

SAÚDE E (IN)JUSTIÇA REPRODUTIVA: PANORAMA GERAL SOBRE OS SERVIÇOS DE ABORTAMENTO LEGAL NO BRASIL

REPRODUCTIVE HEALTH AND (IN)JUSTICE: AN OVERVIEW OF LEGAL ABORTION SERVICES IN BRAZIL

Maria Luiza Simões Trindade Valente¹, Ana Júlia Araújo Wenceslau², Paula Rita Bacellar Gonzaga³

Resumo

A partir da pesquisa “Psicologia e atenção humanizada ao abortamento no Brasil”, de bases teórico-metodológicas na psicologia social feminista, realizou-se o mapeamento dos serviços de aborto legal no Brasil. Neste artigo, analisar-se-á o panorama geral dos resultados obtidos por meio das ligações telefônicas, observando as dificuldades no acesso às informações sobre os serviços, o (não) seguimento das normativas do Ministério da Saúde em relação ao aborto legal e de que maneira os discursos sobre abortamento impactam na efetivação desse direito. Constatou-se uma grande dificuldade em coletar dados sobre a realidade dos serviços de aborto legal no país, um desconhecimento das normativas do Ministério da Saúde, bem como sobre a legislação relacionada ao abortamento, além da presença de discursos que inviabilizam a efetivação do direito ao aborto legal para toda população. Conclui-se que o cenário nacional em relação ao direito ao abortamento legal está precarizado e marcado pela injustiça reprodutiva.

Palavras-chave: aborto humanizado, serviços de abortamento legal, psicologia social feminista.

Abstract

Based on the research “*Psychology and Humanized Care for Abortion in Brazil*,” grounded in theoretical-methodological foundations of feminist social psychology, a mapping of legal abortion services in Brazil was made. This article analyzes the overall panorama of the results obtained through telephone calls, examining the difficulties in accessing information about these services, the (non-)compliance with the Ministry of Health's regulations regarding legal abortion, and how discourses on abortion impact the realization of this right. The study found significant challenges in collecting data on the reality of legal abortion services in the country, a lack of knowledge about the Ministry of Health's regulations as well as the legislation related to abortion, and the presence of discourses that obstruct the realization of the right to legal abortion for the entire population. It is concluded that the national scenario regarding the right to legal abortion is precarious and marked by reproductive injustice.

Keywords: humanized abortion, legal abortion services, feminist social psychology.

¹Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais
Contato: malusimoes10@gmail.com

²Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais
Contato: anajuliaaraujowenceslau@gmail.com

³Professora Doutora em Psicologia. Universidade Federal de Minas Gerais.
Contato: paularitabacellargonzaga@gmail.com

Editor-associado: Julia Costa de Oliveira

Recebido em: 01/04/2025

Aceito em: 15/07/2025

Publicado em: 31/07/2025

Citar: Valente, M. L. S. T., Wenceslau, A. J. A., & Gonzaga, P. R. B. (2025). Saúde e (in)justiça reprodutiva: panorama geral sobre os serviços de abortamento legal no Brasil. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 13(1), 33-53.

Introdução

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são um campo historicamente de disputa. Ao se pensar no cenário global, observa-se que dois grandes eventos foram essenciais para qualificar o debate sobre eles: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994, e a Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995. A CIPD, aconteceu em Cairo e reuniu representantes de 179 países - incluindo o Brasil - para discutir saúde reprodutiva, planejamento familiar e questões populacionais. A partir das discussões, que pautaram uma perspectiva integral relacionada a população e desenvolvimento, foi traçado o Programa de Ação (Plataforma de Cairo) (UNFPA Brazil, 2007). Tal documento relaciona a equidade de gênero enquanto algo fundamental para o desenvolvimento sustentável e reconhece os direitos reprodutivos como parte disso, incluindo o direito à informação, aos serviços e à autonomia nas questões de contracepção e planejamento familiar (UNFPA Brazil, 2007). A segunda articulação internacional mencionada ficou conhecida como Conferência de Beijing (ONU, 1995), com mais de cinquenta mil participantes de 189 países, também abordou a violência de gênero e os direitos reprodutivos. Nesse momento, apontou-se, ainda, a concepção de direitos sexuais, destacando a necessidade de conceber sexualidade e reprodução de modo entrelaçado, mas com aspectos próprios a serem considerados. Como produto desse encontro, foi aprovada a Declaração e Plataforma de Ação de Beijing, que visa alcançar a igualdade de gênero e eliminar a discriminação contra mulheres e meninas no mundo inteiro nos âmbitos da política, economia, educação e saúde. Ambas tinham enfoque nos direitos das mulheres, reconhecendo a complexidade das questões de gênero e propondo acordos orientativos para resolução das desigualdades constatadas. Contudo, observa-se que, na América Latina, apesar dos avanços e conceitos propostos pelas conferências, discursos conservadores que negam a efetivação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos enquanto direitos humanos ainda vigoram (Corrêa e Kalil, 2020; Dirino e Arbués, 2021; Ruibal, 2014).

Sobre isso, Dirino e Arbués (2021) argumentam que a noção de humanidade não é única e muito menos universal, já que o discurso em defesa dos direitos humanos nunca foi pensado para as pessoas do sul global, as quais, devido ao colonialismo, não são vistas como humanas (Carneiro, 2005; Lugones, 2008). Logo, mesmo sendo direitos humanos, os direitos reprodutivos não são efetivados no hemisfério sul do globo, visto que as pessoas com útero da região não possuem o seu status de humanas validado. Analisar a não efetivação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos na América Latina, a partir da leitura do efeito da colonialidade sobre os corpos, implica pensar sobre o sistema de gênero moderno/colonial, definido por Maria Lugones (2008) como as relações de poder que operam sobre os corpos lidos como femininos, de forma a relegá-las a papéis sociais construídos, não apenas com base no gênero, mas também, com base na raça. Dessa forma, as mulheres de cor (conferir

Nota de Rodapé 1) têm sua humanidade negada em níveis distintos às mulheres brancas, já que são vistas como animais bestializados, enquanto as mulheres brancas são atreladas a animais dóceis (Lugones, 2008). Essa animalidade sobre os corpos vistos enquanto femininos pode ser compreendida na diferença do tratamento de mulheres ao acessarem serviços de saúde.

