

Interseccionalidades, violência sexual e o acesso ao aborto legal

Intersectionalities, sexual violence and access to legal abortion

Shyrlene Nunes Brandão^{*}

Alexandra de Souza Trivelino^{**}

Karolaine dos Santos^{***}

Resumo: No Brasil, ainda é possível perceber uma dificuldade de inserir o tema do aborto como pauta de Direitos Humanos das mulheres e de Saúde Pública, mesmo nos casos autorizados pela Lei. Como consequência, esse contexto provoca dificuldades de acesso de meninas, mulheres e pessoas com útero ao cuidado de saúde nos casos de uma gestação fruto de violência sexual. Este artigo tem por objetivo debater o tema à luz de pesquisas recentes que demonstram a necessidade de avanços para a construção de uma cultura de cuidado em saúde nos casos de gestação fruto de violência sexual e do respeito à autonomia reprodutiva. Para tanto, é importante compreender como as categorias gênero, raça e classe impactam sobre o cuidado na Saúde e acesso à Justiça nos casos de gestação por violência sexual. Destaca-se a realidade dessa temática no Distrito Federal a partir de dados do Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei – PIGL.

Palavras-chave: Aborto legal, gênero, direitos sexuais e reprodutivos, direitos humanos, violência sexual.

Abstract: Brazil still struggles to discuss abortion as linked to women's Human Rights and Public Health, even in cases covered by law. Therefore, this context makes it difficult for girls, women, and people with a womb to access proper health care in cases of pregnancy resulting from sexual violence. This article aims to discuss these issues considering recent studies that yield the need for improving the culture of health care in cases of pregnancy resulting from sexual violence as well as a culture of respect for reproductive autonomy. Therefore, it is important to understand how categories such as gender, race and class can impact health care and access to justice in cases of pregnancy due to sexual violence. We also discuss specific issues related to the Distrito Federal, Brazil, considering data from the Pregnancy Interruption Program Provided by Law – PIGL.

Keywords: legal abortion, gender, sexual and reproductive rights, human rights, sexual violence.

Recebido em: 15/12/2022

Aprovado em: 27/12/2022

Como citar este artigo:

BRANDÃO, Shyrlene Nunes; TRIVELINO, Alexandra de Souza; SANTOS, Karolaine dos. Interseccionalidades, violência sexual e o acesso ao aborto legal. Revista da Defensoria Pública do Distrito Federal, Brasília, vol. 4, n. 3, 2022, p. 105-124.

^{*} Mestrado em Psicologia Clínica (UnB). Docente no curso de Medicina do UNICEPLAC.

^{**} Assistente Social, mestre em Política Social (UnB). Assistente Social na Secretaria de Saúde do DF.

^{***} Assistente social (UnB). Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Introdução

Discutir a pauta do aborto no Brasil é um importante desafio que envolve as áreas de Saúde e Justiça, tendo em vista que a legislação brasileira prevê sanções penais sobre a prática voluntária do ato, mas possibilita sua realização em serviços de saúde, em situações específicas. Evidências demonstram que a criminalização do aborto não diminui sua prática, na verdade, expõe as mulheres a situações de risco de vida e para sua saúde ao buscar o abortamento inseguro (OMS, 2012). Nos casos nos quais o aborto é permitido em Lei, é possível perceber que as pessoas que precisam do procedimento ainda enfrentam dificuldades para o acesso aos serviços de referência e que profissionais de saúde ainda desconhecem as previsões legais.

Diante desse desafio, este artigo propõe uma discussão sobre o acesso ao aborto, com enfoque nos casos de gestações resultantes de violência sexual, e sua relação indissociável com as categorias de gênero, raça e classe, buscando ainda trazer a realidade do Distrito Federal quanto à essa temática. Conforme apontado pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública, são as mulheres negras as maiores vítimas de violência sexual no país (FBSP, 2022). Dessa forma, é possível afirmar a presença de grupos mais ou menos vulneráveis a depender desses determinantes e, ainda, faixa etária, visto que crianças e adolescentes fazem parte do grupo de risco deste tipo de violência.

Uma das consequências geradas pela vivência da violência sexual é a possibilidade de uma gestação indesejada. Diante dessa possibilidade, as meninas, mulheres e pessoas com útero possuem o direito à interrupção gestacional, se assim for desejado. O aborto no Brasil é criminalizado pelo Código Penal, de 1940, nos artigos 124 a 127 (BRASIL, 1940). Entretanto, essa legislação estabelece somente duas situações nas quais a prática do aborto não é criminalizada, a saber: I) aborto necessário: I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; e II) nos casos de gestação resultante de violência sexual, sendo que em ambos os casos o procedimento deve ser realizado por profissional da medicina. Além dessas duas previsões legais, o Supremo Tribunal Federal - STF definiu, em 2012, por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, que a interrupção de gestação de fetos anencéfalos não é crime. Já em 2016, o STF estendeu essa prerrogativa às gestações de fetos com malformações incompatíveis com a vida.

Sendo o foco deste trabalho o acesso ao aborto nos casos de violência sexual, se faz importante conceituar o que vem a ser o aborto e a própria violência sexual, ainda que brevemente. A palavra “aborto” tem conceituações tanto no campo da saúde, quanto no campo jurídico. Na Saúde, a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde de 2005 traz diferenciações entre os termos aborto e abortamento, no qual esclarece que “abortamento” é

a conduta da interrupção da gestação e “aborto” é o produto da concepção eliminado no abortamento (BRASIL, 2005). Apesar desta norma estabelecer um limite de idade gestacional (20-22ª semana) para a prática do aborto, a Organização Mundial da Saúde traz o conceito de “aborto induzido” como “perda intencional de uma gravidez intra-uterina devido a meios médicos ou cirúrgicos” no qual não há a especificação de tempo de gestação ou peso do feto (OMS, 2022).

