

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

JOSÉ RENAN NUNES DE OLIVEIRA E SILVA

O DIREITO DE DECISÃO E DE SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA SEXUAL NO MARANHÃO: o aborto legal em pauta.



Arte da capa: *Lucía Coz Córdova*. Reprodução: Ni Una Menos – Facebook. **Todos os direitos reservados.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

JOSÉ RENAN NUNES DE OLIVEIRA E SILVA

**O DIREITO DE DECISÃO E DE SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA SEXUAL NO MARANHÃO: o aborto legal em pauta.**

SÃO LUÍS-MA
2025

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

Silva, José Renan Nunes de Oliveira e.

O DIREITO DE DECISÃO E DE SAÚDE DAS MULHERES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO MARANHÃO : o aborto legal
em pauta / José Renan Nunes de Oliveira e Silva. - 2025.
164 f.

Orientador(a): Marly de Jesus Sá Dias.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2025.

1. Movimentos Feministas. 2. Direitos Humanos. 3.
Violência Sexual. 4. Aborto Legal. I. Dias, Marly de
Jesus Sá. II. Título.

JOSÉ RENAN NUNES DE OLIVEIRA E SILVA

**O DIREITO DE DECISÃO E DE SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA SEXUAL NO MARANHÃO: o aborto legal em pauta.**

Dissertação apresentada para fins de defesa junto ao
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da
Universidade Federal do Maranhão.
Orientadora: Profa. Dra. Marly de Jesus Sá Dias.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marly de Jesus Sá Dias (UFMA/PPGPP)
(Orientadora e Presidente da Banca)

Profa. Dra. Maria Mary Ferreira
Universidade Federal do Maranhão (UFMA/PPGPP)
(Examinador Interno)

Profa. Dra. Silse Teixeira de Freitas Lemos
Universidade Federal do Maranhão (UFMA/DESES)
(Examinador Externo)

*Dedico este trabalho a todas a todas as
mulheres que morreram em abortos
clandestinos, vítimas da negligência do
Estado.*

AGRADECIMENTOS

O processo de escrita acadêmica é realmente muito solitário como dizem. Ao longo dos últimos 5 anos, desde a Residência em Saúde da Mulher, me questionei quase todos os dias sobre o porquê de insistir em pesquisar algo tão alheio à minha vida. Algumas vezes sequer vi sentido no que escrevia, tampouco sabia o que fazer com os dados tão importantes que esperei tanto tempo para acessar. Foram meses levantando a tela do notebook sem conseguir escrever nada; noites sem dormir imaginando o findar dos prazos do mestrado. Mas tive comigo muitas pessoas que não permitiram que eu desistisse, e aqui deixo os meus agradecimentos:

À minha orientadora, professora Marly. Sei mais do que ninguém que este não foi um processo fácil, sobretudo porque nossa relação começou somente no segundo ano do mestrado. Mesmo com meus sumiços, dificuldades e crises, você sempre esteve me incentivando a continuar, e me lembrando de que tanto esforço não poderia ser jogado fora. Muito obrigado por fazer parte da minha história.

Às professoras e professores do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e da Universidade Federal do Maranhão, especialmente as professoras Mary Ferreira e Silse Lemos, que me acompanharam desde a qualificação do projeto até a defesa (Prof^a Silse desde a residência!), contribuindo de maneira singular com minha qualificação acadêmica. Foi uma honra fazer parte de um dos maiores e melhores programas de pós-graduação da América Latina. Cada disciplina foi fundamental para a compreensão das inquietações que deram origem a este trabalho.

Ao Hospital Universitário da UFMA, por cumprir com sua missão institucional e possibilitar que eu acessasse todas as informações das quais dispus para escrever este trabalho. Registro um carinho especial pelas Assistentes Sociais do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, Luciana e Roseana, que me ajudaram durante toda a coleta de dados, desde a residência, e são profissionais comprometidas com o Serviço Social e com a garantia de direitos das mulheres e da sociedade em geral.

À CAPES, pela concessão da bolsa de incentivo à pesquisa que me possibilitou as condições financeiras indispensáveis à concretização da pesquisa.

À minha equipe de trabalho da Diretoria Técnica da Fundação da Criança e do Adolescente, em especial minha chefinha Lucia Diniz. Sou grato por seus incentivos diários e por sua compreensão, especialmente por não deixar que eu me esquecesse da importância de concluir essa etapa.

À todas as minhas amigas e amigos. Estando fisicamente longe da família, o amor de vocês é o que me sustenta. Meu grupo *Kardashian's* foi a conquista mais preciosa dessa jornada. Amo vocês! Agradeço especialmente à Sâmella: te conhecer foi um presente lindo e inesperado. Compartilhamos alegrias, dores, angústias e insônias, mas também fomos alicerce um do outro durante toda essa experiência. Sem você, o caminho teria sido muito mais difícil. Eu sinto que viver tudo o que vivi valeu a pena quando olho para trás e vejo que no caminho encontrei amigas tão incondicionais como você. Por tudo, obrigado!

E, finalmente, agradeço à minha amada mãezinha Leidiane, que sempre fez questão de reafirmar seu desejo de ver os filhos avançarem na vida por meio dos estudos. Concluiu seu ensino médio tendo que me levar quase todas as noites para sua escola, me colocando para ler vários livrinhos, e hoje voltou a ser estudante e está concluindo sua primeira graduação. Minha mãe foi meu primeiro exemplo de persistência, e o maior motivo de eu entender que a palavra desistir não faz parte do nosso vocabulário. Muito obrigado, mãezinha, por sempre estar ao meu lado, me incentivando a estudar, a crescer e a não esquecer as minhas raízes. Cada etapa que avanço, cada conquista que alcanço, é por você. Cheguei aonde cheguei porque a senhora nunca desistiu de mim, e, por isso, lhe serei grato eternamente.

A criminalização perpetua o quadro de discriminação com base no gênero, porque ninguém supõe, ainda que em última lente, que o homem de alguma forma seja reprovado pela sua conduta de liberdade sexual, afinal a questão reprodutiva não lhe pertence de forma direta. Tanto que pouco – ou nada – se fala na responsabilidade masculina na abordagem do tema.

(Rosa Weber).

RESUMO

Esta pesquisa, intitulada “O direito de decisão e de saúde das mulheres em situação de violência sexual no Maranhão: o aborto legal em pauta”, teve por objetivo analisar o direito ao aborto legal na contemporaneidade por ocasião de violência sexual, a partir da realidade concreta do atendimento ofertado Hospital Universitário da UFMA no período de 2019 a 2022. Trata-se de pesquisa exploratória, de base qualitativa, que utilizou como método de análise o materialismo dialético e histórico, no esforço de apreender o movimento do objeto da pesquisa em suas múltiplas determinações. Como procedimentos metodológicos, adotou-se a revisão bibliográfica, a pesquisa documental e pesquisa de campo, a partir da análise de prontuários das mulheres atendidas. As informações coletadas foram analisadas e interpretadas a partir do referencial teórico construído ao longo do processo de investigação. Seus resultados apontam que as conquistas, apesar de importantes, ainda estão longe de serem suficientes ante a magnitude do problema. O aborto clandestino ainda se apresenta como fator de risco na vida das mulheres, sendo uma das cinco maiores causas de óbito materno. Fatores como escassez de serviços especializados, não publicização do direito, resistências profissionais e excesso de burocracia são impeditivos na busca por atendimento. A efetivação do direito ao aborto legal reforça a autonomia e o poder de decisão das mulheres, proporcionando sensações de alívio ante a manutenção forçada da gestação. É necessário que haja real reconhecimento do aborto enquanto direito humano e que sua descriminalização e legalização é inerente à condição de dignidade humana.

Palavras-chave: movimentos feministas; direitos humanos; violência sexual; aborto legal.

ABSTRACT

This research, entitled "Women's Right to Decision and Health in Situations of Sexual Violence in Maranhão: Legal Abortion Under Discussion," aimed to analyze the right to legal abortion in contemporary times in cases of sexual violence, based on the actual care provided at the University Hospital of UFMA between 2019 and 2022. It is an exploratory, qualitative-based study that employed dialectical and historical materialism as its method of analysis, in an effort to grasp the movement of the research object in its multiple determinations. The methodological procedures included a literature review, documentary research, and field research, based on the analysis of medical records of the women who received care. The data collected were analyzed and interpreted through the theoretical framework developed throughout the investigation process. The findings indicate that, although important progress has been made, it remains far from sufficient given the magnitude of the issue. Clandestine abortion continues to pose a significant risk to women's lives and is among the five leading causes of maternal death. Factors such as the scarcity of specialized services, lack of public awareness of the right, professional resistance, and excessive bureaucracy hinder access to proper care. Ensuring the right to legal abortion strengthens women's autonomy and decision-making power, offering a sense of relief in the face of the forced continuation of pregnancy. It is essential to recognize abortion as a human right and to understand that its decriminalization and legalization are inherent to the condition of human dignity.

Keywords: feminist movements; human rights; sexual violence; legal abortion.

LISTA DE SIGLAS

ABSP	Anuário Brasileiro de Segurança Pública
ADPF	Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental
AMIU	Aspiração Manual Intrauterina
BO	Boletim de Ocorrência
CARASA	Committee for Abortion Rights and Against Sterilization Abuse
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DEM	Delegacia Especializada da Mulher
DIP	Doenças Infecto-parasitárias
DSR	Direitos Sexuais e Reprodutivos
EAS	Entrevista de Acolhimento Social
EUA	Estados Unidos da América
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
FEDPs	Fundações Estatais de Direito Privado
FPE	Frente Parlamentar Evangélica
GAS	Gerência de Atenção à Saúde
HU-UFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICASC	International Contraception, Abortion and Sterilisation Campaign
IG	Idade gestacional
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MACMA	Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão
ME	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
Oss	Organizações Sociais
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PL	Projeto de Lei
PNA	Pesquisa Nacional de Aborto
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PPGPP	Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PSVS	Pessoa em Situação de Violência Sexual
SAE	Serviço de Atenção Especializado
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UTI	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 – Caracterização dos direitos sexuais e reprodutivos	53
Figura 2 – Panorama do aborto no mundo.....	61
Figura 3 – Consulta ao CNES: Serviços Especializados em Atenção ao pré-natal, parto e puerpério no Maranhão	77
Figura 4 – Lista de Estabelecimentos de Saúde credenciados para atendimento à interrupção da gestação nos casos previstos em lei no estado do Maranhão	77
Figura 5 – Quantitativo de hospitalizações por aborto no Brasil em 2022.....	86
 Quadro 1 – Comparativo do atendimento à saúde da mulher antes e depois do PAISM	64
Quadro 2 – Projetos de Lei em tramitação no Congresso Federal até dezembro de 2022 que visam alterar dispositivos legais sobre a questão do aborto no Brasil.....	82
Quadro 3 – Notificações de estupro no Maranhão entre 2019 e 2022 registradas no sistema SINAN Net	113

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Quantitativo geral dos atendimentos (2019-2022)	104
Gráfico 2 – Registro do Boletim de Ocorrência (2019-2022).....	106
Gráfico 3 – Tipo de agressor (2019-2022)	108
Gráfico 4 – Quantidade de atendimentos mensais, por gênero (2019)	109
Gráfico 5 – Quantidade de atendimentos mensais, por gênero (2020)	109
Gráfico 6 – Quantidade de atendimentos mensais, por gênero (2021)	110
Gráfico 7 – Quantidade de atendimentos mensais, por gênero (2022)	110
Gráfico 8 – Idade das mulheres no momento de solicitação do aborto previsto em lei (2019-2022).....	115
Gráfico 9 – Histórico gestacional das mulheres que realizaram aborto previsto em lei (2019-2022).....	116
Gráfico 10 – Religião das mulheres que realizaram aborto previsto em lei (2019-2022)	118
Gráfico 11 – Escolaridade das mulheres que realizaram aborto previsto em lei (2019-2022)	119

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 O percurso metodológico	21
2 OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E OS MOVIMENTOS FEMINISTAS: a legalização e descriminalização do aborto enquanto reivindicação histórica	29
2.1 Direitos sexuais e reprodutivos no Brasil: direitos humanos universais	30
2.2 Direito ao aborto no Brasil e o enfrentamento ao sistema que instrumentaliza a capacidade reprodutiva das mulheres.....	49
3 VIOLÊNCIA SEXUAL, ABORTO LEGAL E SAÚDE PÚBLICA: a via-crúcis das mulheres na luta por saúde integral.....	66
3.1 Notas sobre a luta em prol do reconhecimento do aborto legal enquanto problema de saúde pública de responsabilidade estatal.....	78
4 A EFETIVAÇÃO DO DIREITO AO ABORTO LEGAL NO MARANHÃO: avanços e desafios no atendimento realizado pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA).....	96
4.1 Sobre a implantação do serviço de referência às pessoas em situação de violência sexual no Maranhão	97
4.2 Caracterização dos atendimentos realizados às pessoas em situação de violência sexual no HU-UFMA entre 2019 e 2022.....	102
4.3 Quem são, de fato, as mulheres que realizaram aborto legal no Maranhão? Perfil das solicitações de interrupção legal da gestação realizadas no HU-UFMA.....	114
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS.....	132
APÊNDICES	149
ANEXOS	151

1 INTRODUÇÃO

*Triste, louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar
Seguir receita tal*

*A receita cultural
Do marido, da família
Cuida, cuida da rotina*

*Só mesmo, rejeita
Bem conhecida receita
Quem não sem dores
Aceita que tudo deve mudar*

*Que um homem não te define
Sua casa não te define
Sua carne não te define
Você é seu próprio lar [...]*

*Triste, Louca ou Má, Canção de Francisco, el
Hombre, 2016.*

A canção acima retrata a realidade vivida pelas mulheres ao longo da história: uma realidade de submissão, subjugamento, por vezes, traduzidas em violências e outras barbáries capitaneadas pelos homens – principalmente os brancos, heterossexuais, burgueses. A naturalização deste contexto possibilitou que uma parte da sociedade exercesse, por séculos, suas vontades sob outra parte, desafiando a própria noção de humanidade.

A história autorizada a ser formalmente contada oculta a misoginia vivenciada pelas mulheres desde o “Jardim do Éden”. Aquelas que se insurgiram contra o regime posto e ousaram questionar o *status quo*, que se recusaram a *seguir receita* tal, foram vistas como tristes, loucas ou más, pagando, muitas vezes, com a própria vida. Exemplo fiel disto é a caça às bruxas empreendida contra mulheres, taxadas de *bruxas/feiticeiras, curandeiras e benzedadeiras* na Europa. Trata-se de um movimento de assédio obsessivo religioso, de cariz político e social, iniciado no século XV e com apogeu nos séculos XVI a XVIII, que foi responsável por queimar na fogueira mulheres insurgentes, alegando perturbações mentais, heresia, amorosamente frustradas, desonrosas e outras... (Federici, 2017).

Não fosse o esforço coletivo de mulheres por mulheres com o intuito de tirar da invisibilidade “[...] um dos acontecimentos mais importantes do desenvolvimento da sociedade capitalista e da formação do proletariado moderno” (Federici, 2017, p. 294), talvez até hoje massacres como este acontecessem para silenciar e apagar uma parte da história de luta das mulheres. Afinal, para *rejeitar a conhecida receita*, é preciso confrontar o problema, revoltar-se e entender que o processo de mudança é doloroso e precisa ser um projeto coletivo.

Muito embora hoje as mulheres não sejam mais queimadas vivas num espetáculo público, não estão livres das fogueiras que as cercam, ainda herança de uma história que outrora foi ignorada: as violências, a inferiorização, o trabalho não remunerado, a clandestinidade do aborto que mata milhares... Ampliar o debate sobre os direitos das mulheres – principalmente os sexuais e reprodutivos, que até hoje são matéria de conflito, é pauta urgente, sobretudo porque a luta por direitos no sistema capitalista é perene.

No que tange ao aborto, objeto de estudo dessa pesquisa, observa-se que sua prática é histórica, sempre fez parte da vida das mulheres e nem sempre foi tida como crime. Contudo, o caráter punitivo e criminal atribuído ao aborto hoje na maioria dos países faz com que as mulheres tenham que recorrer a soluções diversas, clandestinas, insalubres e muitas vezes fatais. Dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estimam que a clandestinidade que permeia a prática do aborto é responsável por colocá-lo entre as 5 maiores causas de morte de mulheres em idade reprodutiva, podendo a maioria delas ser evitada a partir do acesso aos serviços de aborto legal e cuidados pós-procedimentais (OPAS, s/d).

A origem da palavra aborto dá-se no latim *abortus*, derivada de *aboriri* (perecer). *Ab* significa distanciamento e *oriri*, nascer (Koogan; Houaiss, 1999). A terminologia correta, conforme os documentos normativos da área da saúde para designar a interrupção voluntária ou espontânea da gestação é **abortamento**, sendo, o **aborto**, seu produto. Contudo, convencionou-se referir-se ao ato da interrupção como **aborto**, sendo também o termo utilizado na maioria dos estudos sobre o fenômeno, sobretudo no campo das ciências humanas e sociais. Quando o procedimento acontece de maneira ilegal, ou seja, fora dos permissivos legais, nomeia-se **aborto clandestino**. Aqui, o aborto é compreendido enquanto fenômeno social complexo, envolto por questões de ordem social, cultural, política, religiosa e

outras, que afeta mulheres no mundo todo, passíveis de identificação através da história.

Vale lembrar que o direito conquistado ao aborto legal se encontra previsto no Código Penal Brasileiro desde 1940, nomeadamente, em situação de gestação decorrente de estupro, desde que por solicitação e consentimento da mulher, e em circunstâncias em que a interrupção é a melhor maneira de preservar a vida da mulher, também chamado de **aborto terapêutico**.

A legislação foi ampliada pelo Superior Tribunal Federal, em 2012, para assegurá-lo em casos de anencefalia. Ou seja, o aborto legal é um direito com mais de 80 anos, mas, que foi regulamentado apenas em 1989, pela Prefeita de São Paulo à época, a Assistente Social Luíza Erundina. Apesar disso, nem sempre foi efetivado na vida de suas demandantes, em virtude de ser considerado um procedimento envolto a controvérsias morais, religiosas que acabam por enredar um conjunto de entraves, a exemplo da desinformação, dúvidas, temores sobre a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, dificuldade de acesso a serviços autorizados à prática do aborto nos casos descritos, dentre outros. De lá para cá, não houve conquistas significativas no campo dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR). Em contrapartida, muitas perdas ocorreram nesse âmbito, sobretudo, após a eleição de Jair Bolsonaro, em 2018.

Em termos legislativos, a América Latina é o 2º continente com as leis mais conservadoras e punitivas sobre o aborto, ficando atrás apenas da África. O Guttmacher Institute (2022), aponta que na América Latina e Caribe, durante o período de 2015 a 2019, houve média anual de 32 abortos inseguros por 1.000 mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos), e que a taxa global de gestações indesejadas que terminaram em aborto foi de 61% para o mesmo período. Outrossim, advoga-se que a restrição não garante inibir a realização de abortos. Presume-se que a taxa de abortos clandestinos e de gravidezes indesejadas devam ser consideravelmente maiores em regiões que o restringem total ou parcialmente. Vale ressaltar que criminalização, tal como dificuldades para acessar esse direito em casos de estupro, por exemplo, concorrem para mortes de muitas mulheres no mundo.

Todavia, significativos avanços têm sido empreendidos neste continente ao longo dos últimos anos. A *maré verde*, movimento iniciado na Argentina durante o regime ditatorial e agora ressignificado a favor da luta pela descriminalização do aborto, atravessa o continente sulamericano e já atingiu, em maior ou menor grau, 7

países. Apesar de todas dificuldades impostas pela pandemia da COVID-19, os movimentos feministas se mantiveram resistentes nesta e noutras pautas para assegurar direitos básicos as mulheres. No caso específico do aborto, lograram êxito na Argentina (2020), México (2021), Chile (2021), Colômbia (2022) e Equador (2022) (Diniz, 2022).

A realidade brasileira, no entanto, continua sem muitos avanços. A despeito destes, “[...] a possibilidade da interrupção da gestação ainda não pode ser classificada como um direito plenamente garantido às mulheres” (Artigo 19, 2018, p. 7). Discutir a questão do aborto no Brasil sob a perspectiva do direito ainda se constitui como campo de disputa e tensões, visto que atravessa aspectos de ordem social, cultural, moral, legal, econômicos, bioéticos, religiosos e ideológicos. Isto resulta em consequências extremamente negativas, sobretudo para as mulheres que recorrem à prática do aborto, mesmo àquelas que se enquadram nas exceções legais.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por ano são realizados cerca de 1 milhão de abortos inseguros no Brasil, independente de classe social. Como consequência, mais de 250 mil mulheres são hospitalizadas por ano, “[...] cerca de 15 mil complicações e 5 mil internações de muita gravidade. [...] [O aborto inseguro] causou a morte de 203 mulheres em 2016, o que representa uma morte a cada 2 dias. Nos últimos 10 anos, foram duas mil mortes maternas por esse motivo” (COFEN, 2018, online). Isto reforça que a punibilidade do aborto só afeta parte da população que não dispõe de recursos financeiros e/ou informativos para abortar com segurança, mesmo em meio à clandestinidade.

Soma-se a isso, os entraves proporcionados pelo próprio SUS, principalmente pelos profissionais de saúde. Há poucas unidades de saúde que realizam o procedimento, muitos profissionais se recusam em fazê-lo, enfraquecendo as equipes e o serviço em si; não há divulgação, prejudicando a notoriedade do direito quase que numa tentativa de impedir sua efetivação. As mulheres, quando atendidas, não raro são tratadas como criminosas ou com menos respeito, principalmente quando há suspeita de aborto provocado e retido. Quando recorrem à rede de saúde para realizar curetagem, “a equipe lhe dispensa pouca atenção, em geral, e ainda não podem falar da situação, uma vez que por ser o aborto um crime, têm que, na maioria das vezes, mentir sobre o que aconteceu” (Matos, 2009, p. 84).

No prisma desta discussão, há que se destacar também a religião judaico-cristã e a mídia neoconservadora enquanto importantes sujeitos defensores da

criminalização do aborto. Equiparando-o ao homicídio, sobretudo integrantes das igrejas católicas e protestantes neopentecostais, que militam em defesa da instituição do feto como entidade autônoma detentora de direitos. Nas argumentações, destacam que o aborto não deveria ser legalizado, “[...] pois existiria uma norma supralegal definindo que a vida se inicia a partir da concepção e tal disposição não pode ser afrontada por normas infraconstitucionais ou por emendas à Constituição” (Santos *et al.*, 2013, p. 500).

Ao longo do governo do ex-presidente Bolsonaro, tais movimentos em “defesa da vida” se ampliaram concomitantemente à escalada antigênero que se tornou política de Estado durante sua gestão. O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, comandado pela pastora neopentecostal Damares Alves, foi responsável por redefinir a concepção de Direitos Humanos no país e colocar em prática a agenda ultraconservadora nacional e internacionalmente contrária a alguns direitos das mulheres, levantando a pauta do aborto como transgressão da vontade divina, inclusive nos casos de violência sexual. No ano de 2020, a ministra foi apontada como uma das responsáveis por retardar o processo de aborto legal de uma criança de 10 anos do Espírito Santo que, após decisão judicial, precisou ir a outro estado para conseguir interromper a gestação. O objetivo seria garantir o nascimento do bebê (Vila-Nova, 2020).

Destarte, a exposição midiática com a função de revitimizar, constranger e humilhar ainda mais mulheres que são vítimas de violência, tem sido outra estratégia do setor moralista-conservador que se ampliou nos últimos anos. Casos como o de Klara Castanho, atriz que teve gravidez decorrente de estupro exposta em 2022 por jornalista, após decidir entregar o bebê para a adoção, ilustram o fenômeno da espetacularização dos crimes contra as mulheres perpetrados pela mídia conservadora e facilitada por profissionais que deveriam guardar sigilo e garantir cuidado integral à saúde da vítima.

No Piauí, uma criança de 12 anos, grávida pela 2ª vez, teve seu direito ao aborto legal negado ano passado pelo desembargador José James Gomes Pereira, a pedido da mãe, que alega ter desistido de autorizar o procedimento após orientação médica. A Defensoria Pública, na figura da Juíza Elfrida Costa Belleza, nomeou uma curadora para defender os interesses do feto, ato baseado na proposta legislativa do Estatuto do Nascituro, que sequer foi votado e não tem base legal. A criança, que foi violentada inúmeras vezes pelo tio, pai do 1º filho, estava à época sob os cuidados de

um abrigo na capital (Guimarães, 2023). O ato representa uma grave violência institucional perpetrada pela própria rede de proteção. Em síntese, todos esses casos reais demonstram que não é a defesa da vida que está de fato em jogo, mas o controle sobre os corpos, autonomia e desejos femininos, aliados à imposição da maternidade.

Percebe-se, com isso, que o problema não tem recebido a atenção devida por parte do Estado. Considerando o caráter laico assumido desde a Constituição de 1891, aspectos religiosos não deveriam ser parâmetro para a construção de políticas públicas (Busin, 2013). Ainda assim, nota-se a grande influência religiosa no sistema político, sobretudo pela existência, desde 2003, da Frente Parlamentar Evangélica¹ (FPE). Estratégias como o combate ao fantasma da “ideologia de gênero” e o Movimento Escola Sem Partido, além de impedirem a ampliação e o acesso a informações importantes sobre educação sexual, aos serviços de Planejamento Familiar e a oferta segura de métodos contraceptivos, também favorecem o aumento dos casos de violência sexual e dificultam seu rastreamento e denúncias.

A não compreensão do aborto enquanto grave problema de saúde pública implica na expansão de óbitos de mulheres em idade reprodutiva; na violação do direito à autonomia e liberdade de, enquanto pessoa humana, decidir livremente sobre o seu corpo; grave violação aos direitos humanos, inclusive os direitos sexuais e reprodutivos; violação do direito à saúde integral; reforço às desigualdades entre os sexos, visto que, de modo geral, tende a culpabilizar apenas a mulher, especialmente quando são pobres, negras e com baixa escolaridade.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) calcula que cerca de 822 mil casos de estupro ocorram por ano no Brasil e que 80% das vítimas são do sexo feminino. Significa dizer que são quase dois casos por minuto. Destes, apenas 8,5% são denunciados às autoridades policiais e 4,2% são notificados pelo sistema de saúde. No período de 2009 a 2019, apenas 215.370 casos foram registrados pelas unidades de saúde, longe de representar a magnitude da questão. Crianças, adolescentes e mulheres de 0 a 30 anos compõem a maioria das notificações. Em 2019,

¹ Desde 2003 a Frente Parlamentar Evangélica atua na cena política brasileira a fim de preservar a moral e os bons costumes, sendo resultado da organização dos setores religiosos durante o movimento da Constituinte. Para 2023, o jornal O Globo apontou que a estimativa é que haja 102 deputados e 13 senadores evangélicos no Congresso, o equivalente a 20% da Câmara e 16% do Senado (Marzullo, 2023).

o Maranhão registrou cerca de 36 mil casos de estupro, ficando em 6º lugar a nível nacional, e em 2º lugar no Nordeste, atrás apenas da Bahia (IPEA, 2023).

Nessa esteira, dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (ABSP) de 2022 revelam que no período de 2012 a 2021, aproximadamente 583.156 pessoas foram vítimas de estupro e estupro de vulnerável. Em 2021, a taxa média foi de 30,9 estupros por 100 mil habitantes, representando aumento de 4,2% se comparado à 2020. Destas, 52,2% das vítimas eram negras (FBSP, 2022). O advento da pandemia, que obrigou a realização de isolamento social e ampliou o tempo de convivência familiar na residência também contribuiu para o aumento da subnotificação e consequente queda no número de registros policiais e na busca pelas unidades de saúde.

Não obstante os alarmantes números, mesmo se enquadrando nos permissivos legais, a interrupção legal no Brasil é difícil de ser realizada. Em 2011, aproximadamente 67,4% das mulheres que sofreram estupro não conseguiram fazer o aborto legal no SUS. As que decidiram prosseguir, recorreram à clandestinidade. Vários fatores são responsáveis por esse cenário: falta de informação, recusa de atendimento, precariedade no sistema de saúde pública e dificuldade em denunciar o estupro, são alguns deles (Yamaki; Luppi, 2020). Esse conjunto de ilustrações revelam a urgência de se discutir criticamente o aborto, bem como de fortalecer a luta por direitos humanos básicos, a exemplo dos Direitos Reprodutivos, essenciais para que o público feminino possa ter autonomia sobre seus corpos e decidir pela interrupção de gravidez de forma legal. Foram importantes para a eleição das mulheres em situação de violência sexual no Maranhão como objeto de estudo da presente dissertação no mestrado em Políticas Públicas.

Ao me deparar com tais informações, diversos questionamentos surgiram ao longo do processo de maturação teórica do objeto de pesquisa: O aborto tem se efetivado como direito das mulheres em situação de violência sexual? O que dizem as mulheres sobre a questão do aborto? Como vivenciam a decisão por abortar pós-estupro? Que sentimentos vivenciaram neste processo?

Parte-se da assertiva de que mulheres são diversas, plurais, oriundas de realidades distintas. Compreender como experienciavam o abortamento contribui substancialmente para o aprimoramento da qualidade da assistência à saúde sexual e reprodutiva ofertada; para que mais mulheres se vejam como titulares de direitos que o são; e para que tenham seus direitos sexuais e reprodutivos assegurados,

independentemente de raça, etnia ou classe social. “Em cada caso concreto devemos examinar múltiplos fatores sociais, econômicos e culturais envolvidos na tomada de decisão de uma mulher [...]” (Corrêa; Petchesky, 1996, p. 157), visto que podem ser decisões muitas vezes tomadas sob pressão de familiares, vizinhos, maridos, parceiros etc., ocultando e impedindo o real exercício da autonomia reprodutiva.

Cabe, agora, descrever os caminhos perseguidos para realização do estudo, tendo em vista que a metodologia é parte fundamental do processo de construção do conhecimento. Ela é responsável por direcionar os caminhos a serem percorridos durante a abordagem da realidade social, definindo seu sucesso ou fracasso. Minayo (2002, p. 16) defende que a metodologia deve incluir “[...] as concepções teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade [...]”, estando intrinsecamente vinculada à dimensão teórica. A seguir, está descrita a proposta metodológica desta pesquisa.

1.1 O percurso metodológico

Inicialmente, se pretendia construir esta pesquisa a partir do relato direto das mulheres que recorreram ao aborto legal no Maranhão. Mesmo com todos os alertas, e com a compreensão de que rememorar temas tão sensíveis como a violência e o aborto seria um desafio inimaginável, potencializado pela minha condição masculina, não quis renunciar à realização das entrevistas e à possibilidade de contato com elas. Isto porque compreendo que a realidade é dinâmica e diversa, e que, dado o fato de que a história foi majoritariamente retratada pela visão única dos homens, não poderia eu me atrever a falar por elas.

Gayatri Spivak (2010), em sua obra “*Pode o subalterno falar?*”, retrata, a partir do cenário da Índia Meridional, o processo de dominação e subalternização de um grupo sobre outro, além de provocar reflexões sobre a dominação estabelecida pelo ocidente. Na obra, a autora questiona a posição dos autointitulados “intelectuais” de tentarem “representar” os subalternos que resultava na perpetuação de seu silenciamento. Para ela, as nossas ações não podem se resumir ao discurso. Por isso, desde o início do planejamento de pesquisa tentei tomar essas recomendações como horizonte, com o desejo de preencher o saber científico com elementos da realidade vivenciada pelas mulheres.

Quando me propus, ainda na Residência multiprofissional, a discutir a temática do aborto, fui por vezes desautorizado e deslegitimado por não ter o potencial de gestar. Apesar de tudo isto, acredito que o lugar de fala abordado por Spivak, Djamila Ribeiro e outras autoras não se trata de autorização para falar sobre algo. Quando um fenômeno afeta toda a sociedade, ele deve ser tomado como um problema que requer o enfrentamento por todas as pessoas. Não temos como simplificar a realidade de tal modo que eu não possa ser afetado pelas mazelas que a consomem. Apesar de ser homem, cis e gay, desde o início da carreira acadêmica inclinei-me para as discussões referentes à vida e à luta das mulheres por direitos, analisando-as sob a perspectiva das relações sociais entre os sexos e das desigualdades resultantes do processo histórico de supervalorização do homem, indo, portanto, de contramão ao comportamento hegemônico patriarcal e machista.

A despeito da minha vontade, o processo de pesquisa tomou outros rumos. Rumos estes que não avalio serem prejudiciais à análise do fenômeno; mas, ainda assim, direções diferentes daquelas definidas no longo planejamento da pesquisa. Sem o intuito de relativizar o sofrimento e a experiência individuais, o planejamento inicial não se concretizou porque não consegui ter acesso a um quantitativo significativo de mulheres para realização das entrevistas; meu intuito sempre foi relacionar as várias experiências e compreender o fenômeno do abortamento, nas suas múltiplas faces. Logo, avalei procedente analisar todos os prontuários das mulheres que realizaram aborto legal no Maranhão, num lastro temporal específico, e tentar obter as respostas dos meus questionamentos a partir dos seus registros de atendimento.

Neste sentido, a pesquisa ora exposta é fruto de muitas das minhas inquietações pessoais, profissionais e sociais. À nível profissional, destaco o fato de que sou Assistente Social. Durante a realização de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, atendi cotidianamente mulheres em situação de violência sexual, o que me confrontou com a realidade de crianças, adolescentes e mulheres adultas violentadas atendidas pelo Serviço Social na Instituição onde a pesquisa foi desenvolvida. Vale ressaltar que são estes/as os/as profissionais que realizam o primeiro acolhimento nestas situações.

A profissão de Serviço Social lida junto às expressões da questão social e possui um Projeto Ético Político Profissional comprometido com a garantia de direitos da classe trabalhadora. Seu Código de Ética Profissional tem como pilares

fundamentais a defesa intransigente dos Direitos Humanos, da autonomia e liberdade, da democracia e da cidadania (Brasil, 2012). Ante o exposto, e em consonâncias com estes princípios, não há como efetivar direitos basilares sem o enfrentamento de cerceamentos que também atingem a vida e a autonomia das mulheres. Enquanto Assistentes Sociais, é parte do nosso compromisso ético atuar de forma qualificada, crítica e comprometida com a emancipação humana, contra as desigualdades de gênero, o que remete ao debate ético e crítico acerca do abortamento, sua legalização e descriminalização, no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos. É neste lugar que situo minha *práxis*.

Outrossim, ao enxergar o aborto enquanto um direito fundamental humano², o Serviço Social abre caminho para que tais reflexões façam parte das suas intervenções, ampliando e unificando ainda mais as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, especialmente na compreensão crítica dos Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres.

Por diversas vezes, a instrumentalidade própria da profissão, aliada ao exercício ético dos instrumentos e técnicas cotidianos, me instigaram a questionar até que ponto prevalece a autonomia e o desejo da mulher quando a situação envolve uma gravidez indesejada decorrente de estupro, e a importante decisão de interromper ou dar seguimento à gestação. Parto da premissa de que essa questão do aborto precisa ser debatida em profundidade por governantes, igreja, academia, formuladores, implementadores e avaliadores de políticas públicas. Enfim, por toda a sociedade.

Ao fim do processo formativo vivido na Residência, construí um Trabalho de Conclusão de Curso que discutiu, a partir da literatura científica, os entraves existentes no acesso ao aborto legal no Brasil, cujos resultados aguçaram o desejo de dar continuidade aos estudos sobre o fenômeno do aborto, impulsionando a aproximar-me dessa realidade concreta a partir daquelas que considero ser sujeito principal da ação: as mulheres vítimas de violências sexuais, grávidas após estupros.

² A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994 na cidade de Cairo/EG, representa um momento importante na consolidação da compreensão dos Direitos Sexuais e Reprodutivos enquanto Direitos Humanos, ao passo em que desloca questões de natureza demográfica para o campo dos direitos reprodutivos, considerando-os parte essencial para o desenvolvimento humano. Outro aspecto igualmente importante foi a ampliação do usufruto destes direitos para adolescentes, mulheres solteiras, homens e pessoas idosas, desvinculando-os da relação conjugal (Ventura, 2009).

Intencionou-se conhecer as motivações, os anseios, as dúvidas, as dificuldades que permearam este processo de decisão.

Para buscar as respostas destes questionamentos, optou-se pela realização de pesquisa de campo que, de acordo com a classificação utilizada por Gil (2008, p. 44), se caracteriza como uma pesquisa explicativa, já que esta “[...] tem como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Este é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas”, convergindo com nosso objetivo principal.

Adotou-se a abordagem qualitativa do objeto empírico estudado, para maior aprofundamento nos detalhes necessários à compreensão do todo, sem perder de vista a dimensão quantitativa, quando for necessária. Para Minayo (2002, p. 14), esta abordagem

[...] trabalha com um universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pretensão foi responder de maneira específica a problemática social descrita, a partir do contexto político, social e cultural dos sujeitos envolvidos, não reduzindo a complexidade do campo estudado, mas partindo da composição peculiar de cada recorte da realidade analisado.

Com base nos procedimentos técnicos adotados, esta é uma pesquisa documental e empírica, considerando que a natureza da fonte de pesquisa para aproximação com a situação individual da população estudada se configura dentro do grupo de “[...] materiais que não receberam ainda um tratamento analítico” (Gil, 2008, p. 51).

O campo empírico desta pesquisa é o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), Hospital Escola de Alta Complexidade de nível quaternário, localizado em São Luís-MA, referência estadual no atendimento a crianças, adolescentes e mulheres em situação de violência sexual desde 2003. O HU possui duas grandes unidades principais e nove unidades externas ambulatoriais, destacando-se o ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia onde acontecem os atendimentos iniciais a este público. De acordo com o CNES, a Instituição é uma das 164 unidades no Brasil que deveriam garantir a efetivação do direito ao abortamento

legal. A lista ainda aponta outra maternidade situada na região dos Cocais maranhense.

Como critérios de seleção dos materiais, definimos os atendimentos realizados às mulheres que optaram pelo abortamento legal por ocasião da violência sexual entre 2019 e 2022 no HU-UFMA, que tinham idade igual ou superior a 20 anos, e que possuísssem as faculdades mentais necessárias para realizar a solicitação. O recorte etário se dá em razão da compreensão da Organização Mundial da Saúde – OMS acerca da adolescência se estender até os 19 anos (Brasil, 2007).

O recorte temporal proposto justifica-se, sobretudo, pela necessidade de analisar a questão face ao declínio das ações governamentais no enfrentamento da violência contra a mulher durante a gestão do ex-presidente Jair Bolsonaro. Neste período, as ações do ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, e do poder executivo de modo geral, concentraram-se na derrocada dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente o direito ao aborto, através, por exemplo, da adesão ao Consenso de Genebra e da participação na Cúpula de Budapeste³.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica do HU-UFMA, por meio da Carta de Anuência nº 71/2023 (Anexo B), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), sob o parecer consubstanciado nº 6.317.969 (Anexo C), respeitando-se o disposto nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 que tratam, respectivamente, das normas para realização de pesquisas com seres humanos nas áreas da Saúde e das Ciências Humanas e Sociais. Apesar de ser requisito essencial para toda e qualquer pesquisa que envolva o acesso à dados pessoais e seus donos, a morosidade presente na análise da pesquisa também foi um fator que prejudicou o tempo de realização da pesquisa.

Após as devidas autorizações e anuências, iniciei o levantamento dos atendimentos realizados durante os anos de 2019 e 2022, chegando ao quantitativo de 27 solicitações de aborto legal por decorrência de violência sexual. Destas, 24 estavam dentro dos critérios estabelecidos, visto que 1 era homem trans; 1 tinha um tipo de deficiência intelectual que a impossibilitou de consentir, tendo sido feito por sua responsável legal; e 1 apesar de ter sinalizado o interesse, solicitou o

³ Durante a referida gestão, o Brasil foi signatário do Consenso de Genebra, um tipo de aliança antiaborto e em prol da família e dos costumes tradicionais heterossexuais. Também integrou o grupo de países que participaram da Cúpula de Budapeste, um evento conhecido por se contrapor às conferências da ONU (Soares; Ricoldi, 2022).

procedimento formalmente em outra instituição. Acrescenta-se também 1 situação em que a solicitação foi realizada, mas o procedimento não foi concluído em decorrência de abortamento espontâneo; o prontuário e as informações desta última foram analisados e apresentados.

As assistentes sociais do ambulatório de ginecologia e obstetrícia foram fundamentais durante a pesquisa de campo, acolhendo e se disponibilizando a contribuir. Nesse sentido, para fins de construção dos dados primários, analisei os prontuários eletrônicos das 24 mulheres atendidas, além das Entrevistas de Acolhimento Social (EAS) e do instrumental encaminhado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Para preservação da identidade e garantia do sigilo dos dados acessados, conforme recomendam as legislações, utilizamos pseudônimos para fazer referência direta aos dados colhidos nos meios descritos acima. Optamos por representá-las a partir de nomes de figuras de vários períodos da história feminista que ficaram reconhecidas por sua contribuição na luta pela ampliação dos direitos das mulheres. São elas: Simone de Beauvoir; Malala Yousafzai; Rosa Parks; Emmeline Pankhurst; Clara Zetkin; Olympe de Gouges; Angela Davis; Frida Kahlo; Betty Friedan; Gloria Steinem; Maria da Penha; Dandara dos Palmares; Joana d'Arc; Eleanor Roosevelt; Sojourner Truth; Audre Lorde; Ada Lovelace; Bertha Lutz; e Nísia Floresta.

Todo este percurso foi cuidadosamente pensado para responder aos propósitos da pesquisa, pois, conforme Minayo (2002, p. 16), a pesquisa social no âmbito das ciências sociais requer um conjunto de técnicas e instrumentos “[...] claro, coerente, elaborado e capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática”, alinhados à capacidade do pesquisador/a de ser criativo, sem endeusar ou ignorar as estratégias disponíveis.

A revisão de literatura também foi adotada durante todo o processo de elaboração e concretização desta pesquisa, justamente pela compreensão de que os fenômenos não se explicam por si mesmos. Logo, é necessário apreender as múltiplas determinações da realidade social apresentada, através de aproximações sucessivas. Para Marx, a teoria é ponto importante no processo investigativo: “[...] *é o conhecimento do objeto tal como ele é em si mesmo*, na sua existência real e efetiva. [...] *é a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa* [...]” (Paulo Netto, 2009, p. 674, *itálicos do autor*).

Ademais, também apresentei nas discussões as minhas impressões de pesquisador, sistematizadas a partir do diário de campo, que, para Falkembach (1987), é um instrumento de anotações, que pode ser tanto descritivo, como reflexivo, com espaço suficiente para notas, comentários e reflexões, de uso pessoal do investigador no seu cotidiano de pesquisa. A autora reforça que nele se registram todas as observações de fatos, fenômenos sociais, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do investigador, suas reflexões e comentários, facilitando o processo de análise e reflexão dos dados obtidos.

Enquanto campo epistemológico de análise da realidade estudada, adotamos o materialismo histórico-dialético por avaliar ser o mais adequado na compreensão das contradições que permeiam o direito ao aborto legal na sociedade, subsidiando a compreensão do conflito social decorrente das relações de poder em jogo na formulação das políticas públicas para as mulheres. O método de Marx é capaz de desvelar as relações sociais, capturando a estrutura e a dinâmica dos fenômenos de forma crítica e dialética, a partir de sucessivas aproximações com a realidade social. É “[...] o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto” (Paulo Netto, 2009, p. 675, *itálicos do autor*).

Aqui, o método não é compreendido enquanto um conjunto rígido de normas que se aplicam à investigação, nem regras para se enquadrar o objeto de pesquisa. É, antes de tudo, o caminho para sistematizar as múltiplas determinações que constituem a materialidade do objeto pesquisado através de abstrações das mais simples às mais complexas, até atingir-se o concreto pensado; é o meio para “[...] saturar o objeto pensado com as suas determinações concretas” (Paulo Netto, 2009, p. 692, *itálicos do autor*). Para Marx (1989, p. 410), “[...] o método que consiste em elevar-se do abstrato ao concreto não é senão a maneira de proceder do pensamento, para se apropriar do concreto, para reproduzi-lo como concreto pensado”.

Desse modo, os dados primários captados através da análise de prontuários, bem como os secundários obtidos através de pesquisa documental, foram analisados à luz do materialismo histórico e dialético e do referencial construído ao longo da pesquisa a partir das categorias elencadas – *patriarcado, violência, direitos sexuais e reprodutivos e aborto*, a fim de se construírem observações críticas acerca das informações apreendidas.

