UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SOCIOLOGIA

CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS

(IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA:

Um estudo sobre o serviço de aborto legal em uma maternidade de referência no sul do Maranhão

Imperatriz

2025

CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS

(IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA:

Um estudo sobre o serviço de aborto legal em uma maternidade de referência no sul do Maranhão

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia - PPGS da Universidade Federal do Maranhão, como requisito obrigatório para o grau de mestre em Sociologia.

Imperatriz

2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Silva Bastos, Carla Rafaela Suely.
INJUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA: : um estudo sobre o serviço de aborto legal em uma maternidade de referência no sul do Maranhão / Carla Rafaela Suely Silva Bastos. - 2025.
217 f.

Orientador(a): Vanda Maria Leite Pantoja.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Sociologia/ccim, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2025.

1. Aborto Legal. 2. Direitos Reprodutivos. 3. Justiça Reprodutiva. 4. Justiça Social. 5. Maranhão. I. Leite Pantoja, Vanda Maria. II. Título.

CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS

(IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA:

Um estudo sobre o serviço de aborto legal em uma maternidade de referência no sul do Maranhão

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia - PPGS da Universidade Federal do Maranhão, como requisito obrigatório para o grau de mestre em Sociologia.

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Drª. Vanda Maria Leite Pantoja - PPGS/UFMA

Orientadora - Presidente

_____

Profª. Drª. Maynara Costa de Oliveira Silva - PPGS/UFMA

Membra Interna

_____

Profª. Drª. Bruna Potechi – UFSCar/SP

Membra Externa

AGRADECIMENTOS

A construção desta dissertação não foi um caminho solitário, mas sim um percurso coletivo, feito de encontros, acolhimentos, escutas e apoios indispensáveis.

Em primeiro lugar, à minha orientadora, que me acolheu ainda como aluna especial na disciplina Tópicos Especiais em Sociologia – Introdução aos Estudos de Gênero em 2022.2, e mais tarde como aluna regular do Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Ciências de Imperatriz. Seu compromisso ético com a pesquisa e sua escuta generosa foram fundamentais para que eu pudesse desenvolver esta investigação com rigor e profundidade.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo apoio financeiro por meio da bolsa de estudos, que me permitiu dedicar tempo e energia integralmente à pesquisa.

À minha amiga Yasmine Louro, com quem compartilhei os primeiros passos da vida universitária na antiga UEMA, hoje UEMASUL, quando cursei apenas um semestre em Letras Português-Inglês, lá em 2015. Yasmine foi presença, afeto, tranquilidade quando a ansiedade batia, sempre com uma indicação de leitura certeira ou uma palavra de apoio, enquanto seguia seu próprio caminho como doutoranda em Estudos Literários.

Agradeço com carinho à minha família — minha mãe e meus irmãos —, pela paciência, pela força silenciosa e pela torcida constante mesmo quando não compreendiam completamente os caminhos acadêmicos.

À minha turma de mestrado — Dani, Carmelitha, Bruna, Maísa, Fernanda, Renan e Patrícia —, por compartilharmos angústias, descobertas e companheirismo. Nosso coletivo foi abrigo e estímulo.

E ao Dr. Felipe Nóbrega, psiquiatra que me acompanhou durante o período em que precisei trancar o curso. Seu cuidado foi parte do que tornou possível a retomada deste projeto com mais serenidade e saúde mental.

A todas essas pessoas, meu mais sincero muito obrigada. Esta dissertação é também de vocês.

RESUMO

Esta dissertação tem como foco a análise do funcionamento do Serviço de Aborto Legal em uma maternidade de referência no sul do Maranhão, com ênfase nas percepções, práticas e resistências de profissionais de saúde que atuam em uma maternidade pública vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). O tema adquire relevância diante do contexto brasileiro atual, marcado por intensas disputas políticas e morais em torno dos direitos reprodutivos, especialmente no que se refere ao aborto legal. Apesar de garantido pela legislação em três situações específicas — risco de vida à gestante, gravidez resultante de estupro e anencefalia fetal — o aborto legal segue envolto por obstáculos simbólicos, institucionais e morais, que dificultam sua efetivação como política pública. A problemática central da pesquisa reside na constatação de que o serviço de aborto legal, mesmo sendo um direito garantido, é frequentemente invisibilizado, precarizado e tratado como uma exceção dentro da estrutura hospitalar, levantando questões sobre o papel do Estado, das instituições e dos profissionais de saúde na garantia (ou negação) desse direito. Assim, o objetivo principal do estudo é compreender como tem funcionado o serviço de aborto legal em uma maternidade de referência no sul do Maranhão, a partir das práticas profissionais, dos conflitos éticos e das barreiras institucionais que atravessam seu funcionamento. A metodologia adotada é qualitativa, com inspiração socioantropológica e feminista, articulando observação direta em campo, diário de bordo e a aplicação de questionários semiestruturados a quatro categorias profissionais: psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e médico. O campo de pesquisa é uma maternidade pública de referência macrorregional no sul do Maranhão, única instituição habilitada na região. A coleta de dados foi precedida por um longo percurso burocrático de autorização junto ao Comitê de Ética e aos órgãos institucionais de saúde, o que por si só já revelou entraves significativos para a realização de pesquisas sobre este tema. A análise dos dados foi feita a partir da abordagem de conteúdo temática Bardin (1977), com categorias interpretativas elaboradas a partir dos discursos dos profissionais, incluindo também os silêncios, recusas e hesitações como parte integrante dos dados. Os resultados evidenciam que o serviço, embora oficialmente disponível, é sustentado mais pela atuação individual de sujeitos éticos do que por uma política institucional sólida. As assistentes sociais se mostraram as mais conscientes do seu papel garantidor de direitos, enquanto os psicólogos demonstraram sensibilidade, mas com lacunas formativas. Já os enfermeiros apresentaram alto índice de objeção de consciência e desconhecimento do fluxo legal. O único médico que respondeu revelou domínio técnico, mas também certo distanciamento ético. Conclui-se que o aborto legal, no contexto estudado, está longe de se consolidar como direito plenamente acessível, sendo constantemente ameaçado por resistências morais, burocráticas e institucionais. A pesquisa reafirma a importância de ampliar a escuta crítica no SUS, de fortalecer políticas de formação profissional e de enfrentar o silenciamento institucional que marca a justiça social reprodutiva no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto Legal; Direitos Reprodutivos; Justiça Reprodutiva. Justiça Social. Maranhão.

ABSTRACT

This dissertation focuses on analyzing the functioning of the Legal Abortion Service in a referral maternity hospital in southern Maranhão, with emphasis on the perceptions, practices, and resistances of health professionals working in a public maternity unit linked to the Unified Health System (SUS). The topic gains relevance in the current Brazilian context, marked by intense political and moral disputes over reproductive rights, especially regarding legal abortion. Although guaranteed by law in three specific situations — risk to the pregnant woman's life, pregnancy resulting from rape, and fetal anencephaly — legal abortion remains surrounded by symbolic, institutional, and moral obstacles, which hinder its implementation as a public policy. The central issue of this research lies in the finding that the legal abortion service, despite being a guaranteed right, is often rendered invisible, precarious, and treated as an exception within the hospital structure, raising questions about the role of the State, institutions, and health professionals in ensuring (or denying) this right. Thus, the main objective of the study is to understand how the legal abortion service has been functioning in a referral maternity hospital in southern Maranhão, considering professional practices, ethical conflicts, and institutional barriers that shape its operation. The methodology is qualitative, with socio-anthropological and feminist inspiration, combining direct field observation, field notes, and the application of semi-structured questionnaires to four professional categories: psychologists, social workers, nurses, and a physician. The research site is a macro-regional public referral maternity hospital in southern Maranhão, the only institution in the region authorized to provide the service. Data collection was preceded by a long bureaucratic process of authorization from the Ethics Committee and institutional health bodies, which in itself revealed significant obstacles to conducting research on this subject. Data analysis was based on Bardin's (1977) thematic content analysis, with interpretative categories developed from professionals' discourses, also considering silences, refusals, and hesitations as integral parts of the data. The findings show that the service, although officially available, relies more on the individual commitment of ethically engaged professionals than on a solid institutional policy. Social workers emerged as the most aware of their role as guarantors of rights, while psychologists demonstrated sensitivity but with training gaps. Nurses showed a high rate of conscientious objection and lack of knowledge of the legal framework. The only physician who responded revealed technical expertise but also a certain ethical detachment. It is concluded that legal abortion, in the studied context, is far from being consolidated as a fully accessible right, as it is constantly threatened by moral, bureaucratic, and institutional resistances. The research reaffirms the importance of expanding critical listening within the SUS, strengthening professional training policies, and confronting the institutional silencing that characterizes reproductive social justice in Brazil.

KEYWORDS: Legal Abortion; Reproductive Rights; Reproductive Justice. Social Justice. Maranhão.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Faixa com mensagem à cantora Madonna sobre ameaças ao aborto legal no Brasil.....20

Figura 2 – Localização do Município de Imperatriz 33

Figura 4 – Campanha Criança não é Mãe.....76

Figura 5 – Lenço Verde, símbolo da onda verde.....82

Figura 6 – The Word’s Abortion Law Map – O Mapa Mundial do Aborto Legal.....82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Percurso Burocrático.....36

Tabela 2 – Algumas Propostas Legislativas sobre Aborto no Congresso Nacional entre 2023 - 2025 73

Tabela 3 – Metodologia de Aplicação dos Questionários.....84

Tabela 4 – Distribuição das questões – Questionário: Psicólogos.....86

Tabela 5 – Perfil socioprofissional - Psicólogas.....86

Tabela 6 – Questão 1 – Questionário: Psicólogas 87

Tabela 7 – Questão 2 – Questionário: Psicólogas 87

Tabela 8 – Questão 4 – Questionário: Psicólogas 87

Tabela 9 – Questão 7 – Questionário: Psicólogas 87

Tabela 10 – Questão 16 – Questionário: Psicólogos 87

Tabela 11 – Questão 5 – Questionário: Psicólogas 88

Tabela 12 – Questão 6 – Questionário: Psicólogas 89

Tabela 13 – Questão 8 – Questionário: Psicólogas 89

Tabela 14 – Questão 9 – Questionário: Psicólogas 89

Tabela 15 – Questão 10 – Questionário: Psicólogas 89

Tabela 16 – Questão 11 – Questionário: Psicólogas 90

Tabela 17 – Questão 12 – Questionário: Psicólogas 90

Tabela 18 – Questão 13 – Questionário: Psicólogas 90

Tabela 19 – Questão 18 – Questionário: Psicólogas 90

Tabela 20 – Questão 14 – Questionário: Psicólogas 92

Tabela 21 – Questão 15 – Questionário: Psicólogas 92

Tabela 22 – Questão 17 – Questionário: Psicólogas 92

Tabela 23 – Questão 19 – Questionário: Psicólogas 93

Tabela 24 – Questão 20 – Questão: Psicólogas 93

Tabela 25 – Perfil Socioprofissional – Assistentes Sociais 96
Tabela 26 – Questão 1 – Questionário: Assistentes Sociais.....97
Tabela 27 – Questão 2 – Questionário: Assistentes Sociais.....97
Tabela 28 – Questão 3 – Questionário: Assistentes Sociais.....97
Tabela 29 – Questão 13 – Questionário: Assistentes Sociais.....98
Tabela 30 – Questão 4 – Questionário: Assistentes Sociais.....99
Tabela 31 – Questão 5 – Questionário: Assistentes Sociais.....100
Tabela 32 – Questão 6 – Questionário: Assistentes Sociais.....100
Tabela 33 – Questão 7 – Questionários: Assistentes Sociais.....101
Tabela 34 – Questão 8 – Questionário: Assistentes Sociais.....101
Tabela 35 – Questão 9 – Questionário: Assistentes Sociais.....102
Tabela 36 – Questão 10 – Questionário: Assistentes Sociais.....102
Tabela 37 – Questão 11 – Questionário: Assistentes Sociais.....104
Tabela 38 – Questão 12 – Questionário: Assistentes Sociais.....104
Tabela 39 – Questionário 14 – Questionário: Assistentes Sociais.....104
Tabela 40 – Questão 15 – Questionário: Assistentes Sociais.....105
Tabela 41 – Questão 16 – Questionário: Assistentes Sociais.....106
Tabela 42 – Questão 17 – Questionário: Assistentes Sociais.....106
Tabela 43 – Distribuição de questões – Questionário: Enfermeiros 109
Tabela 44 – Perfil socioprofissional - Enfermeiros 110
Tabela 45 – Questão 1 – Questionário: Enfermeiros 111
Tabela 46 – Questão 2 – Questionários: Enfermeiros.....111
Tabela 47 – Questão 3 – Questionário: Enfermeiros 111
Tabela 48 – Questão 4 – Questionário: Enfermeiros 111
Tabela 49 – Questão 5 – Questionário: Enfermeiros 112
Tabela 50 – Questão 6 – Questionário: Enfermeiros 113

Tabela 51 – Questão 7 – Questionário: Enfermeiros 113
Tabela 52 – Questão 8 – Questionário: Enfermeiros 113
Tabela 53 – Questão 9 – Questionário Enfermeiros 114
Tabela 54 – Questão 10 – Questionário: Enfermeiros 114
Tabela 55 – Questão 11 – Questionário: Enfermeiros 114
Tabela 56 – Questão 12 – Questionário: Enfermeiros 115
Tabela 57 – Questão 17 – Questionário: Enfermeiros 115
Tabela 58 – Questão 13 – Questionário: Enfermeiros 117
Tabela 59 – Questão 14 – Questionário: Enfermeiros 117
Tabela 60 – Questão 15 – Questionário: Enfermeiros 117
Tabela 61 – Questão 16 – Questionário: Enfermeiros 117
Tabela 62 - Questão 18 - Questionário: Enfermeiros 118
Tabela 63 – Questão 19 – Questionário: Enfermeiros 120
Tabela 64 – Questão 20 – Questionário: Enfermeiros 121
Tabela 65 – Questão 21 – Questionário: Enfermeiros 121
Tabela 66 – Distribuição das questões – Questionário: Médicos.....124
Tabela 67 – Perfil socioprofissional - Médico 124
Tabela 68 – Questão 2 – Questionário: Médicos.....124
Tabela 69 – Questão 3 – Questionário: Médicos.....125
Tabela 70 – Questão 4 – Questionário: Médicos.....125
Tabela 71 – Questão 4 – Questionário: Médicos.....126
Tabela 72 – Questão 6 – Questionário: Médicos.....128
Tabela 73 – Questão 7 – Questionário: Médicos.....128
Tabela 74 – Questão 8 – Questionário: Médicos.....129
Tabela 75 – Questão 9 – Questionário: Médicos.....129
Tabela 76 – Questão 10 – Questionário: Médicos 129

Tabela 77 – Questão 11 – Questionário: Médicos 129
Tabela 78 – Questão 12 – Questionário: Médicos 130
Tabela 79 – Questão 17 – Questionário: Médicos 130
Tabela 80 – Questão 13 – Questionário: Médicos 131
Tabela 81 – Questão 14 – Questionário: Médicos 131
Tabela 82 – Questão 15 – Questionário: Médicos 131
Tabela 83 – Questão 16: Questionário Médicos.....131
Tabela 84 – Questão 18 – Questionário: Médicos 132
Tabela 85 – Questão 19 – Questionário: Médicos 133
Tabela 86 – Questão 20 – Questionário: Médicos 133
Tabela 87 – Questão 21 – Questionário: Médicos 133
Tabela 88 – Comparativo Categoria 1 134
Tabela 89 – Comparativo Categoria 2 135
Tabela 90 – Comparativo Categoria 3 136
Tabela 91 – Comparativo Categoria 4 136
Tabela 92 – Comparativo Categoria 5 137
Tabela 93 – Análise Comparativa geral.....138
Tabela 94 – Respostas em branco por categoria profissional.....139
Tabela 95 – Número de internações por aborto legal (2025-2025*) 144
Tabela 96 – Perfil por cor/raça das pacientes 145
Tabela 97 – Perfil etário das pacientes.....146

LISTA DE SIGLAS.

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

ARML – Aborto por razões médicas e legais

AMB – Articulação das Mulheres Brasileiras

Anis – Instituto de Bioética

BCF – Batimentos Cardíacos Fetais

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CCIm – Centro de Ciências de Imperatriz

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

CEM – Código de Ética Médica

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CFM – Conselho Federal de Medicina

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CEDAW - Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EMDR – Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares

EMSERH – Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

ESP/MA – Escola de Saúde Pública do Maranhão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IADVH – Instituto de Apoio ao Desenvolvimento da Vida Humana

ILG – Interrupção Legal da Gravidez

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

LGBTQIAPN+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais e Não-binárie e mais

MARI – Maternidade de Alto Risco de Imperatriz

MS – Ministério da Saúde

NEP – Núcleo de Educação e Pesquisa

ONU – Organização das Nações Unidas

PAVAS – Programa de Assistência às Vítimas de Abuso Sexual

PL – Projeto de Lei

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PEPM – Plano Estadual de Políticas para as Mulheres

PES – Plano Estadual de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

QRCODE – Código de Resposta Rápida

SUS – Sistema Único de Saúde

SES/MA – Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão

STF – Supremo Tribunal Federal

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT – Transtorno do Estresse Pós-Traumático

UEMA – Universidade Estadual do Maranhão

UEMASUL – Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS 19

METODOLOGIA 30

- Caracterização da pesquisa 30

- Campo de Pesquisa 32

- Percurso Burocrático: A pesquisa está autorizada? 35

- Interlocutores da pesquisa 38

- Técnicas e instrumentos de coleta de dados 39

a) Observação direta 39

b) Diário de campo 40

c) Questionários 41

e) Entrevista 42

e) Análise de dados 43

CAPÍTULO 1 46

CORPO, POLÍTICA E DIREITOS REPRODUTIVOS 46

1.1 PATRIARCADO, CAPITALISMO E CONTROLE REPRODUTIVO 47

1.2 GOVERNAMENTALIDADE, BIOPOLÍTICA, BIOPODER E CONTROLE DE CORPOS 55

CAPÍTULO 2 61

(IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA 61

2.1 JUSTIÇA SOCIAL 62

2.2 JUSTIÇA REPRODUTIVA 66

2.2.1 Justiça Reprodutiva e o Legislativo 72

2.2.2 Justiça Reprodutiva na América Latina 80

CAPÍTULO 3 84

O SERVIÇO 84

3.1 RESULTADOS E DISCUSSÕES 86

3.2.1 Os Psicólogos: a escuta sensível diante do silêncio institucional 86

3.2.1.1 Categoria 1: Perfil, experiência profissional e capacitação 86

3.2.1.2 Categoria 2: Conhecimento do fluxo de atendimento do hospital 88

3.2.1.3 Categoria 3: Avaliação sobre suporte institucional, acessibilidade e recursos 89

3.2.1.4 Categoria 4: Crenças pessoais e percepção jurídico-social 92

3.2.1.5 Categoria 5: Desafios enfrentados, sugestões e experiências vivenciadas 93

3.2.2 Os Assistentes Sociais: entre a mediação de direitos e o enfrentamento institucional 94

3.2.2.1 Categoria 1: Perfil, experiência profissional e capacitação 96

3.2.2.2 Categoria 2: Conhecimento do fluxo de atendimento do hospital 99

3.2.2.3 Categoria 3: Avaliação sobre suporte institucional, acessibilidade e recursos 100

3.2.2.4 Categoria 4: Crenças pessoais e percepção jurídico-social 104

3.2.2.5 Categoria 5: Desafios enfrentados, sugestões e experiências vivenciadas 105

3.2.3 Os Enfermeiros: entre a desinformação e a objeção de consciência 109

3.2.3.1 Categoria 1: Perfil, experiência profissional e capacitação 110

3.2.3.2 Categoria 2: Conhecimento do fluxo de atendimento do hospital 112

5. Como é o passo-passo de uma mulher que chega ao hospital e deseja acessar o serviço de aborto legal? 112

3.2.3.3 Categoria 3: Avaliação sobre suporte institucional, acessibilidade e recursos 113

3.2.3.4 Categoria 4: Crenças pessoais e percepção jurídico-social 117

3.2.3.5 Categoria 5: Desafios enfrentados, sugestões e experiências vivenciadas 120

3.2.4 O Médico: centralidade técnica 124

3.2.4.1 Categoria 1: Perfil, experiência profissional e capacitação 124

3.2.4.2 Categoria 2: Conhecimento do fluxo de atendimento do hospital.....126

3.2.4.3 Categoria 3: Avaliação sobre suporte institucional, acessibilidade e recursos.....128

3.2.4.4 Categoria 4: Crenças pessoais e percepção jurídico-social.....131

3.2.4.5 Categoria 5: Desafios enfrentados, sugestões e experiências vivenciadas.....133

3.2.5 Síntese comparativa das categorias por Grupo Profissional 134

3.2.5.1 Categoria 1: Perfil, experiência profissional e capacitação.....134

3.2.5.2 Categoria 2: Conhecimento do fluxo de atendimento do hospital.....135

3.2.5.3 Categoria 3: Avaliação sobre suporte institucional, acessibilidade e recursos.....136

3.2.5.4 Categoria 4: Crenças pessoais e percepção jurídico-social.....136

3.2.5.5 Categoria 5: Desafios enfrentados, sugestões e experiências vivenciadas.....137

3.2.6 Análise comparativa geral.....138

3.2.7 Em branco.....139

3.2.8 Dados oficiais?.....144

3.2.9 Os Planos Estaduais e a agenda de direitos reprodutivos no Estado do Maranhão.....147

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....152

Referências.....156

Apêndices.....165

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....165

Apêndice B - Questionário Médicos/Enfermeiros.....170

Apêndice C – Questionário Psicólogos.....174

Apêndice D – Questionário Assistentes Sociais.....178

Apêndice E – Termo de Cessão em Entrevista.....182

Apêndice F – Ofício direcionado ao Núcleo de Educação e Pesquisa da Maternidade 183
Apêndice G – Ofício direcionado à Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão – Carta de Anuência 185
Apêndice H – Solicitação de extensão de prazo de pesquisa de campo 187
Apêndice I – Qrcode 191
Anexos 192
Anexo A – Fluxo de Pesquisa – Escola de Saúde Pública do Maranhão – ESP/MA 192
Anexo B – Declaração de Anuência 195
Anexo C – Parecer positivo do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – CEP/UFMA 197
Anexo C – Declaração de Liberação de Pesquisa 202
Anexo D – Termo de Compromisso 203
Anexo E – Deferimento de solicitação de extensão de prazo 205
Anexo F – Oferta de Aborto Legal no Estado do Maranhão 206
Anexo G – Passo a passo de acesso aos dados de internação por abortamento 210
Anexo H – Fluxo Violência 212
Anexo I – Parecer técnico 213
Anexo J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 214
Anexo L – Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez Resultante de Estupro 215
Anexo M – Termo de Relato Circunstanciado 216
Anexo N – Termo de Responsabilidade 217

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A presente pesquisa teve como foco a investigação do funcionamento institucional do Serviço de Aborto Legal em uma maternidade pública, com ênfase nas percepções, práticas e resistências expressas pelos profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar entre novembro de 2024 e maio de 2025. Ainda que não tenha se debruçado de forma contínua e prolongada sobre o cotidiano no sentido etnográfico mais estrito, os dados obtidos por meio de visitas regulares ao campo e aplicação de questionários qualitativos revelaram elementos cruciais da dinâmica institucional, permitindo compreender como se configuram os acessos, os entraves e as omissões que envolvem a oferta do aborto legal no SUS. Trata-se de um serviço destinado a atender mulheres que se enquadram nas três hipóteses previstas pela legislação brasileira — gravidez resultante de estupro, risco de vida à gestante e anencefalia fetal[1] — e, portanto, um direito assegurado. Contudo, a pesquisa evidenciou que, mesmo sendo legal, o acesso ao aborto é permeado por barreiras informacionais[2], morais e institucionais, que dificultam sua efetivação enquanto política pública.

A proposta de se estudar um serviço de saúde especializado, com uma temática tão cara socialmente é importante por várias razões abrangendo aspectos de saúde pública, direitos humanos, justiça social, justiça reprodutiva e políticas públicas. O problema que norteia a pesquisa é: Como funciona o serviço de aborto legal em uma maternidade de referência no sul do Maranhão. Dessa forma, temos como objetivo geral analisar como funciona o serviço de aborto legal em uma maternidade de referência no sul do Maranhão, e para auxiliar a execução temos como objetivos específicos a) compreender do ponto de vista teórico a relação entre corpo, política e direitos reprodutivos, b) analisar os principais debates sobre justiça reprodutiva, considerando suas dimensões sociais, políticas e econômicas, com foco nas desigualdades de gênero, raça e classe que impactam o acesso aos direitos

[1] Código Penal Brasileiro (art. 128) prevê a não punibilidade do aborto em duas situações: quando não há outro meio de salvar a vida da gestante (aborto necessário) e quando a gravidez resulta de estupro e há consentimento da gestante ou de seu representante legal (aborto sentimental). Posteriormente, o Supremo Tribunal Federal (STF), por meio da ADPF 54, decidiu que a interrupção da gestação de feto anencéfalo também não configura crime, ampliando as hipóteses de aborto legal no Brasil.

[2] Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2024/01/13/so-18percent-das-cidades-brasileiras-tem-unidades-de-referencia-para-servico-de-aborto-legal.ghtml>. Acesso em 20 de maio de 2024.

reprodutivos e c) analisar como tem funcionado o serviço de aborto legal em uma maternidade de referência no sul do Maranhão.

Durante o período em que esta pesquisa foi realizada, os direitos reprodutivos[3] no Brasil estiveram no centro de disputas acirradas entre legislações, instituições públicas e forças morais conservadoras. O cenário é marcado por retrocessos políticos, perseguição jurídica, censura institucional e apagamento dos direitos reprodutivos, especialmente no que se refere ao aborto legal.

Diversos episódios amplamente divulgados pela imprensa entre 2022 e 2025 revelam um padrão institucional de resistência e obstrução ao aborto legal, contrariando frontalmente os dispositivos legais e os princípios da dignidade humana. Casos emblemáticos envolvendo crianças e adolescentes vítimas de violência sexual chamam atenção pela forma como o Estado — em suas múltiplas instâncias — atua para negar, adiar ou dificultar o acesso ao direito.

Figura 1 - Faixa com mensagem à cantora Madonna sobre ameaças ao aborto legal no Brasil

Fonte: Revista Marie Claire / Globo, 2024[4].

[3] Utilizaremos nesta pesquisa o termo “direitos reprodutivos” a partir do entendimento de Gomes (2021) onde os direitos reprodutivos não estão subordinados e nem condicionados aos direitos sexuais.

[4] Mensagem da faixa: “MADONNA, O ABORTO LEGAL ESTÁ SOB ATAQUE NO BR #NemPresaNemMorta”. Iniciativa de oito organizações - Nem Presa, Nem Morta; Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, CFEMEA, Católicas pelo Direito de Decidir, CLADEM, Criola, Rede Feminista de Saúde e Redeh - em prol da justiça reprodutiva e legalização do aborto no Brasil para chamar a atenção de ofensivas. contra realização do procedimento previsto em lei. Madonna é historicamente à favor do aborto legal.

Em maio de 2024, durante a visita da cantora Madonna ao Brasil, uma ação simbólica organizada por oito entidades feministas brasileiras chamou a atenção nacional e internacional para os ataques aos direitos reprodutivos em curso no país. Um avião sobrevoou a orla do Rio de Janeiro com uma faixa que dizia: “Madonna, o aborto legal está sob ataque no Brasil”. A manifestação não partiu da artista, mas foi estrategicamente organizada em frente ao hotel onde ela estava hospedada, aproveitando o intenso foco da mídia sobre sua presença no país. A escolha desse momento não foi aleatória: além de ser uma figura pública historicamente vinculada ao ativismo em prol dos direitos das mulheres e da comunidade LGBTQIAPN+[5], Madonna concentrou atenção midiática nacional e internacional, funcionando como vetor de amplificação da pauta feminista.

A ação evidenciou a capacidade do movimento feminista brasileiro de articular politicamente momentos de alta visibilidade para denunciar retrocessos e ampliar a audiência sobre temas marginalizados, como o aborto legal. Mais do que um gesto pontual, trata-se de uma estratégia discursiva alinhada com práticas contemporâneas de resistência feminista transnacional, que inscreve a luta local — marcada por censura, judicialização e silenciamento — em um cenário mais amplo de enfrentamento político global.

Em maio de 2022, uma menina de 10 anos, com 22 semanas de gestação decorrente de estupro, teve seu pedido de aborto legal recusado. Judicializado o caso, a menor foi constrangida por uma juíza e uma promotora que questionaram se ela “não poderia suportar mais um pouquinho”[6]. O procedimento só foi realizado após ampla repercussão nacional, porém foi instaurado requerimento para investigação sobre a causa da morte do feto, sendo um caso claro de revitimização[7].

Em julho de 2024, uma menina de 13 anos, também vítima de estupro, foi impedida de realizar o aborto legal por decisão judicial, mesmo após sucessivas negativas hospitalares. A solicitação, iniciada quando a vítima estaca com 18 semanas, chegou a 28 semanas antes que a interrupção fosse autorizada. O caso

[5] representa um conjunto de identidades de género e orientações sexuais, incluindo Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais e Não-binárie, com o sinal de "mais" (+) a indicar a inclusão de outras identidades e experiências diversas.

[6] Disponível em: <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2022/06/21/suportaria-ficar-mais-um-pouquinho-queres-escolher-um-nome-para-o-bebe-as-frases-da-juiza-joana-ribeiro-zimmer-para-menina-de-11-anos-estuprada.ghtml>. Acesso em: 23 de agosto de 2024.

[7] Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/07/promotora-mandou-recolher-restos-mortais-de-feto-abortado-por-menina-de-11-anos.shtml>. Acesso em 23 de agosto de 2024.

contou com o envolvimento da Defensoria Pública e do Ministério das Mulheres, após pressão pública[8]. Em 2025, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) decidiu pela abertura de um processo disciplinar contra a juíza e a desembargadora responsáveis pelas decisões que negaram o direito da criança[9].

Esses não são episódios isolados. Situações semelhantes ocorreram em outros estados, como mostra o caso de uma jovem de 21 anos[10], em Minas Gerais, que, após complicações com um aborto, foi denunciada pelo médico que a atendeu, algemada em seu leito hospitalar e mantida sob custódia por três dias. O ato do profissional contraria o Código de Ética Médica, o Código Penal e o Código de Processo Penal, por violar o segredo profissional.

Outro exemplo importante se deu na Bahia, em agosto de 2024, quando uma mulher[11] que solicitou interrupção de gestação por malformação fetal teve seu pedido inicialmente negado, mesmo com laudos médicos indicando inviabilidade de vida extrauterina. A decisão judicial foi revertida posteriormente, mas não sem antes impor sofrimento e insegurança jurídica à paciente.

Além das negativas individuais, há um processo de desmonte institucional dos serviços de aborto legal. Em dezembro de 2023, o Hospital Vila Nova Cachoeirinha — referência no atendimento às vítimas de violência sexual em São Paulo — teve seu serviço suspenso sob justificativas administrativas[12]. No início de 2024, houve ainda o vazamento indevido de dados sigilosos de pacientes, sem autorização judicial[13], e a posterior cassação das médicas envolvidas na realização dos procedimentos[14], denunciadas pelo Sindicato dos Médicos.

---

[8] Disponível em:< https://www.intercept.com.br/2024/07/10/justica-obriga-menina-de-13-anos-a-manter-gestacao-apos-estupro-em-goias/>. Acesso em 23 de agosto de 2024.

[9] Disponível em: < https://catarinas.info/cnj-abre-processo-contra-juiza-e-desembargadora-que-negaram-aborto-legal-a-menina-em-goias/>. Acesso em 26 de maio de 2025.

[10] Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2023/07/07/aborto-mulher-algemada-medicos-quebram-sigilo-medico.htm>. Acesso em 23 de agosto de 2024.

[11] Disponível em: < https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2024/06/17/tive-que-ouvir-o-coracao-do-feto-e-falaram-pra-ter-o-bebe-que-ganharia-uma-laqueadura-diz-mulher-estuprada-que-nao-conseguiu-fazer-aborto-em-sp.ghtml>. Acesso em 23 de agosto de 2024.

[12] Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2024/02/01/apos-3-decisoes-da-justica-prefeitura-de-sp-diz-estar-tomando-providencias-para-voltar-a-realizar-aborto-legal-no-hospital-vila-nova-cachoeirinha.ghtml>. Acesso em 23 de agosto de 2024.

[13] Disponível em: < https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2024/01/30/prefeitura-de-sp-copiou-dados-de-prontuarios-de-pacientes-que-fizeram-aborto-legal-no-hospital-vila-nova-cachoeirinha.ghtml>. Acesso em 23 de agosto de 2024.

[14] Disponível em: < https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2024/11/21/mpf-investiga-atuacao-do-cremesp-contra-medicos-que-realizaram-aborto-legal-no-hospital-vila-nova-cachoeirinha-em-sp.ghtml> . Acesso em 30 de janeiro de 2024.

Na esfera judicial, destacam-se dois movimentos emblemáticos: por um lado, o voto histórico da ministra Rosa Weber (STF) em favor da descriminalização do aborto até a 12ª semana (setembro de 2023)[15]; por outro, a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), em março de 2024, proibindo a realização da assistolia fetal em abortos legais após 22 semanas — uma medida vista como retrocesso por diversas entidades médicas e jurídicas, logo depois neutralizada pelo Ministro Alexandre de Moraes do Supremo Tribunal Federal[16].

Trazer à tona esses casos e embates públicos neste trabalho tem como objetivo romper com a ideia de que os direitos reprodutivos são temas individuais, privados ou menores. Pelo contrário, trata-se de um campo profundamente atravessado por disputas políticas, morais e institucionais, que refletem e produzem desigualdades. Esses episódios revelam um cenário de fragilidade normativa, interferência religiosa, violação de sigilos médicos, criminalização das usuárias e perseguição de profissionais da saúde, todos esses episódios são indícios de que o aborto legal no Brasil, embora previsto em lei, segue como um direito sob ameaça permanente.

Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2024, revelam a dimensão das diversas formas de violência contra a mulher no Brasil. A violência sexual contra mulheres e meninas no Brasil atinge níveis alarmantes, refletindo um cenário de grave violação dos direitos humanos em geral e direitos reprodutivos em particular. A cada 6 minutos, uma mulher ou menina é estuprada no país. Em 2023, foram registradas 83.988 vítimas de estupro e estupro de vulnerável, com uma taxa de 41,4 por 100 mil habitantes, havendo um aumento de 6,5% em relação ao ano anterior. Em relação à violência sexual contra menores, o documento informa que foram 61.602 mil vítimas, 88,2% são do sexo feminino e, destas 52,2% são negras.

A maior parte das vítimas tem até 13 anos de idade (61,6%), com 11,1% entre 0 e 4 anos, 18% entre 5 e 9 anos, e 32,5% entre 10 e 13 anos. A pornografia infantil aumentou 24,1% em relação ao ano anterior, assim como houve um aumento de 24,1% da exploração sexual infantil em comparação com o período anterior. Além disso, o anuário destaca que a maioria dos casos de estupro e estupro de vulnerável ocorre na residência da vítima (61,7%), e em muitos casos, o autor é conhecido da

[15] Disponível em: < https://www.bbc.com/portuguese/articles/ce52523njv4o>. Acesso em 23 de agosto de 2024.
[16] Disponível em: < https://www.bbc.com/portuguese/articles/crgg3lp5pddo>. Acesso em 23 de agosto de 2024.

vítima. O anuário também destaca que houve um aumento em todas as modalidades de violência contra as mulheres, incluindo agressões decorrentes de stalking[17], violência doméstica, violência psicológica, feminicídios[18] e tentativas de feminicídio (ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2024).

O relatório Pesquisa Estadual de Violência contra a Mulher (2024) – Maranhão, do Instituto de Pesquisa DataSenado em parceria com o Observatório da Mulher contra a Violência, apresenta os resultados da 10ª edição. A pesquisa foi realizada por telefone com 810 mulheres maranhenses com 16 anos ou mais, entre agosto e setembro de 2023. As perguntas foram divididas em duas partes: percepção sobre a violência contra a mulher no Brasil e experiência pessoal com violência doméstica. A maioria das mulheres do Maranhão (67%) considera o Brasil um país muito machista. Menos da metade (50%) acha que as mulheres são tratadas com respeito no país e 80% delas acreditam que a violência doméstica aumentou no último ano. Apesar de 94% conhecerem a Delegacia da Mulher, 72% afirmam conhecer pouco sobre e Lei Maria da Penha. 25% das mulheres sofreram algum tipo de violência doméstica por um homem, sendo 27% nos últimos 12 meses.

A violência psicológica é a mais relatada (78%), seguida pela física (75) e moral (75%). Das mulheres que sofreram violência, 26% buscaram assistência médica e 76% não convivem mais com o agressor. O perfil das mulheres entrevistadas reflete a população feminina do estado, com 81% de pretas, pardas ou indígenas e 71% com renda familiar de até dois salários mínimos. 50% possuem apenas ensino fundamental e 33% estão desocupadas ou fora da força de trabalho.

A pesquisa mostra que, no Maranhão, entre as mulheres que declararam ter sofrido violência doméstica ou familiar, 20% afirmaram ter sofrido violência sexual, esses números são comparáveis aos da Região Nordeste (29%) e do Brasil (30%). Esse tipo de violência é definido no documento como “atos sexuais com você, contra você”, sendo considerada uma forma de violência doméstica, o foco da pesquisa. A

[17] O crime de stalking (perseguição) foi tipificado no Código Penal Brasileiro pela Lei nº 14.132/2021, como o artigo 147-A. Caracteriza-se pela conduta de perseguir alguém de forma reiterada, ameaçando sua integridade física ou psicológica, invadindo ou perturbando sua esfera de liberdade ou privacidade. Essa prática pode incluir vigilância, contato insistente, envio de mensagens ou aproximações físicas não consentidas, sendo punida com detenção de 6 meses a 2 anos e multa.

[18] O feminicídio é tipificado no Brasil como circunstância qualificadora do homicídio (art. 121, § 2º, inciso VI, do Código Penal), introduzida pela Lei nº 13.104/2015. Trata-se do assassinato de mulheres em razão de seu gênero, reconhecendo a motivação de menosprezo ou discriminação pela condição feminina, bem como a violência doméstica e familiar como fatores que caracterizam a qualificadora. Essa tipificação é resultado de um esforço para visibilizar e enfrentar o caráter estrutural e misógino da violência letal contra mulheres.

maioria das mulheres do Maranhão (78%) conhece pouco sobre a Lei Maria da Penha, um importante instrumento de proteção contra a violência sexual e outros tipos de violência. O serviço de proteção mais conhecido pelas maranhenses é a Delegacia da Mulher (94%).

A atuação do Estado do Maranhão na formulação de políticas públicas voltadas aos direitos reprodutivos se expressa em dois documentos estratégicos: o III Plano Estadual de Políticas para as Mulheres (2022-2026) e o Plano Estadual de Saúde (2024-2027). Ambos os planos, ainda que com escopos distintos, convergem na valorização da atenção integral à saúde das mulheres e na incorporação, em diferentes níveis, dos direitos sexuais e reprodutivos como dimensão estruturante das políticas públicas.

O III PEPM-MA, coordenado pela Secretaria de Estado da Mulher (SEMU), apresenta um eixo específico voltado à “Saúde das Mulheres”, no qual constam ações como a ampliação da oferta de métodos contraceptivos, a garantia da realização do aborto legal nos serviços públicos de saúde, e o enfrentamento à violência obstétrica como forma de violação dos direitos reprodutivos. O plano assume ainda um compromisso com a justiça reprodutiva ao reconhecer os impactos diferenciados da negação desses direitos em populações específicas, como as mulheres negras, quilombolas e adolescentes. Importante ressaltar que no documento o termo *justiça reprodutiva* não está expresso de forma direta. No entanto, o Capítulo 4, intitulado "Política de Apoio à Saúde Integral das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos", aborda a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Dentro deste capítulo, o "Programa de Garantia dos Direitos Sexuais e Reprodutivos das Mulheres, com implementação da assistência ao planejamento reprodutivo para mulheres adultas, homens adultos e adolescentes" (Seção 4.3) inclui ações como a orientação ao planejamento reprodutivo com distribuição de métodos contraceptivos, o apoio à universalização do acesso ao preservativo feminino e o apoio ao acesso das mulheres e adolescentes ao atendimento de qualidade nos casos de interrupção da gravidez previstos em lei (abortamento legal). Essas ações, embora não usem o termo "justiça reprodutiva", estão alinhadas com os princípios desse conceito, que busca garantir que todas as pessoas tenham a autonomia e os recursos para decidir sobre sua própria saúde e vida reprodutiva.

Já o Plano Estadual de Saúde 2024-2027, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), embora não apresente um eixo temático exclusivo sobre direitos

reprodutivos, incorpora transversalmente metas voltadas à saúde materna, com foco na prevenção de óbitos maternos evitáveis, ampliação da cobertura de pré-natal e ações de saúde sexual para adolescentes. Além disso, reforça a continuidade e o fortalecimento da Rede Cegonha como estratégia de qualificação do cuidado perinatal. Ainda que no discurso da justiça reprodutiva não seja mobilizado diretamente, pode-se observar o alinhamento de algumas diretrizes com esse paradigma, especialmente no que diz respeito à promoção da equidade no acesso aos serviços e à atenção integral.

A luz dos dados anteriormente expostos, o Brasil foi convocado a prestar esclarecimentos sobre a capacidade do Estado de garantir o acesso ao aborto legal ao Comitê sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres da Organização das Nações Unidas, após mais de 12,5 mil meninas, entre 8 e 14 anos, engravidarem. A sociedade civil denunciou que a legislação sobre aborto legal enfrenta entraves para ser aplicada. Como exemplo, a relatoria da ONU, cita a suspensão de uma nota técnica com orientações para profissionais de saúde sobre o aborto; O cancelamento do serviço de abortamento legal do Hospital Cachoerinha, em São Paulo, e a lei do estado de Goiás que obriga grávidas em decorrência de violência sexual a passarem por um exame de ultrassom para ouvir os batimentos cardíacos do feto, assim como o caso da menina negra de 11 anos de Santa Catarina, ocorrido em 2022, que foi pressionada por funcionários públicos a não interromper uma gestação resultante de estupro. A relatora recomenda que o país adote a sugestão do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, legalizando e descriminalizando o aborto em todos os casos e garantindo acesso a serviços de saúde seguros de aborto e pós-aborto (PORTAL CATARINAS, 2024; BRASIL DE FATO, 2024).

Um levantamento preliminar da produção científica mostra que diversos estudos trataram de temas relacionados à justiça reprodutiva e ao aborto legal no Brasil. Algumas abordagens são mais próximas a esta pesquisa, para citar alguns exemplos: Silva (2017) analisou como são interpretados os temas aborto legal e violência sexual pelos profissionais de saúde que compõem o PAVAS (Programas de Assistência às Vítimas de Abuso Sexual), averiguando como se configuram os itinerários realizados pelas vítimas de violência sexual, dentro e fora da maternidade, a pesquisa buscou contribuir para os estudos da antropologia social, aprofundando a reflexão sobre a realidade do aborto legal no Rio Grande do Norte, a partir dos

discursos de médicos e outros profissionais de saúde, para entender o desenvolvimento das políticas de enfrentamento à violência contra a mulher.; Pereira e Detomi (2021) trabalharam com a percepção dos profissionais de saúde atuantes no Ambulatório de Violências e Bloco Obstétrico, do Hospital Metropolitano Odilon Behrens BH/MG, acerca das mulheres vítimas de violência sexual que desejam realizar o aborto legal, o estudo revelou desafios na aplicação da lei, especialmente devido ao desconhecimento e à necessidade de capacitação, observou-se que a idade influencia a visão sobre o tema, com os mais jovens tendendo a posições mais liberais; Maia (2022) analisou a problemática do aborto no município de Erechim e Região do Alto Uruguai/RS, buscando compreender a relação entre a colonialidade e a criminalização do aborto, a partir de pesquisa junto com a equipe de saúde, a dissertação conclui que a criminalização do aborto, influenciada pela modernidade/colonialidade, impacta diretamente a realidade do aborto na região do Alto Uruguai/RS; Silva (2019) analisou o exercício profissional das assistentes sociais no âmbito da equipe multiprofissional de um serviço de saúde que é referência no atendimento à mulher vítima de violência sexual em Teresina, Piauí, as conclusões da pesquisa apontam que a estruturação e organização dos serviços de aborto legal no Brasil e em Teresina ocorreram de forma lenta e gradual. Embora os serviços de aborto legal em Teresina apresentem uma maior organização na atenção à saúde da mulher vítima de violência sexual, eles sofrem de invisibilidade tanto pública quanto interna. As contribuições profissionais das assistentes sociais incluem o acolhimento e a escuta qualificada, que são ações importantes para que as mulheres tenham acesso a informações iniciais sobre seus direitos e condições para sua decisão consciente sobre a interrupção da gestação. Como limitações profissionais, a pesquisa destaca a ausência de equipe multiprofissional específica para o serviço, o que dificulta o debate da temática e a avaliação do serviço.

Outros estudos focalizaram dinâmicas locais e aspectos variados embora em diálogo com questões mais amplas como: Porto (2009) investigou as lutas e debates pelo aborto legal no Brasil, a partir de diferentes observações práticas, representações e discursos, cujos centros são os serviços de saúde e a relação com os/as profissionais biomédicos/cas, feministas e outros/as agentes; partindo de um recorte de raça, as conclusões da tese enfatiza a persistência do “cultivo ao segredo” no atendimento ao aborto legal, mesmo em instituições que teoricamente oferecem este serviço. Porto destaca que, apesar da legalidade, existe um silêncio institucional e um

campo de disputas simbólicas, morais e políticas que se manifesta na prática cotidiana dos profissionais de saúde. O estudo revela que o aborto legal, ainda que previsto em lei, é marcado por resistências, omissões e conflitos éticos, que resultam em acessos restritos e em experiências de vulnerabilidade para as mulheres que buscam o procedimento. Esse “segredo” revela a influência de saberes religiosos e morais sobre as práticas biomédicas e jurídicas, criando uma tensão constante entre a legalidade formal e as moralidades praticadas no cotidiano hospitalar. Porto conclui que tais práticas perpetuam desigualdades de gênero e de classe, e que a implementação real do direito ao aborto legal depende não apenas da legislação, mas de mudanças culturais e institucionais profundas. Ela também ressalta a importância de pesquisas antropológicas e sociológicas para compreender essas complexas relações de poder e silêncio, bem como para fortalecer políticas públicas que garantam efetivamente os direitos reprodutivos das mulheres.

Lima (2020) analisou as narrativas sobre aborto que circulam em uma cidade de médio porte do sertão pernambucano, apresenta como conclusões principais a compreensão de que as narrativas de aborto entre mulheres rurais e negras do sertão de Pernambuco são atravessadas por silêncios, constrangimentos e interditos sociais, configurando-se como estratégias de sobrevivência e resistência frente ao racismo, ao patriarcado e às desigualdades socioeconômicas. A autora destaca que essas mulheres enfrentam dificuldades específicas no acesso aos serviços de saúde e em suas relações comunitárias, onde o aborto é um tema tabu, e o silêncio é uma forma de proteção contra julgamentos morais e discriminações. Ao mesmo tempo, o estudo revela como as histórias de aborto emergem como fragmentos narrativos, marcados por experiências de violência obstétrica, contracepção coercitiva e a criminalização dos corpos femininos racializados. A pesquisa evidencia que a prática do aborto não pode ser compreendida isoladamente, mas deve ser situada dentro de um contexto social e racial específico, onde o racismo, o patriarcado e a precariedade dos serviços de saúde moldam as possibilidades de fala e de cuidado. Por fim, Nathália Diórgenes propõe que as narrativas fragmentadas dessas mulheres são formas legítimas de conhecimento e de denúncia, reafirmando a necessidade de pensar políticas públicas que considerem as interseções entre gênero, raça e território na luta por justiça reprodutiva e autonomia corporal.

Jacobs (2022) analisou a dinâmica territorial de oferta e realização de interrupção legal de gravidez (ILG) no Brasil financiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os

resultados principais da pesquisa apontam que entre 2010 e 2019, foram registrados 15.889 ARML[19] financiados pelo SUS, sendo que 92,8% ocorreram em apenas 2,6% dos municípios brasileiros, 14,8% dos procedimentos foram realizados em municípios diferentes do de residência da usuária, e 16,0% desses deslocamentos intermunicipais tinham ligações regulares de transporte público, o tempo de viagem para o procedimento variou de 26 minutos a 4,5 dias, e o custo de R$ 2,70 a R$ 1.218,06, em 2019, havia 290 estabelecimentos com oferta de ILG, majoritariamente hospitais (98,6%), sob administração pública (62,1%) e conveniados ao SUS (99,7%), concentrados no Sudeste (40,5%), em municípios com mais de 100 mil habitantes (59,5%) e com alto ou muito alto IDH-M (77,5%), a taxa de realização de ARML em municípios sem oferta foi 4,8 vezes menor do que naqueles com o serviço, os cenários de oferta para gravidezes decorrentes de estupro em 2021 mostraram que o primeiro cenário (oferta atual) cobria 26,7% da população feminina em idade fértil, o segundo (potencial conforme normativas vigentes) cobria 62,1%, e o terceiro (potencial conforme Código Penal e OMS) cobria 94,3%. A tese conclui que a concentração dos serviços de ILG é uma barreira de acesso, mas o Brasil possui capacidade instalada para expandir parte dessa oferta. Essas são algumas das pesquisas acadêmicas recentes que abordam o tema aqui pesquisado

Esta dissertação está estruturada em três (3) capítulos, além das considerações iniciais e finais. Em Corpo, Política e Direitos Reprodutivos, discutimos a interseção entre Corpo, Política e Direitos Reprodutivos, a fim de compreender o debate teórico em torno do controle estatal sobre questões reprodutivas. Neste capítulo, o referencial teórico está ancorado nos estudos de autores como Silvia Federici, Gerda Lerner, Michel Foucault, Judith Butler, Berenice Bento e outros.

