

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

CECÍLIA LACHINI LOURES

O aborto no Brasil contemporâneo:
um panorama da distribuição espacial do aborto legal e clandestino

São Paulo

2025

CECÍLIA LACHINI LOURES

O aborto no Brasil contemporâneo:
um panorama da distribuição espacial do aborto legal e clandestino

Trabalho de Graduação Individual (TGI) apresentado ao Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Ramos Hospodar Felipe Valverde

São Paulo

2025

Nome: LOURES, Cecília Lachini

Título: O aborto no Brasil contemporâneo: um panorama da distribuição espacial do aborto legal e clandestino.

Trabalho de Graduação Individual (TGI) apresentado ao Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Geografia.

Aprovado em:

Pareceristas:

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento:

Agradecimentos

Essa pesquisa é resultado de uma série de experiências e conversas que aconteceram nos últimos três anos, e não seria possível sem as trocas com diversas pessoas no meio do caminho. Apesar de representar um projeto individual, sua realização só foi possível por conta do apoio que tive e das contribuições das pessoas ao meu redor. Assim, cabe a mim agradecer.

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus pais, Luciana e Emilio, que sempre me apoiaram. Meus maiores leitores desde a educação infantil, sou grata pelo espaço que tive para crescer e por ter sido incentivada a seguir escrevendo e pensando. Agradeço também ao meu irmão, Biel, e minha avó Margarida, sempre presentes com doses muito necessárias de humor.

Agradeço ao meu orientador, Rodrigo Valverde, por apoiar a empreitada de orientar um TGI sobre um tema pouco falado em geografia, sempre presente e solícito a ajudar a resolver qualquer crise no meio do caminho.

Agradeço à Ana, Maria e Karen, que, sempre com uma ternura radical, estiveram ao meu lado e seguraram a minha mão quando precisei. Foi a partir de conversas com elas que cheguei ao tema da presente pesquisa e são elas que me inspiram a continuar lutando pela construção de um mundo em que todas as mulheres tenham o direito de escolher.

Agradeço a Fer por nossas conversas. Sempre com humor e inteligência, me ajudou a enxergar os caminhos pelos quais eu poderia seguir. Ao Matheus Alvim, que compartilhou suas experiências valiosíssimas para a escrita de um TGI. À Gabi, que abriu meus olhos para possibilidades de pesquisa que não tinham ocorrido a mim.

Por fim, agradeço aos companheiros da Juventude Já Basta!, Renato, Mariah, Pedrinho, Dan, Marcão, Débora e Victor, por me mostrarem que há alternativa à miséria do possível e me inspirarem com sua luta cotidiana pela transformação da realidade.

“(...) na verdade, como mulher, não tenho nenhum país. Como mulher, não quero nenhum país. Como mulher, meu país é o mundo inteiro.”

Virginia Woolf

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo analisar como acontece o aborto legal e clandestino no Brasil contemporâneo, com enfoque em sua distribuição espacial. Buscando fortalecer perspectivas feministas em Geografia e justificar a importância de se estudar este assunto pouco abordado na área, respaldamo-nos nas categorias lefebvrianas de cotidiano e produção do espaço. Para compreender melhor o fenômeno, partimos da discussão sobre aborto no país, sobretudo do peso que a religião tem sobre o tema, assim como a luta do movimento feminista por sua legalização. Ademais, debruçamo-nos na legislação sobre o aborto, que tem como grande consequência a distribuição espacial dos serviços de aborto legal no Brasil e, como veremos, dos abortos clandestinos também. É possível compreender o aborto como um acontecimento comum na vida reprodutiva de todas as mulheres; contudo, mulheres pretas e pardas, com baixa escolaridade, sem parceiro fixo, que residem fora de regiões metropolitanas e, sobretudo, na região Norte, são quem ficam expostas a maiores riscos ao realizar o procedimento. A ausência de serviços de aborto legal leva mulheres a abortarem de maneira clandestina, mesmo quando têm o direito de fazê-lo dentro dos parâmetros da lei. A legislação sobre aborto, na maneira que se configura na atualidade, é um modo de controle estatal sobre o corpo das mulheres e contribui imensamente para a distribuição espacial do fenômeno.

Palavras-chave: Aborto; Geografias Feministas; Distribuição espacial; Aborto no Brasil.

ABSTRACT

The aim of this research is to analyze how legal and clandestine abortion takes place in contemporary Brazil, with a focus on its spatial distribution. Seeking to strengthen feminist perspectives in Geography and justify the importance of studying this subject, which is little covered in the field, we rely on Lefebvrian categories of Everyday Life and the production of space. In order to better understand the phenomenon, we started with the discussion about abortion in Brazil, especially the weight that religion has on the subject, as well as the feminist movement's fight for its legalization. We also look at abortion legislation, which has a major impact on the spatial distribution of legal abortion services in Brazil and, as we shall see, clandestine abortions as well. It is possible to understand abortion as a common event in the reproductive lives of all women; however, black and brown women, with low levels of education, without a steady partner, who live outside metropolitan areas and, above all, in the northern region, are the ones who are exposed to the greatest risks when having the procedure. The lack of legal abortion services leads women to have clandestine abortions, even when they have the right to do so safely. Abortion legislation, as it currently stands, is a form of state control over women's bodies and contributes immensely to the spatial distribution of the phenomenon.

Kew-words: Abortion; Feminist Geographies; Spatial distribution; Abortion in Brazil.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 11 |
| Capítulo 1: O aborto e a geografia..... | 15 |
| Capítulo 2: O debate sobre aborto no Brasil: perspectivas predominantes..... | 19 |
| 2.1 a Igreja..... | 19 |
| 2.2 Perspectivas feministas sobre o aborto..... | 22 |
| 2.3 A legislação sobre aborto no Brasil..... | 24 |
| Capítulo 3: O Aborto no Brasil..... | 28 |
| 3.1 Como acontece o aborto no Brasil?..... | 28 |
| 3.2 Dados a respeito do aborto no país: o que diz a literatura?..... | 29 |
| 3.3 Os serviços de aborto legal no Brasil..... | 33 |
| 3.4 A distribuição do aborto inseguro..... | 38 |
| Considerações Finais: Nem presas, nem mortas - aborto, um direito das mulheres..... | 42 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 43 |

Introdução

A prática de aborto leva a discussões acaloradas no debate público há décadas. A interrupção de uma gravidez, seja ela induzida ou espontânea, afeta milhões de gestantes ao redor do mundo anualmente, mas os debates a respeito do assunto nem sempre tem a profundidade e alcance correspondentes, uma vez que tendem a ser fortemente influenciados pela religião e pelo tabu que cerca o tema. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 73 milhões de abortos são realizados por ano ao redor do mundo, sendo que 61% de todas as gestações não planejadas, que correspondem a 29% de todas as gestações, terminam em abortos induzidos (OMS, 2024).