A concretização desta pesquisa, depois de um longo tempo, me anima enquanto pesquisador. Discutir as políticas públicas de atenção à saúde da mulher me parece ser o caminho certo a seguir. No Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP) da UFMA há apenas 1 dissertação que tem como objeto o aborto, avaliando sua realização no estado do Piauí. Portanto, esta é a primeira produção que retrata o contexto do aborto legal nos casos de violência sexual no Maranhão.

Com o propósito de caracterizar o aborto enquanto direito fundamental humano e dever do Estado, a partir da realidade concreta de mulheres que engravidaram em situação de violência sexual e que foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no HU-UFMA, esta dissertação está dividida em três seções, além da introdução e das considerações finais.

Na primeira, discutimos a conquista dos direitos sexuais e reprodutivos do ponto de vista histórico, apresentando o movimento feminista como organizador, protagonista no processo de reconhecimento e afirmação das mulheres enquanto sujeitos de direitos, situando a problemática do aborto e os entraves ao seu acesso que atravessam o tempo. Na segunda seção situamos o aborto enquanto uma questão de saúde pública e o processo de luta por seu reconhecimento enquanto fenômeno que requer respostas do Estado, apresentando os limites impostos à sua efetivação na saúde pública brasileira e os desafios para garantir a atenção integral pactuada na Constituição Federal de 1988 (CF). Na última seção, caracterizamos o campo de pesquisa, apresentando a reconstituição do seu reconhecimento enquanto serviço especializado no atendimento às vítimas de violência sexual no estado do Maranhão, os avanços e os desafios encontrados, além de apresentar mais detalhadamente as informações colhidas nos prontuários, destacando quem são as mulheres maranhenses que recorrem ao aborto legal e que contextos vivenciam durante essa *via-crúcis*.

2 OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E OS MOVIMENTOS FEMINISTAS:

a legalização e descriminalização do aborto enquanto reivindicação histórica

*“[...] ter direitos é também ter poder. Portanto um direito não é concedido, mas algo que é conquistado e conservado, porque ele é um poder”
(Ávila, 2003, p. 467, *itálicos meus*).*

De posse desta reflexão, cumpre-se estabelecer os objetivos dos escritos que estão por vir: resgatar, tanto quanto for possível, a história de luta por uma fração de poder que pode ser transcrita como liberdade.

Liberdade não no sentido liberal clássico, que pressupõe a ausência de interferências do Estado e o foco na vida individual e privada, mas como a “[...] eliminação dos obstáculos à emancipação humana, isto é, ao múltiplo desenvolvimento das potencialidades humanas e à criação de uma forma de associação digna da condição humana (Bottomore, 2012, p. 182). Isto porque compreende-se que nos regimes democráticos necessita-se da intervenção do Estado para assegurar e regulamentar os direitos estabelecidos e combater as desigualdades.

Veja-se, por exemplo, a Seguridade Social brasileira: um sistema de proteção social que incorporou princípios dos modelos bismarckiano alemão e beveridgiano inglês, criado a partir da CF de 1988 com o objetivo de reduzir as desigualdades provenientes das relações de exploração próprias do sistema capitalista. Trata-se de um modelo de proteção social que “[...] conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)” (Boschetti, 2010, p. 08). Contudo, estudos como o de Behring (2010) revelam que a Seguridade Social ainda está aquém do proposto pela CF/88. Logo após sua promulgação, o Brasil adotou o pacote de medidas neoliberais que restringiu os investimentos e a intervenção estatais no campo social, fazendo com que tanto as políticas constitutivas do tripé da Seguridade Social, como outras políticas priorizassem a lógica do mercado em detrimento das garantias sociais.

[...] aquelas diretrizes constitucionais, como universalidade na cobertura, uniformidade e equivalência dos benefícios, seletividade e distributividade nos benefícios, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade no custeio, diversidade do financiamento e caráter democrático e descentralizado da administração (C.F, artigo 194), não foram totalmente materializadas e outras orientaram as políticas sociais de forma bastante diferenciada, de modo que

não se instituiu um padrão de seguridade social homogêneo, integrado e articulado (Boschetti, 2010, p. 08-09).

Nesse sentido, urge a constituição de uma democracia cultural e social, que tenha como pano de fundo a constituição de direitos-poderes capazes de promover liberdade em seu sentido mais universal. Desse modo, os direitos sexuais e reprodutivos precisam ser interpretados sob a perspectiva ampla dos direitos sociais e não mais no campo do pensamento individualista (Ávila, 2003).

2.1 Direitos sexuais e reprodutivos no Brasil: direitos humanos universais

Todos os direitos civis, políticos e sociais hoje conhecidos e usufruídos não se manifestaram de forma natural, como concessões benéficas da classe dominante. Ao contrário, estão envoltos por séculos de luta, tanto para seu estabelecimento quanto para manutenção, visto que, mesmo nos regimes democráticos, não são absolutos e vez ou outra sofrem investidas arbitrárias dos setores do grande capital, que não admite que a redução das desigualdades fuja às rédeas do seu controle.

A ideia de destinar cidadania para as mulheres emerge teórica e publicamente no ocidente no final do século XVIII, tendo como um de seus marcos históricos a Revolução Francesa, ocorrida em 1789 com a Queda da Bastilha⁴. Tal revolução inspirou-se nos ideais iluministas de teóricos como Voltaire, Rousseau, Montesquieu, Condillac e outros. Entre os outros estava Olympe de Gouges, que ousou contestar o documento final da Revolução Francesa (Declaração dos Direitos do Homem), ao propor a Declaração dos Direitos da Mulher. Por esse gesto, Olympe foi condenada e guilhotinada.

O princípio da Revolução Francesa consistiu num processo de valorização da razão e derrubada da monarquia absolutista de Luís XVI e dos privilégios feudais, consolidando o capitalismo na França do século XVIII. Dentre suas principais características estão a separação entre Igreja e Estado; o estabelecimento da cidadania baseada na igualdade civil, expresso sobretudo na Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789; a promulgação de uma nova

⁴ Queda (ou Tomada) da Bastilha foi um evento ocorrido em 1789 representado pela queda da prisão de Bastilha, localizada em Paris, que abrigava os condenados por ações políticas que desagradavam a realeza absolutista francesa. Apesar de só ter sete presos na época, sua queda simbolizou o enfraquecimento do poder político dos reis franceses, tornando-se um dos principais símbolos do processo revolucionário (Trevisan; Sales, 2020).

Constituição e governos constitucionais baseados na separação de poderes de Montesquieu; voto censitário, baseado em critérios econômicos, e outros. Esse período teve fim em novembro de 1799, com um golpe de Estado organizado por Napoleão Bonaparte com apoio da alta burguesia, ficando conhecido como 18 Brumário (Souza, 2003; Schmidt, 2012).

Apesar desta propor ideais modernos de cidadania e representar avanços significativos na história mundial no que diz respeito aos direitos civis, políticos e sociais, o que se institui com a revolução burguesa contemplou apenas os homens proprietários e europeus, enquanto as mulheres foram deixadas às margens de direitos significativos (Ávila; Corrêa, 1999, online).

Em todo o tempo as diferenças biológicas entre os sexos eram acionadas para justificar as desigualdades e a exclusão “natural” das mulheres dos espaços de poder. Mesmo estando, direta e indiretamente, envolvidas na Revolução, a versão masculina história tratou de apagá-las. À mulher, sempre coube o espaço doméstico, de cuidado da casa, dos filhos, objeto de prazer do marido. As mulheres, após o término da revolução, foram equiparadas aos estrangeiros, rejeitadas pela pátria, vistas como representação da vida privada e educadas – não instruídas – para o casamento ou para a vida religiosa, já que “[...] toda mulher em público que se mostra, se desonra” (Perrot, 2009, p. 136). Aliado a isso, se estabelece um aparato de ferramentas com vistas ao controle e à domesticação dos corpos e mentes, disfarçando as contradições do real e justificando-as a partir de características naturais e involuntárias. Como apresentam Bandeira e Siqueira:

[...] a especificidade feminina residia nos órgãos genitais. O útero constituía sua essência e determinava os pensamentos e as experiências das mulheres. Esse órgão invisível era a origem de todos os seus males e do lugar pouco invejável que as mulheres ocupavam na sociedade. Por causa desse sexo, as etapas da vida feminina enunciavam-se em termos de dor e de servidão (Bandeira; Siqueira, 2002, 264).

Aquelas que ousaram fugir desta receita natural sofreram retaliações: “[...] o espancamento público para fazer calar uma mulher era um procedimento vulgarmente utilizado. Além disso, muitas que desenvolveram ações contrarrevolucionárias foram levadas às barras dos tribunais, presas e guilhotinadas” (Souza, 2003, p. 115).

Mas nem mesmo a morte seria capaz de silenciar o poder que emanava da luta feminista daquela época. A participação feminina se deu em muitas vertentes. As

mulheres do Terceiro Estado⁵, operárias, lojistas, feirantes e outras, foram as primeiras a reagirem à crise que assolava o povo francês e a tomar a frente dos protestos através de cartas, panfletos, jornais, gritos nas tribunas e manifestos, muitas vezes anônimos. Marie Olympe de Gouges é um grande nome na história de luta pelos direitos das mulheres⁶. Olympe era feminista, adepta das ideias de Condorcet⁷, e escreveu a Declaração dos Direitos da Cidadã em resposta à Declaração dos Direitos do Homem, feita em 1789, na qual proclamava que a mulher possuía direitos naturais idênticos aos dos homens e que, por essa razão, tinha o direito de participar, direta ou indiretamente, da formulação das leis e da política em geral. Por isso, foi guilhotinada em 1793 acusada de ser contrarrevolucionária.

Outro momento que inegavelmente destaca a luta das mulheres no interior da Revolução foi a Marcha para Versalhes, realizada no dia 05 de outubro de 1789, onde mais de 7000 mulheres armadas com foices, machados, lanças e canhões sem bala, motivadas pela escassez de pão e por insultos proferidos por oficiais do Regimento de Flandres à cocarda nacional (símbolo da revolução), marcharam em direção à Versalhes lideradas por Maillard, herói da Bastilha, a fim de confrontar a Assembleia Nacional e reivindicar a volta da Família Real à Paris, na esperança de que a crise e a fome fossem resolvidas (Schmidt, 2012; Morin, 2009).

Não obstante os esforços, as mulheres continuaram impedidas de participar das Convenções e da vida política, conquistando o sufrágio universal apenas após a Segunda Guerra. “A Revolução Francesa mudou o mundo, mas não achou um lugar para as mulheres nesse novo mundo” (Schmidt, 2012, p. 16). Destarte, a Revolução Francesa findou a era da monarquia absolutista francesa, ao mesmo tempo em que elevou a burguesia ao poder político, proporcionando a consolidação do capitalismo.

A sociedade capitalista construída a partir daí agudizou as desigualdades econômicas e patriarcais de outrora, potencializando-as a partir da exploração de

⁵ O Primeiro estado dizia respeito ao Clero; o segundo, aos nobres; e o terceiro ao povo (Souza, 2003).

⁶ Importa citar outras mulheres de destaque, como Théroigne de Méricourt (1762-1817) que fundou o clube misto Amigo da Lei e Etta Palma d'Aelders (1743-1799) que organizou a Sociedade Patriótica da Beneficência e das Amigas de Verdade. Théroigne foi internada em um hospício e atestada louca em 1794 e Etta fugiu para a Holanda, sua terra natal. Ambas defendiam os direitos políticos, o direito ao divórcio e a educação formal para todas as mulheres (Schmidt, 2012).

⁷ Condorcet (1743-1794), filósofo, matemático e deputado durante a Convenção Nacional da Revolução Francesa, foi um dos poucos iluministas a defender em seus escritos a igualdade de direitos entre homens e mulheres. Na ocasião em que o parlamento francês negou às mulheres a cidadania política, ele protestou na imprensa, dizendo que privaram uma metade da espécie humana dos direitos civis sem hesitação. Ao fazerem isso, os constituintes violaram o próprio princípio da igualdade dos direitos (Souza, 2003).

classe e do racismo, configurando o que Saffioti (2015) denomina de *nó*: uma fusão capaz de redefinir suas categorias constitutivas, dando origem a um novo fenômeno que não pode ser resumido à soma de suas contradições, pois “Não se trata de variáveis quantitativas, mensuráveis, mas sim de determinações, de qualidades, que tornam a situação destas mulheres muito mais complexa” (p. 123). A atribuição de uma prioridade dentre os três sistemas, complementa a autora, traz sérias consequências à construção de estratégias de luta e superação, haja vista a simbiose resultante de sua junção. Contudo, não se pode cair na cilada de que se trata de um fenômeno harmônico; trata-se de uma unidade contraditória (Saffioti, 1987).

Este mesmo capitalismo, ao intitular-se um sistema que prega a liberdade e a igualdade, garantiu também que as contradições produzidas permanecessem ocultas aos olhos. Barros (2001) aponta que o modo de produção capitalista, ancorado na exploração e dominação e classe, tratou de ajustar seus indivíduos de acordo com suas classes, cor e sexo e destinou funções, valores e poderes específicos e “naturais” para cada grupo. Neste sentido, a sexualidade, aqui entendida como uma construção e produto social, passou a ser moldada conforme os ditames do sistema, introjetando “[...] valores, padrões culturais e comportamentos necessários ao desempenho dos papéis a eles atribuídos (Barros, 2001, p. 48).

Vale ressaltar que, na sociabilidade capitalista, a sexualidade é um dos mecanismos que potencializam a exploração da força de trabalho e mascaram as contradições de classe (Barros, 2001), dada a necessidade do sistema de buscar a maior exploração possível (Marx, 1998). Sendo o salário o principal aparato de dominação, ao garantir que um determinado grupo seja sistematicamente excluído do exercício direto do trabalho remunerado torna-se ainda mais eficaz aos objetivos do capitalismo, pois reforça os estereótipos e os papéis sexuais outrora definidos do homem como provedor e da mulher como figura secundária responsável pelo zelo deste trabalho produtivo, e dos filhos, futuros trabalhadores (Federici, 2021). Isto “[...] criou as condições materiais para sua sujeição aos homens e para a apropriação de seu trabalho por parte dos trabalhadores homens” (Federici, 2017, p. 195). Fez com que a instituição do casamento fosse, paulatinamente, desenhada como o principal objetivo de vida feminino:

A desvalorização do trabalho feminino era tal que os governos das cidades ordenaram às guildas que ignorassem a produção que as mulheres (especialmente as viúvas) realizavam em suas casas, por não se tratar realmente de trabalho, e porque as mulheres precisavam dessa produção

para não depender da assistência pública. [...] O casamento era visto como a verdadeira carreira para uma mulher, e a incapacidade das mulheres de sobreviverem sozinhas era algo dado como tão certo que, quando uma mulher solteira tentava se assentar em um vilarejo, era expulsa, mesmo se ganhasse um salário (Federici, 2017, p. 183-184).

A este respeito, Carole Pateman assevera que se trata de um pacto de *dominação e subordinação civis*, denominado por ela de *lei do direito sexual masculino*, reflexo do contrato original da sociedade que estabeleceu a subordinação e dominação sexual das mulheres e a destinação dos direitos decorrentes do estado de natureza pautado por Rousseau no Contrato Social⁸ apenas aos homens, criando uma sociedade civil pautada na ordem social patriarcal (Pateman, 1993).

Para a autora, o contrato original é um pacto sexual-social cuja história tem sido, como praticamente tudo o que denuncia a situação desigual vivida pelas mulheres, apagada. Para ela,

O pacto original é tanto um contrato sexual quanto social: é sexual no sentido patriarcal – isto é, o contrato cria o direito político dos homens sobre as mulheres –, e sexual, no sentido do estabelecimento de um acesso sistemático dos homens aos corpos das mulheres (Pateman, 1993, p. 17).

Os direitos políticos nessa história são tratados como parte integrante do poder patriarcal e sexual que os homens exercem sobre as mulheres. O poder sobre a propriedade das pessoas em si próprias reside em uma das partes contratantes. No capitalismo, por exemplo, o poder é dos capitalistas e é exercido através dos contratos de trabalho; no patriarcado, o contrato de casamento garante a dominação. Logo, observa-se que

As mulheres não têm um papel no contrato original, mas elas não são abandonadas no estado natural – isso invalidaria o propósito do contrato sexual! As mulheres são incorporadas a uma esfera que ao mesmo tempo faz e não faz parte da sociedade civil, mas que está separada da esfera “civil”. A antinomia privado/público é uma outra expressão das divisões natural/civil e mulheres/homens. A esfera privada, feminina (natural) e a esfera pública, masculina (civil) são contrárias, mas uma adquire significado a partir da outra, é o sentido de liberdade civil da vida pública e ressaltado quando ele é

⁸ Rousseau propõe uma teoria sobre a origem e legitimidade do poder político, baseada na ideia de que os homens são naturalmente livres e iguais, mas que se encontram em estado de guerra e dependência uns dos outros. Para sair desta situação, os homens devem estabelecer um pacto social, pelo qual renunciam à sua liberdade natural em troca da liberdade civil e política. Este pacto cria uma sociedade civil, na qual os indivíduos se tornam cidadãos e membros de um órgão político soberano. A soberania reside na vontade geral da coletividade, que expressa o interesse comum e o bem comum. Os cidadãos devem obedecer às leis que emanam da vontade geral, pois elas são a expressão da sua própria liberdade e racionalidade (Silva, 2023, p. 2).

contraposto à sujeição natural que caracteriza o domínio privado (Pateman, 1993, p. 28).

A família burguesa que surge mediante as relações contratuais do casamento é responsável por diminuir, cada vez mais, a faísca de poder e autonomia das mulheres de seu interior, ocultando ainda mais o trabalho das mulheres, mascarando a exploração e garantindo o disciplinamento capitalista e patriarcal através do trabalho doméstico tido como “não produtivo” (Federici, 2021). Como discutido anteriormente, a Revolução Francesa não foi capaz de garantir a igualdade, a liberdade e a fraternidade às mulheres e, apesar de ter significado um marco na organização da sociedade, sobretudo para os homens, “[...] o grupo que, na transição para o capitalismo, mais se aproximou da condição de escravos foram as mulheres trabalhadoras (Federici, 2017, p. 195).

Como bem afirma Lerner (2019), a base do patriarcado reside em um pacto tácito e desigual entre dominantes e dominados:

[...] sustento econômico e proteção oferecidos pelo homem pela subordinação em todos os campos, serviço sexual e trabalho doméstico não remunerado oferecido pela mulher. Ainda assim, a relação não rara continua de fato e pela lei, mesmo quando o parceiro não cumpre com suas obrigações (p. 267-8).

A dominação das mulheres pelos homens é tida como desejo divino ou como destino natural, alegando-se as fragilidades físicas e emocionais, inerentes à condição de ser mulher. Assim,

[...] administrar o funcionamento do espaço doméstico ocupado pela mulher, regular sua fecundidade, regulamentar suas funções de socialização e de cuidado dos imaturos, e por outro lado, atribuir ao homem a função de provedor e chefe de sua família são formas de produzir e garantir a sexualidade de homens e de mulheres adequados à sua exploração como força de trabalho (Barros, 2001, p. 53).

Vê-se, então, um movimento de exclusão das mulheres da vida pública e confinamento no espaço privado, tendo suas sexualidades instrumentalizadas à serviço do capital e do Estado, mediante o trabalho reprodutivo imposto, expandido ou reduzindo a força de trabalho conforme interesses patriarcais, racistas e capitalistas. Sem acesso ao mercado de trabalho, ou em condições precárias e desvalorizadas, as mulheres foram pouco a pouco experienciando uma alienação profunda, e todo o trabalho exercido por mulheres, “[...] quando realizado em casa, seria definido como ‘tarefa doméstica’, e até mesmo quando feito fora de casa era pago a um valor menor do que o trabalho masculino – nunca o suficiente para que as

mulheres pudessem sobreviver dele” (Federici, 2017, p. 184).

O corpo da mulher foi então patologizado e feito objeto de ações capazes de controlá-lo e regulá-lo. Seus órgãos reprodutores são então vigiados e controlados para garantir a vida com saúde e nascimentos de indivíduos saudáveis. Sua trajetória reprodutiva é orientada visando o controle da natalidade e dos problemas hereditários (Barros, 2001, p. 51).

Este cenário demonstra que o apagamento e a negação da participação das mulheres na vida pública não foi por acaso, mas aconteceu também para responder à necessidade de acumulação capitalista, que se vale inclusive do trabalho não remunerado para perpetuar os tentáculos do patriarcado. É preciso compreender que a ausência de salário também perpetua a exploração e se torna ainda mais eficaz, porque oculta o trabalho não pago, principalmente das mulheres, convertendo-o em assistência pessoal e amor, alheios à acumulação. Apesar de não resultar em remuneração, a força de trabalho é mantida pelos esforços femininos, servindo “[...] à mão de obra assalariada em termos físicos, emocionais e sexuais, e prepará-la para batalhar dia após dia por um salário”. Como destaca Kergoat (2009, p. 68):

[...] tornou-se coletivamente “evidente” que uma enorme massa de trabalho era realizada gratuitamente pelas mulheres; que esse trabalho era invisível; que era feito não para si, mas para os outros e sempre em nome da natureza, do amor e do dever maternal.

A exclusão feminina do contrato social que estabeleceu direitos civis, e o mascaramento do contrato sexual pactuado para elas sem consentimento, construiu os caminhos necessários para que as mulheres ficassem relegadas ao espaço privado da vida social, submetidas à exploração capitalista quando de seu surgimento e susceptíveis à dominação masculina e à violência decorrente do usufruto do poder historicamente destinado ao homem cis-hetero. Logo,

Para manter-se como ordem, o patriarcado requer o controle da capacidade reprodutiva e do livre exercício da sexualidade das mulheres. Dos assédios mais sutis a agressões físicas bárbaras, o estupro - bem como a naturalização e invisibilidade dessas violências - continuou presente em nossa sociedade como forma de opressão, violência e controle do corpo feminino (Giugliani *et al.*, 2021, p. 27).

Assim, a sexualidade, enquanto construção e produto social, tem sido “útil” nesse processo de composição hierárquica da sociedade e da distribuição desigual de poder como um potente mecanismo favorável à exploração da força de trabalho que encobre as contradições de classe, raça, gênero com a divisão sexual e racial do trabalho.

Utilizada inicialmente para caracterizar a divisão e a complementariedade das tarefas entre homens e mulheres, a divisão sexual e racial do trabalho foi desvelada no seio do movimento feminista como mais uma das esferas de exercício desigual de poder pelos homens, que hierarquiza e separa quais trabalhos são de homens, quais são de mulheres e quais agregam mais valor (Kergoat, 2009). Biroli (2018, p. 27, *itálicos da autora*) chama atenção para o papel fundamental da divisão sexual do trabalho na manutenção do patriarcado:

A responsabilização desigual de mulheres e homens por um trabalho que se define, assim, como produtivo e não remunerado seria a base do sistema patriarcal no capitalismo. O patriarcado, como sistema político, consistiria numa estrutura de exploração do trabalho das mulheres pelos homens. Seu núcleo, nessa perspectiva, é a divisão sexual do trabalho, em que se configurariam dois grupos (ou classes): as mulheres, que têm sua força de trabalho apropriada, e os homens, que se beneficiam coletivamente desse sistema.

O movimento feminista, nesse sentido, tem grande protagonismo na tomada de consciência que expôs e problematizou as desigualdades imbricadas no trabalho invisível e de natureza deturpada, até hoje realizado gratuitamente por muitas mulheres, de maneira inconsciente (Kergoat, 2009). Isso possibilitou romper, ainda que, timidamente, a lógica patriarcal privatista e intimista das relações sociais, principalmente familiares e conjugais, trazendo para o âmbito público questões antes ignoradas, a exemplo da violência doméstica e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, sobretudo para as mulheres.

Ao longo da trajetória de luta do movimento feminista, a autonomia e o direito de decisão sobre o próprio corpo têm sido bandeiras centrais de reivindicação. Isto porque, historicamente, como ressaltado, as mulheres têm tido suas sexualidades reguladas, reprimidas e subordinadas ao casamento e à maternidade, especialmente através de dois sujeitos: a medicina, demarcando o que é certo ou errado, saudável ou danoso e, o direito, legislando a partir das “verdades” inquestionáveis, produzidas pela medicina (Badinter, 1985). Isso transforma o potencial reprodutivo das mulheres num dever absoluto, uma função precípua.

A imposição das normas restritivas à autonomia reprodutiva das mulheres ganhou força ao longo dos séculos XIX e XX e começou a se modificar apenas na segunda metade desse último período. Alguns dos fatores que contribuíram para o questionamento sobre a condição social das mulheres e as restrições impostas a seu corpo e ao exercício da sua sexualidade foram, por exemplo, a conquista do direito à educação e, posteriormente, ao voto, como também o aumento do emprego de mulheres em atividades até então

preferencialmente exercidas por homens, como aquelas inseridas no setor terciário da produção ou profissionalizadas (Vilela; Barbosa, 2011, p. 26).

Por outro lado, é importante registrar que as mulheres nunca aceitaram passivamente tais imposições. Reações foram forjadas e aprimoradas através da sociedade civil organizada, com os movimentos sociais.

O período compreendido entre o século 19 e primeira metade do século 20 foi marcado pela luta do movimento de feministas por igualdade, especialmente no que diz respeito à educação e ao voto (Ávila; Corrêa, 1999). Este último, por exemplo, ficou conhecido como movimento *sufragista*⁹ e ecoou por todo o mundo, influenciando positivamente diversos países, a exemplo do Brasil. Porém, quando foi concedido em 1932, por meio do decreto 21.076, apenas algumas mulheres das classes mais abastadas, casadas ou independentes podiam votar.

Para Ávila e Corrêa (1999), a luta empreendida pelas mulheres do século XIX e XX buscava, sobretudo, a igualdade no campo formal, deixando de lado uma importante reflexão sobre o pilar da ordem liberal: o de que as desigualdades manifestas nas relações sociais são parte de um sistema de dominação de sexo que hierarquiza as relações de gênero enquanto relações de poder, fato que não seria facilmente superado apenas com o reconhecimento formal de igualdade.

Por isso é essencial entender que este sistema de regulação social, aqui nomeado de patriarcado, têm caráter histórico e sedimenta-se na inferiorização e subordinação das mulheres pelos homens, tendo relação direta com as violências por elas vivenciadas, uma vez que seu alicerce reside no exercício do poder culturalmente atribuído ao homem (Saffioti, 2015). O que significa dizer que “[...] é equivocado pensar que o domínio dos homens sobre as mulheres é algo natural, próprio da condição sexual de cada um. [...] Foi construído cultural, social, política e economicamente durante muitos séculos [...]” (Ferreira; Dias; Pinto; Lemos, 2016, p. 22). Desse modo,

Ao constatar que os problemas das mulheres têm raízes sociais e culturais profundamente sedimentadas, as feministas apontam para novos horizontes. Ao insistirem que não basta mudar a lei, criar delegacias, criar conselhos da condição feminina, criar secretarias da mulher, legalizar o aborto se não

⁹ Para Ferreira (2007, p. 66), o movimento sufragista redimensionou a história e a consciência política das mulheres, visto que “[...] foi, sem dúvida, o eixo aglutinador das mulheres nos séculos XIX e XX, nos Estados Unidos, na Inglaterra, na França, no Brasil e em outros países, sendo o responsável pela mobilização de milhares de mulheres disposta a lutar pelo direito de votar, luta, esta, associada a outras questões de interesse das mulheres.

houver esforços no sentido de modificar comportamentos em relação às mulheres (Ferreira, 2007, p. 57).

Ao longo dos anos, o patriarcado renovou-se e fortaleceu-se, num processo em que “[...] as mulheres foram destituídas de sua igualdade, subjugadas, e em que o controle das sociedades foi sendo assumido pelo poder masculino do patriarcado (Ferreira; Dias; Pinto; Lemos, 2016, p. 22). Entretanto, o patriarcado é demasiadamente recente (Saffioti, 2015; Lerner, 2019). Não se tratou de um evento, mas de um processo bastante lento que, apesar de não ser o mesmo da antiguidade, perdura em sua essência até hoje. Ao comentar sobre o assunto, Saffioti (2015, p. 63) discorre que:

[...] o processo de instauração do patriarcado teve início no ano 3100 a.C. e só se consolidou no ano 600 a.C. A forte resistência oposta pelas mulheres ao novo regime exigiu que os machos lutassem durante dois milênios e meio para chegar a sua consolidação. [...] Trata-se, a rigor, de um recém-nascido em face da idade da humanidade, estimada entre 250 mil e 300 mil anos. Logo, não se vivem sobrevivências de um patriarcado remoto; ao contrário, o patriarcado é muito jovem e pujante, tendo sucedido às sociedades igualitárias.

Coadunando com o exposto, Ferreira; Dias; Pinto; Lemos (2016, p. 22-23) evidenciam os efeitos do surgimento da propriedade privada enquanto força motriz das desigualdades, argumentando que em períodos anteriores ao capitalismo as relações sociais tendiam a ser mais igualitárias, sem hierarquias, uma vez que não se tinha como horizonte o acúmulo de riqueza:

Nas épocas mais remotas da existência humana na Terra, homens e mulheres conviviam em grupos comunitários e dividiam as tarefas diárias movidos por um único objetivo: a sobrevivência. Na maior parte do tempo, os seres humanos dedicavam os seus esforços a coletar o que a natureza produzia para alimentar o grupo, protegerem-se mutuamente e enfrentarem as dificuldades de um mundo selvagem que os ameaçava e o qual era impossível controlar. [...] A vida comunal no período requeria a parceria, e o compartilhamento das ações conferia igualdade a homens e mulheres, sem que houvesse supremacia de poder de uns em relação aos outros. Nas comunidades primitivas, onde não existe a propriedade privada, não havia hierarquias relacionadas com as ocupações que cada um exercia. As diferenças ou divisão de tarefas só se davam em razão da idade ou da condição física dos integrantes. [...] Por largo período, enquanto a tecnologia era rudimentar e a produção econômica comunitária não gerava excedentes (riqueza) significativos, nas remanescentes agrupações de caráter primitivo, as relações entre homens e mulheres eram estabelecidas de modo igualitário.

Conforme as sociedades evoluíam e as desigualdades se fortaleciam, essa contra hegemonia estabelecida pelas mulheres se transformou no movimento feminista como sujeito de destaque no redimensionamento da compreensão acerca

do modo de existir das mulheres em sociedade, o que publicizou o debate sobre as desigualdades, sobretudo as desigualdades de gênero. Tidas como questões relativas ao seio privado familiar. Contudo, faz-se urgente

[...] romper com a heteronomia a que [as mulheres] sempre estiveram submetidas, em relação ao uso de seus próprios corpos, uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens. Essa repressão e esse controle dos corpos e da sexualidade são elementos centrais da dominação patriarcal e da sua reprodução (Ávila, 2003, p. 467).

O feminismo constitui-se como um movimento social direcionado por um projeto político e societário, que o desenvolve por meio de ação de natureza também política, na tecitura teoria e prática, ancorada em valores e princípios que buscam romper com a subordinação feminina (Ferreira, 2007). Trata-se de um movimento plural, antisistêmico, questionador das ações do Estado, que combate a opressão, dominação e exploração imposta às mulheres pelo patriarcado e agudizada com o racismo e o capitalismo.

O pensamento feminista emerge no cenário político da década de setenta, e se nutre, vantajosamente, do estruturalismo da psicanálise, do marxismo, da crítica à metafísica, para construir interpretações da realidade sob a ótica das mulheres. Parte dessa constatação se sedimenta nas relações entre os homens e mulheres, baseadas numa estrutura de poder que tem assegurado a hegemonia masculina (Ferreira, 2007, p. 62).

Bandeira e Siqueira (2022) destacam que, o surgimento do feminismo propiciou mudanças políticas e sociais significativas, além de contribuir com uma mudança paradigmática do pensamento ocidental através da teoria feminista. Esse movimento teve como base a reconstrução da história das mulheres ao longo dos séculos e do seu consequente apagamento. Para as autoras,

[...] o feminismo constitui-se em um modo particular, ao mesmo tempo diverso e plural de olhar e de questionar a realidade social, a ordem estabelecida ou o status quo. Por um lado, pode ser definido como movimento social organizado que abriu novas perspectivas e que trouxe novas questões aos campos disciplinares, à produção do conhecimento e da ciência, bem como desencadeou mudanças na ordem social e política, na medida em que demandou uma nova postura sobre as experiências e as práticas concretas da vida, tais como, por exemplo, aquelas realizadas em grupos e partidos políticos, em sindicatos etc. Por outro, tal como afirma Sorj (1997), a produção intelectual feminista é um fenômeno cultural e, como tal, não foge do complexo contexto social que a constitui, bem como da capacidade explicativa e do potencial crítico-reflexivo da teoria social (Yannoulas, 1994) (Bandeira; Siqueira, 2022, p. 270).

Insta trazer à baila também uma diferenciação comum de ser encontrada no âmbito dos debates acadêmicos, bem como no cotidiano dos movimentos sociais, que diz respeito à relação entre o movimento feminista e o movimento de mulheres. Alguns autores/as compreendem que há sim diferenças substanciais entre os movimentos, defendendo que o feminismo é uma ideologia que reivindica a igualdade entre os sexos e a redefinição do papel da mulher na sociedade, logo, que busca imprimir nenhuma lógica sexista, de superioridade feminina sob a masculina (Costa; Sardenberg, 2002), enquanto que os movimentos de mulheres estiveram historicamente “[...] mais voltados para a garantia de acesso a equipamentos sociais que para a conquista de autonomia” (Pimentel; Villela, 2012, p. 20).

Contudo, é necessário ter uma visão mais panorâmica sobre a questão. Para as autoras Silva e Camurça (2010), o feminismo é plural e difunde-se enquanto uma teoria, um movimento social e uma atitude pessoal diante da vida, confrontando diretamente a dominação e subordinação feminina, além de propor um novo modelo de sociedade. Enquanto movimento social, o feminismo foi construído a partir de múltiplas experiências de autogestão e auto-organização das mulheres através de sindicatos, grupos de bairros, grupos de partidos de mulheres, ONGs etc., sendo parte do movimento feminista “[...] todas as formas organizativas criadas pelas mulheres para serem instrumentos de sua luta contra a dominação, exploração e opressão” (Silva; Camurça, 2010, p. 10). À vista disso, concorda-se que

[...] o feminismo é um movimento criado, conduzido e sustentado por mulheres, é um movimento de mulheres e, portanto, é parte do movimento de mulheres em geral. Assim, o movimento de mulheres faz o feminismo, ao mesmo tempo em que é construído por ele. Um alimenta o outro (Silva; Camurça, 2010, p. 13).

Nesse contexto, o movimento feminista teve papel fundamental no reconhecimento público do fenômeno da violência de gênero em suas múltiplas formas, mas sobretudo através da violência doméstica, denunciando sua indissociabilidade com o patriarcado, visto que é a materialização do exercício do controle, possibilitado por muito tempo pela falta de autonomia financeira vivida pelas mulheres.

Quando essa capacidade de mando do homem é desafiada, recorre-se à violência, a principal forma de controle e exercício do poder patriarcal, que se constitui, na visão de Saffioti (2001, p. 115), como “[...] a execução do projeto de dominação-

exploração da categoria social homens exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela violência”.

O fenômeno da violência é secular e foi compreendido por muito tempo como o caminho racional para resolver conflitos próprios das relações sociais, “[...] parte da herança patriarcal de um mundo historicamente já considerado passado” (Bandeira, 2017, p. 17).

Bandeira (2017, p. 30) reflete a violência como um fenômeno de dominação social e política, através da “[...] retomada de significados misóginos de uma sociedade patriarcal heteronormativa subterrânea, não desaparecida [...]” que demanda permanentemente a subordinação das mulheres, “[...] através de poderes indistinguíveis [...]”.

Ademais, Muniz (2017, p. 38) discorre que “Os atos de violência – sexual, física, moral, psicológica e patrimonial – contra as mulheres expressam o exercício de poder, opressão e dominação masculinas”. O decurso histórico aponta que as relações entre homens e mulheres sempre foram reconhecidas como relações de caráter privado, espaço onde a dominação masculina e a violência se apresentam mais fortemente, tendo raízes na ordem patriarcal e sendo capaz de estruturar os rumos da realidade social. Almeida (2014, p. 334) reflete que

[...] a condição de ser mulher está na origem da violência, logo os feminicídios são crimes de ódio contra as mulheres e exibem o poder e domínio dos homens sobre elas, estando presentes em todas as gerações e possuindo uma dinâmica multimodal.

Essa violência de gênero decorre, como já relatado, das desigualdades de gênero, imersas em uma cultura que não só trata as minorias sociais com estigmas e preconceitos, como subjugam as mulheres por serem o que são: mulheres. Consiste em agressões físicas, psicológicas, sexuais e simbólicas contra alguém, em decorrência de sua identidade de gênero ou orientação sexual. Historicamente, as mulheres têm sido suas vítimas recorrentes, vistas não como pessoas de direitos, mas como objetos de desejos e prazeres masculinos.

No conjunto das violências de gênero, a violência sexual se destaca no país. Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2019 evidenciam que foram registrados 6.041 estupros no país em 2018. Números que, se divididos por dias do ano, demonstram ocorrerem 180 casos de estupros diariamente. Do total de vítimas, 81,8% eram mulheres e meninas, 53,8% tinham até 13 anos, e 50,9% eram negras.

Do total de mulheres e meninas vítimas de estupro, cerca de 7% engravidam da violência. Isto caracteriza a violência sexual como uma grave violação de direitos humanos do público em foco.

Cumprе esclarecer que violência sexual, consiste em:

[...] todo ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual ou insinuações sexuais indesejadas; ou ações para comercializar ou usar de qualquer outro modo a sexualidade de uma pessoa por meio da coerção por outra pessoa, independentemente da relação desta com a vítima, em qualquer âmbito, incluindo o lar e o local de trabalho (OPAS/OMS, 2018, online).

Essa forma de violência pode ser praticada por desconhecidos, mas também por parceiros íntimos, familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, da igreja e da escola. Muitas mulheres e meninas engravidam desse repugnante ato, que é o estupro. Nestas circunstâncias, têm direito ao aborto legal, conforme disciplina o artigo 128, inciso II do Código Penal de 1940.

Nesse sentido, o entendimento do aborto enquanto direito não pode considerar a cisão entre as esferas públicas e privadas da vida social, sendo necessário delimitar o âmbito privado enquanto espaço de correlação de forças e de reprodução das desigualdades, politizando-o. Nas palavras de Scavone (2010, p. 48) “Politizar o privado significava ampliar a visão política para além dos limites da esfera pública e de suas implicações institucionais, como também, considerar que as relações de poder atravessam [...] o conjunto das relações sociais”. Em seus escritos, Pires (2017, p. 496) chama atenção para o fato de que as relações privadas mascaram a coerção masculina:

O “sexo forçado” (*forced sex*) ou direcionado às demandas masculinas ainda é uma realidade. As relações privadas escondem a coerção masculina, supondo-se, equivocadamente, o consentimento da mulher ao sexo e, muitas vezes, às agressões dos parceiros. Regra geral, sobretudo nas camadas sociais de menor poder aquisitivo, o ambiente da intimidade representa para as mulheres o domínio da opressão marital (*itálicos da autora*).

No contexto do atendimento ofertado no Maranhão para pessoas em situação de violência sexual, isto não foge à regra. Em um dos registros de atendimento acessados durante a pesquisa de campo, há o relato de uma mulher que buscou atendimento por ter sido forçada a ter relações sexuais com o ex-namorado, o que resultou em gestação. Segundo registro firmado pelo Serviço Social da Instituição, o

[...] ex-namorado levou-a para passear duas vezes. Na terceira foram ao motel. Quando chegou no motel a usuária relata que desistiu de ter relação sexual, o mesmo pediu para acalmá-la, porém ele iniciou as carícias. E

segundo relato da paciente continuou a negar quaisquer tipos de contato com ele, até que o suposto agressor a forçou ter relação sexual. [...] Relata que apresentou sentimentos de repúdio e nojo. [...] A usuária afirma que não tem condições emocionais e nem financeiras para lidar com esta gravidez e relata que sofreu estupro pois não consentiu o ato sexual (**Gloria Steinem**).

Nesse interim, a legislação pertinente define o crime de estupro como o ato de “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (Brasil, 1940, art. 213). Há em tramitação na Câmara dos Deputados, desde o ano de 2023, o Projeto de Lei (PL) 228/23, que visa alterar o Código Penal de 1940 de modo a “[...] considerar como estupro o ato de constranger alguém a ter conjunção carnal em caso de aproveitamento de sua vulnerabilidade ou ausência de sentido que o impeça de consentir expressamente” (Brasil, 2023, online). O PL além de evidenciar os altos índices de estupros registrados, tanto nos órgãos de segurança pública, quanto nas unidades de saúde, inclusive praticado por profissionais, também reforça a necessidade de ampliação da compreensão do estupro, inclusive para os casos em que o agressor se aproveita da vulnerabilidade da vítima, com uso da força ou não.

No que diz respeito ao sexo forçado, há muitas consequências negativas ao enfrentamento da violência sexual visto que o vínculo matrimonial/afetivo pode, por vezes descredibilizar a denúncia da vítima e dificultar o correto atendimento pelos dispositivos institucionais que deveriam protegê-la. Esse pensamento, herança patriarcal e machista, está fortemente arraigado também no imaginário da sociedade, que tende a procurar justificativas para deslegitimar ainda mais o discurso das vítimas desse tipo de estupro e defender a preservação do modelo tradicional de família, afinal, “[...] são muito tênues os limites entre quebra de integridade e obrigação de suportar o destino de gênero traçado para as mulheres: sujeição aos homens, sejam pais ou maridos” (Saffioti, 2015, p. 79-80). Assim, a violência sexual é sempre relativizada por razões morais e machistas como, por exemplo, roupas utilizadas e comportamentos sociais das mulheres, o que representa um claro ataque ao livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos por parte das mulheres:

O estupro é considerado crime hediondo, rigorosamente punível pela moral e os costumes vigentes, desde que tenha sido praticado por desconhecidos da vítima. Quando se trata de marido ou companheiro, há dificuldades tanto na área policial quanto no poder Judiciário para o reconhecimento do crime, porque o sistema está movido pela ideologia de preservar a família a qualquer custo [...] (Telles, 2007, p. 74).

Um panorama global do problema desvela que a violência sexual se apresenta como um sério problema de saúde pública, sendo também uma das principais causas de morbimortalidade feminina, com desdobramentos psicossociais graves, afetando sobretudo mulheres jovens, em idade reprodutiva (Bedone; Faúndes, 2007; Higa *et al.*, 2008; Higa; Reis; Lopes, 2007).

Em face da generalização dos casos de violência contra a mulher em todo o mundo, os países começaram a se organizar no sentido de propor ações conjuntas de enfrentamento da questão. O Brasil é signatário de todos os tratados internacionais que objetivam reduzir as desigualdades de gênero e proteger os direitos humanos das mulheres. Dentre eles, destacam-se a *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher*, de 1979, denominada *Convenção da Mulher*, e a *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher* de 1994, também conhecida como *Convenção de Belém do Pará*.

A *Convenção da Mulher* é o primeiro tratado internacional que traz à baila a questão dos direitos humanos da mulher. Nas palavras de Pimentel (2006, p. 15), a Convenção “[...] deve ser tomada como parâmetro mínimo das ações estatais na promoção dos direitos humanos das mulheres e na repressão às suas violações, tanto no âmbito público como no privado”. O documento representa anos de luta dos movimentos em defesa dos direitos humanos e das mulheres, firmando o compromisso de “[...] promover os direitos da mulher na busca da igualdade de gênero e reprimir quaisquer discriminações contra a mulher nos Estados-parte” (Pimentel, 2006, p. 14). Os estados signatários assumem o compromisso de adotar medidas legais que materializem as obrigações pactuadas através das ações dos três poderes.

A *Convenção de Belém do Pará* “[...] compõe o quadro de avanços legislativos internacionais que foi impulsionado pela ação decisiva dos movimentos feministas de diversos países para dar visibilidade à violência contra a mulher e exigir seu repúdio e sua eliminação” (Barsted, 2006, p. 140). Em seu artigo 1º, evidencia a compreensão ampla da violência enquanto grave violação dos direitos humanos, das liberdades fundamentais e da dignidade humana:

Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada (OEA, 1994).