Nessa direção, no campo jurídico, “abortamento é a conduta de interrupção da gestação, a qualquer tempo, antes de seu termo final” (BRASIL, 2011), o próprio Código Penal ao estabelecer o aborto como crime não expressa limite na idade gestacional (BRASIL, 2009). Há ainda que se diferenciar o “aborto seguro” e o “aborto inseguro”, sendo que o primeiro termo se refere à realização da interrupção da gestação por uma pessoa com a habilidade necessária e com a utilização da técnica adequada, já o segundo termo se refere à interrupção da gestação feita sem habilidade, técnica e condições salubres. Neste artigo, utilizamos o termo aborto como sinônimo de abortamento visto que é popularmente conhecido como tal, referindo-se, portanto, à interrupção voluntária da gravidez. E ao falarmos de aborto nos remetemos à ideia de aborto seguro, visando a preservação da vida e saúde das pessoas que o realizam.

A violência sexual é definida, conforme a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, como:

qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2011, p.22)

A compreensão desse tipo de violência precisa ser situada dentro de um escopo mais amplo das discussões de gênero, tendo em vista que a “violência sexual não somente é reveladora da desigualdade de gênero, mas também é emblemática desta. Por essa razão, já não se pode compreendê-la de forma individualizada e descontextualizada” (BRASIL, 2012, p. 12). Em nossa sociedade que organiza suas relações sociais de forma desigual com base na opressão de gênero, raça e classe, os papéis sociais atribuídos ao feminino e ao masculino contribuem para a perpetuação da violência sexual direcionada às mulheres. Na questão racial e de classe, tais demarcadores se impõem diante das diferenças de oportunidades e acesso a bens, direitos e serviços, como condições objetivas materiais e sociais de vida. Apesar de ter proporções

pandêmicas e universais, atingindo diferentes mulheres em diferentes contextos, a violência sexual expressa a interseccionalidade de raça, gênero e classe social, de modo que as mulheres negras e pobres ocupem números maiores nas estatísticas (BRASIL, 2012).

As repercussões da vivência de uma violência sexual são profundas e impactam nas condições de saúde, em seu conceito ampliado, das pessoas atingidas. Como já mencionado, um dos agravos dessa violência é o risco de uma gestação indesejada. Apesar das previsões legais descritas anteriormente, o acesso ao aborto nos casos de violência sexual encontra diversas barreiras fazendo com que um direito assegurado desde 1940 ainda enfrente dificuldades para sua efetivação, prejudicando as inúmeras vítimas dessa violência que se veem diante de uma gestação fruto de um crime hediondo, como o estupro.

Sobre essas dificuldades, Moraes (2008) aponta que o aborto legal no Brasil é semiclandestino. Pois, apesar da existência legal, a população não possui informações corretas e confiáveis sobre o assunto, os serviços de referências existentes são invisibilizados, restritos e constantemente atacados. A autora destaca também a barreira territorial na efetivação desse direito, uma vez que as unidades de saúde que atendem essa demanda não são suficientes, assim

as mulheres são constrangidas a peregrinar de hospital em hospital, muitas vezes, de um estado a outro, para conseguir algo que lhes é assegurado por lei. Frise-se que ao percorrerem esta verdadeira via crucis estão grávidas do estuprador e correm risco de vida. (MORAIS, 2008, p. 52).

Destarte, este artigo que está dividido em cinco tópicos pretende contribuir para a construção de conhecimentos nesse campo, pautado na perspectiva de direitos humanos e do acesso ao aborto legal como questão de saúde pública, alinhado às perspectivas interseccionais do movimento feminista, considerando que gênero, raça e classe são elementos centrais para o debate. Faz-se um recorte de espaço para abrir uma discussão sobre essa temática dentro do Distrito Federal, em razão de possuir um serviço de referência para o aborto legal, o Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei - PIGL, que nos revela dados importantes para análise.

1. Violência sexual e as opressões de gênero, raça e classe

De início, elucidamos que a opção neste artigo de utilizar as três terminologias: meninas, mulheres e pessoas com útero para se referir às vítimas de violência sexual que engravidam, visa

contemplar minimamente a diversidade sexual existente entre pessoas que nascem com útero e que são definidas - em um contexto histórico, político, econômico e cultural - como mulheres, mas que não se reduz a elas, como as pessoas não binárias e os homens trans. A partir dessa definição, elas são vistas e subjetivadas dentro de uma lógica patriarcal de controle de seus corpos, sobretudo de sua sexualidade. A discussão de gênero é muito mais ampla que essa questão em foco e extrapola os objetivos deste artigo, apesar disso, não seria possível avançar na discussão sem reconhecer a sua importância.

De acordo com Zanello (2018), as mulheres se tornam sujeitos a partir de dois mecanismos que se complementam: o Dispositivo Amoroso e o Dispositivo Materno, que têm como consequência um desempoderamento feminino e empoderamento masculino. No primeiro, a autora discute que as mulheres são subjetivadas para serem escolhidas pelos homens e cria a metáfora da “prateleira do amor”, que as posicionam com mais chance de serem escolhidas a partir de alguns critérios interseccionais como raça, idade, peso corporal, dentre outros. Dessa forma, as mulheres “se subjetivam, na relação consigo mesmas, mediadas pelo olhar de um homem que a 'escolha'” (ZANELLO, 2018, p.84). Essa lógica da disponibilidade das mulheres na prateleira também fortalece a objetificação dos corpos femininos, que estão disponíveis para serem consumidos, o que sustenta a prática das violências sexuais tão naturalizadas e silenciadas em nosso cotidiano.

Essa condição de subjetivação a partir do olhar do homem e da sua aprovação, se relaciona com o Dispositivo Materno, pois além de ser escolhida, ela também cuida, se torna responsável por esse que a escolheu. A mulher é naturalizada num lugar de cuidado, não apenas da prole, mas de todos ao seu redor. Nesse sentido a maternidade se torna uma condição natural do ser mulher, naturalização esta que se distancia da lógica de autonomia sobre seus Direitos Sexuais e Reprodutivos.

A perspectiva interseccional do movimento feminista teve início com teóricas e ativistas do movimento negro que, fartas de discussões de gênero esvaziadas do determinante de raça, construíram conhecimentos e análises acerca da relação intrínseca entre gênero, raça e classe social. De modo que as opressões destinadas às meninas, mulheres e pessoas com úteros são atravessadas não somente pela estrutura societária machista, mas também de uma estrutura racista fundada no colonialismo, e classista fundada no seio da sociedade capitalista.