A palavra *aborto* deriva do latim *abortus*, que por sua vez vem de *aboriri*. O prefixo *Ab* significa distanciamento, enquanto *ortus* significa nascimento. Deste modo, conforme apontado por Moraes (2008), o aborto seria a privação do nascimento. É interessante ressaltar que, segundo Machin et al, o abortamento (ou aborto) é definido para a medicina como “a interrupção da gravidez ou expulsão do feto da concepção antes que seja viável (22ª semana) ou com o produto da concepção pesando menos de quinhentos gramas ou com menos de 16 centímetros, sendo classificado como espontâneo ou provocado” (MACHIN, 2019, p. 2).

Existem diversas classificações possíveis para a prática do aborto, podendo ser natural, acidental, criminoso, legal ou permitido (MORAIS, 2008). No Brasil, o aborto espontâneo ou natural não é criminalizado, assim como interrupções de gestação acidentais. Já a interrupção voluntária de uma gestação ou aborto induzido é considerada ilegal, sendo permitida por Lei em apenas três circunstâncias: caso a gravidez apresente risco à vida da gestante; caso a gestação seja fruto de um estupro; e em caso de anencefalia fetal. Nessas situações, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve fornecer o procedimento de forma gratuita. Por outro lado, casos que não se enquadrem na Lei são considerados crime, com penas previstas tanto para a gestante quanto para quem auxiliou na realização do procedimento.

Tanto dentro quanto fora dos parâmetros legais, o aborto é realizado sobretudo de duas formas: por meio da ingestão de medicamentos que interrompam a gestação - no caso de abortos clandestinos, podendo ser com ou sem orientação médica ou de profissionais qualificados - ou em clínicas - também podendo ser realizado por profissionais qualificados ou não em casos de clandestinidade. Apesar de nem toda interrupção de gestação fora dos parâmetros legais representar grandes riscos à gestante, é importante frisar que a

clandestinidade aumenta o perigo enfrentado por elas. Dessa forma, abortos realizados fora dos parâmetros legais são chamados de abortos inseguros, enquanto aqueles permitidos pela lei são chamados de abortos seguros ou legais (DOMINGUES *et. al*, 2020). Segundo estimativas da OMS, entre os anos de 2010 e 2014, cerca de 45% de todos os abortos induzidos foram feitos de maneira insegura (realizados por pessoas sem qualquer capacitação usando métodos invasivos e perigosos), sendo que mais da metade desses abortos foram realizados na Ásia. Na América Latina e na África, cerca de 75% de todos os abortos realizados foram feitos de maneira insegura (OMS, 2024).

Em Junho de 2024, o debate a respeito do direito ao aborto no Brasil voltou à ordem do dia devido à votação de caráter de urgência para a tramitação do Projeto de Lei 1904/23, que equipara qualquer indução ao aborto ao crime de homicídio. Caso aprovado, o PL levaria à possibilidade do encarceramento de gestantes e aquelas que as auxiliarem no abortamento de gestação por até 20 anos. O PL 1904/23 prevê uma pena maior para gestantes que optarem por interromper a gravidez do que aquela destinada àqueles condenados pelo crime de estupro, que é de 6 a 15 anos de reclusão. Dessa forma, o Projeto de Lei foi apelidado pelo movimento feminista de “*PL do estupro*”.

A isso soma-se a tramitação da PEC 164/2012, de autoria de Eduardo Cunha, que estabelece a inviolabilidade da vida desde a concepção. Apelidada de “*PEC do estupro*”, essa Proposta de Emenda à Constituição tem consequências não apenas para pessoas que gestam em todo o Brasil, mas também para a ciência, impedindo que sejam realizadas pesquisas com células-tronco.

A trâmite de Projetos de Lei e Propostas de Emenda à Constituição que restringem o direito ao aborto não são novidade, uma vez que a pauta volta ao debate público com certa frequência. Projetos como o PL 1904/23 e a PEC 164/2012, contudo, levam a uma discussão a respeito do perfil das mulheres que realizam o aborto no Brasil. A interrupção de gestação de acordo com os parâmetros legais, de acordo com o artigo 128 do Código Penal, é restrita àqueles que foram vítimas de estupro, às gestantes cuja gravidez representa um risco à própria vida e a fetos anencefálicos. No Brasil, 6 em 10 vítimas de estupro são crianças de até 13 anos de idade, negras e periféricas (ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2024).

Quando se fala de crime de estupro e de casos de aborto inseguro no Brasil, os dados tendem a não ser precisos, uma vez que são historicamente subnotificados, por razões distintas. Segundo uma pesquisa do IPEA (2023) realizada em 2023, apenas 8,5% dos casos de estupro chegam ao conhecimento da polícia no Brasil, e apenas 4,2% são identificados

pelo sistema de saúde. Apesar da subnotificação, os números aproximados de casos de estupro no país são alarmantes: segundo dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2024), houve um aumento quase ininterrupto dos casos de estupro e estupro de vulnerável ao longo da última década. Em 2011, foram registrados 43.869 casos, *versus* 83.988 no ano de 2023, o que representa um crescimento de 91,5% em apenas treze anos.

Especificamente em relação ao aborto, segundo dados da Pesquisa Nacional de Aborto realizada em 2021, cerca de uma em cada sete mulheres de até 40 anos de idade já passou por uma interrupção voluntária de gestação (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2023). Dados da mesma pesquisa apontam que cerca de 43% das mulheres foram hospitalizadas para finalizar o procedimento, e que o aborto tende a ocorrer no início da vida reprodutiva das pessoas que gestam: 52% das pessoas que realizaram aborto entrevistadas pela pesquisa tinham 19 anos ou menos quando realizaram a primeira interrupção de gestação (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2023). No que tange à geografia, o aborto é um acontecimento que tem espacialidade. Segundo a mesma pesquisa, taxas mais altas de aborto inseguro ocorreram entre mulheres de menor escolaridade, negras e indígenas e residentes em regiões mais pobres.

A necessidade de se fortalecer perspectivas feministas nas pesquisas em geografia torna necessário realizar uma reflexão a respeito de como os corpos que realizam aborto e, sobretudo, os corpos que sofrem de maneira mais aguda suas consequências produzem espacialidade, além de serem produtos de uma espacialidade previamente produzida. Conforme Pedroso (2024) aponta, as bases tradicionalistas da Geografia encontram dificuldades em problematizar e discutir as realidades interseccionais, o que tem influenciado um crescente número de geógrafos dedicados ao fortalecimento de uma geografia “*corporificada, representativa e de caráter contra hegemônico, capaz de oferecer outros raciocínios teóricos e metodológicos*” (PEDROSO, 2024)

Dessa forma, esse trabalho tem como objetivo contribuir com a perspectiva feminista em geografia, buscando compreender a distribuição espacial do aborto legal e do aborto clandestino no Brasil. Para tanto, será necessário responder às questões: *como estão distribuídos o aborto legal e clandestino no Brasil? Há diferenças na proporção dos abortos fora dos parâmetros legais entre as macrorregiões do país?* e, por último, *os recortes de raça, classe e escolaridade influenciam as taxas de abortos clandestinos nas macrorregiões do país?*. Para contextualizar o debate aqui proposto, será realizado um panorama da discussão a respeito do aborto no Brasil. No primeiro capítulo, será realizada uma discussão a respeito da necessidade de se dar atenção à temas relacionados à gênero nas pesquisas em

Geografia, partindo, sobretudo, das concepções de Lefebvre a respeito da produção de espaço e do cotidiano.