Cabe destacar também a tipificação das violências contra a mulher apresentadas em seu artigo 2º. O texto já aponta as modalidades física, sexual e psicológica, praticadas pela família, pela comunidade em geral e “[...] perpetradas ou toleradas pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra” (OEA, 1994).

A partir da adesão do Brasil às propostas oriundas das convenções citadas, e com a reabertura democrática do país que culminou na CF de 1988, o trato da violência contra a mulher assumiu novos contornos por parte do Estado. O texto constitucional já traz avanços neste sentido. Em seu art. 5º aponta que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se [...] a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança [...]”, e o art. 226, parágrafo 8º discorre que “O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações” (Brasil, 1988).

Neste sentido, há alguns importantes dispositivos de proteção à mulher na legislação brasileira que precisam ser mencionados: a *Lei nº 11.340*, de 7 de agosto de 2006, conhecida como *Lei Maria da Penha*; a *Lei do Minuto Seguinte* (Lei 12.845/2013); e a *Lei nº 13.104*, de 9 de março de 2015, que altera o Código Penal de 1940, reconhecendo o feminicídio como homicídio e incluindo-o no rol dos crimes hediondos.

Fortalecendo os tratados internacionais acima, e cumprindo o disposto na Carta Magna, a Lei Maria da Penha “Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [...]” (Brasil, 2006) e amplia a concepção de violência reconhecendo, além das constantes na Convenção de Belém, as modalidades *patrimonial* e *moral*. No que diz respeito aos interesses imediatos desta pesquisa, a legislação, em seu art. 7º, define como violência sexual

[...] qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2006).

A Lei 12.845, de 01 de agosto de 2013, conhecida como *Lei do Minuto Seguinte*, garante o atendimento imediato e humanizado às vítimas de violência sexual em todos os hospitais do Brasil. Ela prevê que as mulheres recebam atendimento rápido e eficiente nos serviços de saúde, bem como os

encaminhamentos necessários, como profilaxia de gravidez e infecções sexualmente transmissíveis, além de orientação, apoio psicológico e encaminhamento aos serviços de assistência social, quando necessário (Brasil, 2013).

O Código Penal Brasileiro de 1940 prevê penas de seis meses a trinta anos em situações de violência sexual, a depender da gravidade do ato. Contudo, deve-se ter a compressão de que a existência de dispositivos legais, por si só, não é garantia de resolução do problema. Como ressalta Lerner (2019, p. 267)

Reformas e mudanças legais, embora melhorem a condição das mulheres e sejam parte essencial do processo de emancipação das mulheres, não mudará essencialmente o patriarcado. Tais reformas precisam estar integradas a uma extensa revolução cultural para transformar o patriarcado e, assim, aboli-lo.

Não obstante os avanços já mencionados, o Ministério da Saúde evidencia que 73% dos casos de abuso sexual notificados em 2019 aconteceram na residência da vítima ou do suspeito e, em 40% das denúncias, o abuso foi cometido pelo pai ou padrasto. Houve 1 estupro a cada 8 minutos no país (CDC, 2021). No tocante às gestações decorrentes de estupro, verifica-se que as notificações dos casos ainda não representam o cenário real. Muitas mulheres não buscam os serviços de saúde por vários motivos, mas, quando conseguem, optam pela interrupção da gestação (Bedone; Faúndes, 2007; Higa *et al.*, 2008; Mattar *et al.*, 2007).

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2022 aponta que, em 2020, 14.511 mil mulheres foram estupradas, representando uma taxa média de 13,4 estupros por grupo de 100 mil mulheres no país. Em 2021, houve queda de 1,3%, reduzindo a taxa média para 13,3, o que não necessariamente representa queda real, dada a grande subnotificação. Quando se observam os casos de estupro de vulnerável¹⁰, os números são ainda mais alarmantes. Em 2020, foram 35.644 mil notificações e 37.872 em 2021, representando, respectivamente, 33,0 e 34,8 estupros por cada 100 mil pessoas, e aumento de 5,5% em relação ao ano anterior. Em 2021, os estados com maior incidência de estupros notificados de mulheres adultas em números absolutos foram São Paulo (2.372), Rio de Janeiro (1.327), Minas Gerais (1.115), Santa Catarina (1.278) e Rio Grande do Sul (1.016), evidenciando a gravidade da questão (FBSP, 2022a, p. 180).

¹⁰ De acordo com o art. 217-A do Código Penal de 1940, é crime de estupro de vulnerável ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos, com pena prevista de 8 (oito) a 15 (quinze) anos de reclusão (Brasil, 1940).

Como discorrido, a magnitude da violência de gênero apresentada caracteriza também enquanto uma questão de saúde pública, visto que afeta mulheres de todas as regiões do globo, faixas etárias, etnias, classes sociais, muito embora haja com mais veracidade sob aquelas historicamente marginalizadas.

Devido à desigualdade de gênero, a vida das mulheres é atravessada por barreiras que dificultam o acesso a seus direitos sexuais e reprodutivos. [...] algumas mulheres têm menos acesso do que outras, e que são essas as mulheres que sofrem mais violência e que morrem mais, pois são aquelas esquecidas em seus direitos. São essas mulheres cuja violência dos corpos é aceita e justificada pela sociedade. São essas mulheres que encontram seus direitos condicionados pelos determinantes sociais que envolvem sua raça/cor, classe, sexualidade ou qualquer outra característica que as classifiquem como pessoa de subdireitos (Giugliani *et al.*, 2021, p. 26).

Os alarmantes casos de estupro dão vistas novamente à questão do aborto e acaloram os debates atuais sobre a validação do seu *status* enquanto direito, sobretudo em decorrência da guinada conservadora percebida nas grandes democracias na contemporaneidade.

O aborto tem sido pauta histórica do movimento feminista, entendido e por este defendido como parte dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Daí a relevância de se caracterizar sua prática ao longo da história, a fim de aclarar os sentidos, conceitos, conflitos, lutas e perdas ocorridas, além da evidente contradição que perpassa o tema, uma vez que, ao passo em que se levantam bandeiras de defesa da vida e contra práticas abortivas, se vive um cenário deletério de ameaças e perdas de direitos das mulheres, que atinge com mais vigor as pretas e pobres.

Esse segmento populacional há anos tem sido marcado por negligências, silenciamentos e violências contra seus corpos, autonomias e liberdade. Com dificuldades ou inaccessos a serviços de saúde, quando vítimas de estupros, recorrem a práticas de riscos de morte, como o aborto clandestino.

A literatura aponta que muitas mulheres que recorrem à prática do aborto inseguro e clandestino submetem-se a situações de alto risco, proferindo golpes contra si mesmas, provocando quedas, inserindo substâncias cáusticas na vagina como cloro, cal, bem como substâncias perfurocortantes no útero, como cateteres, arames, agulhas de tecer e cabides na tentativa de findas a gestação (Monteiro; Adesse; Drezett, 2015). Estas são algumas evidências que tornam os direitos sexuais e reprodutivos, bem como os direitos humanos, pauta urgente de reflexão e promoção de ações efetivas para sua materialização.

2.2 Direito ao aborto no Brasil e o enfrentamento ao sistema que instrumentaliza a capacidade reprodutiva das mulheres

O aborto é tema controverso na grande maioria das sociedades e assume contornos diferenciados a depender do enfoque social, político e temporal analisado. Muitos argumentos são acionados por aqueles/as que defendem e aqueles/as que repudiam sua prática. Mesmo em países onde o direito está garantido legalmente e respaldado pelo Estado, vez ou outra nota-se a efervescência do debate sobre a legitimidade dessa conquista.

Para a OMS, o *aborto* é toda interrupção da gravidez antes das 22 semanas de gestação ou em que o feto pesa menos 500g ou mede 16,5 cm, e podem ser classificados em seguros, menos seguros ou inseguros a depender do método empregado na sua indução e do profissional responsável pela assistência. No Brasil, o aborto não é considerado crime em 3 situações: em gravidez que apresenta risco de vida para a gestante, quando é resultado de um estupro ou em casos de anencefalia (Brasil, 2018).

A literatura denota que a prática do aborto não é característica exclusiva das sociedades contemporâneas, sendo realizado desde a antiga Grécia. Hurst (2006, p. 14) retrata que “[...] a contracepção, o aborto e o infanticídio eram, provavelmente, praticados em larga escala no Império Romano. [...] pois não havia um problema moral”.

Do ponto de vista histórico, o fenômeno de abortar nem sempre foi considerado crime ou grave pecado, como os/as religiosos/as – especialmente adeptos da religião judaico-cristã – fazem parecer (Rosado-Nunes; Santin, 1997). Villela e Barbosa (2011) apontam que há registros de períodos anteriores ao cristianismo evidenciando a realização do aborto por diversos povos antigos, como os chineses, egípcios, gregos, assírios. Desse modo,

Devemos entender que o aborto não é um exemplo das sociedades contemporâneas não está relacionado a maior liberdade sexual das mulheres. Ao contrário, pode-se argumentar que é o aborto muitas vezes é resultado da falta de liberdade e autonomia das mulheres sobre seus corpos (Villela; Barbosa, 2011, p. 15).

Para as autoras, as várias culturas despendiam graus de aceitação social diferentes, possivelmente em função do valor atribuído às mulheres e seus corpos e das formas de controle populacional. Em Roma, o aborto era proibido e as mulheres

que o praticavam sofriam sanções devido às técnicas danosas utilizadas. Contudo, aconteciam com frequência. Já na civilização grega não existiam leis específicas sobre a questão. Acredita-se que isso acontecia em decorrência “[...] do estatuto inferior das mulheres em relação aos homens. Assim, embora a prática do aborto fosse comum, não era considerada uma questão de importância para o Estado, o qual não se ocupava com ‘assuntos de mulheres’” (Villela; Barbosa, 2011, p. 16). Mesmo analisada sob a ótica religiosa, a temática do aborto nunca foi consensual.

Apesar de hoje haver uma posição pública hegemônica, existe ainda no interior da Igreja Católica uma significativa quantidade de pessoas contrárias à *demonização* do aborto. O movimento *Católicas pelo Direito de Decidir* têm empreendido esforços nesse sentido, mostrando que a Bíblia não fala claramente sobre a limitação da natalidade. Ao longo do tempo, grandes Teólogos do Cristianismo como Santo Agostinho, Santo Tomás de Aquino, Irmã Ivone Gebara e até mesmo o Papa Gregório XIII não tratavam o aborto enquanto pecado ou homicídio, uma vez que não há consenso sobre quando se inicia a vida (Rosado Nunes; Santin, 1997).

Corroborando com os achados, autores como Santos e Pio (2021), Belo (1999), Oenning e Kirch (2021) discorrem que, na Idade Antiga, o aborto era utilizado como medida de controle populacional, não sendo considerado crime, nem delito, apesar de requerer a autorização do marido ou patrão, uma vez que o feto, por ser considerado parte do corpo da mulher, era também extensão da propriedade do homem.

Esse cenário vai adquirindo nuances diferentes a partir do século XVII, à medida que a ciência evolui e toma para si as questões referentes à gestação e à corporalidade feminina. Santos e Pio (2021) discorrem que as conquistas científicas visualizadas a partir dos séculos XVII e XVIII emergiram novas reflexões sobre a temática do aborto, especialmente no sentido de tornar o feto uma entidade autônoma, ecoando as afirmações teológicas na legislação civil.

Nesse sentido, o advento da medicina e a forte influência da Igreja nos governos começam a interferir punitivamente sobre a decisão da mulher de interromper a gestação e o aborto torna-se objeto de interesse do Estado. A França é o berço da criminalização do aborto, visto que dá origem às primeiras legislações para controle da prática abortiva em 1870, por estratégia política, considerando-a crime contra a pessoa humana (Santos; Pio, 2021). O contexto da Revolução Francesa urgiu mudanças na realização do aborto, uma vez que o contingente populacional caía a níveis alarmantes. Logo, “Mais filhos para a República significava mais braços

empregados no trabalho e na defesa, mais contribuintes e mais soldados para realizar funções úteis e necessárias” (Torres, 2012).

No tocante à experiência brasileira, verificam-se mecanismos legais sobre o aborto em três momentos distintos, estando, o primeiro deles, presente no Código Criminal do Império, de 1830, extremamente fiel à Igreja. Nele, havia punição somente para a pessoa que possibilitasse a realização do aborto, não mencionando sanções para a mulher que desejasse realizá-lo. O segundo, data de 1890, com o Código Penal da 1ª República, que passa a penalizar também a mulher, possibilitando, contudo, redução da pena quando tratar-se de auto-aborto objetivando ocultar a própria desonra.

Com a promulgação do Código Penal em 1940, ainda em vigência, o aborto passa a ser crime em todas as situações, exceto quando for resultado de estupro ou em casos de risco materno e, mais recentemente, por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) em 2012, foi adicionado o permissivo quando tratar-se de feto anencéfalo (Villela; Barbosa, 2011).

São inegáveis os avanços neste campo se realizado um panorama geral da história. Mas quando se coloca em evidência o tempo atual, a evolução das discussões científicas e o fortalecimento do discurso conservador apoiado, inclusive, pelas estruturas do próprio Estado, percebe-se que ainda há muito o que se avançar e que os direitos não são perenes.

Frutos da mobilização social e de lutas dos movimentos, os direitos sociais são constantemente ameaçados e retrocedidos caso assim queira os donos do contexto político analisado. Tais direitos têm sido constituídos entre idas e vindas, atravessados por um debate moral e religioso no seio de um Estado laico, deturpando o papel real de garantia do bem-estar social.

Os DSR, por exemplo, retratam as dificuldades em avançar, ou mesmo manter o que outrora foi conquistado. A gestão de Jair Bolsonaro, durante os anos de 2019 a 2022, vilipendiou brutalmente os direitos das minorias, sobretudo das mulheres, tendo o direito ao aborto como inimigo nº 1 de sua gestão, tendo em vista que levantava as bandeiras da família tradicional burguesa, da moralidade cristã e do fantasma comunista brasileiro. Nesse interim, aliado a um congresso nacional também em sua maioria conservador, vários investimentos para minar estes direitos foram realizados, aspectos que serão abordados mais à frente. Fato é que, direitos, no capitalismo, são regulados e não se constituem em direitos efetivos na vida de todos/as.

Os DSR são “[...] constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana” (Ventura, 2009, p. 19). Formalmente, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 foi o primeiro dispositivo que incluiu os DSR na gama dos Direitos Humanos Fundamentais, exigindo que os países signatários adequassem suas legislações, a fim de efetivar o pleno exercício da cidadania, que só é possível ao respeitá-los e considerá-los como alicerce das relações sociais (Brasil, 2013a).

Assim, considerar a cidadania como um direito que também se estende às áreas da reprodução e da sexualidade requer a desnaturalização desses dois campos, e isto só é possível mediante a desconstrução do paradigma que biologiza e naturaliza o feminino na sociedade, definindo seu lugar no âmbito privado da vida social e limitando sua participação na esfera pública, pois, como afirma Ferreira (2007, p. 53):

Os espaços femininos foram, sobretudo, delimitados, mediatizados, domesticados e hierarquizados pelos homens. O poder tem sido exercido de forma desigual, cuja consequência foi a repartição desigual de recursos, no processo de negociação e renegociação entre dois grupos assimétricos.

Os Direitos humanos integram o conjunto dos direitos sociais e sua origem está vinculada à Segunda Guerra Mundial, sendo uma resposta às atrocidades cometidas pelos nazistas. Entende-se que estes são “[...] direitos universais, inerente à condição de pessoa, e não relativos a peculiaridades sociais e culturais de uma dada sociedade” (Villela; Arilha, 2003, p. 136).

No tocante à questão dos direitos sexuais e reprodutivos, estes fazem parte da terceira geração dos direitos humanos. Isto significa que se circunscrevem a partir dos valores de solidariedade, complementando os direitos de primeira e segunda geração que se referem, respectivamente, à liberdade e à igualdade. Tal reconhecimento destaca

[...] a importância da dimensão sexual na vida humana, buscando o reconhecimento das diversas orientações sexuais e a legitimidade de suas expressões. Além disso, explicita a íntima relação entre sexualidade e reprodução, sublinhando a produção cultural de símbolos, signos e interditos ligados à atividade sexual que, muitas vezes, transformam o exercício da sexualidade num exercício de poder (Villela; Arilha, 2003, p. 136 *apud* Petchersky, 1999).

Figura 1 – Caracterização dos direitos sexuais e reprodutivos

Quadro 1 – Direitos sexuais e direitos reprodutivos

Encontram-se entre os direitos reprodutivos	Encontram-se entre os direitos sexuais
Decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos deseja ter e em que momento de sua vida.	Viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do(a) parceiro(a).
Ter acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.	Escolher o(a) parceiro(a) sexual.
Exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição ou violência.	Viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
	Viver a sexualidade, independentemente de estado civil, idade ou condição física.
	Escolher se quer ou não quer ter relação sexual.
	Expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade.
	Ter relação sexual, independentemente da reprodução.
	Sexo seguro para prevenção da gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis e Aids.
	Serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação.
	Acesso à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Fonte: Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n. 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.

Fonte: Giugliani *et al.* (2021, p. 17).

A figura 1, acima, descreve e exemplifica de maneira detalhada quais conquistas integram o rol de direitos sexuais e quais são alocadas no campo dos direitos reprodutivos. Do ponto de vista concreto,

Quando discutimos sobre direitos sexuais e reprodutivos, estamos falando de um conceito que é pouco conhecido e aceito em nossa sociedade. Aliás, a garantia de direitos pelo Estado também é um conceito pouco explorado, o que pode ser evidenciado pelo fato de vivermos em um país com marcas desigualdades no qual a população com maior fragilidade social é aquela que mais frequentemente tem seus direitos violados. Essas violações são naturalmente aceitas pela sociedade, o que advém da crença de que aspectos como o gênero, a raça/cor, a orientação sexual e a classe social dos indivíduos tornam aceitável que estes não possuam os mesmos direitos (Giugliani *et al.*, 2021, p. 18).

Para Villela e Barbosa (2011), reconhecer o aborto enquanto parte dos direitos humanos fortalece a luta pela expansão dos direitos sexuais e reprodutivos, desafia o patriarcado e os papéis sexuais historicamente determinados:

[...] o reconhecimento dos direitos reprodutivos e sexuais como parte dos direitos humanos reposicionar a discussão sobre o aborto. Não se trata mais de tomar a maternidade como um dever, e sim como um direito das mulheres a ser respeitado e protegido. Ao mesmo tempo, o entendimento do aborto como um direito reafirma uma postura de compreensão e solidariedade com as mulheres que abortam (Villela; Barbosa, 2011, p. 53).

Contudo, este é um espaço constante de tensões, com avanços e retrocessos a depender a conjuntura, uma vez que “[...] basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados” (Beauvoir, 2016, p. 158). Isto é o que se percebe no Brasil atual: o fortalecimento de posições fundamentalistas no âmbito do Estado e da sociedade, ocasionando o recrudescimento de posições religiosas contrárias aos direitos sexuais e reprodutivos até aqui conquistados. Nacionalmente, observou-se durante o último governo federal a catástrofe bolsonarista que invadiu a democracia brasileira, numa clara tentativa de ataque às mulheres e às minorias sociais de modo geral, trabalho este que foi, e continua sendo, muito bem executado pelas igrejas neopentecostais instaladas em cada comunidade, cidade, região do país; pela esfera executiva e legislativa dos municípios que escolheram representantes da direita e extrema direita; e pela própria rede de proteção, à medida que elegem-se conselheiros tutelares que trabalham em função da doutrinação religiosa e não da proteção integral de crianças e adolescentes. O princípio da laicidade é continuamente desafiado. Como destaca Lafaurie (2009, p. 179):

[...] los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se ven permanentemente vulnerados y, persisten barreras ideológicas y culturales que no permiten que los progresos en pos de su ejercicio sean más sostenibles y que se traduzcan a nuevos paradigmas de igualdad y de empoderamiento¹¹.

Para Corrêa e Petchesky (1996, p. 149), os direitos sexuais e reprodutivos constituem uma dualidade *poder-recursos*: “[...] poder de tomar decisões com base em informações seguras sobre a própria fecundidade, gravidez, educação dos filhos,

¹¹ Tradução: [...] os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres são permanentemente violados, persistem barreiras ideológicas e culturais que impedem que os avanços em prol de seu exercício sejam mais sustentáveis e se traduzam em novos paradigmas de igualdade e empoderamento.

saúde ginecológica e atividade sexual; e recursos para levar a cabo tais decisões de forma segura”. Nesse sentido, seu pleno exercício implica superar tanto as relações de poder no âmbito privado quanto no público, sendo responsabilidade do Estado intervir, no sentido de fortalecê-los e ampliá-los.

Em termos conceituais, Ventura (2009) destaca que, apesar dos ataques, o conceito de Direitos Reprodutivos está legitimado. Para ela, estes correspondem ao efetivo exercício da sexualidade e reprodução com o objetivo de romper noções conservadoras e religiosas que destinam o sexo e o corpo feminino unicamente à reprodução da espécie. Nisto, têm-se o entendimento de que se trata, então, do

[...] direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza (Ventura, 2009, p. 19).

Ainda para a autora, a luta por direitos reprodutivos extrapola a simples proteção da perpetuação da espécie humana, abrangendo também o exercício dos direitos individuais e sociais, através de leis e políticas públicas que promovam a equidade nas relações pessoais (Ventura, 2009). Assim, “[...] ao transgredir a ordem estabelecida pela sociedade (casar-se, ter filhos, cuidar do marido, ser professora), as mulheres se insurgem contra o que lhes era atribuído pelo masculino, redefinindo e redimensionando feminino” (Ferreira, 2007, p. 64-5).

Já a compreensão dos Direitos Sexuais não se encontra no patamar ideal. O uso conjugado dos DSR impede a formulação de direitos sexuais para o atendimento integral à saúde da mulher, além de dificultar a prevenção e tratamento da violência sexual. Isso representa um atraso na discussão do tema, bem como na formulação, implementação e execução de políticas públicas que possibilitem o exercício dos direitos sexuais por grupos subalternizados, a exemplo da população LGBTQIA+. Isto

[...] reflete as dificuldades da sociedade em compartilhar moralidades diferentes na vivência da sexualidade, e que ao longo da história se expressa nas leis e políticas, e no dia a dia das pessoas que sofrem preconceitos e discriminações relacionadas às suas práticas, condições [orientações] e identidades sexuais (Ventura, 2009, p. 21).

Corroborando com a discussão, Ávila (2003, p. 466) destaca a importância de se considerar o uso separado dos termos, para “[...] assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, o que permite relacioná-las entre si e com várias outras dimensões da vida social”, além de favorecer avanços no sentido contestar o sistema

binário sexo-gênero responsável por invisibilizar e destruir as expressões de sexualidade divergentes do modelo heterossexual e patriarcal. Nesse sentido,

A gradativa legitimação dos direitos reprodutivos e sexuais se deu em paralelo ao amadurecimento das noções de saúde reprodutiva e sexual, as quais não foram originalmente formuladas pelos movimentos sociais, mas resultam de esforços desenvolvidos no campo propriamente institucional (Corrêa; Ávila, 2003, p. 22).

Ademais, Corrêa e Ávila (2003, p. 19) discorrem que os primeiros movimentos feministas organizados que reivindicavam explicitamente os direitos da mulher, compreendidos aí enquanto direitos sexuais e reprodutivos, são bastante recentes. Isto porque, apesar de haver indícios dos primeiros esforços femininos voltados ao campo da reprodução e sexualidade a partir do século XVII no Ocidente, o entendimento de saúde integral da mulher até a década de 1980 era utilizado para “[...] articular a ‘questão da mulher’, aspectos relacionados à reprodução biológica e social às premissas de direitos de cidadania”. O termo *saúde da mulher* surgiu, então, com a finalidade de capilarizar social e politicamente o lema feminista da década de 1970 “*Nosso corpo nos pertence*”.

Este lema surge como expressão da luta feminista pela retomada do controle dos seus corpos e sexualidades, compreendendo o corpo como ponto crucial das relações de poder baseadas no gênero. Tal discurso projetou no debate político as desigualdades sustentadas pela diferenciação dos corpos, reivindicando seus direitos, lutando por liberdade e se insurgindo incansavelmente contra o controle social ao qual era submetido. Essa máxima,

[...] além de um grito coletivo de liberdade e tática de resistência – tratava de dar um novo significado ao corpo, ao questionar os corpos disciplinados e controlados; as sexualidades normalizadas, com base na experiência cotidiana da vida privada, que encontrava seu lócus na família conjugal heterossexual (Scavone, 2010, p. 49).

As líderes desses movimentos em países da África, Europa, Ásia e América Latina “[...] foram mais reticentes quanto a sexualidade das mulheres, enfatizando um direito negativo: o de recusarem o sexo e a gravidez indesejados” (Corrêa; Petchesky, 1996, p. 152). Após longa trajetória de luta, na década de 1960 as discussões acerca dos Direitos Sexuais e Reprodutivos ganharam lugar na agenda internacional, paralelamente à discussão sobre políticas de planejamento familiar, período marcado por intensa reivindicação feminina pelo controle do próprio corpo (Villela; Arilha, 2003).

Acerca disso, Corrêa e Ávila (2003, p. 19) destacam que essa foi uma das estratégias fincadas pelo movimento para difundir a temática às grandes massas:

No Brasil, assim como no resto do mundo, até meados da década de 1980, a noção de saúde integral da mulher era o conceito utilizado para articular a “questão da mulher”, aspectos relacionados à reprodução biológica e social às premissas de direitos de cidadania. “Saúde da mulher” surgiu como uma estratégia semântica para traduzir, em termos de debate público e propostas de políticas, o lema feminista da década de 1970: “Nosso corpo nos pertence”.

Ávila e Corrêa (1999) discorrem que essa reapropriação do próprio corpo percebida no lema *“nosso corpo nos pertence”* baseia-se no entendimento de que o primeiro lugar de reconhecimento enquanto espécie humana, tanto material quanto simbolicamente, é através do corpo, situando historicamente as experiências individuais no cotidiano:

Desfazer o lugar do corpo (da anatomia) como destino, desconstruir a heteronomia em que estiveram (e continuam) mergulhados os corpos femininos são os fundamentos de uma concepção renovada de cidadania a qual incorpora as vivências da sexualidade e da reprodução e por este caminho abre campo para que seja superado o “desposseimento de si” experimentado pelas mulheres nestas duas esferas (Ávila; Corrêa, 1999, online).

O contexto político brasileiro da década de 1970 deu margem ao fortalecimento de um movimento feminista que, apesar de ser considerado radical por alguns, uniu diversos movimentos de mulheres em discussões que tinham como pano de fundo a ação política, a sexualização e exclusão das mulheres nos espaços públicos, bem como questões do cotidiano feminino que até então eram vividas silenciosamente e reservadas ao âmbito privado das relações. Temas como o direito ao aborto, o direito de decidir sobre a maternidade, violência doméstica, sexualidade e prazer entraram na agenda de luta feminista, permitindo que milhares de mulheres questionassem as relações de gênero e suas relações desiguais com maridos, famílias e comunidades (Ferreira, 2007).

Isto resultou em reivindicações que passavam pelo âmbito político, fundamentalmente direcionadas ao Estado, e ainda pelo campo jurídico, como é o caso da legalização do aborto e da contracepção – esta última ainda era ilegal em boa parte dos países europeus da década de 1970. Outras objetivavam aprimorar os sistemas de saúde e “[...] questões decorrentes da chamada ordem médica, como as reivindicações por pré-natal e parto com qualidade, mudança na qualidade da relação

médico-paciente e acesso à informação sobre anatomia e procedimentos médicos” (Corrêa; Ávila, 2003, p. 19). Assim,

A liberdade de decisão nos assuntos da reprodução e da sexualidade foi um ponto de partida de onde se desdobrariam proposições as mais diversas: novos marcos legais, nova produção de saber sobre o corpo feminino, instalação de novos serviços de assistência à saúde a partir de parâmetros criados pelas próprias mulheres. No Brasil, e no mundo, a emergência política e legitimação das questões relativas à saúde feminina é um componente crucial de uma agenda que combina a valorização das experiências corporais das mulheres com estratégias que visam transformar discursos e práticas sociais que fazem destas experiências corporais um lócus de subordinação. Assim nos esforços teóricos e na ação desenvolvida pelas feministas ganha posição de destaque a demanda pelo livre exercício da sexualidade, que tem na demanda por aborto legal e o acesso contracepção não coercitiva seus fios condutores (Ávila; Corrêa, 1999, online).

No Brasil, o redimensionamento da discussão se deu por volta de 1984, após um grupo de feministas brasileiras participar do I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, que aconteceu em Amsterdã, organizado pela Campanha Internacional de Contracepção, Aborto e Esterilização da Europa (*International Contraception, Abortion and Sterilisation Campaign – ICASC*) e pelo Comitê pelo Direito ao Aborto e Contra o Abuso de Esterilização dos Estados Unidos da América (EUA) (*Committee for Abortion Rights and Against Sterilization Abuse – CARASA*). Nesse encontro houve o entendimento de que, para contemplar a ampla pauta de autodeterminação reprodutiva feminina, seria necessário um conceito mais adequado que saúde da mulher, introduzindo-se o termo “direitos reprodutivos”, criado por feministas norte-americanas (Villela; Arilha, 2003).

Paralelo a isso, o Maranhão vivenciou um período de intensa mobilização feminista, marcado pela formação de grupos autônomos que desempenharam um papel crucial na luta pelos direitos das mulheres e na construção de políticas públicas voltadas para o combate às desigualdades de gênero. O surgimento e fortalecimento dos movimentos feministas no Maranhão ocorreram em um momento histórico de efervescência política, marcado pela união das esquerdas através do movimento “Oposição pra Valer”, período caracterizado pela eclosão de vários movimentos sociais. Essas iniciativas foram fundamentais para a consolidação de uma agenda feminista no Maranhão, promovendo avanços significativos na luta por igualdade de gênero e na implementação de políticas públicas que atendessem às necessidades das mulheres no estado (Ferreira, 2011).

Como exemplo, destaca-se, aqui, a criação do Grupo Mulheres da Ilha, que surge no início da década de 1980 protagonizando ações que tinham como pano de fundo a ampliação dos direitos das mulheres, especialmente aqueles circunscritos no escopo da autodeterminação enquanto sujeitos capazes de controlar as próprias vidas, protestando contra as relações desiguais encabeçadas pelo patriarcado, pelo capitalismo e pelo racismo (Ferreira, 2007). O grupo reuniu, principalmente, professoras e estudantes universitárias envolvidas em movimentos sociais e políticos. A partir dessa iniciativa, outros grupos emergiram na década de 1980, como o Grupo de Mulheres 8 de Março, Grupo de Mulheres Mãe Andressa, União de Mulheres, Espaço Mulher, Grupo Viva Maria e Mulheres do PDT. Esses coletivos atuaram de forma autônoma, articulando ações políticas que lhes conferiam independência na transgressão de valores e na manifestação de ideias, diferenciando-os e, ao mesmo tempo, estigmatizando-os em certos contextos sociais (Ferreira, 2011).

Entre as conquistas significativas desse período, destaca-se a mobilização para a implantação da primeira Delegacia Especializada da Mulher (DEAM) no Maranhão, inaugurada em São Luís, em 1986. Além disso, os grupos feministas participaram ativamente de campanhas nacionais, como pela descriminalização do aborto, e influenciaram debates sobre políticas públicas voltadas para as mulheres. A atuação desses grupos contribuiu para ampliar o debate e somar esforços em torno de questões comuns, sendo articulados posteriormente no Fórum Maranhense de Mulheres, que aglutinou os grupos em atividades no estado (Ferreira, 2011).

A nível global, têm-se dois importantes momentos que significaram avanços no campo dos DSR. A *Conferência Internacional de População e Desenvolvimento* (CIPD), realizada em 1994 no Cairo, Egito foi o maior evento internacional de temática populacional já promovido. Para Patriota (2006, p. 34), a CIPD foi “[...] decisiva e marco na evolução de direitos das mulheres, especialmente no que tange à capacidade de tomar decisões sobre sua própria vida”, possibilitando também uma mudança de paradigmas em relação aos objetivos das políticas e programas populacionais, preocupadas não mais com o controle do crescimento populacional, mas no reconhecimento do pleno exercício dos direitos humanos e na ampliação dos meios de ação da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida dos indivíduos, entendendo a saúde reprodutiva como um direito humano e parte fundamental da igualdade de gênero. Nela, a saúde reprodutiva foi definida como

[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (Brasil, 2006a, p. 62).

Outro marco de destaque foi a *4ª Conferência Mundial sobre a Mulher*, que aconteceu em 1995 na cidade de Pequim, que reconheceu o direito da mulher de decidir sobre sua fertilidade e sexualidade, sem coerção, violência ou discriminação. Esta foi, sem dúvidas, a maior e mais importante das conferências sobre a condição da mulher na sociedade pois afirmou os direitos das mulheres como direitos humanos e os estados signatários comprometeram-se com ações específicas para garantir o respeito a esses direitos. Além disso, ela agregou uma grande quantidade de participantes e apresentou avanços significativos no âmbito conceitual e de organização e mostra-se relevante até os dias atuais (Viotti, 2006).

Tendo como tema “Ação para a igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”, esta Conferência propôs a avaliação dos avanços conquistados até então e a análise dos obstáculos à plena efetivação dos direitos das mulheres enquanto cidadãs, instaurando a compreensão do aborto clandestino enquanto grave problema de saúde pública e estimulando que os países descriminalizassem e legalizassem sua prática. Para tanto, foram estabelecidas doze áreas de preocupação prioritária:

[...] a crescente proporção de mulheres em situação de pobreza (fenômeno que passou a ser conhecido como a feminização da pobreza); a desigualdade no acesso à educação e à capacitação; a desigualdade no acesso aos serviços de saúde; a violência contra a mulher; os efeitos dos conflitos armados sobre a mulher; a desigualdade quanto à participação nas estruturas econômicas, nas atividades produtivas e no acesso a recursos; a desigualdade em relação à participação no poder político e nas instâncias decisórias; a insuficiência de mecanismos institucionais para a promoção do avanço da mulher; as deficiências na promoção e proteção dos direitos da mulher; o tratamento estereotipado dos temas relativos à mulher nos meios de comunicação e a desigualdade de acesso a esses meios; a desigualdade de participação nas decisões sobre o manejo dos recursos naturais e a proteção do meio ambiente; e a necessidade de proteção e promoção voltadas especificamente para os direitos da menina (Viotti, 2006, p. 148-149).

A Conferência impôs o reconhecimento da necessidade de mudar o foco da mulher para o conceito de gênero, reconhecendo que toda a estrutura da sociedade, e todas as relações entre homens e mulheres dentro dela, tiveram que ser reavaliados. Só por essa fundamental reestruturação da sociedade e de suas instituições poderiam as mulheres ter plenos poderes para tomar o seu lugar de direito como parceiras iguais

restritivas. No que diz respeito à regressão deste direito, os dados destacam ainda que:

Only four countries have rolled back the legality of abortion (USA, Nicaragua, El Salvador, Poland). The devastating regression on abortion rights in the United States makes the country a stark outlier to the global trend toward liberalization (Center for Reproductive Rights, 2023, online)¹².

Não obstante as tentativas cotidianas atuais de retorno ao cenário de perseguição das mulheres, semelhante ao vivenciado no contexto da Revolução Russa, os avanços continuam a acontecer. Infelizmente, não na mesma proporção e velocidade das tentativas de destruição, mas ainda assim acontecem. A Onda Verde é um exemplo disto:

From Ireland to Nepal, abortion rights are becoming recognized as fundamental human rights for millions of people worldwide. And in Latin America, the Green Wave is ushering in a new era of liberalization in Colombia, Mexico, Argentina, and elsewhere in the region (Center for Reproductive Rights, 2023, online)¹³.

Hoje, sabe-se que o o aborto é uma das maiores causas de óbito de mulheres em idade reprodutiva, sobretudo nos países onde sua prática ocorre majoritariamente na clandestinidade. Estudos já revelam a “[...] relação entre o óbito por aborto, a legislação restritiva e a fragilidade dos sistemas e serviços de saúde do país. Em países que legalizaram o aborto, os óbitos por esta causa tiveram redução imediata” (Villela; Barbosa, 2011, p. 41). Isto reforça a ideia de que possibilitar a interrupção voluntária da gravidez de maneira segura e amparada pelo Estado não instiga que as pessoas que gestam banalizem a questão. Ao contrário, trata-se de fortalecer os direitos sexuais e reprodutivos, fortalecer os princípios que sustentam os sistemas públicos de saúde, além de reduzir custos com internações decorrentes de complicações provocadas por abortos inseguros. Logo,

A relação entre a criminalização do aborto e óbito materno comprova que aqueles que defendem a criminalização do aborto tomando como argumento a defesa da vida estão equivocados. A criminalização do aborto não protege

¹² Tradução: Apenas quatro países retrocederam na legalidade do aborto (EUA, Nicarágua, El Salvador, Polônia). O devastador retrocesso nos direitos ao aborto nos Estados Unidos torna o país uma exceção gritante à tendência global de liberalização (Center for Reproductive Rights, 2023, online).

¹³ Tradução: Da Irlanda ao Nepal, os direitos ao aborto estão sendo reconhecidos como direitos humanos fundamentais para milhões de pessoas em todo o mundo. E, na América Latina, a Onda Verde está inaugurando uma nova era de liberalização na Colômbia, no México, na Argentina e em outras partes da região (Center for Reproductive Rights, 2023, online).

a vida, e sim provoca a morte, pois não inibe a prática e tira a vida de muitas mulheres (Villela; Barbosa, 2011, p. 58).

Destarte, Corrêa e Ávila (2003, p. 22-23) apontam alguns desafios para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos para além do âmbito legislativo, destacando os entraves existentes no campo jurídico. Para as autoras, embora as decisões provenientes das duas conferências representem um compromisso e um dever moral dos estados signatários com a população, diferentemente das convenções e tratados, não resultam necessariamente em legislações nacionais: “Uma limitação importante é que os documentos em que elas estão gravadas não são vinculantes como tratados ou convenções que, uma vez ratificados, obrigam os estados membros a incorporar os princípios internacionais à sua legislação”.

Isto posto, percebe-se que a discussão política sobre direitos e reivindicações dentro do movimento feminista brasileiro estava bem avançada, visto que, ainda na década de 1980 – uma década antes da realização da CIPD –, já era reivindicado pelo movimento um programa de saúde que contemplassem suas necessidades de forma integral, e não apenas no âmbito da concepção e contracepção. Com isso, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) surgiu com o propósito de assegurar a integralidade do cuidado às mulheres ao longo de toda a vida, especialmente no tocante à saúde sexual e reprodutiva.

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (Brasil, 2004, p. 17).

Antes do PAISM, a saúde da mulher limitava-se às demandas relativas ao período gestacional, aspecto que carregava consigo “[...] uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares” (Brasil, 2004, p. 15).

O PAISM, lançado no Brasil em 1983, representou uma ruptura com o modelo biomédico e reducionista até então dominante na atenção à saúde feminina. Em vez de focar exclusivamente na função reprodutiva da mulher, o PAISM propôs uma abordagem integral, reconhecendo os direitos sexuais e reprodutivos como parte da cidadania das mulheres. Segundo Corrêa e Petchesky (1996), o programa foi pioneiro

ao incluir temas como planejamento familiar, prevenção de ISTs, atenção ao aborto legal e combate à violência sexual e doméstica. Com isso, contribuiu para politizar o corpo feminino e reconhecer a autonomia das mulheres sobre suas decisões reprodutivas, mesmo enfrentando resistências conservadoras no contexto político e social brasileiro da época. O quadro abaixo apresenta as principais diferenças entre a assistência ofertada às mulheres antes e após o PAISM:

Quadro 1 – Comparativo do atendimento à saúde da mulher antes e depois do PAISM

Aspecto	Modelo Tradicional (pré-PAISM)	PAISM
Foco principal	Gestação, parto e puerpério	Saúde integral da mulher em todas as fases da vida
Visão da mulher	Reduzida à função materna	Sujeito integral, com direitos sexuais e reprodutivos
Tipo de atenção	Biologicista, curativa e assistencial	Integral, preventiva, educativa, baseada nos direitos humanos
Profissionais envolvidos	Médicos, principalmente ginecologistas	Equipe multiprofissional (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais etc.)
Participação da mulher	Passiva, como paciente ou beneficiária	Ativa, como sujeito de direitos e decisões
Educação sexual e reprodutiva	Ausente ou limitada	Essencial, voltada à autonomia, conhecimento do corpo e prevenção
Planejamento Familiar (PF)	Impositivo, voltado ao controle populacional	Direito garantido, com acesso a métodos seguros e escolha livre e informada
Temas abordados	Fertilidade, doenças ginecológicas	DSTs, aborto, câncer, contracepção, violência de gênero, sexualidade, direitos humanos
Participação masculina	Inexistente	Estimulada e compartilhada, com foco na corresponsabilidade
Articulação com políticas públicas	Fragmentada ou inexistente	Integrada ao SUS, à Constituição de 1988 e aos direitos humanos

Fonte: Elaboração do autor (2025).

Apesar de sua importância histórica, a implementação do PAISM foi marcada por desigualdades regionais e institucionais, além da descontinuidade nas políticas públicas, o que dificultou sua plena efetivação. Como destaca Diniz (2003), os direitos sexuais e reprodutivos continuam sendo negociados em meio a disputas morais, religiosas e jurídicas, o que mostra a fragilidade estrutural das políticas de gênero no país. Ainda assim, o Programa lançou as bases para uma concepção mais ampla de

saúde da mulher, posteriormente incorporada pelo SUS e por políticas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004). Dessa forma, o programa deve ser compreendido como um marco na luta feminista por direitos e um exemplo da importância das políticas públicas orientadas por princípios de equidade, autonomia e justiça social.

Novamente o movimento feminista brasileiro se apresentava enquanto grande contestador da ordem estabelecida, denunciando o reducionismo com o qual a mulher era tratada, visto que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal e ficava sem assistência específica na maior parte de sua vida. Desse modo, elas reivindicaram sua posição como sujeitos de direito, demarcando a existência de necessidades de saúde que vão além do período de gravidez e parto e exigiram medidas que melhorassem suas condições de saúde em todas as fases da vida. Tais medidas deveriam considerar as especificidades dos diferentes grupos populacionais e as circunstâncias sociais, econômicas, culturais e emocionais em que se encontravam.

Com a reabertura democrática e o acirramento das lutas sociais reivindicando a ampliação da proteção social, novas conquistas são empreendidas, a exemplo da Constituição “Cidadã”. Para Ferreira (2007, p. 52-53):

Construído nos espaços informais pelas mulheres na década de setenta e oitenta, o discurso feminista permitiu refletir atentamente sobre os problemas sociais que atingiam as mulheres direta e indiretamente, e que foram fundamentais na construção de uma cidadania que submergia da invisibilidade para a ação política, cujo resultado se traduz através dos avanços obtidos na nova Constituição promulgada em 1988.

Desse modo, cabe reconstituir a trajetória das políticas de saúde no Brasil, na tentativa de evidenciar os percalços vivenciados pelas mulheres ao longo dos tempos e os resquícios conservadores que ainda ditam os rumos dos seus corpos e histórias.

3 VIOLÊNCIA SEXUAL, ABORTO LEGAL E SAÚDE PÚBLICA: a via-crúcis das mulheres na luta por saúde integral

*“Quando massacraram o congresso, nós não acordamos.
Quando culpavam os terroristas e anularam a Constituição, nós também não acordamos.
Eles disseram que seria temporário.
Nada muda instantaneamente.
Em uma banheira que vai se aquecendo aos poucos, você morreria fervida antes de se dar conta” (The Handmaid’s Tale).*

A década de 1980 destacou-se na história brasileira, no que tange à conquista de direitos pela grande massa da população, principalmente pelo processo de reabertura democrática que instaurou uma nova Constituição Federal pautada na garantia de direitos sociais *à la Welfare State*. Esse período instituiu “[...] um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que **universaliza os direitos sociais** concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado” (Bravo, 2018, loc. 92, **grifos da autora**). Isto representou “[...] um dos mais importantes avanços na política social brasileira, com possibilidade de estruturação tardia de um sistema amplo de proteção social” (Behring; Boschetti, 2011, p. 156).