Lélia Gonzáles (1984) foi pioneira no Brasil ao relacionar racismo e sexismo, ainda que não nomeasse a interseccionalidade. A autora discorre como na sociedade brasileira os corpos das mulheres negras, mais ainda que os das mulheres brancas, são objetificados desde sempre. O termo

“interseccionalidade” foi inaugurado em 1989 por Kimberlé Crenshaw, ativista dos direitos humanos e teórica do feminismo negro. Se refere a uma sobreposição de opressões em função de gênero, raça e classe na qual as mulheres negras se encontram no centro dessa intersecção e, por consequência, são excluídas de práticas de direitos humanos.

Crenshaw (2002) aponta a importância da interseccionalidade na elaboração das políticas públicas e a relação entre subordinação racial e de gênero. A autora aponta dois riscos: superinclusão e subinclusão. No primeiro caso se invisibiliza, por exemplo, questões raciais e étnicas na discussão de gênero. No segundo caso, as questões raciais e étnicas são colocadas no foco desconsiderando, dentro desses grupos, as questões de gênero. Pontua que o desafio da interseccionalidade é trabalhar com as diferenças dentro das diferenças.

O entendimento da interseccionalidade como metodologia de análise crítica da sociedade nos permite compreender que as diferenças de gênero, raça e classe existentes nos grupos sociais não são um somatório de identidades, como bem discutido por Carla Akotirene (2018), mas sim, uma relação entrelaçada entre essas dimensões. Akotirene afirma que não existe hierarquia de opressão e que é a existência dessas sobreposições que coloca as mulheres negras e minorias étnicas em posições de maior vulnerabilidade em relação às mulheres brancas.

Djamila Ribeiro, importante figura feminista, coloca que essas categorias (gênero, raça e classe) são indissociáveis e não podem ser pensadas isoladamente, aponta que “pensar a interseccionalidade é perceber que não pode haver primazia de uma opressão sobre as outras e que é preciso romper com a estrutura” (RIBEIRO, 2018, p. 82).

Angela Davis em seu clássico livro “Mulheres, raça e classe”, publicado em 1981, já discutia sobre esse atravessamento do sexismo, racismo e capitalismo como estrutura de poder e determinante de relações sociais. Em sua obra ela dedicou um capítulo para discutir a questão da violência sexual contra as mulheres negras, no qual expôs que a violência sexual contra corpos dessas mulheres foi institucionalizado no período de escravidão e que atualmente, mesmo após a abolição, o padrão do abuso sexual se mantém (DAVIS, 2016).

Essa mesma autora relaciona a violência sexual com os determinantes de raça e classe ao expor que “a ideologia racista subentende um convite aberto ao estupro. Como a base da licença para estuprar as mulheres negras durante a escravidão era o poder econômico dos proprietários de escravos, a estrutura de classe da sociedade capitalista também abriga um incentivo ao estupro” (DAVIS, 2016, p. 2011).

No Brasil, mais da metade das vítimas de violência sexual se autodeclararam negras (FBSP, 2022). O Instituto Patrícia Galvão, organização feminista da sociedade civil, realiza um importante trabalho na compilação de dados e análises sobre essa temática e relata que um grande desafio a ser superado no que tange aos dados estatísticos sobre a violência contra as mulheres, especialmente a violência sexual, está na escassez do recorte de gênero, raça/cor e condições socioeconômicas nas pesquisas realizadas. Além deste, a subnotificação da violência sexual também é uma barreira, pois não são todas as pessoas nesta situação que possuem condições de procurar os serviços de Saúde e Segurança Pública.

O Atlas da Violência de 2021, a partir dos dados do ano de 2019 do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN do Ministério da Saúde, levanta dados relevantes para a análise das categorias gênero, raça e classe dentro da temática da violência de forma geral. Segundo esse estudo, 3.737 mulheres foram assassinadas no Brasil, dessas, 66% eram mulheres negras. Esse dado não faz distinção entre as mortes por questões de gênero (feminicídio) ou mortes em razão de outras violências (como latrocínio), porém, nos revela que “o risco relativo de uma mulher negra ser vítima de homicídio é 1,7 vezes maior do que o de uma mulher não negra” (BRASIL, 2021, p. 37).

O mesmo estudo ainda aponta que no período entre 2009 e 2019 a taxa de mortalidade feminina de mulheres não negras teve uma redução de 26,9%, enquanto neste mesmo período o número de mulheres negras assassinadas aumentou em 2%. Ou seja, ao tempo em que vivenciamos a redução da morte de mulheres não negras, as mulheres negras continuam morrendo em níveis ainda mais altos. Assim, “o desenvolvimento de políticas públicas para o enfrentamento das altas taxas de violência, portanto, não pode prescindir de um olhar sobre o racismo e a discriminação e como estes fatores afetam desigualmente as mulheres” (BRASIL, 2021, p. 40).

Como já referido, os dados sobre a violência de gênero, incluindo a violência sexual, a partir de recortes de raça e classe são limitados, por essa razão não conseguimos dentro do objetivo deste trabalho explorar essa dimensão. Todavia, ressaltamos a importância da produção de conhecimentos (acadêmicos, estatísticos, entre outros) sobre essa temática. Pois, somente a partir da compreensão da realidade social de meninas, mulheres e pessoas que gestam é possível traçar recursos para o enfrentamento à violência sexual, para a elaboração de políticas públicas e para viabilização do acesso aos direitos, dentre eles o direito ao aborto legal.

2. Direitos Sexuais e Reprodutivos: o direito à (não) maternidade

A função reprodutiva da mulher ao longo da história não foi vista como um direito, mas como uma função que passou a servir a uma sociedade industrializada e capitalista (Zanello, 2018; Giulianni et al, 2021).