O segundo capítulo da dissertação, intitulado (In)Justiça Social Reprodutiva é dedicado à discussão do segundo objetivo específico da pesquisa, qual seja, analisar os principais debates sobre justiça reprodutiva, considerando suas dimensões sociais, políticas e econômicas, com foco nas desigualdades de gênero, raça e classe que impactam o acesso aos direitos reprodutivos. Para isso, o capítulo inicia-se com uma abordagem conceitual da justiça social, articulando seus fundamentos com o campo da saúde pública, com o objetivo de evidenciar como as desigualdades estruturais atravessam a garantia de direitos básicos. Em seguida, discute-se a justiça social sob

[19] Aborto por razões médicas e legais.

a ótica das questões de gênero, o que permite a transição para o debate sobre justiça reprodutiva como uma categoria crítica que amplia a noção de direitos reprodutivos ao integrá-los às lutas por equidade racial, econômica e de gênero. A análise incorpora ainda as contribuições da interseccionalidade, entendida como ferramenta teórico-política fundamental para compreender como múltiplas opressões se articulam no campo reprodutivo. Por fim, o capítulo examina as interfaces entre justiça reprodutiva e o legislativo brasileiro, refletindo sobre os limites e disputas em torno da formulação e aplicação de políticas públicas nessa área. E por último, em O Serviço, apresentaremos os resultados da pesquisa de campo da pesquisa, a fim de se produzir dados em relação ao serviço atuante da cidade.

Ao longo de sua trajetória acadêmica e pessoal, a pesquisadora desenvolveu um interesse constante por temas relacionados aos direitos das mulheres, com ênfase na autonomia corporal e nas decisões reprodutivas. Reconhecendo a relevância do acesso aos serviços de saúde que garantam dignidade, acolhimento e segurança às que necessitam interromper uma gestação nas hipóteses previstas pela legislação brasileira. Foi esse compromisso com a justiça social reprodutiva que motivou a investigação sobre o funcionamento de um serviço de aborto legal, com o objetivo de compreender não apenas os entraves burocráticos e institucionais que envolvem esse processo, mas também os sentidos produzidos por profissionais e, indiretamente, pelas mulheres atendidas. Em um contexto de crescentes ataques aos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, considera-se fundamental visibilizar esse tema, contribuindo tanto para o debate acadêmico quanto para a formulação de políticas públicas mais eficazes, humanas e acessíveis.

METODOLOGIA

- Caracterização da pesquisa

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, com inspiração sócio-antropológica, e tem como objetivo analisar o funcionamento do serviço de aborto legal em uma maternidade de referência no sul do Maranhão, a partir da perspectiva de profissionais de saúde que atuam diretamente ou indiretamente na assistência a mulheres vítimas de violência sexual. A abordagem qualitativa foi escolhida por permitir a compreensão das experiências, percepções e contradições que atravessam o cotidiano institucional,

em especial no que diz respeito aos conflitos éticos, morais e políticos relacionados ao aborto legal.

Minayo (2013) explica que

> A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos (p.19-20).

Partindo de uma abordagem crítica e interseccional, a pesquisa dialoga com os aportes teóricos da justiça reprodutiva, da biopolítica e da necropolítica, entendendo que o acesso (ou a negação) ao aborto legal expressam relações de poder, moralidade pública e desigualdade estrutural — especialmente quando se trata de mulheres negras, pobres e periféricas.

Do ponto de vista da questão reprodutiva, Teixeira (2010), ilustra que na década de 1980, o movimento feminista se articulou com o movimento sanitarista brasileiro, para trazer a discussão sobre saúde sexual e reprodutiva, para o debate público, utilizando como argumento que é um direito do cidadão e um dever do Estado a garantia da plena saúde. Desse modo, o conceito de saúde foi ampliado para garantir a inclusão de pautas como reprodução humana, sexualidade, entre outros, as discussões sobre esses temas vieram a culminar com a garantia desses direitos às mulheres na Constituição de 1988.

Logo, temáticas como direito à saúde integral, sexualidade, aborto, violência, morte materna, qualidade da assistência gravídica-puerperal, contracepção, entre outros, foram objetos de reivindicação dentro do campo dos Estudos de Gênero e dos movimentos sociais feministas. Essas pautas foram discutidas, por acadêmicas feministas brasileiras em conferências internacionais, como a Conferência de Viena (1993), do Cairo (1994) e a IV Conferência Internacional sobre a Mulher (1995), onde os direitos sexuais e reprodutivos estavam sendo debatidos. (TEIXEIRA, 2010).

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução,

incluindo-se o respeito à integridade, requer mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências (ONU, 1995).

Desse modo, pode-se afirmar que o reconhecimento tanto na Academia quanto na política dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, é uma estratégia do movimento feminista para garantir tais temáticas em uma escala de direitos humanos. A produção científica feminista tem como objetivo fornecer um aporte teórico-epistemológico relacionado a temas de relevância social, em especial estudos relacionados ao gênero, contribuindo para a reflexão crítica sobre o processo de produção do conhecimento científico, que muitas vezes não faz um recorte de gênero.

A partir de uma perspectiva multidisciplinar com o objetivo do empoderamento feminino, a metodologia de pesquisa feminista contribui ativamente para o engajamento político do movimento. Historicamente afastadas do campo do saber, e relegadas a áreas do cuidado, com a segunda onda do feminismo, as mulheres adentraram nos espaços acadêmicos e a passaram a questionar a produção do conhecimento científico da época - androcêntrico, racista e classista - e formularam epistemologias próprias para uma produção de conhecimento mais crítica e reflexiva com as demandas da sociedade.

- Campo de Pesquisa

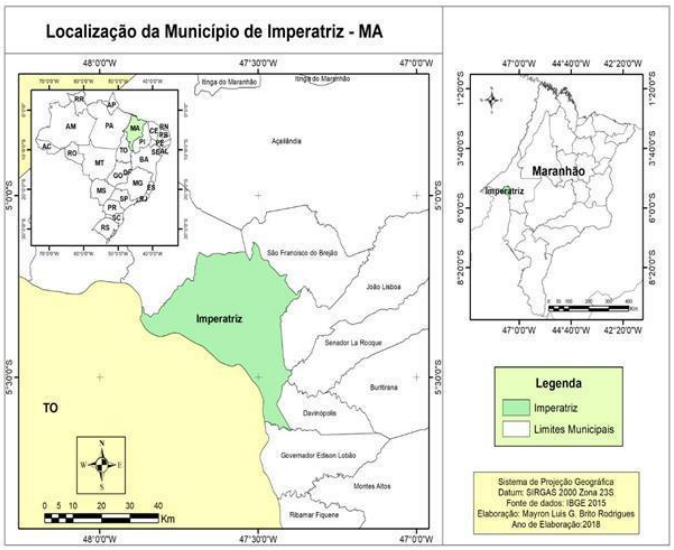
O campo empírico desta pesquisa é uma maternidade pública de referência, com abrangência macrorregional localizada no município de Imperatriz, Maranhão, que, por razões de segurança e ética, terá seu nome omitido ao longo deste trabalho. Esta instituição representa um espaço estratégico não apenas para o atendimento técnico e especializado, mas também como um lócus de disputas simbólicas, morais e políticas em torno do corpo feminino e da garantia de direitos reprodutivos.

O recorte temporal da pesquisa abrange o período de abril de 2023 a junho de 2025, correspondente ao desenvolvimento deste mestrado em Sociologia e a aplicação de questionários entre janeiro e maio de 2025. Esse intervalo foi particularmente relevante, pois coincidiu com um momento de intensificação dos debates políticos e institucionais acerca dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, marcado por avanços e retrocessos que impactaram diretamente o funcionamento dos serviços de aborto legal. Foi também um período em que a pauta da justiça reprodutiva

ganhou visibilidade social e acadêmica, sendo fundamental para refletir sobre as desigualdades de gênero, classe e raça que atravessam o acesso a esses serviços.

Ao longo desse período, foram realizadas visitas regulares à maternidade e uma série de negociações institucionais e burocráticas para viabilizar o acesso ao campo. Essas negociações, por si sós, já revelam as dificuldades históricas e políticas de se pesquisar temas sensíveis como o aborto legal no Brasil. Como Letícia Ferreira (2011) observa, a entrada em instituições públicas para pesquisas exige não apenas o cumprimento de rituais formais, mas também o enfrentamento de moralidades e subjetividades institucionais que influenciam quem acolhe ou nega a presença do pesquisador.

Figura 2 – Localização do Município de Imperatriz



Fonte: Silva, 2018.

O município de Imperatriz, onde se localiza essa maternidade, conta atualmente com uma população de 273.110 habitantes (IBGE, 2025) e exerce papel central na economia regional, funcionando como um importante polo comercial e de serviços que articula o Maranhão, o Pará e o Tocantins. A cidade está situada às margens do rio Tocantins e destaca-se como o segundo maior centro político, cultural e econômico do estado do Maranhão, detendo o segundo maior PIB estadual e ocupando a 165ª posição no ranking nacional[20].

[20] Disponível em < https://imperatriz.ma.gov.br/portal/imperatriz/a-cidade.html>. Acessado em 30 de janeiro de 2025.

A maternidade em estudo está localizada no centro urbano de Imperatriz, em região de fácil acesso, próxima ao Terminal de Integração de Transporte e a importantes equipamentos urbanos. A instituição funciona 24 horas por dia, atendendo não apenas a demanda do município, mas também de cerca de 42 cidades da macrorregião. Oferece uma ampla gama de especialidades médicas e serviços multiprofissionais, incluindo atendimento obstétrico, ginecológico, pediátrico, psicológico, de enfermagem, serviço social e outras áreas[21].

Segundo informações da coordenação do Núcleo de Educação e Pesquisa (NEP), a equipe que atua na maternidade é formada exclusivamente por profissionais contratados ou diaristas, sem servidores concursados, sendo composta por 213 médicos, 137 enfermeiros, 21 assistentes sociais e 7 psicólogos. As empresas terceirizadas responsáveis pela gestão de pessoal são a Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH) e o Instituto de Apoio ao Desenvolvimento da Vida Humana (IADVH).

O processo de inserção no campo começou com uma reunião com a coordenação do NEP, que forneceu dados preliminares sobre a instituição e apresentou duas servidoras para explicar a rotina de trabalho: uma enfermeira com longa trajetória na maternidade e a coordenadora dos assistentes sociais. Nesses encontros iniciais, foi possível compreender que as mulheres vítimas de violência sexual que procuram o serviço de aborto legal são atendidas por profissionais plantonistas e que não existe um setor ou programa específico para essa demanda. A coordenadora das assistentes sociais relatou que, quando a mulher chega em um plantão onde o profissional médico ou de enfermagem se recusa a atender, ela busca articular o retorno da paciente para um plantão em que haja profissionais mais abertos a realizar o procedimento. Destacou também que, diferentemente dos médicos e enfermeiros, a categoria de assistentes sociais não possui a prerrogativa da objeção de consciência, devendo acolher as mulheres independentemente de convicções pessoais ou religiosas.

Essa complexa e delicada realidade institucional, marcada por resistências morais, falta de capacitação e conflitos éticos, torna a pesquisa ainda mais significativa no contexto brasileiro atual, especialmente em meio ao avanço de forças conservadoras que buscam restringir direitos historicamente conquistados.

---

[21] Disponível em: https://www.ma.gov.br/noticias/governo-entrega-nova-ala-do-hospital-regional-materno-infantil-hrmi-em-imperatriz. Acesso em 01 de fevereiro de 2025.

- Percurso Burocrático: A pesquisa está autorizada?

A realização desta pesquisa exigiu não apenas planejamento teórico-metodológico, mas também o enfrentamento de um longo e fragmentado percurso burocrático para a autorização da coleta de dados em uma instituição pública de saúde.

Durante o início da coleta de dados e as tentativas de aproximação com os setores da Maternidade, foi recorrente que, ao entrar em contato com chefias de setores e demais profissionais, eu fosse imediatamente questionada sobre a existência de autorização formal para a pesquisa. A primeira pergunta era quase sempre a mesma: “Essa pesquisa já está autorizada?” A insistência em obter essa confirmação revelava um contexto institucional de alta vigilância sobre a circulação de informações e de restrição ao acesso de pesquisadores externos, mesmo em situações de interesse público. Muitos profissionais relataram que a EMSERH (Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares) e a própria Secretaria de Estado da Saúde (SES/MA) mantêm uma postura considerada inflexível, exigindo, de forma inegociável, a aprovação prévia do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) como condição mínima para qualquer forma de interlocução.

Essa exigência, embora esteja alinhada às normas éticas da pesquisa com seres humanos, também opera como uma barreira burocrática inicial que produz certo clima de suspeita e contenção, dificultando o estabelecimento de vínculos e o acesso fluido ao campo. Em vez de facilitar o processo de colaboração entre pesquisadores e instituições públicas, esse modelo tende a institucionalizar o controle do saber e da informação, revelando o quanto a produção de conhecimento em saúde — especialmente sobre temas sensíveis como o aborto legal — é vigiada, tensionada e, por vezes, desestimulada. Do protocolamento ao deferimento do pedido da equipe executora, o processo durou 8 meses entre idas e voltas, até sua aprovação.

Esse processo, que envolveu múltiplas instâncias administrativas e éticas, revela como o aborto legal, mesmo previsto em lei, encontra barreiras invisíveis desde antes da entrada no campo. Para desenvolver a pesquisa na Maternidade foi necessário obter anuência e aprovação de órgãos distintos:

a) Coordenação do Núcleo de Educação e Pesquisa do hospital, para que se pudesse encaminhar o pedido à Secretaria de Estado da Saúde (SES-MA);

b) Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP-MA), responsável pela emissão da declaração institucional de anuência; e
c) Plataforma Brasil, sistema nacional de ética em pesquisa, com tramitação no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA (CEP-UFMA).

Tabela 1 – Percurso Burocrático

LINHA DO TEMPO DA SUBMISSÃO NOS COMITÊS DE ÉTICA (ESP-MA E CEP/UFMA)	
09/02/24	Solicitação de autorização para pesquisa acadêmico-científica com o Núcleo de Educação e Pesquisa do lócus da pesquisa;
28/02/25	Confecção e assinatura do ofício direcionado à Secretaria de Estado da Saúde assinado pelo coordenador do PPGS, solicitando Carta de Anuência à SES;
28/02/24	Envio de e-mail para a Escola de Saúde Pública do Maranhão solicitando a Declaração de Anuência da SES (documentos anexados à solicitação: documento pessoal da discente e da orientadora; solicitação de autorização para pesquisa acadêmico científica emitida pelo Núcleo de Educação e Pesquisa do lócus da pesquisa. Ofício direcionado a SES; projeto de pesquisa; folha de identificação; declaração de custos; e currículo lattes da equipe executora);
18/03/2024	Resposta da SES com a Declaração de Anuência;
18/03/24	E-mail à Secretaria do Centro de Ciências de Imperatriz (CCIm) solicitando a assinatura do diretor acadêmico do campus na folha de rosto da autorização na Plataforma Brasil;
20/03/24	Submissão do projeto na Plataforma Brasil, documentos anexados (folha de rosto assinada pelo diretor do campus de Imperatriz (prof. Dr. Leonardo Hunaldo, declaração de anuência do local de coleta de dados, cronograma, termo de consentimento livre e esclarecido, projeto de pesquisa – brochura do investigador-.);
25/03/24	Rejeição do PP - Apontada pendência na folha de rosto (campo temático em branco e corrigir no tcle que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da CEP/UFMA, e não do CEP/CCIm);
05/04/24	Submissão com pendências corrigidas;
09/04/24	Aceitação do PP, na plataforma Brasil, mudança de status para "*Em apreciação ética*";
11/07/24	E-mail ao Comitê de Ética do CCIm solicitando andamento do processo na Plataforma Brasil;
12/08/24	Resposta do Comitê do CCIm informando que o projeto não estava tramitando naquele CEP;
12/08/24	E-mail ao CEP de São Luís perguntando se o processo estava tramitando lá;
13/08/24	Resposta positiva do CEP de São Luís;
22/08/24	E-mail ao CEP de São Luís solicitando andamento no procedimento;

26/08/24	Resposta do CEP de São Luís informando que o comitê está com número reduzido de pareceristas, o que está atrasando todos os projetos que lá tramitam;
03/09/24	Parecer consubstanciado do CEP (pendências apontadas no TCLE: explicar melhor os riscos e benefícios da pesquisa);
21/09/24	Correção das pendências;
03/10/24	Parecer positivo do CEP;
18/10/24	Envio do parecer positivo por e-mail a Escola de Saúde Pública do Maranhão para finalizar o pedido de liberação de pesquisa;
8/11/24	Resposta da ESP/MA com o termo de compromisso;
8/11/24	Assinatura do termo por parte da pesquisadora;
8/11/24	Envio do termo de assinatura assinado eletronicamente a ESP/MA para finalizar o pedido de liberação de pesquisa;
8/11/24	Resposta da ESP/MA com a declaração de liberação de pesquisa.
6/3/2025	Envio de e-mail ao comitê de ética da SES/MA, solicitando informações sobre a ampliação da autorização da pesquisa de campo. Informei que faltava a aplicação de questionários com as equipes de enfermagem e medicina do hospital.
25/3/2025	Resposta do comitê informando que formalizasse a solicitação anexando o novo cronograma para execução da pesquisa.
27/3/25	Envio da solicitação.
15/4/25	Resposta da SES autorizando a extensão do prazo até junho de 2025.

Houve contratempos e remanejamentos. A tramitação foi marcada por atrasos significativos, correções obrigatórias no sistema da Plataforma Brasil (como campos incompletos e referências equivocadas ao CEP), e confusão entre os comitês existentes no Campus Bagança - São Luis e no CCIm/Imperatriz da UFMA o que causou um retardo de mais de três meses entre submissão e aprovação ética.

A autorização formal para o início da pesquisa de campo foi obtida somente em novembro de 2024. Posteriormente, em março de 2025, foi necessário protocolar um pedido de prorrogação do prazo de coleta para contemplar os setores médicos e de enfermagem, ainda com baixa adesão. A autorização foi renovada até junho de 2025.

Esse percurso revelou que o acesso ao campo em instituições públicas não é neutro, tampouco puramente técnico: ele é moldado por rituais administrativos, instabilidades operacionais e seleções morais do que pode ou não ser pesquisado. O aborto legal, enquanto tema moralmente tensionado, enfrenta obstáculos que se

manifestam também no plano burocrático, muitas vezes de forma silenciosa, protocolar e naturalizada.

Letícia Ferreira (2011) aponta que os obstáculos enfrentados na entrada do campo são também formas de produção da ausência institucional, nas quais o Estado seleciona, atrasa ou invisibiliza certos temas considerados politicamente delicados ou moralmente perigosos. O aborto legal, mesmo previsto em lei, se insere nessa categoria de temas “desautorizados”, que enfrentam barreiras simbólicas e operacionais antes mesmo da coleta de dados iniciarem. O que deveria ser um procedimento administrativo torna-se um ritual de controle e filtragem de temas incômodos, entre eles, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

- Interlocutores da pesquisa

A pesquisa contou com a participação de profissionais das seguintes categorias:

a) Assistentes sociais (8);
b) Psicólogos(as) (6);
c) Enfermeiros(as) (14);
d) Médico (1) — um dos únicos que realiza aborto legal na instituição.

As equipes de serviço social e psicologia mostraram-se mais acessíveis e colaborativas, com participação significativa e envolvimento reflexivo. Já a coleta junto a enfermeiros e médicos enfrentou obstáculos significativos de ordem hierárquica, institucional e ética, que serão discutidos mais adiante.

A amostra foi construída com base na possibilidade de contato e voluntariedade, respeitando os limites éticos da pesquisa e os desafios do campo. As equipes de serviço social e psicologia foram as mais acessíveis. Já os setores médico e de enfermagem apresentaram resistência institucional e reticência quanto ao tema, o que, como será discutido, se tornou parte do próprio objeto de análise.

Esta pesquisa buscou operar por meio de uma escuta atenta, sensível e não invasiva, respeitando os limites individuais e institucionais. Em momento algum se buscou “forçar” respostas ou gerar constrangimentos. O tempo de resposta, os pedidos para "voltar depois", a opção por responder digitalmente ou não responder foram acolhidos como parte da dinâmica ética da pesquisa, reconhecendo os sujeitos participantes como interlocutores com agência, e não como meras fontes de dados.

Além disso, em respeito à autonomia profissional, nenhuma identidade foi exposta, e os relatos foram cuidadosamente anonimizados. O sigilo e o consentimento informado foram garantidos, seguindo os preceitos da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que rege a ética em pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais.

- Técnicas e instrumentos de coleta de dados

A pesquisa utilizou múltiplas técnicas de investigação qualitativa, que se complementaram na análise do objeto em estudo:

a) Observação direta

Conforme Chauvin e Jounin (2010, p.125) a observação direta, “busca eliminar os dispositivos sociais e as operações burocráticas que se interpõem habitualmente entre o pesquisador e seu objeto”, adiciona ainda que é:

> Um método propício à perda de tempo bem como à perda de sentido. Mas ela é também um método essencial que dá acesso ao que se esconde, a fim de retraçar o encadeamento das ações e das interações, ou ainda para apreender o que não se diz, ou “o que é percebido sem ser dito”. A aparente instantaneidade da observação não deve fazer esquecer que ela mobiliza instrumentos que, embora mais semelhantes às “artimanhas do ofício” que a uma “metodologia” petrificada, necessitam de uma aprendizagem profissional (p.126).

Foram realizadas visitas de campo quinzenais à maternidade, na maioria das vezes às quartas-feira, ao longo de dezembro de 2024 e junho de 2025. Nessas visitas, observou-se o fluxo interno de atendimento, interações entre equipes e pacientes, e o cotidiano das unidades envolvidas no percurso de mulheres em situação de aborto legal. Embora a presença da pesquisadora tenha sido discreta e sem intervenção direta nos atendimentos, foi possível perceber formas de recepção, escuta, encaminhamento e, por vezes, constrangimento, que já demonstram como o aborto legal é tratado no ambiente hospitalar.

As dificuldades enfrentadas no campo não foram tratadas como limitações técnicas, mas como expressões políticas e simbólicas do próprio objeto de estudo. A resistência de chefias, as respostas em branco, o silêncio diante de perguntas sensíveis e o baixo retorno dos questionários digitais não foram apenas entraves metodológicos, mas indícios da forma como o aborto legal é apagado institucionalmente.

A tese de Letícia Ferreira (2011) é fundamental para interpretar essa dinâmica. Ao analisar o modo como casos de desaparecimento são tratados pelas instituições, Ferreira argumenta que o Estado atua por meio da fragmentação das responsabilidades e da produção ativa de ausências. Assim como os desaparecidos se tornam “casos sem dono”, o aborto legal se torna um serviço sem responsáveis, sem fluxo claro, e sem protagonismo institucional. “A porta está sempre aberta”, mas quem entra, o que diz e o que se registra está sujeito a códigos tácitos de controle moral e seletividade (FERREIRA, 2011).

Além disso, o aborto legal — mesmo garantido por lei — é tratado como um direito secundário, passível de ser silenciado, adiado ou ocultado. Ao “cultivar o segredo”, como também aponta Rozeli Porto (2009), as instituições de saúde reproduzem estratégias de invisibilização dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente quando dirigidos a mulheres pobres, negras e jovens.

Com isso, os silêncios, ausências, recuos e recusas no campo foram assumidos como parte dos dados centrais da pesquisa, e não como falhas. Eles revelam o modo como a justiça reprodutiva é desmontada silenciosamente nas rotinas institucionais, e como o aborto legal é um direito presente na lei, mas ausente na prática cotidiana.

b) Diário de campo

Sobre o diário de campo, Minayo (2013) ensina que:

> O principal instrumento de trabalho de observação é o chamado diário de campo, que nada mais é que um caderninho, uma caderneta, ou um arquivo eletrônico no qual escrevemos todas as informações que não fazem parte do material formal de entrevistas em suas várias modalidades. Respondendo a uma pergunta frequente, as informações escritas no diário de campo devem ser utilizadas pelo pesquisador quando vai fazer análise qualitativa (p.68).

Durante todas as visitas, foram registradas anotações de campo em um diário de campo, com foco na ambiência institucional, reações dos profissionais, resistências, e dificuldades de circulação. Esse instrumento foi essencial para identificar microviolências institucionais e barreiras simbólicas que não emergiriam apenas via questionário, como o desconforto em tratar do tema, o silêncio cúmplice, e a informalidade do acolhimento.

c) Questionários

Conforme Isabelle Parizot (2010):

> O interesse principal da pesquisa por questionário é o de reunir uma grande quantidade de informações, tanto factuais quanto subjetivas, junto a um número importante de indivíduos – a representatividade desta amostra autorizando inferir a um conjunto da população de estudo (cf. o cap. De Jean-Marie Firdion e Marion Selz) os resultados obtidos junto aos pesquisados. O objetivo de tais pesquisas pode ser o de medir frequência de características (situações, comportamentos, opiniões ou atitudes...) em uma população dada, mas em ciências humanas e sociais ele visa principalmente a analisar as relações entre estas características. Tratar-se-á, por exemplo, de interrogar pessoas sobre seu estado de saúde e analisar os vínculos existentes entre saúde e ambiente social; ou ainda recolher as informações necessárias para estimar em qual medida a situação familiar influencia os modos de sociabilidade no seio do bairro de residência. Todas as temáticas e problemáticas podem a priori ser objeto de uma pesquisa por questionário. A opção de recorrer a este expediente ou não depende principalmente da maneira como é colocada a questão da pesquisa – bem como a população estudada (p.85).

A aplicação dos questionários[22] enfrentou dinâmicas distintas entre os grupos. Com assistentes sociais e psicólogos, houve colaboração direta de chefes de setor, o que facilitou a coleta. Com enfermeiros e médicos, a estratégia inicial foi presencial, abordando os servidores nos corredores e em seus setores. No entanto, a resistência dos chefes dessas categorias foi evidente: justificaram recusa à responsabilidade de aplicação alegando risco de extravio, falta de tempo ou constrangimento. A dificuldade de responsabilização clara pela aplicação dos questionários, especialmente nas chefias médicas e de enfermagem, espelha o que Ferreira (2011) chamou de uma administração pública que atua por fragmentação e pela “produção ativa de ausências institucionais”.

Diante disso, adotou-se a estratégia de aplicação via Google Forms, com link compartilhado pelos chefes dos setores nos grupos de WhatsApp e QR Codes colados em locais estratégicos (salas dos setores e sala de repouso dos médicos). Essa tentativa, contudo, resultou em baixo retorno (apenas duas respostas via formulário digital), demonstrando a efetiva resistência institucional ao tema. A

[22] Os questionários aplicados às diferentes categorias profissionais foram organizados de forma a considerar as especificidades de cada área de atuação no serviço de aborto legal. O instrumento direcionado aos psicólogos (apêndice C) continha 20 perguntas fechadas e abertas, dos enfermeiros e médicos (apêndice B) também continha 20 questões e dos assistentes sociais (apêndice D) 17 questões. Dessa forma, buscou-se captar tanto dados objetivos quanto narrativas subjetivas sobre a atuação profissional, combinando perguntas descritivas, avaliativas e opinativas para subsidiar a análise qualitativa da pesquisa.

estratégia digital (links e QR codes) fracassou não por problemas técnicos, mas porque o ambiente institucional não legitimava o tema como importante ou necessário. Os profissionais que responderam o fizeram em abordagens presenciais, após vínculo mínimo estabelecido, o que confirma a leitura de Ferreira sobre o campo como espaço negociado, simbólico e atravessado por micropoderes.

Mesmo com estratégias digitais e físicas de ampliação do acesso, o campo mostrou-se ‘fechado’, evocando a imagem proposta por Ferreira (2011), na qual as portas das instituições ‘estão sempre abertas’, mas são atravessadas por mecanismos implícitos de controle e seleção moral.

As respostas discursivas dos questionários foram transcritas com o máximo de fidelidade ao conteúdo original produzidos pelos(as) participantes. Sempre que possível, manteve-se a estrutura, vocabulário e estilos próprios dos respondentes, respeitando sua forma de expressão e subjetividade. Contudo, visando à clareza e à compreensão por parte do leitor, foram realizadas pequenas adaptações editoriais, como: correção de erros ortográficos evidentes, ajustes pontuais de pontuação e concordância e inclusão de vírgulas e segmentações de frases longas, sempre sem comprometer o sentido original da fala.

Importante ressaltar que alguns questionários continham trechos ilegíveis ou rasurados, especialmente nas questões abertas. Nesses casos, optou-se por sinalizar a ausência de conteúdo ou realizar inferência mínima, apenas quando o contexto permitia. Nos casos em que a compreensão era impossível, a resposta foi omitida da análise, conforme os princípios éticos da integridade científica.

Esse procedimento buscou equilibrar o compromisso com a autenticidade dos dados e a exigência de inteligibilidade acadêmica, assegurando que a análise das falas mantivesse sua potência crítica e interpretativa, sem desrespeitar a forma original da contribuição dos sujeitos.

e) Entrevista

Minayo (2013) conceitua a entrevista como:

> [...] a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador. Ela tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objeto (p.62).

Embora a realização de entrevistas com profissionais-chave estivesse prevista nesta etapa da pesquisa — em especial com a coordenação da equipe de assistentes

sociais e com o médico responsável pelo procedimento de aborto legal —, a técnica não pôde ser aplicada devido à dificuldade de compatibilização de horários entre os interlocutores envolvidos. A proposta inicial era que a entrevista ocorresse em um momento conjunto, permitindo discutir os achados do trabalho de campo em diálogo direto com esses atores estratégicos. No entanto, os sucessivos conflitos de agenda, agravados pela alta demanda de trabalho e rotina intensa na unidade de saúde, inviabilizaram a concretização do encontro.

Ainda assim, é importante destacar que a não realização das entrevistas não comprometeu a qualidade nem a densidade dos dados coletados, uma vez que as informações obtidas por meio dos questionários foram suficientes para atingir os objetivos da pesquisa. Além disso, a ausência das entrevistas também pode ser interpretada como um dado significativo em si, revelando aspectos estruturais do cotidiano institucional. Conforme argumenta Veena Das e Deborah Poole (2008), os silêncios, os adiamentos e o não-dito fazem parte da experiência social e da forma como o Estado e suas margens se manifestam nas relações interpessoais. Assim, as resistências encontradas para a escuta direta não eliminam o dado — ao contrário, reforçam a centralidade do silêncio, da recusa e do adiamento como dimensões analíticas que estruturam a produção de conhecimento nas ciências sociais.

e) Análise de dados

A análise dos dados nesta pesquisa seguiu uma abordagem qualitativa de base interpretativa, ancorada nos princípios da análise de conteúdo temática (Bardin, 1977) e nas contribuições da sociologia crítica e feminista, especialmente no campo dos estudos sobre saúde, gênero e justiça reprodutiva. A natureza do objeto investigado — o funcionamento do serviço de aborto legal e as percepções dos profissionais que o operam — exigiu uma leitura sensível não apenas ao que foi dito, mas também aos silêncios, hesitações e ambiguidades discursivas que atravessam um tema moral e politicamente tensionado.

A produção dos dados ocorreu por meio de questionários semiestruturados, compostos por questões objetivas e discursivas, aplicados a quatro categorias profissionais da Maternidade. A partir desse material, as respostas foram organizadas e analisadas segundo cinco eixos temáticos centrais:

a) Perfil, experiência profissional e capacitação;
b) Conhecimento do fluxo de atendimento institucional;

c) Avaliação sobre o suporte do hospital, acessibilidade, resistências e recursos;
d) Crenças pessoais, posicionamento ético e percepção sobre os direitos das mulheres;
e) Desafios enfrentados, sugestões e experiências relatadas.

A leitura e organização das respostas discursivas seguiu o princípio da categorização temática, buscando identificar recorrências, contradições e nuances nos discursos, respeitando a complexidade das narrativas. Conforme propõe Laurence Bardin (1977), a categorização não é uma mera classificação, mas sim um movimento de aproximação analítica, que permite compreender a lógica interna das falas, suas articulações e suas contradições.

Contudo, esta pesquisa não se limitou à técnica. A interpretação dos dados foi conduzida com base em uma perspectiva sociológica crítica, assumindo que as falas dos sujeitos não são neutras nem isoladas, mas inscritas em sistemas de poder, moralidade e desigualdade institucional. Nesse sentido, a análise foi guiada por um olhar que compreende o discurso como prática social, como propõem autores como Michel Foucault (1996), ao destacar que o que se diz (ou não se diz) também produz realidade e regula condutas.

Os silêncios e omissões — presentes especialmente entre os profissionais da enfermagem — foram tratados não como “falhas” do instrumento de coleta, mas como dados analiticamente significativos, à luz da noção de cultivo ao segredo (Porto, 2009) e da produção da ausência institucional (Ferreira, 2011). O que não se responde, o que se evita, e o que se silencia, revelam tanto quanto as afirmações explícitas — sobretudo quando o objeto em questão é um direito legal associado a disputas morais, como o aborto.

O tratamento das respostas discursivas obedeceu ao princípio da fidelidade ao enunciado original dos(as) respondentes, com mínimas adaptações ortográficas e sintáticas voltadas à clareza do texto. Alguns questionários continham trechos ilegíveis ou incompletos, os quais foram sinalizados ou omitidos da análise, de modo a manter a integridade metodológica e ética da pesquisa.

Portanto, a análise de dados nesta dissertação combinou rigor técnico e escuta crítica, buscando compreender não apenas as práticas institucionais, mas também os sentidos, afetos, resistências e apagamentos que atravessam a implementação do aborto legal no SUS. Em diálogo com a teoria social, a análise buscou revelar as

disputas simbólicas e os atravessamentos morais que moldam o cotidiano institucional, reconhecendo os profissionais de saúde como agentes que, ao mesmo tempo, produzem, tensionam ou silenciam direitos.

As falas foram interpretadas não apenas pelo conteúdo explícito, mas também pelo que revelavam de forma implícita – hesitações, repetições, silêncios e inconsistências. O cruzamento entre os grupos permitiu identificar padrões distintos de posicionamento ético, hierarquias institucionais e diferentes relações com o corpo, o cuidado e a legalidade.

CAPÍTULO 1
CORPO, POLÍTICA E DIREITOS REPRODUTIVOS

O corpo, em especial o corpo feminino, ocupa posição central nos mecanismos históricos de poder e dominação. A regulação da sexualidade e da reprodução sempre esteve vinculada a projetos de controle social, econômico e político, constituindo-se como uma das principais formas de institucionalização das desigualdades de gênero. Este capítulo tem como objetivo examinar a forma como patriarcado, capitalismo e Estado produziram tecnologias de regulação dos corpos femininos, delimitando o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos.

Para tanto, parte-se das contribuições de Gerda Lerner (2019), Silvia Federici (2023), Michel Foucault (2022, 2023), Judith Butler (2017, 2019), Gayle Rubin (1993), Teresa de Lauretis (1994) e Berenice Bento (2018), que permitem articular perspectivas históricas e contemporâneas sobre o controle reprodutivo. A análise também dialoga com teóricas feministas brasileiras como Carla Akotirene (2019), Djamila Ribeiro (2018) e Lélia Gonzalez, que apontam para as especificidades do patriarcado e do racismo na realidade nacional.

O capítulo está organizado em três eixos principais: (1) Patriarcado, capitalismo e controle reprodutivo, onde se evidencia como a exploração do trabalho e da capacidade reprodutiva das mulheres foi estruturante para a consolidação do sistema capitalista; (2) Governamentalidade, biopolítica, biopoder e controle de corpos, que analisa, a partir de Foucault, Mbembe e Bento, como os dispositivos modernos de poder moldam as escolhas reprodutivas e reforçam hierarquias sociais; e (3) Performatividade de gênero e resistência, que discute as contribuições de Butler, Rubin e Lauretis para pensar as normas de gênero e as possibilidades de subversão das tecnologias de dominação.

Assim, este capítulo estabelece as bases teóricas necessárias para compreender como os direitos reprodutivos se situam em um campo de disputa marcado por múltiplas formas de regulação, violência e resistência. Ao problematizar o corpo como arena política, busca-se compreender a autonomia corporal não apenas como uma questão individual, mas como um direito coletivo e fundamental para a cidadania.

1.1 PATRIARCADO, CAPITALISMO E CONTROLE REPRODUTIVO

A subordinação das mulheres no âmbito social, econômico e político tem como um de seus pilares centrais o controle da reprodução. O patriarcado, enquanto sistema histórico de dominação masculina se consolidou por meio de mecanismos que restringiram o acesso das mulheres à autonomia corporal e às decisões reprodutivas. Gerda Lerner (2019), explica que o patriarcado foi institucionalizado quando o controle sobre a fertilidade das mulheres passou a ser centralizado por estruturas familiares, religiosas e políticas, que regulamentavam a sexualidade feminina e impunham normas de conduta baseadas na maternidade compulsória, nas palavras de Lerner (2019, p.28), “até pouco tempo atrás as mulheres eram irrelevantes para a criação da civilização e secundárias para atividades definidas como importantes em termos históricos”.

O patriarcado também pode ser compreendido como um sistema de dominação histórica que estabelece a subordinação das mulheres por meio do controle de seus corpos e da normatização da reprodução. A institucionalização do patriarcado ocorreu quando a reprodução passou a ser regulada por meio do casamento e da família nuclear, criando a base para uma estrutura social que naturaliza a desigualdade de gênero. Essa regulação não apenas limitou a autonomia das mulheres sobre seus corpos, mas também consolidou a ideia de que a função primordial feminina seria a maternidade e a reprodução da sociedade. Lerner (2019) esquematiza o desenvolvimento do processo da seguinte maneira:

> 1) A apropriação pelos homens da capacidade sexual e reprodutiva das mulheres ocorreu antes da formação da propriedade privada e da sociedade de classes. A mercantilização das mulheres é a fundação da propriedade privada. 2) Os estados arcaicos eram organizados na forma do patriarcado, ou seja, desde o início o Estado tinha interesse na manutenção da família patriarcal. 3) Os homens aprenderam a exercer dominação e a hierarquia sobre outras pessoas praticando com mulheres do próprio grupo. A escravização começou com mulheres sendo escravizadas. 4) A subordinação sexual das mulheres foi institucionalizada já nos primeiros Códigos Penais. A cooperação das mulheres com o sistema era assegurada por meio da força, da dependência econômica em relação ao chefe homem da família, dos privilégios de classe dados a mulheres conformadas e dependentes das classes altas, e da divisão criada de modo artificial entre mulheres respeitáveis e não respeitáveis. 5) A classe para os homens era e é baseada em sua relação com os meios de produção (quem tem os meios pode dominar quem não os tem). Para as mulheres, a classe é mediada de acordo com seus laços com um homem, que pode lhe dar acesso a recursos materiais. Mulheres respeitáveis são aquelas ligadas a um homem. 6) O poder feminino em dar vida é idolatrado por homens e mulheres (por meio de deusas) mesmo depois de as mulheres estarem subordinadas aos homens. 7) As deusas

> poderosas são destronadas e substituídas por um deus masculino dominante após o estabelecimento de um forte reinado imperialista. Sexualidade e procriação são separadas segundo sua função, e a Deusa-Mãe é transformada na esposa ou amante do chefe masculino. 8) A emergência do monoteísmo judaico e depois judaico-cristão transforma-se em ataque a cultos de várias deusas da fertilidade. Criatividade e procriação são atribuídas a um deus todo-poderoso, chamado de “senhor” e “rei”, ou seja, homem, e a sexualidade feminina que não for para procriar fica associada ao pecado e ao mal. 9) O único acesso das mulheres a Deus passa a ser na sua função de mãe. 10) Essa desvalorização simbólica das mulheres em relação ao divino se torna uma das metáforas marcantes da civilização ocidental. (Lerner, 2019, p.27 e 28).

No contexto das sociedades antigas, o casamento e a maternidade eram instrumentos fundamentais para garantir a transmissão do patrimônio e a estabilidade das linhagens familiares. O corpo da mulher foi reduzido a uma função reprodutiva, sendo tratado como propriedade do marido, da família ou do Estado. Essa lógica se manteve ao longo dos séculos, consolidando a ideia de que a identidade feminina estava intrinsecamente ligada à capacidade de gerar filhos.

A relação entre o corpo feminino e o capitalismo pode ser compreendida a partir da análise do papel que a reprodução e o trabalho doméstico desempenham na manutenção da economia. Silvia Federici (2023), em sua obra *Calibã e a Bruxa*, demonstra que a transição do feudalismo para o capitalismo foi marcada por uma intensificação do controle sobre os corpos das mulheres, particularmente no que diz respeito à regulação da reprodução. A caça às bruxas, que ocorreu entre os séculos XV e XVIII, não foi apenas um evento religioso ou moral, mas uma estratégia política e econômica para consolidar um novo regime de trabalho e disciplinamento social. O capitalismo, desde suas origens, se beneficiou da subjugação do corpo feminino e do controle sobre sua capacidade reprodutiva, utilizando a divisão sexual do trabalho, imposta e naturalizada pelo sistema, como uma forma de empurrar o trabalho doméstico e de cuidado, primordial para a reprodução da força de trabalho, estrategicamente sendo imposto como desvalorizado e não remunerado.

No capitalismo emergente, a divisão sexual do trabalho foi acentuada, destinando às mulheres o trabalho não remunerado e invisibilizado dentro da esfera doméstica. Federici argumenta que a maternidade compulsória e a naturalização da função reprodutiva das mulheres foram mecanismos fundamentais para garantir a reprodução da força de trabalho sem custos adicionais ao sistema capitalista. Essa exploração do trabalho reprodutivo permitiu que o capitalismo expandisse suas

margens de lucro ao transferir para as mulheres a responsabilidade pela manutenção dos trabalhadores e das futuras gerações.

Helena Hirata e Danièle Kergoat (2007) tratam a divisão sexual do trabalho não como um dado natural ou funcional, mas como um mecanismo histórico e político de organização da dominação, apresentando-se como uma tecnologia de dominação. As autoras definem a divisão sexual do trabalho com base em dois princípios centrais: a separação das tarefas por sexo e a hierarquização dessas tarefas segundo uma lógica de superioridade masculina. O trabalho realizado pelas mulheres — especialmente nas esferas do cuidado, da reprodução e da manutenção da vida — é sistematicamente desvalorizado, ainda que socialmente indispensável. Trata-se, portanto, de uma construção social que articula o patriarcado como sistema de poder e o capitalismo como modo de produção, para extrair valor do trabalho feminino sem reconhecimento equivalente.

No plano patriarcal, a divisão sexual do trabalho funciona como mecanismo de naturalização da desigualdade entre os sexos, conferindo às mulheres a responsabilidade moral e afetiva sobre o cuidado dos outros, ao passo que os homens mantêm o monopólio da autoridade técnica, da produção legitimada e da representação institucional. O espaço da mulher, historicamente vinculado ao cuidado reprodutivo, ao privado e ao doméstico, é transposto para as estruturas públicas por meio de uma lógica que preserva as hierarquias de gênero sob a aparência da profissionalização.

Já no plano capitalista, essa divisão opera como mecanismo de exploração econômica, ao permitir que grande parte do trabalho feminino — reprodutivo, emocional, organizacional — seja remunerado de forma inferior, quando não invisibilizado ou terceirizado. A feminização de determinadas ocupações e a segmentação das tarefas segundo gênero garantem a permanência de um modelo produtivo que depende da superexploração do trabalho das mulheres, mantendo-as em posições de vulnerabilidade laboral e instabilidade social.

Hirata e Kergoat também apontam que as formas contemporâneas da divisão sexual do trabalho não são estáticas, mas passam por reconfigurações que buscam manter o essencial da lógica patriarcal-capitalista. Uma dessas formas é o modelo da “conciliação”, no qual a mulher é incitada a equilibrar, de forma autônoma, as esferas da vida privada e profissional, como se a sobrecarga fosse um problema de gestão individual e não um reflexo das desigualdades estruturais. Nesse modelo, o Estado e

as instituições públicas transferem às mulheres a responsabilidade de gerenciar os próprios conflitos gerados pela ausência de políticas igualitárias, contribuindo para a manutenção do controle social de gênero.

Esse controle se intensifica quando observamos as conexões entre a divisão sexual do trabalho e os mecanismos de regulação reprodutiva. O patriarcado e o capitalismo convergem para construir um sistema que não apenas explora o trabalho das mulheres, mas normatiza, vigia e regula sua capacidade de reprodução. A divisão entre trabalho produtivo e reprodutivo é, nesse contexto, uma tecnologia de dominação, que define quais vidas serão assistidas, quais corpos terão autonomia reconhecida, e quais subjetividades serão validadas como legítimas.

Federici explica que a acumulação primitiva envolveu a expulsão de pessoas de suas terras e meios de subsistência para fornecer mão de obra para o emergente sistema capitalista. Esse processo também está relacionado ao crescimento das áreas urbanas, à medida que as pessoas migraram em busca de emprego. A urbanização muitas vezes levou à concentração de trabalhadores em áreas urbanas e à exploração de sua mão de obra em indústrias emergentes.

Federici (2023) analisa a relação entre a opressão das mulheres e a transformação econômica e social que ocorreu durante a transição para o capitalismo. Ela argumenta que a opressão das mulheres não é apenas uma consequência do capitalismo, mas também desempenhou um papel fundamental na construção desse sistema econômico. A autora destaca como as mulheres foram submetidas à perseguição e à caça às bruxas como parte de um esforço para controlar sua reprodução, seu trabalho e sua autonomia. As práticas de resistência das mulheres, como a medicina popular e a contracepção, foram atacadas durante esse período de transição, demonstrando no decorrer do livro que a caça às bruxas foi uma ferramenta para impor a disciplina e o controle sobre as mulheres, a fim de servir aos interesses emergentes do capitalismo.

Todos os governos europeus começaram a impor penas mais severas à contracepção, ao aborto e ao infanticício[23] [...]. Foi a escravização das mulheres à procriação [...]. Mas, apesar das diferenças, em ambos os casos o corpo feminino foi

[23] Enquanto o aborto refere-se à interrupção da gestação até a viabilidade fetal, o infanticídio consiste no homicídio praticado pela mãe, sob influência do estado puerperal, contra o próprio filho recém-nascido. No ordenamento jurídico brasileiro, o infanticídio está previsto no art. 123 do Código Penal e é punido de forma diferenciada (com pena menor) em razão da circunstância de vulnerabilidade psíquica e emocional da mãe no momento do parto ou logo após.

transformado em instrumento para a reprodução do trabalho e para a expansão da força de trabalho, tratado como uma máquina natural de criação, funcionando de acordo com ritmos que estavam fora do controle das mulheres (Federici, 2023).

Federici menciona no prefácio à edição brasileira que mesmo que a metodologia da sua pesquisa utilize uma abordagem marxista, sua análise se difere da de Karl Marx, pois ele desconsidera o trabalho reprodutivo como motor para o trabalho produtivo. Logo, as atividades de cuidado e reprodutivas não são vistas como um trabalho essencial para fazer acontecer o trabalho produtivo e a própria economia, o que nas palavras de Federici (2019) é “uma derrota histórica para as mulheres” (p.174) assim como “esse aspecto da acumulação primitiva está ausente na análise de Marx” (p.164), acrescenta também que “Marx nunca poderia ter suposto que o capitalismo preparava o caminho para a libertação humana se tivesse olhado sua história do ponto de vista das mulheres” (p.17).

Com exceção de seus comentários no Manifesto Comunista acerca do uso das mulheres na família burguesa — como produtoras de herdeiros que garantiam a transmissão da propriedade familiar —, Marx nunca reconheceu que a procriação poderia se tornar um terreno de exploração e, pela mesma razão, um terreno de resistência. Ele nunca imaginou que as mulheres pudessem se recusar a reproduzir ou que esta recusa pudesse se transformar em parte da luta de classes (FEDERICI, 2023).

É desse modo que o sistema capitalista se organiza para regulamentar a reprodução da força de trabalho. Como explicado por Federici (2023), Marx definiu a acumulação primitiva como ponto de partida do capitalismo. É partindo da acumulação primitiva que a sociedade capitalista se estrutura, e é nesse momento que começa também a se estruturar o processo de misoginia empregada em todos os tempos do capital. A violência utilizada para estabelecer a acumulação capitalista foi direcionada de maneira particular às mulheres, dado que elas ocupavam papéis sociais distintos e tinham características corporais específicas, como a capacidade de gerar.

As compreensões contemporâneas de gênero se distanciam da ideia de gênero como um atributo exclusivamente biológico ou natural, para compreendê-lo como uma construção social, política e histórica. Essa perspectiva foi fundamentalmente impulsionada por autoras feministas, como Judith Butler, (2017) propôs que gênero não é algo que se é, mas algo que se faz — uma performance, um conjunto de práticas reiteradas que constroem e reproduzem normas sobre feminilidade e masculinidade.

Nessa chave, gênero deixa de ser uma categoria fixa e passa a ser compreendido como um marcador relacional e dinâmico, que organiza desigualdades e hierarquias entre homens, mulheres e pessoas não-binárias em diferentes contextos. O gênero, assim, não se limita à identidade individual, mas constitui um sistema de poder que regula corpos, práticas e expectativas sociais — o que se conecta, por exemplo, com as análises foucaultianas de biopoder e governamentalidade.