Em seguida, no segundo capítulo, será apresentado um breve histórico do debate a respeito da interrupção de gestação no país, com enfoque em seus principais atores - a Igreja e o movimento feminista -, bem como uma visão geral da legislação a respeito do assunto, buscando compreender melhor o aspecto clandestino do fenômeno. Em seguida, será apresentada uma revisão bibliográfica de pesquisas de destaque na área, como a Pesquisa Nacional de Aborto e a Pesquisa Nascido no Brasil II, procurando entender em que medida a literatura existente responde às questões propostas e compreende a geografia do fenômeno.

O levantamento de dados a respeito de abortos realizados, bem como que métodos são utilizados e as mortes decorrentes desse procedimento é notoriamente difícil, sobretudo devido ao enquadramento do aborto como crime no Brasil, conforme previamente mencionado, e do tabu que cerca o tema. Dessa forma, além da revisão bibliográfica a partir de publicações relevantes sobre o tema, como as pesquisas supracitadas, o presente estudo foi realizado a partir de levantamentos de dados disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A partir do SIM, foram filtrados dados a respeito de mortes maternas, assim como o painel de monitoramento de mortes maternas disponibilizado pelo SUS. Esses dados foram comparados com os dados disponibilizados pelo IBGE do Censo de 2023, como proporção da população por região do país, recorte de raça da população por região, entre outros.

Capítulo 1: O aborto e a geografia

As relações entre gênero e espaço geográfico são multifacetadas e complexas. Massey (2001), ao abordar as associações entre espaço, lugar e gênero, coloca que há influência mútua na construção destas categorias, constatando que as relações de gênero variam não só temporalmente, como espacialmente. Contudo, os estudos na ciência geográfica, historicamente, não deram a devida atenção aos temas de gênero. Nesse sentido, as pesquisas em geografia que partem de teorias feministas trazem importantes contribuições ao debate. Conforme apontado por Moraes (2016),

As teorias feministas têm contribuído para a ampliação dos temas abordados na Geografia, por colocar conceitos como gênero, raça e interseccionalidade, além de questões relacionadas a direitos sexuais e reprodutivos, entre seus objetos de estudo. (MORAES, 2016, p.7)

A geografia feminista parte da concepção de que as vivências no espaço estão relacionadas aos corpos e identidades dos sujeitos, dessa forma, essa maneira de se fazer ciência “questiona a ordem espacial patriarcal estabelecida, tendo como marcador social o gênero, que produz percepções e vivências de espaço distintas” (MORAES, 2016, p. 8). Conforme Moraes afirma, “em termos gerais, o controle espacial – seja imposto pelo poder das convenções ou simbolismos, seja pela ameaça direta da violência – pode ser um elemento fundamental na constituição do gênero em suas variadas formas” (MORAES, 2016, p. 9).

Nesse sentido, cabe também às geografias com embasamento feminista o estudo do aborto de gestação. Pauta reivindicada pelo movimento de mulheres a décadas, o aborto é um fenômeno dotado de espacialidade e que produz espacialidade própria. Como nem toda interrupção voluntária de uma gestação é prevista em Lei, a questão envolve o controle estatal do corpo das gestantes.

Para compreender melhor de que maneiras o estudo do aborto é relevante para a geografia, cabe retomar a discussão realizada por Lefebvre a respeito da produção do espaço. Segundo o autor, o espaço é simultaneamente produzido e meio de produção, servindo, dessa forma, tanto como instrumento ao pensamento e à ação quanto como meio de controle, de dominação e de poder (LEFEBVRE, 2013). Lefebvre segue afirmando que as forças sociais e estatais que engendram o espaço tentam controlá-lo, mas não conseguem: “as mesmas forças

que impulsionam a realidade espacial para um tipo de autonomia impossível de dominar se esforçam para esgotá-la, fixá-la para subjugá-la.” (LEFEBVRE, 2013, p. 86, tradução nossa).

O autor dá atenção significativa ao papel do corpo nesse processo. De acordo com Lefebvre,

Para entender os três momentos do espaço social, podemos nos referir ao corpo. Ainda mais porque a relação com o espaço de um “sujeito” que é membro de um grupo ou de uma sociedade implica sua relação com seu próprio corpo e vice-versa. Como um todo, a prática social envolve o uso do corpo: o uso das mãos, dos membros, dos órgãos sensoriais e dos gestos das atividades de trabalho e não trabalho. Essa é a esfera do percebido (base prática da percepção do mundo externo, no sentido psicológico). Quanto às representações do corpo, elas vêm de uma ampla experiência científica misturada com ideologias: conhecimento anatômico, psicológico, sobre doenças e remédios, a relação do corpo humano com a natureza e seu entorno ou com o “ambiente”. O vivido, a experiência corporal vivida, por sua vez, atinge um alto grau de complexidade e peculiaridade, porque a cultura intervém aqui sob a ilusão do imediatismo, em simbolismos e na antiga tradição judaico-cristã, alguns aspectos dos quais foram revelados pelo discurso psicanalítico. O “coração” vivido (até o desconforto e a doença) difere estranhamente do coração pensado e percebido. Ainda mais no que diz respeito aos órgãos sexuais. As localizações não são fáceis e o corpo vivido atinge sob a pressão da moralidade a perturbação de um corpo sem órgãos, punido, castrado. (LEFEBVRE, 2013, p. 98-99)

O gênero desempenha um papel importante nesse processo, sendo um dos fatores que interferem na percepção do espaço. O espaço como meio de poder e dominação pesa sobretudo nas mulheres quando tratamos de aborto, e os meios de controle estatais da interrupção de gestação interferem diretamente na relação das mulheres com o espaço. Nesse sentido, cabe trazer a discussão realizada por Lefebvre em seu livro de 1968, *A Vida Cotidiana no Mundo Moderno*, no qual discorre a respeito do que entende como o cotidiano no mundo contemporâneo. Para o autor, o cotidiano é algo simultaneamente banal e essencial, a base sobre a qual se desenrolam as atividades da vida e um espaço de possibilidades de transformação social. O cotidiano pode ser tanto marcado pela alienação quanto pela luta e perspectiva de apropriação do corpo, do espaço e dos desejos da classe trabalhadora (LEFEBVRE, 1991). Apesar de em nenhum momento da obra abordar questões especificamente relacionadas ao aborto ou gravidez, as reflexões de Lefebvre a respeito de como o cotidiano pesa sobre as mulheres são pertinentes na discussão aqui levantada.