A literatura acerca da saúde sexual e saúde reprodutiva, principalmente, em relação à violência obstétrica, evidencia que o tratamento dado a pessoas negras é marcado por negligência, desumanização e negação de seus sofrimentos (Góes, 2018; Gonzaga e Mayorga, 2019; Leal et al, 2017). O racismo obstétrico está presente desde a demora para atender pessoas negras, desconsiderando suas queixas, além de passar pelo não uso de anestesia na realização de procedimentos como o parto (Leal et al, 2005; Leal et al, 2017). A dor infligida e ampliada nos serviços de saúde sobre pessoas negras, seja nos momentos de parto, de realização de aborto ou de exames pós-abortamento, é uma violência racista, calcada na desumanização de seus corpos e que contribui para a ampliação das desigualdades sociais no Brasil (Assis, 2018; Do Princípio, 2012; Góes et al, 2020; Gonzaga, 2022; Leal et al, 2005). Logo, para se pensar a efetivação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, é necessário considerar as estruturas imbricadas de opressão que delineiam cenas de violência e resistência para pessoas latino-americanas e como elas são operacionalizadas e reproduzidas na implementação das políticas públicas.

Nessa linha de raciocínio, outro aspecto a ser pensado é a maternidade compulsória que, evidenciada na negação do direito ao abortamento, perpetua e agrava a desigualdade de gênero, atuando como um controle sobre os corpos com útero (Gonzaga e Aras, 2015). Scott (2017) demonstra que a ilegalidade do aborto se insere numa perspectiva histórica de dominação sobre os corpos tidos como femininos, de forma a controlá-los e a permitir que eles existam apenas em determinados papéis e lugares na sociedade. Tal análise está consoante com a perspectiva do sistema de gênero moderno/colonial ao demonstrar que a questão do aborto é uma questão discursiva e de poder, já que o tornar legalizado na América Latina inteira implicaria desconstruir as relações de poder que cerceiam as liberdades das mulheres, como também desconectar seus corpos das diversas imagens às quais estão atrelados (Gonzaga e Mayorga, 2019). Significaria permitir a negação da maternidade não pelo Estado, por políticas eugenistas ou pelo patriarcado, mas por meio da agência das mulheres frente a sua própria potencialidade reprodutiva. A atuação estatal no controle dos corpos com útero se dá, também, na negação da maternidade de grupos considerados indesejáveis pelo Estado. Durante os anos de 1980, no Brasil, ativistas do feminismo negro denunciaram ações e projetos governamentais higienistas que propunham a esterilização em massa de pessoas negras com útero (Damasco et al, 2012).

Há, então, de forma escancarada, a consolidação de um projeto eugenista de sociedade em que o Estado atua para que as famílias tenham apenas a composição normativa: brancas e de classe média, tentando impedir que outras composições familiares existam. O aborto, nessa perspectiva, permite, não apenas, como já foi dito, tensionar as estruturas de opressão que cerceiam a liberdade dos corpos lidos como femininos, questionando a maternidade enquanto dever, como também evidencia a situação de desigualdade socioracial brasileira. Devido à sua ilegalidade, a realização do aborto em condições inseguras potencializa o risco de morte, principalmente, de mulheres negras, solteiras, jovens, de baixa escolaridade, de menor renda e que já possuem outros filhos (Diniz e Medeiros, 2012; Diniz et al, 2016; Menezes e Aquino, 2009; Ministério da Saúde, 2009; Monteiro et al, 2008 apud Góes et al, 2020).

Especificamente sobre o direito ao abortamento, Borrego (2023) constata que Cuba foi o primeiro país da América Latina e do Caribe a descriminalizar o aborto e criar regulamentações para que ele pudesse ser realizado de forma legal, segura e gratuita, em 1965. Porém, a autora (2023) aponta que, apesar dos avanços conquistados nas mais de seis décadas, ainda existem vários desafios do ponto de vista jurídico, médico e social. Tais desafios estão relacionados à legislação da prática - uma garantia para a interrupção de gestação enquanto direito - ao aperfeiçoamento dos procedimentos médicos menos invasivos e à educação sexual focada na adolescência. No ano de 2007, a interrupção legal da gravidez mediante solicitação da própria mulher foi permitida na Cidade do México, capital do México, e, em 2012, no Uruguai (Aguiar et al, 2018). O país sul-americano mais recente a descriminalizar o aborto foi a Colômbia (Silva, 2022). Durante esse período, entre o primeiro e o último país, por toda a América Latina houve movimentações em prol da legalização do aborto, manifestações essas que ficaram conhecidas como a Maré Verde Latino-americana, e que lograram avanços na ampliação de permissivos em alguns países. A reportagem de Silva (2022) mostra que, no território latino-americano, sete países ainda criminalizam o aborto em qualquer circunstância, sendo eles: República Dominicana, El Salvador, Nicarágua, Jamaica, Honduras, Haiti e Suriname. Dez países, incluindo o Brasil, têm a interrupção voluntária da gestação criminalizada, mas possuem exceções diante de casos específicos. Segundo Aguiar e colaboradoras (2018), as ambivalências presentes nesse cenário estão atreladas a contraposições entre visões religiosas pelo direito à vida fetal (com receio de banalização da prática) e, iniciativas de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que visam centralmente diminuir os índices de aborto inseguro e mortalidade materna.

No Brasil, a história do aborto é marcada pela sua criminalização. Atualmente, o aborto não se configura como crime se houver risco de mortalidade materna ou em casos de estupro, como está previsto nos artigos 124 a 128 do Código Penal. Em 2012, devido à decisão do Supremo Tribunal Federal sobre a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 (ADPF 54), o aborto

também não é enquadrado como crime caso a gravidez seja de feto anencéfalo (Azevedo, 2017). Sobre a sua oferta no Sistema Único de Saúde (SUS), durante os anos 90, diversas normas técnicas foram lançadas para garantir o acesso ao serviço no SUS nos casos permitidos por lei (Azevedo, 2017). Contudo, Miguel (2012) expõe que a luta pela legalização do aborto ainda é interditada por fissuras na laicidade do Estado e na democracia. Durante o período eleitoral, é evidente nas campanhas a maneira como os corpos e a sexualidade feminina são vistos como um território de disputa política permeado por discursos conservadores (Almeida e Bandeira, 2013). Percebe-se, portanto, que ainda há um longo caminho, não apenas para a legalização do aborto, como também para que ele ocorra sem interdições nos casos que já são permitidos por lei. Observa-se, também, que a materialidade do acesso aos serviços de abortamento legal no SUS é deficitária e desigual (Diniz et al, 2017; Fonseca et al, 2020; Jacobs e Boing, 2022; Silva Jeremias, 2020; Zanghelini, 2020).