O direito reprodutivo foi incorporado como um dos Direitos Humanos apenas na Conferência do Cairo, em 1994, ampliada em 1995 na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que enfatizou os direitos relacionados à saúde sexual. Decidir se quer ou não ter filhos, com quem e quando passou a ser considerado um direito humano básico (Giugliani et al, 2021). No entanto, ainda hoje a informação e acesso a métodos contraceptivos são permeados por valores e burocracias que dificultam o acesso de meninas, mulheres e pessoas com útero, quando não perpassados pela autorização de uma figura masculina, como pai ou marido.

Um estudo brasileiro com 1.035 puérperas pretendeu discorrer sobre os efeitos da gestação indesejada e a prática do aborto ilegal. Dessas, 40% admitiram não querer engravidar e 22% declararam que gostariam de ter esperado mais um pouco para engravidar. Das participantes, 9,6% afirmaram ter companheiro, mas sem conviver na mesma residência, e outras 9,7% que engravidaram sem estar num relacionamento estável. Algumas fizeram tentativas de abortar de forma insegura e ilegal, algumas apoiadas pelo genitor do bebê. (Milanez et al, 2016)

O Relatório Mundial publicado pelo Fundo das Nações Unidas (UFNPA, 2022) aponta que ocorrem em torno de 21 milhões de gravidez involuntárias em todo o planeta todos os anos e que 60% desse total terminam em abortos. O documento diferencia a gestação indesejada e inesperada. Conforme pesquisa acima mencionada, a primeira se refere ao não desejo de gestação e a segunda ao desejo que a gestação não ocorresse naquele momento. As gestações não desejadas e os partos não desejados estão entre as principais causas de morte materna no mundo, seja pela tentativa de resolução da gestação por meio de abortos inseguros, seja pela baixa adesão aos cuidados pré-natais que traz riscos à saúde da mulher no parto e no pós-parto.

Um tema pouco ou nada estudado no Brasil é a relação entre gestação indesejada e suicídio. Uma importante pesquisa na Guatemala aponta o suicídio como caminho encontrado por meninas e mulheres frente a um casamento forçado e/ou gravidez indesejada, sobretudo entre adolescentes grávidas (FLACSO-Guatemala, 2019). No Brasil, nem as informações mais básicas como raça, cor, escolaridade, situação conjugal são registradas nos sistemas de informação de óbito materno, tampouco os suicídios e tentativas de autoextermínio são notificados de forma adequada, sem o

preenchimento de dados que podem ampliar a complexidade da informação. Apesar de haver na Ficha de Notificação de Violência, que é de preenchimento obrigatório, um campo de registro se a pessoa estava gestante no momento da violência, esse dado pouco é informado, o que torna essa causa de morte não associada a mortes “maternas”.

Uma pesquisa de Cardoso, Vieira e Saraceni (2020) avaliou os números do aborto no Brasil a partir dos dados públicos disponíveis para acesso nos diversos Sistemas de Informação – SIM (mortalidade), SINASC (nascidos vivos) e SIH (internação hospitalar). No período entre 2008 e 2015, ocorreram cerca de 200.000 internações/ano por procedimentos relacionados ao aborto, sendo cerca de 1.600 por razões médicas e legais. De 2006 a 2015, foram encontrados 770 óbitos maternos com causa básica aborto no SIM.

Esses dados e pesquisas demonstram que o exercício da autonomia relacionada aos direitos sexuais e reprodutivos ainda é uma realidade distante para muitas meninas e mulheres no Brasil e difíceis de serem estratificadas quando se refere especificamente à saúde das mulheres negras. Vemos que a criminalização do aborto leva muitas mulheres a se colocarem em situação de risco para sua saúde, levando muitas delas, em idade reprodutiva, para além da produção de filhos, ao óbito.

O direito à não maternidade é tema silenciado entre as profissões de saúde que, assim, deixam de contribuir para a problematização dos efeitos à saúde física e mental das meninas e mulheres diante de uma gestação indesejada (Zanello e Porto, 2016, 2019; Trindade, Coutinho e Cortez, 2016). Ou ainda, contribuem para reforçar a maternidade como único destino das mulheres e enxerga o sofrimento da não maternidade, como evento individual, destituído das pressões e expectativas sociais, produzindo conhecimentos que funcionam como tecnologias de gênero, como discute Zanello (2018) a partir do trabalho de De Lauretis (1994).

3. Violência sexual, gestação e aborto legal

Uma gravidez indesejada mobiliza afetos ambivalentes na mulher que se vê diante da exigência em cumprir sua função reprodutiva e ter sua vida modificada pela maternidade. No entanto, se essa gestação indesejada é fruto de uma violência sexual, outras dores se misturam ante a exigência da maternidade. Vergonha, culpa pela violência sofrida, nojo do próprio corpo são relatos comuns expressos por mulheres que sofrem violência sexual e buscam atendimento. A

Norma Técnica “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual contra crianças e adolescentes” do Ministério da Saúde, de 2012, reconhece a gestação decorrente de violência sexual como uma segunda violência que é agravada pela desinformação e dificuldade de acesso aos serviços de aborto legal (BRASIL, 2012).

A pesquisa de Cardoso, Vieira e Saraceni (2020) aponta que, mesmo que os dados sejam imprecisos quanto ao registro de raça/cor e situação conjugal, o perfil das mulheres que mais morrem no país em decorrência de aborto é de cor preta e as indígenas, de baixa escolaridade, com mais de 40 anos ou menos de 14, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste e vivendo sem união conjugal.

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2022, 52,2% das meninas e mulheres que sofrem esse tipo de violência são negras (SPSP, 2022). Apesar disso, a pesquisa realizada por Madeiro e Diniz (2016), mostra que das mulheres que acessaram os serviços de aborto legal brasileiros entre 2013 e 2015, 51% eram brancas, sendo pardas e pretas, respectivamente, 26% e 16%. Logo, se as mulheres pretas sofrem mais violência sexual, acessam menos os serviços de aborto legal e morrem mais, esses dados devem nortear a elaboração e execução de políticas públicas, como alertou Kimberle Crenshaw no início do século.