O autor afirma que a cotidianidade pesa especialmente sobre a vida das mulheres. Lefebvre entende o cotidiano como espaço de abstinência, privação e repressão dos desejos, o que são violências muito recorrentes na vida das mulheres, sobretudo com a maneira que a maternidade é encarada na sociedade contemporânea - como uma obrigação em vez de uma escolha. Contudo, o autor também afirma que há uma grandeza no cotidiano, e há possibilidade de apropriação do corpo, do tempo, do espaço, do desejo (LEFEBVRE, 1991). Conforme o autor coloca, falando dessa contradição existente no cotidiano entre o subjugamento das mulheres e a possibilidade de sua emancipação, “As mulheres: sua importância (oprimidas, "objetos" da história e da vida social e, no entanto, "sujeitos" essenciais, bases, fundamentos)” (LEFEBVRE, 1991, p 42-43).

Lefebvre afirma que o uso social do corpo muda no decorrer dos séculos, contudo, o próprio corpo não se metamorfoseia. Dessa forma, por mais que as necessidades fisiológicas ou biológicas permaneçam as mesmas, o uso social do corpo se transforma e as maneiras de satisfazê-las se modificam. A prática de interromper uma gestação, por exemplo, sempre existiu. Contudo, o uso social do corpo, sobretudo do sexo feminino, se modificou ao longo dos séculos e a instensidade de policiamento sobre essa parcela da população também modificou-se ao longo do tempo.

Por fim, cabe trazer o papel atribuído às mulheres no cotidiano. O autor trata em diversos momentos da obra a mulher consumidora e a mulher como mercadoria, o que inclui seu corpo. Conforme Lefebvre afirma,

As mulheres são também mercadoria e valor de troca supremos na medida em que são realidade física (um corpo apresentável é suficiente para se conseguir a riqueza e a celebridade). Assim, a exploração do corpo e do desnudamento femininos contribui para o estabelecimento e para a justificação da ideologia publicitária, fundamento da ideologia do consumo. O ato de consumir perde sua monotonia se apresentado não simplesmente a partir do olhar sobre o objeto, não a partir da destruição do objeto pelo consumo, mas a partir do corpo feminino e do que ele evoca. (LEFEBVRE, 1991, p. 184)

Lefebvre afirma que o lugar da mulher na cotidianidade é um de ambiguidade, uma vez que são sujeitos e vítimas da vida cotidiana. Conforme o autor coloca,

No que concerne às mulheres, já reconhecemos a ambigüidade da sua condição. Relegadas no cotidiano, elas fazem dele uma fortaleza e se esforçam mais ainda para sair, iludindo, porém, as implicações da consciência. Decorre daí um perpétuo

mas desajeitado protesto que só origina reivindicações pouco orientadas.
(LEFEBVRE, 1991, p. 101)

Dessa forma, as discussões a respeito de aborto em geografia podem contribuir para a compreensão das maneiras pelas quais o espaço produzido pesa sobre as mulheres especificamente, além das formas de resistência praticadas por elas. Reconhecer a ambiguidade do papel das mulheres na questão do aborto, tanto como vítimas de repressão violenta quanto como sujeitos ativos na luta pela apropriação do próprio corpo é essencial para compreender a geografia do fenômeno aqui discutido. Localizar os serviços de aborto legal no país não só traça um panorama de onde ocorrem as interrupções de gravidez previstas em Lei e quem tem acesso a esse serviço, como também das áreas do país onde a população está mais vulnerável e recorre, com maior frequência, a abortos inseguros. Assim, é possível compreender com maior profundidade como opera o controle estatal sobre o corpo das mulheres e as dinâmicas espaciais do aborto no Brasil.

Capítulo 2: O debate sobre aborto no Brasil: perspectivas predominantes

A prática de aborto é uma forma de controle de natalidade que ocorre há milênios. Historicamente, o aborto acontece quando a gravidez é fruto de uma relação sexual não consensual ou quando as famílias não tem condição de cuidar de mais uma criança, e nem sempre foi considerado um assunto tabu (MUSEU DA CONTRACEPÇÃO E DO ABORTO, 2024). O aborto é praticado desde pelo menos a Antiguidade, com registros de 1600 a.C no Egito de métodos utilizados na época, como chás de ervas e supositórios vaginais. Na Grécia Antiga, apesar da fertilidade ser valorizada, a prática não era condenada e a Pólis grega não concedia direito à vida nem reconhecia existência de alma de fetos. Hipócrates recomendava métodos distintos para a realização de abortos, como pressão física sobre o útero. Já na Roma Antiga, a abordagem da prática de aborto era similar à grega, com uma diferença significativa: o feto era visto como parte do corpo da gestante, não sendo considerado uma pessoa até o momento do nascimento (MUSEU DA CONTRACEPÇÃO E DO ABORTO, 2024).

O debate a respeito do aborto ganhou contornos distintos ao longo da história, com momentos nos quais a opinião pública foi mais ou menos favorável à prática. Para fins de traçar um panorama socioespacial do aborto no Brasil atual, nos ateremos ao debate público a respeito do tema nas últimas décadas. No geral, esse debate tem como protagonistas a Igreja e o movimento feminista, ambos disputando a narrativa a respeito do direito das mulheres e pessoas que gestam decidirem se levarão a gravidez a termo ou não e realizando pressão sobre o poder legislativo para que se flexibilize ou enrijeça o direito ao aborto.

2.1 a Igreja

No Brasil, atualmente, pouco mais de 123 mil pessoas se consideram católicas, enquanto pouco mais de 42 são evangélicas (IBGE, 2025). A Igreja, seja ela evangélica ou Católica, tem um grande peso na vida pública brasileira e, no geral, assume uma posição contrária ao direito das mulheres de abortar. A Igreja Católica, por exemplo, considera que a vida teria início no momento da concepção e, portanto, o ato de aborto deve ser considerado uma forma de assassinato.

Ainda que a Igreja Católica nunca tenha sido abertamente favorável à interrupção de gestação, a posição mais inflexível em relação ao tema é relativamente recente, datando dos últimos séculos. A postura atual da Igreja a respeito do aborto de baseia sobretudo no posicionamento do Papa Pio IX que, em 1869, por meio da encíclica *Apostolicae Sedis*, declarou o aborto como um ato que geraria excomunhão automática. Segundo o Código de Direito Canônico, que se baseia na encíclica publicada no século XIX, “Quem procurar o aborto, seguindo-se o efeito, incorre em excomunhão latae sententiae” (Cân. 1398, 2020), uma espécie de excomunhão automática da Igreja Católica, reservada a fiéis que cometem pecados tão graves que se vêem imediatamente proibidos de participar de rituais e receber os sacramentos da Igreja.

Nas últimas décadas, é possível verificar que a defesa do direito ao aborto é facilmente renunciada por candidatos da esquerda para apelar ao eleitorado religioso. Conforme Miguel (2012) aponta, esse recuo é feito uma vez que as questões relacionadas à saúde da mulher são tidas como secundárias na disputa política, sendo comumente descartadas para alcançar a vitória eleitoral. Contudo, conforme o autor coloca, “a condenação do direito ao aborto é não apenas a renúncia ao enfrentamento de um grave problema de saúde pública, mas a aceitação de que as mulheres não serão cidadãs por inteiro” (MIGUEL, 2012, p. 685). Esse movimento foi feito tanto por Dilma Rousseff em 2010, conforme analisado pelo autor, quanto por Luiz Inácio Lula da Silva em 2022.