Nos últimos anos, ocorreram diversos retrocessos no âmbito da saúde sexual e saúde reprodutiva. O governo de Jair Bolsonaro investiu contra a realização do aborto no país, inclusive em casos permitidos por lei, por meio de portarias e discursos conservadores que buscavam dificultar que o procedimento se realizasse em qualquer circunstância (Gonzaga, Gonçalves e Mayorga, 2021). As reverberações dos discursos conservadores utilizados pelo ex-presidente e seus ministros se deram para além das interdições regimentais. Cabe ressaltar o caso ocorrido em 2020, quando uma menina de 10 anos de idade, estuprada pelo tio, quase não conseguiu realizar a interrupção gestacional devido às mobilizações da então ministra Damares Alves para que o procedimento não fosse realizado (Gonzaga, Gonçalves e Mayorga, 2021). Novamente, o governo de Jair Bolsonaro atuava para impedir a materialização de um direito. Outra forma de desmonte no que tange aos direitos sexuais e direitos reprodutivos que ocorreu nos anos da ex-presidência de Bolsonaro, em especial, durante a pandemia do Covid-19, foi a negligência com a saúde sexual e saúde reprodutiva. O Ministério da Saúde chegou a divulgar uma Nota Técnica sobre o acesso aos serviços durante o contexto pandêmico, porém, por ter desagradado deputados conservadores da base governamental, a nota foi revogada e nenhuma outra ação voltada à temática foi anunciada, além de toda a equipe responsável pela Nota ter sido exonerada de seus cargos (Gonzaga, Gonçalves e Mayorga, 2021).

Após esse período no qual a centralidade do enfrentamento à pandemia eclipsou outras problemáticas de saúde, especialmente aquelas concernentes às diversas formas de violência de gênero (Moreira et al., 2020), o Brasil atualmente vive um momento de reconstrução de suas políticas públicas, entre estas as políticas relacionadas aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. Em uma entrevista no programa Roda Viva, em 2023, a atual Ministra da Saúde, Nísia Trindade (conferir Nota de Rodapé 2), abordou o tema dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, afirmando que eles são prioridades para o ministério no que tange à saúde integral de pessoas com útero. Ademais, já no

início do novo governo, o Ministério da Saúde revogou as portarias anteriores que não foram acordadas com os gestores das políticas públicas nos âmbitos municipais e estaduais, além das que eram relacionadas ao cuidado materno e infantil, revogando também a portaria supracitada que impunha a notificação compulsória à polícia, por parte da equipe de saúde, em casos de aborto devido a estupro (Brasil, 2023).

A partir desse contexto - de destruição e reconstrução dos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva do SUS no contexto pós-pandêmico e pós-governo Bolsonaro - a pesquisa “Projeto Psicologia e Atenção Humanizada ao Abortamento no Brasil”, buscou mapear como os serviços de aborto legal pelo SUS têm organizado a oferta desses atendimentos. A partir de uma abordagem teórico-metodológica da psicologia social feminista e do feminismo decolonial, as normativas oficiais e a literatura especializada foram consultadas como pontos de orientação para as análises. Neste artigo apresentamos um recorte parcial dos resultados do projeto, com o objetivo de evidenciar a efetivação e/ou interdição de direitos, como o contato ou a ausência de contato revela sobre a cultura de criminalização do aborto no Brasil e, por fim, refletir sobre as respostas dos profissionais da saúde atuantes nos serviços listados que, ao serem questionados em relação à realização de procedimentos de abortamento nos locais em que trabalham, revelaram possíveis movimentos de interdição do direito ao aborto legal.

Metodologia

O projeto de pesquisa estruturou-se no âmbito dos três pilares da universidade pública: ensino, extensão e pesquisa. Em termos de ensino, as pesquisadoras coordenaram o Grupo de Estudos sobre Psicologia e Aborto na América Latina (GEPSILA), organizando reuniões semanais durante o ano de 2023, nas quais se debruçaram sobre um escopo bibliográfico acerca dos direitos sexuais, dos direitos reprodutivos e sobre o panorama do aborto tanto no Brasil, quanto no contexto latino-americano. A extensão se deu na organização do IV Encontro Nacional de Pesquisa e Ativismo sobre Aborto (ENPAA) que ocorreu em setembro de 2023 na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O ENPAA é um evento bienal que, em sua quarta edição, contou com a participação de pesquisadoras, ativistas de todas as regiões brasileiras e representantes de autarquias (Conselho Federal de Psicologia, Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, Defensoria Pública de Minas Gerais) e Organizações não governamentais (Católicas pelo Direito de Decidir, Nem Presa, Nem Morta). O IV ENPAA cultivou espaços amplos de debate a partir de mesas-redondas, de simpósios temáticos, oficinas, além da participação no ato de rua do Dia Latino-Americano e Caribenho de Luta pela Desriminalização e Legalização do Aborto na cidade de Belo Horizonte. Tais discussões ainda reverberam nos espaços universitários e organizações de profissionais da área da Saúde e do Direito.

A pesquisa - sobre a qual analisar-se-ão os dados neste artigo - foi dividida em três partes. Em um primeiro momento, realizou-se uma busca sobre quais estabelecimentos de saúde ofertavam o serviço de aborto legal na plataforma DataSUS, a partir dos resultados obtidos esses serviços foram listados e divididos, primeiramente, por região e, em seguida, por estado. Os dados de contato telefônico e e-mail também foram catalogados, visto que seriam primordiais para a continuação da pesquisa.