No campo das Ciências Sociais e da Saúde, autores como Joan Scott (1995) reforçam que o gênero também funciona como uma categoria analítica fundamental para compreender desigualdades de raça, classe, sexualidade e território. Essa perspectiva interseccional evidencia que as opressões não se somam de modo linear, mas se articulam e se transformam em dinâmicas complexas que atravessam a vida cotidiana e as políticas públicas.

No Brasil, teóricas como Carla Akotirene (2019) e Djamila Ribeiro (2018) têm destacado como as compreensões contemporâneas de gênero devem estar atentas às dimensões raciais e decoloniais, reconhecendo o patriarcado como uma estrutura que opera em confluência com o racismo e o capitalismo para produzir vulnerabilidades específicas sobre mulheres negras, indígenas e periféricas.

A compreensão contemporânea de gênero, dentro de uma sociedade capitalista, emergiu de mãos dadas com o próprio desenvolvimento do capitalismo. Isso ocorreu porque a consolidação do capitalismo como produção dominante dependeu da adoção de uma lógica binária expressiva, que enfatizou intensamente as distinções de sexo, gênero, raça e classe Podemos também trazer a reflexão de Angela Davis (2016, p. 219), “o sexismo emergiu como uma fonte de sobrelucro exorbitante para os capitalistas”, ou seja, o sexismo como produto das investidas do capital dentro das relações sociais, existe hoje como mais um fator de lucro para o capital.

A luta pelos direitos reprodutivos, sob a ótica de Federici, se configura como uma luta anticapitalista fundamental. Questionar o controle reprodutivo é questionar a exploração do trabalho feminino, a mercantilização da vida e a lógica de acumulação capitalista que se sustenta na desigualdade de gênero e na subjugação dos corpos femininos. A autonomia reprodutiva, nesse sentido, é indissociável da luta por justiça social e por um sistema econômico mais equitativo, que valorize o trabalho reprodutivo e garanta a dignidade e a liberdade de todas as pessoas.

No artigo “O Tráfico de Mulheres”, Gayle Rubin (1993) propõe uma leitura para situar o sistema sexo/gênero como a base da organização social e cultural. Para Rubin, o gênero não é simplesmente um reflexo de diferenças biológicas, mas sim uma construção social complexa, moldada por valores, normas e práticas culturais que impõem a subordinação feminina. Essa perspectiva permite reconhecer que a opressão das mulheres não é um fenômeno acidental ou periférico, mas um elemento estruturante das sociedades, um eixo que organiza relações de poder e molda a própria cultura. O casamento, a família e a maternidade, segundo Rubin, são espaços nos quais se reproduzem as desigualdades, naturalizando as trocas e os controles sobre os corpos das mulheres. Essa abordagem desestabiliza as interpretações naturalizadas das diferenças sexuais, evidenciando que o gênero, longe de ser apenas identidade ou papel social, constitui uma categoria de poder que legitima a dominação masculina e a violência simbólica contra as mulheres. Essa reflexão é essencial para analisar as práticas institucionais e as resistências que se constroem em torno da autonomia reprodutiva, pois aponta que o controle dos corpos femininos não é apenas uma questão moral ou jurídica, mas está profundamente imbricado na cultura e na manutenção das hierarquias de gênero.

Judtih Butler (2017) argumenta que o gênero não é uma categoria fixa ou natural, mas sim um conjunto de práticas sociais repetidas que produzem a identidade de gênero. Para ela, a feminilidade e a masculinidade não são meras expressões de um “sexo biológico”, mas construções discursivas que são reforçadas por normas culturais e sociais. Esse conceito, chamada de performatividade de gênero, é fundamental para compreender como os corpos femininos são regulados por discursos que impõem papéis específicos às mulheres, muitas vezes associados à maternidade compulsória e à subordinação ao masculino.

No contexto dos direitos reprodutivos, a performatividade impõe a ideia de que a mulher ideal é aquela que deseja ser mãe, é dócil e submissa, a análise de Rubin (1993) abre caminho para compreendermos como a sociedade cria a dicotomia entre a “mãe boa” (mulher que aceita a maternidade como destino e cumpre o papel de cuidadora) e a “mãe má” (mulher que recusa ou questiona a maternidade, como ocorre no aborto). Essa moralização diferencia as mulheres em “boas” ou “más” mães — uma divisão que justifica o controle social e jurídico sobre a reprodução feminina. reforçando um modelo de feminilidade vinculado à maternidade compulsória. Esse discurso não apenas reforça a dependência das mulheres em relação à maternidade,

mas também legitima a criminalização do aborto e a restrição ao acesso a métodos contraceptivos (Butler, 2017).

> A ordem de ser de um dado gênero produz fracassos necessários, uma variedade de configurações incoerentes que, em sua multiplicidade, excedem e desafiam a ordem pela qual foram geradas. Além disso, a própria ordem de ser de um dado gênero ocorre por caminhos discursivos: ser uma boa mãe, ser um objeto heterossexualmente desejável, ser uma trabalhadora competente, em resumo, significar uma multiplicidade de garantias em resposta a uma variedade de demandas diferentes, tudo ao mesmo tempo. A coexistência ou convergência dessas injunções discursivas produz a possibilidade de uma reconfiguração e um reposicionamento complexos; não é um sujeito transcendental que permite a ação em meio a essa convergência. Não há eu que seja anterior à convergência ou que mantenha uma “integridade” anterior à sua entrada nesse campo cultural conflituoso (Butler, 250-251)

No entanto, a teoria da performatividade também abre espaço para a resistência. Se o gênero é uma construção social que se sustenta. por meio da repetição de normas, ele pode ser subvertido por meio da recusa dessas normas e da reivindicação de novas formas de existência. Movimentos feministas e LGTQIAPN+ têm desafiado a imposição de um modelo único de maternidade e feminilidade, promovendo a ideia de que as mulheres devem ter autonomia sobre seus corpos e suas identidades, independentemente das expectativas impostas pela sociedade. Desse modo, Butler (2019) nos traz a ideia de agência:

> O corpo não é passivamente marcado com códigos culturais, como se fosse um recipiente sem vida de relações culturais sagradas e preconcebidas. E nem o Eu atribuído de corpo preexistente às convenções culturais que essencialmente significam esses corpos. Os atores estão sempre no palco, inseridos nas demarcações da performance. Assim como um roteiro pode ser interpretado de diferentes formas, uma peça demanda texto a atuação, os corpos atribuídos de gênero atuam num espaço corporal culturalmente restrito e performam suas interpretações de acordo com as diretrizes existentes. (BUTLER, 2019, p.223)

Logo, a performatividade de gênero não apenas explica como o controle dos corpos femininos se dá no nível discursivo, mas também oferece ferramentas para descontruir essas normas e ampliar o debate sobre direitos reprodutivos e autonomia corporal. Para Teresa di Lauretis (1994), o nível discursivo refere-se ao conjunto de discursos, práticas culturais e representações sociais que constroem e dão sentido ao gênero. Não se trata apenas da linguagem em si, mas de como essa linguagem e outras formas de representação (como o cinema, a arte, a mídia) moldam nossa compreensão e experiência do que significa ser homem ou mulher. É nesse nível que as normas de gênero são estabelecidas, reiteradas e, por vezes, desafiadas.

Já a tecnologia de gênero é a forma como esses discursos e práticas sociais operam ativamente para produzir e "implantar" representações de gênero nos indivíduos e na sociedade. Lauretis entende a tecnologia de gênero em um sentido foucaultiano, como os mecanismos pelos quais o gênero é "engendrado" não como uma essência biológica, mas como um produto social e cultural. Essas tecnologias incluem instituições como a família, a escola, o sistema jurídico, a academia e até mesmo o próprio movimento feminista, que, ao seu modo, participam da construção e regulação do gênero.

1.2 GOVERNAMENTALIDADE, BIOPOLÍTICA, BIOPODER E CONTROLE DE CORPOS

Michel Foucault (2022) introduz os conceitos de biopolítica e biopoder para descrever como as instituições modernas disciplinam os corpos e regulam a vida das populações. A biopolítica, nesse sentido, refere-se ao conjunto de práticas adotadas pelo Estado para gerir e controlar a reprodução, a natalidade e a saúde pública. O biopoder, por sua vez, opera no nível dos indivíduos, influenciando a forma como os corpos são normatizados, medicalizados e disciplinados dentro dos sistemas de governança.

As obras, *Segurança, Território e População (2023)* e *Nascimento da Biopolítica (2022)*, analisam as relações entre governamentalidade, biopolítica, biopoder e o controle dos corpos, que podem ser utilizadas para analisar os direitos reprodutivos. Foucault desvela como o Estado moderno, através da governamentalidade, emerge como um gestor da população, buscando otimizar e regular a vida em sua totalidade. A biopolítica e o biopoder, nesse contexto, configuram-se como tecnologias de poder que incidem sobre a vida biológica da população, moldando corpos, comportamentos e escolhas reprodutivas.

Em *Segurança, Território e População, Foucault* (2023) demonstra como a governamentalidade se distingue das formas de poder soberano e disciplinar que a precederam. O foco da governamentalidade não é mais a lei ou a disciplina individual, mas a gestão da população como um conjunto, visando a segurança, a otimização e a regulação da vida. A estatística, a demografia e a epidemiologia emergem como ferramentas centrais da governamentalidade, permitindo ao Estado conhecer, mensurar e intervir sobre a população.

> Por esta palavra, “governamentalidade”, entendo o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, a análise e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder quem tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnica essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência a linha de força que em todo o Ocidente, não parou de conduzir e desde há muito, para a preeminência desse tipo de pode que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desengoverno {e, por outro lado} **, o desenvolvimento de todo uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o estado de justiça da Idade Média que nos séculos XV e XVI se tornou estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado”. (p. 146)

Em Nascimento da Biopolítica, Foucault (2022) aprofunda a análise sobre a biopolítica, entendida como o conjunto de mecanismos pelos quais o poder político incide sobre a vida biológica da população. Foucault distingue duas formas de biopoder: a anatomopolítica, focada na disciplina do corpo individual, e a biopolítica propriamente dita, que se volta para a regulação da população como um todo. Ambas as formas de biopoder se complementam na gestão dos corpos e da vida, buscando normalizar comportamentos, otimizar a saúde e controlar a reprodução.

O controle da reprodução feminina se insere de forma central nas estratégias biopolíticas. O corpo da mulher, em sua capacidade reprodutiva, torna-se um alvo privilegiado das tecnologias de poder que visam regular a população e garantir a sua reprodução biológica e social. Políticas natalista e antinatalistas, campanhas de planejamento familiar, discursos sobre a maternidade e infertilidade, e a própria medicalização da reprodução são exemplos de como o biopoder opera sobre os corpos femininos, influenciando suas escolhas reprodutivas e exercendo um controle sutil, porém eficaz, sobre suas vidas.

É crucial ressaltar que o controle biopolítico não se manifesta apenas de forma repressiva ou coercitiva. Foucault (2022) enfatiza que a biopolítica opera também através de mecanismos de normalização, induzindo comportamentos e internalizando normas sociais. O discurso médico, o discurso científico e o discurso midiático, por exemplo, desempenham um papel fundamental na construção de normas sobre a reprodução, a maternidade e a sexualidade feminina, moldando as subjetividades e as práticas reprodutivas das mulheres. A resistência ao controle reprodutivo, portando, exige uma análise crítica das formas de biopolítica que operam sobre os corpos femininos, e a construção de estratégias de luta que questionem não apenas as leis e

as políticas, mas também os discursos e as normas sociais que sustentam esse controle.

O controle do corpo feminino por meio da biopolítica é visível nas diversas estratégias estatais que regulam a reprodução e impõem normas sobre a maternidade. No Brasil, por exemplo, houve períodos em que políticas de esterilização em massa foram direcionadas a mulheres negras e pobres, enquanto, em outros momentos, campanhas natalista reforçaram a maternidade compulsória como um ideal social. Essas intervenções refletem o que Foucault (2023) chama de governamentalidade, ou seja, o modo como os Estados exercem poder sobre as populações não apenas por meio de leis, mas também através de discursos que moldam percepções sociais sobre gênero e reprodução.

A leitura de Leonardo Dias Alves (2021) sobre a divisão racial do trabalho como tecnologia do racismo estrutural permite compreender como a alocação desigual da população negra em posições de trabalho precarizadas opera não apenas como um instrumento de exploração, mas também como um dispositivo de controle social e político. Essa dinâmica se intensifica quando articulada com o controle reprodutivo racializado, historicamente direcionado aos corpos de mulheres negras e pobres.

Durante os anos 1990, diversas denúncias revelaram a esterilização sistemática de mulheres negras em unidades públicas de saúde, sob o discurso de planejamento familiar. Essa política, muitas vezes realizada sem consentimento pleno, ou sob coação institucional, foi parte de um projeto de “gestão populacional” que não se dissociava da lógica de contenção social: impedir a reprodução daqueles corpos considerados excedentes, perigosos ou indesejáveis pelo Estado. Como já advertia Lélia Gonzalez, o Brasil possui uma longa tradição de racialização da política reprodutiva, em que a liberdade reprodutiva das mulheres negras foi constantemente cerceada por mecanismos legais e ilegais de esterilização, criminalização ou abandono institucional.

A esterilização, nesse contexto, deve ser compreendida como uma forma biopolítica de governar os corpos (Foucault, 2022), que se soma à divisão racial do trabalho para manter a população negra na posição de mão de obra superexplorada, mas simultaneamente vigiada e contida. O controle sobre a reprodução dessas mulheres foi exercido como uma extensão da lógica escravista: assim como o trabalho foi racializado, a reprodução também foi racialmente regulada.

Portanto, o cruzamento entre divisão racial do trabalho e esterilização forçada revela uma configuração interseccional do racismo estrutural, na qual o capitalismo e o Estado se articulam para explorar, vigiar e reduzir a agência das mulheres negras tanto na esfera produtiva quanto na esfera reprodutiva. A injustiça reprodutiva, nesse cenário, é expressão não apenas da desigualdade de gênero, mas da convergência entre racismo, patriarcado e lógica neoliberal de contenção populacional.

A governamentalidade se manifesta de diversas formas no controle dos direitos reprodutivos, como por exemplo, com campanhas que associam a maternidade à identidade feminina, restrições ao acesso a métodos contraceptivos e a criminalização do aborto são exemplos de como as instituições regulam o corpo feminino, impondo normas que reforçam a reprodução como um dever moral. Esse controle não se dá apenas pela coerção legal, mas também por meio da medicalização da gestação e do parto, que transforma processos naturais do corpo feminino em eventos altamente regulamentados pelo saber biomédico.

Achille Mbembe em *Necropolítica* (2016) explora a relação entre soberania, biopoder e estado de exceção, focando nas formas contemporâneas de poder que se manifestam através da política da morte. O autor argumenta que a “expressão máxima da soberania reside (...) no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer” (p.123). Mbembe parte do conceito de biopoder de Foucault e questiona como esse poder se exerce na prática, particularmente através do direito de matar. Ele explora a relação entre política e morte, questionando o lugar da vida, da morte e do corpo humano na ordem do poder.

O texto discute o conceito de estado de exceção e argumenta que “a modernidade esteve na origem de vários conceitos de soberania e, portando, da biopolítica”. Mbembe critica a ênfase da crítica política tardo-moderna nas teorias normativas da democracia e da razão, propondo uma leitura alternativa da política, soberania e sujeito baseada em categorias como vida e morte (p. 124). Ele explora a relação entre morte e o "tornar-se sujeito" e “assujeitado ao direito” a partir da obra de Hegel, e as ideias de Georges Bataille sobre morte, soberania e sujeito.

A ideia de que o “torna-se sujeito” está ligado à morte e ao risco da morte, conforme explorado pelo autor através de Hegel e Bataille, pode ser aplicada à questão dos direitos reprodutivos, pois a negação do direito ao aborto, especialmente em contextos de risco de vida, estupro ou condições socioeconômicas precárias, pode ser interpretada como uma negação da soberania individual e do “tornar-se sujeito”

da mulher. Sob a perspectiva hegeliana, a mulher que se vê forçada a levar uma gravidez indesejada a termo, arriscando sua saúde e vida, é impedida de exercer sua autonomia e liberdade de escolha, elementos essenciais para o “tornar-se sujeito”. A negação do aborto seguro e legal poder ser vista como uma forma de submissão da mulher a uma condição de “animalidade”, na qual sua vida é controlada e definida por forças externas, em vez de sua própria vontade e racionalidade. A perspectiva de Bataille, com sua ênfase na morte como excesso e transgressão, também pode ser aplicada à discussão sobre o aborto legal. A negação do direito ao aborto legal pode ser interpretada como uma forma de controle biopolítico que limita a liberdade e a autonomia das mulheres sobre seus próprios corpos. Já a criminalização do aborto impõe limites e proibições que impedem as mulheres de exercerem sua soberania e de “transgredirem” as normas sociais e políticas que as subjugam.

Em ambos os exercícios propostos por Mbembe, a negação ao direito ao aborto pode ser vista como uma forma de necropolítica, na qual o Estado exerce poder sobre a vida e a morte das mulheres, limitando a sua capacidade de “tornar-se sujeito” e controlando seus corpos e suas escolhas reprodutivas.

Já Berenice Bento (2018) em Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-Nação? utiliza a obra de Foucault, Agamben, Mbemb, Butler e outros autores para construir seu argumento, destacando a importância de uma análise histórica e contextualizada do Estado brasileiro para entender a relação entre biopolítica e necropolítica na gestão da vida e da morte, propondo o conceito de necrobiopoder para entender essa dinâmica.

Para a autora, necrobiopoder é um conceito que une as noções de biopoder (promover a vida) e necropolítica (poder matar), argumentando que o Estado brasileiro historicamente atuou tanto na garantia da vida de alguns grupos quanto na promoção da morte de outros. Governo e soberania não são formas distintas de poder, mas interdependentes. A governabilidade, focada no cuidado da vida, depende da produção contínua de zonas de morte.

O biopoder, proposto por Foucault, é a técnica de governo que “faz viver e deixa morrer”. A autora se distancia dessa ideia, afirmando que o Estado brasileiro ativamente “faz morrer” através de políticas sistemáticas. A necropolítica, de Mbembe, refere-se ao poder soberano de ditar quem vive e quem morre. Bento concorda com Mbembe, mas critica a falta de reconhecimento da relação entre necropolítica e biopolítica na sustentação do Estado.

Bento utiliza como exemplos ao conceito de necropolítica três recortes empíricos: A Lei do Ventre Livre, as detenções indefinidas no sistema carcerário e os autos de resistência. A Lei do Ventre Livre (1871) ilustra o necrobiopoder ao dar liberdade aos filhos de mulheres escravizadas, mas manter as mães na escravidão, evidenciando a coexistência de políticas de vida e morte. As detenções indefinidas demonstram o poder soberano do Estado de manter pessoas presas sem julgamento, em uma zona de indeterminação entre a vida e a morte. Já os autos de resistência são uma prática de matar, legitimada pelo Estado, que justifica assassinatos cometidos pela polícia.

O medo é apontado como um elemento central na manutenção do necrobiopoder, o estado utiliza o medo para justificar suas ações violentas e manter o controle sobre a população. Bento (2018) conclui que o reconhecimento como humano não é garantido a todos, e que o Estado utiliza o necrobiopoder para distribuir desigualmente o direito à vida, perpetuando desigualdades e injustiças.

O necrobiopoder destaca que o Estado não apenas “faz viver e deixa morrer” (biopoder), mas ativamente “faz morrer” certos grupos através de políticas sistemáticas (necropolíticas). No contexto dos direitos reprodutivos, isso pode ser observado na falta de acesso a serviços de saúde reprodutiva, como contracepção e aborto seguro. A promoção da maternidade como um ideal feminino, especialmente para mulheres negras e pobres, aliada à falta de apoio e recursos para o cuidado de seus filhos, pode ser entendida como uma forma de necrobiopoder. Essa dinâmica força mulheres a terem filhos em condições precárias, perpetuando a pobreza e a marginalização, e colocando em risco a vida tanto das mães quanto das crianças.

O necrobiopoder também evidencia o racismo estrutural no Brasil e como ele se manifesta no controle da reprodução de mulheres negras. A falta de acesso a serviços de saúde reprodutiva e a mortalidade materna desproporcionalmente alta entre mulheres negras são exemplos de como o Estado “faz morrer” esses corpos, perpetuando o racismo e a desigualdade.

CAPÍTULO 2
(IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA

Neste capítulo, a discussão se aprofundará no conceito de justiça social reprodutiva, buscando sua origem e evolução e como ela se aplica aos contextos de luta por direitos no Brasil e na América Latina. O primeiro ponto aborda a gênese da justiça social, explorando as raízes do conceito desde a Grécia Antiga com Aristóteles, passando por Tomás de Aquino, até a sua adoção pela ética social cristã e pelo constitucionalismo contemporâneo, a exemplo da Constituição brasileira de 1988. Em seguida, com base na análise de Barzotto (2003), a complexa estrutura da justiça social será detalhada, distinguindo-a das justiças distributiva e comutativa, e destacando seus elementos centrais: o tipo de relação social, o bem comum, a atividade de reconhecimento, a alteridade, o dever e a dignidade.

Em um segundo momento, o foco se volta para a aplicação da justiça social no campo da saúde, conforme a análise de João Pereira (1990), que demonstra como diferentes teorias sociais — libertária, liberal e socialista-democrática — moldam os princípios de equidade na saúde. A discussão avança para a intersecção entre justiça social e gênero, com base em Raewyn Connell (2014), que critica a negligência da justiça social nos debates sobre gênero, especialmente no contexto do neoliberalismo. A autora destaca as múltiplas formas de injustiça, como a desigualdade material, o poder organizacional, os padrões culturais e a violência, e defende uma abordagem social do gênero que vá além de categorias binárias.

O terceiro ponto principal do capítulo é o conceito de justiça reprodutiva, definido como um ideal ético-político que integra a interseccionalidade de opressões de raça, classe e gênero. Conforme Teixeira e Gallo (2021), ele vai além do direito ao aborto, abrangendo o direito à maternidade e a proteção contra a violência obstétrica e a esterilização forçada, tratando o útero como um território de luta coletiva. A origem do conceito é traçada na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, no Cairo, como uma crítica à limitação dos "direitos reprodutivos".

A análise se aprofunda na história e nos desafios dos direitos reprodutivos, contextualizando a luta feminista do século XX e a persistência do patriarcado, que opera por meio de restrições legais e falta de políticas públicas. A partir das obras de Angela Davis (2018) e Fernanda Lopes (2022), o texto explora como o racismo e a

luta de classes historicamente moldaram o movimento por controle de natalidade, evidenciando que a justiça reprodutiva é uma crítica à noção liberal de “direito de escolha” e uma estratégia de mudança sistêmica[0].

O capítulo também examina o cenário legislativo e judicial brasileiro. No âmbito do Legislativo, são analisadas propostas como o PL 1904/2024 ("PL do Estupro"), que equipara o aborto após 22 semanas a homicídio, e a PEC 29/2024, que propõe considerar a vida desde a concepção, demonstrando uma ofensiva conservadora contra os direitos das mulheres. No campo judicial, é abordado o voto da Ministra Rosa Weber na ADPF 442, que defendeu a descriminalização do aborto até a 12ª semana, e o Estatuto do Nascituro (PL 478/2007), que busca dar proteção jurídica ao embrião, servindo como um instrumento para restringir os direitos reprodutivos.

Por fim, o capítulo analisa a Onda Verde na América Latina, um movimento decolonial que tem reconfigurado as lutas por direitos reprodutivos e desafiado as estruturas patriarcais e coloniais. Esse movimento não apenas busca a legalização do aborto, mas também questiona as bases coloniais e patriarcais da cultura política latino-americana, reafirmando que a luta pela autonomia reprodutiva é também uma luta antirracista e anticolonial.

2.1 JUSTIÇA SOCIAL

Para Barzotto (2003), a gênese do conceito de justiça social pode ser rastreada desde a antiguidade clássica, com as teorias de justiça de Aristóteles, até as elaborações teóricas e práticas da ética social cristã e do constitucionalismo contemporâneo.

Aristóteles foi o primeiro a propor uma teoria sistemática da justiça, dividindo-a em justiça geral, distributiva e corretiva. A justiça geral, para Aristóteles, está relacionada à conformidade com a lei, visando o bem comum da comunidade política. Tomás de Aquino, por sua vez, absorve a teoria aristotélica, adaptando-a ao contexto do direito romano e da teologia cristã. Ele utiliza o termo "justiça legal" para designar o que Aristóteles chamava de justiça geral, enfatizando que os atos devidos à comunidade para alcançar o bem comum estão, em grande parte, dispostos em lei (BARZOTTO, 2003).

No século XIX, com o impacto da sociedade democrática e das questões sociais emergentes, os autores tomistas sentiram a necessidade de repensar o

conceito de justiça geral/legal. É nesse contexto que surge a expressão "justiça social", com o jesuíta italiano Louis Taparelli d'Azeglio sendo um dos primeiros a utilizá-la em sua obra. Taparelli define a justiça social como a justiça entre homem e homem, considerando o homem como um ser dotado de humanidade e igualdade (BARZOTTO, 2003).

A ética social cristã do século XX desempenhou um papel crucial na difusão do conceito de justiça social, especialmente por meio das encíclicas papais. A Encíclica Quadragesimo Anno de Pio XI, de 1931, é a primeira a utilizar o termo "justiça social", aplicando-o à esfera econômica e à distribuição de renda e riqueza. A Encíclica Divini Redemptoris, de 1937, define a justiça social como a exigência dos indivíduos em relação ao bem comum, e estabelece que a justiça social deve regular toda a sociedade, não se restringindo à dimensão econômica (BARZOTTO, 2003).

Finalmente, o conceito de justiça social encontra espaço no constitucionalismo contemporâneo, como na Constituição brasileira de 1988. O artigo 170 da Constituição estabelece que a ordem econômica tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social. Já o artigo 193 dispõe que a ordem social tem como objetivo o bem-estar e a justiça sociais (BARZOTTO, 2003).

O autor propõe expõe que a justiça social possui uma estrutura complexa, cujos elementos devem ser analisados para a devida compreensão do conceito. O autor propõe uma análise sistemática dessa estrutura, contrastando-a constantemente com as justiças distributiva e comutativa.

Inicialmente, Barzotto (2003) destaca a importância de se considerar o tipo de relação social que a justiça social se propõe a regular. Diferentemente da justiça comutativa, que se ocupa da relação entre indivíduos, e da justiça distributiva, que trata da relação da comunidade com o indivíduo, a justiça social aborda a relação do indivíduo com a comunidade. Contudo, o autor ressalta que a comunidade não existe à margem dos indivíduos que a compõem. Assim, a justiça social, ao regular aquilo que é devido à comunidade, indiretamente regula as relações entre os indivíduos considerados como membros dessa comunidade.

No que tange ao bem da justiça social, Barzotto (2003) afirma que este é o bem comum. Enquanto a justiça particular visa o bem do particular, a justiça social tem como objetivo o bem de todos os membros da comunidade. Isso não significa que a justiça particular possa ser pensada à margem do bem comum, mas sim que na justiça social o foco primário é o bem de todos.

A atividade própria da justiça social é o reconhecimento. Barzotto (2003) entende o reconhecimento como a prática de considerar o outro como sujeito de direito ou pessoa, dotado de dignidade e fundamento de direitos e deveres. A justiça social, portanto, está relacionada a essa prática de mútuo reconhecimento no interior da comunidade, onde cada indivíduo é sujeito de direito na mesma medida em que reconhece o outro como tal.

No que se refere à alteridade na justiça social, o autor aponta que o outro, o alter, é a pessoa humana, considerada em sua condição de membro da comunidade. Diferentemente da justiça comutativa, onde o sujeito é abstrato, e da justiça distributiva, onde o sujeito é concreto e qualificado por características específicas, na justiça social o sujeito é a pessoa humana em sua totalidade, com seus direitos e deveres inerentes.

O dever na justiça social se fundamenta na reciprocidade. Cada indivíduo possui a condição de membro da comunidade somente se os outros membros o reconhecem como tal. Assim, o reconhecimento implica reciprocidade, e o que é devido a um é devido a todos (BARZOTTO, 2003).

A adequação na justiça social é dada pela dignidade. Enquanto a igualdade é o critério de adequação na justiça particular, na justiça social é a dignidade da pessoa humana que determina o que é devido. A dignidade expressa o princípio de que a pessoa humana é merecedora de todos os bens necessários para a sua realização como ser concreto, individual, racional e social (BARZOTTO, 2003).

Em suma, a estrutura da justiça social, segundo Barzotto (2003), envolve a relação do indivíduo com a comunidade, o bem comum como objetivo, o reconhecimento mútuo como atividade, a pessoa humana como alter, a reciprocidade como dever e a dignidade como critério de adequação. Essa estrutura complexa distingue a justiça social das justiças comutativa e distributiva, conferindo-lhe um papel fundamental na organização e na vida em sociedade.

João Pereira, no artigo "Justiça Social no Domínio da Saúde," explica que a aplicação do conceito de justiça social no campo da saúde é intrinsecamente ligada à forma como a sociedade define justiça e equidade. O autor argumenta que não há uma única definição de justiça social, e diferentes teorias de sociedade (Libertária, Liberal e Socialista-Democrática) levam a diferentes princípios de distribuição e, consequentemente, a diferentes objetivos de equidade na política de saúde.

Na perspectiva Libertária, a justiça social é fortemente ligada à liberdade individual e à propriedade privada. A aplicação desse conceito na saúde significaria que o acesso aos cuidados de saúde seria primariamente determinado pelo mercado, e a redistribuição de recursos seria vista como uma injustiça. A noção de equidade seria mínima, com talvez apenas um "mínimo decente" de cuidados de saúde garantido para evitar situações extremas (PEREIRA, 1990).

Já na perspectiva Liberal, há uma preocupação maior com a atenuação das desigualdades e a garantia de um certo nível de bem-estar para todos. A aplicação do conceito de justiça social na saúde, sob essa ótica, envolveria a busca por princípios de distribuição que maximizem o bem-estar social (Utilitarismo) ou que garantam que os menos favorecidos tenham suas necessidades atendidas (Maximin Rawlsiano). O autor menciona também a "maximização da saúde" como um possível objetivo, buscando otimizar o estado de saúde da comunidade como um todo.

Por fim, na perspectiva Socialista-Democrática, a justiça social é entendida como mais ligada à igualdade, camaradagem e bem comum. A aplicação desse conceito na saúde envolveria a busca por igualdade de acesso e de resultados em saúde, com uma forte ênfase na necessidade como critério de distribuição. O autor destaca o conceito de "Capacidades Básicas" de Amartya Sen como uma abordagem promissora, focando na capacidade das pessoas de transformar bens (como cuidados de saúde) em "funções" humanas (como gozar de boa saúde).

Partindo de um ponto interseccional entre Justiça Social e Gênero, temos Raewyn Connell (2014) apresentando uma análise que desafia as abordagens tradicionais e eurocêntricas que dominam o campo. A autora argumenta que as questões de gênero no Sul global são primariamente de cunho social, abrangendo áreas como educação, saúde, desigualdade econômica e poder, em contraste com o foco em identidade e desconstrucionismo frequentemente observado na teoria de gênero do Norte global.

Connell critica a negligência da justiça social nas discussões de gênero, especialmente no contexto do neoliberalismo e da teoria desconstrucionista. Ela destaca que as discussões anglófonas clássicas sobre justiça raramente abordam o gênero, e que o pensamento feminista trouxe à tona a dimensão social da opressão das mulheres. A autora enfatiza que a justiça social em relação ao gênero envolve a reparação da desigualdade e a consideração das múltiplas formas de injustiça, como a desigualdade material, o poder organizacional, os padrões culturais e a violência.

A desigualdade material é analisada como o "dividendo patriarcal", um ganho coletivo dos homens resultante de uma ordem de gênero desigual. No entanto, Connell ressalta que esse dividendo não é distribuído igualmente entre os homens, sendo influenciado por fatores como classe, raça e localização geográfica. O poder organizacional é apresentado como um fator crucial na produção de desigualdades, com a autora criticando o monopólio de gênero nos principais cargos de gestão em empresas transnacionais.

Os padrões culturais também são considerados importantes, com Connell argumentando que o sexismo e a difamação do feminino resultam em injustiça, independentemente de desigualdades materiais. A justiça como reconhecimento é enfatizada, especialmente para mulheres transexuais, que frequentemente enfrentam a negação de seus direitos e a violência. A violência de gênero é vista como um problema significativo, abrangendo desde a violência doméstica até os feminicídios e a violência em conflitos armados.

Connell defende uma abordagem social do gênero que vá além das categorias binárias de masculino e feminino, considerando a diversidade e a complexidade das relações de gênero em todo o mundo. Ela critica a abordagem categórica e estática que vê o gênero como duas categorias distintas e propõe uma análise das "ordens de gênero" como estruturas de relações sociais em larga escala. A autora destaca a importância das perspectivas Sul-globais na análise de gênero, argumentando que a concepção internacional de gênero é fortemente moldada pela teoria, metodologia e agendas do Norte global.

A "colonialidade do gênero" é introduzida como um conceito chave para entender como a colonização influenciou e moldou as relações de gênero em diferentes partes do mundo. Connell enfatiza a necessidade de considerar a diversidade das ordens de gênero e as diferentes experiências históricas para desenvolver uma concepção de gênero em escala mundial. Ela argumenta que as relações Sul-Sul são vitais para o desenvolvimento de perspectivas de gênero e para a construção de um conhecimento mais justo e inclusivo.

2.2 JUSTIÇA REPRODUTIVA

A justiça reprodutiva é um conceito que abrange direitos reprodutivos enquanto direitos humanos fundamentais, com ênfase na interseccionalidade das opressões de raça, classe, gênero e localização geográfica. Segundo Bourguignon (2024), a justiça

reprodutiva deve ser compreendida como um ideal ético-político que guia a avaliação crítica de políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva. A abordagem articula a interseccionalidade como ferramenta para enfrentar vulnerabilidades, considerando os direitos humanos como eixo central para uma atenção em saúde que respeite a dignidade e autonomia das pessoas marginalizadas

Para Teixeira e Gallo (2021), a justiça reprodutiva também é um espaço de resistência que se articula contra as estruturas coloniais de gênero e raça que historicamente controlam e limitam as escolhas reprodutivas das mulheres, especialmente das mulheres negras e das populações pobres e periféricas no Brasil. O conceito vai além do direito ao aborto, incluindo o direito à maternidade e a proteção contra a violência obstétrica e a esterilização forçada, configurando o útero como um território de resistência e luta coletiva.

O conceito de justiça reprodutiva surgiu em 1994, durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, como uma resposta crítica às limitações dos debates sobre direitos reprodutivos e autonomia individual, que não abordavam as desigualdades estruturais e as condições materiais que restringem o acesso de muitas mulheres à saúde reprodutiva plena. A justiça reprodutiva vai além do conceito de “direitos reprodutivos”, que se concentra na liberdade individual de escolha sobre a reprodução e o acesso aos métodos contraceptivos e abortivos, para incorporar uma perspectiva de justiça social, que considera como fatores interseccionais – como raça, classe, gênero e localização geográfica – impactam o acesso e a qualidade dos direitos reprodutivos. No relatório, apresentam-se alguns objetivos do Programa:

> 1.12. O presente Programa de Ação recomenda à comunidade internacional uma série de importantes objetivos de população e desenvolvimento, assim como metas qualitativas e quantitativas que se apoiam mutuamente e de importância decisiva para esses objetivos. Entre esses objetivos e metas estão: crescimento econômico sustentado no contexto de um desenvolvimento sustentável; educação, especialmente para moças; equidade e igualdade dos sexos; redução da mortalidade materna, de bebês e crianças e **o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva, de inclusive de planejamento familiar e saúde sexual (grifo nosso)**.
>
> [...]
>
> 4.1. O empoderamento e a autonomia da mulher e a melhoria de seu status político, social e econômico são, em si mesmas, um fim de alta importância. Além de ser essencial à realização de um desenvolvimento sustentável. **Plena participação e parceria tanto da mulher quanto do homem são necessárias à vida produtiva e reprodutiva, inclusive a partilha das responsabilidades no cuidado e alimentação dos filhos e na**

> **manutenção da família.** Em todas as partes do mundo, as mulheres sofrem ameaças a sua vida, a sua saúde e a seu bem-estar em conseqüência de sua sobrecarga de trabalho e por carecerem de poder e de influência. Na maior parte do mundo, as mulheres recebem menos educação formal que os homens e, ao mesmo tempo, sua capacidade, saber e mecanismos de luta muitas vezes não são reconhecidos. As relações de poder que impedem a mulher de alcançar uma vida sadia e plena operam em muitos níveis da sociedade, desde os mais pessoais até os mais altamente públicos. Conseguir uma mudança requer ações de política e programas que melhorem o acesso da mulher a meios de vida seguros e a recursos econômicos, aliviem sua excessiva responsabilidade com relação aos encargos domésticos, removam impedimentos legais a sua participação na vida pública e promovam a conscientização social por meio de eficientes programas de educação e de comunicação de massa. Ademais, a melhoria do status da mulher reforça também sua capacidade de tomar decisões em todos os níveis das esferas da vida, especialmente na área da sexualidade e da reprodução. Isto, por sua vez, é essencial para o sucesso, de longo prazo, de programas de população. A experiência demonstra que programas de população e desenvolvimento são mais eficientes quando, simultaneamente, se tomam providências para melhorar a situação da mulher. (grifo nosso)

No século XX, a luta pelos direitos reprodutivos tornou-se uma das principais pautas dos movimentos feministas, reivindicando acesso a métodos contraceptivos, legalização do aborto e autonomia sobre o próprio corpo. No entanto, o patriarcado segue operando em formas renovadas de controle, como as restrições legais ao aborto em diversos países e a falta de políticas públicas que garantam acesso pleno à saúde reprodutiva. Assim, a regulação da reprodução feminina continua sendo um mecanismo estratégico de poder, inserido em estruturas que visam não apenas a opressão, mas também a manutenção de um modelo econômico e social específico.

Conforme Ross e Solinger (2017), as mulheres negras, latinas e de baixa renda, especialmente nos Estados Unidos, foram pioneiras em reconhecer que a “escolha” reprodutiva é condicionada por desigualdades sociais, culturais e econômicas que limitam o acesso a serviços de saúde de qualidade, expondo um grupo historicamente marginalizado a maiores riscos de mortalidade e complicações reprodutivas. No Brasil, essa perspectiva vem sendo adotada por movimentos feministas e estudiosos para desafiar um sistema de saúde pública que, embora tenha avanços, ainda não responde adequadamente às necessidades de populações vulnerabilizadas.

Angela Davis (2018), em *Mulheres, Raça e Classe*, explora no capítulo Racismo, Controle de Natalidade e Direitos Reprodutivos, a relação entre o movimento pelo controle de natalidade, o racismo e a luta de classes. A autora explica que o controle de natalidade, incluindo o acesso ao aborto, é fundamental para a emancipação das mulheres, no entanto, o movimento pelo controle de natalidade

historicamente não conseguiu unir mulheres de diferentes classes e raças. As primeiras reivindicações por “maternidade voluntária” surgiram no século XIX, mas refletiam principalmente as preocupações das mulheres de classe média e alta. As mulheres da classe trabalhadora enfrentavam lutas mais urgentes pela sobrevivência econômica e muitas vezes não se identificavam com o movimento.

Inicialmente, a reivindicação da "maternidade voluntária" no século XIX refletia o desejo de mulheres por maior controle sobre seus corpos e vidas. No entanto, essa visão estava intrinsecamente ligada às experiências das mulheres de classes média e alta, cujas aspirações por carreiras profissionais e educação superior contrastavam com as lutas básicas por sobrevivência enfrentadas pelas mulheres da classe trabalhadora. Essa distinção de classe obscureceu as necessidades e preocupações das mulheres pobres, dificultando a união em torno de uma causa comum.

> As fileiras da campanha pelo direito ao aborto não incluíam um número substancial de mulheres de minorias étnicas. Dada a composição racial do movimento mais amplo pela libertação feminina, isso não significava uma surpresa. Quando eram levantadas questões sobre a ausência de mulheres racialmente oprimidas tanto no movimento mais amplo quanto na campanha pelo direito ao aborto, duas explicações eram comumente apresentadas nos debates e na literatura do período: as mulheres de minorias étnicas estavam sobrecarregadas pela luta de seu povo contra o racismo; e/ou elas ainda não haviam se conscientizado da centralidade do sexismo. (Davis, 2018, p. 198).

O racismo desempenhou um papel significativo na história do movimento. Argumentos racistas foram utilizados para justificar o controle de natalidade entre populações consideradas "indesejáveis," como negros, imigrantes e pobres. A ideia de que essas mulheres tinham um "dever moral" de restringir o tamanho de suas famílias contrastava com a noção de que o controle de natalidade era um "direito" para as mulheres privilegiadas. Essa visão distorcida perpetuou a exploração de classe e o racismo dentro do movimento, minando seu potencial progressista.

Embora a legalização do aborto tenha sido uma vitória importante para o movimento feminista, a campanha não conseguiu atrair um número substancial de mulheres de minorias étnicas. Algumas pessoas negras, inclusive, equipararam o controle de natalidade ao genocídio, evidenciando as tensões e desconfianças históricas em relação ao movimento. No entanto, o texto ressalta que muitas mulheres negras e latinas apoiavam o direito ao aborto, mas suas histórias se concentravam nas condições sociais miseráveis que as levavam a tomar essa decisão, e não necessariamente num desejo de não ter filhos.

Angela Davis enfatiza a necessidade de uma ampla campanha em defesa dos direitos reprodutivos para todas as mulheres, especialmente aquelas com dificuldades econômicas. Ela critica a tendência de ver o aborto legal como uma solução para problemas como pobreza e desemprego, argumentando que essa visão negligencia as condições sociais que levam muitas mulheres a buscar o aborto. A autora defende que o direito ao aborto não deve ser dissociado da luta por justiça social e econômica.

A abordagem da justiça reprodutiva, conforme delineada por Fernanda Lopes (2022), emerge como uma crítica e superação da noção liberal de “direito de escolha”, frequentemente marcada por um viés individualista e descolado das condições estruturais que moldam a vida das mulheres negras. Nesse sentido, a justiça reprodutiva deve ser compreendida como uma estratégia de mudança sistêmica, articulada às lutas por justiça social, equidade racial e de gênero, que reconhece as opressões múltiplas e simultâneas enfrentadas por mulheres negras, pobres, indígenas e outras populações marginalizadas.

Diferente do discurso tradicional dos direitos reprodutivos, centrado na autonomia individual, a justiça reprodutiva denuncia os limites concretos da escolha quando se vive em contextos de racismo estrutural, pobreza e violência institucional. Como afirma a autora, “não há escolhas se não há acesso, não há acesso se não há direitos, e não há direitos numa sociedade racista, sexista, patriarcal e cis-heteronormativa, sem democracia e sem justiça”.

No contexto brasileiro, essa perspectiva revela como as trajetórias reprodutivas das mulheres negras são marcadas pela vigilância do Estado, pela medicalização forçada e pelo descaso institucional. As denúncias de esterilizações forçadas e sem o consentimento das mulheres nas décadas de 1980 e 1990, muitas vezes associadas à cesarianas em serviços públicos, evidenciam uma política eugenista e racista de controle populacional, cujos alvos foram, majoritariamente, mulheres negras e pobres. Tais práticas não apenas desrespeitaram o princípio da autodeterminação reprodutiva, mas também reforçaram o papel do Estado como agente reprodutor da desigualdade racial.

Fernanda Lopes (2022) mostra ainda que o aborto — legal ou não — é outro campo onde o racismo institucional se manifesta com força: mulheres negras são as mais atingidas pelas mortes por aborto inseguro e as mais criminalizadas pelo sistema de justiça. Além disso, são as que mais enfrentam barreiras simbólicas e materiais ao

acesso a serviços de saúde seguros e humanizados, inclusive nos casos legalmente previstos.

Assim, na visão de Lopes (2022) a justiça reprodutiva propõe um deslocamento fundamental: não se trata apenas de garantir o direito de não ter filhos, mas também o direito de ter filhos com dignidade, segurança e liberdade, em comunidades onde existam condições reais para exercer a maternidade. Essa perspectiva amplia a noção de saúde reprodutiva para incluir dimensões econômicas, ambientais, raciais, de justiça criminal e de cidadania, exigindo uma reestruturação das políticas públicas que reconheça a centralidade do racismo e do sexismo como eixos de opressão interligados.

No campo dos estudos decoloniais, Priscila Kikuchi (2021) argumenta que a justiça reprodutiva emerge como uma poderosa ferramenta decolonial, desafiando as bases liberais e individualistas dos direitos reprodutivos. Ele revela um sistema que historicamente nega a corpos racializados o acesso à saúde e à autodeterminação reprodutiva, expondo as profundas desigualdades estruturais que permeiam a sociedade. No contexto brasileiro, marcado por uma forte influência da cosmovisão religiosa cristã, a discussão sobre sexualidade e reprodução ainda enfrenta barreiras significativas. Neste cenário, torna-se crucial explorar como a justiça reprodutiva, ao descolonizar as bases dos direitos reprodutivos, pode abrir caminhos para trabalhos de base em comunidades onde mulheres em situação de vulnerabilidade estão inseridas.

A justiça reprodutiva, intrinsecamente ligada à justiça social, propõe uma abordagem coletiva e solidária na busca por direitos. Ela se distancia da defesa do direito de escolha individual, focando nas questões de cunho coletivo e nas demandas de mulheres racializadas. Ao enfatizar o acesso à saúde reprodutiva como parte da luta por justiça social, a justiça reprodutiva levanta reflexões críticas sobre a ineficiência dos serviços de saúde, o racismo, a xenofobia e a homofobia presentes em alguns atendimentos. O conceito é interseccional, criado e defendido por mulheres negras, e revela a necessidade de descolonizar os discursos sobre saúde e direitos reprodutivos, articulando as dimensões de gênero, raça e classe.

A relação entre religião e justiça reprodutiva é complexa e desafiadora. A questão do corpo sempre foi um ponto nevrálgico para o cristianismo, resultando em um controle ético-político dos corpos, especialmente das mulheres. A dificuldade em abordar temas relacionados à sexualidade e reprodução em contextos religiosos é

evidente, e estratégias específicas precisam ser desenvolvidas para superar essa resistência. A justiça reprodutiva pode oferecer uma nova perspectiva, permitindo a construção de trabalhos de base que considerem a inserção das mulheres em comunidades religiosas e respeitem suas crenças e valores.

É preciso reconhecer que as religiões são instituições sociais que moldam a visão de mundo de seus adeptos e exercem influência na conservação da ordem social. No entanto, essa influência pode levar a um controle e imposição de visões específicas sobre sexualidade e reprodução, muitas vezes negando a autonomia das mulheres sobre seus próprios corpos. A justiça reprodutiva, ao invés de confrontar diretamente as crenças religiosas, pode abrir um diálogo pedagógico, considerando a "palavra-mundo" de cada mulher e assessorando-as para que percebam suas escolhas, suas relações e seus direitos.

A construção de narrativas que se aproximem dos pressupostos liberais pode distanciar as mulheres dessas discussões. É preciso partir do coletivo, da experiência das mulheres racializadas e de suas estratégias de luta e resistência. A teologia feminista, ao considerar as lágrimas e a realidade das mulheres, pode ser uma aliada nesse processo, oferecendo um caminho hermenêutico para se produzir teologia para o bem-estar reprodutivo das mulheres. É fundamental superar as "guerras sobre o aborto" e construir argumentos que façam sentido para as mulheres que frequentam espaços religiosos, para que se sintam capazes de fazer escolhas justas (KIKUCHI, 2021).

2.2.1 Justiça Reprodutiva e o Legislativo

As políticas feministas do aborto no Brasil têm sido marcadas por uma complexa trajetória de debates, ações e negociações políticas. Lucila Scavone (2008), em seu artigo "Políticas feministas do aborto", detalha como o movimento feminista brasileiro, desde meados da década de 1970, buscou a liberalização do aborto, enfrentando a resistência de setores conservadores e a proibição legal estabelecida no Código Penal de 1940. Nesse sentido, a atuação do poder legislativo torna-se um campo central de disputa, uma vez que é por meio das leis e das políticas públicas que se materializa, ou se inviabiliza, o acesso real aos direitos sexuais e reprodutivos.

No Brasil, a atuação legislativa no campo da saúde reprodutiva historicamente tem oscilado entre avanços pontuais e retrocessos frequentes, sendo marcada pela

moralização dos corpos e da sexualidade, pela influência de setores religiosos conservadores e pela resistência à normatização de práticas que garantam a autonomia reprodutiva das mulheres. Ainda assim, mesmo nos casos legalmente previstos, o acesso é precário, burocrático e frequentemente violado por objeções de consciência, violências institucionais e ausência de protocolos unificados — falhas que, em grande medida, decorrem da omissão e da conivência legislativa com essa lógica punitivista e desigual (SCAVONE, 2008).

A ausência de uma legislação que reconheça de forma ampla os direitos reprodutivos como parte dos direitos humanos e da cidadania reforça o que autoras como Fernanda Lopes (2022) chamam de "democracia insuficiente": um regime no qual o acesso ao corpo legal existe, mas sua aplicação concreta é seletiva, racializada e generificada. A justiça reprodutiva exige, portanto, não apenas a ampliação de direitos, mas uma revisão profunda da própria lógica legislativa, que historicamente tem legitimado o controle dos corpos femininos, sobretudo dos corpos negros e pobres.

Além disso, o Legislativo tem papel crucial na definição de orçamentos, diretrizes do SUS e normativas relacionadas ao planejamento familiar e à saúde sexual e reprodutiva. As disputas em torno de projetos de lei que buscam restringir ainda mais o aborto legal ou criminalizar a oferta de informações sobre métodos contraceptivos evidenciam que o campo legislativo não é apenas um espaço técnico, mas profundamente ideológico e permeado por disputas morais (SCAVONE, 2008).