Conforme Miguel (2012) aponta, a laicidade do Estado é condição necessária, visto que o constrangimento à necessidade de seguir dogmas impõe limites à participação política da população. O autor afirma que a renúncia à defesa do Estado laico devido a cálculos eleitorais de curto prazo, ainda que possa surtir efeitos momentâneos, compromete o exercício da democracia liberal a longo prazo.

O autor coloca que “a questão da laicidade do Estado nunca esteve completamente resolvida no Brasil” (MIGUEL, 2012, p. 661) - para além do que chama de “concessões simbólicas” à religião, como a invocação a Deus no preâmbulo da Constituição, decisões políticas são tomadas no país a partir de dogmas de determinadas seitas religiosas.

Conforme Miguel (2012) afirma, por muitos séculos a Igreja Católica foi mais tolerante em relação ao tema do aborto, com a campanha ativa contra esse direito datando dos últimos séculos. A maior visibilidade do discurso contrário, vindo sobretudo do movimento feminista, também é relativamente recente, levando a embates na esfera pública a respeito do tema.

Contudo, grande parte da dificuldade de pautar o direito ao aborto de maneira mais categórica no debate público advém do fato de que o tema é tratado como uma questão “moral” ou de “costumes” (Miguel, 2012). Por mais que o movimento feminista venha buscando, há tempos, discutir o direito ao aborto como um tema amplo, que diz respeito à possibilidade de autonomia em relação ao próprio corpo das mulheres e pessoas que gestam - direito que é concedido aos homens cisgêneros -, a Igreja Católica ainda tem grande influência no debate, e torna o combate ao aborto um dos temas principais de sua “cruzada moral”. Conforme o autor argumenta, “como o aborto surge como questão do âmbito "moral", a Igreja está livre para colocá-lo no topo da sua pauta. (...). Os defensores da descriminalização, por outro lado, têm dificuldade para fazer da questão do aborto uma prioridade política” (MIGUEL, 2012, p. 664). O autor ainda acrescenta:

(...) a questão do direito ao aborto não se coloca, para a Igreja, nem como uma questão de dogma, nem - muito menos - como uma questão de ciência. É, em primeiro lugar, uma aposta política: ao lado de algumas poucas outras questões, como as relativas ao "casamento gay" ou às experiências genéticas, o aborto aparece como o local em que a autoridade eclesiástica, de resto tão combatida, se mostra capaz de se afirmar. Se muito poucos se dispõem a defender, para não dizer cumprir, as recomendações relativas ao sexo pré-marital, uso de anticoncepcionais ou proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, e a capacidade da Igreja de determinar as adesões políticas de seus fiéis foi seriamente comprometida, a luta contra o direito ao aborto mobiliza parte significativa do rebanho. Pelo mundo afora, em aliança com outras seitas, há uma divisão do trabalho em que se combinam intervenção no debate público, pressão sobre legisladores e governantes, chantagem eleitoral e mesmo formas de intimidação violenta, que uma pesquisadora chamou de "estratégias de assédio político (MIGUEL, 2012, p. 667)

Além da Igreja Católica, vertentes evangélicas do cristianismo têm crescido significativamente no país nas últimas décadas. Segundo dados do último censo demográfico (IBGE, 2022), na última década houve redução do percentual de católicos no país e um aumento dos evangélicos, que eram 21,6% da população e hoje são 26,9%. No geral, a posição dos evangélicos a respeito do aborto é semelhante à dos católicos, com denominações como Assembleia de Deus e Evangelho Quadrangular se opondo veementemente ao aborto de gestação.

Há exceções dentro das Igrejas, tanto católica quanto evangélica, como o movimento Católicas pelo Direito de Decidir e a Frente Evangélica pela Legalização do Aborto. O primeiro é um grupo de mulheres católicas que se articula internacionalmente, questionando

determinadas leis eclesiásticas, lutando pela laicidade do Estado e pelo direito das mulheres de decidir. O segundo é um grupo de mulheres evangélicas que parte da teologia feminista, uma vertente da religião que advoga pelos direitos sexuais e justiça reprodutiva. Contudo, apesar de haver correntes e fiéis dentro das igrejas que são favoráveis ao aborto ou não completamente contrárias, a influência exercida pela religião sobre a questão é fortemente contrária, impactando a legislação e a opinião pública no sentido de restringir o direito de escolher não levar uma gravidez a termo.

2.2 Perspectivas feministas sobre o aborto

Durante a década de 1970 o movimento feminista organizado intensificou sua luta pela reforma do Código Penal para garantir o direito ao aborto com base na constatação de que a soberania das mulheres sobre o próprio corpo é necessária para a justiça social. Apesar disso, é possível afirmar que grande parte da luta pelo direito ao aborto foi feita de maneira paulatina. Scavone (2008) traz uma contribuição importante nesse sentido, afirmando que

Ao observarmos a história dos debates e das ações políticas feministas em prol da liberalização do aborto no País, constatamos que ela foi marcada por avanços, recuos e, sobretudo, por inúmeras negociações políticas. Da omissão da palavra "aborto", em meados dos anos 70 - para assegurar as alianças políticas com os setores da esquerda e da Igreja Católica progressista na luta contra a Ditadura -, à opção política pela descriminalização e pela efetivação dos casos previstos por lei, o percurso das políticas feministas para tratar do problema indica não só o poder das forças conservadoras em jogo como a vocação política do feminismo brasileiro para a negociação. (SCAVONE, 2008, p. 676)

A autora segue afirmando

Em meados da década de 1970, o feminismo brasileiro já tinha uma posição política sobre o aborto fundamentada no princípio do direito individual. Ao contornar demandas abertas pelo direito ao aborto, as feministas costumavam substituí-las por fórmulas gerais, tais como "direito de decidir pelo número de filhos desejados", "direito de conhecer e decidir sobre seu próprio corpo", entre outras. Sempre é bom lembrar que a negociação também era feita entre as próprias feministas, pois havia aquelas que, ligadas aos partidos de esquerda ortodoxos, não aceitavam enfatizar a questão do aborto. (SCAVONE, 2008, p. 676)

Nos trechos acima, é possível constatar a influência que a Igreja tem quando se trata das discussões a respeito do aborto no país, mesmo em relação à maneira pela qual o movimento feminista reivindica o direito de escolher.

Conforme o país passou pela redemocratização, o movimento feminista ganhou espaço no debate nacional, e a luta pelo direito ao aborto se consolidou de maneira mais incisiva. Diversas organizações não governamentais que advogam pelos direitos reprodutivos das mulheres se consolidaram entre fins da década de 1980 e 1990, como a Rede Feminista de Saúde e o Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), entre diversas outras.