A segunda parte ocorreu durante o último semestre de 2023, período no qual foram realizadas ligações para os serviços listados, nas quais as pesquisadoras almejavam conseguir as informações, exercendo o direito de acesso à informação garantido pela Lei nº 12.527 de 2011, Lei de Acesso à Informação. Para conduzir as ligações, foi elaborado um roteiro de perguntas fundamentado a partir das considerações presentes na literatura especializada e das diretrizes normativas vigentes (Brasil, 2011; Brasil, 2012; Dias et al, 2022; Diniz et al, 2017; Fonseca et al, 2020; Jacobs e Boing, 2022; Moreira et al, 2020; Silva et al, 2019). A construção do instrumento de pesquisa foi elaborada para facilitar a livre expressão dos discursos de profissionais sobre a oferta de interrupção gestacional nos casos previstos em lei. As respostas obtidas por meio das ligações foram transcritas para análises futuras, bem como foram elaborados diários de campo que registrassem os elementos percebidos pelas pesquisadoras durante o contato. A produção de diários de campo implicou em materializar os incômodos, dúvidas e dificuldades de cada pesquisadora ao realizar os contatos. Considerando que “as teorias provocam mudanças nos nossos corpos, no regime de verdades que nos constituem, na forma que interpretamos o mundo, o que acontece nele e, principalmente, nas subjetividades” (Gorjon et al, 2019, p. 03), o registro das afetações produzidas na realização dos contatos também se dá em atenção ao campo teórico onde nos inserimos.

As análises foram conduzidas a partir da perspectiva da psicologia social feminista, que pode ser compreendida como: “uma corrente que se debruça sobre o processo de decifração dos conteúdos e significações explícitas e implícitas que instituíram e continuam a perpetuar diferenças como desigualdades” (Lima et al, 2019, p.54). Nesse sentido, de forma a tensionar a pretensa universalidade proposta pela ciência hegemônica que simplifica as mazelas sociais, apostamos na interseccionalidade como ferramenta metodológica (Akotirene, 2019; Gonzaga, 2022) e nas postulações das teorias decoloniais e do feminismo negro, visto que pensar os atravessamentos de raça e gênero significa complexificar as discriminações que mulheres sofrem no contexto brasileiro e da América Latina também pelas desigualdades de classe e raça que estruturam esse território (Carneiro, 2019), inclusive no que tange à interrupção gestacional.

Por fim, a terceira parte da pesquisa foi o envio de ofícios institucionais por email para os serviços, a fim de alcançar respostas oficiais das instituições, além de observar se haveria uma

diferença entre as informações passadas, via ligação telefônica. No presente artigo, os dados analisados serão da primeira e da segunda fase do projeto, com foco em um panorama geral do que se constatou nas buscas aos sites oficiais e nos contatos telefônicos realizados com os serviços.

Discussão

Panorama Geral

De acordo com o DataSUS, no Brasil, a realização do abortamento legal está ofertada em 125 estabelecimentos de saúde. Durante o contato telefônico com os estabelecimentos listados da região Sul, descobriu-se mais um estabelecimento de referência para a realização do abortamento, o qual não constava no DataSUS. Vide a tabela abaixo:

Tabela 1: Quantidade de Estabelecimentos de acordo com o DataSUS e Quantidade de Ligações realizadas

Regiões	Estabelecimentos de Saúde (DataSUS)	Contatos via Telefone (sites oficiais)
Norte	12	3
Nordeste	46	29
Centro-oeste	8	5
Sudeste	48	30
Sul	11	12
Total	125	79

É perceptível a deficiência na oferta de locais para a realização do aborto legal quando se analisam os índices de violência sexual contra mulheres e crianças. De acordo com o 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2024), ocorre, no Brasil, um estupro a cada seis minutos, sendo que em 2023, 83.988 pessoas foram vítimas dessa violência. Desse número, 88,2% eram do sexo feminino, 52,2% eram negras e 61,6% tinham até 13 anos. Em relação à violência sexual contra crianças e adolescentes (de 0 a 17 anos), a situação se torna ainda mais alarmante, em especial, quando levada em conta a quantidade de serviços disponíveis para a realização de abortamento legal por região. De

acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2024), Mato Grosso do Sul, Rondônia e Roraima são os estados com os maiores índices de estupro contra crianças e adolescentes, os quais estão localizados em regiões com os menores números de hospitais que realizam abortamento legal por estado, como exposto pela tabela acima. Somando esses dados de estupro e de poucos hospitais de referência aos fatos de que, primeiramente, qualquer relação sexual com menores de 14 anos é considerada estupro e, em segunda instância, que o aborto possui o excludente de ilicitude em casos de violência sexual (Brasil, 1940), observa-se o quanto preocupante é o cenário de não garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, em especial, nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Logo, nos casos de estupro de vulnerável que geram uma gravidez, a qual, por lei, tem o direito ao abortamento, resta o questionamento sobre onde se dará o procedimento, visto que, apesar dos grandes índices de violência, não há número suficiente de hospitais e/ou maternidades que realizam o abortamento legal. Tal reflexão, agravada em relação ao Norte e Centro-Oeste, pode ser feita sobre as demais regiões do país, visto o tamanho continental do Brasil e as desigualdades entre o meio urbano e o rural (Diniz et al, 2017; Jacobs e Boing, 2022).

O que leva à conclusão de que, com números tão alarmantes de violência sexual, apenas 126 estabelecimentos espalhados de forma desigual pelo país não são suficientes para garantir o acesso ao direito ao abortamento em casos de violência sexual. Com poucos locais disponíveis para a realização do procedimento, muitas mulheres recorrem à ilegalidade, correndo sérios riscos de vida (Góes et al, 2020). O cenário de negação de direitos persiste, inclusive, quando mulheres recorrem aos serviços de saúde após complicações de abortos clandestinos, visto que a atuação de profissionais da saúde com essas mulheres é marcada por condutas punitivas e discriminatórias, deixando em segundo plano o atendimento humanizado (Silva et al, 2019). Ademais, a violência sexual no país é um fenômeno invisibilizado nos serviços de saúde pública, já que os profissionais de saúde apresentam dificuldades em identificá-la, além de tratar o fenômeno como responsabilidade exclusiva da segurança pública, o que impede que sobreviventes dessa violência tenham acesso aos seus direitos, como o direito ao aborto legal (Moreira et al, 2020).