O Brasil é um dos países com mais restrições à prática do aborto. Questões religiosas e ideológicas afastam a discussão do tema como uma questão de saúde pública. Disso resulta a baixa produção de estudos sobre as consequências da realização de aborto, legal ou não, ou da não realização do aborto na vida da menina, da mulher e pessoa com útero diante de uma gestação não desejada. Zanello e Porto (2019) apresentam a discussão de dois casos de mulheres que optaram pela não maternidade e diante de uma gestação indesejada escolheram realizar a interrupção voluntária da gestação. Ainda que com medo tanto pelos riscos à saúde, quanto pela criminalização do aborto no Brasil, o sentimento que essas mulheres relataram é o de alívio de não seguirem com uma gestação indesejada e poderem manter o desejo da não maternidade planejada.

Um estudo longitudinal americano, chamado The Turnway Study, teve como principal objetivo descrever as consequências para saúde mental e física e socioeconômica na vida de mulheres que realizaram o aborto ou tiveram negado o direito, ressaltando-se que esses números se referem a interrupção de gestações não desejadas, não necessariamente fruto de violência sexual. Um dos artigos publicados a partir desse estudo apontou o sentimento de alívio como o mais predominante entre mulheres que realizaram o aborto e foram acompanhadas ao longo de 5 anos, apesar do estigma social acerca do tema. Este estigma, mais que o aborto em si mesmo, foi

o maior responsável pelos sentimentos negativos apresentados pelas participantes (ROCCA et al, 2020).

A comparação entre os dados de mulheres que realizaram o aborto e as que tiveram o aborto negado apontou que a qualidade de vida de mulheres que não acessaram o aborto era menor que a de mulheres que acessaram o aborto, em termos de saúde física e mental, relação familiar, relação com parceiro e financeira (BIGGS et al, 2017; FOSTER et al, 2018).

Os números brasileiros permitem colocar a violência sexual como uma pandemia, com efeitos mais graves para meninas e mulheres negras, pobres, além daquelas com deficiências que limitam a autonomia. Anuário Brasileiro de Segurança Pública mostra que 583.156 pessoas foram vítimas de estupro, incluindo o estupro de vulnerável, na última década (2012-2022). Estima-se que no Brasil, 500 mil meninas e mulheres sejam estupradas por ano, considerando que apenas cerca de 10 % dos casos de violência sexual são notificados. A subnotificação se evidencia pelos dados institucionais. Informações disponíveis no Datasus apontam que em 2021 houve a notificação de 24.216 casos de violência sexual contra pessoas do sexo feminino e o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2022 aponta que no ano anterior foram registrados 66.020 estupros contra mulheres e meninas. Essa diferença entre os dados da Política de Saúde e de Segurança Pública sobre violência sexual pode sugerir, por um lado, que as meninas e mulheres ainda não compreendem ou não sabem sobre a importância do acesso aos serviços de saúde diante de uma violência sexual, procurando com mais frequência as delegacias, ficando privadas do cuidado com a saúde após a violência sexual, como a contracepção de emergência e a profilaxia contra infecções sexualmente transmissíveis, o que pode ser compreendido como outra violência (BRASIL, 2012). Pode também ser reflexo de violências institucionais no âmbito da saúde que afastam as pacientes desses serviços que deveriam ofertar cuidado num momento tão delicado (MADEIRO; DINIZ, 2016; ZANELLO; PORTO, 2016). Sugere ainda que os profissionais que atendem vítimas de violência não realizam a notificação compulsória, conforme estabelecido pela Lei n. 10.778/2003.

As consequências para a saúde mental dessas meninas e mulheres são muitas, como Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, ansiedade, ideação suicida, distúrbios alimentares e de humores (MONTEIRO; ADESSE; DRESETT, 2016). Além destas, a gestação é uma grave consequência que mobiliza questões familiares, religiosas e morais que a interpelam sobre o que fazer com o bebê.

Apesar dos permissivos legais para a prática da interrupção gestacional no Brasil, muitas mulheres não sabem desse direito ou não conseguem acessá-lo por inúmeras barreiras nos próprios

serviços de saúde ou de segurança (MADEIRO; DINIZ, 2016; GIUGLIANI et al, 2021). Ruschel et al (2022) analisaram as barreiras que dificultam o acesso das mulheres grávidas ao um serviço de referência para o procedimento de interrupção de gestação nos casos de violência sexual em Porto Alegre no Rio Grande do Sul (RS). Por meio da análise de prontuários de pacientes atendidas entre 2000 e 2018, a pesquisa identificou três grandes categorias que se constituem como nós críticos para o acesso ao direito à interrupção da gestação, como a dificuldade de romper com o segredo da violência e o silenciamento do direito; o adoecimento psíquico e desorganização social; e os fluxos institucionais, que pressupõem que a equipe de saúde seja a responsável pela validação do relato da mulher para que seu direito legal seja exercido e a alegação de objeção de consciência.

4. Violência sexual e aborto legal no Distrito Federal

No Distrito Federal, de acordo com o Boletim Epidemiológico de 2019,¹ houve 1.008 notificações de violência sexual em pessoas do sexo feminino entre 10 e 49 anos de idade. Considerando a hipótese de que apenas 10% desses casos são notificados, é possível estimar que teríamos em torno de 10 mil casos de violência sexual, no DF, naquele ano. De acordo com Cerqueira e Coelho (2014), em torno de 7% das violências sexuais podem resultar em gestação, o que levaria a aproximadamente 700 gestações decorrente de violência sexual em 2019 no DF. Segundo dados informados pelo serviço de aborto legal do DF, Programa de Interrupção Gestacional prevista em Lei – PIGL, nesse mesmo ano foram realizadas 40 interrupções gestacionais.

Em 2021,² os dados do Boletim Epidemiológicos da SES DF apontaram uma redução de 16% do número de notificações de violência sexual contra pessoas do sexo feminino entre 10 e 49 anos, em relação à 2019. Foram notificadas 849 agressões sexuais contra esse público específico. Já o número de abortos nos casos de gestação fruto de violência aumentou 72% em relação ao número de interrupções realizadas em 2019, subindo de 40 para 69.

Se as estimativas estiverem minimamente corretas, em 2019 e em 2021, respectivamente, menos de 6% e 11% das mulheres gestantes fruto de violência sexual acessaram o serviço e

¹ Organizado pela Secretaria do Estado da Saúde do DF a partir das Fichas de notificação de violência inseridas no SINAN.