Tabela 2 – Algumas Propostas Legislativas[24] sobre Aborto no Congresso Nacional entre 2023 - 2025

Nº / Ano	Tipo	Autor(es) / Partido(s)	Conteúdo / Objetivo Principal	Situação Atual
PL 1904/2024	Projeto de Lei	Dep. Sóstenes Cavalcante (PL-RJ) e outros	Equipara o aborto após 22 semanas ao crime de homicídio, mesmo	Aguardando Despacho do Presidente da

[24] É importante diferenciar um Projeto de Lei (PL) de uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC). O PL visa alterar, incluir ou revogar normas infraconstitucionais — ou seja, leis ordinárias que não alteram diretamente o texto constitucional. Já a PEC busca modificar, acrescentar ou suprimir dispositivos da Constituição Federal, exigindo tramitação mais rigorosa, incluindo quórum qualificado (três quintos dos membros do Congresso Nacional em dois turnos de votação). Essa distinção é fundamental para compreender o impacto jurídico e político de cada iniciativa.

			em casos de estupro.	Câmara dos Deputados[25].
PL 2499/2024	Projeto de Lei	Coautoria de 35 deputados, incluindo autores do PL 1904	Obriga profissionais de saúde a notificarem a polícia em casos de aborto decorrente de estupro.	Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Saúde (CSAUDE)[26].
PEC 29/2024	Proposta de Emenda Constitucional	Mais de 180 parlamentares da direita e extrema direita	Altera a Constituição para considerar a vida desde a concepção, proibindo o aborto em qualquer circunstância.	Aguardando Despacho do Presidente da Câmara dos Deputados[27]
PL 1301/2025	Projeto de Lei	Sen. Eduardo Girão (NOVO-CE)	Altera o Código Penal para estabelecer limite gestacional e agravamento de pena em hipóteses específicas de aborto.	Aguardando despacho no Senado Federal[28].
PL 3850/2023	Projeto de Lei	Dep. Prof. Paulo Fernando (REPUBLIC/DF)	Torna mais rigorosa a penalização de anúncios de métodos	Apensado ao PL 5069/2013; pronta para

[25] Este status legislativo indica que o Projeto de Lei 1904/2024, após sua apresentação, ainda não foi enviado para a comissão de mérito, onde será debatido e receberá um parecer. O despacho do Presidente da Câmara é a decisão administrativa que encaminha a proposta para a análise das comissões temáticas pertinentes, como a de Saúde ou de Constituição e Justiça, que avaliarão a constitucionalidade e o mérito do projeto. É uma etapa inicial, mas crucial, na tramitação de uma proposta legislativa.

[26] Este status indica que o projeto de lei já foi encaminhado para a Comissão de Saúde e está sob a responsabilidade de um relator ou relatora, que analisará o seu conteúdo. É dever desse parlamentar elaborar um parecer, que pode ser favorável, contrário ou propor emendas ao texto original do projeto. O parecer é um passo essencial na tramitação legislativa, pois servirá como base para a votação do projeto na comissão e, posteriormente, no plenário.

[27] Este status legislativo significa que o projeto de lei foi apresentado e ainda não foi enviado para as comissões onde será debatido e analisado. O despacho do Presidente da Câmara é a decisão administrativa que encaminha a proposta para a análise das comissões temáticas, como a de Saúde ou de Constituição e Justiça. É uma etapa inicial, mas essencial, na tramitação de um projeto de lei.

[28] Este status indica que o projeto de lei foi apresentado no Senado Federal, mas ainda não foi encaminhado para as comissões onde será debatido e analisado. O despacho é a decisão administrativa que define o rito de tramitação da proposta e a(s) comissão(ões) que será(ão) responsável(is) por sua análise, como a Comissão de Assuntos Sociais ou a de Constituição, Justiça e Cidadania.

			abortivos, revogando artigo da Lei das Contravenções Penais.	pauta no plenário[29].
PL 4005/2023	Projeto de Lei	Dep. Jeferson Rodrigues (Republicanos-GO)	Institui palestras obrigatórias em escolas sobre os "efeitos do aborto", com base em dados desinformativos.	Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Educação (CE)[30]

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

A análise do cenário legislativo brasileiro contemporâneo revela um panorama profundamente preocupante para a consolidação da justiça reprodutiva como parte dos direitos humanos e sociais no país. Longe de se constituir como um espaço comprometido com a equidade de gênero, raça e classe, o Congresso Nacional tem sido palco de uma ofensiva conservadora que busca restringir ainda mais o acesso ao aborto legal, criminalizar profissionais de saúde e impor uma moralização autoritária sobre os corpos das mulheres.

Merece destaque o PL 1904/2024, que propõe equiparar o aborto realizado após 22 semanas de gestação ao crime de homicídio — inclusive nos casos de gravidez resultante de estupro, atualmente protegidos pela legislação penal brasileira. Essa proposta, apelidada por movimentos sociais de “PL do Estupro”, representa um dos exemplos mais extremos da tentativa de reverter direitos historicamente conquistados, e seu avanço legislativo reflete o alinhamento crescente entre setores do parlamento e discursos fundamentalistas religiosos e punitivistas.

A tramitação do Projeto de Lei 1904/2024, encontra respaldo em uma ofensiva moral e política que mobiliza setores ultraconservadores no Brasil. Paralelamente,

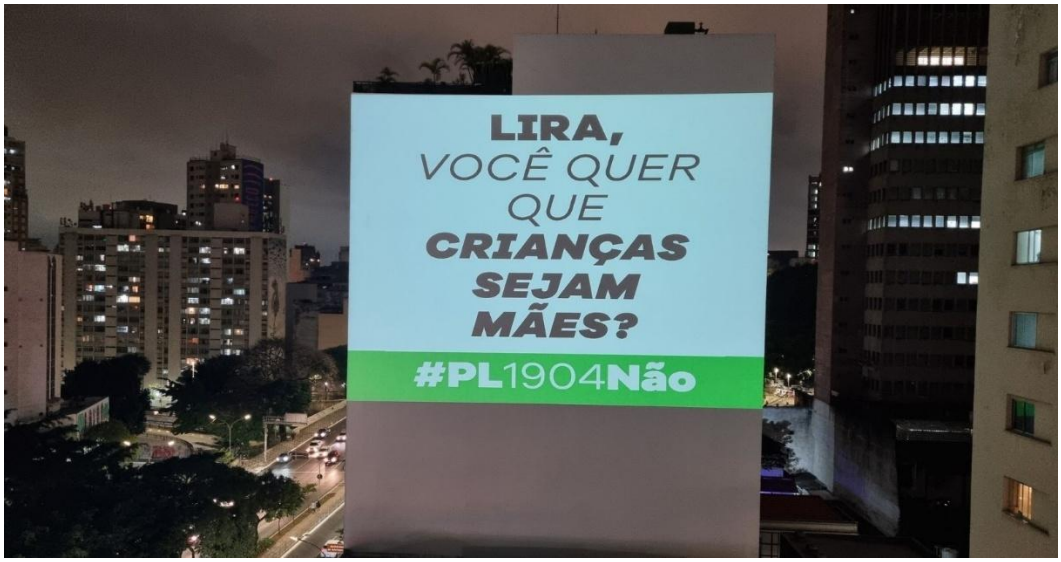
[29] Este status indica que o Projeto de Lei PL 3850/2023 foi "apensado" ou anexado a um projeto mais antigo, o PL 5069/2013. No processo legislativo, isso significa que ambos os projetos, por tratarem de assuntos semelhantes, serão discutidos e votados em conjunto. A frase "pronta para pauta no plenário" informa que a matéria já passou por todas as comissões necessárias e está pronta para ser incluída na agenda de votação do plenário da Câmara dos Deputados.

[30] Este status significa que o projeto de lei foi encaminhado para a Comissão de Educação (CE) e está sob a responsabilidade de um(a) relator(a). Este(a) parlamentar terá a tarefa de analisar o mérito do projeto e elaborar um parecer, que pode ser favorável, contrário ou sugerir modificações no texto original. O parecer do(a) relator(a) é um passo crucial no processo legislativo, servindo como base para a votação do projeto na comissão antes de sua possível aprovação ou rejeição.

grupos de comunicação de extrema-direita, como a Brasil Paralelo[31], têm desempenhado um papel central na difusão de desinformação e no reforço do discurso antiaborto. Segundo apuração do Intercept Brasil[32], a Brasil Paralelo investiu, apenas em 2024, mais de meio milhão de reais em anúncios pagos contra o aborto, utilizando plataformas digitais para amplificar narrativas de criminalização e estigmatização das mulheres que recorrem ao aborto legal. Essas campanhas ecoam argumentos moralizantes que associam a prática do aborto a assassinato, fortalecendo a ideia de que o aborto seria um “crime hediondo” — justamente a retórica que fundamenta o PL do Estupro.

A apresentação e rápida tramitação do Projeto de Lei 1904/2024 — o PL do Estupro — provocaram uma resposta imediata e contundente dos movimentos sociais e feministas brasileiros. Reconhecendo a gravidade do projeto, que equipara o aborto legal após 22 semanas ao crime de homicídio, essas organizações denunciaram a proposta como um ataque direto aos direitos reprodutivos, à dignidade das mulheres e ao ordenamento jurídico já consolidado no país.

Figura 3 – Campanha Criança não é Mãe



Fonte: Portal Catarinas, 2024.

[31] O Brasil Paralelo é uma empresa privada de produção de conteúdo audiovisual, fundada em 2016, que se autodefine como produtora cultural independente. Suas produções ganharam notoriedade por difundir uma narrativa de viés conservador, com forte ênfase em valores morais, religiosos e anticomunistas. Diversos estudos apontam que a empresa atua como veículo de disputa cultural e política, difundindo interpretações históricas e sociais alinhadas à chamada nova direita brasileira e ao fortalecimento de pautas antifeministas e antiaborto (ANDRADE, 2022; CABRAL, 2024). Assim, sua atuação tem sido identificada como parte de uma estratégia mais ampla de guerra cultural no Brasil contemporâneo

[32] Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2024/06/21/brasil-paralelo-ja-gastou-meio-milhao-de-reais-em-anuncios-contra-aborto/>. Acesso em 1 de junho de 2025.

Diversas entidades — como a Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB), a Frente Nacional Contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto, a ANIS – Instituto de Bioética e outras redes de mulheres negras, indígenas e periféricas — se mobilizaram em campanhas e notas públicas para denunciar os retrocessos embutidos no projeto. Elas destacaram que, ao criminalizar mulheres vítimas de violência sexual ou que enfrentam gestações inviáveis, a proposta institucionaliza uma forma de violência de Estado, colocando em risco a saúde mental e física das gestantes e aprofundando desigualdades raciais e de classe (VALENGA, 2024).

As respostas dos movimentos foram caracterizadas não apenas por notas de repúdio, mas por ações coordenadas de mobilização popular: abaixo-assinados, audiências públicas, atos de rua e ocupação de espaços institucionais, demonstrando que a luta pelos direitos reprodutivos permanece viva e articulada. As redes feministas também denunciaram como a proposta desconsidera as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os tratados internacionais ratificados pelo Brasil, que reconhecem o aborto legal como um componente fundamental da saúde reprodutiva (VALENGA, 2024).

Outros projetos em curso seguem a mesma direção. A PEC 29/2024, por exemplo, propõe alterar a Constituição para reconhecer o direito à vida desde a concepção, o que aniquilariam por completo as hipóteses legais de aborto vigentes no país, mesmo em situações de risco de vida, estupro ou inviabilidade fetal. Já o PL 2499/2024 reforça a cultura de revitimização ao propor que profissionais de saúde sejam obrigados a notificar a polícia em casos de aborto legal por estupro, expondo a mulher a uma dupla violência: sexual e institucional (SAMPAIO, 2024).

A análise do quadro legislativo revela, portanto, que o Congresso Nacional tem sido um dos principais instrumentos de resistência à efetivação da justiça reprodutiva, operando uma lógica de legislar o controle e a punição do corpo feminino. As propostas apresentadas demonstram uma visão hierarquizada de cidadania, na qual a vida e a autonomia das mulheres — sobretudo das mulheres negras, pobres e periféricas — são tratadas como secundárias, subordinadas a interesses morais e políticos que instrumentalizam a vida reprodutiva como campo de batalha ideológica.

Ao sistematizar essas iniciativas em um quadro, é possível perceber o caráter estratégico e articulado dessas ações legislativas, que vão além do aborto em si, estendendo-se à criminalização da informação, à educação sexual nas escolas, ao

acesso a métodos contraceptivos e à autonomia médica. Trata-se de um cerco institucional ao direito de decidir, cujas consequências mais graves recaem sobre as mulheres que já vivem à margem das garantias estatais. Nesse contexto, a justiça reprodutiva se apresenta como uma resposta política e ética à necropolítica legislativa, exigindo não apenas a defesa dos direitos existentes, mas a sua ampliação.

Já na esfera judicial, a ADPF 442 (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental) questionou a constitucionalidade dos artigos 124 e 126 do Código Penal Brasileiro, que criminalizam o aborto voluntário. Em setembro de 2023, a então Ministra Rosa Weber, relatora do caso e presidenta do Supremo Tribunal Federal (STF) no período, proferiu um voto histórico, marcando sua posição em defesa da descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação.

O voto de Rosa Weber apresentou uma fundamentação profunda e sensível aos princípios constitucionais, reconhecendo o aborto como uma questão de saúde pública, de dignidade humana e de justiça social reprodutiva. Para a Ministra, a criminalização do aborto atinge desproporcionalmente mulheres em situação de vulnerabilidade, violando os princípios da igualdade, da liberdade e do direito à saúde garantidos pela Constituição Federal. Ela argumentou que a tutela penal do aborto, em vez de proteger a vida, aprofundava as desigualdades de gênero e classe e colocava em risco a saúde e a vida das mulheres que recorrem a procedimentos inseguros na clandestinidade.

Além disso, Rosa Weber enfatizou a necessidade de enfrentar o estigma e as barreiras institucionais que historicamente cercam o aborto no Brasil, pontuando que o debate público sobre o tema deve ser guiado pelos direitos fundamentais das mulheres, e não por moralismos ou interesses religiosos. Embora o julgamento não tenha sido concluído devido à aposentadoria da Ministra e ao pedido de destaque[33] de outro ministro, seu voto permanece como um marco jurídico e político, sinalizando uma compreensão progressista e garantista do tema. No contexto da luta pelos

[33] O pedido de destaque é um instrumento regimental do Supremo Tribunal Federal (STF) que, ao ser feito por um ministro, interrompe o julgamento em andamento, seja ele no plenário físico ou virtual. Esse pedido é uma forma de o ministro solicitar que a matéria seja levada para discussão em um ambiente diferente, normalmente o plenário físico, onde os ministros podem debater o tema e seus votos de forma presencial. Esse procedimento é utilizado quando um ministro considera que a complexidade ou a relevância da questão em julgamento exige uma deliberação mais aprofundada e presencial, diferente do formato virtual que permite apenas a apresentação dos votos por escrito. No caso da ADPF 442, o pedido de destaque, feito na época pelo Ministro Ricardo Lewandowski, suspendeu o julgamento no plenário virtual, interrompendo a sequência de votos e adiando a conclusão da decisão.

direitos reprodutivos no Brasil, o voto de Rosa Weber na ADPF 442 se inscreve como um documento emblemático que dialoga com os princípios constitucionais e com as demandas dos movimentos feministas por autonomia, saúde e justiça reprodutiva.

Retrocedendo no recorte temporal da pesquisa, o Estatuto do Nascituro[34], formalmente conhecido como Projeto de Lei nº 478/2007, é uma proposta legislativa que visa estabelecer a proteção jurídica plena ao embrião desde a concepção. Apresentado como uma defesa do "direito à vida", o texto do projeto propõe que o nascituro — ou seja, o feto ainda não nascido — passe a ser reconhecido como sujeito de direitos, independentemente da viabilidade gestacional, da vontade da gestante ou das condições sociais em que a gravidez ocorre. Embora revestido de uma linguagem técnica e supostamente neutra, o Estatuto do Nascituro representa, na prática, uma tentativa direta de restringir os direitos reprodutivos das mulheres, sobretudo o acesso ao aborto legal, já extremamente limitado no Brasil. Nas palavras de Bruna Potechi (2013):

> [...] o Estatuto pretende igualar nascituros a pessoas nascidas. Ele torna o nascituro pessoa, sujeito de direito de sua redação - igualando-o a outros sujeitos de direito também defendidos legalmente. Este seria o objetivo da proposta de lei, colocar embriões e fetos na condição de ser humano, futura pessoa em desenvolvimento, e equipará-los às crianças, colocando-os em níveis comparáveis com pessoas nascidas e humanas, e ingênuos e indefesos como crianças. Estabelece-se um novo referencial para legislar – o daquele que há de nascer (p.11).

Do ponto de vista jurídico e ético, a proposta do Estatuto fere princípios fundamentais do direito à autonomia corporal e à dignidade da pessoa humana, pois coloca os interesses do feto acima dos direitos da mulher gestante, transformando o seu corpo em meio de reprodução compulsória. Ainda mais grave é o fato de que o projeto prevê a continuidade forçada da gestação mesmo em casos de estupro, oferecendo à mulher, como forma de "compensação", o chamado "bolsa-estupro" — uma pensão paga pelo Estado ao filho da vítima. Essa medida, além de profundamente violenta, transfere à mulher estuprada a responsabilidade e o ônus de preservar a vida do feto resultante da violência, reforçando o paradigma de um Estado que tutela corpos femininos enquanto nega sua cidadania plena.

---

[34] Embora o Estatuto do Nascituro (PL nº 478/2007) esteja em tramitação anterior ao recorte temporal adotado nesta pesquisa (abril de 2023 a junho de 2025), sua inclusão se justifica pela atualidade de seus efeitos políticos e simbólicos no debate legislativo sobre os direitos reprodutivos no Brasil. O projeto segue sendo mobilizado por setores conservadores e permanece como exemplo paradigmático das tentativas institucionais de restrição da autonomia reprodutiva, razão pela qual é incorporado à análise teórica da presente dissertação.

Além disso, o Estatuto reflete a influência crescente de uma agenda conservadora no legislativo brasileiro, orientada por valores religiosos e patriarcais que buscam substituir os fundamentos constitucionais da laicidade e da equidade por normas de conduta baseadas em moralismos privados. Sua aprovação significaria um grave retrocesso nos direitos das mulheres, ao passo que seu próprio trâmite já evidencia como o parlamento tem sido usado como ferramenta de erosão das garantias fundamentais.

2.2.2 Justiça Reprodutiva na América Latina

A chamada Onda Verde na América Latina representa um dos movimentos mais emblemáticos de resistência e de reconfiguração das lutas por direitos reprodutivos na região. Emergindo na Argentina e se espalhando por diversos países latino-americanos, essa mobilização feminista não apenas exige a legalização do aborto, mas também desafia as estruturas históricas de poder patriarcal e colonial que moldam a vida das mulheres. Janiffer Tammy Gusso Zarpelon (2024), analisa esse movimento a partir de uma perspectiva feminista decolonial, com destaque para as dimensões políticas, culturais e simbólicas dessas lutas e revela como elas se opõem à ofensiva neoconservadora que tem avançado na região.

A partir da década de 2010, o movimento da Onda Verde reatualizou as pautas históricas dos feminismos latino-americanos — visíveis na luta das Mães da Praça de Maio e no Ni Una Menos — e assumiu o aborto como questão central de justiça reprodutiva, saúde pública e autonomia dos corpos femininos. Seu uso do lenço verde tornou-se um poderoso símbolo transnacional, conectando as reivindicações de mulheres argentinas, mexicanas, colombianas, chilenas e brasileiras em torno do direito de decidir sobre suas próprias gestações. Essa articulação se apresenta como resposta direta à onda neoconservadora que, como aponta o artigo, ganhou força ao redor de uma agenda moralista, antigênero e neoliberal, que busca restaurar valores patriarcais e criminalizar as lutas feministas.

A análise de Zarpelon (2024) evidencia como o discurso neoconservador — ancorado em alianças entre setores religiosos e políticos, e amplificado por grupos como a bancada evangélica — busca criminalizar o aborto e restringir a autonomia das mulheres, transformando o debate em uma disputa moral. No entanto, a Onda Verde denuncia que o controle dos corpos femininos não é apenas uma questão

religiosa ou política: é uma expressão histórica de desigualdade racial, de classe e de gênero que ecoa a colonialidade persistente na América Latina. Essa abordagem decolonial permite compreender como as narrativas de “mãe boa” e “mãe má”, ou de “aborto bom” e “aborto ruim”, são construções morais que legitimizam a opressão e negam às mulheres o direito de decidir sobre suas vidas.

A Onda Verde, ao articular demandas por aborto legal, seguro e gratuito, mobiliza mulheres de diferentes gerações e contextos sociais, conectando lutas contra o racismo, a violência de gênero e a exploração econômica. Essa mobilização tem gerado conquistas importantes — como a legalização do aborto na Argentina em 2020 e as decisões progressistas das Supremas Cortes do México e da Colômbia — mas também enfrenta resistências intensas, como no Brasil, onde o PL 1904/2024 reflete a persistência de um projeto neoconservador que busca reverter avanços sociais.

Assim, o movimento da Onda Verde não apenas confronta a criminalização do aborto: ele questiona as bases coloniais e patriarcais da cultura política latino-americana, reafirmando que a luta pela autonomia reprodutiva é também uma luta anticolonial e antirracista. Essa leitura, fundamentada pela perspectiva decolonial de autoras como María Lugones e Lélia Gonzalez, destaca que a Onda Verde é, antes de tudo, um projeto coletivo de justiça social, que desafia não apenas as leis, mas as estruturas culturais que naturalizam a desigualdade e o controle sobre os corpos das mulheres.

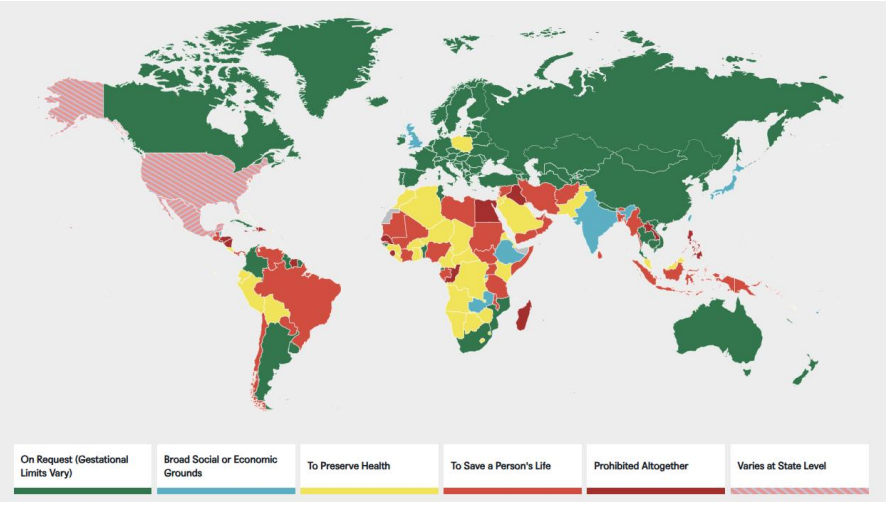
A chamada Onda Verde representa um movimento feminista e popular que, a partir de 2018, ganhou visibilidade internacional na América Latina ao reivindicar a legalização do aborto e a ampliação dos direitos reprodutivos das mulheres. Seu símbolo, o lenço verde, nasceu na Argentina durante as manifestações pela legalização do aborto e tornou-se um ícone de solidariedade e mobilização regional. Essa onda de ativismo se espalhou para outros países latino-americanos, como México, Colômbia e Chile, dando novo fôlego às lutas feministas e inserindo o direito ao aborto na agenda pública e política de maneira inédita.

Figura 4 – Lenço Verde, símbolo da onda verde.

Fonte: Portal Catarinas, 2024.

O impacto da Onda Verde pode ser medido tanto pelas vitórias legais quanto pelas mudanças culturais e simbólicas que desencadeou. Em 2020, a Argentina aprovou a legalização do aborto até a 14ª semana de gestação, tornando-se o primeiro país sul-americano a garantir esse direito de forma ampla. No México, em 2021, a Suprema Corte declarou inconstitucional criminalizar o aborto, impulsionando reformas em diversos estados do país. Em 2022, a Colômbia descriminalizou o aborto até a 24ª semana, consolidando uma importante vitória para os movimentos feministas locais. No Chile, embora o aborto permaneça legal apenas em três hipóteses (risco de vida da gestante, estupro e inviabilidade fetal), a força da Onda Verde tem contribuído para reabrir o debate público e pressionar por reformas.

Figura 5 – The Word's Abortion Law Map – O Mapa Mundial do Aborto Legal



Fonte: Center of Reproductive Rights, 2025.

Apesar dessas conquistas, o quadro dos direitos reprodutivos na América Latina permanece marcado por desigualdades e contradições. Países como El Salvador, Nicarágua, Honduras e República Dominicana mantêm legislações extremamente restritivas, criminalizando o aborto em qualquer circunstância. Em outros contextos, mesmo quando o aborto é legal em hipóteses específicas, persistem barreiras institucionais, morais e religiosas que dificultam o acesso efetivo — um cenário que ecoa a realidade brasileira. Além disso, a interseccionalidade de gênero, raça, classe e território faz com que as mulheres negras, indígenas, pobres e periféricas sejam desproporcionalmente afetadas pelas políticas de criminalização e pela falta de acesso a serviços seguros.

Assim, a Onda Verde na América Latina expressa um processo regional de resistência e reconfiguração das lutas por justiça reprodutiva, mas também evidencia os desafios que persistem na construção de políticas públicas que assegurem o aborto como um direito humano fundamental. Essa perspectiva é essencial para situar a análise da presente dissertação no contexto mais amplo das disputas contemporâneas em torno do corpo, da sexualidade e da autonomia reprodutiva.

CAPÍTULO 3
O SERVIÇO

Este capítulo apresenta os resultados e discussões derivados da aplicação de questionários a quatro grupos profissionais da Maternidade, unidade pública estadual vinculada à rede SUS, que realiza os procedimentos de aborto legal nas hipóteses previstas pelo Código Penal Brasileiro. O objetivo deste capítulo é compreender, a partir do olhar das e dos profissionais da saúde, como o serviço de aborto legal funciona na prática, quais são as barreiras enfrentadas, como o atendimento é mediado por valores morais e institucionais, e de que maneira o direito reprodutivo é efetivado — ou negado — no cotidiano hospitalar.

Os dados analisados neste capítulo foram construídos a partir de questionários semiestruturados, elaborados especificamente para esta pesquisa. O instrumento foi desenvolvido com foco em cinco eixos temáticos principais:

a) Perfil socioprofissional dos respondentes (idade, gênero, cor/raça, formação, tempo de atuação);
b) Conhecimento do fluxo de atendimento do hospital;
c) Avaliação sobre suporte institucional, acessibilidades e recursos;
d) Crenças pessoais e percepção jurídico-social;
e) Desafios enfrentados, sugestões e experiências vivenciadas.

A estrutura dos questionários combinou perguntas objetivas (fechadas) com perguntas dissertativas (abertas), o que permitiu não apenas a mensuração de tendências e opiniões, mas também a escuta das experiências, incertezas, desconfortos e silêncios dos(as) profissionais. As categorias profissionais contempladas foram:

Tabela 3 – Metodologia de Aplicação dos Questionários

Categoria Profissional	Total de Profissionais	Respondentes	Observações relevantes
Psicologia	6	6	100% de participação
Serviço Social	21	8	Participação parcial, cerca de 38%
Enfermagem (setores-chave)	~60 (estimativa)	14	Somente setores com potencial contato com as pacientes

Medicina	213	1	Apenas um médico, justamente um dos dois que realiza os abortos legais na instituição

A baixa adesão médica e a segmentação dos setores de enfermagem influenciam a representatividade, mas a amostragem foi estrategicamente focada nos setores de maior probabilidade de contato com pacientes em situação de aborto legal. Conforme Minayo (2013):

> Contudo, a ideia de amostragem não é a mais indicada para certas pesquisas sociais, especialmente aquelas de cunho qualitativo. Isto se deve ao fato que o "universo" em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes. Como se vê, seria impossível demarcar o número total destas variáveis, muito menos o tamanho da amostra que seria representativa desta totalidade. Diante disto, costumeiramente se opta por definir o número de sujeitos por inclusão progressiva (sem demarcar a priori o número de participantes) que é interrompida pelo critério da saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação. Nesse caso, ao invés de definir a "amostra de sujeitos", utiliza-se mais frequentemente o termo "sujeitos incluídos na pesquisa ou grupo de estudo". Uma pergunta importante neste item é: quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado? A boa seleção dos sujeitos ou casos a serem incluídos no estudo é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (p.45-46).

A aplicação dos questionários foi precedida por visitas de campo, negociações institucionais e enfrentamento de obstáculos administrativos e simbólicos, conforme discutido no capítulo metodológico. A baixa adesão de alguns setores, bem como o elevado número de respostas em branco, foi tratada não como limitações técnica, mas como dados que revelam a resistência institucional e moral que permeia o tema do aborto legal.

As respostas foram analisadas com base em eixos temáticos e interpretadas à luz do referencial teórico desta pesquisa, que articula os conceitos de justiça reprodutiva, moral institucional, silenciamento e desigualdades interseccionais. O que se apresenta a seguir não é apenas uma descrição de respostas, mas uma análise crítica sobre como o serviço se organiza (ou desorganiza), mas se moraliza e se fragmenta, a partir das experiências daqueles que o operam cotidianamente. A escuta dos profissionais revela as contradições entre a existência legal do aborto previsto em lei e sua fragilizada implementação nos corredores da saúde pública.

3.1 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.2.1 Os Psicólogos: a escuta sensível diante do silêncio institucional

Tabela 4 – Distribuição das questões – Questionário: Psicólogos

EIXO TEMÁTICO	QUESTÕES[35]
1) Perfil, experiência profissional e capacitação	1, 2, 4, 7, 16
2) Conhecimento do fluxo de atendimento do hospital	5
3) Avaliação sobre suporte institucional, acessibilidade e recursos	6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 18
4) Crenças pessoais e percepção jurídico-social	14, 15, 17
5) Desafios enfrentados, sugestões e experiências vivenciadas	19, 20

3.2.1.1 Categoria 1: Perfil, experiência profissional e capacitação

Tabela 5 – Perfil socioprofissional - Psicólogas

	1	2	3	4	5	6
Idade	25	27	28	40	33	30
Gênero	mulher cis	feminino	feminino	feminino	feminino	feminino
Orientação sexual	bissexual	mulher	Heteros-sexual	Heteros-sexual	Heteros-sexual	hétero
Auto declaração racial	branca	em branco	branca	parda	parda	parda
Religião	não possui	cristã	em branco	católica	católica	cristã
FORMAÇÃO						
Graduação	psicologia	psicologia	psicologia	psicologia	psicologia	psicologia
Especialização	psicologia humanista	emdr[36], neurociência do comportamento	em branco	clínica e tcc	psicologia do trânsito e psicologia organizacional do trabalho	tcc, transtornos alimentares e cirurgia bariátrica, psicologia hospitalar

[35] Cabe registrar que, no questionário aplicado à equipe de psicologia, houve um erro de digitação na numeração das perguntas, o que resultou na ausência da questão de número 3. Esse equívoco, no entanto, não comprometeu o conteúdo nem a sequência lógica das questões, tampouco afetou a qualidade das respostas obtidas. O instrumento manteve sua coerência interna, e todas as perguntas relevantes ao eixo temático da pesquisa foram devidamente respondidas pelos(as) participantes. A falha foi identificada no momento da organização dos dados e registrada neste trabalho com o devido rigor metodológico e transparência científica.

[36] EMDR (Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares) é uma abordagem psicoterapêutica que usa estimulação bilateral (como movimentos oculares) para ajudar o cérebro a reprocessar memórias traumáticas, dissolvendo a carga negativa associada a elas. Criada nos EUA pela psicóloga Francine Shapiro, a técnica visa desbloquear memórias dolorosas para aliviar sintomas de TEPT, fobias, depressão e pânico, promovendo bem-estar e saúde mental. Reconhecida por organizações como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a terapia é estruturada em oito fases, desde a coleta de informações até a reavaliação.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 6 – Questão 1 – Questionário: Psicólogas

1. Há quanto tempo você trabalha com vítimas de violência sexual que pretendem acessar o direito ao aborto legal?

Menos de um ano	1-5 anos	Mais de 5 anos	Não Atuo	Já Atuei
2	3	1		

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 7 – Questão 2 – Questionário: Psicólogas

2. Já recebeu capacitação sobre direitos reprodutivos e aborto legal?

Sim	Não
2	4

Como você avalia a capacitação recebida?

Boa	Muito Boa	Ruim	Muito Ruim
2			

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 8 – Questão 4 – Questionário: Psicólogas

4. Já recebeu capacitação sobre o impacto psicológico da violência sexual?

Sim	Não
5	1

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 9 – Questão 7 – Questionário: Psicólogas

7. Você se sente preparado(a) para lidar com essas demandas?

Sim	Não	Parcialmente
2	4	0

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 10 – Questão 16 – Questionário: Psicólogas

16. Você sente necessidade de debates entre os profissionais da psicologia sobre direitos reprodutivos e aborto legal?

Sim, com urgência	Sim, seria útil.	Não, é suficiente como está	Não tenho opinião	Em branco
4	1	0	0	1

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

A equipe de psicologia é composta exclusivamente por mulheres jovens (25 a 40 anos), com orientação sexual majoritariamente heterossexual e religião de vertente cristão, com uma informando como não possui e outra deixou em branco. Embora todas sejam graduadas em Psicologia, há uma diversidade de especializações clínicas (TCC, psicologia hospitalar, EMDR, neurociência etc.), o que mostra uma equipe técnica versátil.

Em termo de capacitação, 4 das 6 psicólogas não receberam formação sobre direitos reprodutivos e aborto legal. Já no que diz respeito ao impacto psicológico da violência sexual, 5 afirmaram ter recebido capacitação. Apenas 2 se sentem totalmente preparadas para lidar com as demandas relacionadas ao aborto legal.

O impacto psicológico da violência sexual é reconhecido pela maioria das profissionais, que relatam sofrimento intenso, medo, culpa e pressa para “se livrar da gravidez” entre as pacientes atendidas. No entanto, quatro das seis profissionais afirmaram não se sentirem preparadas para lidar com os casos de aborto legal, sobretudo diante da ausência de fluxos claros e da pressão moral da instituição.

Isso mostra uma dissonância entre formação técnica e demandas institucionais, em que a responsabilidade pela capacitação recai sobre os indivíduos, não havendo política institucional clara de formação. Do ponto de vista sociológico, isso reflete a precarização do trabalho na saúde pública e a negligência do Estado em políticas de saúde sexual e reprodutiva.

3.2.1.2 Categoria 2: Conhecimento do fluxo de atendimento do hospital

Tabela 11 – Questão 5 – Questionário: Psicólogas

5. Como é o passo a passo de uma mulher que chega ao hospital e deseja acessar o serviço de aborto legal?
1. a) Triagem; b) Serviço Social; c) Médico; d) Psicologia;
2. Serviço Social que irá direcionar;
3. Chegam no hospital passam pelo ambulatório e atendimento com enfermeira encaminhado para o serviço social onde se inicia todos as etapas até chegar na conclusão.
4. É recebido na recepção, direcionado para o serviço social, onde recebe algumas orientações e encaminhada para o setor da psicologia onde recebe suporte psicológico;
5. O primeiro setor a ser procurado é do setor de serviço social. Recebem as primeiras instruções referentes aos exames e documentos que precisam. O setor de psicologia é solicitado para dar suporte emocional a paciente;

6. Passa pelo médico, serviço social, psicólogo e setores médicos.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

As respostas mostram uma compreensão geral sobre o fluxo, sempre mencionando o Serviço Social como ponto de entrada e a Psicologia como suporte emocional. No entanto, há variações no detalhamento e sequência, indicando novamente falta de padronização do fluxo institucional. A escuta psicológica, que deveria ser central no atendimento humanizado, é muitas vezes precarizada ou relegada ao segundo plano, diante das exigências burocráticas e da moral institucional.

3.2.1.3 Categoria 3: Avaliação sobre suporte institucional, acessibilidade e recursos

Tabela 12 – Questão 6 – Questionário: Psicólogas

6. O tempo de atendimento psicológico é suficiente para as demandas das pacientes?	
Sim	**Não**
4	2

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 13 – Questão 8 – Questionário: Psicólogas

8. Existe banco de dados para os casos atendidos?	
Sim	**Não**
3	3

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 14 – Questão 9 – Questionário: Psicólogas

9. Como avalia o suporte disponível nesse hospital para garantir o acesso das mulheres que procuram o serviço de aborto legal?			
Muito Bom	**Bom**	**Regular**	**Insuficiente**
0	4	2	0

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 15 – Questão 10 – Questionário: Psicólogas

10. Você avalia que possa ocorrer situações de resistência dos profissionais da psicologia em atender as mulheres que procuram o serviço de aborto legal?

Sim	Não	É possível
	3	3

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 16 – Questão 11 – Questionário: Psicólogas

11. Você acredita que as mulheres vítimas de violência sexual têm fácil acesso ao serviço de aborto legal nesse hospital?

Sim, o acesso é fácil e rápido	O acesso é possível, mas há alguns obstáculos.	O acesso é muito difícil	Não sei
3	3	0	0

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 17 – Questão 12 – Questionário: Psicólogas

12. Qual é a principal dificuldade que você percebe para as mulheres que procuram o aborto legal nesse hospital?

Falta de informação sobre seus direitos	Burocracia no sistema de saúde	Resistência dos profissionais por motivos de ordem pessoal/moral/religioso	Falta de apoio psicológico	outro
2	1	3	0	0
outro				

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 18 – Questão 13 – Questionário: Psicólogas

13. Quais obstáculos a mulher pode enfrentar ao procurar um serviço de aborto legal?

1. Em alguns casos a mulher pode ser desacreditada, infelizmente alguns profissionais possuem atitudes preconceituosas;
2. Resistência dos médicos, falta de conhecimento dos profissionais;
3. Os médicos e funcionários sem ética;
4. Falta de ética profissional;
5. Resistência dos médicos e falta de ética dos funcionários em algumas situações;
6. Dificuldade vindo dos médicos.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 19 – Questão 18 – Questionário: Psicólogas

18. Que mudanças poderiam melhorar o atendimento a essas mulheres??

1. Escuta qualificada e empática, acolhimento para que essas mulheres possam sentir segura;
2. Poderia ser mais humanizado. Além do hospital acolher essas mulheres muito bem;
3. A equipe multiprofissional ser treinada juntamente com funcionários de um modo geral;
4. Ter uma sala reservada para esses atendimentos / Ter capacitação para todos os funcionários / Ter fluxograma para esses atendimentos;
5. Orientações para todos os funcionários do hospital, desde a recepcionista, equipe multiprofissional, técnicos, enfermeiros e médicos;
6. Os próprios profissionais serem capacitados para não haver falhas e constrangimentos.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

O tempo dedicado ao atendimento psicológico se mostra um ponto vulnerável, com dois profissionais considerando-o insuficiente. Essa percepção aponta para uma possível lacuna na oferta de um cuidado mais aprofundado e eficaz.

O suporte institucional é avaliado como parcial: há um corpo técnico disposto, mas há entraves morais e culturais que interferem no acesso e violam o princípio da laicidade estatal. A desconfiança sobre o relato da vítima e a reatualização constante do trauma também revelam a reprodução da violência institucional.

A existência de um banco de dados para registro dos atendimentos revela-se um ponto de divergência entre os profissionais. A equipe está dividida igualmente, com três membros cientes da sua existência e três desconhecendo-a[37]. Essa falta de uniformidade no conhecimento sobre a ferramenta aponta para uma fragilidade na comunicação interna e na disseminação de informações cruciais. Consequentemente, isso pode comprometer a documentação adequada dos atendimentos e a continuidade do cuidado oferecido, uma vez que a ausência de um registro centralizado e acessível dificulta o acompanhamento e a personalização dos tratamentos.

Um desafio notável reside na resistência de profissionais, reconhecida por metade da equipe. Essa resistência é particularmente acentuada no campo médico, o

[37] Durante a pesquisa de campo, questionou-se diretamente à coordenadora geral da enfermagem, que estava acompanhada de um técnico administrativo, se existia um banco de dados sobre os procedimentos de aborto legal na maternidade. Foi informado que não havia tal banco de dados estruturado e que o acesso a essas informações dependeria da consulta aos prontuários médicos individuais. Contudo, o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa previa apenas a aplicação de questionários e entrevistas com as categorias profissionais, sem autorização para acessar dados clínicos ou documentos sigilosos das pacientes.

que pode gerar atritos e dificultar a integração de práticas da equipe multidisciplinar que atende as vítimas.

O acesso das mulheres ao aborto legal apresenta uma clara polarização. Enquanto três profissionais consideram o acesso fácil e rápido, outros três identificam obstáculos significativos. As principais dificuldades apontadas incluem a resistência moral/religiosa de parte dos profissionais, a falta de informação disponível para as mulheres e a ausência de ética e credibilidade no relato das pacientes, fatores que, em conjunto, dificultam o exercício de um direito legalmente estabelecido.

3.2.1.4 Categoria 4: Crenças pessoais e percepção jurídico-social

Tabela 20 – Questão 14 – Questionário: Psicólogas

14. Você entende que suas crenças pessoais sejam capazes de afetar a maneira como orienta as pacientes sobre o aborto legal?

Sim, muito	Sim, de maneira limitada	Não, sou totalmente imparcial	Não sei
	2	4	

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 21 – Questão 15 – Questionário: Psicólogas

15. Você acha que o sistema jurídico/social protege adequadamente as mulheres que precisam do serviço de aborto legal?

Sim, plenamente	Em parte, mas há falhas	Não, o sistema é muito falho	Não sei
	5	1	0

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 22 – Questão 17 – Questionário: Psicólogas

17. Qual sua posição pessoal sobre o direito da mulher em interromper uma gestação nos casos previstos na lei?

Sou contra	Sou a favor	Não tenho opinião	Em branco
	3	2	1

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

A maioria das profissionais afirma ser imparcial mesmo que tenha crenças pessoais (4 afirmam neutralidade ética). 5 das 6 psicólogas consideram que o sistema jurídico protege parcialmente as mulheres, reconhecendo avanços, mas também

limitações. Quanto ao posicionamento pessoal, a maioria é favorável ao aborto nos casos previstos em lei.

O posicionamento revela um forte alinhamento ético-profissional com os direitos humanos. A adesão à laicidade e ao direito reprodutivo como princípio ético é um marcador relevante de resistência simbólica frente à moralidade conservadora que permeia a saúde pública no Brasil.

3.2.1.5 Categoria 5: Desafios enfrentados, sugestões e experiências vivenciadas

Tabela 23 – Questão 19 – Questionário: Psicólogas

19. Quais são as principais demandas emocionais das mulheres que procuram o aborto legal?
1. Apresentam sensação de culpa, além do medo de julgamento e vergonha por conta de toda a exposição que a busca pelo aborto causa. Geralmente ao buscar o aborto legal, essas mulheres precisam revisitar as memórias e as emoções que lhes causa o trauma.
2. A demanda é estupro (violência sexual);
3. Não querer o filho de algo que lhe fez mal;
4. Medo do julgamento / Medo de ter filho que foi gerado sem planejamento;
5. Demonstram angústia em pensar que terão o filho fruto do aborto;
6. Não querem repetir a história várias vezes (nem pode mesmo) se livrar logo.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 24 – Questão 20 – Questão: Psicólogas

20. Existe outras informações ou experiências no exercício da sua profissão relacionadas à temática da pesquisa que você gostaria de compartilhar?
1. Resposta em branco;
2. Não;
3. Não;
4. Resposta em branco;
5. Não;
6. Não.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

As principais demandas emocionais relatadas pelas pacientes incluem, culpa, medo, vergonha, sentimento de exposição, revivência do trauma da violência sexual, desejo de interromper rapidamente a gestação, medo do julgamento. Para acompanhar as pacientes de forma mais eficiente as psicólogas sugerem que: haja a

capacitação de toda a equipe hospitalar, a criação de fluxogramas claros, salas específicas para atendimento, humanização e escuta qualificada.

Isso aponta para um desejo por transformações institucionais estruturantes, não apenas pontuais. O sofrimento psíquico relatado reflete não só o trauma individual, mas a materialização das violências de gênero, de classe e institucionais no corpo da mulher.

A análise dos questionários aplicados à equipe de psicologia da maternidade revela um quadro de compromisso ético e sensibilidade profissional diante da temática dos direitos reprodutivos. As psicólogas demonstram consciência da importância de sua atuação no acolhimento de mulheres em situação de vulnerabilidade, especialmente aquelas que buscam acesso ao aborto legal. Há, entre as respondentes, uma postura coerente com os princípios dos direitos humanos e com a defesa da autonomia das mulheres em decisões sobre seus corpos e projetos de vida.

Contudo, essa atuação acontece em um sistema de saúde apenas parcialmente estruturado. A política pública destinada à garantia dos direitos reprodutivos se mostra fragilizada por barreiras morais, resistências institucionais e desigualdades históricas que atravessam o cotidiano dos serviços. Fica evidente que o compromisso individual das profissionais não é suficiente para superar os limites impostos por um modelo de atenção que ainda carece de diretrizes mais claras, recursos materiais adequados e, sobretudo, de uma cultura institucional que reconheça e legitime o direito ao aborto legal como parte da atenção integral à saúde da mulher.

As respostas também indicam a urgência de reformas estruturantes. Isso inclui não apenas a ampliação e qualificação da formação continuada sobre direitos reprodutivos, mas também a revisão dos fluxos internos de atendimento e o fortalecimento da infraestrutura física e humana das unidades. Sem essas medidas, a efetivação da justiça reprodutiva continuará restrita, dependente do esforço pessoal de algumas profissionais, ao invés de se constituir como uma garantia estatal plena, acessível e equitativa a todas as mulheres.

3.2.2 Os Assistentes Sociais: entre a mediação de direitos e o enfrentamento institucional

A equipe de assistência social da Maternidade é composta majoritariamente por mulheres negras/pardas, com formações voltadas à saúde pública e políticas

sociais. De um universo de 21 assistentes sociais, oito (8) participaram do questionário, com resposta que demonstraram disposição crítica e engajamento ético com o tema. A coordenadora dos assistentes sociais afirmou que ficou decepcionada com a baixa adesão da sua equipe com a pesquisa.

Tabela 24 – Distribuição das Questões – Questionário: Assistentes Sociais

EIXO TEMÁTICO	QUESTÕES
1) Perfil, experiência profissional e capacitação	1, 2, 3, 13
2) Conhecimento do fluxo de atendimento do hospital	4
3) Avaliação sobre suporte institucional, acessibilidade e recursos	5, 6, 7, 8, 9, 10
4) Crenças pessoais e percepção jurídico-social	11, 12, 14
5) Desafios enfrentados, sugestões e experiências vivenciadas	15, 16, 17

3.2.2.1 Categoria 1: Perfil, experiência profissional e capacitação

Tabela 25 – Perfil Socioprofissional – Assistentes Sociais

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*
Idade	em branco	68	41	43	49	56	32	48
Gênero	feminino	feminino	feminino	feminino	feminino	feminino	feminino	masculino
Orientação Sexual	heterossexual	heterossexual	heterossexual	heterossexual	heterossexual	heterossexual	heterossexual	hétero
Autodeclaração Racial	parda	parda	parda	branca	parda	parda	em branco	negro
Religião	evangélica	espírita	protestante	católica	católica	católica	cristã evangélica	católica
				FORMAÇÃO				
Graduação	serviço social	serviço social	serviço social	serviço social	serviço social	serviço social	bacharelado em serviço social	serviço social
Especialização	políticas públicas	metodologia do ensino superior; gestão em políticas públicas	gestão em serviço social; políticas públicas	gestão em saúde pública com ênfase em saúde coletiva e da família; saúde do idoso e gerontologia	serviço social e políticas públicas	administração e planejamento de projetos sociais; didática do ensino superior e administração e gestão em serviços de saúde	especialista em metodologia do ensino superior e mestra em serviço social	especialista em saúde mental - com habilitação em psicologia.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 26 – Questão 1 – Questionário: Assistentes Sociais

1. Há quanto tempo você trabalha com vítimas de violência sexual que pretendem acessar o direito ao aborto legal?

Menos de 1 ano	1-5 anos	Mais de 5 anos	Não atuo	Já atuei
	1	7		

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 27 – Questão 2 – Questionário: Assistentes Sociais

2. Já recebeu capacitação sobre direitos reprodutivos e aborto legal?

Sim	Não
2	6

Como você avalia a capacitação recebida			
Boa	**Muito boa**	**Ruim**	**Muito ruim**
2			

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 28 – Questão 3 – Questionário: Assistentes Sociais

3. Você se sente preparada(o) para lidar no atendimento de mulheres que procuram o serviço de aborto legal?

Sim	Não	Parcialmente
5		3

por que?
1. Porque é importante p/ assegurar os direitos das mulheres vítimas de aborto legal, previsto na lei.
2. Por atuar a mais de 20 anos na assistência com vítimas de violência sexual e na maternidade há mais de 10 anos;
3. Mesmo sem capacitação procuramos garantir o direito estabelecido na lei;
4. Devido nunca ter tido uma capacitação, mas como trabalho na tentativa de assegurar os direitos, faço o que for preciso para assegurar o desejo da mulher;
5. Pois trabalho conforme os provimentos da lei do aborto legal. Em uma maternidade pública, onde há sigilo profissional para proteção da usuária.
6. Temos o conhecimento teórico de como atuar frente à questão, no entanto, falta uma atualização, para melhor abordagem junto à paciente e à família.
7. Sinto-me parcialmente preparada no sentido de que por esforço próprio tenho estudado a temática como forma de princípio ético. Não completamente, tendo em mente que os direitos sociais são processos em constante construção social.
8. Sim, porque conheço o trâmite que devo orientar a paciente para a mesma acionar o direito ao aborto legal segundo a lei. Ex: resultado de estupro, anencefálicos e risco à vida da mulher.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 29 – Questão 13 – Questionário: Assistentes Sociais

13. Você sente necessidade de debates entre os profissionais da assistência social sobre direitos reprodutivos e aborto legal?