As barreiras institucionais

A percepção de que casos de violência sexual pertencem, primeiramente, à instância da segurança pública ficou evidente em quatro das cinco regiões do país. No Norte, em um dos estabelecimentos contatados, obteve-se a seguinte resposta sobre a realização do abortamento legal: “Esses casos são só por questões judiciais. Primeiro, tem que fazer o B.O., um processo na delegacia e envolve muita gente”. Na região Nordeste, quatro estabelecimentos realizam o procedimento mediante a apresentação de um Boletim de Ocorrência (B.O). Em relação ao Centro-Oeste, no contato telefônico com o Hospital Estadual da Mulher (GO), o profissional que respondeu aos questionamentos

das pesquisadoras disse que: “Aborto legal? Como assim?” (...) Precisa de B.O. ou pode passar pelo médico para ele te orientar melhor”. Sobre a região Sudeste, dois estabelecimentos também exigem a apresentação de B.O. Por fim, apenas no Sul do país que esse empecilho para a realização do aborto legal não foi mencionado nas ligações.

Tabela 2: Exigência de Apresentação de Boletim de Ocorrência e Decisão Judicial por Região

Regiões	Exigência de Apresentação de B.O.	Exigência de Decisão Judicial
Norte	1	1
Nordeste	4	1
Centro-oeste	1	0
Sudeste	2	0
Sul	0	0

A exigência, seja de B.O, seja de decisão judicial, contradiz o que a norma técnica do Ministério da Saúde (2012) - “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes” - postula, já que a norma estabelece que apenas o relato circunstanciado da sobrevivente é o necessário para que o procedimento ocorra, sem que haja prejuízos ou penalização à equipe caso seja constatado posteriormente que o relato era falso (Brasil, 2012). Logo, observa-se que tais exigências, como também o desconhecimento da equipe sobre as normas de atuação, são estratégias institucionais para barrar o acesso ao direito ao abortamento legal, já que colocam o atendimento à saúde em segundo plano, obrigando as sobreviventes a passarem pelas instâncias de segurança pública e jurídicas para, então, terem seu direito assegurado (Moreira et al, 2020; Silva et al, 2019). Para além disso, exigir esses documentos demonstra a suspeição que os profissionais da saúde apresentam em relação às sobreviventes, como se seus relatos fossem falaciosos, o que gera uma inversão perversa de papéis: de sobreviventes de uma situação de violência, elas se tornam, aos olhos da equipe, suspeitas que estão tentando infringir a lei. É perceptível, enfim, que a indagação sobre os discursos das sobreviventes é uma ferramenta de constrangimento que busca impedi-las e

desmotivá-las de acessar os serviços de aborto legal. (Góes, 2020; Gonzaga, Gonçalves e Mayorga, 2021; Moreira et al, 2020; Silvia Jeremias, 2020).

Observa-se, portanto, como condutas individuais de negação de direitos, seja por motivos de desconhecimento, seja por questões morais, impedem o pleno funcionamento do SUS no âmbito da saúde sexual e da saúde reprodutiva. Pensar sobre condutas individuais tendo em perspectiva o funcionamento do SUS implica em refletir sobre a fragilidade do Sistema Único em ter uma postura institucional de cuidado em saúde, não dependendo, assim, de posturas individuais para que o acesso à saúde seja efetivado (Soares, 2017). Em relação à saúde sexual e saúde reprodutiva, especialmente, sobre a garantia ao aborto legal, é necessário tensionar a criação de barreiras por profissionais das instituições que deveriam garantir o acesso a esse direito e, dessa forma, o cuidado em saúde, pensando que o SUS, enquanto o sistema público de saúde do Brasil, deveria ter um funcionamento que refletisse as normas técnicas e não o desconhecimento dos profissionais em relação a elas (Branco et al, 2020; Moreira et al, 2020; Soares, 2017). Como as falas acima ilustram, no contato telefônico, o direito ao abortamento foi interditado por profissionais que afirmaram categoricamente sobre a exigência de documentos não necessários para a realização do procedimento.

A ausência de informações enquanto entrave para efetivação do direito ao aborto legal

Tabela 3: Quantidade de Estabelecimentos Sem Possibilidade de Contato Telefônico

Regiões	Não Atendeu	Telefone fora de funcionamento	Encaminhamento para outro setor sem sucesso
Norte	4	5	0
Nordeste	5	10	2
Centro-oeste	1	3	1
Sudeste	15	1	2
Sul	0	0	0

Dos equipamentos levantados, classificados enquanto serviços de atenção à interrupção de gravidez nos casos previstos por lei, em 49 (38,9%) não foi possível contactar. A dificuldade de contato revela (mais) uma violação, do direito previsto no inciso XXXIII do art. 5º da Constituição Federal: “todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral”(Brasil, 1988). Ainda, a Lei nº 12.527, de 2011, que regulamenta o acesso a informações e orienta o funcionamento dos serviços de acordo com as diretrizes de “divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações” e “utilização de meios de comunicação viabilizados pela tecnologia da informação” (Brasil, 2011).

Tabela 4: Estabelecimentos que informaram sobre a não-realização de Abortamento Legal

Regiões	Não Realiza	Não Realiza e encaminhou para outro estabelecimento	Não Realiza/Não Existe/É Crime
Norte	0	1	1
Nordeste	4	3	0
Centro-oeste	0	1	0
Sudeste	6	2	2
Sul	0	0	0

Para além de representar uma falência das leis em relação ao acesso à informação, pode-se analisar esse não acesso como uma prática de violência institucional, calcada pela omissão de direitos, isto é, a negação total de procedimentos em saúde, no caso, o abortamento (Santos et al, 2011 *apud* Moreira, 2020). Percebe-se, como a presente discussão já apontou, a fragilidade do SUS em garantir a efetivação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, ao ponto de perpetuar a violência de negar o cuidado à saúde em uma instância anterior à chegada aos serviços que o compõem. Ademais, alguns serviços em que o contato ocorreu nos informaram que não realizavam e em um caso nos informaram que: “todo aborto é um crime”, essas respostas se agravam quando consideramos que esses serviços estão listados no DataSUS como serviços de referência para os casos de aborto previstos em lei.