No geral, o movimento feminista entende a necessidade de se discutir o direito ao aborto não só como uma questão de garantir a autonomia das mulheres sobre o próprio corpo, mas como parte do processo de se desconstruir o paradigma hegemônico da maternidade compulsória, ou seja, a obrigação das mulheres de serem, antes de tudo, mães. Pimentel e Vilela (2012) trazem importantes considerações nesse sentido, afirmando que

Defender a descriminalização ou legalização do aborto é lutar por um projeto de sociedade equânime nas relações de gênero, tendo a equidade como princípio e diretriz para que as diferenças possam ser convividas e vivenciadas dentro do mesmo espaço. Ao negar a subsunção das mulheres à maternidade, afirmando que elas podem ser mulheres na sua integralidade sem ter filhos e dissociando sexualidade e reprodução, constrói-se a ancoragem necessária para tratar do aborto no âmbito dos direitos humanos e dos direitos reprodutivos e sexuais. (PIMENTEL; VILELA, 2012, p. 20)

Retomando a discussão realizada por Miguel (2012), o movimento feminista se contrapõe à ideia predominante de que o aborto seria uma questão moral, mas sim que é uma questão que “envolve a possibilidade de autonomia plena de cerca de metade do demos, isto é, a soberania da mulher em relação ao seu corpo” (MIGUEL, 2012, p. 662). Conforme o autor coloca de maneira pertinente, “a criminalização do aborto gera uma grave assimetria, impondo às mulheres limitações no manejo do próprio corpo com as quais os homens não sofrem” (MIGUEL, 2012, p. 662). O autor segue, falando das pessoas que gestam,

Sob determinadas circunstâncias, ela deixa de exercer arbítrio sobre seu próprio corpo e se torna o instrumento para um fim alheio. Nesse processo ocorre uma inversão: em vez de a sociedade ficar com a obrigação de garantir as condições para que as mulheres possam levar a cabo gestações livremente decididas, a gravidez passa a ser uma obrigação perante a sociedade. (MIGUEL, 2012, p. 666)

A luta das feministas brasileiras pelo direito das mulheres e pessoas gestantes de escolherem se desejam ou não levar uma gravidez até o final é relativamente recente, ganhando força no final do século passado. Contudo, cabe frisar que o movimento feminista tem caráter internacional, e em diversos países do mundo o direito ao aborto já é garantido, como a Argentina, onde o direito ao aborto foi conquistado após intensa mobilização do movimento feminista.

2.3 A legislação sobre aborto no Brasil

As normas legais que são referência na discussão da interrupção de gestação no Brasil remontam ao período do Estado Novo (ROCHA, 2006). O aborto foi tratado pela primeira vez pelo Código Penal brasileiro em 1940, quando foi criminalizado, exceto nos casos em que a gravidez é fruto de um estupro ou quando a vida da gestante se encontra em risco.

Durante o período que se seguiu, as discussões a respeito dos direitos reprodutivos de pessoas que gestam se restringiram sobretudo à prevenção da concepção. De acordo com Rocha (2006), a primeira década da ditadura militar no Brasil (mais especificamente entre 1964 e 1979) foi marcada por uma ausência de discussões da sociedade civil a respeito do aborto, sendo que os dois maiores atores do debate - o movimento de mulheres e a Igreja Católica - não tinham essa questão como foco de sua atuação. Quanto à esfera do Estado, Rocha aponta que o Executivo decretou um novo Código Penal em 1969, que não chegou a vigorar, contudo teve consequências até 1978. Conforme a autora aponta, esse Código Penal

(...) mantinha a incriminação do aborto, com exceção dos dois permissivos do código anterior, mas alterava as punições, introduzia controles do Estado para o aborto permitido por lei e aumentava a pena para a mulher que provocasse o auto-aborto, ou que permitisse que alguém o fizesse, embora a reduzisse na situação da denominada defesa da honra. Refletia, assim, a ausência de um debate democrático sobre o tema. (ROCHA, 2006, p. 370)

Após quase 50 anos sem alterações na Lei, a discussão a respeito da interrupção de gestação volta a ganhar destaque durante a Assembleia Constituinte de 1987, quando a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) tentou incluir na nova Constituição a proteção ao direito à vida desde a concepção. O movimento feminista se opunha à essa tese interpretação, compreendendo o direito ao aborto como parte fundamental do direito à saúde. No fim, o aborto não foi mencionado pela Constituição Federal de 1988.

Segundo Rocha (2006) com a redemocratização e a maior participação das mulheres na discussão política, o aborto passou a ser pautado de forma mais enfática como direito das pessoas que gestam. Nesse sentido, a Carta das Mulheres enviada para a Assembleia Nacional Constituinte pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) foi um marco importante na luta pela defesa ao aborto, uma vez que defendia o direito à interrupção da gravidez.

A autora afirma que após a Assembleia Constituinte, durante a década de 1990, grande parte dos Projetos de Lei apresentados em matéria de aborto tinham como proposta ampliar os permissivos legais ou descriminalizar o aborto (ROCHA, 2006). Já na virada do século, ocorreu uma reação conservadora a esse movimento, com grande parte dos projetos apresentados tendo caráter restritivo ou até mesmo proibicionista.

Atualmente, o Código Penal brasileiro aborda o aborto sob o Título I, dos crimes contra a pessoa, Capítulo I, dos crimes contra a vida. O art. 124 criminaliza o aborto provido pela gestante ou com seu consentimento, com pena de detenção de um a três anos. O art. 125 criminaliza o aborto provocado por terceiro, sendo que nos casos nos quais não há consentimento da gestante a pena estipulada é de reclusão, de três a dez anos, e nos casos em que há consentimento da gestante a pena é de reclusão, de um a quatro anos. O parágrafo único complementa: “Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência” (BRASIL, 1940). O art. 127 afirma que as penas estipuladas pelos artigos anteriores são aumentadas em um terço caso em consequência dos aborto ou dos meios empregados para provocá-lo a gestante sofre lesão corporal de natureza grave ou chega a falecer. O aborto é considerado necessário pelo Código Penal nos casos em que não há outro meio de salvar a vida da gestante, e é permitido nos casos de gravidez resultante de estupro quando há consentimento da gestante ou de seu representante legal.

Nesse sentido, é interessante pontuar que apenas o artigo 124 refere-se à gestante que escolhe abortar, sendo que os próximos três artigos - 125, 126 e 127 - dizem respeito à quem auxilia a mulher no processo de aborto ou provoca o término de uma gestação sem o consentimento da gestante. Ainda, a pena estipulada para gestantes que optam por interromper a gravidez é de detenção, enquanto a pena a quem a auxilia no processo é de reclusão. A pena de detenção é reservada a crimes considerados menos graves, e o regime inicial de cumprimento da pena é aberto ou semiaberto. Já a pena de reclusão é reservada a crimes de maior gravidade, e o início do cumprimento da pena pode ser em regime fechado.