Sim, com urgência	Sim, seria útil	Não, é suficiente como está	Não tenho opinião
6	2		

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

A equipe de assistentes sociais é composta majoritariamente por mulheres, com diversidade etária (32 a 68 anos), autodeclaração racial predominantemente parda, e orientação heterossexual. Há apenas um homem na equipe, sendo negro, hétero e católico. A religiosidade é majoritariamente de religiões cristãs (evangélica, católica, espírita).

Do ponto de vista profissional todos têm formação em Serviço Social, com especializações em políticas públicas, saúde e ensino superior, evidenciando um corpo técnico qualificado. Apesar da qualificação, 6 de 8 assistentes sociais não receberam capacitação formal sobre direitos reprodutivos e aborto legal, revelando uma lacuna institucional crítica. A maior parte se sente parcial ou totalmente preparada, mas essa preparação está ligada à experiência prática e esforço individual, e não a treinamentos sistematizados.

Essa falha formativa compromete o potencial crítico e a atuação segura das profissionais, que muitas vezes atuam com base no “esforço próprio” e na ética pessoal. Isso evidencia a responsabilização individual dos profissionais frente à ausência de política pública de formação continuada, o que é típico de um Estado que transfere responsabilidades estruturais à iniciativa dos sujeitos.

Quando indagados sobre se sentem preparados para lidar com o atendimento, 5 afirmaram que sim, 3 disseram sentir-se parcialmente preparadas, com base no conhecimento teórico ou experiência empírica. As justificativas mais frequentes incluem: conhecimento da legislação, experiência de anos com vítimas e compromisso com os direitos legais da paciente.

Essa autopercepção reforça uma das premissas da justiça reprodutiva: não basta a legalidade, é preciso acesso efetivo, equipe preparada e sensibilizada. A sensação de preparo parcial reflete o dilema entre a práxis ética e a ausência de capacitação institucional. É um campo onde a moral individual precisa constantemente ser confrontada pela ética profissional e pelo compromisso com o direito.

3.2.2.2 Categoria 2: Conhecimento do fluxo de atendimento do hospital

:

Tabela 30 – Questão 4 – Questionário: Assistentes Sociais

4. Como é o passo-a-passo de uma mulher que chega ao hospital e deseja acessar o serviço de aborto legal?
1. Ao chegar faz a ficha de atendimento na recepção para ser atendida, recebe atendimento no setor de classificação de risco, após, faz duas ultrassonografias p/ confirmar a quantidade de semanas, e é encaminhada p/ o serviço social, psicologia, e p/ o médico para fazer a internação;
2. Segue o fluxo de atendimento: ao chegar vai à recepção, recebe a ficha de atendimento, recebe atendimento na classificação de risco, quando apresenta a situação do aborto legal é encaminhada para o serviço social, psicologia e p/ o médico fazer a internação e prescrever o procedimento;
3. Passa pela classificação de risco, faz ultrassonografia, para certificar quantas semanas de gestação, após passa pelo serviço social, psicologia e atendimento médico;
4. Já tem um fluxo definido na maternidade: usuária chega faz a ficha, passa na classificação de risco, após faz duas ultrassonografias, para confirmar a quantidade de semanas, vai ao serviço social, psicológica e avaliação médica.
5. Fazer a ficha social na recepção, para atendimento do serviço social, no qual faz uma escuta sensível e relatório social, logo após anexa cópia de documento da paciente ao termo do procedimento e solicita acompanhamento psicológico, onde a mesma segue aos cuidados médicos e de enfermagem.
6. Geralmente se não tem um encaminhamento para o serviço social, as mesmas passam pela classificação de risco - serviço social - ultrassonografia - médico para avaliar ultrassom e idade gestacional se é equivalente ao relato da paciente.
7. Acolhimento na triagem; Encaminhada ao serviço social / psicologia / coordenação de obstetrícia para acompanhamento de cada situação singular, e, resposta à demanda apresentada.
8. Paciente faz a ficha de atendimento na recepção e vai para atendimento no serviço social, onde é orientada sobre os casos possíveis previstos em lei e é juntada cópias dos documentos e o termo e em seguida é solicitada atendimento psicológico e posteriormente o atendimento médico para consulta / exames / procedimento - nos casos amparados pela lei.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

As respostas revelam um conhecimento geral coerente sobre o passo a passo do atendimento à mulher que deseja acessar o aborto legal. São mencionados procedimentos como: recepção, classificação de risco, ultrassonografia, encaminhamentos ao serviço social, psicologia e avaliação médica.

Entretanto, há variações nas respostas que indicam falta de padronização e comunicação interna, o que pode gerar insegurança tanto nos profissionais quanto nas usuárias.

A análise aponta para a fragmentação institucional, típica do sistema de saúde brasileiro, onde fluxos oficiais coexistem com práticas informais e interpretações individuais, gerando desigualdades no acesso ao direito.

3.2.2.3 Categoria 3: Avaliação sobre suporte institucional, acessibilidade e recursos

Tabela 31 – Questão 5 – Questionário: Assistentes Sociais

5. Como avalia o suporte disponível nesse hospital para garantir o acesso das mulheres que procuram o serviço de aborto legal?			
Muito bom	**Bom**	**Regular**	**Insuficiente**
	2	4	2
porque?			
1. em branco			
2. Diante das recusas de vários profissionais da saúde, devido suas convicções religiosas;			
3. Devido opiniões pessoas e religiosas;			
4. As vezes as profissionais envolvem sua opinião moral e religiosa			
5. Pois tem uma equipe multidisciplinar para atender a paciente, equipamentos e UTI adulto caso tenha intercorrências graves.			
6. Porque há categorias profissionais que ainda não entenderam a proposta da lei que garante o direito ao aborto, no entanto, temos avançado bastante nos últimos anos.			
7. Sempre precisamos melhorar. No entanto, nos últimos 2 anos, tivemos melhorias. Os processos estão tendo respostas mais céleres.			
8. Sim, porque temos U.T.I/Adulto, em caso de intercorrência durante o procedimento. E uma equipe interdisciplinar qualificada para acompanhar durante e pós-procedimento.			

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 32 – Questão 6 – Questionário: Assistentes Sociais

6. Você avalia que possa ocorrer situações de resistência dos profissionais em atender as mulheres que procuram o serviço de aborto legal?		
Sim	**Não**	**É possível**
7		1
porque?		
1. Porque envolve religião;		
2. Por precisarmos de recursos frequentes;		
3. Devido opiniões pessoais e religiosas;		
4. Envolve religião;		

5. Pois tem alguns médicos que se negam a fazer o procedimento devido sua religião, não permite, nesse caso a paciente é atendida por outro médico.
6. Porque em algumas situações a idade gestacional apresentada na ultrassonografia não coincide com o relato do fato narrado pela gestante.
7. Questões de objeção de consciência. Falta de capacitação.
8. Sim, se a paciente quiser realizar o procedimento em caso de urgência com a lei.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 33 – Questão 7 – Questionários: Assistentes Sociais

7. Os recursos disponíveis para os profissionais da assistência social são suficientes?

Sim	Não	Em branco
5	2	1
porque?		
1. Porque nossa atribuição é acolher a paciente e acompanhar durante todo o procedimento garantido na lei, de aborto legal;		
2. Nossa atribuição é acolher, registrar a história da paciente, preencher os documentos estabelecidos pela lei e acompanhar durante todo o procedimento p/ que a paciente não seja ou não passe por constrangimento;		
3. Ainda é preciso avançar;		
4. Ainda tem muito o que avançar;		
5. Trabalhamos com escuta ativa e orientações sociais ao paciente e familiares, damos suporte social do início da internação até o momento da alta.		
6. O serviço social no caso em questão dispõe de todos os recursos para o atendimento das vítimas		
7. Assistência à saúde ou Assistentes Sociais? Os problemas estruturais acometem os trabalhadores da saúde, nos seus distintos espaços. Há ausência de políticas públicas que acompanhe às transformações sociais.		
8. Porque nesse caso o nosso trabalho é com orientação educativa para paciente/acompanhante.		

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 34 – Questão 8 – Questionário: Assistentes Sociais

8. Você acredita que as mulheres vítimas de violência sexual têm fácil acesso ao serviço de aborto legal?

Sim, o acesso é fácil e rápido	O acesso é possível, mas há alguns obstáculos	O acesso é muito difícil	Não sei
3	5		
É uma maternidade de "portas abertas". Recebemos o atendimento quando chegam. Posteriormente, os casos avaliados e acompanhados pela equipe multiprofissional. Reafirmo que temos que avançar, mas atualmente as demandas			

tem tido respostas mais rápidas. No entanto, a "demanda reprimida" é realidade da saúde pública brasileira[38].

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 35 – Questão 9 – Questionário: Assistentes Sociais

9. Qual é a principal dificuldade que você percebe para as mulheres que procuram o aborto legal nesse hospital?

Falta de informação sobre seus direitos	Burocracia no sistema de saúde	Resistência dos profissionais por motivos de ordem pessoal/moral/religioso	Falta de apoio psicológico
2		6	

Outro
1. Em branco;
2. Em branco;
3. Em branco;
4. Em branco;
5. Quando a paciente tem informação do seu direito a agilidade no próprio atendimento é bem mais rápido.
6. Em branco;
7. E, estrutura que consigam garantir mais privacidade e sigilo. Não são na questão do aborto, mas, também para a mulher vítima de violência. Entretanto, às instituições apenas refletem as contradições das políticas públicas do Estado em tempos de Capitalismo Global.
8. Porque se a paciente é bem conhecida sobre seus direitos, a equipe técnica do hospital realizará o procedimento em convergência com a lei.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 36 – Questão 10 – Questionário: Assistentes Sociais

10. Quais obstáculos a mulher pode enfrentar ao procurar um serviço de aborto legal?

1. Em branco;
2. Exigência de boletim de ocorrência / resistência dos profissionais;
3. Resistência do profissional, a falta de imparcialidade, ética profissional;
4. Resistência principalmente da parte médica e de enfermagem, sempre colocam sua opinião religiosa.
5. Não tem obstáculo quando se trata do aborto legal comprovado a ser que tenha alguma dúvida.
6. Descrédito quanto ao relato da sua história de estupro, alguns profissionais não acreditam e emperram o processo, o que é inadmissível, no entanto, em cumprimento a lei, outro profissional fará o aborto.
7. O julgamento social; "Ultrageneralização - Juízo provisório de comportamento" (Heller, 2000)[39] por parâmetros particulares de interpretação do mundo.

[38] Esta questão não era semiestruturada, o comentário feito pela respondente foi espontâneo no final da página.

[39] Após pesquisas, verificou-se que a referência se trata do capítulo Sobre os Preconceitos, do livro O Cotidiano e a História, da filósofa húngara, Agnes Heller. Disponível em: <

8. Se a mulher que procura o atendimento dentro da lei, será garantido que faça aqui na maternidade, mas, se ela quiser interromper a gestação e que o desejo estiver infringindo com a lei a paciente vai ser informada o negativo porque não ser possível interromper a gestação.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

O suporte foi avaliado entre “regular” e “bom”, com críticas frequentes à resistência de outros profissionais, especialmente médicos, baseadas em convicções religiosas. 7 em 8 profissionais afirmam que há resistência no atendimento às mulheres, evidenciando a presença de objeção de consciência[40] não regulada. Apenas 5 consideram os recursos disponíveis suficientes para sua atuação. As principais críticas se referem à estrutura física precária, falta de sigilo e necessidade de melhoria nos protocolos.

O acesso ao aborto legal é visto como possível, mas com obstáculos, especialmente burocráticos e relacionados à resistência profissional. Isso evidencia a influência das moralidades privadas no espaço público, contrariando o princípio da laicidade institucional e do atendimento universal. Essa resistência moral é uma forma de violência simbólica e estrutural que reproduz desigualdades de gênero e classe.

https://ciceronogueira.com.br/o-preconceito-como-categoria-do-pensamento-cotidiano-e0c3419ca9e>. Acessado em 30 de maio de 2025.

[40] A objeção de consciência consiste no direito de um profissional de recusar-se a executar determinado procedimento, quando este conflita com suas convicções morais, religiosas, filosóficas ou éticas, desde que exista previsão legal ou normativa. No contexto do questionário aplicado às assistentes sociais, a objeção de consciência foi mencionada como um desafio particular, sobretudo por parte dos enfermeiros e médicos, no atendimento ao aborto legal. A coordenadora das assistentes sociais destacou que, diferentemente dessas outras categorias, os(as) assistentes sociais não possuem previsão expressa para a objeção de consciência em seu Código de Ética (Resolução CFESS nº 273/1993), que orienta o compromisso profissional com os direitos humanos e a justiça social. Já o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) estabelece, em no capítulo II, inciso IX a recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência e no art. 24, o direito de recusa ao procedimento, desde que garantido o encaminhamento a outro profissional habilitado. O Código de Ética de Enfermagem (Resolução COFEN nº 564/2017), por sua vez, prevê no art. 20 o direito de recusa a participar de práticas que firam suas convicções éticas, morais e religiosas. Essa assimetria normativa reflete, em parte, as tensões éticas que perpassam a prática do aborto legal no Brasil, onde as assistentes sociais se veem como parte de uma rede de cuidado que não lhes permite recusar participação, mesmo quando enfrentam situações de objeção de consciência por parte de outros profissionais.

3.2.2.4 Categoria 4: Crenças pessoais e percepção jurídico-social

Tabela 37 – Questão 11 – Questionário: Assistentes Sociais

11. Você entende que suas crenças pessoais sejam capazes de afetar a maneiro como orienta as pacientes sobre o aborto legal?

Sim, muito	Sim, de maneira limitada	Não, sou totalmente imparcial	Não sei	Em branco
	1	6		1
7. Não há lócus de labor, minha práxis é enviesada pela ética profissional[41].				

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 38 – Questão 12 – Questionário: Assistentes Sociais

12. Você acha que o sistema jurídico/social protege adequadamente as mulheres que precisam do serviço de aborto legal?

Sim, plenamente	Em parte, mas há falhas	Não, o sistema é muito falho	Não sei
4	2	2	

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 39 – Questionário 14 – Questionário: Assistentes Sociais

14. Qual sua posição pessoal sobre o direito da mulher em interromper uma gestação nos casos previstos na lei?

Sou contra	Sou a favor	Não tenho opinião
	8	
porque?		
1. Em branco;		
2. Por ser um direito previsto em lei e por ser um direito a mulher deve ser respeitada;		
3. A mulher é livre para escolher se vai prosseguir uma gestação vítima de violência, ou risco da sua vida;		
4. Ela é livre para escolher, ninguém precisa criar um filho fruto de uma gestação através de um crime, e tem lei para lhe assegurar;		
5. Deve se respeitar a liberdade, a autonomia da paciente que deseja manter ou interromper a gestação.		
6. Sou totalmente a favor, pois não consigo pensar na possibilidade de gerar o filho de um estupro e os outros casos previstos na lei, também não vejo porque insistir em gestação de extremo risco p/ a mãe ou feto inviável.		
7. As legislações e normas sociais são resultantes de necessidades históricas.		
8. Em casos previstos em lei sou a favor.		

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

[41] Esta questão não era semiestruturada, foi feita anotação no final da página.

Apenas 1 profissional afirmou que suas crenças afetam “muito” seu trabalho. A maioria declarou ser imparcial, embasando-se na ética profissional. Quanto à proteção jurídica, 4 responderam que o sistema protege “em parte”, e 2 disseram que “não protege”. Todos os respondentes são a favor do aborto nos casos previstos em lei, com argumentos centrados na autonomia da mulher, direitos legais e dignidade humana.

Aqui observamos uma clara adesão ética e crítica à profissão, que atua como contrapeso às resistências estruturais. A consciência de classe e de gênero se manifesta fortemente nas falas dos/as assistentes sociais, que veem o direito ao aborto como um tema de justiça social.

3.2.2.5 Categoria 5: Desafios enfrentados, sugestões e experiências vivenciadas

Tabela 40 – Questão 15 – Questionário: Assistentes Sociais

15. Quais são os maiores desafios que você enfrenta ao lidar com casos de aborto legal?
1. Em branco;
2. Organizar com a equipe médica o atendimento da paciente e o encaminhamento para iniciar o procedimento;
3. Resistência dos profissionais em serem imparciais a escolha do aborto, preconceito pré-estabelecido, ética profissional;
4. Resistência de alguns profissionais da área da saúde que se finge de cego em situações que uma mulher grita por socorro;
5. Quando a paciente tem uma gestação de feto anencefálico, nesse caso, mexe com o emocional da paciente, no momento da informação, pois isso gera várias dúvidas para a gestante referente futuras gestações.
6. Dialogar com alguns profissionais médicos, mostrando o direito da gestante estuprada em realizar o aborto. Nos outros casos não sinto objeção dos médicos, anencefalia e risco à vida da mãe são aceitos com mais tranquilidade.
7. Os já apontados.
8. Expandir a rede de hospital materno/infantil bem equipado para garantir que o direito a paciente que necessita do mesmo na maternidade mais próximo de sua casa. Porque em alguns casos a paciente tem que buscar procedimento em um centro distante de sua casa.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 41 – Questão 16 – Questionário: Assistentes Sociais

16. Que mudanças poderiam melhorar o atendimento a essas mulheres?
1. Em branco;
2. Conscientização por parte de todas as categorias que atuam na saúde;
3. Debate entre profissionais, capacitação, entendimento lei do aborto legal;
4. Capacitação aos profissionais da saúde em todas as ação de atuação. Como explicar a lei que garante a decisão da mulher;
5. Atenção humanizada, informação sobre os procedimentos de interrupção mais indicado, garantindo um (ilegível) de confiança para usuária.
6. Leis mais rígidas quanto ao direito das pacientes, embora já tenhamos em alguns casos, ainda precisamos do B.O ou/e a determinação judicial para a interrupção da gravidez ou Medida Protetiva.
7. Estado ampliado aos interesses e direitos humanos sociais, não ao capital em estágio monopolista.
8. Ampliar o número de maternidades bem equipadas com corpo técnico bem qualificado e aparelhos mais modernos e melhorias na infraestrutura.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 42 – Questão 17 – Questionário: Assistentes Sociais

17. Existe outras informações ou experiências no exercício da sua profissão relacionadas à temática da pesquisa que você gostaria de compartilhar?
1. Em branco;
2. Posso dizer que apesar da lei dar o direito das vítimas, os profissionais se (ilegível) a entender que uma gestação proveniente de um estupro gera a vítima muito um sofrimento imensurável para algumas, nossas convicções religiosas não devem interferir no direito previsto em lei;
3. Falta de sigilo profissional;
4. Falta de sigilo por parte da classe de enfermagem;
5. Não.
6. O aborto legal de forma geral ele acontece no MARI, no entanto, percebemos que os casos de anencefalia e risco à vida da mãe são aceitos com relativa tranquilidade. Alguns casos os médicos ainda insistem que a mulher faça boletim de ocorrência. Percebemos que as vítimas de estupro que vem da Casa da Mulher Maranhense e a autoridade policial já tem conhecimento do fato, os atendimentos já foram realizados, esses casos ficam de forma mais tranquila. O serviço social insiste junto à equipe que não há necessidade do referido B.O, mas percebemos que com ele a resolução se dá mais rápido.
7. Recordo que, há alguns anos, vi a necessidade de encaminhar uma gestante a Defensoria Pública. O feto tinha múltiplas malformações. E, de acordo com a avaliação da obstetrícia, não havia chances de vida fora do útero. Os dias passavam, e o sofrimento da paciente só aumentava. Na época, minha conduta foi criticada pelos/as colegas. Diziam: "Ela não vai conseguir". Entretanto, não importam as especulações. O compromisso ético é informar os usuários e inseri-los nos espaços de benefícios e serviços. Naquele contexto a questão do aborto era ainda mais complexa, no sentido de fluxos de intervenções. E que, os casos de múltiplas malformações com diagnóstico letal enfrentam ainda desafios de modo que não está inserido no "rol do aborto" legal, fazendo com que a gestante

nessa situação peculiar, busque aval da Justiça. Nesse caso, a requerente teve aval favorável deferido.
8. Penso que palestras educativas nos diversos segmentos da sociedade, podem ajudar bastante as pessoas a conhecerem os seus direitos como cidadãos. Como por exemplo: escolas, postos de saúde, associação de moradores, igrejas.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

As respostas evidenciam que os principais obstáculos enfrentados pelas mulheres no acesso ao aborto legal dizem respeito, sobretudo, à resistência de profissionais das áreas médica e de enfermagem. Essa resistência, muitas vezes justificada por objeções de consciência ou valores religiosos, se traduz em julgamentos morais, exigência indevida de documentos como Boletins de Ocorrência e, em alguns casos, na negativa direta do atendimento. Além disso, a falta de infraestrutura adequada e a fragilidade na garantia do sigilo profissional também foram apontadas como entraves que impactam negativamente a experiência das usuárias.

Diante desse cenário, os/as assistentes sociais propõem mudanças estruturantes e urgentes. Entre as sugestões recorrentes estão a ampliação dos processos de capacitação permanente para todas as categorias envolvidas, a criação e aplicação de leis mais rígidas para assegurar o cumprimento dos direitos das mulheres, a ampliação de maternidades equipadas com equipes preparadas e infraestrutura adequada, e a implementação de práticas de atenção humanizada, com fortalecimento do atendimento interdisciplinar.

Alguns relatos expõem experiências marcadas por tensão interprofissional. Há registros de resistência de colegas em cumprir o procedimento de interrupção legal da gestação, exigindo a intervenção da Defensoria Pública para que os direitos da paciente fossem assegurados. Tais situações ilustram os conflitos ético-políticos presentes no cotidiano profissional, nos quais os/as assistentes sociais precisam reafirmar seu compromisso com os direitos humanos e com os marcos legais que garantem a autonomia das mulheres.

Essas falas reforçam a centralidade da atuação dos/as assistentes sociais na linha de frente do embate entre direito e moralidade. Seu trabalho cotidiano desvela os impactos concretos de estruturas de opressão como o patriarcado, o racismo institucional e a desigualdade socioeconômica na vida das mulheres que buscam acessar o direito ao aborto legal. Ao denunciarem essas violências, os/as profissionais

apontam para a urgência de políticas públicas que efetivem, de forma plena, a justiça social reprodutiva.

Alguns relatos mencionam que a instituição reflete contradições do próprio Estado brasileiro em tempos de neoliberalismo, destacando ausência de políticas públicas consistentes e fragilidade da rede de proteção, assim como denúncias sobre descrédito à narrativa da vítima de estupro e lentidão dos trâmites.

A análise dos dados revela um cenário complexo, marcado por contradições entre a legislação vigente e as práticas institucionais cotidianas. Os depoimentos evidenciam que os/as assistentes sociais demonstram conhecimento técnico e profundo compromisso ético com a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres. No entanto, sua atuação ocorre em um contexto permeado por obstáculos de diferentes ordens: estruturais, simbólicos e morais, frequentemente impostos por outras categorias profissionais, especialmente nas áreas médica e de enfermagem, bem como por falhas do próprio sistema de saúde.

O serviço de aborto legal, conforme se delineia nas falas dos/as profissionais, opera em um verdadeiro campo de tensão. De um lado, estão os direitos sexualmente e reprodutivamente garantidos por lei; de outro, resistências de ordem cultural, religiosa e institucional que dificultam ou mesmo inviabilizam o acesso pleno a esses direitos. Esse conflito evidencia não apenas a precariedade das condições materiais e simbólicas de acolhimento às mulheres, mas também os limites de um sistema de saúde que, muitas vezes, falha em assegurar o cuidado ético, legal e humanizado.

Diante dessa realidade, tornam-se urgentes intervenções políticas e institucionais mais robustas. Os dados apontam para a necessidade de uma formação continuada que contemple os direitos reprodutivos em sua complexidade, de normatizações claras sobre o uso da objeção de consciência — especialmente quando essa prática se traduz em recusa de atendimento legal —, de investimentos na ampliação e qualificação da infraestrutura hospitalar e, sobretudo, de um reforço efetivo à atuação interdisciplinar. Tais medidas devem estar orientadas por uma perspectiva crítica de justiça reprodutiva, capaz de enfrentar as desigualdades de gênero, raça e classe que atravessam o cotidiano dos serviços e que impactam diretamente a vida das mulheres.

3.2.3 Os Enfermeiros: entre a desinformação e a objeção de consciência

Tabela 43 – Distribuição de questões – Questionário: Enfermeiros

EIXO TEMÁTICO	QUESTÕES
1) Perfil, experiência profissional e capacitação	1, 2, 3, 4
2) Conhecimento do fluxo de atendimento do hospital	5
3) Avaliação sobre suporte institucional, acessibilidade e recursos	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17
4) Crenças pessoais e percepção jurídico-social	13, 14, 15, 16, 18
5) Desafios enfrentados, sugestões e experiências vivenciadas	19, 20, 21

3.2.3.1 Categoria 1: Perfil, experiência profissional e capacitação

Tabela 44 – Perfil socioprofissional - Enfermeiros

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*
Idade	57	40	31	47	38	38	35	34	29	40	27	47	34	39
Gênero	Feminino	feminino	feminino	feminino	feminino	feminino	Feminino	m	f	feminino	masculino	feminino	feminino	feminino
Orientação Sexual	em branco	hetero	heterossexual	heterossexual	heterossexual	sim hétero	Heterossexual	hétero	hétero	hétero	hétero	em branco	hétero	hétero
Auto declaração Racial	Parda	parda	parda	em branco	branca	parda	Branca	parda	branca	parda	branco	parda	parda	em branco
Religião	Católica	evangélica	católica	evangélica	católica	católica	evangélica	católica	cristã	evangélica	protestante	neutra	católica	evangélica
							Formação							
Graduação	Enfermeira	bacharel em enfermagem	bacharel em enfermagem	enfermeira	enfermagem	enfermeira e graduada em estética	enfermeira	enfermeira	enfermagem	bacharel em enfermagem	enfermagem	enfermeira	enfermagem	enfermeira
Especialização	pós graduada em urgência e emergência em uti	pós graduada em urgência e emergência	especialista em ginecologia obstétrica e saúde da mulher	pós em saúde pública, obstetrícia e uti neonatal	especialização em enfermagem uti neonatal e pediátrica, urgência e emergência, cursando obstétrica	saúde da mulher e do idoso	especialista em saúde da mulher, gestão em saúde e atenção domiciliar, mestre em enfermagem	obstetra	pós obstétrica e neonatologia		saúde pública, mestrando em andamento em saúde da família	obstétrica	pós graduação em obstetrícia e neonatologia	pós graduada em obstetrícia e saúde pública

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 45 – Questão 1 – Questionário: Enfermeiros

1. Você é	
Médico	**Enfermeiro**
1	14

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 46 – Questão 2 – Questionários: Enfermeiros

2. Há quanto tempo você trabalha com vítimas de violência sexual que pretendem acessar o direito ao aborto legal?				
Menos de 1 ano	**1-5 anos**	**Mais de 5 anos**	**Não atuo**	**Já atuei**
1	2	4	6	1

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 47 – Questão 3 – Questionário: Enfermeiros

3. Já recebeu capacitação sobre direitos reprodutivos e aborto legal?		
Sim	**Não**	**Em branco**
2	11	1

Como você avalia a capacitação recebida				
Boa	**Muito boa**	**Ruim**	**Muito ruim**	**Em branco**
2				1

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 48 – Questão 4 – Questionário: Enfermeiros

4. Você se sente preparada (o) para lidar no atendimento de mulheres que procuram o serviço de aborto legal?			
Sim	**Não**	**Parcialmente**	**Em branco**
3	4	6	1

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Participaram 14 profissionais, majoritariamente mulheres (12), com idades entre 27 e 57 anos, e com formações sólidas em enfermagem obstétrica, neonatologia, saúde da mulher e saúde pública. Alguns têm formação em áreas mais generalistas ou em estética, o que mostra diversidade nos caminhos formativos.
Em relação à autodeclaração racial: maioria parda e branca, enquanto as orientações sexuais e religião são maioria heterossexual e cristã (católicas e evangélicas).

Esse grupo revela uma face importante da realidade hospitalar brasileira: profissionais com alta qualificação técnica. A composição de gênero e religiosidade também ajuda a compreender parte das tensões morais presentes nas respostas.

3.2.3.2 Categoria 2: Conhecimento do fluxo de atendimento do hospital

Tabela 49 – Questão 5 – Questionário: Enfermeiros

5. Como é o passo-passo de uma mulher que chega ao hospital e deseja acessar o serviço de aborto legal?
1 - Ao chegar na recepção será colhida p/ serviço social encaminhada p/ internação, garantindo todo sigilo durante o processo;
2 - Não sei informar;
3 - Ela é atendida no acolhimento, analisado os documentos, realizado a prescrição da conduta médica e realizado o procedimento;
4 - Ter seu documento de identificação válido; ser atendida por uma equipe multidisciplinar;
5 - Não sei
6 - Em branco;
7 - Deve ser avaliada por uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo), assinar a documentação referente ao aborto e ser submetida ao procedimento;
8 - Em branco;
9 - Não estou ciente de como funciona esse tipo de atendimento;
10 – Em branco;
11 - Atendimento na triagem - médico - internação para indução com misoprostol no setor de internação;
12 - Já recebemos no período expulsivo para ctg[42];
13 - Em branco;
14 - Não tenho muito conhecimento sobre esse passo a passo, quando chega esses casos ao meu setor só para explicar e resolver.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

As respostas fornecidas por profissionais da equipe de enfermagem em relação ao fluxo de atendimento às mulheres que buscam o aborto legal demonstraram um elevado grau de fragmentação. Enquanto algumas conseguiram descrever, ainda que de forma sucinta, o percurso institucional, outras revelaram desconhecimento parcial ou completo sobre esse processo. Houve ainda aquelas que sequer tinham ciência da existência do serviço em questão.

Essa dispersão nos relatos evidencia a ausência de uma normatização institucional clara, o que deixa o fluxo de atendimento vulnerável ao improviso e às interpretações individuais. Trata-se de um indicativo concreto de falhas na

[42] Curetagem.

comunicação interna e na integração entre as equipes multiprofissionais, comprometendo a continuidade e a efetividade do cuidado. Essa desarticulação, além de comprometer o acesso das mulheres ao direito garantido por lei, revela a fragilidade do próprio sistema de saúde em lidar com demandas que envolvem justiça reprodutiva.

Essa é uma das categorias profissionais menos preparadas para lidar com o aborto legal, o que é extremamente preocupante, dado o papel central da enfermagem na assistência hospitalar direta. A falta de capacitação, aliada à ausência de clareza sobre o fluxo e ao conflito moral, cria um cenário propício à violência institucional silenciosa e à revitimização das mulheres.

3.2.3.3 Categoria 3: Avaliação sobre suporte institucional, acessibilidade e recursos

Tabela 50 – Questão 6 – Questionário: Enfermeiros

6. Há a necessidade de registro de boletim de ocorrência para acessar o serviço de aborto legal?	
Sim	**Não**
8	5
acredito que sim	

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 51 – Questão 7 – Questionário: Enfermeiros

7. Como avalia o suporte disponível nesse hospital para garantir o acesso das mulheres que procuram o serviço de aborto legal?				
Muito bom	**Bom**	**Regular**	**Insuficiente**	**Em branco**
3	6	1	1	2

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 52 – Questão 8 – Questionário: Enfermeiros

8. Você avalia que possa ocorrer situações de resistência dos profissionais da medicina e/ou enfermagem em atender as mulheres que procuram o serviço de aborto legal?			
Sim	**Não**	**É possível**	**Em branco**
5	1	7	1

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 53 – Questão 9 – Questionário Enfermeiros

9. Você acredita que as mulheres vítimas de violência sexual têm fácil acesso ao serviço de aborto legal nesse hospital ?

Sim, o acesso é fácil e rápido	O aceso é possível, mas há alguns obstáculos	O acesso é muito difícil	Não sei	Em branco
3	7	1	2	1

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 54 – Questão 10 – Questionário: Enfermeiros

10. Qual é a principal dificuldade que você percebe para as mulheres que procuram o aborto legal nesse hospital?

Falta de informação sobre seus direitos	Burocracia no sistema de saúde	Resistência dos profissionais por motivos de ordem pessoal/mora/religioso	Falta de apoio psicológico	Outros	Em branco
3	2	4		3	2
1 – Em branco;					
2 – Em branco;					
3 - Além da burocracia no sistema de saúde conjugada com a falta de informação sobre seus direitos					
4 – Em branco;					
5 – Em branco;					
6 – Em branco;					
7 – Em branco;					
9 – Em branco;					
10 – Em branco;					
11 – Em branco;					
12 – Em branco;					
13 – Em branco;					
14 – Em branco.					

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 55 – Questão 11 – Questionário: Enfermeiros

11. Existe banco de dados para os casos atendidos neste hospital?[43]

Sim	Não	Em branco
3	6	2
Não sei		
Não sei informar		
Não sei		

[43] Essa questão não era semiestruturada, os comentários foram feitos perto da questão.

Não sei informar

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 56 – Questão 12 – Questionário: Enfermeiros

12. Quais obstáculos a mulher pode enfrentar ao procurar um serviço de aborto legal?
1 - Enfrentamento da situação e preconceito social;
2 - Em branco;
3 - Burocracia, medo e vergonha do julgamento, falta de treinamento por parte dos funcionários para lidar com esses casos;
4 - Defesa da vida a concepção, a preocupação com saúde física e mental da mulher, falta de consenso na sociedade, o risco de banalização do aborto e a defesa da moral e dos valores;
5 - Não sei;
6 - Pode encontrar profissionais que são omissos com a paciente;
7 - Burocracias, resistência profissional;
8 - Em branco;
9 - Desorientação, desinformação;
10 - Em branco;
11 - Resistência por parte de alguns profissionais e falta de um fluxo/estrutura própria para o atendimento a esse tipo de situação;
12 - Acredito que a própria discriminação da sociedade;
13 - Parte religiosa, por parte do profissional;
14 - Muitos: resistência, preconceito e falta de informação.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 57 – Questão 17 – Questionário: Enfermeiros

17. Você considera o tempo de atendimento suficiente para os casos de aborto legal, desde o atendimento inicial até a realização do procedimento?		
Sim	**Não**	**Em branco**
8	2	4
Porque		
1 - De acordo c/ cada caso peculiar;		
2 - Não costuma demorar quando a paciente chega ao hospital com a documentação necessária;		
3 – Em branco;		
4 – Em branco;		
5 – Em branco;		
6 – Em branco;		
7 – Em branco;		
8 – Em branco;		
9 - Pois quando está feita a entrada no MARI a paciente tem seu direito garantido		
10 – Em branco;		

11 - Resistência por parte de alguns profissionais e falta de um fluxo/estrutura própria para o atendimento a esse tido de situação;
12 - Não porque deveria existir um acompanhamento para o pós-procedimento
13 – Em branco;
14 - Porque aqui é tudo muito corrido, e ninguém fala muito sobre o assunto, só faz o necessário.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

A análise da terceira categoria temática — que reúne as avaliações sobre o suporte institucional, a acessibilidade ao aborto legal, a resistência de profissionais e os recursos disponíveis — revela um panorama marcado por respostas fragmentadas e ausência de profundidade crítica por parte dos enfermeiros. As questões que a compõem solicitavam uma reflexão sobre o funcionamento do hospital e as barreiras enfrentadas pelas mulheres em situação de abortamento legal. Entretanto, de modo geral, as respostas foram curtas, pouco articuladas e com variações significativas entre si, denotando a dificuldade de construir uma análise mais ampla do contexto institucional.

A maior parte dos profissionais avaliou o suporte oferecido pela maternidade como regular, bom ou insuficiente, mas sem oferecer justificativas detalhadas ou exemplos concretos que sustentassem essas percepções. Cerca de metade dos participantes reconheceu a existência de resistência ao aborto legal dentro da instituição, especialmente atribuída a médicos e a setores mais conservadores, mas novamente as respostas foram vagas, sem explicitar como essa resistência se manifesta ou como afeta diretamente o acesso ao serviço.

Quando convidados a falar sobre as dificuldades enfrentadas pelas mulheres, as respostas se limitaram a expressões genéricas — como “julgamento”, “demora”, “vergonha” e “falta de conhecimento” — sem estabelecer uma conexão crítica entre esses obstáculos e as dimensões éticas, legais e institucionais do atendimento ao aborto legal. Apenas alguns poucos enfermeiros destacaram explicitamente a resistência institucional como um fator impeditivo, sugerindo que a percepção sobre essas barreiras muitas vezes se restringe à experiência imediata do setor em que atuam, sem alcançar uma compreensão mais ampla do funcionamento da política pública em si.

Essa leitura evidencia não apenas a carência de capacitação específica sobre aborto legal entre os enfermeiros, mas também a falta de ferramentas críticas para analisar as estruturas institucionais que regulam o acesso ao aborto legal. Em um

tema marcado por forte carga moral, social e política, a limitação dessa análise crítica compromete a capacidade do serviço de oferecer um atendimento ético, humanizado e em conformidade com as diretrizes legais e de direitos humanos.

3.2.3.4 Categoria 4: Crenças pessoais e percepção jurídico-social

Tabela 58 – Questão 13 – Questionário: Enfermeiros

13. Você entende que suas crenças pessoais sejam capazes de afetar a maneira como orienta as pacientes sobre o aborto legal?

Sim, muito	Sim, de maneira limitada	Não, sou totalmente imparcial	Não sei	Em branco
3	4	5	1	1

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 59 – Questão 14 – Questionário: Enfermeiros

14. Você acha que o sistema jurídico/social protege adequadamente as mulheres que precisam do serviço de aborto legal?

Sim, plenamente	Em parte, mas há falhas	Não, o sistema é muito falho	Não sei	Em branco
1	8		4	1

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 60 – Questão 15 – Questionário: Enfermeiros

15. Você sente necessidade de debates entre os profissionais da medicina/enfermagem sobre direito reprodutivo e aborto legal?

Sim, com urgência	Sim, seria útil	Não, é suficiente como está	Não tenho opinião	Em branco
2	9		2	1

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 61 – Questão 16 – Questionário: Enfermeiros

16. Qual sua posição pessoal sobre o direito da mulher em interromper uma gestação nos casos previstos na lei?

Sou contra	Sou a favor	Não tenho opinião	Em branco
2	4	7	1
Porque			
1 - Porque depende do pensamento da consciência de cada um, é um assunto delicado que abala psicologicamente a vida do ser humano;			

2 - Cada pessoa é responsável por suas decisões. Essa avaliação é singular;
3 - Acredito que minha fé/religião só deva interferir sobre as minhas escolhas, não posso interferir sobre a decisão pessoal de cada pessoa ou julgar suas escolhas;
4 - O aborto é permitido apenas em casos de gravidez ocasionada por estupro, se a gravidez representa risco de vida da mulher e em caso de anencefalia do feto;
5 - Considero matar alguém;
6- Em branco;
7 – Em branco;
8 – Em branco;
9 - O direito é garantido a mulher e cada um na sua individualidade sabe de si e de suas escolhas;
10 – Em branco;
11 – Em branco;
12 - Em branco
13 – Em branco;
14 - Ninguém tem direito de tirar uma vida a não ser em casos em que a vida da mãe está em risco.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 62 - Questão 18 - Questionário: Enfermeiros

18. Você já acionou objeção de consciência na sua prática?

Sim	Não	Em branco
4	7	3
porque?		
1 - Porque é vida, envolve humanidade, consciência, não é fácil lidar		
2 – Em branco;		
3 - Não realizo os procedimentos, porém existem outros profissionais que realizam;		
4 – Em branco;		
5- Não sei;		
6- Em branco;		
7 - Não concordo com o ato, mas pude garantir a continuidade da assistência, sem participar do procedimento;		
8 – Em branco;		
9 - Não recebi paciente para realização de aborto		
10 – Em branco;		
11 - Sim, por que não concordava, por haver ainda BCF[44] no feto;		
12 – Em branco;		
13 – Em branco;		
14 - Nunca fiz nada contra minha consciência.		

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

[44] Batimentos Cardíacos Fetais.

Os dados obtidos revelam que a maioria dos(as) profissionais da enfermagem reconhece que suas crenças pessoais exercem algum grau de influência sobre a forma como lidam com a temática do aborto legal. Três afirmaram que essa influência é significativa, enquanto quatro indicaram que ela se manifesta de maneira limitada. Essa relação entre convicções individuais e prática profissional aponta para a presença de um componente ético-religioso que permeia a atuação no campo da saúde reprodutiva.

No que se refere à percepção sobre a proteção jurídica oferecida às mulheres que buscam o aborto legal, apenas um(a) profissional considera que o sistema funciona de forma plena. A maioria, contudo, expressa uma visão crítica: oito apontam que o sistema apresenta falhas, e quatro o classificam como altamente deficiente. Esses dados sinalizam uma descrença generalizada na efetividade do aparato jurídico e institucional destinado à garantia desse direito.

O posicionamento pessoal sobre o direito ao aborto legal também revelou nuances importantes. Quatro profissionais se declararam favoráveis nos casos previstos em lei, dois se colocaram contrários e sete afirmaram não ter opinião formada sobre o tema. Esta última postura, de aparente neutralidade, pode ser interpretada como um silenciamento estratégico, possivelmente motivado pelo receio de julgamento entre os pares ou pela ausência de um espaço institucional que promova o debate ético e político sobre a questão.

No grupo dos enfermeiros, os resultados sobre objeção de consciência revelaram um padrão preocupante de resistência moral e institucional. A maioria dos profissionais apresentou um alto índice de objeção de consciência, que se manifestou de forma explícita ou implícita ao longo das respostas. Muitos enfermeiros mencionaram abertamente que suas convicções religiosas, sobretudo cristãs evangélicas, influenciam diretamente sua postura profissional, levando-os a recusar qualquer envolvimento com o aborto legal, mesmo nos casos permitidos pela legislação. Além das declarações diretas, o silêncio e o desconhecimento do fluxo de atendimento institucional também funcionam como estratégias indiretas de objeção de consciência, refletindo a recusa de se apropriar de informações essenciais para garantir o direito das mulheres.

A objeção de consciência coincide com os tipos de liberdades públicas clássicas, que atribuem um caráter legítimo no não fazer do sujeito, pondo um limite em benefício do titular do direito, que não pode ser desobedecido por quem quer que

seja, nem pelo Estado. Essa ideia reflete a liberdade de consciência, isto é, viver de acordo com suas próprias convicções (Costa, 2021).

Essa postura revela um conflito profundo entre a ética profissional e a moral religiosa, que atravessa o cotidiano dos enfermeiros e impacta diretamente a oferta do serviço. Mais do que escolhas individuais, esses relatos de objeção de consciência mostram como o silenciamento institucional legitima a recusa e a omissão, criando um ambiente onde o aborto legal é tratado como algo alheio às responsabilidades da enfermagem. Tal cenário escancara a necessidade de enfrentar as bases morais e institucionais que sustentam essas resistências, para que o direito ao aborto legal não permaneça dependente de trajetórias individuais e continue sendo negado como política pública consolidada.

Este cenário demonstra que a moral religiosa continua sendo um fator influente nas práticas de cuidado, coexistindo com um desejo declarado de imparcialidade profissional — ainda que nem sempre plenamente elaborado ou sustentado. Além disso, a expressiva quantidade de profissionais que optaram por uma posição neutra evidencia a omissão do Estado em formar criticamente sua força de trabalho, contribuindo para a reprodução de uma cultura institucional que evita o enfrentamento direto das questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos.

3.2.3.5 Categoria 5: Desafios enfrentados, sugestões e experiências vivenciadas

Tabela 63 – Questão 19 – Questionário: Enfermeiros

19. Quais são os maiores desafios que você enfrenta ao lidar com casos de aborto legal?
1 - Nunca lidei, mas acredito que é o psicológico;
2 - Ainda não fui exposta a essa situação, pois atuo num setor de atendimento pós parto, ou seja, essa situação muitas das vezes acontece em outros setores e por aqui não fico sabendo;
3 - Acredito que as vítimas deveriam possuir uma ala/enfermaria exclusiva, elas ficam expostas, com outras pacientes, o que acaba dificultando o atendimento de maneira integral da equipe multidisciplinar;
4 - Estigma social; clandestinidade; falta de acesso ao serviço e julgamentos sociais;
5 – Em branco;
6 - A paciente está -legível- por não fazer o aborto, ou se sente na obrigação de fazer ao mesmo tempo;
7 - Ser obrigada a realizar o procedimento, quando não há outra pessoa para realizar;

8 - Em branco;
9 - Creio que não tenho como responder pois não tive experiência;
10 – Em branco;
11 - "Por se tratar de um hospital público, superlotado, em algumas situações não temos condições de colocar a paciente em um local exclusivo/ reservado para assistência. Balancear o direito em recusar-se a realizar o procedimento (código de ética dá esse direito) e não deixar suas crenças interferir negativamente no atendimento. Na prática, a assistência é feita por outro profissional, evitando o atraso o a falta da continuidade da assistência ".
12 - Ainda não tive que lidar diretamente com algumas situações referentes;
13 - Não tive ainda;
14 - Eu particularmente não sei muito sobre esse assunto, sou mais neutra.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 64 – Questão 20 – Questionário: Enfermeiros

20. Que mudanças poderiam melhorar o atendimento a essas mulheres?
1 - Investimento em qualificação e humanização;
2 - Em branco;
3 - Áreas privadas para realização dos procedimentos, sem expor desnecessariamente a paciente;
4 - O acolhimento e a aceitação são elementos importantes para uma atuação de qualidade e humanizada as mulheres em situação de abortamento;
5 – Em branco;
6 - Começaria pela justiça, mais acesso aos seus direitos legais, mais informações sobre o assunto;
7 - Acolhimento, privacidade e rapidez;
8 - Em branco;
9 - Deveria ter mais informação sobre o assunto para melhor atendimento a essa mulher no ambiente hospitalar;
10 – Em branco;
11 - Oferecer atendimento com psicólogo e assistente social logo no pronto socorro;
12 - Não sei te informar;
13 - Acolher a mulher como ser humano independente da sua religião;
14 - Assistência psicológica.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 65 – Questão 21 – Questionário: Enfermeiros

21. Existe outras informações ou experiências no exercício da sua profissão relacionadas a temática da pesquisa que você gostaria de compartilhar?
1 – Não;
2 - Em branco;
3 – Não;
4 - Em branco;

5 - Sem ideia;
6 – Não;
7 – Não;
8 - Em branco;
9 - O direito da mulher deve ser respeitado, a mulher deve ter seus direitos garantidos e o dever da sociedade é fazer com que seja feita as necessidades atendidas para bem estar psicossocial da mulher;
10 – Em branco;
11 - O aborto legal mais solicitado é em caso de estupro, mesmo a legislação não exigindo autorização judicial, todas as pacientes já chegam com a ordem judicial, mesmo alguns profissionais médicos e enfermeiro fazerem uso do direito em não realizar ou prescrever, a continuidade da assistência nunca é negligenciada, sendo realizada por outro profissional.
12 – Não;
13 – Em branco;
14 - Não, sempre fui muito neutra nesse tema, pois na maioria dos casos sou contra, para eu mulher ficar neutra.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Os desafios relatados pelas(os) profissionais da enfermagem revelam uma série de entraves que comprometem a garantia do aborto legal como um direito pleno. Entre os principais obstáculos apontados estão os julgamentos morais e sociais que recaem sobre as mulheres que buscam o procedimento, além da ausência de locais reservados e da estrutura física inadequada, que dificultam a preservação do sigilo e da dignidade das pacientes. Também se destacam a pressão emocional vivenciada por profissionais diante de contextos marcados pela objeção de consciência e a desinformação generalizada, tanto entre trabalhadores da saúde quanto entre usuárias, o que perpetua o estigma em torno do aborto legal.

Diante dessas dificuldades, as sugestões apresentadas pelas(os) profissionais indicam uma consciência crítica importante sobre as lacunas do serviço. As propostas incluem a necessidade de qualificação técnica e ética contínua, com ênfase nos direitos reprodutivos; a garantia de privacidade e atendimento humanizado; a implementação de um fluxo institucional claro e padronizado; e a presença efetiva de psicólogos(as) e assistentes sociais desde os primeiros momentos de acolhimento. Destaca-se, ainda, a defesa do reconhecimento da mulher como sujeito de direito, cuja autonomia deve ser respeitada ao longo de todo o processo.

Essas falas evidenciam, uma demanda reprimida por justiça reprodutiva — entendida aqui como a articulação entre o direito legal, o acesso real e o cuidado ético e integral. Elas também escancaram a contradição entre a formação biomédica

tecnocrática que ainda orienta grande parte da prática hospitalar e o paradigma de atenção humanizada preconizado pelo SUS. Na prática cotidiana, o aborto legal segue sendo tratado como uma exceção moral ou técnica, quando, na verdade, deveria ser reconhecido como um direito normatizado, institucionalizado e protegido pelo Estado.

O grupo da enfermagem foi o que apresentou maior número de participantes (14), mas também o que expressou maior desconhecimento sobre o aborto legal. A maioria das respostas indicou falta de informação sobre o fluxo institucional, ausência de capacitação, e insegurança para lidar com casos de abortamento legal.