Por fim, conclui-se que a dificuldade de dados essenciais para o atendimento a vítimas de violência sexual gera uma peregrinação virtual e física, somada à falta de contato tanto nos casos de ocultação de informação, quanto no caso de meios de comunicação fora de funcionamento. Observa-se que não há apenas a violação de direitos, mas também a manutenção da centralidade do poder sobre os corpos que gestam a partir da dependência de quem detém as informações e controla como e quando elas circulam (Foucault, 1971). Tal saber-poder insiste em perpetuar o protagonismo das vozes de opressão machista e racista, deixando a declaração da vítima em último plano. Dessa forma, a suspeição da narrativa da vítima faz com que a verdade seja construída a partir dos profissionais, que têm sua percepção influenciada pela demonstração do trauma físico e emocional causado, buscando o papel investigador (Diniz et al, 2014).

Os discursos da saúde

Tabela 5: Estabelecimentos que informaram as condições para realização do Abortamento Legal

Regiões	Realiza Mediante Avaliação (não especificado)	Realiza Mediante Avaliação Clínica e Psicológica	Realiza Mediante Avaliação Médica	Realiza Mediante Avaliação Multidisciplinar
Norte	0	0	0	0
Nordeste	0	0	1	4
Centro-oeste	0	0	0	0
Sudeste	2	0	1	3
Sul	5	1	0	2

Em 8 dos 12 serviços na região Sul, houve na ligação a informação do procedimento de avaliação que era justificado com o intuito de conferir a data de gestação e do relato. Em algumas respostas especificaram os componentes das equipes de avaliação. As profissões da psicologia e da medicina eram enfatizadas para ocupar o lugar de verificar a verdade na equipe que realiza tal etapa. Essa estética corrobora o pensamento de Foucault (1971) a respeito da vontade de verdade enquanto força reguladora discursiva dentro da medicina e das práticas clínicas, em que as normas sociais são reforçadas na relação entre o poder e o discurso. O que é dito e quem está dizendo influencia a forma como as narrativas são consideradas verdadeiras, assim, a linguagem opera como uma forma de

controle e poder na sociedade. Ademais, as instituições operam para regularizar quais discursos são autorizados e quais são excluídos para a manutenção do poder, fenômeno que é corroborado nas relações de poder dentro do cenário da saúde. O hospital se faz enquanto uma instituição do saber da saúde mais do que o próprio sujeito, operando a seleção institucionalizada (Foucault, 1971).

Continuando, ao se pensar sobre os efeitos entre o discurso psicológico e médico e a fala das sobreviventes, é necessário refletir sobre quem são as mulheres validadas em suas dores, as vistas como realmente vítimas e quem são as mulheres em que o cuidado em saúde é interditado. Como previamente exposto, o sistema de gênero moderno/colonial está presente no tratamento distinto dado a mulheres negras e mulheres brancas ao acessarem os serviços de saúde, o que é materializado nas categorizações entre quais são as mulheres enquadradas enquanto vítimas e quais são as mulheres vistas enquanto criminosas (Gonzaga e Mayorga, 2019; Gonzaga, 2022; Lugones, 2008; Zanghelini, 2020). Assim, refletir sobre a necessidade de avaliação médica/psicológica implica pensar de que forma essas avaliações estão permeadas por discursos racistas e machistas que impedem o acesso ao direito ao abortamento legal de formas distintas em relação aos diferentes corpos que acessam os serviços do SUS.

Para além disso, observa-se que a permanência de uma lógica patriarcal-racista nos discursos médicos, a qual foi construída historicamente, a partir do referencial masculino-hetero-cis-branco enquanto norma e os corpos restantes, enquanto patologizáveis e meros objetos de estudo, nunca sujeitos dotados de um saber sobre os seus próprios corpos (Medrado e Lima, 2020). Logo, a negação de acesso àquilo que era direito, no caso do aborto legal, se pauta na lógica machista-racista, que marginaliza e silencia os corpos lidos como femininos, agindo como engrenagem no funcionamento das políticas públicas de saúde.

Considerações finais

A partir dos dados analisados, conclui-se que o cenário dos direitos sexuais e direitos reprodutivos no Brasil, especificamente, sobre a garantia ao acesso ao aborto legal está precarizado. Observa-se que a situação brasileira, em consonância com a realidade sócio-histórico da América Latina, está marcada pela injustiça reprodutiva, isto é, pela ausência da garantia do poder de escolha igualitário das mulheres sobre os seus corpos, o que passa pela decisão de se ter ou não filhos, mas também se baseia, nas desigualdades estruturais que inviabilizam direitos básicos (Zanghelini, 2020). Para repensá-la, é necessário ampliar a noção humanidade para os corpos do sul global, de forma que o Brasil não seja apenas signatário nos acordos previamente citados, mas que, o que está dito nesses acordos ressoe nas políticas públicas brasileiras de forma a garantir a efetivação de, no mínimo, direitos já garantidos por lei.

Contudo, é válido refletir se leis, constituições, acordos são o que basta para a materialização de direitos na realidade. Em relação ao aborto, observa-se, como apontado em todo artigo, que não, não é o bastante. Assim, é válido refletir que os direitos, como, por exemplo, os Direitos Humanos - dentre os quais estão os direitos sexuais e direitos reprodutivos - podem ser compreendidos em uma perspectiva constitutiva/constitucional, como em uma fotografia, a qual possui um enquadre e uma perspectiva, fotografando, no caso, quem são os humanos para os Direitos Humanos e, dessa forma, deixando, à margem do enquadre, todo um contingente de corpos. Para minar esse enquadre-margem, é necessário trazer uma perspectiva fílmica, isto é, com movimento, que leve em consideração os movimentos de forças antagônicos que disputam quais corpos serão enquadrados e quais não, para, assim, abarcar as diferenças na universalidade, em vez de apagá-las em nome do homogêneo (Perez et al, 2010).