Atualmente, a interrupção de gravidez pelo SUS é regulamentada pela Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº5, de 2017, entre os artigos 694 e 700. De acordo com essa portaria, é necessário que seja realizado Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez para realização de aborto pelo SUS, exceto em casos nos quais a gravidez represente risco à vida da gestante (BRASIL, 2017). Esse procedimento é composto por quatro fases, sendo elas: relato circunstanciado da violência contra ela cometida diante de dois profissionais de saúde do serviço; a emissão de parecer técnico pelo médico após realização de exames; a assinatura da gestante de Termo de Responsabilidade e; a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual a gestante é informada a respeito de possíveis riscos à sua saúde e dos procedimentos que serão adotados para a interrupção da gestação. Ainda segundo essa portaria, a equipe multiprofissional que acompanhará a gestante durante a realização do aborto deve ser composta por, no mínimo, obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo.

Contudo, apesar de passível de penalização, o relatório mais recente da Secretaria Nacional de Políticas Penais (RELIPEN), referente ao segundo semestre de 2024, indica que, em dezembro de 2024, havia um total de 138 pessoas presas pelo crime de aborto, sendo 120 delas homens e 18 mulheres. Já em prisão domiciliar com monitoramento de tornozeleira eletrônica, havia um total de 8 pessoas, sendo 6 homens e 2 mulheres. Por fim, havia um total de 13 pessoas em prisão domiciliar sem monitoramento de tornozeleira eletrônica pelo crime de aborto, sendo 9 homens e 4 mulheres. Os dados podem ser verificados na tabela abaixo (BRASIL, 2024).

Tabela 1 - Quantitativo de presos por aborto em dezembro de 2024

| | Homens | Mulheres | Total |
|---|--------|----------|-------|
| Presos | 120 | 18 | 138 |
| Prisão domiciliar com monitorameto de tornozeleira eletrônica | 6 | 2 | 8 |
| Prisão domiciliar sem monitoramento de tornozeleira eletrônica | 9 | 4 | 13 |
| Total | 135 | 24 | 159 |

Fonte: RELIPEN, 2024

Os dados mostram que, apesar do alto número de abortos inseguros no país, uma parcela pequena da população é encarcerada, e o motivo mais comum para o encarceramento é o aborto provocado por terceiros ou auxílio a mulheres a realização do procedimento. Isso pode ser explicado de diversas formas. É possível supor que a possibilidade de cumprimento

da pena em regime fechado desde o início, conforme estipulado pelos artigos 125-127 do Código Penal, influencie no número de homens encarcerados pelo crime de aborto, uma vez que o artigo 124, que estipula as penas para as próprias gestantes que optam por interromper uma gravidez, permite a possibilidade de que cumpram a pena, pelo menos inicialmente, em regime aberto ou semiaberto.

Dessa forma, verifica-se que a legislação sobre o aborto no Brasil permite apenas que seja realizado em situações extremas, como em gravidez em consequência de violência sexual ou em casos em que a vida da gestante está em risco. A maneira que a legislação é aplicada nos casos em que o aborto é permitido será discutida no próximo capítulo, assim como suas consequências na prática de abortos inseguros no país.

Capítulo 3: O Aborto no Brasil

3.1 Como acontece o aborto no Brasil?

Visando contextualizar melhor a discussão, é importante abordar a que estamos nos referindo quando falamos de interrupção voluntária de gestação no caso brasileiro. Existem duas principais maneiras de se induzir um aborto, sendo elas por meio de medicamentos ou por meio de intervenção médica. Os medicamentos utilizados para abortar podem ser obtidos tanto de maneira legal, em caso de abortos permitidos por Lei, quanto por meio de redes de apoio à mulheres e vendidos ilegalmente no Brasil, sendo o mais comum o Misoprostol, popularmente conhecido como Cytotec. De acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) de 2021, mais da metade das mulheres que realizaram abortos fora dos parâmetros legais em 2021 o fizeram por meio de ingestão de medicamentos (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2023). O uso de remédios é seguro desde que administrados corretamente. O Misoprostol, por exemplo, foi introduzido no Brasil em 1986 para tratamento de úlceras gastroduodenais; contudo, o medicamento também possui ação estimulante sobre a musculatura uterina, provocando contrações e, conseqüentemente, levando ao parto ou ao aborto (BARBOSA; ARILHA, 1996). De acordo com Barbosa e Arilha (1996), a experiência brasileira com o Cytotec mostra que o uso do medicamento é seguro e uma alternativa importante a mulheres que desejam abortar, mas não podem fazê-lo de maneira segura nos serviços de saúde pública. Segundo a autora,

No contexto brasileiro de ilegalidade do aborto, o uso do Cytotec acabou se tornando uma opção real para as mulheres, que viram nesse tipo de indução do aborto uma forma de escapar dos riscos sociais e econômicos originados por sua ilegalidade. (BARBOSA; ARILHA, 1996, p. 10)

Quanto ao procedimento realizado por equipes especializadas, também pode ser realizado dentro ou fora dos parâmetros da Lei. Em ambos os casos, o recomendável é que o procedimento seja realizado por aspiração manual intrauterina (AMIU), uma vez que a curetagem, método mais comum, é invasivo e não é recomendado pela OMS (OMS, 2022). No caso de abortos inseguros, é comum ouvir histórias a respeito de intervenções realizadas de maneira extremamente perigosas por pessoas sem qualquer qualificação, com instrumentos não recomendados. Esse cenário é mais comum no caso de mulheres pobres,

enquanto mulheres ricas que desejem realizar um aborto com equipe médica, mesmo que fora dos parâmetros da Lei, conseguem fazê-lo de maneira segura, com equipe profissional qualificada que cobra proporcionalmente ao tempo de gestação.

No Brasil, para a realização do aborto previsto em Lei é necessário que a gestante seja submetida a uma avaliação com equipe multiprofissional do serviço de referência, composta por médica, enfermeira, assistente social e psicóloga. Após avaliação da equipe e parecer favorável, o procedimento deve ocorrer de forma gratuita e de acordo com a vontade da gestante, podendo ser realizado tanto procedimento cirúrgico quanto medicamentoso.

Mesmo para os casos em que a interrupção da gestação é garantida por lei, grande parte das mulheres não acessam os serviços de aborto seguro devido à falta de informações disponíveis, ao preconceito e despreparo de profissionais de saúde e falta de infraestrutura. Por mais que não seja necessário apresentar Boletim de Ocorrência para realizar o aborto, parte dos médicos exige que as pacientes o façam. Dessa forma, grande parte das mulheres recorrem ao aborto inseguro, que leva a muito mais fatalidades (MORAIS, 2008).

A maior parte dos abortos realizados no país é feito fora dos parâmetros legais. De acordo com dados do próprio SUS, a média de abortos no Brasil entre 2015 e 2024 foi de 2000 por ano (BRASIL, 2024). Enquanto isso, de acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto (2023), cerca de 500 mil abortos clandestinos são realizados no Brasil por ano. Isso significa que para cada aborto realizado pelo SUS, cerca de 250 são realizados de maneira clandestina. Dessa forma, os dados a respeito das interrupções voluntárias de gestação não podem se basear apenas nas estatísticas de aborto legal. Há diversas formas de se levantar dados a respeito do aborto no Brasil, sendo a maioria das pesquisas realizadas a partir de entrevistas por amostragem - é possível citar, entre pesquisas referência no tema, a Pesquisa Nacional de Aborto, que teve a sua última edição publicada em 2021, assim como a pesquisa Nascer no Brasil I e II. No geral, essas pesquisas acompanham puérperas e mulheres hospitalizadas devido à perda precoce da gravidez em estabelecimentos de saúde, tanto públicos quanto privados, durante um período de tempo determinado.