A desarticulação foi evidente: muitos profissionais não sabiam descrever o percurso de atendimento e revelaram dúvidas conceituais básicas sobre o aborto previsto em lei. Além disso, as respostas continham vários campos em branco ou declarações evasivas, sugerindo silêncio moral ou medo de julgamento institucional.

Quatro profissionais afirmaram ter acionado objeção de consciência, enquanto outros declararam que suas crenças pessoais influenciam diretamente na conduta. Algumas respostas, como “não concordo com o ato, mas não impeço que outros façam”, demonstram uma ética relacional ambígua, marcada pela moral religiosa, mas também pelo respeito (limitado) à decisão da mulher.

A equipe apontou a resistência dos médicos como principal obstáculo à realização do procedimento, mas também indicou a falta de preparo da própria enfermagem como fator crítico. A presença de cartazes com QR Codes para acesso ao questionário, colocadas por nós como estratégia para atrair participantes, nas salas de plantão não gerou respostas espontâneas, o que evidencia apatia institucional ou rejeição tácita ao tema.

De forma geral, a análise mostra que a equipe de enfermagem ocupa uma posição de fragilidade e ambivalência ética, muitas vezes refletindo as hierarquias institucionais, a sobrecarga de trabalho e o conservadorismo religioso presentes no cotidiano hospitalar. O aborto legal, para grande parte deste grupo, permanece como um tema sensível, evitado ou deslocado da rotina assistencial.

3.2.4 O Médico: centralidade técnica

Tabela 66 – Distribuição das questões – Questionário: Médicos

EIXO TEMÁTICO	QUESTÕES
1) Perfil, experiência profissional e capacitação	1, 2, 3, 4
2) Conhecimento do fluxo de atendimento do hospital	5
3) Avaliação sobre suporte institucional, acessibilidade e recursos	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17
4) Crenças pessoais e percepção jurídico-social	13, 14, 15, 16, 18
5) Desafios enfrentados, sugestões e experiências vivenciadas	19, 20, 21

3.2.4.1 Categoria 1: Perfil, experiência profissional e capacitação

Tabela 67 – Perfil socioprofissional - Médico

Idade	**39**
Gênero	Homem
Orientação Sexual	Heterossexual
Autodeclaração Racial	Branco
Religião	Ateu
FORMAÇÃO	
Graduação	Médico
Especialização	Residência em ginecologia, especialização em cirurgia ginecológica

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

1. Você é

Médico	Enfermeiro
1	14

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 68 – Questão 2 – Questionário: Médicos

2. Há quanto tempo você trabalha com vítimas de violência sexual que pretendem acessar o direito ao aborto legal?

Menos de 1 ano	1-5 anos	Mais de 5 anos	Não atuo	Já atuei
		1		

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 69 – Questão 3 – Questionário: Médicos

3. Já recebeu capacitação sobre direitos reprodutivos e aborto legal?			
Sim		**Não**	
1			
como você avalia a capacitação recebida			
boa	**muito boa**	**Ruim**	**muito ruim**
	1		

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 70 – Questão 4 – Questionário: Médicos

4. Você se sente preparada (o) para lidar no atendimento de mulheres que procuram o serviço de aborto legal?		
Sim	**Não**	**Parcialmente**
1		

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

O único médico participante da pesquisa avaliou positivamente o suporte institucional destinado ao atendimento de mulheres que buscam o aborto legal, classificando-o como “muito bom” – justamente um dos profissionais que aceitam realizar aborto legal na maternidade. Trata-se de um homem branco, ginecologista, com residência e especialização técnica, que declarou ser ateu e a favor do aborto legal. Atua há mais de 5 anos com casos de aborto legal e recebeu capacitação na área, avaliando-a como “muito boa”. Ele se considera preparado para lidar com esses atendimentos, o que contrasta com a maioria dos outros profissionais, especialmente da Enfermagem e do Serviço Social, que relataram preparo insuficiente ou ausente. Sua atuação é fundamental para a viabilidade do serviço, mas também aponta para uma fragilidade estrutural, pois apenas dois médicos realizam o procedimento em toda a maternidade. Ele reconhece que há resistência significativa por parte de outros profissionais, especialmente motivada por convicções morais e religiosas, o que impacta diretamente na efetivação do direito ao procedimento.

Em relação à acessibilidade, o médico considera que o acesso ao aborto legal é possível, embora admita a presença de obstáculos concretos que dificultam a experiência das usuárias. A principal dificuldade apontada por ele é justamente a resistência moral de outros profissionais, o que corrobora os relatos de demais categorias da equipe multiprofissional, como psicólogos(as) e assistentes sociais.

Apesar de relatar que o tempo de atendimento é, em sua percepção, suficiente para a realização do procedimento, o médico destaca a escassez de recursos humanos e a precariedade da estrutura física como fatores limitadores importantes, especialmente em um hospital público que lida com alta demanda. Além disso, contrariando uma expectativa institucional de organização, ele afirma que não há banco de dados estruturado para registrar e acompanhar os casos de aborto legal, o que compromete a transparência, a avaliação de políticas e o cuidado longitudinal.

Por fim, o médico identifica a informação insuficiente como o principal obstáculo enfrentado pelas mulheres, destacando a necessidade de que as pacientes cheguem ao serviço já munidas de conhecimento sobre seus direitos — o que, implicitamente, revela a ausência de estratégias institucionais de educação em saúde e acolhimento informativo dentro da própria rede pública.

3.2.4.2 Categoria 2: Conhecimento do fluxo de atendimento do hospital

Tabela 71 – Questão 4 – Questionário: Médicos

5. Como é o passo-passo de uma mulher que chega ao hospital e deseja acessar o serviço de aborto legal?
1) folha de admissão, 2) internação; 3) procedimento; 4) alta

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Ele descreve o fluxo de forma objetiva: admissão, internação, procedimento, alta. O caráter extremamente técnico e linear da resposta indica uma visão biomédica e procedimentalizada do processo.

Durante a conversa com o médico responsável pela realização dos abortos legais na maternidade, foi possível compreender o funcionamento prático e a dinâmica dos procedimentos. Ele relatou que, após todos os trâmites administrativos e autorizações formais, a paciente geralmente é internada na noite de terça-feira, iniciando o protocolo medicamentoso para interrupção da gestação. A administração dos medicamentos ocorre ao longo da quarta-feira, e a paciente permanece em observação durante esse período, sendo acompanhada pela equipe de enfermagem e, eventualmente, pela equipe de serviço social e psicologia. A alta hospitalar ocorre na manhã de quinta-feira, que é o dia em que o médico responsável comparece ao hospital para concluir o procedimento e liberar a paciente.

Esse relato evidencia que, embora o aborto legal esteja previsto e regulamentado na instituição, sua efetivação depende da disponibilidade de dois médicos e está condicionada às suas agendas semanais. Além disso, revela como o procedimento se organiza dentro de uma rotina pré-determinada, com intervalos específicos e padronizados, o que limita a flexibilidade do atendimento e o tempo de cuidado oferecido às mulheres em situação de vulnerabilidade. Tal dinâmica também reforça a percepção de que o serviço de aborto legal não é tratado como uma prioridade institucional contínua, mas como uma atividade pontual e isolada, marcada por dependência de poucos profissionais e pela falta de uma política efetiva de cuidado integral às usuárias.

Durante esta mesma conversa, fui questionada se a coordenadora do serviço social já havia me mostrado os documentos administrativos que formalizam e orientam o procedimento dentro do hospital. Informei que ainda não havia tido acesso a esses materiais, e ele prontamente me sugeriu que procurasse a coordenadora para solicitar cópias. Alguns dias depois, em nova visita ao hospital para recolher mais questionários respondidos, conversei com a coordenadora e ela se mostrou solícita, imprimindo as cópias dos documentos e apenas pedindo que, ao incluir esses materiais na pesquisa, fosse retirado o timbre institucional.

Esses documentos[45] fornecidos são fundamentais para compreender não apenas o percurso administrativo que as pacientes percorrem, mas também as formas de regulação institucional que moldam o acesso ao aborto legal. O primeiro documento, denominado “Fluxo Violência”, descreve passo a passo o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, evidenciando como se articula a rede de cuidados dentro do hospital. O segundo documento é o Parecer Técnico, assinado pelo médico, que atesta a compatibilidade da idade gestacional com a data alegada da violência sexual, com base em exames físicos, ginecológicos e de ultrassonografia. Já o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assegura a anuência consciente da gestante — e de seu responsável legal, quando necessário — ao procedimento. O termo de relato circunstanciado detalha, sob a perspectiva da gestante e do profissional de saúde (geralmente o assistente social), as circunstâncias da violência e as razões que motivam o pedido de interrupção. Há ainda o termo de responsabilidade, também assinado pela gestante e responsável legal, que reafirma

[45] Anexos H a N.

a decisão. Por fim, o termo de aprovação do procedimento de interrupção reúne as assinaturas do psicólogo, do assistente social, do enfermeiro e do diretor ou responsável pela instituição, validando formalmente a interrupção da gestação nos termos previstos pela lei.

A obtenção desses documentos foi essencial para o aprofundamento analítico desta pesquisa, pois eles não apenas ilustram a burocracia que estrutura o aborto legal como também revelam a teia de responsabilizações e aprovações exigida institucionalmente. Esses papéis demonstram que, para além de um direito legal, o acesso ao aborto em casos de violência sexual está mediado por uma série de dispositivos formais que funcionam tanto como garantias quanto como potenciais barreiras — dependendo do modo como são interpretados e operados por cada profissional envolvido.

Essa abordagem tecnicista pode ser eficaz, mas negligencia os aspectos subjetivos e sociais envolvidos no atendimento às mulheres, como o acolhimento, o sigilo e o suporte emocional — elementos ressaltados por assistentes sociais e psicólogos.

3.2.4.3 Categoria 3: Avaliação sobre suporte institucional, acessibilidade e recursos

Tabela 72 – Questão 6 – Questionário: Médicos

6. Há a necessidade de registro de boletim de ocorrência para acessar o serviço de aborto legal?	
Sim	**Não**
	1

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 73 – Questão 7 – Questionário: Médicos

7. Como avalia o suporte disponível nesse hospital para garantir o acesso das mulheres que procuram o serviço de aborto legal?				
Muito bom	**Bom**	**Regular**	**Insuficiente**	**Em branco**
	1			

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 74 – Questão 8 – Questionário: Médicos

8. Você avalia que possa ocorrer situações de resistência dos profissionais da medicina e/ou enfermagem em atender as mulheres que procuram o serviço de aborto legal?

Sim	Não	É possível	Em branco
1			

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 75 – Questão 9 – Questionário: Médicos

9. Você acredita que as mulheres vítimas de violência sexual têm fácil acesso ao serviço de aborto legal nesse hospital?

Sim, o acesso é fácil e rápido	O aceso é possível, mas há alguns obstáculos	O acesso é muito difícil	Não sei	Em branco
1				

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 76 – Questão 10 – Questionário: Médicos

10. Qual é a principal dificuldade que você percebe para as mulheres que procuram o aborto legal nesse hospital?

Falta de informação sobre seus direitos	Burocracia no sistema de saúde	Resistência dos profissionais por motivos de ordem pessoal/mora/religioso	Falta de apoio psicológico	Outros	Em branco
1					
1 – Em branco;					

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 77 – Questão 11 – Questionário: Médicos

11. Existe banco de dados para os casos atendidos neste hospital?

Sim	Não	Em branco
	1	

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 78 – Questão 12 – Questionário: Médicos

12. Quais obstáculos a mulher pode enfrentar ao procurar um serviço de aborto legal?
Informação

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 79 – Questão 17 – Questionário: Médicos

17. Você considera o tempo de atendimento suficiente para os casos de aborto legal, desde o atendimento inicial até a realização do procedimento?		
Sim	**Não**	**Em branco**
1		

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Avaliou positivamente o suporte institucional destinado ao atendimento de mulheres que buscam o aborto legal, classificando-o como “muito bom”. No entanto, sua própria análise revela que essa percepção está longe de significar um funcionamento pleno e livre de entraves. Ele reconhece que há resistência significativa por parte de outros profissionais, especialmente motivada por convicções morais e religiosas, o que impacta diretamente na efetivação do direito ao procedimento.

Em relação à acessibilidade, o médico considera que o acesso ao aborto legal é possível, embora admita a presença de obstáculos concretos que dificultam a experiência das usuárias. A principal dificuldade apontada por ele é justamente a resistência moral de outros profissionais, o que corrobora os relatos de demais categorias da equipe multiprofissional, como psicólogos(as) e assistentes sociais.

Apesar de relatar que o tempo de atendimento é, em sua percepção, suficiente para a realização do procedimento, o médico destaca a escassez de recursos humanos e a precariedade da estrutura física como fatores limitadores importantes, especialmente em um hospital público que lida com alta demanda. Além disso, contrariando uma expectativa institucional de organização, ele afirma que não há banco de dados estruturado para registrar e acompanhar os casos de aborto legal, o que compromete a transparência, a avaliação de políticas e o cuidado longitudinal.

Por fim, o médico identifica a informação insuficiente como o principal obstáculo enfrentado pelas mulheres, destacando a necessidade de que as pacientes cheguem ao serviço já munidas de conhecimentos sobre seus direitos — o que, implicitamente, revela a ausência de estratégias institucionais de educação em saúde e acolhimento informativo dentro da própria rede pública.

3.2.4.4 Categoria 4: Crenças pessoais e percepção jurídico-social

Tabela 80 – Questão 13 – Questionário: Médicos

13. Você entende que suas crenças pessoais sejam capazes de afetar a maneira como orienta as pacientes sobre o aborto legal?

Sim, muito	Sim, de maneira limitada	Não, sou totalmente imparcial	Não sei	Em branco
	1			

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 81 – Questão 14 – Questionário: Médicos

14. Você acha que o sistema jurídico/social protege adequadamente as mulheres que precisam do serviço de aborto legal?

Sim, plenamente	Em parte, mas há falhas	Não, o sistema é muito falho	Não sei	Em branco
	1			

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 82 – Questão 15 – Questionário: Médicos

15. Você sente necessidade de debates entre os profissionais da medicina/enfermagem sobre direito reprodutivo e aborto legal?

Sim, com urgência	Sim, seria útil	Não, é suficiente como está	Não tenho opinião	Em branco
	1			

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 83 – Questão 16: Questionário Médicos

16. Qual sua posição pessoal sobre o direito da mulher em interromper uma gestação nos casos previstos na lei?

Sou contra	Sou a favor	Não tenho opinião	Em branco
	1		
Porque			
1 – Em branco;			

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 84 – Questão 18 – Questionário: Médicos

18. Você já acionou objeção de consciência na sua prática?

Sim	Não	Em branco
	1	
porque?		
1 - A decisão não é minha.		

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

O médico entrevistado se declara totalmente imparcial em relação às suas crenças pessoais, afirmando que elas não interferem na orientação prestada às pacientes que buscam o aborto legal. Essa postura se alinha a um compromisso ético-profissional que reconhece a autonomia da mulher como princípio central no cuidado reprodutivo. Nesse sentido, ele se posiciona favorável à realização do aborto nos casos previstos em lei e destaca que, pessoalmente, não possui objeções em realizar o procedimento em gestações de até 24 semanas[46], pois em sua opinião, fetos até período são inviáveis e incompatíveis com a vida extrauterina.

Ao avaliar o sistema jurídico brasileiro, o profissional considera que este oferece proteção parcial às mulheres, reconhecendo que, embora existam garantias legais, sua efetivação ainda esbarra em barreiras estruturais e simbólicas. Nesse contexto, ele também enfatiza a urgência de debates mais amplos dentro da medicina sobre os direitos reprodutivos, sinalizando que o tema ainda é pouco discutido nas instâncias formais de formação e prática médica, o que contribui para a persistência do estigma e da desinformação entre colegas de profissão.

Importa esclarecer que, ao contrário do que se poderia supor, ele não acionou objeção de consciência para se recusar a realizar o procedimento. Pelo contrário, sua fala indica um entendimento de que a decisão não lhe pertence, mas à mulher, e que sua atuação como médico é garantir que esse direito seja respeitado e executado com base na legislação vigente e na ética profissional. Tal declaração revela não uma contradição, mas uma posição crítica e reflexiva, que reforça a importância da autonomia da paciente e do papel do profissional como executor da política pública, e não como seu julgador moral.

Esse posicionamento, embora ainda isolado dentro do corpo médico da instituição, é significativo por representar um modelo de conduta ética comprometido

[46] Opinião expressada durante o preenchimento do questionário.

com a justiça reprodutiva. Ao afirmar que não vê impedimento em realizar abortos de fetos até 24 semanas, ele rompe com a lógica da moral religiosa que frequentemente permeia os discursos sobre o aborto legal, e contribui para uma abordagem mais técnica, sensível e alinhada com os direitos humanos das mulheres.

3.2.4.5 Categoria 5: Desafios enfrentados, sugestões e experiências vivenciadas

Tabela 85 – Questão 19 – Questionário: Médicos

19. Quais são os maiores desafios que você enfrenta ao lidar com casos de aborto legal?
1 - Recursos humanos, pavas[47]

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 86 – Questão 20 – Questionário: Médicos

20. Que mudanças poderiam melhorar o atendimento a essas mulheres?
1 - Dinheiro e estrutura física adequada

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Tabela 87 – Questão 21 – Questionário: Médicos

21. Existe outras informações ou experiências no exercício da sua profissão relacionadas a temática da pesquisa que você gostaria de compartilhar?
1 - Teve um caso de doação após o nascimento no tempo de residência em minas gerais, onde a paciente chamada Lorena, muito bonita, 21 anos, corpo muito bonito, 39 semanas, quando a criança nasceu gritando de um lado e a criança do outro, a paciente gritava que não queria ver a criança, foi quando me informaram que a recusa era por ser uma gravidez resultando de estupro. Já aqui no hospital, teve um caso de uma menina de 11 anos, onde segundo a mãe que a acompanhava teve duas relações consentidas, foi realizado o aborto legal.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Entre os principais desafios enfrentados no contexto do aborto legal, o médico entrevistado destacou a escassez de recursos humanos e materiais como um dos principais entraves à garantia de um atendimento adequado. Em sua perspectiva, a sobrecarga da equipe e as limitações estruturais do hospital comprometem a efetividade da assistência prestada às mulheres que procuram exercer um direito legal e garantido pelo Estado. Nesse sentido, a principal sugestão de melhoria apresentada

[47] É a sigla para Programa de Atenção às Vítimas de Abuso Sexual.

diz respeito à necessidade de maior investimento institucional, tanto em termos de financiamento quanto de ampliação e qualificação da estrutura física disponível.

No relato de sua experiência profissional, o médico trouxe à tona dois casos clínicos específicos: o primeiro, envolvendo uma paciente adulta em trabalho de parto que optou pela entrega voluntária da criança para doação; o segundo, referente à realização de um aborto legal em uma menina de 11 anos. Embora esses episódios revelem aspectos importantes do cotidiano da prática médica diante de situações complexas, a forma como foram narrados suscita questões relevantes do ponto de vista ético e simbólico.

Em particular, o primeiro relato contém uma ênfase excessiva na aparência física da paciente, com descrições detalhadas de seu corpo e juventude — elementos que não são pertinentes ao caso clínico e que reforçam a objetificação da mulher no discurso médico. Esse tipo de abordagem, ainda que inconsciente, reproduz uma lógica historicamente presente nas práticas biomédicas, na qual o corpo feminino é tratado como objeto de observação, controle e julgamento, mesmo em situações de vulnerabilidade e sofrimento.

Do ponto de vista sociológico e ético, esses relatos evidenciam a persistência de elementos simbólicos de gênero e poder na linguagem e na prática médica. Mesmo quando há intenção de cuidado ou registro técnico, a forma de narrar pode reforçar desigualdades estruturais, colocando em questão a necessidade de formação crítica e ética que vá além do domínio técnico. Em um serviço de aborto legal, em especial, é fundamental que o discurso profissional esteja comprometido com a autonomia, a dignidade e a subjetividade das pacientes, evitando qualquer forma de exposição ou julgamento moral.

3.2.5 Síntese comparativa das categorias por Grupo Profissional

3.2.5.1 Categoria 1: Perfil, experiência profissional e capacitação

***Tabela 88* – Comparativo Categoria 1**

Categoria	Formação/ Especialização	Tempo de atuação com aborto legal	Capacitação em aborto legal	Sensação de preparo para atendimento
Assistentes Sociais	Serviço Social / Políticas	Maioria com mais de 5 anos	6 de 8 não receberam	5 sim / 3 parcialmente ou não

	Públicas, Saúde Coletiva			
Psicologia	Psicologia Clínica / Hospitalar / EMDR	1 a 5 anos predominante	4 de 6 não receberam	2 sim / 4 não
Enfermagem	Obstetrícia, Neonatologia, Saúde da Mulher	Muita variação / maioria já atuou ou não atua mais	11 de 14 não receberam	3 sim / 4 não / 6 parcialmente
Medicina	Ginecologia / Cirurgia Ginecológica	Mais de 5 anos	Sim	Sim

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

A falta de capacitação sistemática é um problema transversal, mais grave entre enfermagem e psicologia. Apenas o médico se sente totalmente preparado, mas esse preparo é individual, não institucional. A atuação dos assistentes sociais se sustenta na ética profissional e vivência prática.

3.2.5.2 Categoria 2: Conhecimento do fluxo de atendimento do hospital

Tabela 89 – Comparativo Categoria 2

Categoria Profissional	Conhecimento do fluxo
Assistentes sociais	Completo e articulado com visão crítica
Psicólogas	Parcial, com lacunas e dúvidas sobre etapas
Enfermeiros(as)	Majoritariamente ausente ou fragmentado
Médico	Completo, mas com foco técnico e sem menção a aspectos subjetivos

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

O conhecimento do fluxo é mais claro nas equipes que fazem o acolhimento inicial (serviço social e psicologia). A enfermagem, apesar de ser linha de frente, apresenta alto grau de desinformação ou exclusão institucional. O médico entende o fluxo como um procedimento técnico, evidenciando uma abordagem biomédica.

3.2.5.3 Categoria 3: Avaliação sobre suporte institucional, acessibilidade e recursos

Tabela 90 – Comparativo Categoria 3

Categoria Profissional	Suporte do hospital	Resistência de outros profissionais	Avaliação dos recursos
Assistentes sociais	Regular a bom	Médicos e enfermagem resistem	Há recursos, mas insuficientes
Psicólogas	Regular	Médicos	Insuficientes (falta tempo e estrutura)
Enfermeiros(as)	Varia entre regular e evasivo	Reconhecem resistência geral, inclusive pessoal	Muitos não responderam ou desconhecem
Médico	“Bom”	Sim, mas sem aprofundamento	Foco em estrutura física, sem menção à equipe

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Há concordância geral sobre a existência de obstáculos institucionais e resistência moral/religiosa, com impacto direto na acessibilidade. As assistentes sociais e psicólogas têm maior clareza crítica sobre esses entraves. A enfermagem revela resistência velada ou naturalizada.

3.2.5.4 Categoria 4: Crenças pessoais e percepção jurídico-social

Tabela 91 – Comparativo Categoria 4

Categoria Profissional	Influência de crenças pessoais	Posição sobre aborto legal	Percepção do sistema jurídico
Assistentes sociais	Não interfere no atendimento	Todas a favor	Proteção às mulheres é parcial ou falha
Psicólogas	Duas influenciadas; outras negam influência	Divididas: 3 a favor, 3 contra ou ambíguas	Falta proteção e justiça
Enfermeiros(as)	A maioria influenciada por religião	Poucos a favor; muitos omitiram ou disseram “depende”	Visão crítica, mas pouco aprofundada
Médico	Diz que não interfere	A favor	Reconhece falhas, mas não propõe soluções

Fonte: dados da pesquisa,2025.

A enfermagem é a categoria mais influenciada por crenças pessoais e com maior número de profissionais neutros ou indecisos quanto ao direito ao aborto. As assistentes sociais têm posicionamento mais politizado e crítico, alinhado com a ética profissional e a justiça reprodutiva. O médico afirma neutralidade.

3.2.5.5 Categoria 5: Desafios enfrentados, sugestões e experiências vivenciadas

Tabela 92 – Comparativo Categoria 5

Categoria Profissional	Principais desafios	Propostas	Experiências relatadas
Assistentes sociais	Resistência médica, estrutura precária, burocracia	Capacitação, ampliação da rede, melhoria no fluxo	Relatos densos e politizados
Psicólogas	Falta de preparo, sofrimento psíquico das pacientes	Formação contínua, escuta qualificada	Poucas experiências, mas com sofrimento
Enfermeiros(as)	Falta de conhecimento, silêncio institucional	Treinamento, clareza de fluxos	Muitos não relataram ou omitiram
Médico	Falta de estrutura e pessoal	Capacitação e mais médicos	Relato técnico, com linguagem problemática

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Todos os grupos identificam limitações estruturais e simbólicas no atendimento. As propostas de melhoria convergem em torno de humanização, qualificação técnica e políticas públicas eficazes. A experiência relatada pelo médico, com ênfase corporal e distanciamento afetivo, reforça a necessidade de formação ética interseccional.

A significativa falta de capacitação apontada pelos respondentes das categorias profissionais dialoga diretamente com as reflexões de Maynara Costa (2023) em seu artigo “Políticas da Travessia: Capacitação, estigma e sofrimento no acesso ao aborto legal”, onde a autora destaca que, mesmo em instituições que dispõem de um programa específico de atendimento, persiste o desconhecimento de rotinas e protocolos por parte de muitos profissionais. No estudo de Costa, a médica Leona enfatiza que a capacitação não se limita à técnica do procedimento, mas envolve o esclarecimento das atribuições de cada membro da equipe e a importância de um atendimento humanizado e ético. Essa dimensão pedagógica da capacitação, que ultrapassa a simples formação técnica, também foi evidenciada pelas falas de

alguns profissionais na maternidade estudada nesta pesquisa, que relataram não saber como proceder ou não se sentirem confortáveis para lidar com os casos. Além disso, a assistente social Rubi, no artigo de Costa (2023), ressalta que a ausência de capacitação pode reforçar a resistência institucional ao aborto legal, pois os profissionais que não dominam o fluxo ou desconhecem seu papel acabam optando por não participar.

3.2.6 Análise comparativa geral

Tabela 93 – Análise Comparativa geral

Categoria	Assistentes Sociais (8)	Psicólogos (6)	Enfermeiros (14)	Médico (1)
Gênero dominante	Feminino (7/8)	Feminino (100%)	Feminino (12/14)	Masculino
Cor	Majoritariamente pardas	Misto entre brancas e pardas	Misto entre brancos e pardas	Branco
Religião	Majoritariamente cristã	Majoritariamente cristã	Majoritariamente cristã	Ateu
Formação específica	Serviço Social	Psicologia clínica/hospitalar	Obstetrícia, UTI, saúde da mulher	Ginecologia e cirurgia
Capacitação sobre aborto legal	2 sim / 6 não	2 sim / 4 não	2 sim / 11 não	1 sim
Sente-se preparado(a)?	5 sim / 3 parcialmente	2 sim / 4 não	3 sim / 4 não / 6 parcialmente	1 sim
Conhece o fluxo institucional?	Sim (todos)	Sim (com variações)	Parcial / muitos não sabem	Sim, resumido
Avaliação do suporte institucional	Regular/insuficiente (6/8)	Bom (4), regular (2)	Bom (6), muito bom (3), regular (1), insuficiente (1)	Bom (1)
Resistência institucional percebida	Sim (7/8)	Sim (3/6)	Sim (5), possível (7)	Sim (1)
Percepção de acesso ao aborto legal	5 com obstáculos	3 com obstáculos	7 com obstáculos	1 com obstáculos
Obstáculo mais citado	Moral/religião de profissionais	Estigma / falta de ética	Resistência / desinformação	Falta de informação
Banco de dados institucional?	Não claro	Dividido: 3 sim, 3 não	3 sim, 6 não, 5 não sabem	Não
Crenças pessoais afetam atendimento?	1 sim / 6 não	2 sim / 4 não	7 sim ou parcialmente / 5 não	Não

Já acionou objeção de consciência?	Não perguntado	Não perguntado	4 sim / 7 não	Não
Necessidade de debate profissional?	8 sim	5 sim	11 sim	Sim
É a favor do aborto legal?	8 a favor	2 a favor / 3 contra	4 a favor / 2 contra / 7 neutros	A favor
Principais desafios apontados	Resistência institucional / falta de sigilo	Culpabilização / medo / revitimização	Desinformação / estigma / estrutura	Recursos humanos / estrutura
Propostas de melhoria	Capacitação / sigilo / fluxograma	Humanização / espaço próprio / capacitação	Acolhimento / capacitação / estrutura	Estrutura física e financiamento
Experiências relatadas	Casos de enfrentamento institucional e judicial	Poucas / centradas na escuta emocional	Poucas / com relatos de preconceito	Dois casos clínicos (um com viés problemático)

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

A partir da proposta de Veena Das e Deborah Poole (2008), é possível compreender que o Estado não se expressa apenas por sua presença normativa e centralizada, mas também — e sobretudo — por suas práticas cotidianas nos “márgenes”, onde a legalidade é negociada, os direitos são condicionados e a burocracia assume contornos morais e generificados. No caso do serviço de aborto legal na maternidade estudada, o Estado é constantemente reconfigurado por suas administradoras, que atuam com e pelo Estado, mas também contra ele, operando por meio de saberes morais, omissões institucionais e improvisações regulatórias. A ausência de fluxo, a moral religiosa nos atendimentos e a invisibilidade da enfermagem são expressões de uma racionalidade estatal generificada, moralizada e precariamente legível, na qual o direito à justiça reprodutiva se torna exceção, e não regra.

3.2.7 Em branco

Tabela 94 – Respostas em branco por categoria profissional

Grupo	Número de Participantes	Total estimado de respostas em branco	Média por participante	Principais áreas de omissão
Assistentes Sociais	8	~7	0,9	Idade, justificativas

				éticas, relatos pessoais
Psicólogos	6	~4	0,67	Experiências pessoais, algumas perguntas sobre opinião
Enfermeiros	14	~20	1,43	Fluxo institucional, opinião pessoal, objeção de consciência
Médico	1	~2	2,0	Justificativas (várias respostas vagas ou não preenchidas)

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Neste tópico, analisamos os silêncios — compreendidos aqui não como simples ausências de resposta, mas como práticas discursivas e institucionais reveladoras. O que não foi dito pelos profissionais dos serviços de saúde no lócus da pesquisa não se configura como um vazio, mas como expressão de resistências, conflitos éticos, medos institucionais e lacunas formativas. Ao contrário do que se pensa, o silêncio, nas Ciências Sociais, fala — e muito.

Nas palavras de Michel Foucault (1996), o silêncio não é ausência de discurso, mas parte dele. Em instituições disciplinares como os hospitais, o que pode ser dito ou calado é regulado por relações de saber e poder. A desinformação e o silêncio institucional observados neste estudo podem ser compreendidos como dispositivos de controle, à luz do conceito de biopoder de Foucault (2022): o poder que se exerce sobre os corpos para regulá-los, normatizá-los e sujeitá-los à moral dominante.

A pesquisa realizada com assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e um médico mostra que, em maior ou menor grau, todos os grupos apresentaram omissões em respostas-chave. No entanto, a enfermagem se destacou com o maior número absoluto e proporcional de respostas em branco, principalmente em perguntas que exigiam posicionamento ético, opinião pessoal ou relato de experiências diretas.

A presença do silêncio é especialmente significativa em perguntas como:

a) A posição pessoal sobre o aborto;
b) A justificativa para objeção de consciência;
c) O conhecimento sobre o fluxo de atendimento;

d) O relato de experiências profissionais.

O silêncio, nesses casos, é um marcador da moral, do medo, da ambivalência profissional e da desigualdade hierárquica dentro da estrutura hospitalar. A enfermagem, composta majoritariamente por mulheres, cristãs e de classe trabalhadora, ocupa uma posição subalterna na hierarquia hospitalar. Muitas vezes, esses profissionais atuam no limite da obediência institucional, enfrentando sobrecarga, estigma e ausência de respaldo.

> “Não sei informar”,
> “em branco”,
> “nunca lidei com o tema” — essas frases são comuns no grupo da enfermagem.

A análise dos questionários revela que, mesmo em um serviço legalmente previsto, o aborto é envolto em silêncios, omissões e recusas simbólicas, em consonância com o que Porto (2009) chamou de “cultivo ao segredo”. Esse cultivo configura uma prática institucional de manutenção do controle sobre os corpos femininos e dos limites impostos à agência das mulheres no campo da saúde reprodutiva. Embora o único médico respondente tenha sido tecnicamente direto, seu questionário também apresenta ausência de justificativas éticas e um relato final problemático, marcado por falta de reflexão ética sobre violência infantil (uso da expressão "relações consentidas" para uma menina de 11 anos); descrição corporal da paciente em situação de vulnerabilidade e falta de elaboração sobre sua objeção de consciência ("a decisão não é minha").

Aqui, o silêncio não é defensivo, mas sintoma da desimplicação clínica, de um modelo biomédico masculino que evita o envolvimento emocional e transfere a responsabilidade à paciente ou à lei. É o silêncio do poder, que não precisa se justificar.

Assistentes sociais e psicólogas, por sua vez, responderam de forma mais completa e crítica, mas mesmo assim omitiram relatos pessoais e detalhes sobre conflitos institucionais. Esse silêncio é diferente: ele parece vir do cansaço, da repetição, da frustração. São profissionais que carregam a escuta da dor das mulheres, mas muitas vezes não encontram respaldo institucional para garantir os direitos previstos em lei. O silêncio aqui é um grito não ouvido pelas chefias, pelas gestões e pelas políticas públicas.

Flávia Motta (2008), em uma pesquisa etnográfica em Porto Alegre e Florianópolis, onde entrevistou mulheres idosas que realizaram abortos entre as décadas de 1930 6 1960, explora que as mulheres que praticam aborto estão inseridas em "redes morais diversas". Essas redes morais podem ser entendidas como os diferentes sistemas de valores, crenças e normas que influenciam a percepção e as decisões das mulheres em relação ao aborto. Essas redes não são homogêneas nem sempre consistentes, e podem incluir a *Moral Religiosa* que condenam o aborto como pecado e tem papel significativo na formação da moral de muitas mulheres. Essa moral religiosa pode levar ao sentimento de culpa e vergonha em relação ao aborto. A autora detecta também a *Moral Social e Familiar*, onde as expectativas da família e da comunidade, assim como os papeis de gêneros tradicionais (como ser mãe e dona de casa), podem influenciar a visão sobre o aborto. As experiências de vida pessoal, a situação econômica, a saúde e as relações afetivas também contribuem para a formação da moral individual, a qual a autora nomeou como *Moral Individual e Experiencial*.

O conhecimento tradicional sobre o corpo, a gestação e os métodos contraceptivos, transmitidos entre mulheres, forma uma rede moral alternativa que muitas vezes entra em conflito com a moral médica e religiosa, chamada de *Saberes Populares e Femininos*. E por fim, a *Moral Médica* e jurídica constituída pelas leis e discursos médicos sobre o aborto. A criminalização do aborto e o acesso limitado a serviços de saúde reprodutiva influenciam as escolhas e experiências das mulheres.

A pesquisa, ao constatar um desconhecimento significativo sobre o aborto legal e um elevado índice de objeção de consciência entre os enfermeiros de uma maternidade que oferece esse procedimento, dialoga diretamente com as reflexões apresentadas por Flávia Motta. Embora Motta (2008) se debruce sobre um período histórico distinto e empregue uma abordagem etnográfica, seus apontamentos sobre o silêncio, a ambiguidade e as complexas redes morais que cercam o aborto no Brasil encontram eco na realidade contemporânea da maternidade estudada.

Em primeiro plano, a cuidadosa contextualização histórica e social do aborto oferecida por Motta (2008) torna-se essencial. A autora demonstra como, desde a primeira metade do século XX no Sul do Brasil, o aborto tem sido envolto por silêncios e representações contraditórias. Essa herança cultural e histórica molda a percepção social do aborto ainda hoje. Desse modo, o desconhecimento observado entre os enfermeiros não deve ser interpretado como uma falha individual, mas como um

reflexo desse silêncio histórico e da dificuldade em lidar com um tema socialmente complexo e moralmente carregado. A objeção de consciência, por sua vez, surge nesse contexto como manifestação individual de resistência a um procedimento que, embora legal, continua a carregar estigmas históricos e morais profundos.

A análise de Motta (2008) acerca das “redes morais diversas” que influenciam as mulheres que praticam aborto ajuda a compreender a moralidade que perpassa a prática dos profissionais de saúde. Transpondo essa noção para o contexto da pesquisa, pode-se perceber que os enfermeiros, assim como as mulheres do estudo de Motta, estão imersos em um emaranhado de valores, crenças e normas que moldam suas atitudes diante do aborto legal. A moral religiosa, as expectativas sociais e familiares, as convicções pessoais e as experiências de vida se entrelaçam com a moralidade profissional e jurídica que estrutura a oferta do procedimento na maternidade. O elevado índice de objeção de consciência entre esses profissionais pode ser compreendido como a prevalência de determinadas redes morais – notadamente a religiosa ou a social, que historicamente condenam o aborto – sobre a moralidade institucional e legal. Essa tensão entre diferentes sistemas de valores gera um campo de conflito ético e prático que impacta diretamente as rotinas de cuidado.

O conceito de “contexto de poder” apresentado por Motta também se revela fundamental para analisar a dinâmica institucional da maternidade. A autora argumenta que o aborto se insere em um cenário de disputa entre diversos saberes: os populares e femininos, de um lado, e os saberes médico, religioso e jurídico-institucional, de outro. No campo pesquisado, essa dinâmica de poder se materializa na própria estrutura hospitalar. O desconhecimento identificado entre os enfermeiros pode sinalizar não apenas uma falha na difusão e assimilação do saber técnico-científico e jurídico, mas também a força de outros saberes – como as crenças pessoais e religiosas – que se impõem sobre o conhecimento institucionalizado. A objeção de consciência, assim, pode ser vista como uma forma de exercer poder individual e de resistência simbólica, diante de uma estrutura que, mesmo respaldada pela lei, ainda é atravessada por disputas morais e políticas.

Por fim, Motta (2008) evidencia o conflito permanente entre os saberes populares e femininos sobre o corpo e a gestação e os saberes hegemônicos de ordem biomédica, jurídica e religiosa. Essa contradição também está presente no serviço de aborto legal estudado. O saber técnico-científico que fundamenta o aborto legal convive com outras formas de conhecimento e de moralidade presentes entre os

profissionais de saúde, em especial os enfermeiros. O desconhecimento observado pode ser interpretado como expressão da lacuna entre esses diferentes saberes, enquanto a objeção de consciência emerge como apego a valores e crenças que se opõem ao conhecimento jurídico e médico institucionalizado.

3.2.8 Dados oficiais?

Os dados utilizados nesta análise foram obtidos por meio da plataforma TABNET/DATASUS, seguindo os protocolos descritos no “Passo-a-passo de acesso aos dados de aborto legal” (anexo G), disponibilizado pelo Ministério da Saúde. A consulta foi realizada especificamente para o município de Imperatriz, tendo como estabelecimento selecionado a Maternidade. Foram extraídas as internações por aborto por razões médicas e legais (CID-10), com posterior filtragem por raça/cor e faixa etária.

É importante destacar que o sistema de codificação não obriga a discriminação da causa do abortamento legal (se por anencefalia, risco de morte, ou violência sexual), o que limita a precisão qualitativa dos dados. Ainda assim, os registros permitem visualizar tendências temporais, perfis sociodemográficos e volume de atendimento, os quais dialogam diretamente com os achados qualitativos desta dissertação.

Tabela 95 – Número de internações por aborto legal (2015-2025*)

	2025	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015
Janeiro	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0
Fevereiro	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Março	-	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Abril	-	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Maio	-	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Junho	-	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0
Julho	-	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0
Agosto	-	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Setembro	-	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Outubro	-	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Novembro	-	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Dezembro	-	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0
Total	1	9	6	8	2	-	4	2	1	1	-

Fonte: Elaborada pela autora a partir da plataforma TABNET/DATASUS, 2025.
*Dados atualizados até fevereiro de 2025, conforme plataforma DATASUS/SIH/SUS.

Esse número é extremamente baixo se comparado à população da cidade e ao número estimado de casos de violência sexual registrados no Estado do Maranhão como demonstra os dados da pesquisa mencionada nas considerações iniciais. Isso reforça o argumento central da dissertação: o direito ao aborto legal existe na norma, mas não se efetiva como política pública ampla e acessível. A subnotificação e o apagamento institucional são evidentes.

Tabela 96 – Perfil por cor/raça das pacientes

	2025	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015
Janeiro			parda	parda					parda		
Fevereiro	parda	parda		parda							
Março							parda				
Abril			parda				parda				
Maio							parda				
Junho		parda	parda	parda 2	parda						
Julho		parda	parda	parda 3							
Agosto		parda									
Setembro				parda				parda			
Outubro		parda					parda				
Novembro		parda 2	parda								
Dezembro		parda 2	parda		parda			parda		parda	

Fonte: elaborada pela autora a partir da plataforma TABNET/DATASUS, 2025.

Os dados mostram uma hegemonia de mulheres pardas entre as que conseguiram acessar o aborto legal, parda foi a única categoria registrada em todos os meses com internação e não há registros de mulheres brancas, pretas, indígenas ou amarelas.

Tabela 97 – Perfil etário das pacientes

	2025	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015
janeiro			15 a 19 anos	25 a 29 anos					20 a 24 anos		
fevereiro	15 a 19 anos	30 a 34 anos		25 a 29 anos							
março							15 a 19 anos				
abril			40 a 44 anos				35 a 39 anos				
maio							10 a 14 anos				
junho		25 a 29 anos	35 a 39 anos	15 a 19 anos / 30 a 34 anos	15 a 19 anos						
julho		35 a 39 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos / 35 a 39 anos / 40 a 44 anos							
agosto		10 a 14 anos									
setembro				20 a 24 anos				25 a 29 anos			
outubro							20 a 24 anos				
novembro		30 a 34 anos / menor 1 ano	25 a 29 anos		20 a 24 anos						
dezembro		10 a 14 anos / 40 a 44 anos	20 a 24 anos					35 a 39 anos		10 a 14 anos	
total	1	9	6	8	2	0	4	2	1	1	0

Fonte: Elaborada pela autora a partir da plataforma TABNET/DATASUS, 2025.

A filtragem por faixa etária revelou uma forte concentração em adolescentes e jovens adultas e um caso com idade registrada como menor de 1 ano (possível erro de sistema). Esses dados evidenciam a vulnerabilidade de adolescentes e jovens ao contexto de violência sexual e gravidez forçada. A presença de crianças entre 10 e 14 anos confirma que o aborto legal é mecanismo central de proteção contra a perpetuação de traumas e a maternidade compulsória infantil.

Os dados do DATASUS, ainda que limitados, comprovam empiricamente o que foi observado qualitativamente no campo: o aborto legal em Imperatriz é um direito sob constante ameaça, operando em escala mínima, marcada por resistências e moralização. Mulheres jovens e pardas constituem o principal grupo atendido, o que reforça a centralidade da perspectiva interseccional e da justiça reprodutiva como ferramentas analíticas e políticas.

3.2.9 Os Planos Estaduais e a agenda de direitos reprodutivos no Estado do Maranhão

A análise das políticas públicas voltadas às mulheres e à saúde no Maranhão revela um cenário ambíguo em relação à efetivação dos direitos reprodutivos. O III Plano Estadual de Políticas para as Mulheres (2022–2026) aponta como diretriz o fortalecimento da rede de atenção integral às mulheres em situação de violência, incluindo a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, com destaque para a promoção da saúde da mulher e a prevenção da mortalidade materna. O documento insere-se em um marco normativo mais amplo, alinhado às políticas nacionais de enfrentamento à violência de gênero, mas não explicita de forma clara o lugar do aborto legal como política pública de saúde. A ausência de menção direta ao procedimento reforça a lógica de silenciamento e marginalização, tratando-o como questão periférica em vez de direito garantido.

O Plano Estadual de Saúde (2024–2027), por sua vez, apresenta metas para a saúde materno-infantil, redução da mortalidade e fortalecimento da Rede Cegonha. No entanto, o documento privilegia a dimensão preventiva e assistencial da maternidade, sem incorporar de modo explícito o aborto legal como parte integrante da atenção obstétrica. Tal lacuna confirma a distância entre o discurso institucional de promoção da saúde integral e a realidade encontrada no campo, onde o serviço existe

de forma intermitente, sustentado mais pela iniciativa de sujeitos éticos do que por diretrizes institucionais consolidadas.

Ao cotejar esses planos com os dados da pesquisa empírica, observa-se um descompasso entre a retórica estatal e a prática cotidiana. Enquanto os documentos enfatizam compromissos com a integralidade do cuidado e a equidade de gênero, no hospital investigado os profissionais relatam ausência de protocolos padronizados, falta de capacitação e resistência moral de parte da equipe. Em outras palavras, mesmo quando o Estado formula políticas de caráter universalista, a implementação concreta revela silêncios institucionais e moralizações que limitam o acesso ao aborto legal.

Assim, tanto o III PEPM quanto o PES exemplificam a ambiguidade das políticas públicas reprodutivas no Brasil: reconhecem a importância da saúde da mulher e do enfrentamento da violência, mas evitam nomear diretamente o aborto legal como componente legítimo da política de saúde. Esse vazio discursivo reflete, em escala estadual, a mesma lógica de segredo e exceção identificada no campo empírico, reiterando que o direito ao aborto legal permanece condicionado, mais do que garantido.

A formulação de planos estaduais, tanto na área de políticas para as mulheres quanto na saúde, constitui-se como um instrumento estratégico do Estado para organizar, priorizar e avaliar as ações públicas. Esses documentos, em tese, deveriam refletir os compromissos do poder público com a garantia de direitos sociais, inclusive os direitos sexuais e reprodutivos. No entanto, a análise do III PEPM e do PES revela que a presença da agenda reprodutiva aparece de modo parcial, frequentemente diluída em categorias amplas, sem enfrentar diretamente as contradições em torno do aborto legal.

O III Plano Estadual de Políticas para as Mulheres apresenta entre seus eixos o fortalecimento da rede de atenção às mulheres em situação de violência e a promoção da saúde integral da mulher. Entretanto, o documento se concentra em ações de enfrentamento à violência doméstica, políticas de inserção no mercado de trabalho e programas de educação, sem detalhar estratégias para a efetivação do direito ao aborto legal, previsto na legislação penal desde 1940. Essa ausência não é casual, mas parte de uma lógica de invisibilidade institucional que tende a evitar a nomeação do aborto como política pública, reduzindo-o a uma questão moral e não de saúde coletiva.

Já o Plano Estadual de Saúde (2024–2027), documento orientador da gestão estadual no âmbito do SUS, enfatiza indicadores como mortalidade materna, neonatal e infantil, além de investimentos em saúde obstétrica e fortalecimento da Rede Cegonha. Embora a redução da mortalidade materna esteja relacionada também ao acesso ao aborto seguro, o plano não o inclui como estratégia explícita. O resultado é uma política que privilegia a maternidade e a reprodução enquanto experiências normativas, deixando de lado aquelas mulheres que, por diferentes razões, precisam recorrer ao aborto legal.

Esse silenciamento institucional conecta-se diretamente aos achados empíricos desta pesquisa. Os profissionais entrevistados relataram ausência de protocolos claros, falta de capacitação continuada e resistência moral no atendimento às mulheres. Ou seja, enquanto os planos mencionam de forma genérica a promoção da saúde integral e a atenção às vítimas de violência, o cotidiano hospitalar evidencia que tais diretrizes não se materializam em práticas consistentes. A lógica de segredo e exceção, apontada no campo, ecoa a lacuna discursiva dos documentos oficiais.

À luz do referencial teórico, pode-se interpretar essa omissão como uma manifestação da biopolítica (FOUCAULT, 2022) e do necrobiopoder (BENTO, 2018). O Estado, ao evitar explicitar o aborto legal como componente da saúde reprodutiva, seleciona quais vidas são dignas de cuidado e quais podem ser negligenciadas. O corpo feminino, como enfatiza Federici (2023), continua sendo um espaço de exploração e controle, naturalizado por discursos institucionais que privilegiam a maternidade como destino normativo. Butler (2019) e Rubin (1993), por sua vez, ajudam a problematizar como esse silenciamento reforça normas de gênero heteronormativas, nas quais a reprodução é centralizada como função social da mulher.

Dessa forma, tanto o III PEPM quanto o PES ilustram um movimento paradoxal: ao mesmo tempo em que afirmam a necessidade de cuidado integral e de enfrentamento às desigualdades de gênero, omitem explicitamente o aborto legal como política pública. Esse paradoxo reafirma a distância entre direitos previstos em lei e sua efetivação concreta, revelando a permanência de uma governamentalidade marcada por moralização, resistência institucional e exclusão das mulheres mais vulneráveis.

Assim, os planos estaduais do Maranhão exemplificam o paradoxo das políticas reprodutivas brasileiras. De um lado, proclamam a promoção da equidade de gênero e da saúde integral; de outro, reproduzem um enquadramento normativo que privilegia a maternidade e silencia o aborto legal. Esse paradoxo reforça a hipótese central desta dissertação: o aborto legal é tratado como exceção, mantido pela atuação isolada de sujeitos éticos, e não como política pública consolidada. Ao omitir-se, o Estado permite que objeções de consciência, resistências morais e precariedades institucionais continuem a limitar o acesso das mulheres a um direito já previsto em lei, perpetuando injustiças reprodutivas que atingem sobretudo as mulheres mais vulneráveis.