Pensar sobre as diferenças, os discursos e as construções sociais que determinam o (não) acesso à saúde sexual e à saúde reprodutiva, significa, também, pensar sobre quais informações podem circular e quais informações são interditadas. No caso da pesquisa, é evidente que a desinformação sobre os permissivos legais em relação ao abortamento e sobre a própria realização do aborto em hospitais, em teoria, de referência, possui amplo escopo de transmissão. Os próprios silêncios de telefones não atendidos, números errados e encaminhamentos em vão, transmitem a informação de que o aborto, mesmo em casos legais, não é permitido. Entretanto, quando se observa a difusão das normativas do Ministério da Saúde, das leis, das orientações, percebe-se que elas são interditadas. O seu eco ressoa menos do que os discursos contrários aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

O que leva à reflexão sobre o embate de forças discursivas que determinam o que pode ser pautado e o que deve ser silenciado (Foucault, 1971). Na lógica do saber-poder, o silêncio de uma instituição que deveria garantir o cuidado a sobreviventes de violência sexual pode ser propagado, pois não tensiona o poder hegemônico que relega aos corpos lidos enquanto femininos - porém, que não cumprem com a maternidade compulsória - a morte, seja por complicações pós abortamento, seja por recorrem a abortos em condições precárias (Góes et al, 2020; Foucault, 1971; Mbembe, 2018). Enquanto isso, os discursos pró-vida das mulheres, em defesa dos Direitos Humanos, à favor da justiça reprodutiva são escamoteados por, precisamente, proporem uma outra ordem social, pautada na diferença e não na hegemonia.

Finalmente, para efetivar os direitos sexuais e direitos reprodutivos, ampliando, assim, o cuidado em saúde, é primordial reforçar o compromisso ético-político da psicologia com a transformação social. Uma psicologia política, pautada em uma leitura crítica, não apenas brasileira, como também, latino-americana, que almeje a conscientização da sociedade, no sentido de ter uma

prática emancipatória, que seja ponte para o acesso a direitos em grupos marginalizados, é fundamental para que o cenário brasileiro de (in)justiça reprodutiva seja mudado (Gonzaga, 2022; Martín-Baró, 1997). Ter uma escuta humanizada, uma prática que tensione os saberes médicos inquisitórios, que busque descristalizar as sobreviventes das posições pouco abrangentes de suas subjetividades, que valide as suas dores e que garanta o acesso ao direito ao abortamento legal são ferramentas para tanto.

O próprio Conselho Federal de Psicologia orienta por uma prática assim, na Resolução de número 8, a qual postula sobre o dever ético-político do profissional em psicologia de garantir um atendimento humanizado, sem julgamentos e pautado na garantia dos Direitos Humanos (CFP, 2020). Logo, cabe a todas(os) psicólogas(os) do país fazer ecoar - não apenas tal resolução, como também as demais do Ministério da Saúde - apesar de todas as interdições, os discursos que defendem a vida de todos os corpos que querem ter seu direito ao aborto legal efetivado e garantido no SUS.

Nota de Rodapé

1. O termo “mulheres de cor” foi utilizado para remeter às mulheres de territórios que foram alvo da colonialidade europeia ao redor do mundo. De acordo com Lugones (2020): “‘Mulheres de cor’ não propõe uma identidade que separa, e sim aponta para uma coalizão orgânica entre mulheres indígenas, mestiças, mulatas, negras, cheroquis, porto-riquenhas, siouxies, chicanas, mexicanas, pueblo – toda a trama complexa de vítimas da colonialidade do gênero, articulando-se não enquanto vítimas, mas como protagonistas de um feminismo decolonial.”(p.15)
2. No momento da submissão do presente artigo, o cargo chefe do Ministério da Saúde era ocupado pela então ministra Nísia Trindade. Em março de 2025, Alexandre Padilha substituiu Nísia Trindade como Ministro da Saúde.

Referências

- Aguiar, B. H. K., da Silva, J. M., Libardi, M. B. O., de Andrade Passos, J., de Andrade, S. C., Parente, P. B. C., ... & de Oliveira, A. M. I. (2018). A legislação sobre o aborto nos países da América Latina: uma revisão narrativa. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 29(01), 36-44.
- Almeida, T. M. C. de; Bandeira, L. M. (2013). O aborto e o uso do corpo feminino na política: a campanha presidencial brasileira em 2010 e seus desdobramentos atuais. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 41, p. 371-403, dez. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332013000200018&lng=pt&nrm=iso.
- Assis, J. F. de. (2018). Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serviço Social & Sociedade*, (133), 547–565. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.159>

- Azevedo, A. F. (2017). Direito ao aborto, gênero e a pesquisa jurídica em direitos fundamentais. *Sexualidad, Salud Y Sociedad (Rio De Janeiro)*, (26), 236–261. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.26.12.a>
- Branco, J. G. de O., Brilhante, A. V. M., Vieira, L. J. E. de S., & Manso, A. G. (2020). Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais sobre o aborto legal. *Cadernos De Saúde Pública*, 36, e00038219. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00038219>
- Brasil. (1940). Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940). Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1940/Id2848.htm
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Brasil. (2011). Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. Diário Oficial da União. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm
- Brasil. (2012) Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 3ª edição. Brasília, DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
- Brasil. (2023). Ministério da Saúde. Saúde Sexual e Reprodutiva: Contracepção no SUS. Brasília, DF. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/57a-legislatura/violencia-obstetrica-e-morte-materna/apresentacoes-em-eventos/23.09.26PriscillaCarolinedeSousaBritoAtenosadedaMulherdoMinistriodaSade.pdf>
- Borrego, A. (2023). Aborto voluntário em Cuba: avanços e desafios. *Argumentum*, 15(1), 82–97. <https://doi.org/10.47456/argumentum.v15i1.39119>
- Carneiro, A. S. (2005). A construção do outro como não-ser como fundamento do ser (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Carneiro, S. (2019). Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In H. Buarque (Org.), *Pensamento feminista - conceitos fundamentais* (pp. 325-333). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Castro, R., Lino, T., & Mayorga, C. (2021). Desobediências Epistêmicas: propostas feministas e antirracistas em direção a um projeto de ciência e sociedade decolonial. *Cadernos de Estudos Culturais*, 2, 209-226. <https://doi.org/10.55028/cesc.v2i24.11954>
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2020). Resolução CFP nº 08/2020. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-082020.pdf>
- Côrrea, S., & Isabella, K. (2020). Políticas antigenêro en América Latina: Brasil. *Observatorio de Sexualidad y Política (SPW)*.