² Não foram feitas comparações com o ano de 2020, pois os dados epidemiológicos de violência disponíveis no site <https://www.saude.df.gov.br/informes-epidemiologicos-violencia> não estavam completos e não foram disponibilizados a tempo pela área técnica responsável.

realizaram a interrupção. Mesmo sabendo que nem todas as meninas, mulheres e pessoas que gestam em consequência de uma violência sexual optam por interromper a gestação, a dimensão desses números se faz importante para compreender o distanciamento entre a realidade da violência sexual e o acesso à oportunidade de decidir pelo desfecho de uma gestação fruto de violência, a partir de informações respeitosas e sem julgamento sobre direitos e a promoção da autonomia reprodutiva.³

Em 2021, a redução no número de notificações de violência e o aumento da procura pelo serviço de interrupção gestacional prevista em lei pode significar, considerando o contexto ainda vigente da pandemia do novo coronavírus COVID-19, que a violência sexual não diminuiu nesse período, mas que as meninas e mulheres vítimas de violência procuraram menos os serviços de saúde. A diminuição das notificações sugere que algumas pessoas podem ter deixado de procurar os serviços de saúde durante a emergência sanitária por medo da contaminação pelo vírus, mas os impactos mais visíveis da violência sexual continuaram a gerar suas repercussões, como a gestação indesejada.

Outro fator importante que pode ter influenciado para o aumento da procura pelo PIGL que ocorreu em 2021 foi a incorporação da palavra “aborto legal” na página virtual da Secretaria de Saúde do DF no qual cita o Serviço do PIGL, facilitando a busca na internet, conforme informado pelas pacientes atendidas quando questionadas sobre como souberam do serviço. Também foi feita a inclusão de um número institucional de contato via WhatsApp, além do telefone e e-mail que já estavam divulgados. A partir dessas medidas pontuais que facilitaram o acesso à informação sobre o programa, foi percebido um aumento de procura e contato de pacientes.

Tais medidas são importantes, mas não são suficientes, uma vez que privilegiam pacientes que tenham um nível de escolaridade razoável para ler e escrever, com acesso à internet e autonomia para romper o silêncio e buscar ajuda.

Essas barreiras também foram identificadas pela pesquisa nos serviços do Rio Grande do Sul (RUSCHEL et al, 2022) e se assemelham às encontradas em outros serviços do país, expressam uma cultura de culpabilização da vítima, com a falta de informação sobre o direito ao aborto, os impactos emocionais ocasionados pela violência e muitas vezes, pela vivência de novas violências nas redes de saúde e segurança, que deveriam ser instâncias de proteção. Algumas falas citadas na referida pesquisa expressam julgamento e preconceito dos profissionais de saúde contra pacientes que procuram atendimento, intensificando o trauma da violência sofrida, mas outras ações refletem

³ São possibilidades de desfecho, nesses casos, a interrupção da gestação, o seguimento da gestação com a entrega do bebê para adoção de forma legal e sigilosa ou o seguimento da gestação para vinculação familiar.

a falta de capacitação e preparo dos profissionais para lidar com pacientes que estão gestantes e não pretendem seguir com a gestação, ou seja, aquelas que transgridem a crença que relaciona necessariamente gestação à maternidade. São exemplos dessa falta de preparo a solicitação de exames de pré-natal para a paciente que pretende passar pela interrupção da gestação ou avaliar esta paciente na perspectiva de um binômio “mãe-bebê”.

5. Desafios para garantia de acesso ao aborto legal

Muitos médicos ginecologistas não passam por uma formação sobre o cuidado de casos de violência sexual e aborto previsto em Lei em sua graduação ou residência, conforme apontado por Rosas e Paro (2021), e acabam por cometer ilegalidades no atendimento, como exigir boletim de ocorrência ou autorização judicial para realização do procedimento ou ainda, invocam a objeção de consciência de forma seletiva para negar a realização de casos nos quais tenham dúvida sobre a palavra da mulher, como demonstram Ruschel et al (2022). O aborto é uma das cinco principais causas de mortalidade de mulheres gestantes e deveria ser tema obrigatório presente em todas as formações de profissionais de saúde.

Uma pessoa gestante de uma situação de violência deve receber um acolhimento e atendimento diferente de uma paciente com uma gestação desejada em um serviço de saúde. Os profissionais de saúde devem ter o cuidado de não pressupor que toda gestação é desejada ou conveniente, desde o momento de informar o resultado positivo de um exame para gravidez. Os profissionais de saúde, em todos os níveis de atenção, devem estar preparados para acolher, avaliar e prestar os cuidados necessários nos casos em que a gestação provoque sofrimento emocional ou mesmo faça a pessoa se colocar em risco ou provocar danos à sua saúde (ANIS, 2021).

O conceito de um atendimento humanizado na saúde não diz respeito a um roteiro sobre o que fazer ou não em um atendimento, mas se refere a uma atitude ética e técnica de acolhimento das demandas da pessoa, respeitando sua autonomia, valorizando a dimensão subjetiva e o protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2010). O atendimento de uma pessoa gestante por violência sexual deve considerar a subjetividade relacionada à vivência dessa situação específica e manter a centralidade do cuidado na pessoa que está sendo atendida, promovendo a participação desta no processo de atenção a sua saúde.

Não cabem atendimentos e procedimentos que possam gerar constrangimento, sofrimento ou culpa pelo exercício de um direito e que possam, por consequência, afastar a pessoa do acesso ao cuidado em saúde. A mulher tem o direito de não ver ou ouvir o feto durante exames de ultrassom ou ecografia. Tem o direito a não ser questionada por diferentes profissionais sobre o que aconteceu ou sobre sua motivação para o desejo de interrupção da gestação. Tem o direito de não ver o feto após o procedimento de interrupção, independentemente da idade gestacional.