Um aspecto relevante identificado no III Plano Estadual de Políticas para as Mulheres do Maranhão (2022–2026) é a escolha terminológica adotada pelo documento. Em vez de empregar a expressão amplamente consolidada de “aborto legal”, o plano utiliza o termo “interrupção da gravidez prevista em lei”. Essa formulação aparentemente técnica revela, no entanto, uma estratégia discursiva que suaviza a carga política e simbólica do tema. Ao deslocar a terminologia, o plano acaba por reforçar a lógica de silêncio e exceção que marca as políticas reprodutivas no Brasil: o aborto é mencionado, mas de modo indireto, quase eufemístico, como se não pudesse ser nomeado. Essa escolha, longe de ser neutra, contribui para a manutenção do estigma em torno do procedimento e para a sua marginalização dentro das políticas públicas de saúde, revelando a persistência da dificuldade institucional de tratar o aborto legal como parte legítima da cidadania reprodutiva.

Tanto o III PEPM quanto o PES adotam a formulação “interrupção da gravidez nos casos previstos em lei”, em lugar da expressão “aborto legal”. No caso do Plano de Políticas para as Mulheres, a escolha discursiva tem caráter político e estratégico: busca enquadrar o procedimento dentro da legalidade já reconhecida pelo artigo 128 do Código Penal, afastando-se de termos que carregam forte estigma social e religioso. Essa formulação, ao mesmo tempo em que protege o texto do documento de reações contrárias, também evidencia os limites de um vocabulário estatal que suaviza a nomeação, contribuindo para a reprodução de ambiguidades e silêncios em torno do tema. Já o PES 2024–2027 reforça a necessidade de capacitação das equipes e da rede de saúde, utilizando igualmente o termo “interrupção da gravidez nos casos previstos em lei”, o que aponta para a permanência dessa escolha institucional. Em ambos os documentos, portanto, a linguagem revela a tensão entre a garantia formal do direito e a dificuldade de tratá-lo de maneira direta, evidenciando

como os planos estaduais reiteram o acesso como prerrogativa legal, mas sem enfrentar plenamente as barreiras simbólicas e morais que persistem no cotidiano dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo central analisar o funcionamento do serviço de aborto legal em uma maternidade de referência no sul do Maranhão, a partir da escuta de profissionais que atuam no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, com base na perspectiva crítica da justiça reprodutiva. A pesquisa empírica foi realizada por meio da aplicação de questionários com quatro grupos profissionais: assistentes sociais (8), psicólogos (6), enfermeiros (14) e médico (1) — todos com algum grau de envolvimento nos processos de acolhimento, avaliação ou execução do aborto legal. O percurso metodológico foi marcado por desafios concretos — burocráticos, éticos e simbólicos — que não apenas dificultaram o acesso ao campo, mas confirmaram a tese de que o aborto legal, ainda que previsto em lei, permanece sob constante disputa e ocultamento nas instituições públicas de saúde.

Ao longo do trabalho de campo, realizado na Maternidade entre dezembro de 2024 e maio de 2025, foi possível identificar uma estrutura frágil, desarticulada e moralmente tensionada, que trata o aborto legal não como um direito garantido, mas como uma exceção incômoda. A análise dos questionários aplicados a assistentes sociais, psicólogas, enfermeiras e um médico revelou profundas desigualdades entre as categorias profissionais no que diz respeito à formação, preparo, posicionamento ético e conhecimento sobre o fluxo institucional.

A análise comparativa entre as diferentes categorias profissionais que atuam no serviço de aborto legal estudado permite afirmar que, embora o serviço esteja em funcionamento, ele se revela profundamente frágil e vulnerável. Seu funcionamento depende mais da iniciativa individual de profissionais comprometidos do que de uma estrutura institucional sólida e coordenada. As múltiplas dimensões da injustiça social reprodutiva emergem de forma contundente no cotidiano hospitalar, atravessando tanto os aspectos materiais quanto simbólicos da prática.

A equipe de serviço social se destacou pelo engajamento político e pelo compromisso com a efetivação dos direitos das mulheres, mesmo diante da ausência de capacitação institucional. As psicólogas demonstraram sensibilidade, mas também divisões internas e insegurança profissional. A enfermagem, categoria mais numerosa, revelou-se a mais omissa — marcada por desconhecimento, silêncios e influência direta da religião na prática assistencial. O único médico que respondeu,

ainda que experiente, expressou uma postura tecnicista, insensível às dimensões subjetivas e sociais do cuidado, revelando falhas éticas preocupantes.

No plano institucional, as dificuldades mais recorrentes dizem respeito à falta de estrutura adequada, à burocracia excessiva, à ausência de protocolos padronizados e à desarticulação entre os setores da equipe multiprofissional. Essas lacunas operacionais comprometem o acesso e a continuidade do cuidado, tornando o atendimento mais vulnerável a interferências pessoais, interrupções e constrangimentos.

A análise das respostas dos diferentes grupos profissionais revela dinâmicas institucionais profundamente marcadas por desigualdades de formação, posicionamento ético e responsabilidade no atendimento às mulheres que buscam o serviço de aborto legal.

As assistentes sociais se destacam como a categoria mais consciente do seu papel enquanto garantidoras de direitos, atuando com clareza política e sensibilidade crítica frente aos entraves institucionais. No entanto, enfrentam resistência estrutural por parte de outras categorias e relatam a insuficiência de suporte institucional, o que limita sua capacidade de mediação efetiva.

Já os psicólogos e psicólogas demonstram empatia diante do sofrimento emocional das pacientes, reconhecendo o impacto psíquico da violência sexual, mas, em muitos casos, evidenciam falta de preparo técnico e conflitos morais internos, especialmente relacionados a crenças pessoais e lacunas formativas. A equipe de enfermagem, por sua vez, embora numerosa, revelou-se a mais fragilizada em termos de conhecimento do fluxo institucional e legislação vigente, com alta incidência de objeção de consciência, e respostas permeadas por tensões entre fé religiosa e ética profissional.

Por fim, o único médico que respondeu ao questionário demonstrou segurança técnica na execução do procedimento, mas revelou distanciamento ético e linguagem controversa ao relatar casos atendidos, o que suscita reflexões urgentes sobre os efeitos da masculinidade, do poder médico e da ausência de uma bioética sensível à justiça reprodutiva.

Um dos achados mais significativos foi a presença de silêncios e omissões. Muitos profissionais optaram por deixar em branco as questões relacionadas à opinião pessoal sobre o aborto, experiências vividas no atendimento e justificativas para objeção de consciência. Esses silêncios foram analisados como dispositivos de

resistência simbólica — formas de expressar o desconforto, o medo institucional e o peso das convicções religiosas ou morais. A objeção de consciência, acionada especialmente por enfermeiros e pelo médico, apareceu como uma prática pouco regulamentada, que oscila entre o direito do profissional e a negação do direito da paciente.

Esses achados não apenas confirmam a existência de barreiras institucionais e morais no acesso ao aborto legal, como também reforçam a crítica feminista de que a legalidade não garante a justiça. O aborto legal no lócus da pesquisa é sustentado por ações individuais e não por uma política pública estruturada, funcionando à margem da rotina hospitalar e dependendo da disposição subjetiva de poucos profissionais. A falta de protocolos claros, a ausência de capacitação intersetorial e o silenciamento das vozes das mulheres reafirmam o que Rozeli Porto (2009) define como “cultivo ao segredo”, e o que Letícia Ferreira (2011) analisa como “produção da ausência institucional.”

A pesquisa também mostrou que os corpos das mulheres continuam sendo regulados por uma lógica que combina biopoder, moral religiosa e racismo institucional. A maioria das pacientes atendidas é jovem, racializada, e vítima de violência sexual — o que revela a face necropolítica do Estado, que permite o direito ao aborto apenas sob condições extremas e, ainda assim, com culpa, sofrimento e revitimização.

A categoria justiça social reprodutiva mostrou-se central para entender que o aborto legal é uma política pública atravessada por desigualdades de classe, raça, gênero e território. As mulheres que procuram esse serviço — em sua maioria negra, pobre e vítima de violência — enfrentam não só a dor da violência sexual, mas também o julgamento moral das instituições públicas.

Não se trata apenas de garantir o aborto legal, mas de garantir que toda mulher tenha condições reais de decidir sobre seu corpo, com dignidade, acolhimento e liberdade. Na maternidade estudada, esse ideal ainda está distante da realidade observada.

Assim, a conclusão mais contundente desta pesquisa é que o aborto legal é um direito sob vigilância, cuja efetivação depende menos da legislação e mais da disposição política e ética dos sujeitos que operam o sistema. Para que esse direito se torne de fato uma política de justiça reprodutiva, é urgente enfrentar a moralização do cuidado dentro das instituições públicas de saúde, a fragilidade da formação

profissional sobre direitos sexuais e reprodutivos e a omissão das estruturas administrativas e jurídicas que silenciam e negligenciam a demanda das mulheres.

Esta pesquisa contribui para expor as contradições entre legislação e prática institucional, dar visibilidade à atuação (e aos limites) das categorias profissionais envolvidas, refletir criticamente sobre o papel da ética profissional e da formação política nos serviços de saúde e ampliar o debate sobre a justiça reprodutiva como um horizonte político que vá além da legalidade formal.

Com base nos dados, recomenda-se que haja a criação de um fluxograma institucional oficial e atualizado, com protocolo claro para os casos de aborto legal, capacitação contínua e obrigatória de todas as equipes, incluindo setores administrativos e de acolhimento, regulamentação mais rígida da objeção de consciência, com exigência de substituição imediata e não interrupção do serviço, fortalecimento da equipe multiprofissional com perspectiva interseccional, garantia de estrutura física adequada, com espaços de acolhimento sigilosos e humanizados, ampliação da rede pública para aborto legal no estado do Maranhão, para descentralizar o acesso, campanhas de educação em direitos reprodutivos nas comunidades.

A presente dissertação evidencia que o aborto legal na maternidade estudada é um direito fragilizado, mantido por poucos profissionais comprometidos e sustentado, muitas vezes, à revelia da estrutura institucional. As mulheres que buscam esse direito enfrentam não só a dor de uma violência, mas também a violência do descaso, do silêncio e da moralização estatal.

Dizer que o aborto legal é permitido não basta. É preciso que seja acessível, digno e protegido por profissionais e políticas públicas que compreendam o corpo da mulher não como objeto de julgamento, mas como território de autonomia.

Concluir esta pesquisa é afirmar que a justiça reprodutiva ainda é uma luta em curso, e que seu campo de batalha passa por salas de atendimento, corredores de hospitais e a escuta qualificada de cada profissional que se dispõe a reconhecer a mulher como sujeito pleno de direitos.

Referências

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

ANDRADE, Rafael Herculano de. **Negacionismo no YouTube: Um "Brasil Paralelo" a serviço das novas direitas.** 2022. 224 p. Monografia (Graduação em História) – Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Paulo, Guarulhos.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARZOTTO, Luis Fernando. Justiça Social - Gênese, estrutura e aplicação de um conceito. **Revista Jurídica da Presidência**, v. 5, n. 48, 2003.

BENTO, B.. Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação?. **Cadernos Pagu**, n. 53, p. e185305, 2018., v. 70, n. spe, p. 20-33, 2018.

BOURGUIGNON, Ana Maria. Interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva: avaliação crítica em saúde sexual e reprodutiva. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 142, p. e9113, 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

BRASIL . Ministério da Saúde. **Portaria no 1.508, de 01 de Setembro de 2005a**. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: < https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=461754&filename=LegislacaoCitada+-PDC+42/200>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

BRASIL. Câmara Legislativa. **Projeto de Lei nº 478/2007**. Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências. Disponível em: < https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=443584>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**.
Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

BRASIL. Supremo Tribuna Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 442 de 2017**. Pedido de declaração da não recepção parcial dos artigos 124 e 126 do Código Penal pela Constituição de 1988 para excluir do âmbito de incidência desses dispositivos legais a interrupção da gestação induzida e voluntária realizada nas primeiras 12 (doze) semanas. Disponível em: < https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5144865>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº54**. Rel. Min. Marco Aurélio Mello. Disponível em: < https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=2226954>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

BRASIL. Decreto-Lei no 2848, de 7 de dezembro de 1940, **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 1940.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 1904/2024**. Acresce dois parágrafos ao art. 124, um parágrafo único ao artigo 125, um segundo parágrafo ao artigo 126 e um parágrafo único ao artigo 128, todos do Código Penal Brasileiro, e dá outras providências. Disponível em: < https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2434493>. Acesso em 20 de outubro de 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 2499/2024**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da notificação à autoridade policial, pelos hospitais, clínicas e unidades básicas de saúde, da interrupção de gestação decorrente de estupro e dá outras providências. Disponível em: < https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2442393>. Acesso em 20 de outubro de 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda Constitucional nº 29/2024**. Altera a Constituição Federal para acrescentar no art. 5º texto sobre o marco temporal de início da vida humana explicitando de forma inequívoca a inviolabilidade do direito à vida, desde a sua concepção, bem como cria o inciso LXXX para especificar que a concepção é a junção do gameta masculino e o feminino, ocorrida durante a fecundação, em local propício para o desenvolvimento celular. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2448752>. Acesso em 20 de outubro de 2024.

BRASIL. Congresso Nacional. **Projeto de Lei nº 1301/2025**. Altera o art. 128 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para estabelecer limite gestacional e agravamento de pena em hipóteses específicas de aborto, e dá outras providências. Disponível em: < https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-1301-2025>. Acesso em 10 de abril de 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3850/2023**. Torna mais rigoroso o tratamento da conduta de anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto, inserindo artigo no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e revogando o art. 20 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1940 (Lei das Contravenções Penais). Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2377291>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 4005/2023**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização de palestras educativas sobre os efeitos do aborto nas escolas públicas de ensino fundamental e médio. Disponível em: < https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=238079>. Acesso em 20 de outubro de 2024.

BUTLER, Judith. **Atos performativos e a formação dos gêneros: um ensaio sobre fenomenologia e teoria feminista**. In.: HOLLANDA, Heloisa Buarque de. Pensamento feminista: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

BUTLER, Judith. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 13. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CABRAL, Júlia. **Brasil Paralelo: o que é, o que faz e quem financia a produtora de extrema direita**. The Intercept Brasil. 28 de nov. de 2024. Disponível em: < https://www.intercept.com.br/2024/11/28/brasil-paralelo-produtora-de-extrema-direita/?utm_source=chatgpt.com>. Acesso em 2 de set. 2025.

CARVALHO, Jess. **Após 16 anos de tramitação, deputados tentam aprovar o estatuto do nascituro às pressas**. Portal Catarinas. Disponível em: <https://catarinas.info/deputados-tentam-aprovar-o-estatuto-do-nascituro/>. Acesso em 1 de junho de 2025.

CHAUVIN, Sébastien & JOUNIN, Nicolas. **A observação direta**. In: PAUGAM, Serge. (Coord.) *A pesquisa sociológica*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010.

CONNELL, Raewyn. Questões de gênero e justiça social. **Século XXI–Revista de Ciências Sociais**, v. 4, n. 2, p. 11-34, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 179, 01 nov. 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acesso em: 22 maio 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017**. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 197, 08 nov. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 22 maio 2025.

DAS, Veena; POOLE, Deborah. El estado y sus márgenes: Etnografías comparadas. **Cuadernos de antropología social**, n. 27, p. 19-52, 2008.

DATASENADO. **Pesquisa Estadual de Violência contra a Mulher - Maranhão**. Instituto de Pesquisa DataSenado: Secretaria de Transparência, 2024. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/institucional/datasenado/relatorio_online/pesquisa_violencia_domestica/2024/assets/PDF/maranhao.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2025.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DIAS, Tatiana. **Justiça obriga menina de 13 anos a manter gestação após estupro**. Intercept Brasil. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2024/07/10/justica-obriga-menina-de-13-anos-a-manter-gestacao-apos-estupro-em-goias/>. Acesso em: 23 ago. 2024.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. 2. ed. Revisada. São Paulo: Elefante, 2023.

FONSECA, Caue (Org.). **Promotora mandou recolher restos mortais de feto abortado por menina de 11 anos**. Folha de S.Paulo. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/07/promotora-mandou-recolher-restos-mortais-de-feto-abortado-por-menina-de-11-anos.shtml>. Acesso em: 23 ago. 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253. Acesso em 12 fev. 2025.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes – selo Martins, 2022.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território e População: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes – selo Martins, 2023.

FOUCAULT, Michel; **A Ordem do Discurso**. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Editora Loyola, 1996.

G1 BA. **Aborto de feto sem chances de vida é realizado após Justiça reverter decisão de primeira instância na BA**. G1. Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2024/09/03/justica-permite-aborto-feto-sem-chances-vida.ghtml>. Acesso em: 23 ago. 2024.

GOMES, Juliana Cesario Alvim. Direitos sexuais e reprodutivos ou direitos sexuais e direitos reprodutivos. **Dilemas e contradições nos marcos normativos nacionais e internacionais. Rev direito GV**, v. 17, n. 3, p. e2136, 2021.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de pesquisa**, v. 37, p. 595-609, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Imperatriz**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/imperatriz/panorama>. Acesso em: 1 fev. 2025.

JACOBS, Marina Gasino. **Oferta e realização de interrupção legal de gravidez no Brasil**: análise de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 169p, 2022.

LACERDA, N. **Na ONU, movimentos denunciam violações contra o direito ao aborto legal no Brasil**. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2024/03/22/na-onu-movimentos-denunciam-violacoes-contra-o-direito-ao-aborto-legal-no-brasil>. Acesso em: 12 fev. 2025.

LARA, Walace ; KOYAMA, Natália. **Após 3 decisões da Justiça, Prefeitura de SP diz estar "tomando providências" para voltar a realizar aborto legal no Hospital Vila Nova Cachoeirinha**. G1. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2024/02/01/apos-3-decisoes-da-justica-prefeitura-de-sp-diz-estar-tomando-providencias-para-voltar-a-realizar-aborto-legal-no-hospital-vila-nova-cachoeirinha.ghtml>. Acesso em: 23 ago. 2024.

LARA, Walace. **Prefeitura de SP consegue liminar para manter suspensão do aborto legal no Hospital Vila Nova Cachoeirinha**. G1. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2024/02/05/prefeitura-de-sp-consegue-liminar-para-manter-suspensao-do-aborto-legal-no-hospital-vila-nova-cachoeirinha.ghtml>. Acesso em: 23 ago. 2024.

LAURETIS, Teresa de. **A tecnologia do gênero**. In HOLLANDA, Heloísa Buarque de (Org.). Tendências e Impasses. O feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994, p. 207-242.

LEITE, Isabela. **“Tive que ouvir o coração do feto e falaram pra ter o bebê, que ganharia uma laqueadura”, diz mulher estuprada que não conseguiu fazer aborto em SP**. G1. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2024/06/17/tive-que-ouvir-o-coracao-do-feto-e-falaram-pra-ter-o-bebe-que-ganharia-uma-laqueadura-diz-mulher-estuprada-que-nao-conseguiu-fazer-aborto-em-sp.ghtml>. Acesso em: 23 ago. 2024.

LERNER, Gerda. **A criação do patriarcado: história da opressão das mulheres pelos homens.** São Paulo: Cultrix, 2019.

LIMA, Nathália Diórgenes Ferreira. **Entre silêncios, interdições e pessoalidade**: uma análise racial das histórias sobre aborto no Sertão de Pernambuco. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 232p, 2020.

MAIA, Noelen Alexandra Weise da. **Direitos Reprodutivos e aborto: considerações sobre a modernidade/colonialidade e suas implicações no sistema público de saúde (Alto Uruguai/RS, 2020-2022)**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Erechim/RS, 178p. 2022.

MARANHÃO. **III Plano Estadual de Políticas para as Mulheres do Maranhão: 2022–2026**. São Luís: Governo do Estado do Maranhão, Secretaria de Estado da Mulher, 2022.

MARANHÃO. **Plano Estadual de Saúde: 2024–2027**. São Luís: Governo do Estado do Maranhão, Secretaria de Estado da Saúde, 2023.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte & ensaios**, n. 32, p. 122-151, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu;. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.** Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>. Acesso em: 12 fev. 2025.

MOTORYN, Paulo. **Brasil Paralelo já gastou meio milhão de reais em anúncios contra aborto.** The Intercept. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2024/06/21/brasil-paralelo-ja-gastou-meio-milhao-de-reais-em-anuncios-contra-aborto/>. Acesso em 1 de junho de 2025.

MOTTA, Flávia de Mattos. Sonoro silêncio: por uma história etnográfica do aborto. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, p. 681-689, 2008.

MOTTER, Andressa ; LEITE, Isabela. **Só 1,8% das cidades brasileiras têm unidades de referência para serviço de aborto legal**. G1. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2024/01/13/so-18percent-das-cidades-

brasileiras-tem-unidades-de-referencia-para-servico-de-aborto-legal.ghtml>. Acesso em: 12 fev. 2025

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Conferência Mundial sobre a Mulher, 4 - Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz: Declaração e Plataforma de Ação**. Beijing, 1995. Disponível em: <http://200.130.7.5/spmu/portal_pr/eventos_internacionais/onu/Relatório%20Pequim.pdf>.Acesso em: 12 de agosto de 2023.

PARIZOT, Isabelle. **A pesquisa por questionários**. In: PAUGAM, Serge. (Coord.) *A pesquisa sociológica*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010.

PEREIRA, João. Justiça social no domínio da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, p. 400-421, 1990.

PEREIRA, Lorena de Brito Marcelino ; DETOMI, Ana Luiza Silva . Percepção dos profissionais de saúde acerca do aborto legalizado em vítima de violência sexual. *In*: **Seminário Internacional Fazendo Gênero 12 (Anais Eletrônicos)**. Florianópolis: [s.n.], 2021.

PORTO, Rozeli Maria. **Aborto legal e o cultivo ao segredo**: dramas, práticas e representações de profissionais de saúde, feministas e agentes sociais no Brasil e em Portugal. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Florianópolis/SC, 249p, 2009.

RIBEIRO, Djamila. **Quem tem medo do feminismo negro?**. Editora Companhia das Letras, 2018.

RIBEIRO, Joana. **'Suportaria ficar mais um pouquinho?', “queres escolher um nome?” e “você acha que o pai concordaria?”: As frases da juíza Joana Ribeiro Zimmer para menina de 11 anos estuprada**. G1. Disponível em: <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2022/06/21/suportaria-ficar-mais-um-pouquinho-queres-escolher-um-nome-para-o-bebe-as-frases-da-juiza-joana-ribeiro-zimmer-para-menina-de-11-anos-estuprada.ghtml>. Acesso em: 23 ago. 2024.

RIBEIRO, Kelly. **Relatora da ONU cobra legalização do aborto em relatório sobre racismo no Brasil**. Portal Catarinas. Disponível em: <https://catarinas.info/relatora-da-onu-cobra-legalizacao-do-aborto-em-relatorio-sobre-racismo-no-brasil/>. Acesso em: 12 fev. 2025.

ROSS, Loretta; SOLINGER, Rickie. **Reproductive justice: An introduction**. Univ of California Press, 2017.

RUBIN, Gayle. O tráfico de mulheres. **Notas sobre a “Economia Política” do sexo. Tradução de Christine Rufino Dabat. Recife: SOS Corpo**, 1993.

SAMPAIO, Cristiane. **Congresso tem 101 propostas antiaborto em tramitação; pelo menos 20 surgiram após polêmica sobre ‘PL do Estupro’**. Brasil de Fato. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2024/08/10/congresso-tem-101-

propostas-antiaborto-em-tramitacao-pelo-menos-20-surgiram-apos-polemica-sobre-pl-do-estupro/> . Acesso em 1 de junho de 2025.

SCAVONE, Lucila. Políticas feministas do aborto. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, p. 675-680, 2008.

SCHREIBER, Mariana. **‘Fomos silenciadas!’: os detalhes do voto de Rosa Weber pela liberação do aborto**. BBC Brasil. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/ce52523njv4o>. Acesso em 1 de junho de 2025.

SCHREIBER, Mariana. **Aborto legal no Brasil: como Conselho Federal de Medicina se tornou pivô dos embates sobre procedimento - BBC News Brasil**. BBC News Brasil. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/crgg3lp5pddo>. Acesso em: 23 ago. 2024.

SCOTT, Joan Wallach; LOURO, Guacira Lopes; SILVA, Tomaz Tadeu da. Gênero: uma categoria útil de análise histórica de Joan Scott. **Educação & realidade. Porto Alegre. Vol. 20, n. 2 (jul./dez. 1995), p. 71-99**, 1995.

SILVA, Jackeline Araujo. **SERVIÇO SOCIAL E ABORTO LEGAL**: contribuições e limites profissionais em um serviço de saúde de referência em Teresina-Piauí no período de 2012 a 2016. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 213 f, 2019.

SILVA, Laila Santos; DE MACEDO SOUSA, Jailson. Novas formas comerciais e as expressões da centralidade urbana de Imperatriz–MA: uma análise a partir da instalação e dinamismo do Imperial Shopping. **Revista Cerrados (Unimontes)**, v. 16, n. 1, p. 204-232, 2018.

SILVA, Maynara Costa de Oliveira. **A Via Crucis da Legalidade: violência sexual, aborto e objeção de consciência em uma maternidade potiguar.** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 120p. 2017.

SILVA, Maynara Costa de Oliveira. O que se cala: reflexões dos interditos nas pesquisas sobre estupro. **Cadernos de Campo (São Paulo - 1991)**, São Paulo, Brasil, v. 33, n. 1, p. e210298, 2024. DOI: 10.11606/issn.2316-9133.v33i1pe210298. Disponível em: https://revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/210298. Acesso em: 30 maio. 2025.

SILVA, Maynara Costa de Oliveira. Políticas Da Travessia: Capacitação, Estigma E Sofrimento No Acesso Ao Aborto Legal: Empowerment, Stigma And Suffering In Access To Legal Abortion. **Revista Feminismos**, *[S. l.]*, v. 12, n. 1, 2024. DOI: 10.9771/rf.12.1.59936. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/59936. Acesso em: 30 maio. 2025.

SOBRINHO, Wanderley Preite. **Algemada no hospital: médicos ignoram lei e denunciam mulheres que abortam**. noticias.uol.com.br. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2023/07/07/aborto-mulher-algemada-medicos-quebram-sigilo-medico.htm>. Acesso em 23 de agosto de 2024.

TEIXEIRA, Alessandra; GALLO, Mel Bleil. Nosso Útero, Nosso Território; Justiça Reprodutiva e suas Luras Decoloniais por Aborto e Maternidade. Cadernos do Centro de Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **[SYN]THESIS**. V.14, p. 52-66. Rio de Janeiro: 2021.

TEIXEIRA, Matheus. **Fachin manda governo explicar guia antiaborto e cita "violação do direito das mulheres"**. Folha de S.Paulo. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/07/fachin-ordena-que-governo-explique-guia-antiaborto-e-cita-violacao-do-direito-das-mulheres.shtml>. Acesso em: 23 ago. 2024.

TEIXEIRA, Simone Andrade. **Matrizes e Matizes das Estratégias de Inserção dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos Engendrados por Feministas Acadêmicas Brasileiras**. Tese (doutorado). Salvador: UFBA, Programa de Doutorado do NEIM "Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo", 186p, 2010.

UNITED NATIONS. **Report of the International Conference on Population and Development**, Cairo, 5-13 September 1994. New York: United Nations, 1994.
VALENGA, Daniela. **"Querem que sejam mães?" Perguntam organizações a deputados sobre proposta que ataca aborto legal**. Portal Catarinas. Disponível em: <https://catarinas.info/querem-que-criancas-sejam-maes-perguntam-organizacoes-a-deputados-sobre-proposta-que-ataca-aborto-legal/> . Acesso em 1 de junho de 2025.

ZARPELON, Janiffer Tammy Gusso. Os movimentos de resistência das mulheres diante do avanço da "onda neoconservadora" na América Latina sob o olhar da perspectiva feminista decolonial. **Plural-Revista de Ciências Sociais**, v. 31, n. 1, 2024.

Apêndices

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA - MESTRADO
Aprovado pela Resolução n.1774/2018 – CONSEPE, de 27/09/2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: (IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA: um estudo sobre o serviço de aborto legal.
DISCENTE: Carla Rafaela Suely Silva Bastos - Mestranda em Sociologia - PPGS/UFMA, Especialista em Direito Público - Faculdade CERS, Bacharela em Direito - UFMA - Contato: (99) 98106-1833 - E-mail: carla.bastos@discente.ufma.br
ORIENTADORA: Vanda Maria Leite Pantoja - Doutora em Ciências Sociais - UFPA, Mestra em Antropologia - UFPA, Graduada em Geografia - UFPA. Contato: (99) 8182-4141 - E-mail: vanda.pantoja@ufma.br
COMITÊ DE ÉTICA: Universidade Federal do Maranhão - CEP/UFMA - e-mail: cepufma@ufma.br, telefone 3272-8708. Endereço: Avenida dos Portugueses, nº 1966, Cidade Universitária, Campus do Bacanga. São Luís-MA. CEP: 65085-580.
PARECER: CAAE 78844324.0.0000.5087
INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal do Maranhão / Programa de Pós-Graduação em Sociologia (Mestrado).
LOCAL DE COLETA DE DADOS: [redacted]

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada "(IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA: um estudo sobre o serviço de aborto legal. Essa pesquisa é uma dissertação de mestrado em andamento vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Maranhão e tem como propósito compreender como funciona o serviço de aborto legal da cidade de Imperatriz. A autora é a discente Carla Rafaela Suely Silva Bastos, sob a orientação da professora Dra. Vanda Maria Leite Pantoja.

O estudo se debruça sobre os direitos reprodutivos a partir da vivência dos profissionais da saúde que compõem o quadro do serviço de saúde estudado, no intuito de identificar os desafios e as barreiras enfrentadas pelas mulheres no acesso a esse serviço.

Após os esclarecimentos das informações a seguir, poderá contribuir com o estudo ao aceitar participação assinando ao final deste documento, em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

A presente pesquisa tem como objetivos:

Geral: Analisar como funciona o serviço de aborto legal [redacted]

Específicos:

• Compreender do ponto de vista teórico, a relação entre corpo, política e direitos reprodutivos no Brasil;

• Descrever sobre a discussão política em torno da descriminalização do aborto no Brasil;

• Apresentar a discussão em torno da moralidade do aborto, no que se refere a moralismo, ética e cotidiano;

• Verificar como tem funcionado o acesso e atendimento do serviço de aborto legal [redacted]

Sua contribuição é voluntária e fundamental para a consecução dos objetivos propostos, bem como para produção de novos conhecimentos científicos que poderão contribuir para discussão em torno dos direitos reprodutivos.

A importância deste tema se dá devido a diemensão no que se trata aos direitos reprodutivos da mulher, e com os dados obtidos contribuir para a sociedade imperatrizense e a comunidade acadêmica um estudo que traga dados sobre como funciona o serviço de aborto legal, na perspectiva dos profissionais que o compõe, trazendo reflexões quanto a uma questão de saúde pública, políticas públicas e direitos reprodutivos. De outro lado, existe a motivação pessoal da autora em pesquisar em temáticas relacionadas aos estudos de gênero, sobretudo aos direitos reprodutivos. Ouvir os profissionais da saúde vai permitir conhecer as minúcias do serviço estudado.

Para a produção de dados serão realizadas entrevistas semiestruturadas e registro de áudio, caso autorizado, tendo em vista que esse recurso favorece o acolhimento e preservação das informações coletadas, com os profissionais de

saúde que compõem o serviço de atendimento às mulheres – médico/a, anestesista, enfermeiro/a, assistente social e psicólogo/a[1]. Esta etapa tem como objetivo a produção de dados em relação ao funcionamento do serviço de aborto legal ofertado na cidade, a partir da ótica dos profissionais da saúde.

Para esta pesquisa adotaremos o seguinte procedimento: num primeiro momento, você será convidada a responder um questionário com questões gerais sobre o assunto. Em seguida, caso deseje prosseguir na investigação, será convidada para uma entrevista com questões referentes ao tema, bem como com perguntas sobre o seu cotidiano como profissional da saúde.

Sobre os riscos e benefícios da pesquisa, temos o seguinte.

● Quanto aos benefícios:

- Contribuir ativamente em uma pesquisa sobre direitos reprodutivos no contexto estudado;

- Viabilizar a partir dos dados produzidos em entrevista no que concerne a uma compreensão da realidade do serviço de aborto legal da cidade estudada; - Assim como receber um material sintetizado acerca dos direitos reprodutivos, tendo como foco o acesso ao aborto legal na região, além de evidenciar um tema que é pouco discutido no contexto estudado.

● Quanto aos riscos:

- Não participação dos servidores devido a motivos relacionados a questões pessoais, religiosas ou morais.

- A participação na pesquisa poderá causar riscos para o/a participante, considerando que será utilizado o método de pesquisa qualitativa; - Os riscos envolvidos no método de entrevista são: 1) invasão de privacidade; como a pesquisa se refere ao tema do aborto é possível que implique em questões morais para os entrevistadas(os); as questões correspondem a temas sensíveis; tempo que o entrevistado terá de dispor para participar da pesquisa; mesmo contando com o termo de consentimento livre e esclarecido e com termo de sigilo toda pesquisa e coleta de dados envolve o risco de divulgação de dados confidenciais;

---

1 A portaria do Ministério da Saúde no 1.508, de 1 de setembro de 2005, prevê o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os pontos elencados na portaria, destaca-se: acolhimento por equipe multiprofissional (no mínimo obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo).

● Quanto à mitigação dos riscos:

- É possível tomar atitudes para minimizar os riscos elencados acima, além de apresentarem baixo risco para as(os entrevistadas(os) e para as instituições envolvidas. A fim de minimizar os possíveis riscos que poderão surgir ao longo da pesquisa, se tomará o cuidado de explicitar para as pessoas participantes todos os detalhes da pesquisa, a fim de que possa consentir de forma livre e esclarecida sobre sua participação.

- Quanto aos riscos de divulgação de dados pessoais e/ou confidenciais será tomado o cuidado de armazenar os dados em local seguro e de acesso apenas a pesquisadora e sua orientadora, também será tomado o cuidado de não comentar de forma direta sobre as pessoas participantes da pesquisa, a fim de que seu anonimato seja preservado. Buscar-se-á em todos os momentos da pesquisa de campo, adequar a coleta de dados às possibilidades do/a entrevistado/a, minimizando, desta forma, os riscos de alteração na rotina das pessoas envolvidas.

- Quanto aos temas sensíveis listados nos riscos da entrevista da entrevista semiestruturada, serão tomados os devidos cuidados na escrita do roteiro para que a ferramenta não venha a implicar em questões morais para as/os participantes.

- Salienta-se que em qualquer etapa da pesquisa as pessoas envolvidas podem falar de seus desconfortos para a pesquisadora, a fim de que possam buscar por um meio adequado para sua minimização. Caso algum dos riscos se manifeste e não seja possível minimizá-lo, as/os participantes, assim como as instituições, terão todo o direito de solicitar a desistência em participar da pesquisa.

Estratégias para preservar a identidade serão utilizadas. Todo e qualquer manuseio de dados será feito exclusivamente pela pesquisadora. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A participação será anônima, mediante confidencialidade e respeito. Dessa forma, pode se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Esta pesquisa foi submetida para apreciação com anuência pela Coordenação de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde da Escola Superior de Saúde Pública do Estado do Maranhão, responsável por processar os pedidos de pesquisas científicas no âmbito das instituições de saúde do Estado do Maranhão.

Este projeto foi submetido para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa

da Universidade Federal do Maranhão, recebendo parecer favorável. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome não será liberado. Em caso de dúvidas e questionamentos acerca da pesquisa, a discente, a orientadora e o CEP / UFMA, estarão a postos para esclarecimentos.

O Comitê de Ética em Pesquisa / UFMA é um colegiado responsável por revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas – da Universidade Federal do Maranhão, pelo e-mail cepufma@ufma.br ou telefone 3272-8708.

Assim como, tanto esse termo, quanto a pesquisa como um todo, seguem as diretrizes da Resolução nº 466/12, que versa sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Caso concorde em participar, você deve assinar por extenso, informar sua vinculação institucional e rubricar o termo confirmando conhecimento.

Imperatriz, ____ de _____ 202___.

Nome e assinatura do profissional da saúde entrevistado.

gov.br Documento assinado digitalmente
CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS
Data: 08/12/2024 19:44:59-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Discente

gov.br Documento assinado digitalmente
VANDA MARIA LEITE PANTOJA
Data: 08/12/2024 18:12:20-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Orientadora

Apêndice B - Questionário Médicos/Enfermeiros

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA PPGS UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA - MESTRADO
Aprovado pela Resolução n.1774/2018 – CONSEPE, de 27/09/2018.

1. Questionário para Médicos/Enfermeiros:

TÍTULO DO PROJETO: (IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA: um estudo sobre o serviço de aborto legal.
DISCENTE: Carla Rafaela Suely Silva Bastos - Mestranda em Sociologia - PPGS/UFMA, Especialista em Direito Público - Faculdade CERS, Bacharela em Direito - UFMA - Contato: (99) 98106-1833 - E-mail: carla.bastos@discente.ufma.br
ORIENTADORA: Vanda Maria Leite Pantoja - Doutora em Ciências Sociais - UFPA, Mestra em Antropologia - UFPA, Graduada em Geografia - UFPA. Contato: (99) 8182-4141 - E-mail: vanda.pantoja@ufma.br
COMITÊ DE ÉTICA: Universidade Federal do Maranhão - CEP/UFMA - e-mail: cepufma@ufma.br. Endereço: Avenida dos Portugueses, nº 1966, Cidade Universitária, Campus do Bacanga. São Luís-MA. CEP: 65085-580.
PARECER: CAAE 78844324.0.0000.5087
INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal do Maranhão / Programa de Pós-Graduação em Sociologia (Mestrado).
LOCAL DE COLETA DE DADOS: [redacted]

Idade: _____
Gênero:_____
Orientação sexual:_____
Autodeclaração racial:_____
Religião:_____

Formação (curso de gradução, especialização e demais titulações):_____
_____
_____
_____

1. Você é:

( ) médico ( ) enfermeiro

2. Há quanto tempo você trabalha com vítimas de violência sexual que pretendem acessar o direito ao aborto legal?

( ) Menos de 1 ano
( ) 1-5 anos
( ) Mais de 5 anos
( ) Não atuo
( ) Já atuei

3. Já recebeu capacitação sobre direitos reprodutivos e aborto legal?
( ) sim ( ) não

Como você avalia a capacitação recebida
( ) boa ( ) muito boa ( ) ruim ( ) muito ruim

4. Você se sente preparada (o) para lidar no atendimento de mulheres que procuram o serviço de aborto legal?
( ) sim ( ) não ( ) parcialmente

5. Como é o passo-passo de uma mulher que chega ao hospital e deseja acessar o serviço de aborto legal?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

6. Há a necessidade de registro de boletim de ocorrência para acessar o serviço de aborto legal?
( ) sim ( ) não

7. Como avalia o suporte disponível nesse hospital para garantir o acesso das mulheres que procuram o serviço de aborto legal?
( ) muito bom ( ) bom ( ) regular ( ) insuficiente

8. Você avalia que possa ocorrer situações de resistência dos profissionais da medicina e/ou enfermagem em atender as mulheres que procuram o serviço de aborto legal?
( ) sim ( ) não ( ) é possível

9. Você acredita que as mulheres vítimas de violência sexual têm fácil acesso ao serviço de aborto legal nesse hospital ?
(A) Sim, o acesso é fácil e rápido.
(B) O acesso é possível, mas há alguns obstáculos.
(C) O acesso é muito difícil.
(D) Não sei.

10. Qual é a principal dificuldade que você percebe para as mulheres que procuram o aborto legal nesse hospital?
(A) Falta de informação sobre seus direitos.
(B) Burocracia no sistema de saúde.
(C) Resistência dos profissionais por motivos de ordem pessoal/moral/religioso.
(D) Falta de apoio psicológico.
Outro
_____

_____
_____

11. Existe banco de dados para os casos atendidos neste hospital?
( ) Sim ( ) Não

12. Quais obstáculos a mulher pode enfrentar ao procurar um serviço de aborto legal?

_____
_____
_____
_____

13. Você entende que suas crenças pessoais sejam capazes de afetar a maneira como orienta as pacientes sobre o aborto legal?
(A) Sim, muito.
(B) Sim, de maneira limitada.
(C) Não, sou totalmente imparcial.
(D) Não sei.

14. Você acha que o sistema jurídico/social protege adequadamente as mulheres que precisam do serviço de aborto legal?
(A) Sim, plenamente.
(B) Em parte, mas há falhas.
(C) Não, o sistema é muito falho.
(D) Não sei.

15. Você sente necessidade de debates entre os profissionais da medicina/enfermagem sobre direito reprodutivo e aborto legal?
(A) Sim, com urgência.
(B) Sim, seria útil.
(C) Não, é suficiente como está.
(D) Não tenho opinião.

16. Qual sua posição <u>pessoal</u> sobre o direito da mulher em interromper uma gestação nos casos previstos na lei?
( ) Sou contra
( ) Sou a favor
( ) Não tenho opinião
por que?

_____
_____
_____

17. Você considera o tempo de atendimento suficiente para os casos de aborto legal, desde o atendimento inicial até a realização do procedimento?

( ) Sim
( ) Não
por que?

_____
_____
_____

18. Você já enfrentou objeção de consciência na sua prática?

( ) Sim ( ) Não
por que?

_____
_____
_____

19. Quais são os maiores desafios que você enfrenta ao lidar com casos de aborto legal?

_____
_____
_____
_____
_____

20. Que mudanças poderiam melhorar o atendimento a essas mulheres?

_____
_____
_____
_____

21. Existe outras informações ou experiências no exercício da sua profissão relacionadas a temática da pesquisa que você gostaria de compartilhar?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Apêndice C – Questionário Psicólogos

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA PPGS UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA - MESTRADO
Aprovado pela Resolução n.1774/2018 – CONSEPE, de 27/09/2018.

2. Questionário para Psicólogos:

TÍTULO DO PROJETO: (IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA: um estudo sobre o serviço de aborto legal.
DISCENTE: Carla Rafaela Suely Silva Bastos - Mestranda em Sociologia - PPGS/UFMA, Especialista em Direito Público - Faculdade CERS, Bacharela em Direito - UFMA - Contato: (99) 98106-1833 - E-mail: carla.bastos@discente.ufma.br
ORIENTADORA: Vanda Maria Leite Pantoja - Doutora em Ciências Sociais - UFPA, Mestra em Antropologia - UFPA, Graduada em Geografia - UFPA. Contato: (99) 8182-4141 - E-mail: vanda.pantoja@ufma.br
COMITÊ DE ÉTICA: Universidade Federal do Maranhão - CEP/UFMA - e-mail: cepufma@ufma.br. Endereço: Avenida dos Portugueses, nº 1966, Cidade Universitária, Campus do Bacanga. São Luís-MA. CEP: 65085-580.
PARECER: CAAE 78844324.0.0000.5087
INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal do Maranhão / Programa de Pós-Graduação em Sociologia (Mestrado).
LOCAL DE COLETA DE DADOS: [redacted]

Idade: _____
Gênero:_____
Orientação sexual:_____
Autodeclaração racial:_____
Religião:_____

Formação (curso de gradução, especialização e demais titulações):_____
_____
_____
_____

1. Há quanto tempo você trabalha com vítimas de violência sexual que pretendem acessar o direito ao aborto legal?

( ) Menos de 1 ano
( ) 1-5 anos
( ) Mais de 5 anos
( ) Não atuo
( ) Já atuei

2. Já recebeu capacitação sobre direitos reprodutivos e aborto legal?
( ) sim ( ) não

Como você avalia a capacitação recebida
( ) boa

( ) muito boa
( ) ruim ( ) muito ruim

4. Já recebeu capacitação sobre o impacto psicológico da violência sexual?
( ) Sim
( ) Não

5. Como é o passo-passo de uma mulher que chega ao hospital e deseja acessar o serviço de aborto legal?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

6. O tempo de atendimento psicológico é suficiente para as demandas das pacientes?
( ) Sim
( ) Não

7. Você se sente preparado(a) para lidar com essas demandas?
( ) Sim
( ) Parcialmente
( ) Não

8. Existe banco de dados para os casos atendidos?
( ) Sim
( ) Não

9. Como avalia o suporte disponível nesse hospital para garantir o acesso das mulheres que procuram o serviço de aborto legal?
( ) muito bom
( ) bom
( ) regular
( ) insuficiente

10. Você avalia que possa ocorrer situações de resistência dos profissionais da psicologia em atender as mulheres que procuram o serviço de aborto legal?
( ) sim ( ) não ( ) é possível

11. Você acredita que as mulheres vítimas de violência sexual têm fácil acesso ao serviço de aborto legal nesse hospital ?
(A) Sim, o acesso é fácil e rápido.
(B) O acesso é possível, mas há alguns obstáculos.
(C) O acesso é muito difícil.
(D) Não sei.

12. Qual é a principal dificuldade que você percebe para as mulheres que procuram o aborto legal nesse hospital?

(A) Falta de informação sobre seus direitos.
(B) Burocracia no sistema de saúde.
(C) Resistência dos profissionais por motivos de ordem pessoal/moral/religioso.
(D) Falta de apoio psicológico.
Outro

_____
_____
_____

13. Quais obstáculos a mulher pode enfrentar ao procurar um serviço de aborto legal?

_____
_____
_____
_____

14. Você entende que suas crenças pessoais sejam capazes de afetar a maneira como orienta as pacientes sobre o aborto legal?

(A) Sim, muito.
(B) Sim, de maneira limitada.
(C) Não, sou totalmente imparcial.
(D) Não sei.

15. Você acha que o sistema jurídico/social protege adequadamente as mulheres que precisam do serviço de aborto legal?

(A) Sim, plenamente.
(B) Em parte, mas há falhas.
(C) Não, o sistema é muito falho.
(D) Não sei.

16. Você sente necessidade de debates entre os profissionais da psicologia sobre direitos reprodutivos e aborto legal?

(A) Sim, com urgência.
(B) Sim, seria útil.
(C) Não, é suficiente como está.
(D) Não tenho opinião.

17. Qual sua posição <u>pessoal</u> sobre o direito da mulher em interromper uma gestação nos casos previstos na lei?

( ) Sou contra
( ) Sou a favor
( ) Não tenho opinião

18. Que mudanças poderiam melhorar o atendimento a essas mulheres??

_____
_____
_____
_____
_____

19. Quais são as principais demandas emocionais das mulheres que procuram o aborto legal?

_____
_____
_____
_____
_____

20. Existe outras informações ou experiências no exercício da sua profissão relacionadas a temática da pesquisa que você gostaria de compartilhar?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Apêndice D – Questionário Assistentes Sociais

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA PPGS UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA - MESTRADO
Aprovado pela Resolução n.1774/2018 – CONSEPE, de 27/09/2018.

3. Questionário para Assistentes Sociais

TÍTULO DO PROJETO: (IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA: um estudo sobre o serviço de aborto legal.
DISCENTE: Carla Rafaela Suely Silva Bastos - Mestranda em Sociologia - PPGS/UFMA, Especialista em Direito Público - Faculdade CERS, Bacharela em Direito - UFMA - Contato: (99) 98106-1833 - E-mail: carla.bastos@discente.ufma.br
ORIENTADORA: Vanda Maria Leite Pantoja - Doutora em Ciências Sociais - UFPA, Mestra em Antropologia - UFPA, Graduada em Geografia - UFPA. Contato: (99) 8182-4141 - E-mail: vanda.pantoja@ufma.br
COMITÊ DE ÉTICA: Universidade Federal do Maranhão - CEP/UFMA - e-mail: cepufma@ufma.br. Endereço: Avenida dos Portugueses, nº 1966, Cidade Universitária, Campus do Bacanga. São Luís-MA. CEP: 65085-580.
PARECER: CAAE 78844324.0.0000.5087
INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal do Maranhão / Programa de Pós-Graduação em Sociologia (Mestrado).
LOCAL DE COLETA DE DADOS: [redacted]

Idade: _____
Gênero:_____
Orientação sexual:_____
Autodeclaração racial:_____
Religião:_____

Formação (curso de gradução, especialização e demais titulações):_____
_____
_____
_____

1. Há quanto tempo você trabalha com vítimas de violência sexual que pretendem acessar o direito ao aborto legal?
( ) Menos de 1 ano
( ) 1-5 anos
( ) Mais de 5 anos
( ) Não atuo
( ) Já atuei

2. Já recebeu capacitação sobre direitos reprodutivos e aborto legal?
( ) sim ( ) não

Como você avalia a capacitação recebida
( ) boa
( ) muito boa
( ) ruim ( ) muito ruim

3. Você se sente preparada (o) para lidar no atendimento de mulheres que procuram o serviço de aborto legal?

( ) sim ( ) não ( ) parcialmente

por que?

_____

_____

_____

4. Como é o passo-passo de uma mulher que chega ao hospital e deseja acessar o serviço de aborto legal?

_____

_____

_____

_____

_____

5. Como avalia o suporte disponível nesse hospital para garantir o acesso das mulheres que procuram o serviço de aborto legal?

( ) muito bom
( ) bom
( ) regular
( ) insuficiente

por que?

_____

_____

_____

6. Você avalia que possa ocorrer situações de resistência dos profissionais em atender as mulheres que procuram o serviço de aborto legal?

( ) sim ( ) não ( ) é possível

por que?_____

_____

_____

7. Os recursos disponíveis para os profissionais da assistência social são suficientes?

( ) sim ( ) não

por que?

_____

_____

_____

8. Você acredita que as mulheres vítimas de violência sexual têm fácil acesso ao serviço de aborto legal nesse hospital ?

14. Qual sua posição pessoal sobre o direito da mulher em interromper uma gestação nos casos previstos na lei?

( ) Sou contra
( ) Sou a favor
( ) Não tenho opinião
por que?