Até então, as ações no setor saúde ficavam a cargo da assistência médica previdenciária, destinadas apenas a uma parcela dos/as trabalhadores/as formais. Assim, as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs foram instituídas em 1923, através da Lei Eloy Chaves, e contemplou apenas os profissionais do setor ferroviário¹⁴. Estas possuíam financiamento bipartite, e só as grandes empresas detinham condições de mantê-las, devido aos altos custos, o que deixou à margem um contingente expressivo de trabalhadores. Alguns benefícios previstos foram auxílio funeral, pensão para dependentes, aposentadoria por tempo de serviço, assistência médico-curativa etc. (Mosegui; Sousa, 2020).

A partir de 1933, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs, estendendo a cobertura de atendimento à outras categorias profissionais que exerciam atividade remunerada no espaço urbano. Contudo, tal medida não se deu em face de reconhecer a importância de ampliar o direito à saúde

¹⁴ Os profissionais do setor de estivação e marítimo só foram incluídos nas CAPs no ano de 1926, e os demais, após 1930 (Mosegui; Sousa, 2020).

a uma maior parcela da população e sim como estratégia de prevenção de revoluções que ocasionassem maior concessão por parte do capital. Percebe-se que em nenhum momento a questão saúde foi vista como um direito vinculado à cidadania. Ao contrário, tratava-se de benefício intrínseco ao trabalho, dependente de contrapartida e que visava o lucro. Como ressalta Bravo (2018, loc. 96):

[...] o modelo de previdência que norteou os anos 30 a 45 no Brasil foi de **orientação contencionista**, ao contrário do modelo abrangente que dominou o período anterior (1923-1930). [...] um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi, sem dúvida, o efeito produzido pelo rápido crescimento da massa de trabalhadores inseridos. A previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. A legislação do período, que se inicia em 30, procurou demarcar a diferença entre “previdência” e “assistência social”, que antes não havia. Foram definidos limites orçamentários máximos para as despesas com “assistência médico-hospitalar e farmacêutica” (**grifos da autora**).

Vigorando até meados da década de 1960, os IAPs foram unificados, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em 1966. Tal movimentação significou a retirada total e sutil dos trabalhadores da gestão da previdência. Importante salientar que isto se deu em um momento de profunda retração dos direitos civis e políticos ocasionado pelo golpe de Estado em 1964. Essa junção foi possível em face de dois contextos: “[...] o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores” (Bravo, 2018, loc. 97)

O modelo de saúde característico do período ditatorial privilegiou o setor privado, travestido de desenvolvimento social, econômico e político. Entretanto, na prática não foi isso que ocorreu. Na contramão do esperado, “[...] os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática” (Bravo, 2018, loc. 97). Apesar da “ampliação/fortalecimento” dos direitos sociais, verificam-se políticas sociais marcadamente conservadoras, repressivas, punitivas e focalizadas que respondiam à necessidade estatal de mascarar as expressões da questão social atravessavam a realidade, além de ocultar as contradições e interesses das classes dominantes. Como assevera Behring e Boschetti (2011, p. 136):

[...] a Ditadura militar reeditou a modernização conservadora como via de aprofundamento das relações sociais capitalistas no Brasil, agora de natureza claramente monopolista (Paulo Netto, 1991), reconfigurando nesse processo

a questão social, que passa a ser enfrentada num mix de repressão e assistência, tendo em vista manter sob controle as forças do trabalho que despontavam. Nesse quadro, houve um forte incremento da política social brasileira.

Como resultado desse acirramento da questão social, gesta-se em meados da década de 1970 um movimento denominado Reforma Sanitária¹⁵, que surge com o intuito de denunciar o modelo de saúde excludente e irracional que vigorava à época, propondo a construção de um sistema capaz de atender às necessidades de toda a população de maneira integral, igualitária e gratuita. Igualmente, em 1976 institui-se o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES, um espaço indispensável à luta por um novo modelo de saúde. Apesar das amarras ditatoriais, o movimento fortalece-se, sobretudo no final dos anos 1970, quando o regime militar começou a dar indícios de seu esgotamento (Matos, 2009).

A Reforma Sanitária tem seu apogeu na VIII Conferência Nacional de Saúde, acontecida em 1986, reestruturando o setor saúde. Na ocasião, firmou-se a necessidade de criação de um sistema que atendesse de maneira integral as necessidades de saúde da população e propôs-se a criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde – SUDS, concretizado em 1987. Junto com a nova constituição, é criado, em 1988, o SUS, através da Assembleia Nacional Constituinte (Nascimento *et al*, 2022).

O novo texto constitucional criou a Seguridade Social, composta pela articulação das políticas de saúde, previdência e assistência social¹⁶ e organizada pelo poder público. No que diz respeito à saúde, a carta magna assevera que

[...] é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, art. 196).

O novo sistema pautou-se a partir das diretrizes: *descentralização político-administrativa* com direção única em cada esfera de governo, significando que união, estados, municípios e o Distrito Federal teriam atribuições e competências comuns e específicas na execução da política; *atendimento integral das necessidades*,

¹⁵ Também se encontram na literatura as nomenclaturas: Movimento Sanitário, Movimento Sanitarista e Reforma Sanitária Brasileira.

¹⁶ A novidade recai sobre o reconhecimento da assistência social como política pública de responsabilidade estatal, destinada a quem dela necessitar. Em períodos anteriores, a assistência era desenvolvida por instituições religiosas e organizações beneficentes geridas pela sociedade, atuando de maneira a reproduzir o caráter filantrópico, focalizado e moralizador das ações.

privilegiando as ações preventivas, o que estruturou os serviços de forma hierarquizada e regionalizada em níveis de atenção (primária, secundária, terciária, quaternária), levando-se em consideração as necessidades de saúde e a densidade tecnológica requerida nos atendimentos; e *participação da comunidade* nos processos decisórios e na gestão da política através dos Conselhos, Conferências e Fóruns de saúde (Brasil, 1988).

Durante todo esse movimento de luta, as mulheres – e o movimento feminista de modo geral – foram sujeitos decisivos no cenário da constituinte (Carloto; Damião, 2018). Elas se fizeram presentes na linha de frente, reivindicando a inclusão dos direitos sexuais e reprodutivos no texto constitucional, inclusive o direito ao aborto voluntário. Não sem resistências, uma vez que os setores conservadores dominantes também disputavam o reconhecimento do direito à vida desde a concepção:

As feministas lutavam para que a Constituição Federal defendesse o direito à vida “desde o nascimento”, a fim de buscar avanços na legislação sobre aborto. Porém, o forte *lobby* da Igreja Católica e a massiva presença de deputados evangélicos tentavam impor a defesa da vida “desde a concepção” — o que impossibilitaria inclusive os permissivos de aborto nos casos citados pelo Código Penal de 1940. A recusa do termo “desde a concepção” para se referir à vida foi uma conquista do movimento de mulheres feministas. Como resultado desse embate, a Constituição brasileira afirma o direito à vida, sem determinar quando esta começa — dando brecha para os dois lados (Carloto; Damião, 2018, p. 313).

Vê-se, então, que o movimento feminista brasileiro historicamente organizado vem demarcando seu espaço de reivindicação por direitos sexuais e reprodutivos, exigindo a reforma do Código Penal, no que tange à criminalização do aborto (Pimentel; Villela, 2012), e reivindicando um sistema de saúde que efetivamente enxergue as mulheres de maneira integral, de forma emancipadora, como cidadãs, diversas e plenas de direito, entendendo que suas vidas vão além do período reprodutivo. Como ressaltam Souto e Moreira (2021, p. 833):

Os primeiros passos institucionais dessa trajetória de quatro décadas começaram, simbolicamente, em 1983, com a normatização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que rompe com o termo ‘materno-infantil’ - até então orientador das ações de saúde da mulher - e passa a usar o termo ‘integralidade’. Institucionalmente, modificou-se também a estrutura do Ministério da Saúde, em que a ‘área técnica materno-infantil’ tornou-se ‘área técnica de saúde da mulher’. O PAISM significou também um rompimento com uma abordagem controlista, que culpabilizava os corpos grávidos das mulheres pobres. Em resposta, o programa passou a trabalhar os direitos reprodutivos, o direito à concepção e à contracepção com assistência, segurança e autonomia, como decisão da mulher sobre quando, como e quantos filhos deseja ou não ter.

Cabe aqui salientar que o último Código Penal brasileiro data de 1940 e não sofreu alterações substanciais desde então. O aborto é tipificado no Título I “*Crimes contra a pessoa*”, Capítulo I “*Dos crimes contra a vida*”, nos artigos 124, 125 e 126, reforçando que o viés de interpretação adotado pelo Estado prioriza a existência do feto em detrimento da vida de milhares de mulheres violentadas de todas as formas diariamente, inclusive por suas próprias estruturas:

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: Pena - detenção, de um a três anos.

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de um a quatro anos (Brasil, 1940).

Já no artigo 128, incisos I e II respectivamente, o aborto é permitido “[...] se não há outro meio de salvar a vida da gestante”, ou quando “[...] a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”. Em 2012, por decisão do STF através da *Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental* nº 54 (ADPF), houve o acréscimo de um terceiro permissivo, quando tratar-se de feto anencéfalo.

Apesar dos esforços empreendidos e das conquistas, somente em 1989 (quase 50 anos após ser despenalizado pelo Código Penal) foi instaurado o primeiro serviço de aborto legal no Brasil, e apenas 10 anos depois, mediante pressão de diversas organizações feministas, o Ministério da Saúde normatizou o atendimento a este público, através da Norma Técnica (NT) sobre “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, evidenciando a morosidade do Estado no que diz respeito à temática. Como observa Scavone (2008, p. 678):

Outra tática do movimento feminista foi demandar garantia do direito aos casos previstos por lei (risco de vida da mulher e gravidez decorrente de estupro), que permitia, sobretudo, realizar o que já estava legislado. Interessante verificar que a Carta de 1989 citada mencionava esse direito das mulheres e, sobretudo, o dever do Estado de garanti-lo. Se de um lado a realização desse tipo de aborto nos serviços públicos de saúde tem se ampliado, ela só foi instituída efetivamente em um hospital público a partir de 1989, pela Prefeita de São Paulo (Luiza Erundina), 49 anos depois de ser reconhecida no Código Penal.

Em 2003 o Ministério da Saúde amplia o rol de regulamentações e institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), como uma forma de ampliar a cobertura do SUS e dar conta das novas necessidades identificadas,

passando a contemplar “[...] a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher” (Brasil, 2004, p. 18). O PNAISM representou um avanço significativo para a saúde da mulher, visto que alertou para outras necessidades que extrapolam o período gestacional/puerperal. Existem meninas, mulheres adultas e idosas que necessitam de atenção à saúde em vários âmbitos da vida.

Em 2005, novamente em decorrência da pressão social do movimento feminista, o governo Lula edita uma nova versão da NT produzida no fim da década de 1990, que prevê no atendimento às vítimas de violência sexual cuidado integral mediante acompanhamento psicossocial, atendimento nos casos de gravidez decorrente de estupro, profilaxia e contracepção de emergência etc., bem como apresenta toda a estruturação física, de equipamentos e de recursos humanos dos serviços de atendimento (Carloto; Damião, 2018).

No mesmo ano foi lançada também a inédita “Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento”, ganhando uma nova versão em 2008. Ela trouxe recomendações a serem seguidas pelas unidades de saúde no que diz respeito ao acolhimento e atendimento das mulheres em situação de abortamento. O documento aponta a responsabilidade de todos os profissionais da saúde em atender de maneira humanizada, respeitosa e com vistas ao cuidado integral as mulheres que estiverem em situação de abortamento espontâneo ou provocado. Trata também da necessidade de se garantir o sigilo tanto ao profissional quanto à usuária dos serviços, independente dos motivos pelos quais o aborto ocorreu.

As normas apontam que é dever do Estado garantir a presença nos serviços de atendimento de médicos e outros profissionais que não tenham objeção de consciência para realização do procedimento. Da mesma forma, afirma que “caso a mulher venha sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica, em decorrência da omissão, poderá recorrer à responsabilização pessoal e/ou institucional” (Brasil, 2005, p. 44 *apud* Carloto; Damião, 2018, p. 315).

Outro ponto importante a ser destacado a respeito destas normativas é o reiterado lembrete de que as unidades de saúde não devem exigir a apresentação de um Boletim de Ocorrência (BO) para a oferta do atendimento, sem prejuízo das orientações sobre sua importância para o cumprimento da justiça. Os únicos requisitos constantes no Código Penal para realização do aborto legal são o relato da mulher acerca da violência sexual sofrida e sua autorização (ou de responsável legal) por escrito.

Entretanto, o que se vê na prática é, de um lado muitas mulheres que não têm conhecimento acerca deste direito, e de outro, profissionais obstruindo sua efetivação, exigindo boletins de ocorrência sem necessidade, alegando objeção de consciência¹⁷ indiscriminadamente e submetendo mulheres à novas violações de direitos.

A onda neoconservadora que assola a sociedade, aliada ao avanço do Estado neoliberal, vem prejudicando a expansão e a manutenção dos direitos sociais conquistados. A própria Constituição de 1988 vem sendo paulatinamente descaracterizada desde a sua promulgação, num movimento de “[...] tensão entre as conquistas constitucionais asseguradas pelo forte movimento social da redemocratização e a contrarreforma neoliberal” (Behring; Boschetti, 2011, p. 142).

O sentimento de esperança trazido pela nova república que se constituía com a CF88 foi rapidamente se esvaindo com a reestruturação do Estado brasileiro, principalmente a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a fim de adequar-se à lógica capitalista internacional. Esse movimento tornou-se possível, de acordo com Behring e Boschetti (2011, p. 152), mediante algumas condições gerais anteriores aos anos 1990: “[...] a crise econômica dos anos 1980 e as marchas e contramarchas do processo de democratização do país” que foram insistentemente desenhadas como necessárias para o desenvolvimento nacional.

Contudo, Behring e Boschetti (2011) apontam que o verdadeiro foco da chamada “reforma” foi, de fato, o ajuste fiscal. O discurso reformista neoliberal revela-se contraditório, pois, enquanto se afirmava a necessidade de reestruturar o Estado para torná-lo mais eficiente e menos oneroso, a política econômica adotada simultaneamente minava suas fontes de financiamento. Esse paradoxo gerou uma situação em que o Estado era responsabilizado pelos problemas, exigindo reformas sob a justificativa de corrigir distorções e conter gastos, ao passo que sua inserção na lógica financeira global aprofundava a vulnerabilidade econômica do país. Como resultado, os esforços para contenção de custos foram neutralizados pelo aumento expressivo das dívidas pública interna e externa.

Não ironicamente, as consequências de tais “reformas” recaíram diretamente na Ordem Social criada pela Carta Magna de 1988, afetando as políticas sociais, como

¹⁷ Alguns códigos de ética profissionais garantem que profissionais contrários à prática do aborto se neguem a realizá-lo, desde que não seja uma urgência e existam outros profissionais capacitados para efetivá-lo. Contudo, deve-se compreender que a prioridade é garantir que as mulheres tenham seus direitos resguardados.

se estas fossem o real motivo das crises econômicas próprias do capitalismo, e não a entrega do patrimônio público ao capitalismo estrangeiro. Gohn (2000) ratifica que tais conquistas não conseguiram ser implementadas em sua completude em decorrência da chegada do neoliberalismo no Brasil em 1990.

Ocasionalmente uma série de prejuízos ao sistema de proteção social recém-estabelecido, o neoliberalismo foi responsável por redirecionar as ações dos movimentos sociais: ao invés de continuarem lutando por melhorias, os trabalhadores se viram obrigados a lutar pela manutenção dos empregos e dos direitos tidos até então. Nesse processo de desresponsabilização estatal, “novos atores entraram em cena; [...] não para a luta contra a exclusão clamando por cidadania e direitos sociais, mas lutando pela inclusão, pela integração dos excluídos que o sistema gera” (Gohn, 2000, p. 20). É, então, que surge o “[...] contraditório terceiro setor [...]” (Gohn, 2000, p. 20).

Gohn (2000) compreende o terceiro setor enquanto um fenômeno complexo, diferenciado e contraditório. “[...] Sua natureza foi construída nos últimos anos a partir das transformações no mundo das ONGs, dos movimentos sociais e das associações filantrópicas e comunitárias” (p. 21). Deste modo, a autora deixa clara a sua compreensão sobre a composição e papel do terceiro setor:

[...] uma virtual revolução associativa está em curso no mundo, a qual faz emergir um expressivo 'terceiro setor' global, que é composto de organizações estruturadas, localizadas fora do aparato formal do Estado, que não são destinadas a distribuir lucros auferidos com suas atividades entre os seus diretores ou entre um conjunto de acionistas; são autogovernadas, envolvendo indivíduos num significativo esforço voluntário (Salamon; Anheier, 1992 *apud* Gohn, 2000, p. 23).

Nesse cenário, a Seguridade Social de modo geral, mais especificamente a saúde como direito, vem sofrendo ataques constantes desde sua regulamentação. A esfera pública progressivamente deu abertura à iniciativa privada e possibilitou o avanço da destruição neoliberal, mediante parcerias público-privado, criação de Organizações Sociais (Oss), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e, mais recentemente, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Isto justifica-se pela falácia de otimizar a gestão no âmbito do SUS, dando a falsa ideia de maior envolvimento da sociedade civil na condução e desenvolvimentos das políticas públicas (Silveira; Rodrigues, 2018).

No contexto do capitalismo contemporâneo, a lógica financeira e a busca por maximização de lucros têm influenciado a alocação de recursos públicos em detrimento das políticas sociais. Essa disputa escancara os interesses conflitantes entre o setor público e o setor privado, além das pressões políticas e econômicas que moldam as decisões orçamentárias. A disputa pelo fundo público no Brasil tem gerado impactos significativos para a política de saúde, comprometendo a efetividade do SUS e a garantia de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (Mendes, 2014).

Um dos principais prejuízos ocasionados por essa disputa é o problema de financiamento histórico do SUS que inviabiliza sua existência desde seu surgimento. A insuficiência de recursos compromete a capacidade de oferta de serviços de qualidade e resulta em longas filas de espera, falta de medicamentos e insumos, e precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde (Mendes, 2014). Isto recai mais fortemente nas regiões mais pobres do Brasil, que enfrentam maiores dificuldades para obter recursos suficientes, agravando as disparidades no atendimento e na qualidade dos serviços oferecidos (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Ademais, nos últimos anos o incentivo à adesão a planos de saúde privados e a terceirização de serviços aumentou exponencialmente. As políticas de austeridade fiscal adotadas nos últimos anos, com cortes significativos no orçamento da saúde, têm agravado ainda mais a situação. A Emenda Constitucional 95, que estabeleceu um teto de gastos públicos, limitou a capacidade do governo de investir em saúde, resultando em um cenário de desfinanciamento e precarização dos serviços e indo na contramão dos princípios originários do SUS (Lazarini *et al*, 2021).

A EBSEH, uma empresa pública¹⁸ com personalidade jurídica de direito privado criada em 2012 através da Lei Federal nº 12.550, surge com o objetivo de executar a gestão de todos os hospitais universitários nacionais e “resolver” o problema dos vínculos frágeis e terceirizados tidos até então. A realidade é que esta medida mascarou a real intenção: “[...] retirar a gestão dos hospitais universitários das mãos das universidades por meio de um modelo de gestão de direito privado” (Cislaghi, 2011, p. 60).

¹⁸ As empresas públicas pertencem tanto ao domínio público quanto ao privado e são parte da administração indireta do governo. Por esta razão, juridicamente não são consideradas como privatização, visto que não há a venda do bem público e sim o uso da máquina pública em favor dos interesses privados, caracterizando um “[...] Estado na qualidade de empresário” (Meirelles, 2010, p. 405).

Nesse contexto, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde tem se posicionado firmemente contra a implantação da EBSEH nos hospitais universitários e em outros hospitais-escola no Brasil. Isto porque a transferência da administração e gestão dos HUs para a EBSEH, conforme prevê na Lei 12.550/2011, é considerada inconstitucional. Isso porque a EBSEH assumiu atividades-fim do Estado, como a assistência à saúde e o tripé ensino-pesquisa-extensão, que são essenciais para o funcionamento dos hospitais universitários. A Constituição e a legislação permitem que o Poder Público contrate instituições privadas apenas para atividades-meio, como limpeza e vigilância, mas não para a gestão integral dessas instituições (FNCP, 2013).

Além disso, o governo de Bolsonaro e as forças conservadoras instaladas no aparato estatal contribuíram substancialmente para o enfraquecimento do SUS e ameaçou as conquistas sociais e democráticas, pois facilitaram a adoção de medidas que favoreceram os interesses do capital em detrimento da vida da população (CNTS, 2020). A luta contra a privatização dos hospitais universitários é fundamental para preservar o acesso à saúde pública de qualidade e garantir que essas instituições continuem a cumprir seu papel essencial.

Outras medidas, como a criação da Rede Cegonha (Portaria nº 1.459/2011), muito embora não aparentem, não fortaleceram os movimentos em prol da autonomia e liberdade feminina. Isto porque ela desloca o foco da atenção à saúde da mulher para a atenção à saúde materno-infantil. O movimento feminista compreende que esta Rede se concentra excessivamente na concepção materno-infantil, deixando de lado a atenção humanizada ao aborto pois, surpreendentemente, tanto a portaria que a formalizou, quanto a MP 557/11¹⁹, omitem a palavra aborto, bem como o tema abortamento inseguro, mesmos sendo uma das principais causas de mortes de mulheres gestantes no Brasil e no mundo.

Não obstante todas as movimentações contrárias, as conquistas históricas também devem ser discutidas. A *Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, lançada pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1999, por exemplo, é sem dúvidas a mais

¹⁹ Institui o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna, autoriza a União a conceder benefício financeiro, altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.

importante regulamentação do MS no enfrentamento da violência no âmbito do SUS e na garantia do aborto previsto em lei.

A NT referenda o caráter de direito atribuído à interrupção de gestações decorrentes de estupro e à plena garantia da saúde sexual e reprodutiva, fortalecendo a autonomia feminina perante decisões que impactam no seu corpo e na sua vida cotidiana²⁰ (Portella *et al.*, 2005). Contudo, segundo Biroli (2018), essa empreitada enfrentou profundos questionamentos por parte, principalmente, dos setores religiosos, sobretudo por não serem exigidos documentos comprobatórios da violência. A NT passou por revisões em 2005 e 2012, e a partir daí compreendeu-se que a autorização da mulher ou o de seu representante legal passaram a ser quesitos suficientes para a realização do aborto legal.

Todos os hospitais que oferecem serviços de ginecologia e obstetrícia deveriam realizar abortos nos casos previstos em lei. Nessa lógica, atualmente, pelo menos 30 mil instituições deveriam garantir o acesso ao direito ao aborto legal, pois o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) aponta que existem 37.563 serviços especializados na categoria “SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO” (Brasil, 2025). Mas, na prática, a realidade é outra.

Dados do CNES coletados em março de 2025 demonstram que, no Brasil, país continental com mais de 6.000 municípios distribuídos em 26 estados, existem apenas 164 serviços de referência habilitados para ofertar o serviço de aborto legal. Se isso não fosse grave, de acordo com levantamento feito pelo Mapa Aborto Legal em setembro de 2022, somente 73 hospitais de fato garantiam o procedimento à época. Inclusive, o estado do Maranhão, que possui 217 municípios e mais de 1,8 mil serviços especializados em Atenção ao pré-natal, parto e nascimento, dispõe de apenas duas instituições de saúde credenciadas: o Hospital Universitário da UFMA, campo empírico desta pesquisa, localizado em São Luís, e a Maternidade Carmosina Coutinho, na cidade de Caxias, sendo que esta última, conforme informações obtidas por contato telefônico, não realiza o procedimento.

²⁰ Cabe destacar que a norma técnica prevê o direito da mulher a ser orientada sobre as possibilidades diante de gestação em decorrência de estupro: interrupção legal, realização do pré-natal e criação do bebê ou entregar para adoção após o parto.

Já a Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA), popularmente conhecida por Maternidade Marly Sarney, embora não conste na lista de instituições habilitadas pelo Ministério da Saúde, garante a interrupção da gestação nos casos previstos em lei, como apontaram os dados obtidos em pesquisa de campo realizada, e reforçam as figuras 3 e 4:

Figura 3 – Consulta ao CNES: Serviços Especializados em Atenção ao pré-natal, parto e puerpério no Maranhão

Descrição	Total
112 - SERVIÇO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	1828
TOTAL	1828

Fonte: Website do CNESNet, portal DataSUS (2025).

Figura 4 – Lista de Estabelecimentos de Saúde credenciados para atendimento à interrupção da gestação nos casos previstos em lei no estado do Maranhão

CNES	Estabelecimento	CNPJ	CNPJ Mantenedora	Município
2726653	EBSEH HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UFMA	15126437000496		SAO LUIS
2453665	MATERNIDADE CARMOSINA COUTINHO	06082820000237	06082820000156	CAXIAS

Fonte: Website do CNESNet, portal DataSUS (2025).

Todo esse cenário reforça o poder que o sistema patriarcal ainda exerce sobre a vida das mulheres, tomando-as enquanto objeto de dominação e controle. Aliado a

isso, tem-se uma sociedade muitas vezes conivente, ou talvez apática, diante das desigualdades vivenciadas por mulheres no Brasil e no mundo. Reflexo disso é a completa inércia diante da conjuntura política vivenciada desde o golpe de 2016 que resultou num cruel “teto” de gastos que afeta tão e somente só as políticas sociais, aspecto que fortaleceu ainda mais o ideário neoliberal. O direito ao aborto legal ainda não está consolidado e a atenção à saúde da mulher está longe de ser integral, uma vez que muitas Unidades de Saúde se negam a ofertar o serviço ou fazem exigências indevidas, como boletim de ocorrência ou decisão judicial (Medeiros, 2021).

Nisto, o SUS se apresenta como demasiadamente prejudicado, uma vez que sua privatização é o fetiche da grande elite brasileira. Apesar do orçamento dispensado à saúde, e à Seguridade Social como um todo, não se verificam avanços condizentes com os investimentos e com a própria legislação que arregimenta o direito universal à saúde no Brasil. Ao revés, a iniciativa privada entrelaça-o e sufoca-o cada vez mais, a exemplo da EBSERH. No fim das contas, quem perde é a população pobre do país, que fica à margem do direito à cidadania, contrariando todos os pactos internacionais assumidos ao longo da história. A seguir, discutir-se-á sobre o processo histórico empreendido pelos movimentos para inclusão do direito ao aborto nas pautas prioritárias da saúde.

3.1 Notas sobre a luta em prol do reconhecimento do aborto legal enquanto problema de saúde pública de responsabilidade estatal

O debate sobre o aborto, no bojo do movimento feminista, começou a destacar-se sobretudo após a segunda metade do século XX, em um processo que se convencionou chamar de *segunda onda do feminismo*. No fim da década de 70, o país passava pelo processo de redemocratização política, e o movimento feminista representou uma ampla frente de resistência contra o regime autoritário que sucumbia, e a favor da democracia. Nesse período, a luta feminista se fortaleceu e passou a reivindicar novas questões, trazendo para o cerne da sociedade problemas que antes eram de domínio privado, e cobrando efetivas respostas por parte do Estado que se reconstruía (Rocha, 2016).

Com a redemocratização dos anos 1980, o feminismo do Brasil entra em uma fase de grande efervescência na luta pelos direitos das mulheres: há inúmeros grupos e coletivos em todas as regiões tratando de uma gama muito ampla de temas – violência, sexualidade, direito ao trabalho, igualdade no

casamento, direito a terra, direito à saúde materno-infantil, luta contra o racismo, opções [orientações] sexuais. Estes grupos organizam-se, algumas vezes, muito próximos de movimentos populares de mulheres, que estavam nos bairros pobres e favelas, lutando por educação, saneamento, habitação e saúde. O movimento feminista brasileiro, apesar de ter suas origens na classe média intelectualizada, teve uma interface com as classes populares, o que provocou novas percepções, discursos e ações em ambos os lados. (Pinto, 2010, p. 17 *apud* Moreira, 2016, p. 224, acréscimos meus).

Ademais, o processo constituinte brasileiro da década de 1980 traduziu-se na Constituição Federal de 1988²¹, uma vez que contemplou algumas reivindicações dos movimentos sociais da época, influenciando toda a América Latina:

[...] o Brasil se transformou num elo explosivo do capitalismo latino-americano, em função das enormes contradições econômicas, das tutelas financeira e militar, da constituição de sujeitos políticos dispostos a enfrentá-las” (Sader, 1990, p. 88). Dessa forma, todos os movimentos de transição democrática ao longo da década foram tencionados por essa presença incomoda para as classes dominantes brasileiras e forâneas (Behring; Boschetti, 2011, p. 141).

Atualmente, a prática do aborto se constitui como um grave problema de saúde pública em todo o mundo, especialmente pela prática clandestina com que vem sendo realizado, além de violar o direito à vida, à saúde e à liberdade da mulher (Ventura, 2009). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a cada ano cerca de 22 milhões de abortos inseguros são realizados no mundo, a maior parte concentrada nos países em desenvolvimento (Ibarguen, 2017). Enquanto mulheres de maior poder aquisitivo têm acesso à prática em clínicas privadas, oferecendo um nível menor de insegurança e riscos — ainda que de forma clandestina —, as mulheres pobres buscam técnicas rudimentares, sem qualquer apoio ou assistência clínica. Apresentam, portanto, maior risco de infecções e até morte, evidenciando aspectos de raça e classe que atravessam a questão (Ibarguen, 2017; Pilecco; Knauth; Vigo, 2011).

²¹ Acerca disso, Behring e Boschetti (2011) discorrem que foi um movimento demarcatório da luta de classes na conjuntura nacional. “A Constituinte foi um processo duro de mobilizações e contramobilizações de projetos e interesses mais específicos, configurando campos definidos de forças. O texto constitucional refletiu a disputa de hegemonia, contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo dos direitos sociais, com destaque para a seguridade social, os direitos humanos e políticos”, mas mantendo muitos traços conservadores, sendo “[...] *uma Constituição programática e eclética, que em muitas ocasiões foi deixada ao sabor das legislações complementares*” (p. 142). Desse modo, “[...] *a Carta de 1988 ‘não se tornou a Constituição de nenhum grupo nacional’*”, expressando “[...] *‘a tendência societal (e particularmente das elites políticas) de entrar no futuro com os olhos no passado ou, mais ainda, de fazer história de costas para o futuro’*” (Behring; Boschetti, 2011, p. 142, *itálicos meus*).

Em seu viés político-ideológico, o lugar ocupado pelo aborto na contemporaneidade tem se configurado como campo de disputa entre duas teses pré-estabelecidas: o aborto enquanto uma grave infração moral; e como um exercício de autonomia sexual e reprodutiva das mulheres. A primeira tese lança mãos do discurso conservador-religioso-moralista, especialmente proferido pelas religiões judaico-cristãs, que condena sua prática e quem o realiza, equiparando aborto e homicídio, traduzindo-se em “[...] um fanatismo patriarcal, com profundas raízes religiosas coloniais [...]” (Diniz, 2022, *online*). A segunda considera em suas análises os direitos humanos fundamentais, especialmente os sexuais e reprodutivos, defendendo a liberdade individual no que tange ao controle do próprio corpo.

O movimento autodenominado *pró-vida*, que utiliza-se de argumentos religiosos, morais e conservadores para justificar o domínio patriarcal sobre os corpos de pessoas que gestam, tem ganhado expressivo destaque no Brasil, particularmente após a ascensão da ultradireita no governo federal, com a eleição do ex-presidente Jair Bolsonaro, em 2018. Com o lema “*Brasil acima de tudo, Deus acima de todos*” e levantando bandeiras como “*Deus, Pátria, Família*”, a parcela da população que reivindica o direito de ditar o destino de tais corpos encontra terreno fértil para questionar veementemente todo o arcabouço jurídico-social construído a favor da liberdade sexual e reprodutiva. Trata-se de um cenário perceptível em muitos outros países em que a direita ultraconservadora reacionária assumiu o poder. Para Soares e Ricoldi (2022, p. 4):

[...] movimentos pró-família ou ainda pró-vida, tal como se autodenominam, são articulações neoconservadoras instauradas tanto a partir de agentes religiosos como pela via legislativa. Sua narrativa irá se fundamentar em três dimensões: religiosa, que universaliza um entendimento religioso a partir de perspectiva cristã; jurídica, que parte do direito absoluto da vida, em detrimento do direito da mulher, e em razão de sua função dentro do modelo de família tradicional; e científica, que singulariza a vida a partir da descoberta genética do DNA e a vincula com a alma, concebendo assim um indivíduo “corpo e alma”.

Os Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, revogou, em junho de 2022, o direito constitucional ao aborto que vigorava desde 1973. Desde sua aprovação, setores religiosos e conservadores do país lutavam pela anulação do caso “*Roe vs Wade*” – disputa judicial que possibilitou às mulheres norteamericanas o direito constitucional de escolha, baseado no princípio da privacidade. Após quase 50 anos de conflitos, manifestações violentas, assassinato de vários/as ativistas que lutavam pela manutenção dos direitos das mulheres, e muita barganha política, a

Suprema Corte dos EUA, depois de 3 nomeações de juízes conservadores realizadas pelo ex-presidente Donald Trump, anulou tal conquista histórica, deixando a cargo dos estados individualmente decidirem pela liberação ou proibição do aborto (Roe x Wade, 2018). O resultado foi que muitos estados dominados por candidatos republicanos e fundamentalistas começaram a agir imediatamente após a decisão, ordenando o fechamento de clínicas que ofertassem serviços desta natureza.

Seguindo a direção totalmente oposta, a América Latina tem conquistado a ampliação do direito ao aborto, com decisões que descriminalizam e legalizam sua prática, num movimento denominado de *maré verde*. Tal movimento teve início na Argentina, em 2004, inspirado nas ações de mulheres e avós em resistência ao período ditatorial da década de 70. Utilizavam lenços verdes e reivindicavam pela vida dos filhos desaparecidos. “*O lenço foi feito verde, transmutado na esperança de uma geração pelo direito ao aborto como uma dívida democrática de cidadania às mulheres, meninas e pessoas gestantes*” (Diniz, 2022, online).

Na Argentina, o coletivo de mulheres *Ni Una Menos* tem sido o grande responsável por cobrar políticas públicas de proteção à saúde da mulher conseguindo em 2020 descriminalizar o aborto até a 14ª semana de gestação. Os lenços verdes usados pelas mulheres “[...] identificam a maré como um só corpo e são o elo intergeracional que reorganiza as lutas femininas na Argentina ‘onde a mistura de experiências passadas e realidades presentes produzem uma sinergia extremamente produtiva’” (Gutiérrez, 2019, p. 36 *apud* Netto; Ebersol; Clasen, 2021, p. 143).

No Brasil, diversas ofensivas às legislações do aborto foram empreendidas, inclusive com pleno apoio do ex-presidente Jair Bolsonaro e de seus aliados. Busca realizada pelo termo *aborto* no Sistema de Informações Legislativas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal no dia 15 de janeiro de 2023 apresentou 235 itens que estão em tramitação, entre PLs, Requerimentos e Decretos²². Destes, 01 foi criado pela ex-ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Damares Alves, e 16 são de autoria de deputados do Partido Liberal, do qual faz parte o ex presidente, todos com o objetivo de eliminar as atuais possibilidades de aborto legal. Os demais com o mesmo fim são, via de regra, de autoria e co-autoria de parlamentares da direita e extrema-direita. O quadro abaixo evidencia as principais investidas que retornaram

²² A mesma pesquisa foi realizada no dia 30 de junho de 2024 e apresentou 579 resultados dentre as proposições e documentos que compõe a *Atividade legislativa*. Apenas no site da Câmara dos deputados, foram encontrados 306 resultados de propostas em tramitação.

à discussão no Congresso:

Quadro 2 – Projetos de Lei em tramitação no Congresso Federal até dezembro de 2022 que visam alterar dispositivos legais sobre a questão do aborto no Brasil.

PROJETO DE LEI	CRIADOR	CONTEÚDO	SITUAÇÃO	RELATOR E PARECER
<u>PL 5069/2013</u>	Dep. Eduardo Cunha - PMDB/RJ , Isaias Silvestre - PSB/MG , João Dado - PDT/SP e outros	Tipifica como crime contra a vida o anúncio de meio abortivo e prevê penas específicas para quem induz a gestante à prática de aborto.	Pronta para Pauta no Plenário (PLEN)	21.10.2015 – Deputado Evandro Gussi: [...] votamos pela constitucionalidade, juridicidade e boa técnica legislativa e, no mérito, pela aprovação do PL nº 5.069, de 2013, nos termos do Substitutivo que oferecemos.
<u>PL 2451/2021</u>	Dep. Loester Trutis - PSL/MS	Prevê como crime, quem, de qualquer modo, criar, produzir, divulgar, incitar, reproduzir, distribuir ou financiar por meio digital, rádio e televisão, ou em materiais impressos, mesmo que de forma gratuita, campanhas de incentivo ao aborto.	Apensado ao PL 5069/2013; Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário	Ainda não há.
<u>PL 478/2007</u>	Dep. Luiz Bassuma - PT/BA, Miguel Martini - PHS/MG	Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências.	Aguardando Designação de Relator(a) na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher (CMULHER)	28/09/2023 Designada Relatora, Dep. Priscila Costa (PL-CE). Parecer: “[...]no âmbito da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, somos pela aprovação do Projeto de Lei nº 478, de 2007, e de seus apensados. [...] Na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, voto pela constitucionalidade, juridicidade e boa técnica legislativa e, no mérito, pela aprovação do Projeto de Lei nº 478, de 2007, e de seus apensados”
<u>PL 848/2019</u>	Sen. Eduardo Girão (PODE/CE)	Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, para tornar obrigatória a divulgação de informações de caráter educativo e preventivo que possam contribuir	Aguardando parecer da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa	14/03/2023 - Matéria com a relatoria, a Senadora Leila Barros (PDT/DF).

		para a redução da incidência da gravidez na adolescência e alertar sobre os graves riscos inerentes à prática do aborto.		
<u>PL 2611/2021</u>	Poder Executivo – Ex-Ministra Damares Alves	Institui o Dia Nacional do Nascituro e de Conscientização sobre os Riscos do Aborto, a ser comemorado, anualmente, em 8 de outubro.	Pronta para Pauta na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher (CMULHER), de Seguridade Social e Família (CSSF) e de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC).	20.05.2022 - Dep. Sâmia Bomfim (PSOL-SP): parecer pela rejeição do PL. 23.06.2022 - Dep. Diego Garcia (REPUBLICANOS-PR): voto em separado pela aprovação do PL. Demais comissões: ainda não definiram relator(a).

Fonte: elaborado pelo autor, com base em informações retiradas dos sites da Câmara e Senado (2024).

A partir dos dados acima, cabem alguns apontamentos: com exceção do último, todos os PLs foram criados e submetidos por homens e têm como objetivo criminalizar ainda mais o aborto no Brasil, inclusive nas situações juridicamente legais, a exemplo do PL 5069/2013 que, dentre muitos ataques, interfere no atendimento às vítimas de violência sexual no âmbito do SUS, prioriza o tratamento da questão sob o viés da segurança pública em detrimento do cuidado integral, ao determinar obrigatoriedade do encaminhamento ao órgão policial, e tenta privar as vítimas de violência sexual do direito fundamental à saúde e à informação, quando revoga os incisos IV e VII do art. 3º do Código Penal que tratam, respectivamente, do direito à profilaxia da gravidez e do fornecimento, por parte das unidades de saúde, de informações sobre direitos legais e serviços de saúde disponíveis.

Para além do aspecto legislativo, há também interferências concretas na execução das leis, a exemplo de Damares, Ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, que tentou barrar o direito ao aborto legal para uma criança de 10 anos vítima de violência e a Juíza Joana Ribeiro que impediu a interrupção da gravidez de menina de 11 anos²³.

²³ Ver: <https://exame.com/brasil/damares-participou-de-tentativa-de-impedir-aborto-no-es-diz-jornal/> e <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2022/06/28/juiza-que-impediu-menina-de-aborto-apos-estupro-em-sc-nao-vai-participar-de-audiencia-do-ms-diz-defesa.ghtml>.

Há, ainda, a bizarra proposição do PL 478/2007, que ficou popularmente conhecido como *Bolsa-estupro* por, dentre outros absurdos, propor que o Estado oferte à mulher que prosseguisse com a gestação decorrente de estupro auxílio financeiro até os 18 anos completos do filho ou até que o abusador assumisse a “licença-paternidade”, além de penalizar àquelas que impeçam o contato do abusador com o conceito.

O PL 848/2019, apesar de conter uma ementa *interessante*, à primeira vista, ao mencionar a questão da educação sexual, traz em seu escopo questões simbólicas, apelativas e alarmantes, do ponto de vista ideológico. Ao se remontar ao feto utilizando o termo “bebê” e caracterizando os procedimentos de saúde utilizados para interromper a gestação a firmando que “*destrói o corpo do bebê e o arranca para fora do útero*”, “*o bebê é desmembrado e cortado, assim morre dentro do útero*” e “*com apenas 18 dias da concepção, o coração do bebê começa a bater e a pulsar o seu próprio sangue, e com 30 dias o cérebro do bebê já está formado, o efeito da prática sobre ele é óbvio: uma morte agonizante*”, o debate é tendenciado aos aspectos emocionais e psicológicos da mulher, não sendo o objetivo principal promover a prevenção da gravidez precoce, mas atacar dispositivos de saúde sexual e reprodutiva.

Soma-se à isso a publicação da Portaria/MS 2.282/2020, realizada por Eduardo Pazuello, um dos vários Ministros da Saúde que passaram pela pasta no ano de 2020 e revogada pela Ministra da Saúde à época, Nísia Trindade, através da Portaria GM/MS 13/2023. A portaria em questão violava os direitos humanos fundamentais e o próprio código de ética médico e de outras categorias profissionais ao exigir que a Unidade de Saúde notificasse a polícia quando adentrassem situações de violência sexual.

O documento também atribuía à equipe médica o dever de informar à gestante a possibilidade de visualizar o feto ou embrião no momento da ultrassonografia, na tentativa velada de o personificar. Além de perpetrar novas violências à vítima, tinha o claro objetivo de impedir a realização da interrupção da gravidez, apelando para fatores sentimentais, prática esta já utilizada nos EUA por influência dos movimentos *pró-vida*. Convém sublinhar que tais artigos foram revogados um mês depois, através da Portaria nº 2.561/2020, após repercussão negativa na sociedade.

A gestão do inelegível ex-presidente Jair Bolsonaro teve como plataforma de governo o declínio do Brasil no tangente às alianças internacionais de garantia dos Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres, através do fortalecimento de laços com

países de extrema-direita que defendem pautas pró-família e antiaborto, a exemplo da Convenção de Genebra e da Cúpula de Budapeste.

Em resposta aos ataques, os coletivos feministas atuaram como forças de resistência, mobilizando redes de apoio, promovendo campanhas de informação e pressionando instituições nacionais e internacionais. Segundo Facchini e Carrara (2020), essa atuação reafirma o papel histórico do feminismo na defesa da autonomia corporal e da laicidade do Estado. Mesmo que sob forte ataque, os movimentos mantiveram viva a agenda dos direitos das mulheres, denunciando retrocessos e articulando estratégias de enfrentamento ao conservadorismo institucionalizado.

Cabe destacar, ainda, que o governo Lula (2023-2026), através de posicionamento do Ministério das Relações Exteriores, do Ministério da Saúde, do Ministério das Mulheres e do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, retirou o Brasil desses espaços por compreender que "[...] contém entendimento limitativo dos direitos sexuais e reprodutivos e do conceito de família e pode comprometer a plena implementação da legislação nacional sobre a matéria, incluídos os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)" (Brasil, 2023a, online). Percebe-se, então, que

O uso de leis ou políticas criminais nessa questão conduz a fanatismos persecutórios amplos, pois mantém a saúde e os direitos reprodutivos em permanente estado de fricção moral por táticas de estigma à educação sexual, como acontece no Brasil com programas de promoção à abstinência sexual entre adolescentes, ou de intimidação médica com a denúncia de mulheres em emergências obstétricas (Diniz, 2022, *online*).

