente de procedimentos obstétricos inseguros (Jacobs E Boing, 2022).

Essa relação entre acesso à informação e violência institucional fica mais crítica ao analisar que mulheres negras, pobres e menos escolarizadas são as que menos recebem informações sobre procedimentos de saúde reprodutiva, incluindo pré-natal, e as mais expostas à violência institucional (Gonzaga, Gonçalves, Mayorga, 2021; Martins E Barros, 2016). Nesse sentido, fica nítido o projeto de destituir autonomia das mulheres pela via da desinformação, sobretudo nas regiões do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, regiões essas que, como discutimos acima, concentram em sua maioria

mulheres de classe popular, negras e indígenas que enfrentam um grande processo de invisibilização e violência dentro dos serviços de saúde (Martins E Barros, 2016).

A ausência de informação é um dos elementos centrais na forma como o Estado pode ser um violador de direitos, deixando nebuloso para as usuárias que podem desconhecer a existência dos serviços de referência, já que os mesmos não disponibilizam essas informações. Muitas vezes, os próprios profissionais desconhecem estar em um serviço de referência, ou mesmo se negam a acolher as vítimas e prestar informações devido a convicções pessoais, indo contra o que pregam as normas técnicas (Moreira Et Al, 2020; Mudjalieb, 2020). Profissionais desse tipo não estão capacitados a prestar um acolhimento humanizado, tampouco a realizar notificações e coleta de dados, importantes para o fortalecimento das políticas públicas (Mudjalieb, 2020), comprometendo assim a compreensão da magnitude da violência sexual e das formas como os serviços de saúde devem se portar diante dela. Como nos mostram Dalberg e Krug (2006), a violência deve ser encarada como problema de saúde global, devido a sua grande incidência no cotidiano e aos impactos que produz na saúde física e mental das vítimas.

Conclusão

Voltando aos princípios organizativos do SUS, para que a universalidade do acesso a informações sobre serviços de saúde e ao próprio equipamento fosse uma realidade, seria necessário que as estratégias e programas de saúde considerassem as especificidades de grupos populacionais que estão expostos a diferentes graus de vulnerabilidade (Ministério Da Saúde, 1990). Essa diretriz, que busca a análise do território e das diferenças entre as pessoas que o compõem, não tem sido efetivada na estruturação dos serviços de aborto legal no Brasil. Destarte, as políticas públicas não alcançam o território brasileiro de forma equânime. A diferença, que deveria ser uma categoria de análise e um direcionamento no modo de atuação, no Brasil, torna-se desigualdade no acesso a um direito que está previsto no Código Penal desde 1940. De acordo com a Pesquisa Nacional do Aborto, publicada em 2021, 158 mulheres não-brancas disseram que realizaram a interrupção da gestação enquanto as mulheres brancas foram 47. Ainda nessa pesquisa, nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, as três maiores regiões em extensão territorial, em número de violência sexual o número

de abortos foi de 103, combinando os dados das 3 regiões. Somando os números de abortos das regiões Sul e Sudeste, o total é de 102 abortamentos realizados, o que mostra que, em número e em proporção ao território, as demais regiões realizam menos procedimentos de aborto. Nesses casos, os índices são menores não apenas porque as mulheres não conseguem acessar os serviços, mas também devido à baixa notificação. Nas regiões Sul e Sudeste, esses números podem ser mais fidedignos devido ao maior número de serviços que cobrem e coletam esses dados, possibilitando melhorias nesses serviços.

Esses dados nos revelam que existem diferenças raciais e regionais e que as políticas devem se atentar em relação a quem realiza o aborto no Brasil e como elas devem se estruturar a partir disso. No entanto, as políticas públicas de saúde sexual e saúde reprodutiva não consideram o público que realmente acessa os serviços e, assim, mesmo que mulheres não-brancas e das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste sejam as usuárias principais desses serviços, o SUS parece ainda não ter reconhecido satisfatoriamente a existência do racismo e das assimetrias regionais como elementos a serem considerados na formulação e execução dessa política pública, o que faz com que o princípio da universalidade seja gravemente comprometido (Akotirene, 2019) e siga constantemente sob novas ameaças.