_____
_____
_____
_____

15. Quais são os maiores desafios que você enfrenta ao lidar com casos de aborto legal?

_____
_____
_____
_____
_____

16. Que mudanças poderiam melhorar o atendimento a essas mulheres??

_____
_____
_____
_____
_____

17. Existe outras informações ou experiências no exercício da sua profissão relacionadas a temática da pesquisa que você gostaria de compartilhar?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(A) Sim, o acesso é fácil e rápido.
(B) O acesso é possível, mas há alguns obstáculos.
(C) O acesso é muito difícil.
(D) Não sei.

9. Qual é a principal dificuldade que você percebe para as mulheres que procuram o aborto legal nesse hospital?
(A) Falta de informação sobre seus direitos.
(B) Burocracia no sistema de saúde.
(C) Resistência dos profissionais por motivos de ordem pessoal/moral/religioso.
(D) Falta de apoio psicológico.
Outro
_____
_____
_____

10. Quais obstáculos a mulher pode enfrentar ao procurar um serviço de aborto legal?
_____
_____
_____
_____

11. Você entende que suas crenças pessoais sejam capazes de afetar a maneira como orienta as pacientes sobre o aborto legal?
(A) Sim, muito.
(B) Sim, de maneira limitada.
(C) Não, sou totalmente imparcial.
(D) Não sei.

12. Você acha que o sistema jurídico/social protege adequadamente as mulheres que precisam do serviço de aborto legal?
(A) Sim, plenamente.
(B) Em parte, mas há falhas.
(C) Não, o sistema é muito falho.
(D) Não sei.

13. Você sente necessidade de debates entre os profissionais da assistência social sobre direito reprodutivo e aborto legal?
(A) Sim, com urgência.
(B) Sim, seria útil.
(C) Não, é suficiente como está.
(D) Não tenho opinião.

Apêndice E – Termo de Cessão em Entrevista

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA PPGS UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA - MESTRADO
Aprovado pela Resolução n.1774/2018 – CONSEPE, de 27/09/2018.

TERMO DE CESSÃO EM ENTREVISTA

Eu, _____, estado civil _____, portador(a) da carteira de identidade nº. _____, declaro, para os devidos fins, que cedo os direitos de minha entrevista gravada, transcrita e autorizada para leitura e inclusão no trabalho de Dissertação de Mestrado da Discente Carla Rafaela Suely Silva Bastos - (IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA: um estudo sobre o serviço de aborto legal -, podendo ser utilizada integralmente, sem restrições de prazos, citações e meios de divulgação, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso da gravação a terceiros, ficando vinculado o controle do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Maranhão - Centro de Ciências de Imperatriz. Abdico assim dos meus direitos sobre a entrevista, abdicação que alcança também meus descendentes, subscrevo a presente CARTA DE CESSÃO.

Imperatriz/MA, _____de_____de_____.

_____

Assinatura

Apêndice F – Ofício direcionado ao Núcleo de Educação e Pesquisa da Maternidade

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA PPGS UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA - MESTRADO
Aprovado pela Resolução n.1774/2018 – CONSEPE, de 27/09/2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SOCIOLOGIA

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICO-CIENTÍFICA

Prezado(a) Senhor(a),

Solicitamos a autorização para a realização de pesquisa, na modalidade Dissertação de Mestrado, da discente Carla Rafaela Suely Silva Bastos, orientada pela prof. Dra. Vanda Maria Leite Pantoja, tendo como título "(IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA: um estudo sobre o serviço de aborto legal". O objetivo geral da pesquisa é analisar como funciona o serviço de aborto legal [redacted] Os objetivos específicos são: a) compreender do ponto de vista teórico, a relação entre corpo, política e direitos reprodutivos no Brasil; b) descrever sobre a discussão política em torno da descriminalização do aborto no Brasil; c) apresentar a discussão em torno da moralidade do aborto, no que se refere a moralismo, ética e cotidiano; d) verificar como tem funcionado o acesso e atendimento do serviço de aborto legal na cidade de Imperatriz.

Para a produção de dados serão realizadas entrevistas semiestruturadas e registro de áudio, caso autorizado, tendo em vista que esse recurso favorece o colhimento e preservação das informações coletadas, com os profissionais de saúde que compõem o serviço de atendimento às mulheres - médico(a), anestesista, enfermeiro(a), assistente social e psicólogo(a)[1]. Esta etapa tem como objetivo a produção de dados para entender a dinâmica de funcionamento do serviço aborto legal ofertado pela unidade de saúde, a partir da ótica dos profissionais que o compõem.

[1] A portaria do Ministério da Saúde, nº 1.508, de 1 de setembro de 2005, prevê o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os pontos elencando na portaria, destaca-se: acolhimento por equipe multiprofissional (no mínimo obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo).

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA PPGS UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA - MESTRADO
Aprovado pela Resolução n.1774/2018 – CONSEPE, de 27/09/2018.

Salientamos que serão respeitadas todas as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 (Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos) e a Resolução 510/16 (normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais) e a referida pesquisa só será iniciada após comprovação de autorização do Comitê de Ética de Pesquisa credenciado ao CONEP, mediante apresentação do parecer consubstanciado à Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão - ESP/MA. Esta pesquisa de campo é pré-requisito para a dissertação de mestrado e defesa no mestrado acadêmico em Sociologia do Programa de Pós-Graduação em Sociologia.

Agradecemos a atenção e nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Imperatriz, 09 de fevereiro de 2024

Documento assinado digitalmente
gov.br CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS
Data: 09/02/2024 10:07:17-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Carla Rafaela Suely Silva Bastos
Discente

Documento assinado digitalmente
gov.br VANDA MARIA LEITE PANTOJA
Data: 09/02/2024 10:20:29-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Vanda Maria Leite Pantoja
Orientadora

Aline de Sousa Rocha
SUPERV. NEP - [redacted]
COREN-MA 635.923
MAT. 14189/EMSERH

Coordenador(a) do NEP ou Direção da Unidade de Saúde
Assinatura e Carimbo

Apêndice G – Ofício direcionado à Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão – Carta de Anuência

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Av. dos Portugueses, 1966, - Bairro Vila Bacanga, São Luís/MA, CEP 65080-805
Telefone: (98) 3272-8000 - https://www.ufma.br

Ofício nº 3/2024/PPGS/CCIM

Ao Senhor Secretário Tiago José Mendes Fernandes
Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA)

Assunto: **Carta de anuência à Secretaria de Estado da Saúde - SES/MA**

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 23115.005944/2024-67.

Prezado,

O Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Maranhão, neste, representado por seu coordenador, Dr. Wellington da Silva Conceição, vem solicitar a anuência para submissão de projeto de pesquisa, em nível de Mestrado, da discente Carla Rafaela Suely Silva Bastos, orientada pela professora Dra. Vanda Maria Leite Pantoja, tendo como título "(IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA: um estudo sobre o serviço de aborto legal".

O objetivo desta pesquisa é analisar como funciona o serviço de aborto legal [redacted] Para a produção de dados serão utilizadas entrevistas semiestruturadas e registro de áudio, caso autorizado, tendo em vista que esse recurso favorece o colhimento e preservação das informações coletadas, com os profissionais de saúde que compõem o serviço de atendimento às mulheres - médico(a), anestesista (a), enfermeiro (a), assistente social e psicólogo (a) .

Esta etapa tem como objetivo a produção de dados para entender a dinâmica de funcionamento do serviço de aborto legal ofertado pela unidade de saúde, a partir da ótica dos profissionais que o compõem. Salientamos que serão respeitadas todas as Resoluções Éticas Brasileiras em especial a Resolução CNS 466/12 (Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos) e a Resolução 510/16 (normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais) e a referida pesquisa só será iniciada após comprovação de autorização do Comitê de Ética de Pesquisa credenciado ao CONEP, mediante apresentação do parecer consubstanciado à Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão - ESP/MA.

Esta pesquisa de campo é pré-requisito para a conclusão do mestrado acadêmico em Sociologia do Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Importante salientar que a pesquisa já foi autorizada pela coordenação e/ou direção do Núcleo de Educação e Pesquisa do [redacted]

Atenciosamente,

Wellington da Silva Conceição
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Universidade Federal do Maranhão

Documento assinado eletronicamente por **WELLINGTON DA SILVA CONCEICAO**, **Coordenador(a)**, em 28/02/2024, às 11:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 .

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufma.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0915956** e o código CRC **417FFDFE**.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 23115.005944/2024-67 SEI nº 0915956

Apêndice H – Solicitação de extensão de prazo de pesquisa de campo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS <carla.bastos@discente.ufma.br>

Liberação de Pesquisa

6 mensagens

Pesquisa ESP-MA <pesquisasaudeespma@gmail.com> 8 de novembro de 2024 às 16:11
Para: Jacyane ESPMA <jacyane.espma@gmail.com>
Cc: CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS <carla.bastos@discente.ufma.br>

Boa tarde!

Em anexo, encaminhamos TERMO DE COMPROMISSO e LIBERAÇÃO DE PESQUISA referente à solicitação da pesquisadora Carla Rafaela.

Atenciosamente,

Coordenação de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde

ESPMA
Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão

Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão
Unidade da Secretaria de Estado da Saúde / Governo do Maranhão
Fone: (98) 3232-3233 Endereço: Rua 28 de Julho, 312, Centro Histórico - São Luís.
Site: www.saude.ma.gov.br/escola-de-saude-publica/ Campus Virtual: escola.saude.ma.gov.br
@escoladesaudepublica.ma
GOVERNO DO MARANHÃO

2 anexos

TERMO_DE_COMPROMISSO_Carla_assinado.pdf
267K

SEI_4631433_Declaracao_127.pdf
62K

CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS <carla.bastos@discente.ufma.br> 8 de novembro de 2024 às 16:36
Para: Pesquisa ESP-MA <pesquisasaudeespma@gmail.com>

Recebido!
[Texto das mensagens anteriores oculto]

CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS <carla.bastos@discente.ufma.br> 6 de março de 2025 às 09:33
Para: Pesquisa ESP-MA <pesquisasaudeespma@gmail.com>

Bom dia!

Gostaria de saber como funciona para solicitar mais um mês de pesquisa de campo. A aplicação com a equipe do hospital está lenta, e creio que irei necessitar de mais um mês de acesso ao campo.
[Texto das mensagens anteriores oculto]

Pesquisa ESP-MA <pesquisasaudeespma@gmail.com> 25 de março de 2025 às 08:00
Para: CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS <carla.bastos@discente.ufma.br>

Olá!

Você pode formalizar sua solicitação aqui no e-mail, anexando seu novo cronograma para execução da pesquisa.

Atenciosamente,

Coordenação de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde

[Texto das mensagens anteriores oculto]

CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS <carla.bastos@discente.ufma.br> 25 de março de 2025 às 08:17
Para: VANDA MARIA LEITE PANTOJA <vanda.pantoja@ufma.br>

[Texto das mensagens anteriores oculto]
--
Carla Bastos
Mestranda em Sociologia - UFMA/PPGS

CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS <carla.bastos@discente.ufma.br> 27 de março de 2025 às 12:28
Para: Pesquisa ESP-MA <pesquisasaudeespma@gmail.com>
Cc: VANDA MARIA LEITE PANTOJA <vanda.pantoja@ufma.br>

Boa tarde, em anexo a solicitação da extensão do prazo e o meu histórico acadêmico.
[Texto das mensagens anteriores oculto]
[Texto das mensagens anteriores oculto]

2 anexos

historico_2023105624.pdf
31K

solicitação de extensão de prazo.docx
41K

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

Prezados(as),

Eu, **CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS** pesquisador(a) vinculado(a) ao **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA - CCIm**, venho por meio deste solicitar a prorrogação do cronograma referente à pesquisa **(IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA: Um estudo sobre o serviço de aborto legal**, previamente autorizada por este órgão sob o protocolo 2024.110222.40540. A solicitação se justifica devido à condução mais lenta da aplicação dos questionários no campo de pesquisa. O hospital onde a pesquisa ocorre opera em regime de plantão, o que impacta a abordagem dos profissionais de saúde e exige uma adaptação no tempo de coleta. Além disso, houve o trancamento do meu curso de mestrado por três meses, o que também influenciou no andamento das atividades.

Atualmente, a pesquisa já avançou nas seguintes etapas:

✓ **Coleta de dados com as equipes de serviço social e psicologia** (concluída)
✓ **Qualificação da pesquisa** realizada com os resultados preliminares dessas equipes e com o primeiro capítulo teórico.

Diante disso, as próximas etapas a serem desenvolvidas são:

1. **Redação do capítulo 2 (Abril/2025)**

2. **Correções sugeridas pela banca na qualificação (Abril/2025)**

3. **Aplicação dos questionários com as equipes de enfermagem e medicina (Abril / Maio / Junho de 2025)**

4. **Ajustes finais do texto (Maio/2025)**

5. **Defesa da dissertação (Junho/2025)**

Considerando que meu novo prazo para conclusão do curso é **junho deste ano**, solicito a extensão do prazo da pesquisa até **junho de 2025**, a fim de garantir a finalização adequada do estudo dentro dos requisitos acadêmicos e científicos.

Reafirmo meu compromisso com a condução ética da pesquisa e me coloco à disposição para eventuais esclarecimentos. Aguardo um retorno sobre a viabilidade desta solicitação.

Atenciosamente,

CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS
Mestranda em Sociologia

Profa. Dra. VANDA MARIA LEITE PANTOJA
Orientadora

Apêndice I – Qrcode

Aponte a sua câmera!

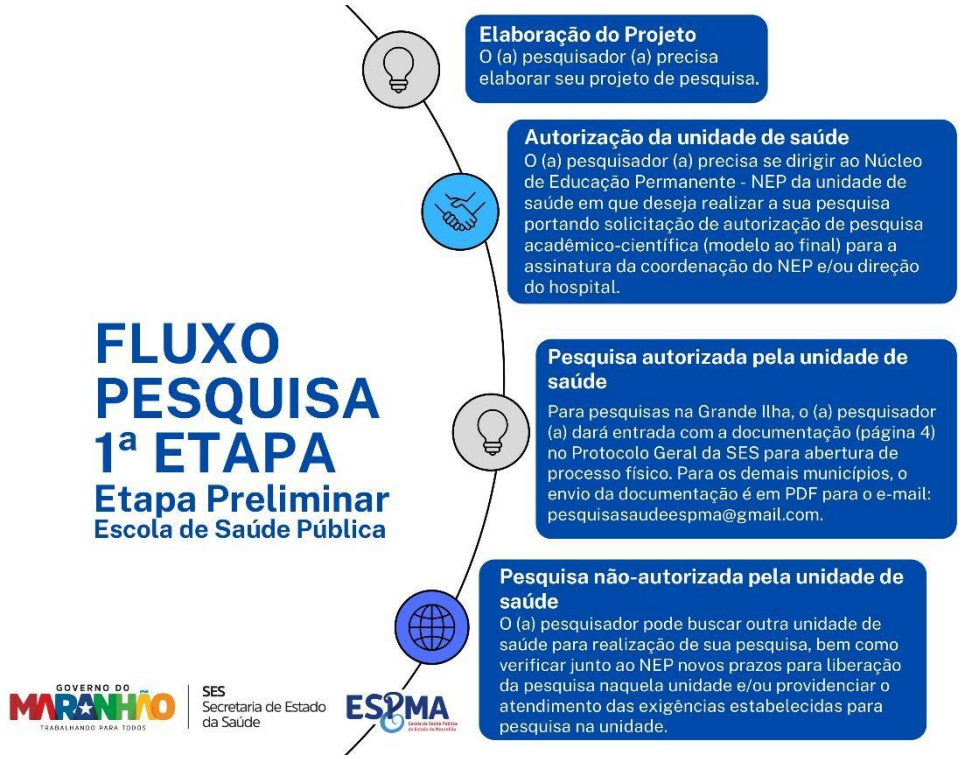
Médicos e enfermeiros, este questionário integra uma pesquisa de mestrado em Sociologia, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Ciências de Imperatriz da Universidade Federal do Maranhão

PARTICIPE!

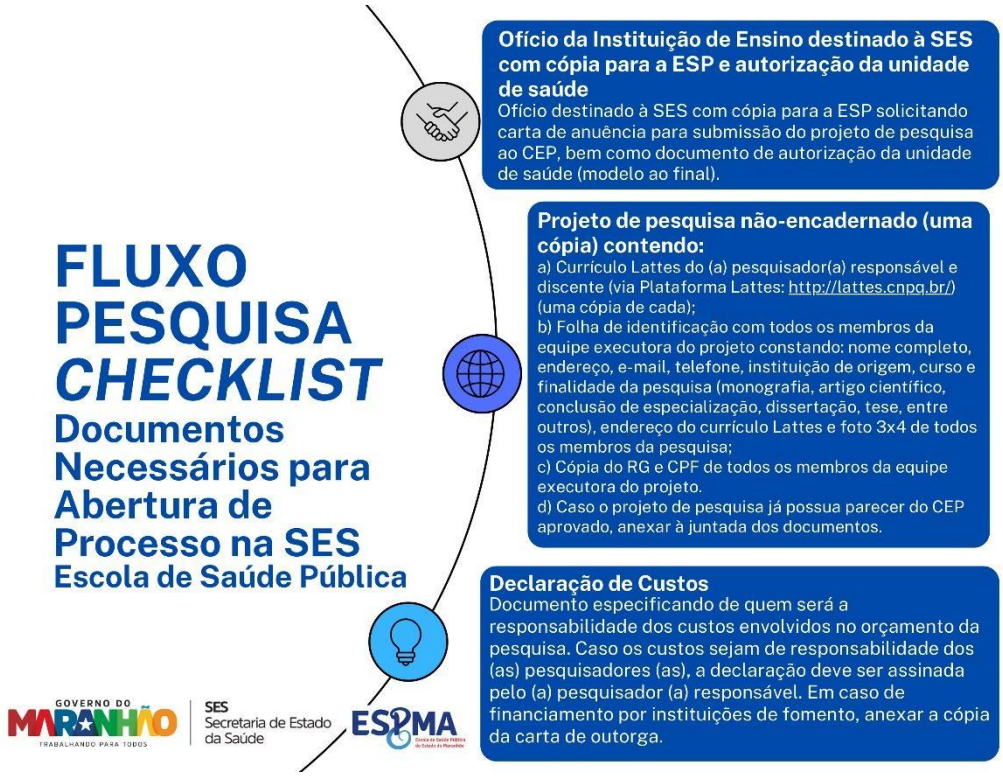
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA UFMA PPGS

Anexos

Anexo A – Fluxo de Pesquisa – Escola de Saúde Pública do Maranhão – ESP/MA



FLUXO
PESQUISA
3ª ETAPA
Etapa de
Acompanhamento
Escola de Saúde Pública
Relatório Final
Envio do Relatório Final ao término da pesquisa para o e-mail pesquisaespma@gmail.com
Apresentação da pesquisa
Envio de no mínimo uma comprovação de apresentação da pesquisa em eventos científicos, periódicos, anais, plataformas de divulgação científica, livros, entre outros.
Não cumprimento das etapas
Em caso de não cumprimento das etapas acima, o (a) pesquisador (a) poderá ser impedido de solicitar novas pesquisas nas unidades de saúde da SES.
GOVERNO DO MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS
SES
Secretaria de Estado da Saúde
ESPMA


FLUXO
PESQUISA
CHECKLIST
Documentos
Necessários para
Abertura de
Processo na SES
Escola de Saúde Pública
Ofício da Instituição de Ensino destinado à SES com cópia para a ESP e autorização da unidade de saúde
Ofício destinado à SES com cópia para a ESP solicitando carta de anuência para submissão do projeto de pesquisa ao CEP, bem como documento de autorização da unidade de saúde (modelo ao final).
Projeto de pesquisa não-encadernado (uma cópia) contendo:
a) Currículo Lattes do (a) pesquisador(a) responsável e discente (via Plataforma Lattes: http://lattes.cnpq.br/) (uma cópia de cada);
b) Folha de identificação com todos os membros da equipe executora do projeto constando: nome completo, endereço, e-mail, telefone, instituição de origem, curso e finalidade da pesquisa (monografia, artigo científico, conclusão de especialização, dissertação, tese, entre outros), endereço do currículo Lattes e foto 3x4 de todos os membros da pesquisa;
c) Cópia do RG e CPF de todos os membros da equipe executora do projeto.
d) Caso o projeto de pesquisa já possua parecer do CEP aprovado, anexar à juntada dos documentos.
Declaração de Custos
Documento especificando de quem será a responsabilidade dos custos envolvidos no orçamento da pesquisa. Caso os custos sejam de responsabilidade dos (as) pesquisadores (as), a declaração deve ser assinada pelo (a) pesquisador (a) responsável. Em caso de financiamento por instituições de fomento, anexar a cópia da carta de outorga.
GOVERNO DO MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS
SES
Secretaria de Estado da Saúde
ESPMA

FLUXO
PESQUISA
Documentos
Modelos e
Checklist
Escola de Saúde Pública
QR Code - Modelos
Checklist - Documentos Necessários
Solicitação de Autorização - Unidade de Saúde
Declaração de Custos
GOVERNO DO
MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS
SES
Secretaria de Estado
da Saúde
ESP MA

Anexo B – Declaração de Anuência

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA-ADJUNTA DE ADMINISTRAÇÃO E ENGENHARIA
ESCOLA PÚBLICA DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO - SES

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que o projeto de pesquisa **"(IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA: UM ESTUDO SOBRE O SERVIÇO DE ABORTO LEGAL",** oriundo do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Maranhão e de autoria do pesquisador **PROFA. DRA. VANDA MARIA LEITE PANTOJA** e da discente e **CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS** está apto para submissão na Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos.

A equipe executora solicitou autorização de coleta de dados na [redacted] onde realizará entrevistas semiestruturadas e registro de áudio com os profissionais de saúde que compõem o serviço de atendimento às mulheres - médico(a), anestesista (a), enfermeiro (a), assistente social e psicólogo (a). Ademais, a referida pesquisa está autorizada, mas só poderá ser iniciada após envio de parecer consubstanciado de Comitê de Ética em Pesquisa credenciado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para o correio eletrônico pesquisasaudeespma@gmail.com aprovando o referido projeto de pesquisa.

São Luís, de 14 março de 2024.

Atenciosamente,

ANA LÚCIA NUNES
DIRETORA ADMINISTRATIVA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

Documento assinado eletronicamente por **ANA LÚCIA NUNES**, **DIRETORA ADMINISTRATIVA**, em 15/03/2024, às 15:46, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.ma.gov.br/autenticidade informando o código verificador **0671450** e o código CRC **5CC7D98E**.

Anexo C – Parecer positivo do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – CEP/UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: (IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA: estudo sobre um serviço de aborto legal
Pesquisador: CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 78844324.0.0000.5087
Instituição Proponente: Centro de Ciências de Imperatriz
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.119.007

Apresentação do Projeto:
Trata-se de uma pesquisa em andamento em nível de mestrado em Sociologia na área dos Estudos de Gênero, com foco nos Direitos Reprodutivos.
O objetivo geral é analisar como funciona o serviço de aborto legal na cidade de Imperatriz-MA. Os objetivos específicos são: a) compreender do
ponto de vista teórico a relação entre corpo, política e direito reprodutivo no Brasil, b) descrever sobre a discussão política em torno da
descriminalização do aborto no Brasil e c) entender como tem funcionado o acesso e atendimento do serviço de aborto legal [redacted]
-MA. A fundamentação teórica é norteada pelos Estudos de Gênero: Diniz e Medeiros (2010, 2016); Diniz, Medeiros e Madeiro (2016, 2021), Saffiotti
(2004), Federici (2018, 2023). A pesquisa será conduzida a partir de métodos qualitativos, com uma revisão teórica da literatura acadêmica,
documentos legais e portarias do Ministério da Saúde relacionados ao aborto no Brasil, assim como entrevistas semiestruturadas com os
profissionais da saúde da instituição estudada. Como resultado espera-se contribuir para o entendimento do funcionamento do serviço de aborto
legal [redacted], considerando aspectos teóricos, políticos e práticos. Como considerações finais, espera-se pontuar como funciona o serviço

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delgado
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

de aborto legal [redacted], identificando as barreiras e os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde e as mulheres que
pretendem acessar o serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como funciona o serviço de aborto legal [redacted]

Objetivo Secundário:

- Compreender do ponto de vista teórico, a relação entre corpo, política e direito reprodutivo no Brasil;- Descrever sobre a discussão política em
torno da descriminalização do aborto no Brasil;- Apresentar a discussão em torno da moralidade do aborto, no que se refere a moralismo, ética e
cotidiano;- Verificar como tem funcionado o acesso e atendimento do serviço de aborto legal [redacted]

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Não participação dos servidores devido a motivos relacionados a questões pessoais, religiosas ou morais.- A participação na pesquisa poderá
causar riscos para o/a participante, considerando que será utilizada o método de pesquisa qualitativa.- Os riscos envolvidos no método de entrevista
são: 1) invasão de privacidade; como a pesquisa se refere ao tema do aborto é possível que implique em questões morais para os entrevistadas(os);
as questões correspondem a temas sensíveis; tempo que o entrevistado terá de dispor para participar da pesquisa; mesmo contando com o termo
de consentimento livre e esclarecido e com termo de sigilo toda pesquisa e coleta de dados envolve o risco de divulgação de dados confidenciais;- É
possível tomar atitudes para minimizar os riscos elencados acima, além de representarem baixo risco para as(os entrevistadas(os) e para as
instituições envolvidas. A fim de minimizar os possíveis riscos que poderão surgir ao longo da pesquisa, se tomará o cuidade de explicitar para as
pessoas participantes todos os detalhes da pesquisa, a fim de que possa consentir de forma livre e esclarecida sobre sua participação.- Quanto aos
riscos de divulgação de dados pessoais e/ou confidenciais será tomado o cuidado de armazenar

os dados em local seguro e de acesso apenas a
pesquisadora e sua orientadora, também será tomado o cuidado de não comentat de forma direta sobre as pessoas participantes da pesquisa, a fim
de que seu anonimato seja preservado. Buscar-se-á em todos os momentos da pesquisa de campo, adequar a coleta de dados as possibilidades
do/a entrevistado/a, minimizando, desta forma, os riscos de alteração na rotina das pessoas envolvidas.- Quanto aos temas sensíveis listados nos
riscos da entrevista da entrevista semiestruturada, serão tomados os devidos cuidados na escrita do roteiro para que a ferramenta não venha a
implicar em questões morais para as/os participantes. - Salienta-se que em qualquer etapa da pesquisa as pessoas envolvidas podem falar de seus
desconfortos para a pesquisadora, a fim de que possam buscar por um meio adequado para sua minimização. Caso algum dos riscos se manifeste
e não seja possível minimizá-lo, as/os participantes, assim como as instituições, terão todo o direito de solicitar a desistência em participação da
pesquisa.- Estratégias para preservar a identidade serão utilizadas. Todo e qualquer manuseio de dados será feito exclusivamente pela
pesquisadora. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A participação será anônima,
mediante confidencialidade e respeito. Dessa forma, pode se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem
penalização alguma.- Esta pesquisa foi submetida para apreciação com anuência pela Coordenação de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde da
Escola Superior de Saúde Pública do Estado do Maranhão, responsável por processar os pedidos de pesquisas científicas no âmbito das
instituições de saúde do Estado do Maranhão.

Benefícios:

- Contribuir ativamente em uma pesquisa sobre direitos reprodutivos no contexto estudado;- Viabilizar a partir dos dados produzidos em entrevista no
que concerne a uma compreensão da realidade do serviço de aborto legal da cidade estudada;- Assim como receber um material sintetizado acerca
dos direitos reprodutivos, tendo como foco o acesso ao aborto legal na região, além de evidenciar um tema que é pouco discutido no contexto

estudado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem relevância acadêmica, social e de saúde pública, justificando a realização do estudo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Entregues de forma adequada

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Deferido

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2271420.pdf	21/09/2024 15:49:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_corrigido_plataforma_brasil.docx	21/09/2024 15:49:31	CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_corrigido_plataforma_brasil.pdf	21/09/2024 15:48:14	CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.docx	05/04/2024 09:08:22	CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_plataforma_brasil_assinado_assinado.pdf	05/04/2024 09:06:26	CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	20/03/2024 10:38:48	CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.docx	20/03/2024 10:37:34	CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS	Aceito

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA

Continuação do Parecer: 7.119.007

Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.docx	20/03/2024 10:37:34	CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	20/03/2024 10:35:24	CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	20/03/2024 10:32:54	CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pdf.pdf	20/03/2024 10:30:54	CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	20/03/2024 10:30:19	CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinado_assinado.pdf	20/03/2024 10:01:28	CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO LUIS, 03 de Outubro de 2024

Assinado por:
Emanuel Péricles Salvador
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delgado
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Anexo C – Declaração de Liberação de Pesquisa

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA-ADJUNTA DE ADMINISTRAÇÃO E ENGENHARIA
ESCOLA PÚBLICA DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO - SES

Processo Nº.: 2024.110222.40540
Assunto: Pesquisa - Carla Suely

DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE PESQUISA

Declaramos, para os devidos fins, que o projeto de pesquisa **"(IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA: UM ESTUDO SOBRE O SERVIÇO DE ABORTO LEGAL"**, oriundo do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Maranhão e de autoria do pesquisador **PROFA. DRA. VANDA MARIA LEITE PANTOJA** e da discente e **CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS** está apto para início de pesquisa de campo em nossa rede estadual de saúde.

A equipe executora solicitou autorização de coleta de dados na [redacted] onde realizará entrevistas semiestruturadas e registro de áudio com os profissionais de saúde que compõem o serviço de atendimento às mulheres - médico(a), anestesista (a), enfermeiro (a), assistente social e psicólogo (a). O parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa encontra-se em anexo. A coleta de dados inicia em 07/11/2024 e encerra em 30/04/2025.

Por fim, informamos que essa declaração será também encaminhada à Gerência de Atividades Meio - GERAM e Superintendência de Acompanhamento a Rede Serviços - SAAS/SES para ciência da referida solicitação.

São Luís, *data de assinatura eletrônica.*

Atenciosamente,

ANA LÚCIA NUNES
DIRETORA ADMINISTRATIVA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
ID: 00306785-03

Documento assinado eletronicamente por **ANA LÚCIA NUNES**, **DIRETORA ADMINISTRATIVA**, em 08/11/2024, às 10:26, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.ma.gov.br/autenticidade informando o código verificador **4631433** e o código CRC **FFC39EFD**.

Anexo D – Termo de Compromisso

GOVERNO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão
Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão

TERMO DE COMPROMISSO

A equipe executora deste estudo declara e concorda em cumprir com os termos listados abaixo:

Que a pesquisa só será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando assim, os preceitos éticos e legais exigidos pelas resoluções vigentes, em especial a 466/12 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde – CNS;

Que a unidade de saúde onde será realizada a pesquisa deve ter conhecimento do estudo através de apresentação prévia dos (as) pesquisadores (as) à direção da unidade via encaminhamento da Coordenação de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde – CPDS da ESP/MA, podendo apresentar para a unidade de saúde ou para qualquer outro interessado, ligado a SES/MA, a qualquer momento, uma cópia dos termos de autorização;

Com a assinatura pelas partes envolvidas na pesquisa de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, caso a pesquisa envolva diretamente seres humanos;

Com a assinatura, por parte dos (as) pesquisadores (as), de um Termo de Consentimento, caso a pesquisa envolva indiretamente seres humanos em análise de prontuários e/ou banco de dados, entre outros;

Com a assinatura de um Termo de Autorização de uso de imagem e depoimento pelo (a) paciente, caso seja utilizada a imagem ou depoimento dos envolvidos na pesquisa;

Em utilizar os dados coletados e/ou materiais apenas para fins científicos previstos no protocolo de pesquisa, obedecendo as Boas Práticas Clínicas e/ou as Boas Práticas de Laboratório;

Em informar à Secretaria de Estado da Saúde, ao Comitê de Ética em Pesquisa e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária o (a) patrocinador (a) do estudo (quando houver), bem como os eventos e efeitos adversos que venham a ocorrer no decorrer do estudo;

Que não haverá pagamento aos envolvidos na pesquisa em troca de sua participação no estudo;

O compromisso com participação em mostras científicas e eventos científicos promovidos pelo Governo do Estado do Maranhão para a divulgação da ciência, através da Secretaria de Estado da Saúde;

Que nenhum exame e/ou procedimento serão solicitados aos envolvidos na pesquisa ou responsável legal pelo paciente, sendo do (a) patrocinador (a) do estudo a responsabilidade de qualquer despesa que surgir, desde que seja previamente acordado com a unidade de saúde que será realizada a pesquisa;

Que a pesquisa indenizará os envolvidos na pesquisa (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio que possa vir a comprometer o indivíduo ou a coletividade – dano este que pode ser em sua dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou

espiritual do ser humano – em qualquer fase da pesquisa ou dela decorrente, bem como jamais poderá ser exigido dos envolvidos na pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito e indenização por dano;

Preservar o sigilo e a privacidade dos (as) participantes cujo os dados serão coletados e analisados;

Manter os dados da pesquisa em arquivo – físico e digital – sob guarda e responsabilidade por um período de 05 (cinco) anos após o término da pesquisa;

Assegurar que os resultados da pesquisa serão divulgados de forma anônima;

Fornecer uma cópia com os resultados da pesquisa à Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão/SES-MA e para a unidade onde será realizada a coleta de dados, a saber, [redacted]

A responsabilidade civil e criminal pela veracidade das informações declaradas acima;

Por fim, a equipe executora concorda em assumir a integralidade deste Termo de Compromisso, assumir as responsabilidades descritas nele, bem como declara que este Termo é expressão da verdade e por ele responde.

São Luís/MA, *data da assinatura eletrônica.*

gov.br Documento assinado digitalmente
CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS
Data: 08/11/2024 15:56:06-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Assinatura

Anexo E – Deferimento de solicitação de extensão de prazo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS <carla.bastos@discente.ufma.br>

Prorrogação de prazo para coleta de dados - MARI

2 mensagens

Pesquisa ESP-MA <pesquisasaudeespma@gmail.com> 15 de abril de 2025 às 15:35
Para: Jacyane ESPMA <jacyane.espma@gmail.com>
Cc: CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS <carla.bastos@discente.ufma.br>

Prezada

Informamos que a pesquisadora CARLA RAFAELA SUELY SILVA BASTOS, pesquisador(a) vinculado(a) ao PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA -
CCIm - UFMA solicitou prorrogação do cronograma referente à pesquisa (IN)JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA: Um estudo sobre o serviço de aborto legal, que está sendo realizada na [redacted] e foi previamente autorizada por esta ESP sob o protocolo 2024.110222.40540. Ressaltamos que a pesquisadora ainda fará a aplicação dos questionários com as equipes de enfermagem e medicina e seu prazo encerrará em 30/06/2025.

Atenciosamente,

Coordenação de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde

ESPMA Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão

Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão
Unidade da Secretaria de Estado da Saúde / Governo do Maranhão
Fone: (98) 3232-3233 Endereço: Rua 28 de Julho, 312, Centro Histórico - São Luís.
Site: www.saude.ma.gov.br/escola-de-saude-publica/ Campus Virtual: escola.saude.ma.gov.br
@escoladesaudepublica.ma
GOVERNO DO MARANHÃO Secretaria de Saúde

Carla Rafaela Suely Silva Bastos <carla.bastos@discente.ufma.br> 15 de abril de 2025 às 15:37
Para: Vanda Maria Leite Pantoja <vanda.pantoja@ufma.br>

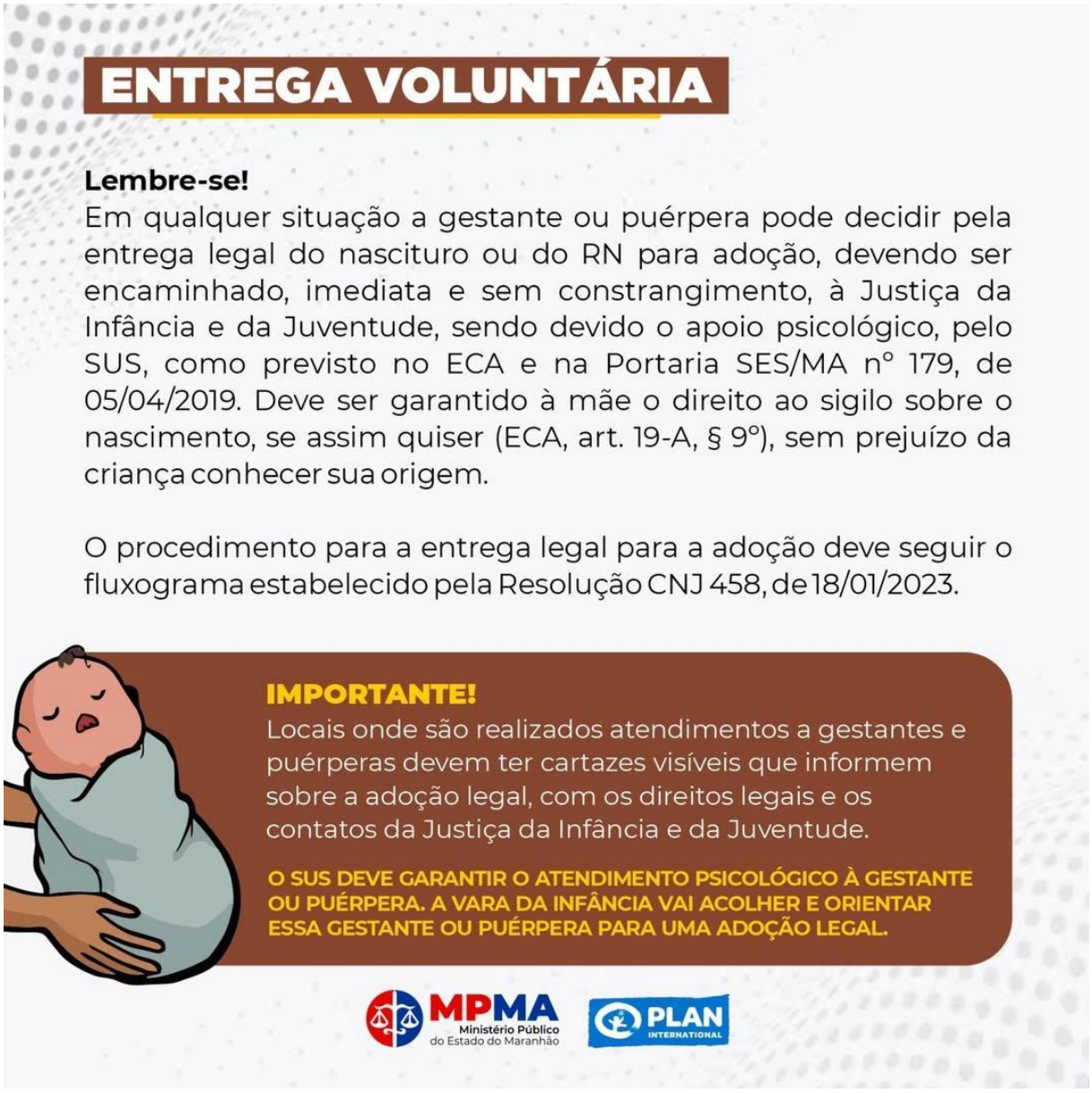
[Texto das mensagens anteriores oculto]

Anexo F – Oferta de Aborto Legal no Estado do Maranhão

Fonte: Instagram, @mpmaoficial, 2023.

Fonte: Instagram, @mpmaoficial, 2023.

Fonte: Instagram, @mpmaoficial, 2023.



Fonte: Instagram, @mpmaoficial, 2023.

Anexo G – Passo a passo de acesso aos dados de internação por abortamento

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE DAS MULHERES

Passo-a-passo de acesso aos dados de internação por abortamento

Para acessar o quantitativo de internações decorrentes de abortamentos no SUS, é possível utilizar os dados registrados no sistema de informação Tabnet/DATASUS. Esses dados são de domínio público.

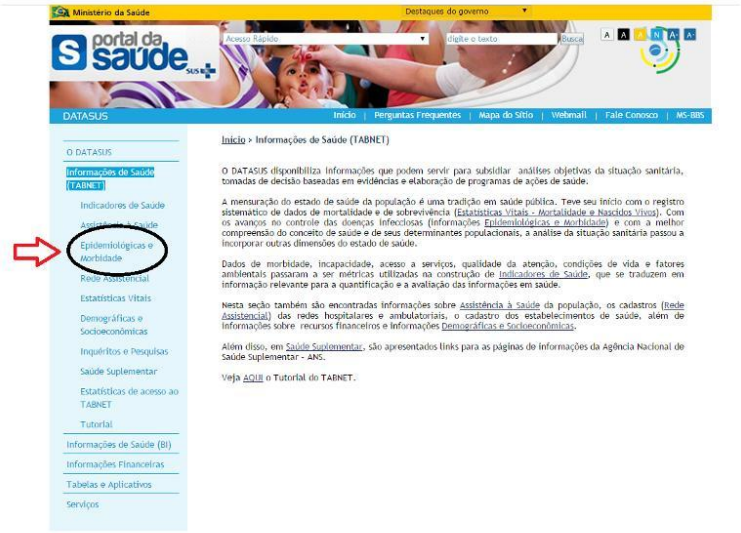
As internações por abortamento estão apresentadas no TABNET da seguinte forma: Aborto espontâneo, Aborto por razões médicas e legais e Outras gravidezes que terminam em aborto, sendo possível para a obtenção dos dados, selecionar cada opção ou as três juntas.

Caminho de acesso aos dados de internação por aborto no Sistema de Informação do DATASUS

1° passo: Acessar o link: http://tabnet.datasus.gov.br OU
http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02

2° passo: Clicar em *Epidemiológicas e Morbidade*

IMAGEM 1: Tela inicial do TABNET/DATASUS com indicativo do caminho *Epidemiológicas e Morbidade*



Fonte: Website TABNET, portal DataSUS, 2017.

3 ° passo: Clicar em *Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)*

4º passo: Clicar em *Geral, por local de internação – a partir de 2008* e, então, selecionar a UF desejada.

5º passo (opção 1): **Para conhecer os dados referentes ao aborto legal**

- Em **Linha**: selecionar o local;
- Em **Conteúdo:** selecionar *Internações*;
- Em P**eríodos disponíveis**: selecionar o período desejado (você pode selecionar mais de um período segurando o "Ctrl");
- Em **Lista Morb CID-10**, selecionar *Aborto por razões médicas;*

6º passo: Clicar em *Mostra.* (na opção *tabela com bordas*)

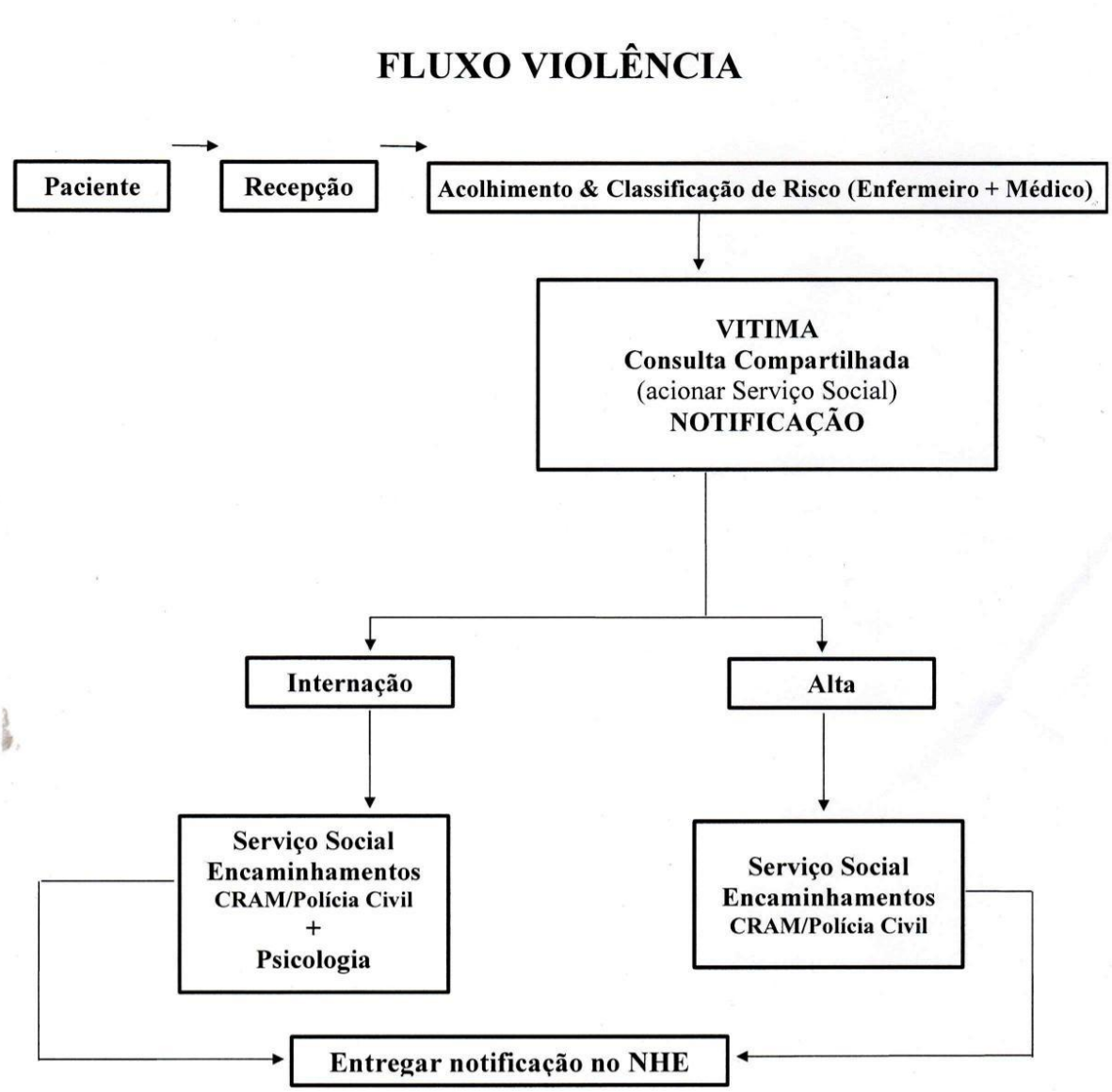
5º passo (opção 2): **Para conhecer os dados referentes a todas as internações por abortamento:**

- Em **Linha**: selecionar o local;
- Em **Conteúdo:** selecionar *Internações*;
- Em P**eríodos disponíveis**: selecionar o período desejado (você pode selecionar mais de um período segurando o "Ctrl");

- Em **Lista Morb CID-10**, selecionar *Aborto por razões médicas; Aborto espontâneo e Outras gravidezes que terminam em aborto*. Assim aparecerá a soma dos dados referentes a todas as internações por abortamento.

6º passo: Clicar em *Mostra.* (na opção *tabela com bordas*)

Anexo H – Fluxo Violência



Anexo I – Parecer técnico

PARECER TÉCNICO

Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultrassonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº_____ da paciente_____ documento tipo_____ nº _____; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.

[redacted] ____/____/_____

_____

Médico (assinatura e carimbo)

Anexo J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por meio deste instrumento eu:_____

documento de identificação tipo _____,nº _____registro hospitalar

nº _____ ou meu representante legal/responsável:_____

_____

documento de identificação tipo _____ nº _____, em conformidade com o

Artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada.

Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo-me garantidos os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situação; e das alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a criança e inseri-la na família, ou de proceder com os mecanismos legais de doação.

Declaro estar esclarecida (os) dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em Lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis.

Declaro que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial.

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e ter entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de violência sexual, e autorizo a equipe do Hospital os procedimentos necessários.

[redacted] _____/_____/_____

_____

Gestante (assinatura)

_____

Representante legal (assinatura).

Anexo L – Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez Resultante de Estupro

TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Hospital Regional Materno Infantil avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada, pela usuária:_____, portadora do documento de identificação tipo _____,nº _____, registro hospitalar nº _____com _____semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

[redacted] ____/____/_____

_____

Psicólogo- ambulatório (assinatura e carimbo)

_____

Assistente social- ambulatório (assinatura e carimbo)

_____

Enfermeiro acolhimento (assinatura e carimbo)

_____

Diretor ou Responsável pela Instituição (assinatura e carimbo)

Anexo M – Termo de Relato Circunstanciado

TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

Eu,_____
brasileira, _____anos, portadora do documento de identificação tipo _____,
nº _____,declaro que no dia _____, do mês _____do ano de _____às _____, no endereço _____ (ou proximidades – indicar ponto de referência) _____, bairro _____, cidade _____, fui vítima de crime de violência sexual, nas seguintes circunstâncias:_____

_____

_____

Em caso de agressor(s) desconhecido (os)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por _____homem(s) de aproximadamente, idade: _____raça/cor:_____
cabelos:_____trajando:_____outras informações (alcoolizado, drogado) :_____ condutor do veículo/tipo :_____

O crime foi presenciado por (se houver testemunha): _____

Em caso de agressor (a)(s) conhecido (a)(s)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por (informação opcional) _____, sendo meu/minha:_____ (indicar grau de parentesco ou de relacionamento social e afetivo), com: _____anos de idade e que no momento do crime encontrava-se/ ou não (alcoolizado, drogado):_____O crime foi presenciado por (se houver testemunha): _____

É o que tenho/ temos a relatar

[redacted] ____/_____/_____

_____

Gestante (assinatura)

_____RG_____

Representante Legal (assinatura)

_____Profissional de saúde (assinatura e carimbo)

Anexo N – Termo de Responsabilidade

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por meio deste instrumento, eu: _____, portadora do documento de identificação tipo _____nº _____, ou legalmente representada por: _____, portador (a) do documento de identificação tipo _____nº _____ assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do [redacted] NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.

[redacted] _____/_____/_____

_____

Gestante (assinatura)

_____

Representante Legal (assinatura)