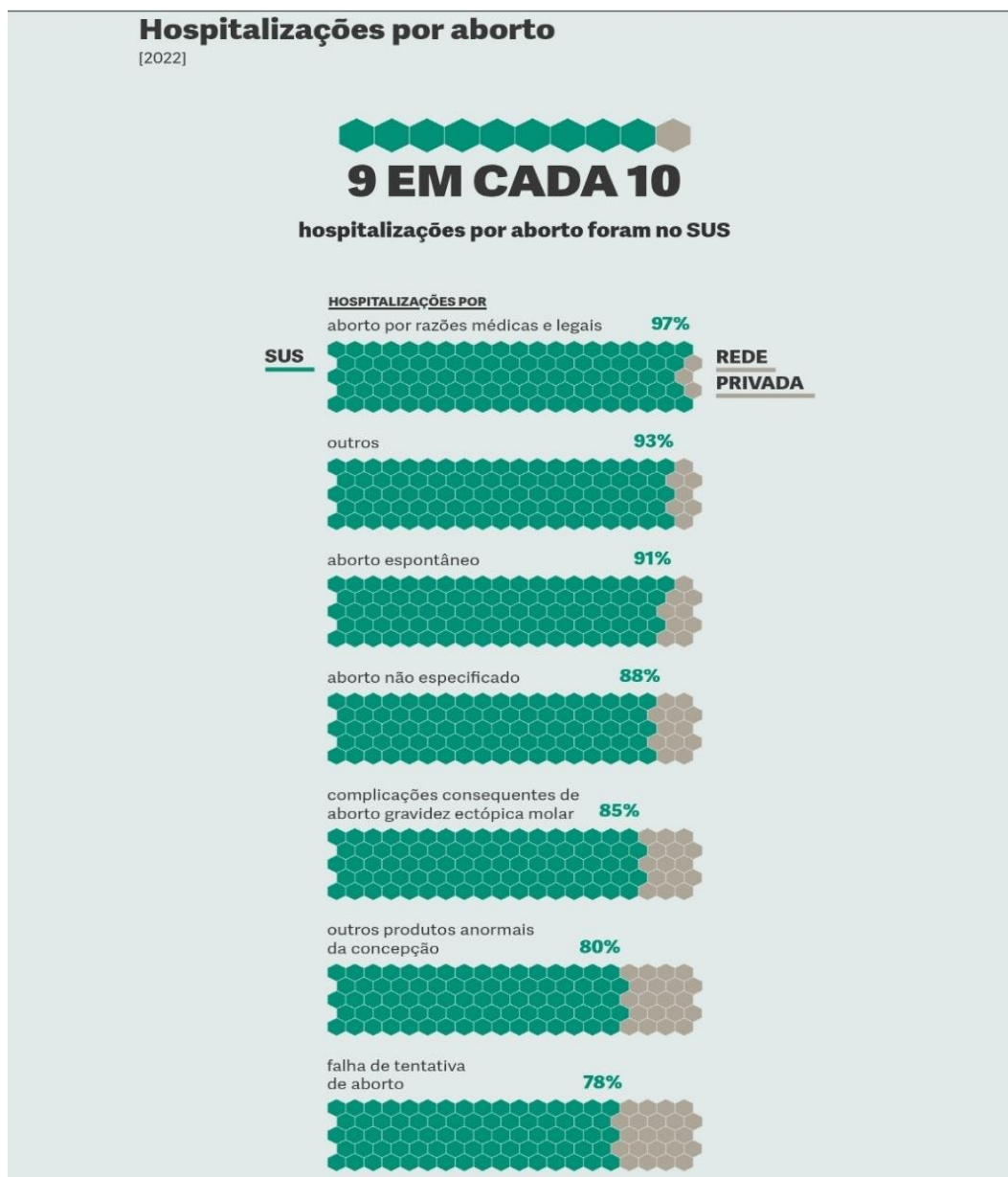
A partir de argumentos de ordem moral e em *defesa da vida*, os tais setores conservadores trabalham diuturnamente para culpabilizar ainda mais a vítima, caracterizando a prática do aborto em quaisquer situações como assassinato, e desconsiderando os aspectos de raça e classe que influenciam nesta questão.

Tendo ou não o status legal de crime, a prática do aborto acontece diariamente, em condições clandestinas, muitas vezes inseguras, e que acabam por gerar mais custos ao sistema de saúde brasileiro, dada as complicações frequentes nas práticas inseguras.

Com base nas hospitalizações registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), em 2005, estimava-se a realização de cerca de 1 milhão de abortos anuais no país, correspondendo à taxa de 20,7/1.000 mulheres em idade fértil. Independentemente da posição socioeconômica, raça/cor, idade e credo religioso, mulheres recorreram ao aborto, mas práticas inseguras eram mais comuns entre jovens, com baixa escolaridade, sem companheiro, estudantes ou trabalhadoras domésticas (Domingues *et al.*, 2020, p. 02).

Matéria recente publicada pela associação de mídia independente *Gênero e Número* aponta que o Brasil registrou 180,5 mil internações por aborto em hospitais da rede pública e privada no ano de 2022, sendo que 156,4 mil foram para o SUS, o equivalente a nove de cada 10 casos de hospitalização para interrupção da gravidez ou por perda gestacional (Alves; Rocha, 2023, online). A Figura 5 detalha o exposto:

Figura 5 – Quantitativo de hospitalizações por aborto no Brasil em 2022.



Fonte: Alves; Rocha, 2023, online.

Como aponta a figura 3, 78% das falhas decorrentes de tentativas de aborto, e 93% daquelas incluídas na categoria outros²⁴, foram atendidas na rede pública de saúde. Das 483 mortes por aborto em hospitais da rede pública de saúde do Brasil registradas entre 2012 e 2022, o maior número ocorreu na categoria "falha na tentativa de aborto", que engloba as internações que ocorreram para finalização dos abortos incompletos. O dado significa dizer que, a cada 28 internações uma paciente vem a óbito, e o risco de morte é 140 vezes maior do que em todas as outras categorias juntas (Rocha; Alves, 2023). Esta situação poderia ser evitada se os métodos utilizados fossem atualizados e a descriminalização e legalização da interrupção da gravidez acontecesse. Acerca disso, Cardoso, Vieira e Saraceni (2020, p. 6) discorrem que

O SIH [Sistema de Informações Hospitalares] registrou média de aproximadamente 200.000 internações/ano por procedimentos relacionados ao aborto entre 2008 e 2015. Essas internações apresentaram um valor total de aproximadamente R\$ 40.000.000,00 ao ano, divididos entre serviços profissionais (média de 35%) e serviços hospitalares (média de 65%). [...] O procedimento informado foi "Curetagem pós-abortamento/puerperal" em aproximadamente 95% dos casos. O "esvaziamento de útero pós-aborto por aspiração manual intrauterina" (AMIU) correspondeu a apenas 5% dos procedimentos na média dos anos analisados.

O SOS Corpo, instituto da sociedade civil localizado em Recife/PE que luta pela emancipação das mulheres, aponta que, no Brasil, mais de 100 mil mulheres são submetidas ao procedimento de curetagem, o equivalente à 90% dos casos de aborto que chegam às unidades de saúde, descumprindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS. Nos últimos 10 anos, foram quase 500 óbitos em decorrência da curetagem uterina pós-aborto²⁵ (SOS CORPO, 2022). Percebe-se que, além de ser um método extremamente invasivo, que requer anestesia geral e internação, a curetagem produz altos custos aos cofres públicos e oferece mais riscos de complicação às mulheres.

Dados da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) realizada em 2010, 2016, 2019 e 2021 evidenciam que "[...] *abortion is a common event in the reproductive lives of*

²⁴ O Sistema de Informações Hospitalares não identifica se o aborto foi espontâneo ou induzido. Como não há categoria na CID-10 que especifique estas práticas, os abortos provocados ou ilegais estão incluídos nas categorias O05 (outros tipos de aborto) e O07 (falha de tentativa de aborto).

²⁵ A curetagem uterina corresponde à raspagem da cavidade uterina após a expulsão do feto. O procedimento é delicado, podendo provocar perfurações no local. "A curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, superada apenas pelos partos normais (Brasil, 2005, p. 8).

Brazilian women” (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2023, p. 1602)²⁶. De acordo com os achados da PNA 2010, 15% das mulheres entrevistadas já realizaram um aborto na vida; 45% tinham idade entre 20 e 29 anos e 32% eram adolescentes quando fizeram o último aborto; 48% destas fizeram uso de método medicamentoso, provavelmente misoprostol, e 55% precisaram recorrer a alguma unidade de saúde para tratar complicações; 42% não possuíam o ensino médio.

A PNA 2021 evidencia um cenário mais atual, apontando diminuição no percentual de mulheres que usaram medicação (39%) e que tiveram complicações no processo (43%). Isto pode ter acontecido em decorrência da tendência crescente do uso de métodos contraceptivos reversíveis na América Latina e no Caribe, bem como maior acesso a clínicas que utilizam outros métodos, especialmente por mulheres de maior renda. 21% das entrevistadas realizaram 2 abortos ou mais, 21% eram adolescentes quando o realizaram pela primeira vez, 39% eram pretas, pardas ou indígenas; 9% eram brancas, 20% se declararam católicas ou evangélicas, 32% não tinham o ensino médio e 12% residiam na região nordeste (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2023). Estima-se que meio milhão de mulheres interromperam uma gestação no Brasil em 2021. Como afirma Almeida (2023, online):

Em 2021, 21% das mulheres que abortaram realizaram um segundo procedimento, chamado aborto de repetição. Entre elas, estão predominantemente mulheres negras.

Parte das entrevistadas (39%) usou medicamento para interromper a gestação. A pesquisa cita que o medicamento mais usado é um indicado para prevenção e tratamento da úlcera gástrica. Além disso, 43% das mulheres foram hospitalizadas para finalizar o aborto.

A pesquisadora responsável pela PNA, Débora Diniz, em entrevista à Agência Brasil, destacou que “[...] apesar de serem mulheres comuns, que estão em todos os lugares, há uma concentração maior no grupo das mais vulneráveis. São mulheres negras, indígenas, residentes no Norte e do Nordeste, com menor escolaridade e muito jovens” (Almeida, 2023, online). Isto remonta à extrema necessidade do Estado e da sociedade encararem a problemática do aborto enquanto questão grave de saúde pública que necessita de respostas através de políticas públicas de proteção, promoção e recuperação da saúde, ao invés de incitarem o encarceramento de mulheres e meninas pretas e pobres e assistirem cotidianamente suas mortes:

²⁶ Tradução: “[...] o aborto é um evento comum na vida reprodutiva das mulheres brasileiras” (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2023, p. 1602).

Em 2002, uma pesquisa realizada em capitais brasileiras e no Distrito Federal evidenciou que 11,4% dos óbitos maternos foram devido a complicações de abortos. Outros estudos mostram valores que chegam a mais de 1 milhão de abortos induzidos realizados no período de 1 ano, mostrando ainda que sua maioria ocorreu nas regiões do nordeste e sudeste do país (Destêrro *et al.*, 2015, p. 17-18).

A realidade maranhense também é alarmante, sobretudo se realizada análise comparativa histórica dos dados. As pesquisas apontam que, no intervalo entre os anos 2000 e 2014, mais de 1000 mil mulheres maranhenses foram internadas por complicações relacionadas ao aborto. Os anos de 2012 a 2014 apresentaram a maior taxa média, o equivalente a 3,7 internações por 1000 mulheres em idade reprodutiva, estando a maioria delas concentradas na Região de Saúde de São Luís (Domingues *et al.*, 2020). Nisto, destaca-se que:

No Maranhão, série de casos em duas maternidades públicas de São Luís identificou 17,5% de aborto inseguro dentre as internações por abortamento, com a utilização de misoprostol isolado ou combinado, por 65% das mulheres. As complicações foram leves, principalmente cólicas e sangramentos, com tempo médio de permanência de 2,5 dias (Domingues *et al.*, 2020, p. 22-30).

Os resultados de pesquisa realizada por Araújo e Mochel (2008) em 2 maternidades de São Luís, utilizando técnicas de entrevista direta e análise de prontuário, apontaram 80 casos de aborto inseguro, com possibilidade de subnotificação. Das 456 internações por complicações de aborto, 17,5% caracterizaram-se como aborto inseguro; 56,25% usaram-se do misoprostol isolado e 8,75% associaram-no a outro método; 41,25% apresentaram queixas de cólica e sangramentos, 27,5% apenas sangramento, 25% apenas cólica, 2,5% febre; 46,25% com internação de apenas 1 dia.

Outra pesquisa mais recente, realizada em 2015 com 100 mulheres internadas por abortamento em uma maternidade ludovicense, evidenciou que 12% do total diz respeito a abortamentos provocados. Destes, 5% utilizaram misoprostol. Em 100% dos casos utilizou-se a curetagem (Destêrro *et al.*, 2015).

Na análise realizada durante a pesquisa de campo, percebeu-se que não há muitas informações sobre a utilização de outros métodos anteriores à interrupção da gestação realizada pelos profissionais. Contudo, conforme registro da Obstetrícia, Ada Lovelace, que foi encaminhada ao HU pela Casa da Mulher Brasileira, relatou à equipe médica que havia feito uso de *citotec* logo quando descobriu a gestação:

Relata estupro ocorrido no mês de agosto resultando em gravidez não desejada e manifesta desejo de realizar abortamento. Relata ainda que fez uso de *citotec* (1 comp. por via oral, 3 por via vaginal). Dia 31/08/2022 por volta das 22:h, apresentou stv [sangramento transvaginal] e cólicas durante 3 dias, realizou us [ultrassonografia obstétrica] hoje evidenciando embrião vivo c/ ig: 7sem 3 dias (Dados da pesquisa de campo, 2025).

Nos registros da psicologia, foi sinalizado que a usuária em questão, “[...] por desespero e medo de que o marido descobrisse a ocorrência, tentou por conta própria interromper a gestação” (Dados da pesquisa de campo, 2025), uma vez que a violência foi cometida por ex-companheiro.

Apesar dos dados evidenciarem o uso do misoprostol, um medicamento que, se utilizado da maneira correta, pode provocar um aborto sem riscos, existem vários fatores que podem diminuir sua eficácia, como por exemplo falta de informações confiáveis sobre posologia e formas de administração, idade gestacional (IG) na data do uso, meios de aquisição, visto que existe um mercado ilícito que muitas vezes não oferece confiabilidade e revende substâncias aquém do necessário, ou até mesmo ineficazes, dentre outros. Ainda, resta salientar, que tais complicações, muito embora sejam classificadas como leves e de curta duração, geram custos ao sistema de saúde e expõem as mulheres a diversos riscos no ambiente hospitalar, como infecções, por exemplo. Sem contar o risco de serem presas por ocasião de denúncia.

Tudo isto ilustra o cenário de desproteção vivenciada cotidianamente por mulheres quando o assunto é saúde sexual e reprodutiva. Percebe-se que a internação hospitalar para finalizar práticas abortivas ainda é constante. Nesse cenário, nem a economia, nem a saúde definem a pauta, visto que a curetagem, um procedimento de alto custo para os cofres públicos, ainda é frequentemente utilizada. Cenário diferente pode ser visualizado nos países que descriminalizaram e legalizaram o aborto, inserindo-o no rol de procedimentos de responsabilidade do Estado: internações diminuindo, riscos de infecções e óbitos declinando. Os tentáculos do patriarcado continuam a assombrar as mulheres diuturnamente.

Com a legalização do aborto em Cuba [1965], foi observada uma diminuição de cerca de 60% nas taxas de mortalidade materna advinda de abortos realizados sob condições de risco. Já no México, foi observado que, no período de 10 anos, os estados com leis mais restritivas sobre o aborto tinham taxas menores de mortalidade materna, fato este relacionado a fatores de proteção como o nível de educação das mulheres, programas de nutrição complementar para mulheres grávidas pobres, disponibilidade de serviços de saúde materna, unidades obstétricas de emergência, mudanças no comportamento reprodutivo com aumento do planejamento familiar e acesso a água limpa e saneamento. De forma contraditória, o Peru, país onde o aborto só é legalizado em casos de risco de morte ou saúde materna, ocupa

o 2º lugar no ranking latino-americano de países com maior índice de mortalidade materna em função da prática frequente de abortos clandestinos (Aguiar *et al.*, 2018, p. 38).

Estando o seu uso associado cientificamente à maior segurança no processo de interrupção de uma gestação indesejada ou inviável e ainda à expansão do cuidado integral à saúde da mulher, resta o questionamento do porquê um medicamento que outrora foi amplamente utilizado nos espaços públicos de saúde encontra-se hoje com a venda proibida em território nacional e seu manuseio limitado aos estabelecimentos de saúde autorizados. A vida e saúde das mulheres, assim como em décadas passadas, continua nas mãos de um saber específico que por vezes dita seu destino: a morte ou a prisão.

Um fator decisivo para a criminalização do aborto no Brasil e no mundo, e para a criação de barreiras à sua efetivação nas situações possíveis, sobretudo quando se trata de violência sexual, tem sido também a influência da religião cristã nos sistemas políticos. Assim, a dominação religiosa apresenta-se como uma barreira a mais para a libertação da mulher, pois ratifica a divisão sexual do trabalho nos moldes capitalistas e referenda a presença do patriarcado no cotidiano.

Como discorrem Santos e Pio (2021, p. 73), “[...] atualmente, o discurso que inviabiliza a mudança da legislação proibitiva tem maior relação com a religião cristã, moral e ideologias do que com questões de direito, discussões de justiça ou ponderações principiológicas”, ignorando, nesse trajeto, a “[...] análise da vontade da mulher em relação a maternidade”. Como apontam Diniz *et al.*, (2014, p. 292), “[...] há uma economia moral em curso sobre o corpo e a sexualidade das mulheres, que rejeita fissuras à heteronomia reprodutiva imposta às mulheres em matéria de aborto”.

Na decisão do STF que julgou inconstitucional a criminalização da interrupção da gestação de fetos anencefálicos, o relator Marco Aurélio, após considerar todas as manifestações públicas, acionou justificativas muito relevantes – e pautadas há muito tempo pelos movimentos feministas – para justificar seu parecer favorável: *laicidade do Estado, garantia à saúde integral da mulher, defesa da autonomia, liberdade e privacidade, exercício dos direitos sexuais e reprodutivos etc.* Contudo, afirmou veemente não se tratar de um julgamento para descriminalização do aborto, uma vez que não há vida em potencial quando se pauta a anencefalia. Nas palavras do relator:

[...] caber à mulher, e não ao Estado, sopesar valores e sentimentos de ordem estritamente privada, para deliberar pela interrupção, ou não, da gravidez. Cumprir à mulher, em seu íntimo, no espaço que lhe é reservado – no

exercício do direito à privacidade –, sem temor de reprimenda, voltar-se para si mesma, refletir sobre as próprias concepções e avaliar se quer, ou não, levar a gestação adiante.

[...]

Não se trata de impor a antecipação do parto do feto anencéfalo. De modo algum. O que a arguente pretende é que “se assegure a cada mulher o direito de viver as suas escolhas, os seus valores, as suas crenças” [105]. Está em jogo o direito da mulher de autodeterminar-se, de escolher, de agir de acordo com a própria vontade num caso de absoluta inviabilidade de vida extrauterina. Estão em jogo, em última análise, a privacidade, a autonomia e a dignidade humana dessas mulheres (Brasil, 2013b, p. 35, 36).

Vê-se que a legislação brasileira avança timidamente via judiciário, mas são necessários avanços na compreensão dos direitos das mulheres. Ao não se reconhecer o sofrimento que pode ocorrer em qualquer gravidez indesejada, independentemente da *viabilidade* do feto, obstrui-se o direito à autonomia, à liberdade e à privacidade à todas as mulheres. No fim das contas, todas essas dimensões são definidas a partir de condições externas e indiferentes ao desejo das mulheres. O exercício dos direitos sexuais e reprodutivos delas segue tutelado por outrem.

Contudo, cabe destacar que há em tramitação no STF desde março de 2017 a ADPF 442, protocolada pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), que visa descriminalizar o aborto voluntário até a 12ª semana de gestação. Após muita reivindicação e cobranças pelo início do julgamento, no dia 22 de setembro de 2023 a Ministra Rosa Weber, relatora, apresentou seu voto. Nisto, instigou novamente a discussão sobre o aborto, trazendo à tona pontos realmente importantes no que diz respeito à ampliação dos direitos das mulheres brasileiras e, ao editar suas 103 ricas páginas de relatoria em linguagem bastante acessível, deu um passo além na democratização da discussão, visto que um movimento importantíssimo no fortalecimento da luta é promover o (auto)reconhecimento dos sujeitos.

Em sua análise, Rosa Weber argumentou que os artigos 124 e 126 do Código Penal Brasileiro, que criminalizam o aborto, são contraditórios ao texto constitucional vigente, sobretudo no que tange aos direitos fundamentais das mulheres. A ministra sublinhou a desproporcionalidade das penas impostas às gestantes e aos profissionais de saúde que realizam o procedimento, destacando a falta de consenso científico e filosófico acerca do momento em que se inicia a vida humana. Para ela, a questão não deve ser abordada exclusivamente pelo prisma punitivo, mas sim como uma questão de saúde pública e de direitos reprodutivos (Brasil, 2023b).

Ademais, seu voto enfatizou que a criminalização do aborto voluntário impacta diretamente os direitos à vida, à saúde e à autodeterminação das mulheres, e que a intervenção estatal na esfera reprodutiva deve ser minimamente invasiva, respeitando a dignidade, a privacidade e a autonomia das mulheres. Ainda, apontou que a manutenção da criminalização contraria as obrigações do Brasil perante tratados internacionais dos quais é signatário.

O atual arcabouço penal sobre o aborto perpetua desigualdades sociais, afetando desproporcionalmente mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica, que não têm acesso a serviços de saúde seguros e de qualidade. Esse aspecto evidencia a disputa de racionalidades em torno do processo de formulação de políticas públicas. *Estas, são um agrupamento de “[...] ações ou omissões do Estado, decorrente de decisões e não-decisões, constituída por jogos de interesses, tendo como limites e condicionamentos os processos econômicos, políticos, sociais e culturais de uma sociedade historicamente determinada”* (Silva, 2014, p. 90, **grifos meus**). Destaca-se também o caráter contraditório que permeia a política pública, uma vez que respondem tanto aos interesses do capital quanto do trabalho, à medida em que fornecem subsídios para amenizar objetivamente as expressões da questão social, sem, contudo, romper com a lógica capitalista geradora das desigualdades.

É nesse cenário que está localizado o aborto enquanto questão problema para a agenda governamental brasileira: o de **não-decisão**. No contexto atual, além das ações do patriarcado, os direitos das mulheres, sobretudo os DSR, estão sendo cada vez mais subjugados a partir da intensificação do projeto neoconservador, expressos nos discursos morais e religiosos que interferem mais fortemente no âmbito das políticas públicas, ganhando legitimidade do Estado. Discursos estes que muitas vezes impediram a concretude de diversos direitos sociais, incluindo os sexuais e reprodutivos (Medeiros, 2021). A intensificação de tais ataques aos direitos conquistados pelas mulheres não é por acaso. Historicamente, a luta dos movimentos feministas questiona veementemente o próprio funcionamento da sociedade capitalista e as bases que lhe dão sustentação, a exemplo do patriarcado, ameaçando a manutenção do *status quo*.

Tais análises conjunturais desembocam na compreensão de que a correlação de forças políticas de uma nação pode ter papel decisivo na agenda constituída e no avanço/retração de políticas públicas de uma nação. Capella (2007) acredita que nos

países de regime democrático, a figura presidencial, apesar de não possuir poder sobre o resultado final de uma política inserida na agenda, tem relevante influência, particularmente pelo poder de veto e pela possibilidade de nomear sujeitos decisivos para o processo decisório, recursos esses bastante utilizados nos últimos anos pelos EUA e Brasil, a exemplo das tão cobiçadas nomeações de juízes ao STF. Assim, a autora destaca que

[...] o terceiro fator a afetar a agenda são as mudanças dentro do próprio governo: mudança de pessoas em posições estratégicas no interior da estrutura governamental (*turnover*); mudanças de gestão; mudanças na composição do Congresso; mudanças na chefia de cargos e de empresas públicas. Esses acontecimentos podem exercer grande influência sobre a agenda governamental ao desencadear mudanças que potencializam a introdução de novos itens na agenda, ao mesmo tempo que podem também bloquear a entrada ou restringir a permanência de outras questões (Capella, 2007, p. 94, *itálicos da autora*).

As análises realizadas permitem ratificar o descolamento entre o Brasil contemporâneo e o movimento dos demais países da América Latina, além de demarcar o alinhamento e a subserviência nacional proporcionada pelo bolsonarismo à posição política hegemônica dos Estados Unidos *trumpista*, comprometendo-se, não a garantir a manutenção e expansão dos direitos apregoados pela Carta Magna de 1988, mas a retomar questões que desafiam o princípio da laicidade estatal, mascaram ainda mais as expressões da questão social, provocando, para os setores progressistas da sociedade, a sensação de verdadeiro regresso à épocas sombrias de profunda retração das liberdades individuais e coletivas, especialmente quando analisadas à luz da questão de gênero. Desse modo, alerta-se que “Em tempos de negacionismo e perda de direitos é mais que necessário que nós possamos lutar pelo direito das mulheres, para que possamos conquistar o território do nosso próprio corpo” (Pereira, 2021, *online*).

Destarte, a legitimação da autonomia feminina para decidir sobre a interrupção de uma gestação implica questões que não dizem respeito apenas ao aborto, mas sobretudo ao próprio entendimento de democracia, à regulação estatal, “[...] às hierarquias e formas toleráveis de dominação, aos direitos individuais e à relação entre todas essas questões e o princípio da laicidade do Estado” (Biroli, 2014, p. 42).

Os ataques aos direitos sociais reverberam não só na efetivação das políticas sociais, mas especialmente nas condições de reprodução da classe trabalhadora, sobretudo das mulheres, uma vez que sua história é perpassada pela condição de

subordinação e exploração atribuída nos diferentes modelos de sociedades já existentes.

Verifica-se que tanto a negação da assistência ao abortamento pelas unidades de saúde quanto a criminalização dessa prática trazem riscos e complicações à saúde da mulher. As dificuldades encontradas na efetivação do direito ao aborto legal são muitas, e essa temática sempre foi alvo de resistência por parte da sociedade e de alguns profissionais da saúde que, sustentando-se em questões religiosas e moralizantes, cerceiam a livre existência das mulheres e o próprio domínio sobre seus corpos.

Logo, é necessária a compreensão de que a simples descriminalização da questão não garante que os problemas existentes sejam resolvidos. No Brasil, por exemplo, mesmo estando isentas de punição legal, ainda são prejudicadas pela invisibilidade dos serviços, por dificuldade de acesso e, ainda, por objeção de consciência dos profissionais de saúde, que não raro utilizam-na para realizar denúncias. O ambiente de cuidado em saúde, se torna, muitas vezes, o calvário destas mulheres:

Nessas situações, temos relatos traumáticos de perseguição, convocação da polícia, mulheres algemadas nos hospitais. Então, há impacto na saúde pública pela ocupação de leitos, na saúde das mulheres porque, por alguma razão, utilizaram medicamentos inseguros, indevidos ou foram para a clandestinidade em clínicas inseguras, ou porque não tem a informação sobre como é um aborto. Por isso, procuram os hospitais (Almeida, 2023, online).

Pretende-se a partir daqui apresentar elementos encontrados na realidade do atendimento de saúde ofertado por um Hospital Universitário da Grande Ilha de São Luís que caracterizem como o direito de decisão e de saúde têm sido resguardados às mulheres com gravidez advinda de violência sexual, tendo como lastro temporal o período de 2019 a 2022, momento em que os direitos sociais e humanos foram atacados veementemente pelo Estado brasileiro.

4 A EFETIVAÇÃO DO DIREITO AO ABORTO LEGAL NO MARANHÃO: avanços e desafios no atendimento realizado pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA)

"Não sou livre enquanto outra mulher for prisioneira, mesmo que as correntes dela sejam diferentes das minhas" (Lord, 2007, p. 133)²⁷

Toda a discussão realizada até então apresenta o panorama do fenômeno do aborto legal à nível global, nacional, estadual e local, refletindo sobre as dificuldades históricas imbuídas no acesso aos direitos humanos e sociais básicos de mulheres, principalmente. O processo de conquista do status de cidadania, para além dos aspectos legais, é permeado por extensa e contínua luta social, que se vê constantemente ameaçada. Analisando o direito ao aborto legal, percebe-se que ainda estamos aquém do necessário para garantir o respeito à dignidade da pessoa humana, e ainda mais aquém da tão sonhada emancipação humana apontada por Karl Marx.

No tocante ao contexto social da mulher, muito se avançou no seu reconhecimento enquanto ser humano; quase sempre a passos muito lentos; mas não há como negar tal feito. De maneira mais direcionada e objetiva, a busca pela garantia do atendimento integral à saúde da mulher para além do contexto puerperal é uma ruptura, mesmo que tímida, com o imaginário social que determina a reprodução como dever feminino precípua. Não obstante todas as ofensivas contrárias, as reivindicações por melhorias nas vidas de milhares de meninas e mulheres perduram, e o atendimento direcionado, qualificado e humanizado às pessoas que enfrentam uma situação de violência, em quaisquer de suas facetas, representa uma conquista significativa.

Este capítulo, portanto, situa o Hospital Universitário da UFMA como um equipamento de saúde pública fundamental na garantia do direito à saúde; mas não só. Sendo referência no atendimento às pessoas em situação de violência sexual, e um dos dispositivos públicos que garante a realização do aborto previsto em lei, é oportuno circunscrevê-lo enquanto espaço de fortalecimento dos direitos sexuais e

²⁷ Original: *"I am not free while any woman is unfree, even when her shackles are very different from my own"*.

reprodutivos das mulheres maranhenses. Aqui, será realizado um esforço de síntese histórica da Instituição e do processo de implantação do serviço especializado de atendimento às vítimas de violência sexual, além de apresentar aspectos relevantes do público que busca a instituição para acessar o direito ao aborto legal.

4.1 Sobre a implantação do serviço de referência às pessoas em situação de violência sexual no Maranhão

O HU-UFMA, órgão da Administração Pública Federal vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares desde 2013, tem a finalidade de formar profissionais da área da saúde, com foco no ensino, pesquisa, extensão, bem como a prestação de assistência à saúde aos usuários do SUS com qualidade. É certificado pelo Ministério da Educação (ME) e Ministério da Saúde (MS) como hospital de ensino, conforme Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000 de 15 de abril de 2004 (Brasil, 2020).

Tem a missão institucional de “Educar por meio do ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica, assistindo aos usuários do SUS em média e alta complexidade, com foco na formação, qualidade e segurança” (Brasil, 2021, p. 06), e tem como visão “Ser referência em ensino, pesquisa e assistência de alta complexidade [...]” (Brasil, 2021, p. 06).

Na classificação em níveis de atenção do SUS, é um Hospital quaternário de referência estadual para o Transplante de Órgãos e tecidos e procedimentos de alta complexidade em diversas áreas, incluindo o atendimento à saúde da mulher. Desenvolve também procedimentos de média complexidade integradas à rede do SUS. O complexo hospitalar é formado por duas grandes unidades: Presidente Dutra e Materno Infantil, local de realização da pesquisa, além de nove unidades ambulatoriais externas, contabilizando 573 leitos, sendo 63 de Terapia Intensiva Neonatal, Adulto e Pediátrica (Brasil, 2021).

A Unidade Materno Infantil oferece assistência integral à mulher e à criança, por meio dos serviços de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) e Pediátrica, Clínicas Médica e Cirúrgica Materno-Infantil, Gestação de Alto-risco, Ambulatórios Especializados, Serviço de Atenção Especializado Pediátrico (SAE), Imunização, Doenças Infecto-parasitárias (DIP), e outros.

Desde o ano 2000 o hospital oferece atendimento para vítimas de violência sexual. Silva (2022, p. 22) destaca que tal feito deve-se ao cenário característico dessa época, que evidenciou questões relativas à humanização na saúde e a integralidade do cuidado pautada na Constituição Federal promulgada, e à luta constante dos movimentos sociais locais, em especial os feministas e de mulheres,

[...] juntamente com a iniciativa de profissionais da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão, que organizaram um evento com objetivo de sensibilizar as autoridades sobre a demanda que se apresentava diariamente na unidade de saúde, onde mulheres, sobretudo nos plantões noturno, buscavam atendimento com queixa de estupro e sangramento devido a abortamentos inseguros.

Importante assinalar que sua criação não se deu ao acaso. Foi resultado do processo de luta feminista empreendido no Maranhão e no Brasil, que resultou na criação do PAISM e da PNAISM, como já mencionado. As primeiras iniciativas de materialização do PAISM em solo maranhense aconteceram no campo reprodutivo, ainda no início da década de 1990, quando duas médicas da UFMA, com apoio da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), criaram o Núcleo de Reprodução Humana, em virtude do grande quantitativo de adolescentes grávidas que buscavam por contracepção no HUUFMA (Dias, 2004).

Mesmo com dificuldades estruturais, de financiamento e de pessoal Dias (2004, p. 79) destaca que a criação de um serviço desta natureza foi de suma importância para a garantia da saúde integral da mulher e para a ampliação do direito à cidadania no âmbito da saúde, pois, durante os atendimentos, eram realizadas discussões pertinentes, principalmente às mulheres, pautando questões sobre “[...] o corpo, sexualidade, higiene, concepção e contracepção”. No campo da violência sexual, a autora aponta que a instituição realizava algumas poucas discussões, por meio do Núcleo de Atendimento à Saúde do Adolescente.

Este processo sedimentou o caminho para a criação, no ano 2000, do atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Em 2003, estendeu-se à todas as mulheres em situação de violência sexual no Maranhão, e hoje é reconhecido como o serviço de referência estadual. Ao longo dos anos, muitas modificações foram realizadas com o objetivo de qualificar cada vez mais o serviço. Em 2014, foi iniciado o Projeto Tecendo Redes, em parceria com a Alcoa-Alumar, acompanhado da contratação de novos(as) profissionais, após o concurso realizado pela EBSEH (Silva, 2022). O processo de pesquisa de campo, por exemplo,

evidenciou que, ao invés de nominar a causa do atendimento e publicizar ou constranger ainda mais as vítimas, adotou-se uma sigla característica utilizada apenas pelos profissionais diretamente envolvidos no cuidado, além de fluxo de atendimento específico para esses casos.

Dentre outros avanços, destaca-se a implantação da Linha de Cuidado de Atenção às Vítimas de Violência Sexual em 2017; a elaboração do Protocolo Assistencial para atendimento aos casos de violência sexual em 2022; e a criação do Procedimento Operacional Padrão de Atendimento à Pessoa em Situação de Violência Sexual (PSVS), em 2024.

Diante desse contexto e tendo em vista as diretrizes de integralidade e equidade do SUS, o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) iniciou acolhimento ambulatorial desses usuários com atendimento de equipe multiprofissional em meados dos anos 2000. O HU-UFMA vem aprimorando sua assistência à pessoa em situação de violência sexual desde então, culminando com a construção da Linha de Cuidado iniciada em 2018 e com a elaboração deste protocolo (Brasil, 2022, p. 5).

Hierarquicamente, o serviço situa-se na Gerência de Atenção à Saúde (GAS), vinculado à Divisão de Gestão do Cuidado (DGC) e executado pelo Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, conforme ilustra o Organograma Institucional contido no Anexo A. O ambulatório em questão oferta atendimentos médico e multiprofissional, com escuta e acolhimento, prescrição de medicamentos profiláticos para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e para gravidez indesejada. O acesso ao serviço se dá de maneira direta, atendendo mulheres de qualquer idade, homens transgênero, crianças e adolescentes do sexo feminino, e do sexo masculino com idade inferior a 15 anos.

O atendimento à violência sexual no HUUFMA está organizado a partir de seis fluxos de atendimento:

1. *Atender à PSVS (Criança, Adolescente e Mulher) dentro das 72 horas (seg a sex)*
2. *Atender à PSVS dentro das 72 horas (Fim de Semana, Noturno e Feriado)*
3. *Atender à PSVS (Criança, Adolescente e mulher) após 72 horas da ocorrência*
4. *Atender mulher com gestação resultante de violência sexual*
5. *Atender grávida vítima de VS com aborto legal autorizado*
6. *Atender PSVS em Seguimento Ambulatorial*

Em geral, o Serviço Social realiza o atendimento inicial, procedendo com o acolhimento, escuta sensível da situação, realizando os encaminhamentos necessários às demais categorias profissionais e preenchendo a ficha SINAN para notificação da vigilância epidemiológica no prazo estipulado em lei. Quando a PSVS é atendida nas primeiras 72h de ocorrência da violência, é realizada prescrição da Profilaxia Pós-Exposição e da contracepção de emergência – quando aplicável, a administração das vacinas necessárias e realizados os exames laboratoriais. Tais condutas são necessárias para garantir que a vítima não adquira patologias em decorrência da violência. Cabe destacar que, nos finais de semana, plantões noturnos e feriados, o fluxo acontece com todas as categorias profissionais presente, e é realizada a orientação para buscar atendimento do Serviço Social no próximo dia útil:

O serviço social fica responsável pelo acolhimento nos dias úteis. Nos finais de semana, feriados e à noite o setor de classificação de risco obstétrico faz acolhimento, porque ela vem em busca do serviço de saúde, então após o primeiro atendimento em saúde eles referenciam para o próximo dia útil ao serviço social para que possa dar continuidade a sequência no ambulatório com a psicóloga e a ginecologista (Silva, 2022, p. 96).

Quando o atendimento é fora das 72h e já há suspeita de gestação, o Serviço Social realiza o atendimento social, encaminha para realização dos exames necessários e, caso confirmada gestação com IG inferior a 22 semanas, orienta sobre as três possibilidades possíveis: encaminhamento para pré-natal especializado – realizado no próprio HU – e manter a criança no seio familiar; realizar o pré-natal especializado e entregar o bebê para adoção; ou solicitar a interrupção legal da gestação.

Neste último caso, o Serviço Social orienta quanto ao processo administrativo necessário, recolhe a documentação exigida por lei – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo G), Termo de Relato Circunstanciado (Anexo H), Termo de Responsabilidade (Anexo I) e Parecer Técnico (Anexo J) (Brasil, 2012a). Remete-se, então, para a Comissão de Ética institucional, que é responsável por avaliar a compatibilidade das informações colhidas e autorizar ou negar a realização do procedimento.

À nível de crítica à legislação vigente, percebe-se que, apesar das unidades de saúde não terem o papel de averiguar a veracidade jurídico-legal das informações prestadas pelas pessoas que solicitam o aborto legal, e sim prestar atendimento de saúde condizente com as necessidades da população usuária do serviço, os

instrumentais operativos definidos nacionalmente confrontam frequentemente o relato da vítima, não sendo este suficiente para garantir o acesso ao direito em questão. Atribui-se isto à enorme carga conservadora e machista da sociedade, que responsabiliza a vítima pela violência sofrida ou tenta justificá-la, perseguindo, discriminando, desqualificando em suas falas, mesmo quando elas sofrem violências.

O Termo de Responsabilidade e o Termo de Relato Circunstanciado, por exemplo, são documentos que impõem à mulher o relato da violência, muitas vezes repetido várias e várias vezes em todos os atendimentos recebidos, além de confrontá-la judicialmente ao exigir a ciência das consequências dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto previstos no Código Penal. Em outras palavras,

[...] o testemunho da mulher não deveria ser submetido à investigação policial ou judicial da verdade para que fosse reconhecido como legítimo para o acesso aos serviços de saúde. Ao menos para os textos das políticas públicas, a narrativa da mulher deve ser suficiente para a história do estupro e o acesso ao aborto legal nos serviços de saúde (Diniz *et al.*, 2014, p. 292).

Retomando à concretude do atendimento prestado pelo HU-UFMA, de posse do Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez Resultante de Estupro (Anexo K), o Serviço Social entra em contato com a usuária para dar início à internação. A partir da análise dos prontuários, verificou-se que, do primeiro atendimento realizado até a internação para realização do aborto o tempo de espera é, em média, de 2 a 3 semanas. Alguns processos de autorização são mais rápidos e outros mais demorados, e depender da análise realizada pelo Comitê de Ética, o que pode gerar sensações variadas para quem está à espera:

Bertha Lutz: A usuária relata de seu estado de saúde, se encontra ansiosa, nervosa e preocupada com relação ao andamento de seu processo e o tempo que se encontra aguardando a resposta.

Emmeline Pankhurst: Primeira avaliação médica: incompatibilidade entre idade gestacional e data da violência. Ela não sabia que o BO não era necessário para solicitar a interrupção. Muitos atendimentos foram realizados a nível ambulatorial em decorrência das "inconsistências". No primeiro atendimento, estava com idade gestacional de 06 semanas e 01 dia. Na data de realização da interrupção, estava com 9s4d. Após realização do procedimento, realizou 03 consultas de retorno com Serviço Social e Obstetrícia. Não retornou para atendimento com ginecologista (Dados da pesquisa de campo, 2025).

A variável tempo, neste contexto, é fundamental para as mulheres que aguardam o procedimento, pois cada dia a mais pode prolongar o contexto de sofrimento psíquico vivenciado tanto pela violência em si quanto pelo desfecho gestacional:

[...] a experiência emocional da mulher em relação ao aborto pode variar em função de inúmeros fatores, como a situação de legalidade ou não da prática, a segurança do procedimento, a aceitabilidade sociocultural em relação ao aborto, o tempo de gestação, o esforço que a mulher realizou para conseguir o procedimento, as circunstâncias em que ele foi realizado e, ainda, os fatores que influenciaram no processo de tomada de decisão pelo aborto (Villela; Barbosa, 2011, p. 96).

Além disso, a criminalização, muitas vezes até nas situações previstas no Código Penal, prejudicam a integralidade do atendimento ofertado às vítimas de violência sexual, visto que após realização do procedimento, são poucas as mulheres que retornam para manter o acompanhamento ambulatorial por medo de enfrentarem algum problema judicial, como observado nos relatos de Eleanor Roosevelt:

Eleanor Roosevelt: Expressa preocupação e medo de se prejudicar com a Justiça, caso a solicitação não seja aprovada. [...] A paciente afirma decisão livre e esclarecida pelo aborto legal. [...] avalia a decisão pelo abortamento legal como a correta para a sua situação (Dados da pesquisa de campo, 2025).

Um aspecto de grande relevância constante na literatura é que o enquadramento jurídico do aborto não influencia sua frequência, mas impacta profundamente o acesso a métodos seguros. A taxa de abortos não sofreu alterações significativas em países cuja legislação passou a permitir sua realização por escolha da mulher – principalmente em nações desenvolvidas. Paralelamente, nesses mesmos países, observou-se uma diminuição significativa na ocorrência de abortos inseguros, o que também contribuiu para a redução da morbimortalidade associada (Giugliani *et al.*, 2021). Daí a importância de cada instituição compreender o seu papel no enfrentamento da violência e evitar que instâncias de cuidado ajam de maneira investigativa em detrimento da sua missão principal.

A seguir, serão apresentadas e discutidas as informações obtidas a partir da análise dos prontuários durante a imersão em campo.

4.2 Caracterização dos atendimentos realizados às pessoas em situação de violência sexual no HU-UFMA entre 2019 e 2022

É necessário relembrar que os dados apresentados a partir daqui foram extraídos dos registros feitos pelos profissionais nos prontuários eletrônicos das usuárias, bem como dos instrumentais da Entrevista de Acolhimento Social (EAS) realizada pelo Serviço Social do ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia e da cópia

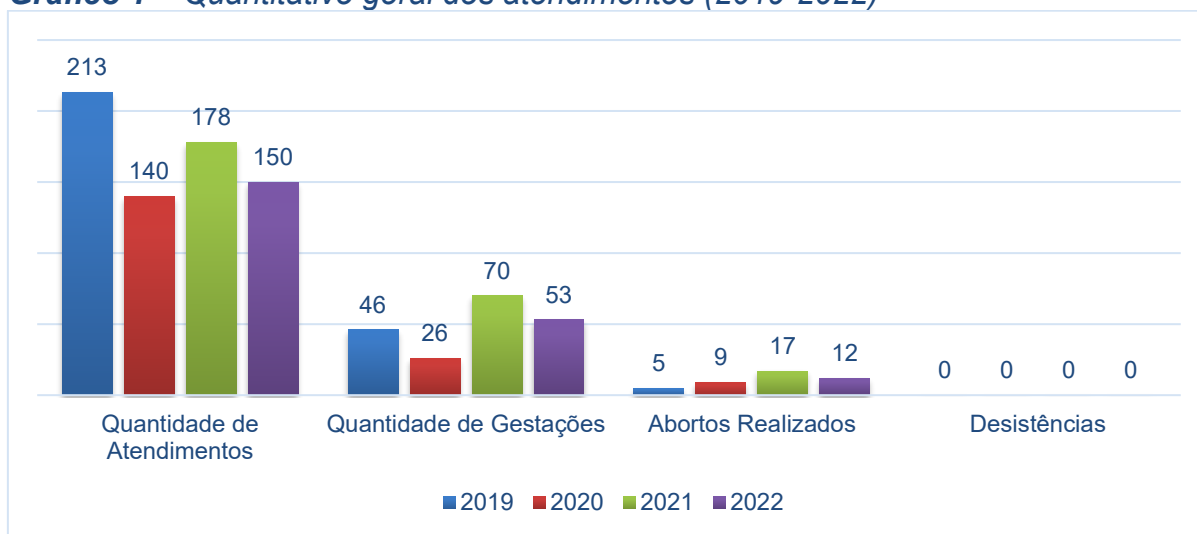
do registro de notificação de violência (Ficha SINAN) das mulheres que solicitaram o aborto legal no HU-UFMA tendo como justificativa a violência sexual sofrida, além das impressões registrada em meu diário de campo. Não foi possível, apesar da relevância e do anseio, realizar entrevistas.