Acompanhamos em 2024 a proposta para votação no Congresso Nacional do Projeto de Lei -PL 1904, que tinha como cerne a indicação de uma modificação no Código Penal de 1940 em relação ao aborto legal (Brasil, 2024). A proposição foi feita pelo deputado Sostenes Cavalcante e acrescia dois parágrafos que passavam a penalizar como crime de homicídio mulheres que realizassem o aborto, mesmo em casos legais, depois das 22 semanas de gestação. O que essa PL indica explicitamente é o desconhecimento, ou ainda a desconsideração da realidade de boa parte de meninas e mulheres brasileiras que não dispõem de informação satisfatória sobre os serviços de aborto legal para acessá-lo dentro de um prazo estabelecido por quem ignora as vicissitudes da violência sexual no Brasil. Essa lógica reforça ainda a criminalização de mulheres negras, pobres, periféricas, camponesas, indígenas e meninas que têm o acesso dificultado a serviços de aborto legal e que muitas vezes precisam lidar com a proximidade física e emocional dos seus agressores para conseguirem buscar o serviço

de saúde. A dificuldade de chegada aos serviços e de realização do procedimento é fruto de um processo de vulnerabilização bem estruturado e que, caso haja a aprovação do referido PL, essas mulheres correm o risco de serem presas por um modelo de sociedade colonial, racista e patriarcal que odeia mulheres, em especial aquelas que não cabem no ideal de mulher universal (Gonzaga, Gonçalves E Mayorga, 2021).

O corpo se revela, assim, composição de afetos, recursos e possibilidades que não são “individuais”, mas se singularizam, porque passam pelo corpo de cada um na medida em que cada corpo nunca é só “um”, mas o é sempre com outros, e com outras forças também não humanas. Corpo-território ompactado como uma mesma palavra nos obriga a pensar também que não há alguém que “careça” de corpo ou de território. Não há escassez. (Gago,2020, P. 79)

Nesse sentido, ainda que as investidas contra os direitos já previstos em lei sejam constantes, com propostas e projetos legislativos cujo o discurso é reduzir permissivos ou criminalizar totalmente o aborto (Lamim E Luna, 2016), há uma mobilização perene e atuante de mulheres, que já na década de 1980 reivindicava a implementação dos serviços de aborto legal e, atualmente, tem ocupado as ruas para afirmar que “criança não é mãe” e que gravidez forçada é tortura. É fundamental que o coro que se ergue nos momentos de luta considere que são muitas as meninas, mulheres e pessoas com útero que espalhadas pelos rincões deste país vivenciam a interdição de direitos pela desigualdade de gênero de modo indissociável da raça, da classe, do território, da orientação sexual, da geração e de vários outros marcadores que, mais do que aspectos identitários, são matrizes de organização e operacionalização de desigualdades sociais. A partir disso, coadunamos com a aposta na interseccionalidade como uma ferramenta importante para que se construam políticas específicas para a população brasileira, visando reconhecer os contornos que a vulnerabilidade adquire para cada grupo social, bem como para construir estratégias para que haja serviços que alcancem e humanizem a população sem invisibilizar a pluralidade que lhe é constitutiva. A extensão e as diferenças no território brasileiro não devem seguir sendo transmutadas em desigualdades que atualizam a colonialidade de gênero e interditam não apenas a autonomia dos sujeitos que gestam, mas a sua própria definição de humanidade.

Referências

ADRIÃO, Karla Galvão; FINE, Michelle. Feminismo, Psicologia, E Justiça Social: Um Encontro Possível? Uma Entrevista Com Michelle Fine. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 479-493, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000300479&lng=en&nrm=iso>.