A mulher tem o direito de, no caso de optar por seguir com a gestação, ou na impossibilidade de interrompê-la pelas barreiras mencionadas, realizar a entrega legal do bebê para adoção, e de não ser questionada ou exposta. Conforme art. 19-A do ECA (BRASIL, 1990), a mulher tem o direito à garantia de sigilo sobre o nascimento e a entrega para a adoção. No mesmo sentido, os cuidados na sala de parto também devem ser repensados, pois os protocolos vigentes foram pensados para garantir o vínculo entre mãe e bebê, o que mostra ser necessário adaptar as diretrizes de humanização do parto em respeito à subjetividade da pessoa que não pretende maternar o bebê gestado.

A mulher tem o direito ainda de não ter suas informações pessoais expostas a profissionais que não estão participando do cuidado em saúde ou para autoridades policiais. A Lei brasileira não exige a apresentação de boletim de ocorrência para acessar o direito à interrupção da gestação nos casos de violência sexual e a comunicação do fato da violência à autoridade policial, sem o consentimento da mulher, configura violação do sigilo médico. Mesmo após a alteração da Lei n. 10.778/2003, na qual se inclui a necessidade de comunicação externa sobre os casos de violência à autoridade policial, para providências e fins estatísticos, o sigilo como condição da relação paciente-profissional, permanece como regra. Conforme estabelece o parágrafo único do art. 3º da mesma lei, a identificação da vítima de violência, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, nos casos de risco à comunidade ou à vítima e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

A manutenção do sigilo médico e o respeito à privacidade são indispensáveis para que a mulher se sinta à vontade para procurar o serviço de saúde e prestar as informações necessárias para o tratamento adequado. Conforme prevê a Lei n. 12.845/2013, os serviços de atendimento à violência devem facilitar o registro da ocorrência, mas este é facultado à vítima, assim como em outros crimes de ação penal incondicionada, como é o caso da violência sexual, e deve ser estimulado e orientado, mas não exigido para a realização do atendimento em saúde.

A imposição dessas medidas pode ser caracterizada como violência psicológica, conforme conceituação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres ou violência

institucional, conforme tipificado pelo art. 15-A da Lei nº 13.869/2019, que dispõe sobre os crimes de abuso de autoridade, entre eles, o de submeter a vítima de violência ou testemunha a procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos que a leve a reviver a situação de violência, ou outras situações potencialmente geradoras de sofrimento ou estigmatização. A busca pelo cuidado em saúde ou justiça não pode se tornar uma nova violação de direitos.

Além de adaptações aos protocolos de saúde, o treinamento, capacitação e preparo dos profissionais de saúde para garantir a humanização do atendimento às mulheres que não desejam maternar, é necessário ainda a inclusão de elementos técnicos e éticos sobre a prestação desses serviços, visando à garantia dos direitos fundamentais estabelecidos pelo ordenamento jurídico brasileiro sobre o repúdio ao tratamento desumano degradante, à proteção da liberdade, privacidade, e autonomia individuais (art 5º da CF/88), a dignidade da pessoa humana (art. 1 CF/88).

6. Considerações Finais

Em uma sociedade desigual, com relações sociais marcadas historicamente por opressões e discriminação, fatores de vulnerabilidade levam a uma vivência diferenciada das violências. Questões de gênero, classe, raça, etnia, orientação sexual, faixa etária, deficiência, precisam ser compreendidas como fatores de vulnerabilidade que geram maior risco de vivência de determinadas formas de violências e formas diferentes de enfrentamento dos impactos e sequelas dessas violências, com maiores dificuldades para alguns grupos.

Conforme revelado pelas pesquisas citadas e diante da realidade do DF, ainda é necessário avançar e aprofundar o debate sobre a garantia do direito ao acesso ao aborto mesmo nos casos previstos em Lei. Desse modo, o presente trabalho consiste em uma contribuição ao debate e não esgota as diversas possibilidades de discussão que o tema carece.

Como já reforçado por outros autores, as políticas públicas devem observar essas desigualdades no acesso aos direitos e no risco de exposição a situações de violência em sua formulação e execução. Contudo, o acesso ao aborto é mediado por profissionais de saúde que precisam ser inseridos no debate sobre o cuidado das situações de aborto previsto em Lei a partir da perspectiva da saúde pública, como pauta de direitos humanos.

Também se faz necessário investir nas ações de promoção da autonomia sexual e reprodutiva das mulheres, tanto com educação e informações de qualidade, sem preconceitos, discriminação ou julgamentos para o exercício dessa autonomia, quanto com a viabilização do acesso a métodos contraceptivos. No DF, o serviço de interrupção gestacional tem oferecido às mulheres a possibilidade de inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) após o procedimento de interrupção da gestação nos casos de até 11 semanas e é significativa a quantidade de mulheres que informam que estavam aguardando a possibilidade de inserção do DIU pelo SUS, e que não tinham resposta dos serviços de saúde.

Por fim, a partir da discussão realizada neste trabalho, observa-se como urgente a necessidade de atenção do Estado e sociedade civil para a questão da violência sexual a partir de uma perspectiva analítica da interseccionalidade, pautando intervenções no bojo dos direitos humanos e das mulheres. No contexto de avanço de políticas conservadoras, se faz necessária uma luta permanente em defesa de direitos já assegurados e a promoção para que efetivamente sejam acessados, como o caso do aborto nos casos de violência sexual.

Referências

ANIS – Instituto de Bioética. Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS): as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar. Anis – Instituto de Bioética, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. – Brasília : LetrasLivres, 2021.

BIGGS, M. Antonia.; UPADHYAY, Ushma .D.; CHARLES, M.P.H.; MCCULLOCH, E. & FOSTER, Diana Green. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. JAMA Psychiatry, 2017;74(2):169-178.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União; 1940.

BRASIL. Lei nº. 8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 5 de abril de 2017.

BRASIL. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Lei nº 12.015 de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da

Constituição Federal e revoga a Lei n.º 2.252, de 1.º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Diário Oficial da União 2009; 10 ago.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres/Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília. 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para os profissionais de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – 2 ed - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da Violência 2021. Daniel Cerqueira et al..— São Paulo: FBSP, 2021.