Para seleção dos prontuários que seriam analisados, realizei pesquisa no controle privativo do serviço social, considerando os seguintes critérios: ter 20 anos ou mais; ser do gênero feminino; ter sido vítima de violência sexual que resultasse em gravidez; ter solicitado a interrupção legal da gestação no HU-UFMA, concluindo o processo ou não, entre os anos 2019 e 2022; e ter autonomia para decidir sobre a interrupção. Ao todo, houve 27 gestações decorrentes de estupro de pessoas com mais de 20 anos registradas no período elegido, contudo, só 24 atenderam todos os critérios. Das outras 03 situações, 01 indicou o interesse, mas solicitou a realização em outra maternidade; 01 possuía deficiência intelectual e a solicitação foi feita pela responsável legal; e 01 era homem trans²⁸.

A inserção em campo aconteceu de maneira satisfatória e o acesso aos dados foram céleres, tendo a equipe do Serviço Social oferecido todo o suporte necessário. A proximidade e o conhecimento da rotina de atendimento adquiridos a partir da experiência anterior de residência multiprofissional naquele mesmo setor foi fator positivo neste processo.

A pesquisa de campo evidenciou alguns pontos que merecem destaque. Contabilizando todos os atendimentos devidamente registrados em controle interno do Serviço Social do ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, houve 681 atendimentos a pessoas que buscaram a unidade hospitalar por suspeita de violência sexual, conforme ilustra o gráfico 1, abaixo.

²⁸ A postura foi adotada por compreendermos que a população T (transexuais e travestis) enfrenta uma série de violação de direitos humanos, sociais e políticos. Optou-se pela não utilização dos dados de pessoas trans por alguns motivos: por não ser este o objetivo principal da pesquisa desenvolvida; por não ser possível inferir os impactos da violência sexual e da descoberta da gestação na saúde mental; e em respeito à identidade de gênero. As pesquisas apontam que o Brasil ainda permanece como o país que mais mata travestis e transexuais, e que o desrespeito à identidade de gênero é um dos motivos que prejudica a busca por unidades de saúde (Pereira, 2024).

Gráfico 1 – Quantitativo geral dos atendimentos (2019-2022)

Fonte: Elaboração do autor, com base nas informações da pesquisa (2025).

Deste quantitativo, 195 resultaram em gestações, o equivalente a 30,47%; e apenas 43 abortos foram realizados. É um número bem pequeno se analisado o contexto nacional de violência sexual. Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública apontam que, entre março de 2020 e dezembro de 2021, foram registrados 100.398 casos de estupro e estupro de vulnerável de vítimas do gênero feminino. No Maranhão, neste mesmo período, foram notificados 2.822 casos de violência sexual, registrados em Boletins de Ocorrência (FBSP, 2022b).

Apesar dos expressivos números de violência, os dados permanecem com o indicativo de subnotificação. A nível nacional, no período compreendido entre janeiro de 2021 e fevereiro de 2022, foram realizados 1.823 procedimentos de aborto autorizado por lei (Farias; Figueiredo, 2022). Quando analisamos as informações da unidade de saúde de referência do Maranhão, temos que, dos quase 3 mil casos registrados, apenas 280 vítimas buscaram atendimento em saúde; 96 estavam gestantes; e 26 abortos previstos em lei foram realizados.

Os baixos quantitativos não refletem a magnitude da problemática no país, pois “[...] há uma falsa percepção de que existem poucos casos em situações de aborto legal, visto que grande parte das mulheres que poderiam realizar a interrupção da gestação prevista em lei não acessa os serviços de saúde” (Giugliani *et al.*, 2021, p. 50). Tais números não consideram a quantidade de mulheres que se submete à realização de abortos clandestinos e/ou inseguros que sequer chegam à unidade de saúde. Acerca disso, Giugliani *et al.* (2021, p. 51) discorrem que

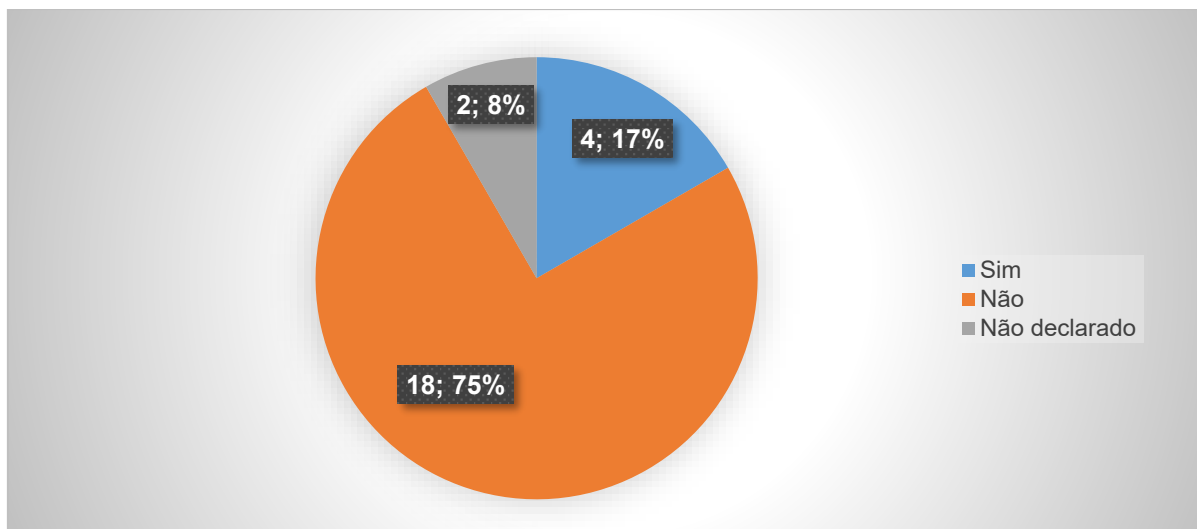
[...] os dados sobre aborto são subnotificados, uma vez que apenas os casos previstos em lei ou aqueles que geram internação em instituições de saúde são notificados oficialmente. Grande parte das mortes e complicações relacionadas a um aborto inseguro ocorrem na clandestinidade, em razão do estigma e do medo de punição legal, o que impede o informe fidedigno das situações. Assim, quando o aborto é ilegal, os dados oficiais dão conta de apenas uma parcela da estatística - somente em casos de internação ou óbito.

Mesmo do ponto de vista da análise a partir dos dados da segurança pública, ainda estamos diante de informações subnotificadas, pois estima-se que apenas 10% do número real de estupros sejam registrados nos departamentos policiais (Giugliani *et al.*, 2021). Essa imprecisão nos dados reflete diretamente na construção de indicadores que subsidiem o fortalecimento da política de atenção integral à saúde da mulher e podem ter impacto na forma como o tema é tratado na sociedade, haja vista que o argumento de defesa da vida quase nunca é acionado quando se discute a vida das mulheres; e a tendência, como mostram os dados, é de aumento crescente:

O ano de 2021 marca a retomada do crescimento de registros de estupros e estupros de vulnerável contra meninas e mulheres no Brasil, que apresentaram redução após a chegada da pandemia de Covid-19 no país. Foram registrados 56.098 boletins de ocorrência de estupros, incluindo vulneráveis, apenas do gênero feminino. Isso significa dizer que, no ano passado, uma menina ou mulher foi vítima de estupro a cada 10 minutos, considerando apenas os casos que chegaram até as autoridades policiais (FBSP, 2022b).

Os dados obtidos no estado do Maranhão corroboram com a tese. O processo de escolha da formalização da denúncia é mais um desafio na vida das mulheres que sofrem violência sexual. Parece o caminho mais correto a se seguir, mas ao mesmo tempo repleto de riscos, inclusive à sua vida. Os 24 registros de atendimento analisados evidenciaram que apenas 4 mulheres que buscaram a unidade de saúde para interrupção da gestação haviam realizado BO, conforme evidencia o gráfico 2:

Gráfico 2 – Registro do Boletim de Ocorrência (2019-2022)



Fonte: Elaboração do autor, com base nas informações da pesquisa (2025).

Entre 2019 e 2022, 75% das mulheres que realizaram aborto legal no HU-UFMA não fizeram a denúncia formal da situação de violência sexual vivida. Em todos os registros profissionais de atendimentos realizados, especialmente pela profissional da psicologia, medo, vergonha, culpa e constrangimento foram apontados como fatores decisivos para a decisão de não registrar o BO, conforme apresentado abaixo:

Simone de Beauvoir: A usuária relata que não irá fazer a denúncia por motivo de segurança, pois o agressor, segundo busca feita por ela nas redes sociais é policial.

Malala Yousafzai: [...] refere que não realizou Boletim de ocorrência devido ao constrangimento, vergonha e culpabilização.

Rosa Parks: Não registrou BO por constrangimento, medo de julgamentos. Situação informada apenas à mãe.

Emmeline Pankhurst: muito medo de fazer uma denúncia contra esse policial, devido exposição e se colocar em situação de risco de morte.

Clara Zetkin: refere que não realizou Boletim de ocorrência devido ao constrangimento e medo.

Olympe de Gouges: Se sentiu mal, com medo, vergonha e culpa, não tendo contado a ninguém.

Angela Davis: [...] relata que não procurou a polícia porque teve medo de envolver a família num grande conflito.

Frida Kahlo: Após o fato, não relatou a ninguém por medo e vergonha.

Betty Friedan: [...] não denunciou a agressão anteriormente por medo e vergonha, mas refere uso de contraceptivo de emergência dentro das 24h após o ocorrido. [...] A paciente relata que não registrou a denúncia, expressando sentimentos de culpabilização, vergonha e medo (Dados da pesquisa de campo, 2025).

Os sentimentos vivenciados, especialmente a culpa, refletem o peso que o patriarcado, a religião e o mito do amor materno ainda exercem sobre a vida das mulheres, fazendo com que elas, muitas vezes de maneira inconsciente, absorvam para si total responsabilidade pela violência sofrida, em detrimento do único culpado: o agressor. A objetificação e reificação das mulheres e de seus corpos sustenta estruturas de poder que naturalizam a violência sexual, perpetuando-a como instrumento de dominação e silenciamento. Assim, a violência sexual é não só um ato individual, mas expressão de um sistema patriarcal que legitima o controle sobre o corpo feminino.

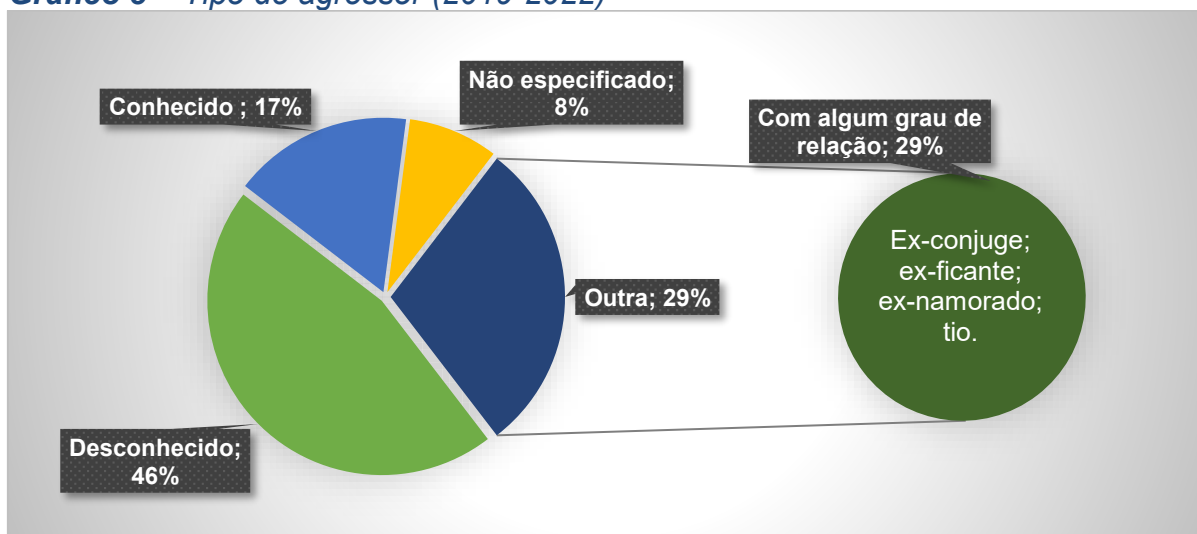
Outro aspecto vivenciado, e descrito por Maria da Penha, foi o da impunidade, exatamente por violências sexuais sofridas na infância que não tiveram desfecho positivo de justiça para ela. Denunciando ou não, as grandes consequências negativas atingem com mais força as mulheres:

*A paciente não revelou inicialmente a agressão por medo, vergonha e crença de que não adiantaria nada revelar a agressão, já que em outras ocasiões não foi ouvida. Relata histórico de abuso sexual aos 07 anos (padrasto) e aos 10 anos (tio paterno), quando buscou ajuda da mãe e foi desacreditada. Após revelar a agressão a uma tia materna, tomou conhecimento da possibilidade legal de interrupção de gestação nessas situações de estupro e buscou o Hospital Materno Infantil para atendimento (**Maria da Penha**, Dados da pesquisa de campo, 2025).*

Os agressores, como aponta a literatura, geralmente são pessoas conhecidas, do convívio da vítima, isentos de qualquer suspeita. A familiaridade e a convivência são variáveis que dificultam as denúncias e prejudicam o enfrentamento desta problemática, pois as consequências disto enveredam pelas instâncias emocional e econômica (Williams, 2002).

Apesar da alta prevalência, a violência sexual ainda tem os menores índices de denúncia, isto porque a discussão da sexualidade humana ainda é um tabu visto pelas lentes da moralidade, ou da falta dela. O gráfico 03, a seguir, apresenta os agressores relatados pelas mulheres atendidas no HU. Em 29% dos casos, o agressor foi alguém íntimo, com quem a vítima dividia relação de “afeto”.

Gráfico 3 – Tipo de agressor (2019-2022)



Fonte: Elaboração do autor, com base nas informações da pesquisa (2025).

As mulheres que buscam a interrupção da gestação estão, como apresentado acima, na grande maioria das vezes sozinhas, vulneráveis e expostas, com medo das consequências trazidas a partir da revelação da violência, para si e para outrem. Há sempre algo à frente da decisão: a família, a culpa atribuída à interrupção do desenvolvimento do feto, o medo da morte, e outros. Sua autonomia e necessidades não raramente ficam em segundo plano (Giugliani *et al.*, 2021). Ao que parece, às vezes, de maneira inconsciente, as mulheres tomam para si uma culpa que não lhes cabe:

***Frida Kahlo:** Alívio após abortamento; Decisão acertada e consciente; se sentiu triste por ponderar que o feto “não tinha culpa de nada”, mas reafirma certeza de ter tomado à melhor decisão, por não possuir condições emocionais de levar uma gestação assim adiante (Diário de campo, 2025).*

O medo das ameaças recebidas, a vergonha diante da situação de violência vivenciada, o receio de julgamentos, a culpabilização e a falta de informação são reflexo da dominação patriarcal e do exercício do poder historicamente atribuído ao macho, e possuem grande peso na decisão de denunciar ou não a violência sofrida, estando intrinsecamente vinculados à dominação masculina:

[...] a coação sexual, sob a forma de estupro, de provocação, de paquera, de esgotamento etc., é, em primeiro lugar, um dos meios de coerção empregados pela classe dos homens para submeter e amedrontar a classe das mulheres, ao mesmo tempo em que é a expressão do direito deles de propriedade sobre esta mesma classe (Guillaumin, 2014, p. 58).

Os gráficos 4, 5, 6 e 7, abaixo, apresentam detalhadamente a caracterização de todos os atendimentos realizados entre os anos 2019 e 2022 por ocasião de violência sexual, a fim de ilustrar de maneira mais adequada a realidade deste fenômeno no estado do Maranhão:

Gráfico 4 – Quantidade de atendimentos mensais, por gênero (2019)

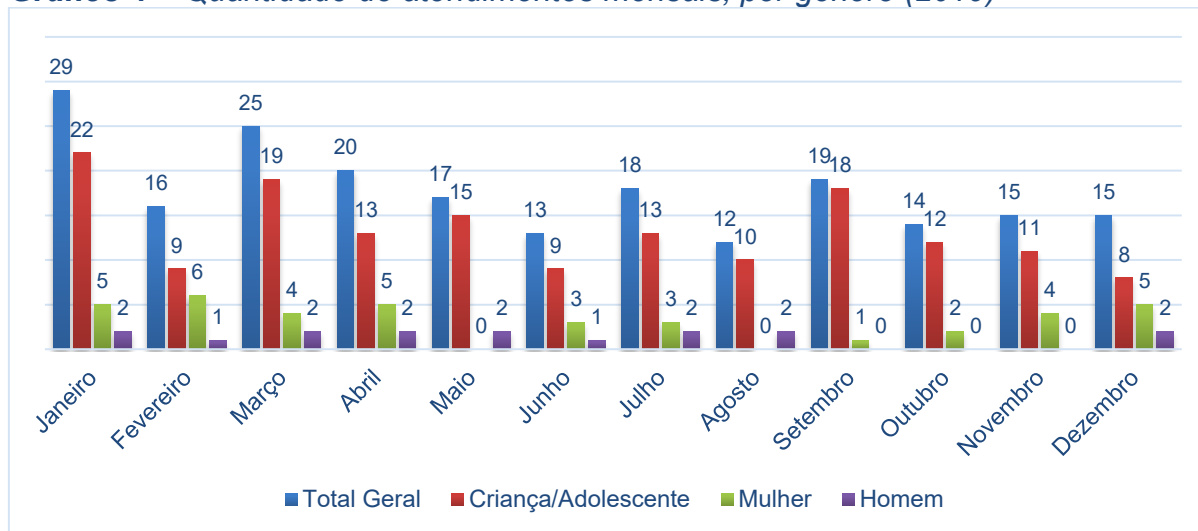


Gráfico 5 – Quantidade de atendimentos mensais, por gênero (2020)

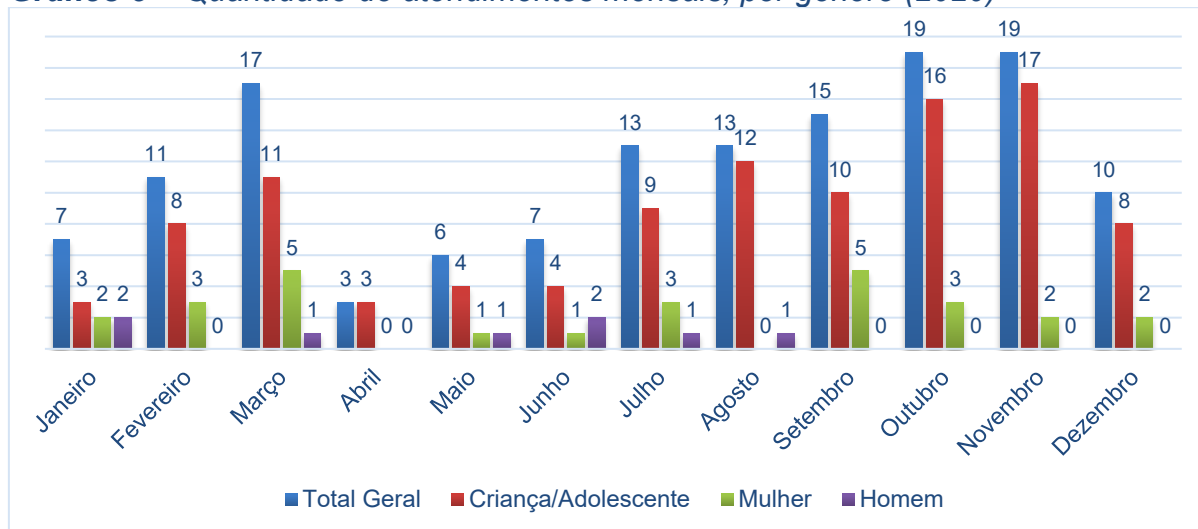
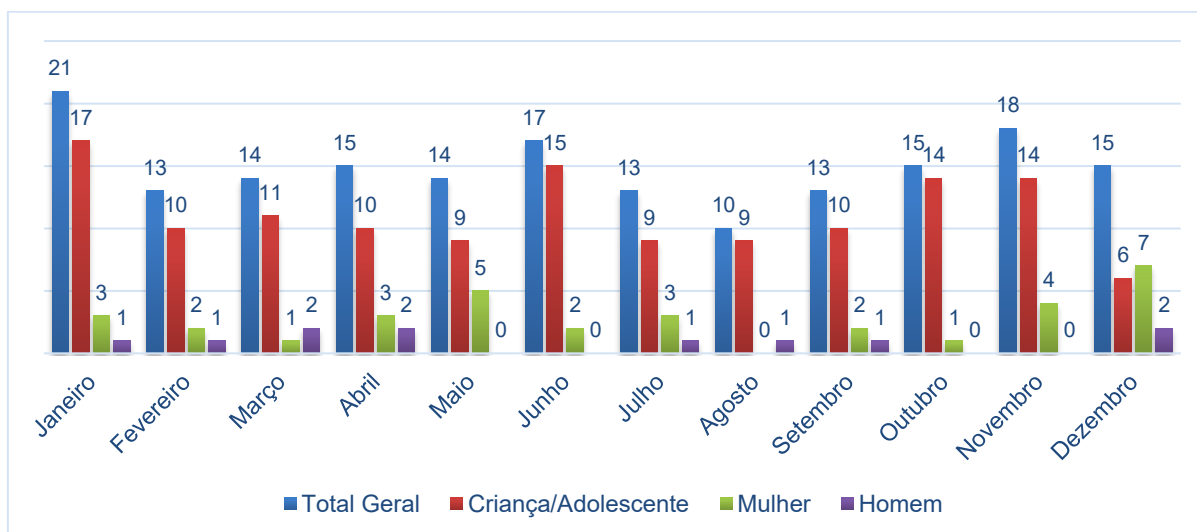
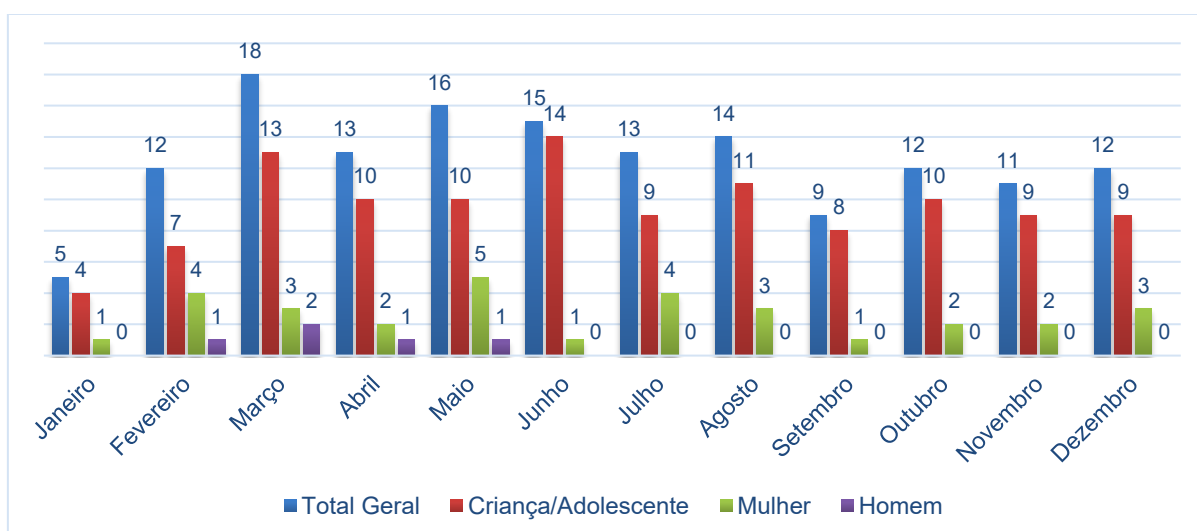


Gráfico 6 – Quantidade de atendimentos mensais, por gênero (2021)**Gráfico 7 – Quantidade de atendimentos mensais, por gênero (2022)**

Fonte: Elaboração do autor, com base nas informações da pesquisa (2025).

Mediante a interpretação dos dados, é possível verificar que, dos 212 atendimentos realizados em 2019, 159 destinaram-se a crianças e adolescentes do gênero feminino, o equivalente à 75%; 17,92% foram a mulheres adultas, sendo que nos meses de maio e agosto não houve registro de atendimento a mulheres em situação de violência. Isto se repete nos meses de abril e agosto de 2020, e agosto de 2021.

A prevalência da violência sexual contra meninas se mantém por todos os anos seguintes analisados: em 2020 foram 105 atendimentos (75%); em 2021, 134 atendimentos (75,28%); e em 2022, 114 atendimentos (76%). Cabe o destaque de

que apenas no mês de dezembro de 2021 o número de atendimentos a pessoas adultas (total de 7) ultrapassou o de meninas (6 registros).

Ademais, no primeiro trimestre de 2020 houve queda considerável no número total de atendimentos, período concomitante à decretação da pandemia de Covid-19 no Brasil, impondo a adoção de medidas de prevenção e controle de infecções que foram desde o distanciamento social à total reclusão nos ambientes domésticos (*lockdown*).

O HU-UFMA, especificamente, publicou rapidamente, no dia 09 de março de 2020, um Plano de Contingência que orientou as ações institucionais de enfrentamento à pandemia. O plano determinou que visitas, consultas e cirurgias eletivas fossem suspensas em todo o Hospital, por tempo indeterminado, além da redução da troca de acompanhantes para pacientes internados nas enfermarias (Brasil, 2020a). Não se fez menção ao atendimento à PSVS, mas deduz-se que, por se tratar de serviço essencial, não pode ser interrompido.

A referida baixa no número de atendimentos não significa dizer que a pandemia cessou a prática da violência. Os meses iniciais de isolamento social agudizaram todas as formas de violência, trazendo consequências gravíssimas para as vítimas, que se encontravam obrigadas a conviver ininterruptamente com seus agressores. Esta tendência acompanha os dados nacionais registrados:

Observa-se que o mês de abril de 2020 marca o menor número de registros de estupro de mulheres em todo o período. Trata-se do mês de intensificação das medidas de isolamento social na maior parte dos estados brasileiros, o que sugere que a redução dos casos está relacionada a uma maior dificuldade de acesso das mulheres às delegacias para registro de Boletins de Ocorrência. Após abril de 2020, inicia-se a retomada nos casos de estupro registrados, tendência que permanece em 2021 (FBSP, 2022b, p. 10).

À nível nacional, dados da Segurança Pública indicam que houve queda acentuada nos registros de estupros de mulheres durante o primeiro semestre de 2020, em comparação com 2019, aspecto que também pode ser verificado no Maranhão a partir dos atendimentos de saúde. Se comparado a 2020, em 2021 houve aumento de 46,3% nos registros de estupros de mulheres, ficando atrás apenas de Paraíba. Do início da pandemia ao final de 2021, estima-se que pelo menos 100 mil meninas e mulheres sofreram violência sexual (FBSP, 2022b).

Com relação à violência sexual, os dados mundiais mostram que mais de uma em cada três mulheres sofreram violência por parceiro íntimo ou violência sexual de não parceiro em algum momento de suas vidas (Starrs et

al., 2018). Chama a atenção a alta prevalência de abuso sexual na infância, presente em uma em cada cinco meninas (OMS, 2014). Trata-se de um problema global, que está profundamente enraizado na desigualdade de gênero e tem graves consequências que impactam a sociedade como um todo, uma vez que dificultam as conquistas sociais e a manutenção socioeconômica das mulheres que vivenciam esta situação (Giugliani *et al.*, 2021. p. 54).

Todas as informações discutidas despertaram muitos questionamentos: por que os maiores números de registros são de crianças/adolescentes? A violência sexual contra mulheres adultas reduziu ou não é feita a denúncia, tampouco a busca por atendimento no sistema de saúde? Qual a relação entre a quantidade de gestações registradas e a de interrupções legais realizadas? Acerca disso, Giugliani *et al.* (2021. p. 69) esclarecem que

Mulheres que vivenciam violência sexual, em geral, sentem-se sozinhas, expostas e vulneráveis. Essa condição é agravada em casos de mulheres muito jovens, dependentes economicamente, ou que vivenciam discriminação racial, religiosa ou de orientação sexual. Sentimentos de medo, vergonha de se expor e temor de ser considerada culpada pela ocorrência da violência também se tornam barreiras para a busca do atendimento. A escassez de serviços de referência públicos, a ausência de serviços de referência privados, o despreparo técnico das instituições, a desarticulação da rede de atenção à saúde, o desconhecimento da legislação pela sociedade e por profissionais da saúde, as exigências burocráticas desnecessárias e incorretas (como a apresentação do boletim de ocorrência policial) e a objeção de consciência dos profissionais são algumas das barreiras [...].

O cenário da política de proteção à mulher vítima de violência no Brasil ainda requer muitos avanços tanto do ponto de vista institucional quanto do ponto de vista da conscientização social. Não raramente mulheres relatam que foram desacreditadas em algum momento na via-crúcis da busca por ajuda, seja pela família, pelas instituições de segurança, unidades de saúde ou por algum outro equipamento que deveria ser pautado na proteção destes sujeitos.

A literatura estima que aproximadamente 7% das mulheres que sofrem violência sexual engravidam, o que resulta em mais de 35 mil gestações por ano. Deste montante, menos de 5% recorre à interrupção legal da gestação. Onde estão, portanto, as mulheres que engravidam e não chegam ao hospital? Este dado torna-se ainda mais preocupante quando se observam os registros de notificação contidos no SINAN Net:

Quadro 3 – Notificações de estupro no Maranhão entre 2019 e 2022 registradas no sistema SINAN Net

Ano	Mulheres de 20 a 49 anos ²⁹	Total de notificações
2019	126	557
2020	98	486
2021	116	607
2022	145	666

Fonte: Elaboração do autor, com base nas informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde/SVS no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net (2025a).

Os quatro anos analisados totalizam 2.316 notificações de atendimentos realizados a pessoas vítimas de violência sexual no Maranhão. Aproximadamente 20% destes foi prestado a mulheres entre 20 e 49 anos. Destas 485 notificações, apenas 129 foram registradas pelo HU-UFMA, serviço especializado no tipo de atendimento no estado. Isto significa dizer que as outras 356 mulheres que conseguiram chegar a alguma unidade de saúde talvez não tenham recebido as orientações e/ou cuidados devidos, visto que não foram encaminhadas ou atendidas na unidade de referência. Apesar de conter o campo para registro de gravidez no instrumental de preenchimento, o sistema SINAN Net não dispõe deste filtro; logo, não é possível fazer o comparativo entre quantidade total de gestações registradas e os dados do HU, mas é possível provocar a reflexão sobre o baixo quantitativo de mulheres gestantes que buscaram o HU-UFMA – 195 registros –, e o ainda mais baixo número de abortos legais realizados nos 4 anos avaliados – 43, registrados no gráfico 1.

Essas análises permitem aferir que todas as mulheres que solicitaram interrupção legal da gestação no HU-UFMA eram de cidades próximas à São Luís. Conforme a classificação de regiões geográficas intermediárias realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que separa o estado do Maranhão em 5 grandes regiões - São Luís, Santa Inês-Bacabal, Caxias, Presidente Dutra e Imperatriz (IBGE, 2018), todas as mulheres residiam nas cidades constitutivas da região intermediária São Luís, principalmente na região metropolitana.

²⁹ As informações aqui contidas foram consolidadas utilizando filtros: UF da ocorrência (21 Maranhão); faixa etária da vítima (20 a 49 anos); e estupro (Sim).

Na realidade nacional, ainda há poucos serviços habilitados para realização do aborto legal, e os poucos que existem estão concentrados nas grandes cidades/capitais (Medeiros; Diniz, 2016). A distância representa apenas um dentre os vários percalços que mulheres brasileiras enfrentam para acessar o abortamento no país. Isto alerta para as dificuldades enfrentadas por mulheres oriundas de outras regiões mais distantes da capital, que podem, inclusive, desconhecer a oferta do serviço, o que marginaliza aquelas que residem em regiões rurais ou periféricas.

Certamente, a distância física, aliada à precariedade do transporte, à ausência de unidades habilitadas em localidades interioranas e à força do machismo repercute diretamente na busca por serviços de aborto legal. Os dados ilustram que os municípios permanecem desprovidos de equipamentos básicos, mesmo após mais de 80 anos de previsão legal. Sendo produto das relações sociais, o território também é político e campo de disputas. Nesse sentido, a distribuição geográfica dos serviços de aborto legal evidencia as desigualdades estruturais que restringem o direito à saúde e à autonomia corporal de mulheres em territórios vulnerabilizados, podendo representar também uma tentativa velada do Estado de reduzir a busca por esse direito.

Quase 40% das mulheres que fizeram um aborto autorizado por lei no Brasil entre janeiro de 2021 e fevereiro deste ano realizaram o procedimento fora do município onde moravam. [...] Foram 1.823 procedimentos de aborto autorizado por lei no Brasil no período. Destes, 711 ocorreram em uma cidade diferente da que a paciente morava. Deste total, 25 mulheres saíram dos seus estados para fazer o abortamento [...] (Farias; Figueiredo, 2022, online).

A seguir, será apresentado o perfil das mulheres solicitaram a interrupção legal da gestação no HU-UFMA.

4.3 Quem são, de fato, as mulheres que realizaram aborto legal no Maranhão?

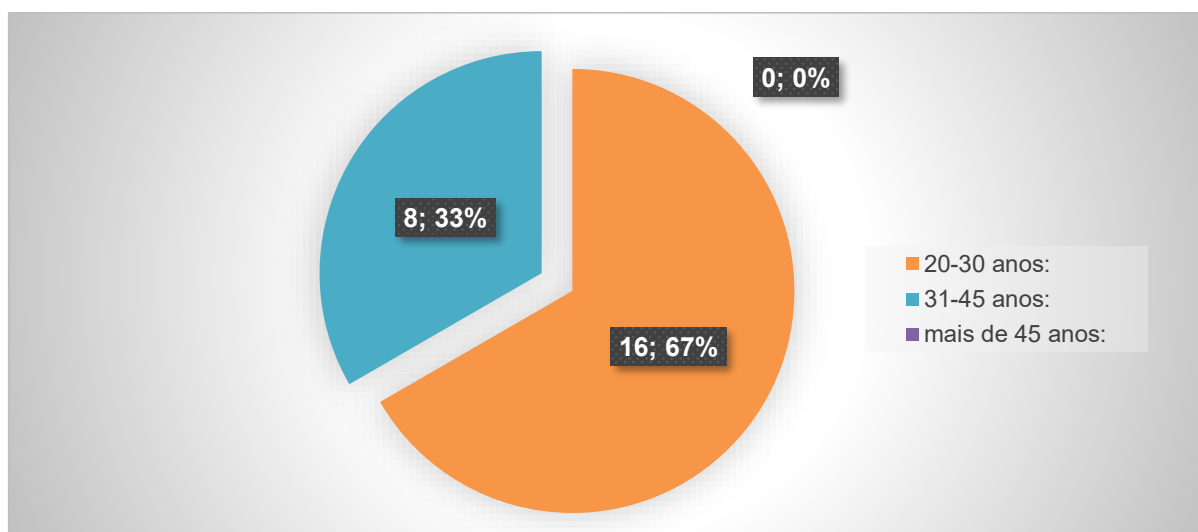
Perfil das solicitações de interrupção legal da gestação realizadas no HU-UFMA

Ao contrário do discurso dominante que desumaniza as mulheres que recorrem à realização do aborto, seja ele legal ou não, relegando-as à posição de egoístas, assassinas, a realidade concreta aponta que sua prática não é homogênea. Como apresenta Débora Diniz, em entrevista concedida à revista Consultor Jurídico, “[...] uma em cada cinco mulheres até os 40 anos já fez um aborto no país — ou seja, todos

nós, mesmo que não saibamos, conhecemos uma mulher que já fez aborto. Elas são mulheres comuns, têm filhos, têm religião” (Pompeu, 2018, online).

Na realidade do atendimento especializado ofertado pelo HU-UFMA, em 67% das situações analisadas as mulheres que optaram pela interrupção legal da gestação em decorrência de violência sexual tinham entre 20 e 30 anos, os anos iniciais da vida adulta, e 8% tinham entre 31 e 45 anos, conforme demonstra o gráfico 8, abaixo. O ato da violência, e a gravidez resultante, reverberam de maneira muito cruel nas vidas destas mulheres, que muitas vezes a duras penas lutam por espaço no mercado de trabalho, pela continuação da qualificação educacional, e se veem obrigadas a tomar a difícil decisão de como lidar com as consequências deste fenômeno completamente alheio à sua vontade.

Gráfico 8 – Idade das mulheres no momento de solicitação do aborto previsto em lei (2019-2022)

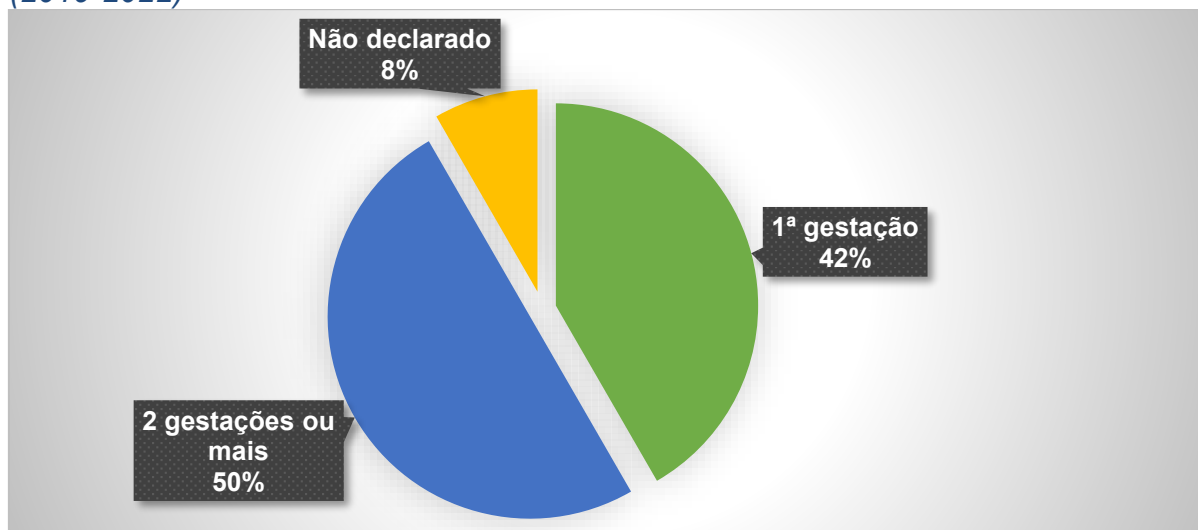


Fonte: Elaboração do autor, com base nas informações da pesquisa (2025).

Os dados obtidos a partir da pesquisa empírica revelaram que, apesar do fenômeno do aborto não ser homogêneo nem passível de generalização, há alguns aspectos preponderantes entre quem o faz, que podem ser afetados por variáveis como renda, escolaridade, etnia, territorialidade etc. O público atendido no Maranhão segue padrões semelhantes ao encontrado em pesquisas que retratam o contexto nacional: a PNA, realizada nos anos 2010, 2016 e 2021, evidencia que, na ocasião da realização do último aborto, as mulheres entrevistadas tinham idade entre 20 e 29 anos.

Atinente ao histórico gestacional, pelo menos 50% delas já tiveram mais de uma gestação; algumas, quatro, cinco e até seis gestações anteriores, como ilustra o gráfico 9, a seguir:

Gráfico 9 – Histórico gestacional das mulheres que realizaram aborto previsto em lei (2019-2022)



Fonte: Elaboração do autor, com base nas informações da pesquisa (2025).

Mas há também aquelas que já sofreram mais de uma violência sexual e tiveram que decidir mais de uma vez sobre a manutenção ou não da gestação. Em todos os registros analisados, foi identificado o caso de 01 (uma) usuária que buscou atendimento no HU-UFMA no ano de 2019 e solicitou a interrupção da gestação, mas teve parecer desfavorável por incompatibilidade das informações fornecidas. Foi então que procurou o outro serviço existente no estado (MACMA) que, apesar de não constar na lista do MS de unidades credenciadas, efetivou o direito da usuária.

Verificou-se, com frequência, que as mulheres que estavam em sua primeira gestação tinham sentimentos extremamente negativos sobre a experiência gravídica, contrários à toda e qualquer expectativa romântica imposta, e mesmo aquelas que não desconsideravam a ideia de serem mães sofriam profundamente, reverberando, inclusive, na maneira como visualizam o feto:

Dandara dos Palmares: *Apresenta sentimento de culpa, angústia e vontade de resolver a situação e retornar para seus estudos. [...] Está certa de sua decisão de interrupção, referindo que não tem nenhum tipo de vinculação afetiva com o bebê e que não se sente mãe.*

Betty Friedan: *Mostra sofrimento pela situação [...], optou pela interrupção legal da gestação. [...] Expressa sentimentos de desespero com a gestação, referindo repulsa pela criança.*

Frida Kahlo: *Relata sentimentos de tristeza e revolta, expressando rejeição à essa gestação, com desejo de que tire essa coisa dela [...].*

Eleanor Roosevelt: *[...] a paciente mostra-se decidida pela interrupção. [...] não manifesta desejo de escuta do bebê [...].*

Audre Lorde: *A paciente nunca teve o desejo da maternidade, sendo mais difícil após o contexto da violência vivenciado.*

A maternidade e a superação da violência a todo custo em prol da manutenção da gestação se apresentam como imposições sociais, morais e religiosas para que a mulher assuma sua posição submissa, historicamente incentivada. Novamente, o *eu* se coloca em segundo plano para dar lugar ao *outro*:

Neste processo, a condição reprodutiva das mulheres deixa de ser um potencial, um direito, para transformar-se em um dever, inscrito em seu corpo e em sua subjetividade. A procriação passa a ser entendida como a função precípua das mulheres e definidora de suas características e seus modos de ser, e a valorização ou desvalorização das demais capacidades da mulher será decorrente da sua contribuição exercício da maternidade (Villela; Barbosa, 2011, p. 23).

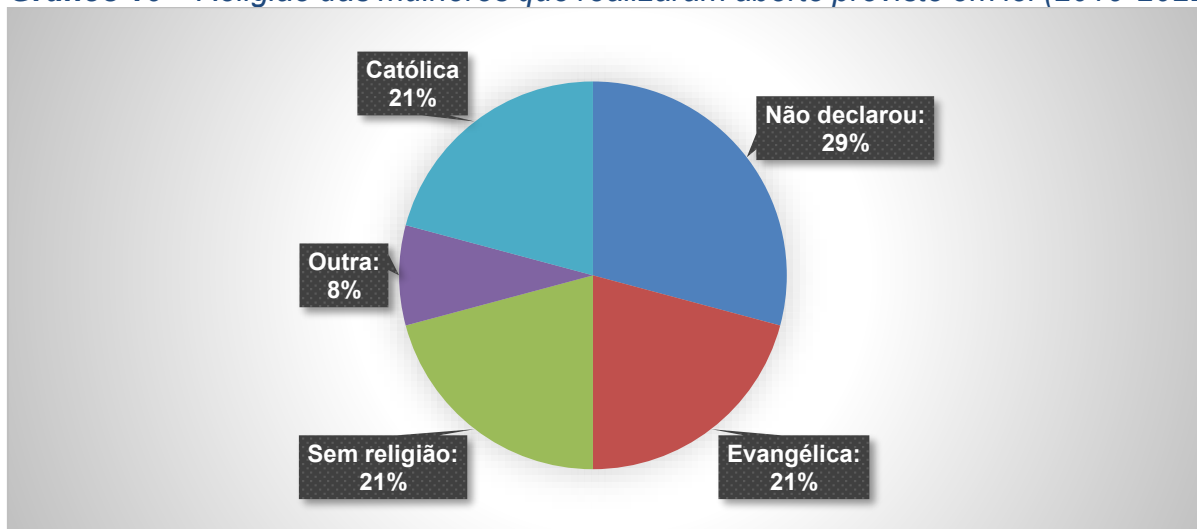
Do ponto de vista dos dados concretos, recorrer ao aborto não se traduz no ódio pela vida, no desejo de extermínio, nem na escolha do pecado como pintam os que se reivindicam *pró-vida*. Em sua grande maioria, as mulheres reais que abortam já são mães e levam em consideração as condições reais da vida. Não há defesa da vida quando se negligencia o direito a viver com dignidade, tendo os direitos fundamentais garantidos.