- Damasco, M. S., Maio, M. C., & Monteiro, S. (2012). Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Revista Estudos Feministas*, 20(1), 133–151. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100008>
- Diniz, D., Dios, V. C., Mastrella, M., & Madeiro, A. P.. (2014). A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Revista Bioética*, 22(2), 291–298. <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222010>
- Diniz, D., Medeiros, M., & Madeiro, A. (2017). Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(2), 653–660. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>
- Dirino, A. K., & Arbués, M. P. (2021). Corpo, Política e Religião: A luta pela descriminalização do aborto no Brasil e Argentina – Um desafio aos Direitos Humanos das Mulheres / Body, Politics and Religion: The Struggle for the Decriminalization of Abortion in Brazil and Argentina - A Challenge to Women's Human Rights. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 20614–20622. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-620>
- Do Princípio, Rede Parto. (2012). Violência obstétrica: “parirás com dor”. P. 57-108, P. 130-141.
- Fonseca, S. C., Domingues, R. M. S. M., Leal, M. do C., Aquino, E. M. L., & Menezes, G. M. S. (2020). Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cadernos De Saúde Pública*, 36, e00189718. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189718>
- Foucault, M. (1971). A ordem do discurso. São Paulo: Loyola.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2024). Anuário brasileiro de segurança pública 2024 (18^a ed.). São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. ISSN 1983-7364.
- Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). (2007). Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Conferência do Cairo +25. Recuperado de <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%AAncia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%AAncia-do>
- Goes, E. F., Menezes, G. M. S., Almeida, M.- da .-C. C., Araújo, T. V. B. de ., Alves, S. V., Alves, M. T. S. S. B. e ., & Aquino, E. M. L. (2020). Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos De Saúde Pública*, 36, e00189618. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>
- Gonzaga, P. R. B., Mayorga, C., & Aras, L. (2015). Mulheres Latino-Americanas e a Luta por Direitos Reprodutivos: o panorama da conjuntura política e legal do aborto nos países da América Latina. *Revista De Estudos E Pesquisas Sobre As Américas*, 9(2). Recuperado de <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/16040>
- Gonzaga, P. R. B., & Mayorga, C. (2019). Gênero, sexualidade, corpo e reprodução: reflexões a partir do feminismo decolonial. In D. Ferrão, L. H. d. Carvalho, & T. Coacci (Orgs.), *Psicologia, gênero e diversidade sexual: saberes em diálogo* (Cap. 5, pp. 108–136). Belo Horizonte, MG: CRP04.
- Gonzaga, P.R.B, Gonçalves, L., & Mayorga, C. (2021). O conservadorismo distópico à brasileira: Direitos sexuais e direitos reprodutivos e a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Revista Feminismos*, 9(1). Recuperado de <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/44330>

- Gonzaga, P.R.B. (2022). Psicologia, saúde sexual e saúde reprodutiva: Urgências para a formação profissional. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 42 (spe), e262847.
<https://doi.org/10.1590/1982-3703003262847>
- Gorjon, M. G. , Mezzari, D. e Basoli, L. (2019). Ensaizando lugares de escuta: diálogos entre a psicologia e o conceito de lugar de fala. *Quaderns de Psicologia*, 21 (1).
<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1455>
- Jacobs, M. G., & Boing, A. C. (2022). Acesso universal e igualitário? O desafio na oferta do aborto previsto em lei pelo Sistema Único de Saúde. *Saúde E Sociedade*, 31(4), e210179pt.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210179pt>
- Leal, M. do C., Gama, S. G. N. da ., & Cunha, C. B. da . (2005). Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista De Saúde Pública*, 39(1), 100–107. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>
- Lima, A. M., Lino, T. R., Borges, L. S, Natividade, C. (2019). Epistemologias feministas e ciência psicológica: Notas para uma psicologia social crítica feminista. In A. M. Lima, T. R. Lino, L. F. V. Cardoso, & M. C. Marra (Orgs.), *Psicologia social crítica: tecendo redes e articulando resistências em contextos de retrocesso* (pp. 108-136). Porto Alegre: Abrapso.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y Género. *Tabula Rasa*, (9), 73-102. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892008000200006&lng=en&tlng=
- Martín-Baró, I. (1997). O papel do Psicólogo. *Estudos De Psicologia (Natal)*, 2(1), 7–27.
<https://doi.org/10.1590/S1413-294X1997000100002>
- Mbembe, A. (2018). *Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. N-1 Edições.
- Medrado, A. C., & Lima, M. (2020). Saúde mental feminina e ciclo reprodutivo: uma revisão de literatura. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(67), 70-84.
<https://dx.doi.org/10.38034/nps.v29i67.560>
- Miguel, L. F. (2012). Aborto e democracia. *Revista Estudos Feministas*, 20(3), 657–672.
<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000300004>
- Moreira, G. A. R., Vieira, L. J. E. de S., Cavalcanti, L. F., Silva, R. M. da ., & Feitoza, A. R. (2020). Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. *Saúde E Sociedade*, 29(1), e180895.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180895>
- Organização das Nações Unidas (ONU). (1995). Declaração e Plataforma de Ação de Pequim. Recuperado de <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/official.htm>
- Perez, A. C., Meza, A. P., Rossotti, B. G. P. P., & Bicalho, P. P. G. (2010). Da ética e da formação: cartografando práticas para além das normas. In CE Nórte & ALLF Macieira (Orgs.), *Formação: ética, política e subjetividades na psicologia* (pp. 178-198). Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia.
- Scott, J. (2017). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20 (2). Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>

- Silva, A. C. J., Moreira, L. E., & Gonzaga, P. R. B. (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*, 5(3), 165-189. <https://doi.org/10.9771/cgd.v5i3.30596>
- Silva, Jeremias. KJ da. (2020). Acesso aos serviços de aborto legal em casos de estupro: interseções de gênero, raça, classe e território. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Silva, V. R. da. (2022). A maré verde da descriminalização do aborto na América Latina. Gênero e Número. Recuperado de <https://www.generonumero.media/reportagens/aborto-americalatina/>
- Soares Oliveira, É. C. (2017). Uma “monstra perigosa”: Pistas de Carolina Maria de Jesus para a intervenção psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 22(4), 378–388. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.
- Zanghelini, D. (2020). Direito ao aborto no Brasil e (in)justiça reprodutiva: apontamentos para o Serviço Social. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.