AKOTIRENE, Carla. *Interseccionalidade*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

AMARAL, Fernanda P. A situação do Aborto Inseguro na América Latina com ênfase no Brasil: Uma afirmação de Direitos Humanos. *Revista Bastet*, V.8, jun 2008, ISSN 1807-8214.

AQUINO, Estela M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 121-132, ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 maio 2024.

BAIRROS, Luiza. A mulher negra e o feminismo. In: COSTA, Ana Alice Alcântara; SARDEBERG, Cecília Maria Bacellar (orgs.). *O feminismo do Brasil: reflexões teóricas e perspectivas*. Salvador: UFBA/NEIM, 2008. p. 139-145.

BARSTED, Leila de Andrade Linhares. Legalização e descriminalização: 10 anos de luta feminista. *Revista Estudos Feministas*, [S.l.], v. 00, n. 00, p. 104-130, 1992. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026x1992000100007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 maio 2024.

BORGES, Larissa Amorim. *Nas periferias do gênero: Transitando entre Hip Hop, Funk e Feminismos*. 2013. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. 2. ed. Série A, Normas e Manuais Técnicos, Caderno nº 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes*. Caderno nº 6. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 1904, de 2024. Dispõe sobre [descrevabrevemente o conteúdo do projeto, se possível]. Brasília, DF, 2024. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2425262&filenam e=PL%201904/2024. Acesso em: 14 jul. 2024.

CARNEIRO, Sueli.. A batalha de Durban. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 1, p.209–214, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100014>.

COLLINS, Patricia Hill. *Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. Tradução de Jamile Pinheiro Dias. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2019. Capítulo 5: O poder da autodefinição.

COSTA, Ana Alice Alcântara. O feminismo brasileiro em tempos de Ditadura Militar. *Labrys: Estudos Feministas*, n. 15, jan./jun. 2009.

COSTA, Ana Alice; SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar. *O Feminismo no Brasil: Reflexões Teóricas e Perspectivas*. Universidade Federal da Bahia; Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, 2007.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*. Vol. 10(1), p. 171-188. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/abstract/?lang=pt>

CRENSHAW, Kimberlé. *Interseccionalidade: A convergência de raça, gênero e classe no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Editora Ubu, 2020.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

DIAS DE LIMA, M. C.; LAROCCA, L. M.; NASCIMENTO, D. J. Abortamento legal após estupro: histórias reais, diálogos necessários. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 121, p. 417-428, abr./jun. 2022. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/1271>. Acesso em: 14 jul. 2024.

FONSECA, Sandra Costa; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo; AQUINO, Estela M. L.; MENEZES, Greice M. S. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.36, supl. 1, e00189718, 2020.

FUNDAÇÃO ABRINQ. Veja os números da violência sexual infantil no Brasil. FundaçãoAbrinq, 15 abr. 2024. Disponível em: <https://www.fadc.org.br/noticias/cenario-violencia-sexual>. Acesso em: 15 jul. 2024.

GAGO, Veronica. *A potência feminista ou o desejo de transformar tudo*. São Paulo: Elefante, 2020

GIMENES, Cíntia Martins. Década das Mulheres na ONU e as perspectivas

feministas do Sul Global. *Revista Internacional de Ciências Sociais e Humanas*, Faculdade de Campinas - FACAMP. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ricri/article/view/65676> . Acesso em: 15 jul. 2024.

GOES, Emanuelle Freitas et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, supl. 1, e00189618, 2020.

GUIMARÃES, C. de F.; CORRÊA, L. J. L.; ALVES, C. de O. Nossos Próprios Passos: A Organização Das Mulheres Negras Brasileiras Ontem E Hoje. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, [S. l.], v. 14, n. 41, p. 287–305, 2022. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1300>. Acesso em: 5 jun. 2024.