Os mesmos que defendem o direito à vida desde a concepção e demonizam as pessoas que assim o fazem ignoram os dados de óbitos maternos por abortos inseguros, são a favor da redução da maioridade penal, criticam os programas de transferência de renda – e os benefícios sociais de modo geral, alegando incentivar a ociosidade, são contra a adoção por casais homoafetivos, descredibilizam situações de violência sofridas por crianças, ignoram totalmente o grande contingente de crianças que não possuem o nome do pai no registro de nascimento, ainda levantam a bandeira do *bandido bom é bandido morto*. Se a vida precisa ser respeitada desde a concepção, por que agem como se ela se encerrasse na hora do parto? Logo, percebe-se que

[...] o direito das mulheres a uma vida digna, que inclui a liberdade para fazer escolhas, e o compromisso da sociedade em respeitá-las, é confrontado com o direito ao desenvolvimento do embrião ou feto, camuflado de direito à vida de um ser que ainda não existe (Ventura, 2009 *apud* Villela; Barbosa, 2011, p. 31).

No que diz respeito à crença religiosa, o gráfico 10, abaixo, aponta que pelo menos 50% das mulheres que realizaram o aborto legal no HU-UFMA seguiam alguma crença religiosa, sendo a maioria das religiões católica e evangélica (42%); 21% não seguia nenhuma; 29% não declarou durante os atendimentos. Não eram pessoas céticas, a favor do homicídio que estavam banalizando a vida e as violências. Pelo contrário. Os registros apontam, inclusive, que a decisão se dá envolta de bastante sofrimento e culpa.

Gráfico 10 – Religião das mulheres que realizaram aborto previsto em lei (2019-2022)



Fonte: Elaboração do autor, com base nas informações da pesquisa (2025).

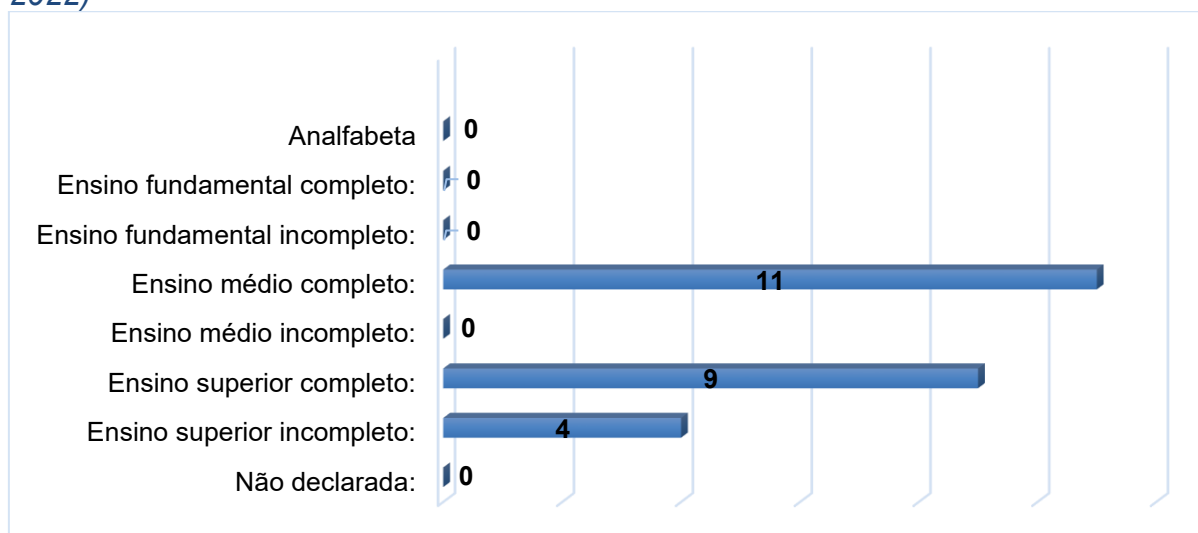
Dados nacionais evidenciam a mesma tendência. Clandestinamente ou não, a maioria massiva das mulheres que abortam segue algum tipo de crença religiosa e/ou espiritual, quase sempre católicas ou evangélicas. Para Giugliani *et al.* (2021, p. 29),

[...] falar de aborto, mesmo em situação explicitamente dramática, recai sobre uma proibição advinda de conceitos e crenças culturais e religiosas, em que determinadas ações ou comportamentos são considerados impuros e passam a ser entendidos como nocivos ou danosos. Cria-se uma crença subsequente de que tais ações podem acarretar uma punição ou uma fúria de origem sobrenatural. O poder desse discurso encontra-se tão arraigado na sociedade brasileira que seus efeitos atingem inclusive as mulheres que não compartilham de crenças religiosas. Há uma cobrança social para que todas as mulheres atuem e comportem-se de acordo com os princípios religiosos hegemônicos.

Ademais, o gráfico 11 evidencia que todas as mulheres atendidas possuíam o ensino médio como escolaridade mínima (45,8%); 37,5% tinham ensino superior completo; e 16,7% o estavam cursando. Para Diniz, Medeiros e Madeiro (2010), mulheres com baixa escolaridade são as que mais recorrem ao aborto inseguro, pois

enfrentam múltiplas barreiras para acessar o aborto legal, como a desinformação sobre seus direitos, o medo de criminalização e o despreparo ou resistência de profissionais de saúde. Essas mulheres estão em desvantagem por não terem acesso a informações claras sobre os casos permitidos por lei (estupro, risco à vida e anencefalia), além de enfrentarem instituições públicas que operam sob lógica punitiva e discriminatória. Assim, a escolaridade funciona como um marcador de exclusão no acesso ao aborto legal, reforçando o ciclo de desigualdade que atravessa gênero, classe e educação.

Gráfico 11 – Escolaridade das mulheres que realizaram aborto previsto em lei (2019-2022)



Fonte: Elaboração do autor, com base nas informações da pesquisa (2025).

Cabe ainda destacar que, atinente aos aspectos socioeconômicos, 71% delas exerciam algum tipo de atividade remunerada. 16 (dezesesseis) mulheres se autodeclararam pardas, o equivalente à 66,7%; 33,3% se autodeclararam brancas; e 12,5% eram pretas. Percebe-se que se trata de uma tendência nacional, conforme a literatura especializada (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2023).

Ademais, 79% das mulheres chegaram na unidade de saúde ainda no 1º trimestre, aspecto que contribui para maior segurança e eficácia do procedimento, visto que quanto mais cedo se intervém, menores as chances de complicações ou falhas. Atribui-se isto justamente à maior escolaridade apresentada, aspecto que possibilita maior conhecimento e articulação com a rede de serviços.

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, editada pelo Ministério da Saúde, indica que se deve dispensar atendimento qualificado e

humanizado às mulheres em processo de abortamento, de modo a minimizar seu sofrimento, inclusive no que diz respeito aos métodos utilizados. Estes devem ser escolhidos de maneira consensuada com a mulher, considerando sua autonomia e autodeterminação.

Durante o primeiro trimestre, sua realização é mais segura, podendo ser utilizada a AMIU e o abortamento farmacológico por meio do misoprostol. A NT indica ainda o uso da curetagem uterina; contudo, como já apresentado em capítulos anteriores, além de ser um procedimento extremamente oneroso ao Estado, também é invasivo e oferece bastantes riscos às mulheres, sendo considerado obsoleto pela OMS. No segundo trimestre, deve-se optar pela alternativa farmacológica (Brasil, 2005). Medeiros e Diniz apontam que

A aspiração manual intrauterina (AMIU), método mais frequente de interrupção da gravidez nos casos analisados, encontra respaldo nas recomendações da Organização Mundial da Saúde para esvaziamento uterino. Para os casos de até 12 semanas de gestação, a AMIU deveria ser o método de eleição, pela possibilidade de ser realizada com anestesia local, apresentar menos complicações, ter custos menores e ser tão eficaz quanto o esvaziamento proporcionado pela curetagem uterina. Além disso, nas situações em que a AMIU é empregada, o controle da dor é facilitado e o tempo de espera pelo procedimento é menor (Medeiros; Diniz, 2016, p. 569).

Na realidade do HU, percebe-se que ainda se realiza a curetagem uterina para alguns casos, mas de maneira excepcional. A grande maioria dos abortos legais realizados utilizaram o método farmacológico aliado à AMIU, seguindo as recomendações do MS, o que pode justificar o rápido tempo de internação. Em média, as mulheres receberam alta no dia seguinte à realização do procedimento. Quando há curetagem, o tempo de internação variou de 2 a 3 dias.

Como consequência trazida pela realização ou não do aborto legal, os registros possibilitaram a identificação de 3 principais: sofrimento psíquico intenso; ideação e/ou tentativas de suicídio; e alívio. A literatura especializada discorre que, a despeito dos baixos riscos clínicos do procedimento de interrupção da gestação, os efeitos a longo prazo para a vida das mulheres são maiores quando não há sucesso na resolução da gestação:

[...] as sequelas psicológicas adversas são observadas em uma pequena porcentagem das mulheres que fazem abortos, sendo maiores entre as mulheres que desejam abortar e não conseguem, ou entre crianças que nascem de uma gravidez não desejada (Villela; Barbosa, 2011, p. 95).

Tal sofrimento está expresso na totalidade dos atendimentos analisados, sendo a principal queixa das mulheres. Variam desde a angústia até a repulsa pelo próprio corpo:

Malala Yousafzai: [...] expressa importante sofrimento psíquico devido a situação de gestação decorrente de violência sexual e avalia não ter condições psicológicas de prosseguir com a gestação, expressando nojo até do próprio corpo.

Nisia Floresta: [...] expressa que “não aguentava mais”, “essa coisa tá me consumindo por dentro”. Consegue expressar sentimentos de raiva, revolta, angústia e ansiedade, expressando seu desejo e decisão pela interrupção legal da gestação.

Joana d’Arc: A paciente mostra decisão pela interrupção, não conseguindo visualizar outra opção. Expressa que toda hora fica pensando “nisso aqui” [feto], que a remete à violência sofrida. [...]. Expressa sentimentos de desespero e pânico após a violência, piorado com a notícia de gestação. Após orientações sobre suas possibilidades, a paciente mostra decisão pela interrupção legal.

Bertha Lutz: Relata que o evento lhe trouxe prejuízos emocionais, como crises de ansiedade, descrevendo sintomas como falta de ar, taquicardia, medo e vigilância.

Sojourner Truth: [...] expressando sofrimento em conviver com a ideia de estar gestando nessas condições de violência [...]. Expressa que “quer se livrar logo disso” (Dados da pesquisa de campo, 2025).

Apesar da certeza visualizada nos relatos das mulheres, é um erro incorrer na ideia de que se trata de uma decisão simples para quem a toma. Como já discutido, é mais um dos momentos em que a mulher se depara com a obrigação de, num curto espaço de tempo – considerando inclusive o limite gestacional dos hospitais para interrupção da gestação – ter que decidir os rumos que sua vida irá levar em razão de um acontecimento que independeu da sua vontade e do seu consentimento.

Outro fator que pode contribuir com o aumento do sofrimento destas mulheres é o excesso de burocracia e de exigências para que seja franqueado o direito ao abortamento. A exigência de BO, a realização de inúmeras consultas de avaliação, as idas e vindas à instituição, a exigência de acompanhante durante o procedimento, a própria exigência legal de testemunhas da vítima na assinatura dos termos... tudo isso pode potencializar o sofrimento, o medo e o estresse vivenciados, visto que muitas mulheres adultas optam por não revelar essa situação com nenhum familiar, amigo ou conhecido, como foi observado em alguns registros. Não respeitar sua autonomia pode configurar-se como um obstáculo para a realização do procedimento (Giugliani *et al.*, 2021). No HU-UFMA, a presença do acompanhante durante o procedimento é de livre escolha da mulher, sendo incentivado para as situações em que ela avalie

necessitar de suporte emocional, uma vez que se compreende o turbilhão de sensações experienciadas neste momento.

Supor que praticar um aborto poderia, por si só, prejudicar a saúde mental das mulheres, ignorando todas as outras consequências advindas de uma manutenção forçada da gestação, “[...] repousaria no pressuposto, também equivocado, de que as mulheres não seriam capazes de tomar decisões sobre suas vidas de forma autônoma e responsável” (Villela; Barbosa, 2011, p. 97), contrariando as leis conservadoras da família patriarcal burguesa da responsabilidade feminina sobre os filhos. Ora... se a responsabilidade dos filhos sempre recai sobre a mulher, por que sua decisão de os ter ou não ainda causa tanto espanto? Dessa forma,

[...] negligenciar o direito da mulher ao aborto legal e obrigá-la a manter uma gravidez que decorre do estupro - seja isso resultado do silenciamento sociocultural, da falta de acesso à informação ou das barreiras para acessar os serviços de referência - pode ser considerado uma segunda violência (Giugliani *et al.*, 2021, p. 29-30).

Isto é tão certo, que a possibilidade de suicídio também foi algo frequentemente presente nos atendimentos. Novamente nos deparamos com as contradições da defesa da vida quando o tema é o aborto. Além dos riscos iminentes da prática clandestina, mesmo as mulheres que sofreram violência sexual e recorrem à legalidade consideram seu autoextermínio como sendo a alternativa mais viável caso o aborto não seja concretizado:

Simone de Beauvoir: *A usuária na data de ontem deu entrada no Socorrão por ter tomado diversas medicações ao mesmo tempo, relata que ao se sentir ameaçada queria resolver a situação da vida dela.*

Frida Kahlo: *Refere ansiedade elevada, tristeza, choro, refere ter tido ideias suicidas e uma tentativa de suicídio com faca, após descoberta da gestação. [...] A paciente mostra decisão pela interrupção, referindo não conseguir pensar em outra alternativa para a situação.*

Angela Davis: *"Estavam em casa e ele [o tio, agressor] surgiu no seu quarto sob efeito de álcool, a pressionando para o ato sexual, alegando que ele a sustentava. [...] Relata que estava tão desesperada que pensou em suicídio [...]. Não se sente vinculada afetivamente e entende que não tem condições financeiras para ser mãe. Não aceita ter um filho do tio. Omitiu o fato para os familiares, falando apenas para um irmão e uma amiga (Dados da pesquisa de campo, 2025).*

A manutenção de uma gestação indesejada, aliada às sequelas de uma violência sexual, é um importante fator de risco que pode potencializar os quadros de depressão e psicose puerperal, “[...] sendo também registrados casos de suicídio de

mulheres que se descobriram grávidas e, não podendo aceitar a gestação e não tendo acesso a um aborto seguro, preferiram morrer” (Villela; Barbosa, 2011, p. 99).

Na contramão do discurso apelativo, com fundo conservador e patriarcal, que tenta a todo custo situar a prática do aborto como um procedimento que trará culpa para a mulher durante toda a vida, o que se percebe quando se analisa a realidade concreta é que as mulheres se defrontam com uma enorme sensação de alívio pelo fato de não terem que vincular-se pelo resto de suas vidas ao momento em que sofreram violência sexual. Para além da resiliência, é preciso incentivar a autonomia sobre seus corpos e vontades:

Bertha Lutz: Exprime satisfação pela interrupção da gestação, visto que as circunstâncias lhe trouxeram muito sofrimento, apresentando lembranças negativas.

Angela Davis: Refere que está **certa sobre a interrupção legal da gestação**. Após acolhimento neste hospital, se sentiu melhor emocionalmente. Não pensa mais em suicídio (Dados da pesquisa de campo, 2025).

Para além de reforçarem as sensações e sentimentos vividos após interrupção da gestação, os relatos também atentam para o papel da unidade de saúde no processo de acolhimento destas mulheres, já que quase sempre é o primeiro – e muitas vezes o único – local buscado por elas. A garantia de atendimento qualificado e humanizado é fundamental quando se tem como horizonte a atenção integral. O atendimento não pode, jamais, se resumir ao ato de abortar. Para isso, é importante dispor de profissionais realmente comprometidos com os princípios do SUS, que reconheçam o fenômeno do abortamento como questão de saúde pública e como direito humano fundamental, uma vez que “[...] a presteza do atendimento, o acolhimento, os cuidados com a saúde física e mental da mulher e o respeito a seu estado emocional fazem grande diferença em termos de suas repercussões orgânicas e psicológicas do aborto” (Villela; Barbosa, 2011, p. 90).

Reconhecer que as mulheres que recorrem aos serviços de saúde durante o processo de abortamento enfrentam momentos de intenso adoecimento físico emocional e social é de extrema importância. Nesse contexto, entrelaçam-se sentimentos como solidão, angústia, ansiedade e medo. Ainda que essas emoções possam ser bastante marcantes no momento da decisão pela interrupção da gravidez, elas geralmente dão lugar a um sentimento de alívio após a realização do procedimento.

Essas emoções são moldadas por estruturas sociais e culturais profundamente enraizadas, como o patriarcado, o racismo, o machismo e influências religiosas, que perpetuam estigmas e dificultam o acesso a direitos reprodutivos (Diniz, 2019). O patriarcado impõe uma visão da mulher como objeto de controle, especialmente sobre seu corpo e sexualidade. Essa perspectiva é reforçada por discursos religiosos conservadores que condenam o aborto, mesmo em casos de violência sexual, levando muitas mulheres a internalizarem a culpa por buscar interromper uma gravidez resultante de estupro (Nascimento, 2020).

O racismo agrava essa situação, pois mulheres negras e indígenas enfrentam ainda mais barreiras para acessar serviços de saúde e são frequentemente descredibilizadas quando denunciam violência sexual. Estudos indicam que o estigma relacionado ao aborto é mais intenso entre mulheres negras, devido à interseção de discriminações raciais e de gênero (Carvalho; Menezes, 2018; Souza; Pereira; Almeida, 2022).

O machismo institucionalizado contribui para a revitimização dessas mulheres. Profissionais de saúde e do sistema de justiça, muitas vezes, questionam a veracidade das denúncias ou impõem obstáculos burocráticos para a realização do aborto legal, perpetuando a violência e o sofrimento (Ferreira; Lima, 2020; Costa, 2019). Alinhado a isso, a religião, quando utilizada como instrumento de poder, influencia políticas públicas e decisões institucionais, promovendo a culpabilização das vítimas e dificultando a implementação de políticas de saúde sexual e reprodutiva baseadas em evidências científicas e nos direitos humanos (Moura, 2016; Ribeiro; Santos, 2021).

Apesar de o aborto ser legal no Brasil em casos de estupro, risco de vida para a gestante ou anencefalia fetal, o acesso efetivo a esse direito é limitado. A falta de políticas públicas eficazes e a ausência de uma abordagem intersetorial que considere as especificidades de raça, classe e gênero perpetuam a desigualdade no acesso ao aborto legal. Mulheres em situação de vulnerabilidade social são as mais afetadas por essa negligência estatal (Amaral; Gomes, 2019; Silva; Souza; Lima, 2022).

A omissão do Estado brasileiro em garantir o acesso ao aborto legal reflete uma falha em cumprir compromissos internacionais de direitos humanos e em proteger a saúde e a dignidade das mulheres. Essa negligência contribui para a perpetuação de práticas clandestinas e inseguras, colocando em risco a vida de muitas mulheres (Human Rights Watch, 2021; WHO, 2022). É fundamental que o Estado adote

medidas concretas para assegurar o acesso ao aborto legal, incluindo a capacitação de profissionais de saúde, a implementação de protocolos padronizados e a garantia de atendimento humanizado e livre de julgamentos (Diniz, 2019; Oliveira; Fernandes, 2020).

O fetiche conservador e misógino de encarcerar mulheres a qualquer custo, utilizando como pano de fundo o fenômeno do aborto, mascara o fato de que a maior penalidade já foi dupla, triplamente aplicada através das violências sofridas cotidianamente e ao longo de toda a vida, do descaso com o qual são tratadas nos ambientes hospitalares, dos riscos à vida trazidos pela clandestinidade, das consequências psicológicas impostas pela manutenção forçada de uma gestação, e tantas outras observadas, mesmo com o direito ao aborto legal assegurado.

Somente por meio de políticas públicas comprometidas com a equidade e os direitos humanos será possível enfrentar as barreiras que impedem as mulheres vítimas de violência sexual de exercerem plenamente seus direitos reprodutivos, promovendo justiça e dignidade para todas. Urge, portanto, redefinir os rumos tomados pela sociedade no tratamento da questão do aborto, priorizando quem todos os dias experiencia o sentimento de morte ainda em vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa abordou, a partir do atendimento dispensado pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão às mulheres com gestação decorrente de violência sexual que recorrem à interrupção legal da gestação, o fenômeno do aborto na sociedade contemporânea, situando-o enquanto direito humano fundamental que integra o rol de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Aqui, buscou-se responder uma série de questionamentos pessoais, profissionais, humanos. Dividido em três seções, este estudo realizou um resgate da história de luta do movimento feminista pela ampliação da cidadania das mulheres e pelo direito ao aborto, além de caracterizá-lo como grave problema de saúde pública que requer respostas pela via das políticas públicas. Percebeu-se que, enquanto prática secular e íntima das mulheres, o ato de abortar passou a ser visto como um crime a partir de intervenções médicas e religiosas, que redimensionaram para os campos da medicina e da fé questões intrinsecamente vinculadas às mulheres.

Nesse interim, foi feito um panorama sobre a luta empreendida pelo movimento feminista contra o silenciamento e a negação de direitos experienciada pelas mulheres e imposta pelo patriarcado, caracterizando um contexto de dominação e exploração de seus corpos, sexualidades e mão de obra, visto que, quando da transição para o regime capitalista, as mulheres ficaram à margem do direito ao trabalho formal, reclusas ao cuidado doméstico não remunerado.

O patriarcado, enquanto sistema de dominação-exploração das mulheres, garantiu que o poder e a dominação masculinas se perpetuassem até hoje. Numa articulação profunda com o racismo e o capitalismo, transmutou-se em um super sistema de dominação de classe, raça e gênero, que teve como principais prejudicadas as mulheres.

Ainda que não funcione com os mesmos mecanismos de sua origem e o poder hoje não esteja mais concentrado nas mãos do pai, ainda são os homens que ditam o destino das camadas subalternas. Seja no âmbito privado, seja no público, ainda assistimos atônitos os tentáculos do sistema patriarcal operando sobre a vida social. O contexto de violências e crimes contra as mulheres, como o feminicídio e o estupro, por exemplo, ainda que sejam crimes bárbaros, não são tratados amplamente como

resultado do ódio contra as mulheres alimentado por séculos. O controle de sua natalidade só é aceito quando praticado pelo Estado, mediante políticas ineficazes e conservadoras direcionadas apenas às mulheres.

Nisto, como aponta a extensa literatura apresentada, restam prejudicados vários direitos das mulheres, conquistados a duras penas, a exemplo dos direitos sexuais e reprodutivos. Estes fazem referência à possibilidade de decidir livremente sobre o exercício livre da sexualidade e da capacidade reprodutiva.

Apesar de todos os tratados internacionais e pactos de desenvolvimento assumidos com o intuito de fortalecer os direitos humanos das mulheres, o que se vê é que, além dos direitos sexuais e reprodutivos não serem tratados como tal, ainda sofrem ataques cotidianos. No governo do ex-presidente Bolsonaro o país vivenciou uma guinada conservadora que atacou brutalmente os direitos sociais, afetando com mais força as minorias. Adotando políticas antigênero, de defesa da família patriarcal e de incentivo ao comportamento heteronormativo, o Estado posicionou-se contra a liberdade sexual e reprodutiva das mulheres, reduziu o financiamento das políticas de prevenção e enfrentamento à violência de gênero e condenou a possibilidade de interrupção da gestação, inclusive nas possibilidades legalmente constituídas, atuando com o legislativo para aniquilar as conquistas empreendidas.

Embora vigente há mais de oito décadas, o direito ao aborto no Brasil enfrenta uma série de contradições e obstáculos provenientes de fatores culturais, econômicos, religiosos, éticos e políticos. A incapacidade do Estado de garantir a plena efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos leva ao agravamento de problemas como a violência sexual e o aborto inseguro, caracterizando-os como graves problemas de saúde pública. Todo o contexto de insegurança e de ameaça à democracia nos levam a compreender que a possibilidade de revogação dos direitos atuais é latente, uma vez que são estratégias de apaziguamento das forças produtivas do sistema capitalista. Contudo, não podemos cair na armadilha do fatalismo, como alerta Marilda Villela Iamamoto. A história de luta da América Latina através dos movimentos sociais ratifica que também é possível desenharmos uma nova perspectiva para a questão do aborto.

A despeito de ser uma das violências que mais atinge mulheres e meninas, a subnotificação dos casos existe e dificulta o enfrentamento do problema mediante o aprimoramento das políticas públicas. A pesquisa revelou que a maioria dos atendimentos realizados nas instituições de saúde são para crianças e adolescentes

do sexo feminino e que muitas das mulheres adultas têm histórico de violência sexual, perpetuando o ciclo da violência, uma vez que as ações de enfrentamento não se debruçam sobre a raiz do problema.

No que diz respeito à saúde, o Estado brasileiro assegura a assistência integral à saúde da mulher vítima de violência sexual, incluindo a possibilidade de interrupção da gravidez. Apesar da previsão legal e normatização, as mulheres enfrentam muitas barreiras para acessá-lo: morais, religiosas, geográficas, sanitárias e outras. Os serviços estão localizados majoritariamente nas regiões metropolitanas, e nem todas as unidades de saúde habilitadas realizam o procedimento. Esses entraves influenciam tanto o atendimento quanto as possibilidades de tratamento, a depender da circunstância e do(a) profissional envolvido. Além disso, casos suspeitos de abortos inseguros são frequentemente abordados com negligência, hostilidade e até mesmo atos de violência.

Os serviços hospitalares e a rede de atenção básica ainda não possuem estrutura adequada para acolher, orientar e oferecer assistência em saúde às pessoas que enfrentam situações de violência sexual. Essa deficiência, aliada à desarticulação dos serviços de saúde e aos sentimentos de vergonha e medo de julgamento enfrentados pelas mulheres vítimas de violência sexual, contribui para falhas significativas na assistência prestada.

Nesse contexto, as barreiras enfrentadas por mulheres que vivenciam gestações resultantes de estupro vão além do acesso ao aborto legal. A ocorrência de gravidez após um estupro reflete a existência de obstáculos que impediram o acesso dessas mulheres ao atendimento emergencial logo após a violência. Dessa forma, a limitação ao aborto legal insere-se em um panorama mais amplo de insuficiência na abordagem da saúde sexual e reprodutiva feminina.

A pesquisa evidenciou que, se comparados os casos de estupro registrados no Maranhão às gestações decorrentes e aos pedidos de interrupção, tem-se uma falsa noção de baixa procura. Isto acontece por várias questões, como medo das consequências, dificuldade de acesso aos serviços de referência ou mesmo desconhecimento do direito.

Para que as mulheres tenham acesso ao aborto previsto em lei, deve haver disponibilidade de serviços de saúde com qualidade, que respeitem e atendam suas escolhas reprodutivas. Em outras palavras, o aborto precisa ser visto como tal: um direito. Enquanto for tratado na seara do crime que foi “despenalizado”, condicionado

à trágica situação de violência, não avançaremos. Se o Estado devolve para a mulher que foi violentada a responsabilidade de decidir se quer ou não prosseguir com uma gestação, a despeito de todo o contexto de violações, exigindo sua autorização e consentimento, deveria garantir sua realização sempre que a mulher assim decidir. Nos moldes em que se encontra, me parece mais uma tentativa de punição do que a oferta de um direito em si.

A pesquisa igualmente constatou que não existe uma lista pública, de fácil acesso e amplamente publicizada dos hospitais públicos e maternidades que de fato oferecem o serviço. Como apontado, embora haja a recomendação de que todas as maternidades estivessem habilitadas para a realização do aborto legal, isto não acontece. Os dados do CNES apontam uma quantidade de estabelecimentos habilitados que não condiz com a realidade concreta. O caso do Maranhão, por exemplo, que possui ampla extensão territorial, só dispõe de dois serviços cadastrados, sendo que um deles não realiza a interrupção. Outro serviço, apesar de não constar neste rol, o realiza. A ausência de informação viola o direito ao aborto legal, viola os princípios da administração pública e viola os princípios do SUS. Para acessar um serviço, é necessário saber de sua existência.

O status da criminalidade, como se verifica, em nada impede que sua realização aconteça. Ao contrário, prejudica que a integralidade do cuidado pautada na Constituição Federal e nos princípios dispostos na Lei 8.080/90 seja efetivada, visto que leva milhões de mulheres todos os anos à morte ou à prisão. Ademais, as consequências disso para os cofres públicos é gigantesca, pois a maioria precisa de internação para concluir o aborto.

No que tange à realidade Maranhense, o HU-UFMA desde os anos 2000 é o principal serviço especializado do estado para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Ao longo dos anos, a unidade de saúde vem aprimorando seu atendimento por meio da atualização constante dos processos operacionais, de capacitações permanentes e da definição de fluxos específicos de atendimento que levem em consideração as especificidades do fenômeno, pautando a assistência ofertada a partir da humanização do cuidado. Isto situa a instituição como um equipamento de saúde crucial para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

Os dados apresentados reiteram que as mulheres que recorrem ao aborto legal são mulheres comuns, que têm filhos, professam sua fé, trabalham, têm aspirações próprias de futuro. Revelam também que a burocratização, a morosidade proposital e

a negação do direito à interrupção da gestação trazem consigo consequências para a vida destas mulheres iguais ou até piores que a violência sofrida. Os registros apontaram sofrimento psíquico intenso, ideação e tentativas de suicídio, repulsa e nojo pelo corpo e pelo feto, aspectos que podem, inclusive, ser caracterizados como violações de direitos por parte do Estado. Nesse contexto, a forma como o atendimento é dispensado pode contribuir para a melhoria ou a piora do quadro de saúde mental.

Os achados da pesquisa revelaram que, ao contrário do que se divulga de maneira irresponsável pelos defensores do encarceramento de mulheres, aquelas que buscam a interrupção legal da gestação e têm resultado positivo experienciam profunda sensação de alívio, visto que não conseguem conceber a continuidade de suas vidas vinculadas à manutenção forçada da gestação, a despeito das demais hipóteses legais.

Contudo, a sensação de alívio e a certeza veemente encontrada nos relatos não implica na redução do peso da decisão. Também se verificou que a decisão vem carregada de uma multiplicidade de sentimentos que se entrelaçam, e por vezes se confundem, fazendo com que as mulheres inclusive absorvam inconscientemente a culpa da violência sofrida.

Com exceção de um caso, todas as solicitações feitas no HU-UFMA foram atendidas num curto espaço de tempo, contribuindo para a resolução do contexto de sofrimento vivenciado pelas usuárias. Isto revela o comprometimento da Instituição com a integralidade do cuidado e com os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, além de demonstrar a importância da clareza e da definição das obrigações de cada sujeito na rede de proteção, evitando-se que instituições de saúde atuem como entidades investigativas ou vice-versa.

Todas as ponderações realizadas desvelam as contradições que residem nos discursos contrários à realização do aborto, que comumente acionam a justificativa de defesa da vida. As vidas reais das mulheres que são mortas diariamente por recorrerem à clandestinidade, por não conhecerem seus direitos, por não conseguirem lidar com o peso da violência e da gestação, por não chegarem à unidade de saúde, ou por vários tantos outros motivos, são ignoradas. Ainda há um longo caminho a percorrer em direção à efetivação plena dos direitos humanos e à redefinição das desigualdades sociais vivenciadas. As alternativas no bojo do capitalismo são extremamente limitadas; então, a longo prazo, devemos ter como

horizonte a superação da ordem social vigente e da exploração que lhe é característica.

No campo das políticas públicas, o conhecimento sobre o fenômeno do aborto deve ser ampliado, de modo a romper com os vícios e resquícios patriarcais e machistas que ainda rondam o tema. Sua compreensão deve estar alicerçada nos princípios da dignidade humana, dos direitos sexuais e reprodutivos e da saúde da mulher. Devemos superar o caso de polícia e circunscrevê-lo como caso de política. Na pouca cidadania vivida nos moldes limitados do capitalismo, não há uma alternativa digna para as mulheres senão devolvê-las os direitos sobre seus corpos e sexualidades através da descriminalização e legalização do aborto.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Brunno Henrique Kill. *et al.* A legislação sobre o aborto nos países da América Latina: uma revisão narrativa. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 36-44, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/legislacao_aborto.pdf. Acesso em dez 2023.
- ALMEIDA, Daniella. Uma em cada sete mulheres, aos 40 anos, já passou por aborto no Brasil. **Agência Brasil**, 2023 [online]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-03/uma-em-cada-sete-mulheres-aos-40-anos-ja-passou-por-aborto-no-brasil>. Acesso em jun. 2023.
- ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. Corpo feminino e violência de gênero: fenômeno persistente e atualizado em escala mundial. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 329-338, maio/ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/kgLZC96bvR5L8KmC7SmXZCf/>. Acesso em mar. 2022.
- ALVES, Schirlei; ROCHA, Diego Nunes da. SUS atende 9 de cada 10 internações por aborto no Brasil. **Gênero e Número**, 2023. Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/sus-internacoes-aborto/>. Acesso em: 29 mar. 2025.
- AMARAL, A.; GOMES, R. Desigualdades no acesso ao aborto legal no Brasil: um enfoque interseccional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 2, p. 115-124, 2019.
- ARAÚJO, Maria do Carmo Rodrigues; MOCHEL, Elba Gomide. Aborto provocado: fatores associados em mulheres admitidas em maternidades públicas em São Luís-MA, 2006. **Anais da III Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luís, 28-30 ago. 2007. Disponível em: https://www.joinpp2013.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/3515d3b525b21f36f11eMariadoCarmo_Elba.pdf. Acesso em mar. 2024.
- ARTIGO 19. BREVE PANORAMA SOBRE ABORTO LEGAL E TRANSPARÊNCIA NO BRASIL. **ARTICLE19**, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://mapaabortolegal.org/wp-content/uploads/2019/03/AbortoLegaleTransparencia.pdf>. Acesso em março 2023.
- ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para a política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/q9MctdsGhp3QSKspjfPt5Rx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em dezembro de 2022.
- ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAS, J. (Orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: HUCITEC, 1999. Disponível em: <https://geocities.restorativland.org/Athens/Acropolis/9741/articulos/art13.html>. Acesso em março 2023.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BALBINOTTI, I. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. **REVISTA DA ESMESC**, v.25, n.31, p. 239-264, 2018. <https://doi.org/10.14295/revistadaesmesec.v25i31.p239>. Acesso em set 2021.

BANDEIRA, Lourdes. Violência, gênero e poder: múltiplas faces. In: STEVENS, Cristina. *et al.* (Orgs.). **Mulheres e violências: interseccionalidades**. Ebook. Thechnopolitik: Brasília, 2017. p. 14-35. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/35386>. Acesso em dez 2022.

BANDEIRA, Lourdes; SIQUEIRA, Deis. A perspectiva feminista no pensamento moderno e contemporâneo. **Sociedade e Estado**, [S. l.], v. 12, n. 02, p. 263–284, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/article/view/44156>. Acesso em: 18 mar. 2024.

BARROS, A. L. X. A PRODUÇÃO DA SEXUALIDADE FEMININA E O MERCADO CAPITALISTA. **Sociedade em Debate**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 47-54, 2012. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/577>. Acesso em: 17 fev. 2024.

BARSTED, L. L. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. Convenção de Belém do Pará – 1994. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial De Políticas para as Mulheres, 2006. 260p. (Série Documentos). Disponível em: <http://www.precog.com.br/bc-texto/obras/br000015.pdf>. Acesso em dez 2022.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: a experiência vivida**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cad. Saúde Pública** 23 (2), Fev 2007. doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200024. Acesso em set 2021.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9ª ed. v. 2. São Paulo: Cortez, 2011.

BELO, W. R. **Aborto: considerações jurídicas e aspectos correlatos**. Belo Horizonte: Del Rey, 1999.

BIROLI, F. Autonomia e Justiça no debate sobre o aborto. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 15, p. 37-68, set./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-335220141503>. Acesso em ago 2022.

BIROLI, F. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. In: **Em Tese**, vol. 2, n. 1, janeiro-julho, p. 68-80, 2005. Disponível

em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>. Acesso em: mar 2021.

BOSCHETTI, Ivanete. Segurança social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS. ABEPSS. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. 2ª Ed. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar. 2012.

BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. 13 ed. Rio de Janeiro: BERTRAND BRASIL, 2010.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 228, de 2023**. 2023. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2232575&filename=Tramitacao-PL%20228/2023. Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal** [Internet]. Diário Oficial da União. 31 dez. 1940 (acesso set. 2021). Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em jun 2020.

BRASIL. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Direitos Reprodutivos: "Aborto legal"**. EDEPE: São Paulo, 2018.

BRASIL. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. **Protocolo de Atendimento às pessoas em situação de violência sexual**. Versão 01, GAS: São Luís, 2022.

BRASIL. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. **Plano de contingência do HU-UFMA para infecção por coronavírus (COVID-19)**. São Luís: HUUFMA, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/saude/covid-19/informes/plano-de-contingencia-do-hu-ufma.pdf>. Acesso em mar. 2023.

BRASIL. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. **Plano de dados abertos HU-UFMA**. São Luís: HUUFMA, 2020. Disponível em: [PDAHUUFMA2020.odt](#). Acesso em mai 2023.

BRASIL. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. **Cartilha - Carta de Serviço ao Usuário**. São Luís, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/acesso-a-informacao/participacao-social/ouvidoria-1/Cartilha_Carta_de_Servico_16.03.21_compactado.pdf. Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 30 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº. 11.340 de 07 de agosto de 2006**. Lei da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (Lei Maria da Penha). Brasília, DF: Senado Federal. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Série Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF; 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Atenção às pessoas em situação de violência sexual**. 2025. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=165&VLista_r=1&VEstado=00&VMun=00&VComp=00&VTerc=00&VServico=165&VClassificacao=006&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=. Acesso em: 22 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Direito sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. 2025a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violema.def>. Acesso em: jul. 2024.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **NOTA À IMPRENSA Nº 13**. Desligamento do Brasil do Consenso de Genebra – Nota Conjunta do Ministério das Relações Exteriores, do Ministério da Saúde, do Ministério das Mulheres e do

Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. [online] 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mre/pt-br/canais_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/desligamento-do-brasil-do-consenso-de-genebra. Acesso em jan. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial De Políticas para as Mulheres, 2006a. 260p. (Série Documentos). Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/publicacoes/instrumentos_internacionais. Acesso em dez 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54**. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, DF, 12 de abril de 2012. Diário da Justiça Eletrônico, n. 80, 30 abr. 2013b. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>. Acesso em dez 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 442**. Relatora: Min. Rosa Weber. Brasília, DF, 22 de setembro de 2023. Plenário Virtual – minuta de voto, 22 set. 2023a. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/Voto.ADPF442.Versa771oFinal.pdf>. Acesso em set 2023.

BRAVO, M. I. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. *et al.* **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. Rio de Janeiro: Cortez, 2006. 408 p. ISBN: 8524912669.

BUSIN, V. M. **DIREITOS HUMANOS PARA ATIVISTAS POR DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS**. Católicas pelo Direito de Decidir (Org.). 2013.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, p. 87-124, 2007.

CARLOTO, Cássia Maria; DAMIÃO, Nayara André. Direitos reprodutivos, aborto e Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 132, p. 1-12, maio/ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.143>. Acesso em mar. 2023.

CARVALHO, L. L.; PINHEIRO, V.; SANTOS, G. B. V. A criminalização do aborto e autonomia da mulher. In: SIQUEIRA, L. F. S.; SILVA, M. C. O [Orgs.]. **Maternidade, aborto e direitos da mulher**. Editora Expressão Feminista: São Luís, 2021. PDF. <http://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.14462124>. Acesso em agosto de 2021.

CARVALHO, M. F.; MENEZES, T. R. Racismo e saúde reprodutiva: a interseccionalidade na experiência do aborto legal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3373-3382, 2018.

CARVALHO, S. M.; PAES, G. O. As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino - uma abordagem sociológica. **Saúde e Sociedade**, 23(2) 548-557. 2014. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200015>. Acesso em jan 2022.

CDC. Isso é SUS: Serviços de Aborto Legal. **Associação Crônicos do dia-a-dia** [online]. 2021. Disponível em: <https://cdd.org.br/noticia/saude-publica/isso-e-sus-servicos-de-aborto-legal/>. Acesso em set de 2021.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. **The World's Abortion Laws**. 2023. Disponível em: <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>. Acesso em mar. 2024.

CISLAGHI, J. F. Hospitais universitários federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, M. I. S. *et al.* (Orgs.) **Caderno de Saúde**. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ. Rede Sirius, 2011.

CNTS. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA SAÚDE. **Frente nacional reafirma luta contra privatização da saúde**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://cnts.org.br/noticias/frente-nacional-reafirma-luta-contra-privatizacao-da-saude/>. Acesso em ago 2024.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Uma mulher morre a cada 2 dias por causa do aborto inseguro, diz Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/uma-mulher-morre-a-cada-2-dias-por-causa-do-aborto-inseguro-diz-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 30 mar. 2025.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÊ, E. (org.). **Sexo & Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 6(1/2): 147-177. 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>. Acesso em mai 2021.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Rights in Sexual and Reproductive Health. **Reproductive Health Matters**, 1996.

COSTA, A. A.; SARDENBERG, C. M. **Feminismo, ciência e tecnologia**. Salvador: REDOR/NEIM-FFCH/UFBA, 2002.

COSTA, L. A revitimização das mulheres vítimas de violência sexual no sistema de saúde brasileiro. **Revista Estudos Feministas**, v. 27, n. 1, p. 45-62, 2019.

DESTÊRRO, Roberto. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de mulheres em situação de abortamento em uma maternidade pública de São Luís-MA. **Revista de Investigação Biomédica**, v. 7, n. 1, p. 16-27, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.24863/rib.v7i1.16>. Acesso em jun. 2024.

DIAS, Marly de Jesus Sá. **Educação Sexual na Saúde da Mulher**: estudo sobre a prática de um hospital universitário. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2004.

DINIZ, D. Direitos reprodutivos, aborto e violência sexual: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 205-219, 2019.

DINIZ, D. *et al.* A verdade do aborto legal no Brasil. **Rev. Bioét.** 22 (2), Ago 2014. doi.org/10.1590/1983-80422014222010. Acesso em mai 2020.

DINIZ, D. Onda verde do aborto na América Latina. **Gama Revista** [online]. 2022. Disponível em: <https://gamarevista.uol.com.br/semana/da-pra-comemorar-mulher/onda-verde-do-aborto-na-america-latina/>. Acesso em outubro de 2022.

DINIZ, D. Violência sexual e gravidez: o debate bioético sobre o aborto. **Revista Bioética**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 55-74, 2003.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Andréa. National Abortion Survey - Brazil, 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 6, p. 1-12, jun. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023>. Acesso em fev 2025.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Andréa. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 1-12, fev. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>. Acesso em: 29 mar. 2025.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cad Saúde Pública** 2020; 36 Suppl 1:e00190418. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00190418>. Acesso em abr 2024.

DREZETT, J *et al.* “Motivos para interromper legalmente a gravidez decorrente de estupro e efeitos do abortamento nos relacionamentos cotidianos das mulheres”. **Reprodução & Climatério**, n. 26, v. 3, 2011 p. 85-91. Disponível em: https://www.sbrh.org.br/files/2011/2011_vol26-n3-reproducao-e-climaterio.pdf. Acesso em mai 2021.

FACCHINI, Regina; CARRARA, Sérgio. Antigênero e política: ataques à diversidade nas escolas e à saúde sexual e reprodutiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, e00128819, 2020.