BRASÍLIA. Governo do Distrito Federal. Informe Epidemiológico Quadrimestral de Violência Interpessoal e Autoprovocada no Distrito Federal, Primeiro Quadrimestre, 2021. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/822588/INFORME-1o-QUADRIMESTRE-2021.pdf/0804623a-2468-3149-a7da-d36bfa9c8aa8?t=1649975831033>>. Acessado em 13/12/2022

BRASÍLIA. Governo do Distrito Federal. Informe Epidemiológico Quadrimestral de Violência Interpessoal e Autoprovocada no Distrito Federal, Terceiro Quadrimestre, 2021. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/822588/INFORME-3o-QUADRIMESTRE-2021.pdf/686e8ba9-5f5f-a1e0-06df-3fe1e6c0772e?t=1649975828923>> acessado em 13/12/2022.

BRASÍLIA. Governo do Distrito Federal.. Informe Epidemiológico Quadrimestral de Violência Interpessoal e Autoprovocada no Distrito Federal, Segundo Quadrimestre, 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/822588/Informativo-Epidemiologico-de-violencia-interpessoal-e-autoprovocada-2o-Quadrimestre-2021.pdf/c3eded0e-87c6-9734-6c2f-11b0eecbfff54?t=1649975830044>. Acessado em 13/12/2022

CARDOSO, Bruno Batista; VIEIRA, Fernanda Morena S.B & SARACENI, Valeria. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais. Cad. Saúde Pública, 2020; 36 Sup 1

CERQUEIRA, Daniel. & COELHO, Danilo de Santa C. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde. Brasília: Ipea; 2014.

CRENSHAW, Kimberle. A interseccionalidade da discriminação de raça e gênero. 2002. Disponível em

https://edisiplinas.usp.br/pluginfile.php/4253342/mod_resource/content/1/InterseccionalidadeNaDiscriminacaoDeRacaEGenero_KimberleCrenshaw.pdf. Acessado em: 05/12/2022.

DAVIS, Angela. Mulheres, raça e classe. Angela Davis; tradução Heci Regina Candiani. - 1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2016.

DE LAURETIS, Teresa. A Tecnologia do Gênero. In: H.B. Hollanda (Org.). Tendências e Impasses. O feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994 p. 206-241.

FLACSO-Guatemala. Vidas Silenciadas. Una tragedia de la que no se habla. Vinculación entre suicidio y embarazo en mujeres adolescentes (2009-2019). Impreso en Editorial Serviprensa, S. A. Guatemala, agosto 2019.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2022.

FOSTER, Diana Green.; BIGGS, M. Antonia; RAIFMAN, Sara.; GIPSON, J.D.; KIMPORT, Katrina & ROCCA, Corine H. Comparison of health, development, maternal bonding, and poverty among children born after denial of abortion vs after pregnancies subsequent to an abortion. JAMA Pediatrics, 172(11):1053-1060, September 2018.

GIUGLIANI, Camila; RUSCHEL, Angela .E.; PATUZZI, G.C. & SILVA, M.C.B. Violência sexual e o direito ao aborto no Brasil: fatos e reflexões. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021.

GONZALEZ, Lelia. Sexismo e racismo na cultura brasileira. Apresentado na Reunião do Grupo de Trabalho “Temas e Problemas da População Negra no Brasil”, IV Encontro Anual da Associação Brasileira de Pós-graduação e Pesquisa nas Ciências Sociais, Rio de Janeiro, 31 de outubro de 1980. Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 1984, p. 223-244

MADEIRO, A.P. & DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. Ciênc Saúde Coletiva. 2016; 21(2):563-72.

MILANEZ, N.; OLIVEIRA, A.E.; BARROSO, A.D.V.; MARTINELLI, K.G.; ESPOSTI, C.D.D.E. & SANTOS NETO, E.T. Gravidez indesejada e tentativa de aborto: práticas e contextos. Sexualidad, salud y sociedad, Revista Latinoamericana, n. 22 .abr 2016, pp.129-147.

MONTEIRO, Mario Francisco .G., ADESSE, Leila & DRESETT, Jefferson Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido, por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. In: V. Zanello & M. Porto (Orgs), Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2016. 178p.

MORAIS, Lorena R. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher. Revista Senatus, Brasília, v. 6, n. 1, p. 50-58, maio - 2008.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Aborto seguro: técnica e política para o sistema de saúde. 2012. Disponível em <
www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en>. . Acessado em 13/12/2022.

OMS. Classificação Internacional de Doenças. 11ª edição. 2022. Disponível em <<https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1517114528>>. Acessado em 13/12/2022.

RIBEIRO, Djamila. Quem tem medo do feminismo negro? São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

ROCCA, Corine H.; SAMARIA, G.; FOSTER, Diana Green.; GOULD, Heather & KIMPORT, Katrina. Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. *Social Science & Medicine*, Volume 248, March, 2020.

ROSAS, Cristiano F; PARO, Helena B. M. S. Serviços de atenção ao aborto previsto em lei: desafios e agenda no Brasil. Brasília: Centro Feminista de Estudos e Assessoria/Sexuality Policy Watch; 2021.

RUSCHEL, Angela Ester; MACHADO, Frederico Viana; GIULIANI, Camila e KNAUTH, Daniela Riva. Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2022, v. 38, n. 10. Acessado 28 Novembro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN105022>>. Epub 25 Nov 2022. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT105022>.

TRINDADE, Zeidi A.; COUTINHO, Sabrine M.S. & CORTEZ, Miriam B. Ainda é proibido não ser mãe? A não maternidade tratada nas publicações científicas da Psicologia. In V. Zanella & M. Porto (Orgs), *Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2016. 178p.

UFNPA. Estado da População Mundial 2022. Visibilizar lo invisible. La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales. Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2022.

ZANELLO, Valeska e PORTO, Madge (Orgs). *Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2016. 178p.

ZANELLO, Valeska e PORTO, Madge. Interrupção da gravidez e alívio: sobre o que não se fala das experiências emocionais das mulheres face à maternidade. In. P.R.B. Gonzaga, L. Gonçalves, C. Mayorga (Orgs), *Práticas acadêmicas e políticas sobre o aborto*. Belo Horizonte, MG: CRP 04, 2019.

ZANELLO, Valeska. *Saúde mental, gênero e dispositivos: culturas e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris, 2018.