GONZAGA, Paula. R. B. *Eu quero ter esse direito a escolha: formações discursivas e itinerários abortivos em Salvador*. Dissertação do Programa de Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

GONZAGA, P. R.; GONÇALVES, L.; MAYORGA, C. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Revista Feminismos*, [S. l.], v. 9, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/44331>.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar. Psicologia, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: Urgências para a Formação Profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Vol. 42 (n.spe), p. 1-18. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003262847>

GONZALEZ, Lélia. *Por um feminismo afro-latino-americano*. 1. ed. São Paulo: Editora da Unicamp, 2020.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V. D.; LUNA, C. F.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. D.; SZWARCOWALD, C. L. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 12, p. 281-296, 2009.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 5, p. 7–41, 2009. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>. Acesso em: 5 jun. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Em 2022, analfabetismo cai, mas continua mais alto entre idosos, pretos e pardos e no Nordeste. *Agência de Notícias IBGE*, 17 fev. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/3708-9-em-2022-analfabetismo-cai-mas-continua-mais-alto-entre-idosos-pretos-e-pardos-e-no-nordeste>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2022: pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda.

Agência de Notícias IBGE, 22 dez. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda>.

JACOBS, M. G.; BOING, A. C. Acesso universal e igualitário? O desafio na oferta do aborto previsto em lei pelo Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 31, e210179pt, 2022.

JACOBS, M. G.; BOING, A. C. Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 3689-3700, 2022.

LAMIM, Felipe Guimarães; LUNA, Naara. Morte e vida em debate: o tema do aborto na Câmara dos Deputados, no Brasil, nas legislaturas de 2003 a 2010. *Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer*, v. 1, n. 1, p. 100-125, 2016.

LOSCHI, M.; BENEDICTO, M. 2017: O ano da agricultura. *Revista Retratos*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 16 jan. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/19578-2017-o-ano-da-agricultura>. Acesso em: 14 jul. 2024.

LUGONES, Maria. Colonialidade e gênero. In: HOLANDA, H. B. de (Ed.). *Pensamentofeminista hoje: Perspectivas decoloniais*. Bazar do Tempo, 2020. p. 51-81.

MAYORGA, Claudia. *Algumas contribuições do feminismo à psicologia social comunitária*. Athenea Digital, v. 14, n. 1, p. 221-236, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1129>. Acesso em: 14 jul. 2024.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudonacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016.

MARTINS, Aline de Carvalho; BARROS, Geiza Martins. Parirás na dor? Revisão integrativada violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. *Revista Dor*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 215-218, jul./set. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

MOREIRA, G. A. R. et al. Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. *Saúde e Sociedade*, v. 29, e180895, 2020.



MOURA, N. A Família: Análises e questionamentos sobre o movimento feminista de Primeira Onda no Brasil. *Equatorial – Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social*, [S. l.], v. 7, n. 12, p. 1–28, 2020. DOI: 10.21680/2446-5674.2020v7n12ID18525.

Disponível em:

<https://periodicos.ufrn.br/equatorial/article/view/18525>. Acesso em: 5 jun. 2024.

MUDJALIEB, Amanda Almeida. Relato de experiência sobre ampliação do acesso ao abortolegal por violência sexual no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00181219, 2020

PEDRO, Joana. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. *História*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 77-98, 2005.

PISCITELLI, Adriana. "Sexo tropical": Comentários sobre gênero e raça em alguns textos da mídia brasileira. *Cadernos Pagu, Raça e gênero*, n. 6-7, p. 9-34, 1996. Disponível em: <https://ieg.ufsc.br/storage/articles/October2020/31102009-091551piscitelli.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2024.

SILVA, J. G.; BRANCO, J. G. O.; VIEIRA, L. J. E. S.; BRILHANTE, A. V. M.; SILVA, R. M. 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*, v. 28, n. 2, p.187-200, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180309>. Acesso em: 14 jul. 2024.

STOPA, S. R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, supl. 1, p. 3s, 2017.