FALKEMBACH, E. M. F. Diário de campo: um instrumento de reflexão. In: **Contexto e educação**. Ijuí, RS Vol. 2, n. 7 (jul./set. 1987), p. 19-24.

FARIAS, Victor; FIGUEIREDO, Patrícia. 4 em cada 10 abortos legais no Brasil são feitos fora da cidade onde a mulher mora; pacientes percorreram mais de 1 mil km. **G1**, 09 jun. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/06/09/4-em-cada-10-abortos-legais-no-brasil-sao-feitos-fora-da-cidade-onde-a-mulher-mora-pacientes-percorreram-mais-de-1-mil-km.ghtml>. Acesso em: 22 mar. 2025.

FBSP. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022**. Ano 16 – 2022a. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=5>. Acesso em: jan. 2023.

FBSP. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Uma década e mais de meio milhão de vítimas da violência sexual. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/07/11-anuario-2022-uma-decada-e-mais-de-meio-milhao-de-vitimas-de-violencia-sexual.pdf>. Acesso em março 2023.

FBSP. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Violência contra mulheres em 2021**. 2022b. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/assets/img/upload/files/violencia-contra-mulher-2021-v5.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2025.

FEDERICI, Silvia. **O patriarcado do salário**. Volume 1. 1ed. Tradução Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2021. ISBN 978.65.5717.054.0

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva** (Coletivo Sycorax, trad.). São Paulo: Editora Elefante, 2017.

FERREIRA, Maria Mary. **As “caetanas” vão à luta: Feminismo e Políticas Públicas no Maranhão**. São Luís: EDUFMA, 2007.

FERREIRA, Maria Mary. Feminismos no nordeste brasileiro: histórias, memórias e práticas políticas. **Polis (Santiago)**, Santiago, v. 10, n. 28, p. 229–249, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.cl/pdf/polis/v10n28/art09.pdf>. Acesso em: 18 maio 2025.

FERREIRA, Maria Mary; DIAS, Marly de Jesus Sá; PINTO, Neuzeli Maria de Almeida; LEMOS, Silse Teixeira de Freitas. **Direitos iguais para sujeitos de direito: empoderamento de mulheres e combate à violência doméstica**. São Luís: EDUFMA, 2016.

FERREIRA, S.; LIMA, P. Obstáculos institucionais ao aborto legal no Brasil. **Revista Direito e Práxis**, v. 11, n. 3, p. 50-67, 2020.

FNCPS. FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Carta da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/Frenteda-saude-EBSERH-STF-2013.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2025.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GIUGLIANI, Camila. *et al.* **Violência sexual e direito ao aborto legal no Brasil: fatos e reflexões**. SciELO-Editora: FIOCRUZ, 2021.

GOHN, Maria da Glória. 500 anos de lutas sociais no Brasil: movimentos sociais, ONGs e terceiro setor. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 5, n. 1, p. 11–40, 2000. DOI: 10.5433/2176-6665.2000v5n1p11. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/9194>. Acesso em: 31 mar. 2025.

GOHN, Maria da Glória. **TEORIA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS: Paradigmas clássicos e contemporâneos**. Maria da Glória Gohn. São Paulo: Loyola, 2002.

GUILLAUMIN, Colette. Prática do poder e ideia da natureza. In: FERREIRA, Verônica *et al.* (Orgs.). **O patriarcado desvendado: teorias de três feministas materialistas: Colette Guillaumin, Paola Tabet e Nicole Claude Mathieu**. Recife: SOS Corpo, 2014.

GUIMARÃES, P. Dupla violência: Defensoria pede para proteger feto de menina de 12 anos grávida pela segunda vez após estupro no PI – e juíza aceita. **The Intercept Brasil**. 30.01.2023. Disponível em: <https://theintercept.com/2023/01/30/aborto-juiza-piaui-antecipa-estatuto-nascituro-crianca-estuprada/>. Acesso em março 2023.

GUTTMACHER INSTITUTE. **UNINTENDED PREGNANCY AND ABORTION WORLDWIDE**: Global and Regional Estimates of Unintended Pregnancy and Abortion. 2022. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>. Acesso em março de 2023.

HIGA, R. *et al.* Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 42 (2), Jun 2008. doi.org/10.1590/S0080-62342008000200023. Acesso em jun 2020.

HIGA, R.; REIS, M. J.; LOPES, M. H. B. M. Interrupção legal da gestação decorrente de estupro: assistência de enfermagem às mulheres atendidas num serviço público da cidade de Campinas - SP. **Ciência, Cuidado & Saúde**, 6(3), 372-376. São Paulo, 2007. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v6i3.1747>. Acesso em jan 2020.

HUMAN RIGHTS WATCH. **World Report 2021**: Brazil. New York: HRW, 2021.

HURST, J. **Uma história não contada**: a história das ideias sobre o aborto na Igreja Católica. (Coleção Cadernos nº 1). São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

IBARGUEN, S. M. Interrupción voluntaria del embarazo por violación: conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud en Caquetá. **Revista Colombiana de Enfermería**, [S. l.], v. 14, p. 56–64, 2017. <https://doi.org/10.18270/rce.v14i12.2028>. Acesso em: jan. 2022.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mapas das Regiões Geográficas do Maranhão**. 2018. Disponível em: https://geofp.ibge.gov.br/organizacao_do_territorio/divisao_regional/divisao_regional_do_brasil/divisao_regional_do_brasil_em_regioes_geograficas_2017/mapas/21_regioes_geograficas_maranhao_20180911.pdf. Acesso em: 29 mar. 2025.

IPEA. Dados sobre estupro no Brasil. **Policy Brief**: evidências para políticas públicas, nº 22. 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1694-pbestuprofinal.pdf>. Acesso em março de 2023.

KERGOAT, Danièle. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, Helena. *et al.* **Dicionário Crítico do Feminismo**. UNESP: São Paulo, 2009. p. 67-75. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4098403/mod_resource/content/1/Kergoat%20p.67-75%20in%20Dicionario critico do feminismo%202009.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4098403/mod_resource/content/1/Kergoat%20p.67-75%20in%20Dicionario%20critico%20do%20feminismo%202009.pdf). Acesso em nov. 2022.

KOOGAN, A.; HOUAISS, A. **Enciclopédia e Dicionário Ilustrado** (4ª ed.). Rio de Janeiro: Seifer. 1999.

LAFABURIE, M. M. Los derechos sexuales y reproductivos: una mirada a la mujer en países en vías de desarrollo. **Médicas UIS**, [S. l.], v. 22, n. 2, 2009. Disponível em: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/367>. Acesso em: ago. 2022.

LAZARINI, Welington Serra; SODRÉ, Francis; SARTI, Thiago Dias; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Políticas de saúde no Brasil: uma análise a partir dos projetos financiados pelo Banco Mundial durante os governos Lula e Dilma. **Saúde soc.** 30 (1) 12, maio, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190747>. Acesso em out 2024.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde debate**, nº 38 (101), Apr-Jun 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140022>. Acesso em abril de 2021.

LERNER, G. A **Criação do Patriarcado**: História da opressão das mulheres pelos homens. São Paulo: Cultrix, 2019.

LORDE, Audre. **Sister Outsider: Essays & Speeches** by Audre Lorde. Berkeley: Crossing Press, 2007.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, 33 (Supl 2), 02, out. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>. Acesso em out 2024.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Débora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 563-572, fev. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>. Acesso em: mar 2024.

MARX, K. O método da economia política. In: FERNANDES, Florestan (Orgs.). **Marx e Engels**: história. 3. ed. São Paulo: Ática, 1989b. p. 409-417. (Coleção Grandes Cientistas Sociais 36).

MARZULLO, Luísa. Com bancada rachada, evangélicos escolherão líder no Congresso em eleição inédita. **O Globo**, 30 jan. 2023. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/noticia/2023/01/com-bancada-rachada-evangelicos-escolherao-lider-no-congresso-em-eleicao-inedita.ghtml>. Acesso em: abr. 2023.

MATOS, M. C. **Cotidiano, Ética e Saúde**: o Serviço Social frente à contrarreforma do Estado e à criminalização do aborto. Tese de Doutorado (PUC-SP). São Paulo, 2009.

MATTAR, R. *et al.* Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, 23(2), 459-464, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200023>. Acesso em dez 2020.

MEDEIROS, J. M. M. Desafios à política de saúde brasileira: impactos no direito ao aborto legal. **Revista Katálises**, Florianópolis, v.24, n. 2, p. 280-290, maio/ago. 2021 <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e75661>. Acesso em nov 2021.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 37. ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

MENDES, Áquilas. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saude soc.** 23 (4), oct-dec, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400006>. Acesso em out 2024.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MONTEIRO, Mario Francisco Giani; ADESSE, Leila; DREZETT, Jefferson. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. **Reprodução & Climatério**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 11-18, jan./abr. 2015. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-reproducao-climaterio-385-articulo-atualizacao-das-estimativas-da-magnitude-S1413208715000254>. Acesso em: 30 mar. 2025.

MOREIRA, L. A. DIREITO E GÊNERO: a contribuição feminista para a formação política das mulheres no processo de (re) democratização brasileiro. **Gênero & Direito**, [S. l.], v. 5, n. 1, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ged/article/view/25010>. Acesso em outubro de 2022.

MOSEGUI, Gabriela B. G.; SOUSA, Jailson L. de. **História das políticas de saúde no Brasil**. Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde Coletiva, 2020. Disponível em: https://funsaco.uff.br/wp-content/uploads/sites/210/2020/05/Aula_2_-_historia_politicas_de_saude.pdf. Acesso em: maio 2023.

MOURA, L. Religião, gênero e políticas públicas no Brasil contemporâneo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 31, n. 90, p. 105-122, 2016.

MUNIZ, Diva do Couto Gontijo. As feridas abertas da violência contra mulheres no Brasil: estupro, assassinato e feminicídio. In: STEVENS, Cristina. *et al.* (Orgs.). **Mulheres e violências: interseccionalidades**. Ebook. Thechnopolitik: Brasília, 2017. p. 36-49.

NASCIMENTO, J. O controle do corpo feminino no contexto patriarcal: o aborto em questão. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 35, n. 103, p. 130-147, 2020.

NASCIMENTO, Raphaela Delmondes. *et al.* A POLÍTICA DE SAÚDE DIANTE DE EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL EM TEMPOS DE NEOLIBERALISMO E CONSERVADORISMO. In: FRANÇA, Rosilene Marques Sobrinho; COSTA, Teresa Cristina Moura (Orgs.). **Questão social, direitos e políticas públicas na Realidade brasileira contemporânea**. Teresina : EDUFPI, 2022.

NETTO, L. L.; EBERSOL, I.; CLASEN, J. da R. O que move a luta? A Maré Verde Argentina e a resistência das mulheres do/no Sul Global. **Conjuntura Austral**, [S. l.], v. 12, n. 60, p. 136–147, 2021. DOI: 10.22456/2178-8839.113901. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/ConjunturaAustral/article/view/113901>. Acesso em: 9 fev. 2023.

NUNES, M. D. S.; MADEIRO, A.; DINIZ, D. Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil. **Saúde debate** 43 (123) 09 Mar 2020Oct-Dec 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912312>. Acesso em dez 2020.

OEA. ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Convenção InterAmericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. **Convenção de Belém do Pará**, 1994. Disponível em www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm. Acesso em dez. 2022.

OENNING, N. S.; KIRCH, A. T. A legalização do aborto e a emancipação do corpo feminino. In: SIQUEIRA, L. F. S.; SILVA, M. C. O [Orgs.]. **Maternidade, aborto e direitos da mulher**. Editora Expressão Feminista: São Luís, 2021. PDF. <http://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.14462124>. Acesso em agosto de 2021.

OLIVEIRA, F.; FERNANDES, M. Protocolos e atendimento humanizado no aborto legal: uma revisão crítica. **Saúde & Sociedade**, v. 29, n. 1, p. 112-125, 2020.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA FLEURY, S. M. **Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Saúde materna** [s\ld]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em março de 2023.

OPAS/OMS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Neste Dia Laranja, OPAS/OMS aborda violência sexual e suas consequências para as vítimas**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/25-7-2018-neste-dia-laranja-opasoms-aborda-violencia-sexual-e-suas-consequencias-para>. Acesso em jan. 2024.

PATEMAN, Carole. **O Contrato Sexual**. Tradução de Marta Avancini. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PATRIOTA, T. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Plataforma Cairo, 1994. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial De Políticas para as Mulheres, 2006. 260p. (Série Documentos). Disponível em: <http://www.precog.com.br/bc-texto/obras/br000015.pdf>. Acesso em dez 2022.

PAULO NETTO, J. Introdução ao método da teoria social. In: CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 668-700, 2009.

PEREIRA, Bárbara Cristina Silva. **“Resistir para existir, existir para reagir”**: análise do direito social à saúde da população trans e travesti a partir do Ambulatório de Sexualidade de um Hospital de Alta Complexidade do Maranhão. 2024. 196 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2024. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/5411>. Acesso em: 18 maio 2025.

PEREIRA, S. M. A luta necessária e urgente pela legalização do aborto no Brasil. **Brasil de Fato**. Brasília (DF), 28 de setembro de 2021. Disponível em: [Artigo | A luta](#)

necessária e urgente pela legalização do | Opinião (brasildefato.com.br). Acesso em ago 2023.

PERROT, Michelle. **História da vida privada, 4:** Da Revolução Francesa à Primeira Guerra / organização Michelle Perrot; tradução Denise Bottmann, Bernardo Joffily — São Paulo : Companhia das Letras , 2009.

PETCHESKY, R. P. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (Org). **Sexualidades pelo avesso:** direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999.

PILECCO, F.; KNAUTH, D.; VIGO, A. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(3):427-439, mar, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300004>. Acesso em dez 2021.

PIMENTEL, S. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Convenção da Mulher – 1979. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial De Políticas para as Mulheres, 2006. 260p. (Série Documentos). Disponível em: <http://www.precog.com.br/bc-texto/obras/br000015.pdf>. Acesso em dez 2022.

PIMENTEL, S.; VILLELA, W. Um pouco da história da luta feminista pela descriminalização do aborto no Brasil. **Cien. Culto.**, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 20-21, 2012. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em agosto de 2022. <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200010>.

PIOVESAN, F. C. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14. ed., rev. E atual. São Paulo: Saraiva, 2013. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/17973/material/FI%C3%A1via%20Piovesan%20DH%20Direito%20Constitucional.pdf>. Acesso em julho de 2021.

PIRES, T. I. T. A proibição do aborto como ato de violência contra a autonomia procriativa da mulher. In: STEVENS, C. *et al.* (Org). **Mulheres e violências:** interseccionalidades. Brasília, DF: Technopolitik, 2017. p. 482-503. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/35386>. Acesso em dez 2022.

POMPEU, Ana. Entrevista: Débora Diniz, fundadora da Anis — Instituto de Bioética. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 02 ago. 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-ago-02/entrevista-debora-diniz-fundadora-anis-instituto-bioetica/#:~:text=A%20pesquisa%20mostrou%20que%20uma,%2C%20t%C3%AAm%20filhos%2C%20t%C3%AAm%20religi%C3%A3o>. Acesso em: abr. 2024.

PORTELLA, A. P. *et al.* **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes:** normas técnicas. Brasília:

Ministério da Saúde. Departamento de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, [2005].

PRADO, D. **O que é Aborto**. Coleção Primeiros Passos, v. 126. 1ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

RIBEIRO, T.; SANTOS, A. A influência religiosa nas políticas de saúde sexual e reprodutiva. **Revista de Estudos da Religião**, v. 21, n. 2, p. 85-102, 2021.

ROCHA, Diego Nunes da; ALVES, Schirlei. Brasil tem uma morte a cada 28 internações por falha na tentativa de aborto. **Brasil de Fato**, 2023. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023/09/23/brasil-tem-uma-morte-a-cada-28-internacoes-por-falha-na-tentativa-de-aborto/>. Acesso em out 2023.

ROCHA, Lourdes de Maria Leitão Nunes. FEMINISMO, GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS: desafios para fortalecer a luta pela emancipação. **Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 20, p. 305–312, 2017. DOI: 10.18764/2178-2865.v20nEp313-322. Disponível em: <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/5982>. Acesso em setembro de 2022.

ROE x WADE: Direitos das Mulheres nos EUA. Direção: Ricki Stern e Anne Sundberg. Produção: Anne Sundberg. Documentário. **Netflix**. 2018. 1h39min. Disponível em: <https://www.netflix.com/br/title/80192834?s=a&trkid=13747225&t=cp&vlang=pt&clip=81031230>. Acesso em outubro de 2022.

ROSADO-NUNES, M. J.; SANTIN, M. A. (Org.). **Aborto: conversando a gente se entende**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 1997. 39 p. (Cartilha CDD, n. 1).

SAFFIOTI, H. I. B. Dossiê: Feminismo em Questão, Questões do Feminismo. **Cadernos Pagu**, n 16. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100007>. Acesso em setembro de 2020.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. 2ªed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. 2ªed. São Paulo: Moderna, 1987.

SANTOS, S. S; PIO, M. A. de J. Aborto, maternidade e direitos da mulher na pandemia do novo coronavírus no Brasil. In: SIQUEIRA, L. F. S.; SILVA, M. C. O [Orgs.]. **Maternidade, aborto e direitos da mulher**. Editora Expressão Feminista: São Luís, 2021. PDF. <http://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.14462124>. Acesso em agosto de 2021.

SANTOS, V. C. *et al.* Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Rev. Bioét.** 21(3), 2013. p. 494-508. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/3ZMrQd69ZnwWCGNXTsZzh7t/?lang=pt>. Acesso em março 2023.

SCAVONE, L. POLÍTICAS FEMINISTAS DO ABORTO. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 16(2): 440, maio-agosto/2008. p. 675-680. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000200023>. Acesso em jan 2024.

SCAVONE, Lucila. Nosso corpo nos pertence? Discursos feministas do corpo. **Revista Gênero**, Niterói, v. 10, n. 2, p. 47-62, 1. sem. 2010. Disponível em: <https://ieg.ufsc.br/public/storage/articles/October2020/16042013-114127revgenerov10n2dosie03.pdf>. Acesso em abr. 2023.

SCHMIDT, J. de F. As Mulheres na Revolução Francesa. **Revista Thema**, Pelotas, v. 9, n. 2, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/view/147>. Acesso em mar. 2023.

SILVA, Carmen; CAMURÇA, Sílvia. **Feminismo e Movimentos de Mulheres**. Recife: SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia, 2010.

SILVA, Leida Cabral Nascimento da. **Muito além do óbvio: o confronto de olhares no enfrentamento da violência de gênero**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), 2022.

SILVA, M. O. S. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Pesquisa Avaliativa: aspectos teórico-metodológicos**. 2ª ed. São Paulo: Veras, 2014, p. 19-108.

SILVA, M.; SOUZA, P.; LIMA, C. Acesso ao aborto legal no Brasil: barreiras e desigualdades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1473-1482, 2022.

SILVA, Victor Amaro Burity da. **O contrato social de Rousseau**. 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/370790550_O_CONTRATO_SOCIAL_DE_ROUSSEAU. Acesso em: 30 nov. 2023.

SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio da; RODRIGUES, Neyde Jussara Gomes Abdala. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): (in)compatibilidades com o SUS. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, Vitória, v. 1, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22742>. Acesso em: 30 mar. 2025.

SOARES, F. F.; RICOLDI, A. M. A escalada neoconservadora e a agenda antigênero: o caso da participação do Brasil na Cúpula Demográfica de Budapeste. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 39, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0183>. Acesso em dez. 2022.

SOS CORPO. Ativistas latino-americanas apontam o fundamentalismo religioso como um dos principais entraves para avanço do direito ao aborto. **SOS Corpo**, 30.09.2022. Disponível em: <https://soscorpo.org/?p=16659>. Acesso em março 2023.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em debate**, 45

(130), Jul-Sep, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>. Acesso em jun 2024.

SOUZA, D.; PEREIRA, E.; ALMEIDA, J. Racismo e gênero: a interseccionalidade na saúde das mulheres negras. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 3, p. 865-877, 2022.

SOUZA, Itamar de. A MULHER E A REVOLUÇÃO FRANCESA: participação e frustração. **Revista UNI-RN**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 111, 2003. Disponível em: <https://revistas.unirn.edu.br/index.php/revistaunirn/article/view/81>. Acesso em: jul 2023.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

TORRES, J. H. R. Aborto: legislação comparada. **Cienc. Cult.** vol.64 no.2 São Paulo Apr./June 2012. <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200017>, Acesso em nov 2021.

TREVISAN, Mariana Bonat; SALES, Pedro Alexandre Moura. Revolução Francesa – marco da história contemporânea. **Caderno Intersaberes**, v. 9, n. 21, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.cadernosuninter.com/index.php/intersaberes/article/view/1596>. Acesso em jul. 2023.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3ª ed. Brasília, DF: UNFPA, 2009.

VILA-NOVA, C. Ministra Damares Alves agiu para impedir aborto em criança de 10 anos. **FOLHA DE SÃO PAULO**, 20.set.2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/09/ministra-damares-alves-agiu-para-impedir-aborto-de-crianca-de-10-anos.shtml>. Acesso em out 2022.

VILLELA, W. V.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÉ, E. (org.). **Sexo & Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. **Aborto, saúde e cidadania**. São Paulo: Editora UNESP, 2011.

VIOTTI, Maria Luiza Ribeiro. Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher – Pequim 1995. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial De Políticas para as Mulheres, 2006. 260p. (Série Documentos). Disponível em: <http://www.precog.com.br/bc-texto/obras/br000015.pdf>. Acesso em dez 2022.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing unsafe abortion**. Geneva: WHO, 2022.

WILLIAMS, Lucia Cavalcante de Albuquerque. Abuso sexual infantil. In: GUILHARDI, H. J. et al. (Orgs.). **Sobre Comportamento e Cognição**: contribuições para a

construção da teoria do comportamento. 1ª ed., v. 10. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2002.

YAMAKI, G.; LUPPI, S. CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO É UMA VIOLÊNCIA À MULHER. **Agência de Jornalismo Online Maurício Tragtenberg**. PUCSP. 2020. Disponível em: <https://agent.pucsp.br/noticias/criminalizacao-do-aborto-e-uma-violencia-mulher>. Acesso em março 2023.

APÊNDICES

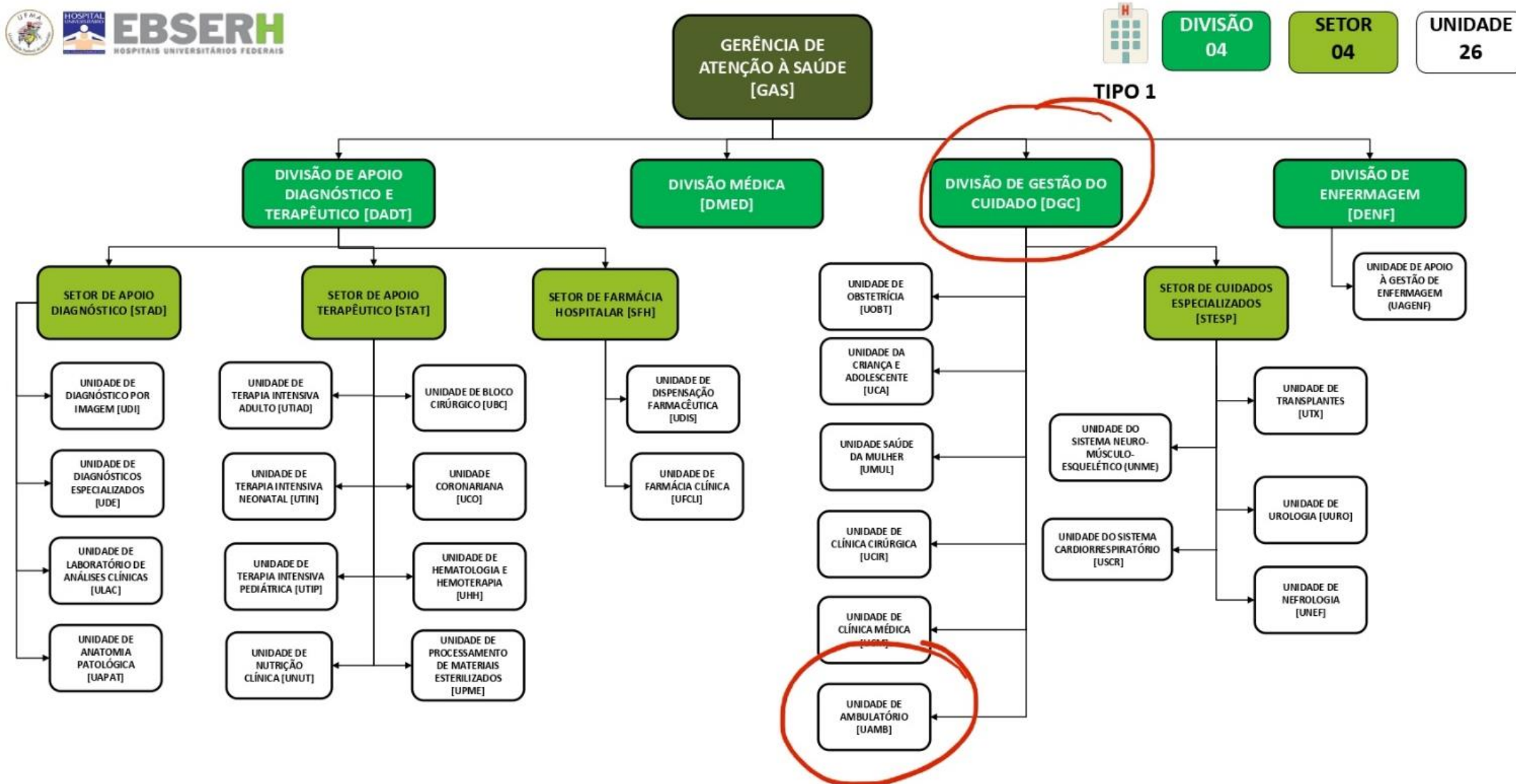
APÊNDICE A – FICHA DE REGISTRO DAS INFORMAÇÕES COLHIDAS EM PRONTUÁRIO

Requisitos: Ter 20 anos ou mais; ser do gênero feminino; ter sido vítima de violência sexual que resultasse em gravidez; ter solicitado a interrupção legal da gestação no HU-UFMA entre os anos 2019 e 2022, concluindo o processo ou não; e ter autonomia para decidir sobre a interrupção.

Nome:		Prontuário:
Endereço:		Telefone:
1º atendimento na Unidade: ____/____/____	Fez B.O? () Sim () Não. Motivo: _____	Referenciada: () Sim. Órgão: _____ () Não.
Acompanhante:	Dados da violência: Local: _____ Uso de drogas? _____	Agressor:
Nº de gestações: IG inicial: _____ IG na internação: _____	Data da internação: ____/____/____ Data da alta hospitalar: ____/____/____	
Atendimentos recebidos	<i>Ambulatório:</i> <i>Internação:</i>	
1.1 Idade	() 20 a 30 anos () 31 a 45 anos () 46 a 55 anos () mais de 56 () Prefiro não responder	
1.2 Orientação sexual	() Heterossexual () Lésbica () Bissexual () Outro () Prefiro não responder	
1.3 Estado Civil	() Solteira () Casada () Separada () Divorciada () Viúva () Outro: _____ () Prefiro não responder	
1.4 Crença Religiosa	() Católica () Evangélica () Espírita () Matriz africana () Sem religião () Outra: _____ () Prefiro não responder	
1.5 Possui deficiência?	() Sim () Não Qual? _____ () Prefiro não responder	
1.6 Escolaridade	() Analfabeta () Ensino fundamental () completo () incompleto () Ensino médio () completo () incompleto () Ensino superior () completo () incompleto () Prefiro não responder	
1.7 Emprego e renda	Profissão: _____ () CLT () Autônoma () Contrato temporário/intermitente	
1.8 Raça/etnia	() Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Prefiro não responder	

ANEXOS

Organograma – Gerência de Atenção à Saúde



Fonte: Pesquisa documental realizada na intranet do HU-UFMA (2024).

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA/HU-UFMA

24/05/2023, 18:59

SEI/SEDE - 30113274 - Carta - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Rua Barão de Itapary, nº 227 - Bairro Centro
São Luís-MA, CEP 65020-070
(98) 2109-1000 - <http://huufma.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 71/2023/SGPITS/GEP/HU-UFMA-EBSERH*São Luís, data da assinatura eletrônica.***CARTA DE ANUÊNCIA**

1. Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: **"O DIREITO DE DECISÃO E DE SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO MARANHÃO: O ABORTO LEGAL EM PAUTA"**, sob a responsabilidade do Pesquisador Principal **MARLY DE JESUS SA DIAS**.
2. Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.
3. No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.
4. Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinada eletronicamente)

Gerente de Ensino e Pesquisa



Documento assinado eletronicamente por **Rita da Graça Carvalho F. Corrêa, Gerente**, em 24/05/2023, às 15:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **30113274** e o código CRC **4AC69CD1**.

Referência: Processo nº 23523.014590/2023-59 SEI nº 30113274

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O DIREITO DE DECISÃO E DE SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO MARANHÃO: o aborto legal em pauta

Pesquisador: Marly de Jesus Sá Dias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69924323.1.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.317.969

Apresentação do Projeto:

Desenho:

Pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, engendrada sob a perspectiva do materialismo histórico-dialético. Trata-se de pesquisa empírica e documental, com revisão de literatura e coleta de dados secundários a partir da Entrevista de Acolhimento Social realizada pelo Serviço Social, bem como o Termo de Relato Circunstanciado que compõe o processo de interrupção legal da gestação e o instrumental do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Ficha SINAN, também preenchida pelo Serviço Social da Instituição. A entrevista semiestruturada será realizada mediante roteiro elaborado pelos pesquisadores, com 10 mulheres que solicitaram a interrupção da gestação no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, entre 2019 e 2022, que tenham mais de 20 anos e atestem a concordância a partir do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido. Todas as eventuais despesas serão custeadas pela equipe executora do projeto.

Resumo:

Introdução: A questão do aborto no Brasil e no mundo é revestida por dilemas éticos, morais, políticos, sociais, religiosos que esbarram nos princípios de cidadania, especialmente das mulheres, sendo uma das formas de exercício do poder

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

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA**



Continuação do Parecer: 6.317.969

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

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_2148062.pdf	25/05/2023 09:30:18		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoJoseRenan.pdf	25/05/2023 09:28:22	José Renan Nunes de Oliveira e Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	25/05/2023 09:27:50	José Renan Nunes de Oliveira e Silva	Aceito
Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA.docx	24/05/2023 19:05:24	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_RESPONSABILIDADE_FINANCEIRAassinado.pdf	24/05/2023 19:04:11	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_NA_UTILIZACAO_DOS_DADOSassinado.pdf	24/05/2023 19:03:07	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Declaração de concordância	CARTA_ANUENCIA_HU.pdf	24/05/2023 19:01:31	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	24/05/2023 18:57:43	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_CEPUFMA.docx	24/05/2023 18:57:32	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	24/05/2023 18:57:03	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_ANUENCIAassinado.pdf	24/05/2023 18:56:07	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_COMPROMISSO_COM_O_HUassinado.pdf	24/05/2023 18:55:39	Marly de Jesus Sá Dias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



Continuação do Parecer: 6.317.969

Não

SAO LUIS, 22 de Setembro de 2023

Assinado por:
Emanuel Péricles Salvador
(Coordenador(a))

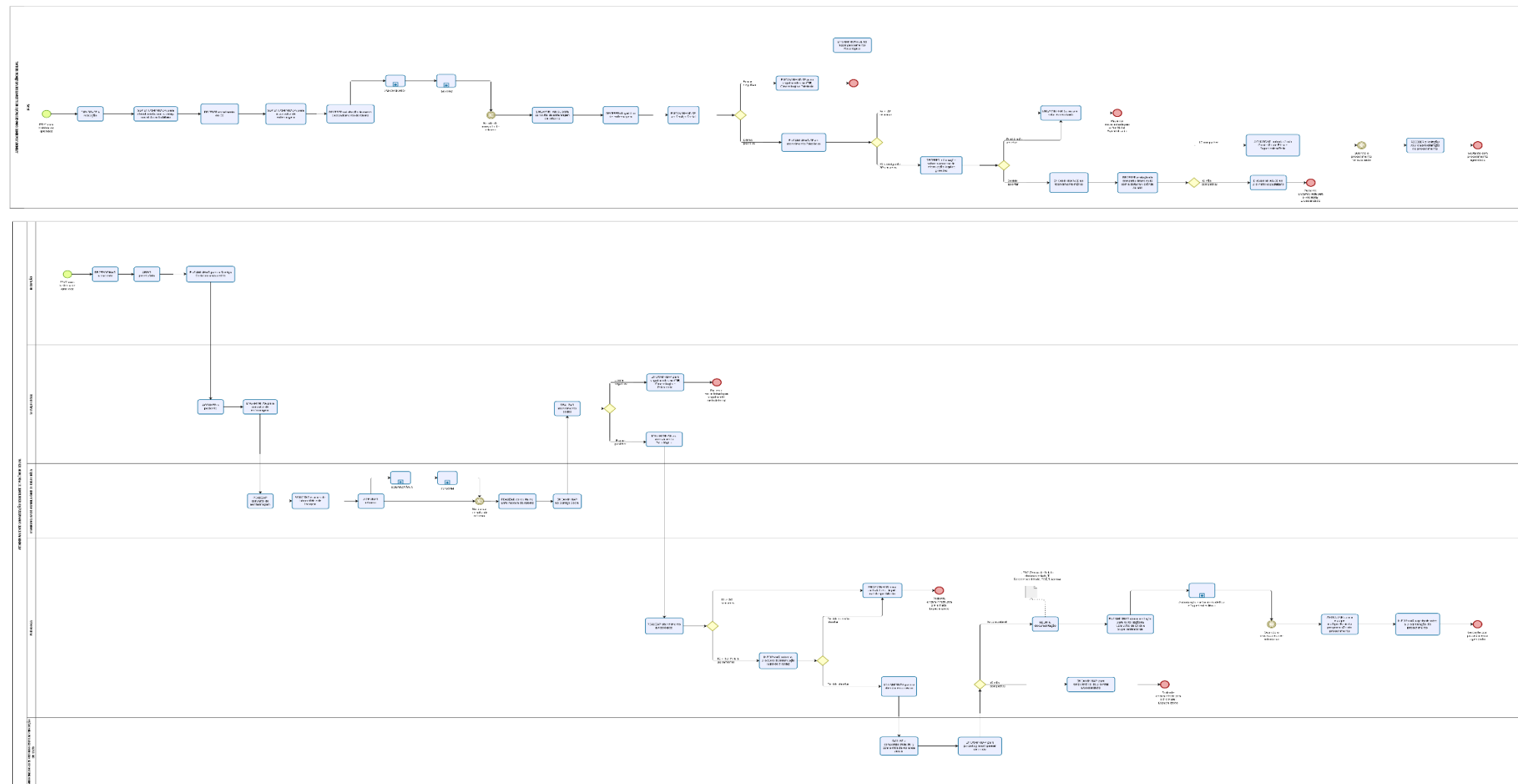
Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delgado
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA											
ATENDIMENTO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL											
Nome:		Data:		Hora:		Folha nº:		Nº de Ordem:			
Identificação da(s) U(s)											
Nome:		Idade:		Cor:		Estado civil:		Sexo:		Nº de filhos:	
Profissão:		Religião:		Estado civil:		Estado civil:		Estado civil:		Estado civil:	
Residência:		Endereço:		Cidade:		Estado:		País:		Data de Nascimento:	
UF:		Município:		Forma:		UF:					
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:		Análise:	
Zona:		Estrutura:		Análise:		Análise:		Análise:			

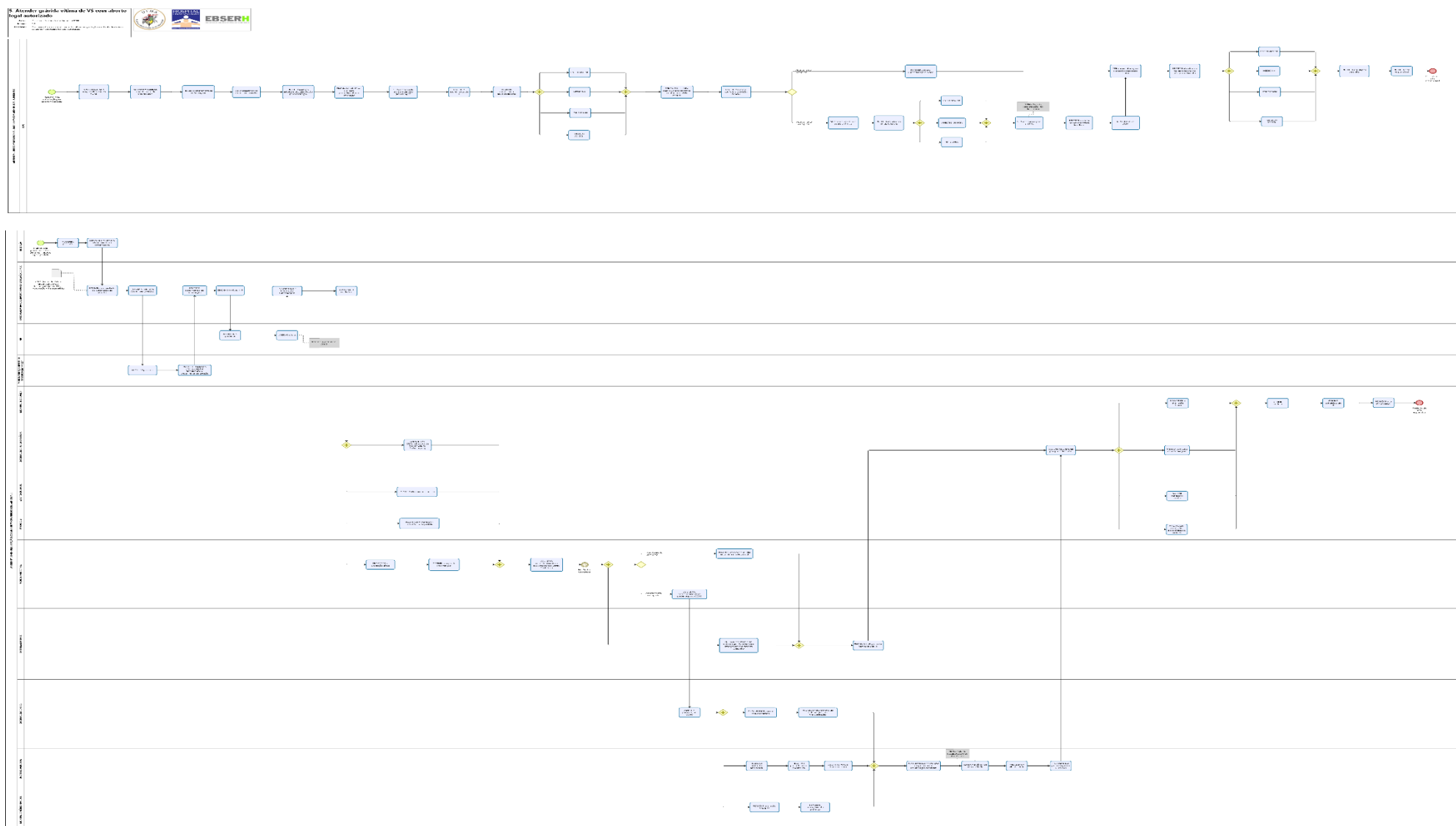
ANEXO E – FLUXO DE ATENDIMENTO À MULHER COM GESTAÇÃO RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

4. Atender mulher com gestação resultante de violência sexual

Objetivo: Atender a mulher com gestação resultante de violência sexual, garantindo a segurança e o bem-estar dela e do bebê.



ANEXO F – FLUXO DE ATENDIMENTO À MULHER GRÁVIDA VÍTIMA DE VS COM ABORTO LEGAL AUTORIZADO



ANEXO G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

 EBSEH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE			
Tipo de Documento: FORMULÁRIO	FOR.GAS.1137	Emissão: 26/05/2022	Versão: 02	Próxima Revisão: NA
Elaboração: Portaria/MS nº 1.508, de 01/09/2005				
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL				
Por meio deste instrumento, eu..... portadora do documento de identificação tipo nº registro hospitalar e/ou meu representante legal/responsável portador do 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 garantido 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 Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) aos procedimentos necessários. Local e Data: _____, _____ de _____ de _____ _____ Nome, Identificação e Assinatura TESTEMUNHAS: Nome: _____ Identificação: _____ Assinatura : _____ Nome: _____ Identificação: _____ Assinatura : _____				

ANEXO H – TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		
Tipo de Documento: FORMULÁRIO		FOR.GAS.1133	Emissão: 25/05/2022	Versão: 02
Próxima Revisão: NA				
Elaboração: Portaria/MS nº 1.508, de 01/09/2005				
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 (es) CONHECIDO (s) Declaro ainda que fui agredida e violentada sexualmente por homem(s) de aproximadamente anos, raça/cor cabelos trajando (calça, camisa, camiseta, tênis e outros) outras informações (alcoolizado, drogado, condutor de veículo/tipo, outros) O crime foi presenciado por (se houver testemunhas). Em caso de AGRESSOR (es) DESCONHECIDO (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 Local e Data: _____, _____ de _____ de _____ Nome: _____ Identificação: _____ _____ Assinatura TESTEMUNHAS Profissional de saúde: Nome e Identificação _____ Assinatura : _____ Profissional de saúde: Nome e Identificação _____ Assinatura : _____				

ANEXO I – TERMO DE RESPONSABILIDADE

 EBSERH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE			
Tipo de Documento: FORMULÁRIO	FOR.GAS.1136	Emissão: 26/05/2022	Versão: 02	Próxima Revisão: NA
Elaboração: Portaria/MS nº 1.508, de 01/09/2005				
TERMO DE RESPONSABILIDADE				
Por meio deste instrumento, euportadora do documento de identificação tipo nº ou legalmente representada por portadora 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 Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) NÃO correspondam à legítima expressão da verdade. Local e Data: _____, _____ de _____ de _____ _____ Nome, Identificação e Assinatura TESTEMUNHAS Nome e Identificação _____ RG _____ Assinatura : _____ Nome e Identificação _____ RG _____ Assinatura : _____				

ANEXO J – PARECER TÉCNICO

  EBSERH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		
Tipo de Documento: FORMULÁRIO	FOR.GAS.1134	Emissão: 26/05/2022	Versão: 02	Próxima Revisão: NA
Elaboração: Portaria/MS nº 1.508, de 01/09/2005				
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 portadora do documento de identificação tipo nº manifesto-me pela compatibilidade entre a idade gestacional e a data da violência sexual alegada, conforme descrição gineco-obstétrica. Local e Data: _____, _____ de _____ de _____ _____ Assinatura e carimbo do médico				

ANEXO K – TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

 EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE								
Tipo de Documento: FORMULÁRIO	FOR.GAS.1135	Emissão: 25/05/2022	Versão: 02	Próxima Revisão: NA						
Elaboração: Portaria/MS nº 1.508, de 01/09/2005										
TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO										
Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), 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 G.....P.....A..... com Idade Gestacional. 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. Local e Data: _____, _____ de _____ de _____ RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> _____ Médico: Ginecologista-obstetra Carimbo e Assinatura </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> _____ Assistente Social Carimbo e Assinatura </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _____ Chefe do Serviço de Obstetrícia Carimbo e Assinatura </td> <td style="text-align: center;"> _____ Psicólogo Carimbo e Assinatura </td> </tr> </table> Com a ciência e a concordância de: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> _____ Representante da Comissão de Ética Médica (CEM/HU-UFMA) </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> _____ Superintendente do HU-UFMA </td> </tr> </table>					_____ Médico: Ginecologista-obstetra Carimbo e Assinatura	_____ Assistente Social Carimbo e Assinatura	_____ Chefe do Serviço de Obstetrícia Carimbo e Assinatura	_____ Psicólogo Carimbo e Assinatura	_____ Representante da Comissão de Ética Médica (CEM/HU-UFMA)	_____ Superintendente do HU-UFMA
_____ Médico: Ginecologista-obstetra Carimbo e Assinatura	_____ Assistente Social Carimbo e Assinatura									
_____ Chefe do Serviço de Obstetrícia Carimbo e Assinatura	_____ Psicólogo Carimbo e Assinatura									
_____ Representante da Comissão de Ética Médica (CEM/HU-UFMA)	_____ Superintendente do HU-UFMA									