Para fins dessa pesquisa, foram levantados dados a respeito de aborto a partir da literatura de referência no tema, sobretudo as publicações mais recentes, que analisam os dados dos últimos cinco anos, além de um levantamento de informações disponibilizadas pelas fontes oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, como o DataSUS e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

3.2 Dados a respeito do aborto no país: o que diz a literatura?

A Pesquisa Nacional de Aborto, realizada em três momentos distintos (2010, 2016 e 2021), utilizou o método de entrevistas face a face e de questionários autoaplicáveis que posteriormente eram depositados em urnas, visando reduzir a porcentagem de respostas falsas. As três edições da pesquisa concluíram que o aborto é comum ao longo da vida reprodutiva das mulheres brasileiras, sendo que as duas primeiras edições chegaram à estatística de que uma em cada cinco mulheres com menos de 40 anos de idade já realizou pelo menos um aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2023).

Segundo a pesquisa, em 2021 as taxas de aborto caíram no Brasil em relação a 2010 e 2016. Conforme é possível verificar na Tabela 2, enquanto 15% das mulheres afirmaram ter realizado um aborto em 2010 e 13% em 2016, 10% das mulheres afirmaram já terem realizado um aborto em 2021. As autoras atribuem esse declínio ao aumento de uso de métodos contraceptivos na América Latina e no Caribe e consequente diminuição das gravidezes indesejadas (Ibid.).

Contudo, Diniz, Medeiros e Madeiro (2023) apontam uma disparidade entre as taxas de gravidez indesejada e aborto entre as mulheres, com os maiores índices sendo mais prevalentes entre mulheres mais jovens e mais pobres, com nível de escolaridade mais baixo, indígenas ou que vivem em áreas rurais. Ainda, é importante ressaltar que as autoras afirmam encontrar uma proporção elevada de gravidez indesejada em 2021, com duas em cada três gestantes (ou 66% das mulheres) não tendo planejado engravidar (Ibid.).

Tabela 2 - "Você já fez um aborto?"

| | 2010 | | | 2016 | | | 2021 | | |
|---|------|-----|-------|------|----|-------|------|----|-------|
| | sim | | total | sim | | total | sim | | total |
| | n | % | | n | % | | n | % | |
| Todas as mulheres | 296 | 15 | ... | 251 | 13 | ... | 205 | 10 | ... |
| Abortaram no ano anterior | ... | ... | ... | 28 | 11 | 251 | 14 | 7 | 205 |
| Usaram medicação para abortar | 141 | 48 | 296 | 115 | 48 | 251 | 80 | 39 | 205 |
| Foram hospitalizadas devido a um aborto | 164 | 55 | 296 | 115 | 48 | 251 | 88 | 43 | 205 |

Fonte: Pesquisa Nacional de Aborto, 2021

A PNA de 2021 também questionou as mulheres a respeito do número de abortos realizados ao longo da vida reprodutiva. Mais de 21% das mulheres entrevistadas já haviam realizado dois ou mais abortos. Diniz, Medeiros e Madeiro (2023) apontam que

Estes dados revelam um subgrupo de mulheres que enfrentam uma vulnerabilidade acrescida na sua vida reprodutiva e que estão provavelmente expostas a resultados negativos acrescidos em termos de saúde. Estudos têm demonstrado que a oferta de aconselhamento pós-aborto e o aumento do acesso e da disponibilidade de métodos contraceptivos são os mecanismos mais eficientes para prevenir a repetição de abortos inseguros (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2023)

Outro achado da PNA mais recente é o de que houve uma diminuição na proporção de hospitalizações para finalizar o aborto, uma vez que esse número foi de 55% em 2010 e de 43% em 2021. Diniz, Medeiros e Madeiro explicam essa constatação a partir da maior difusão de métodos mais seguros para a realização de abortos, em conjunto com as taxas em declínio de abortos no país. Além disso, a porcentagem de mulheres que realizaram aborto médico diminuiu de 48% para 39% entre o primeiro e último ano de realização da pesquisa, o que pode ser explicado pela opção pelo uso mais difundido do misoprostol para realização do procedimento. Por fim, quanto à idade, a PNA de 2021 concluiu que um pouco mais da metade das entrevistadas (52%) era adolescente no momento em que realizaram o primeiro aborto, tendo 19 anos ou menos.

Já a pesquisa Nascer no Brasil 2, cujos resultados parciais foram divulgados em 2023, investiga aspectos relacionados à gestações no Brasil, com aborto sendo um dos fatores abordados. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2020 e novembro de 2023, a partir de dados de hospitais públicos e mistos vinculados ao SUS. Um grande enfoque na pesquisa foi dado às desigualdades raciais entre mulheres brancas, pretas e pardas nos motivos e desfechos de internações hospitalares decorrentes de gravidez.

O estudo aponta que há um recorte de cor na própria utilização do SUS, sendo que

“(...) as mulheres usuárias do SUS de cor pardas estão em maior frequência nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, as brancas, no Sudeste e Sul e as negras no Nordeste e Sudeste. Há uma preponderância das mulheres de cor parda sendo atendidas nas cidades do interior dos estados do Brasil e das mulheres pretas no setor exclusivamente público do SUS.” (LEAL et. al, 2023, p. 5)

Segundo a pesquisa, as mulheres que se autodeclararam pretas se hospitalizaram mais por aborto do que as mulheres pardas e brancas. Mulheres pardas e pretas têm maior frequência de gestações na adolescência, enquanto mulheres brancas tendem a ter gestações mais velhas, com 35 anos ou mais. Ainda, outros dois fatores que mostram a desigualdade racial são a baixa escolaridade e a situação conjugal: a baixa escolaridade (conforme é possível constatar na tabela abaixo) e a ausência de trabalho remunerado foram maiores entre

as mulheres com interações obstétricas autodeclaradas pretas e pardas, e a situação conjugal de estar sem companheiro foi mais frequente entre as mulheres pretas.

Tabela 3 - Razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) e de desigualdade segundo anos de estudo e por cor da pele (Brasil, 2015-2022)

| Anos de estudo da mãe | Branca | Preta | Razão de desigualdade (Preta/Branca) | Parda | Brasil |
|---|--------|-------|--------------------------------------|-------|--------|
| Até 3 | 339,4 | 500,2 | 1,5 | 247,6 | 267,1 |
| 4 a 7 | 112,5 | 175,3 | 1,6 | 82,8 | 93,2 |
| 8 e mais | 46,7 | 84,3 | 1,8 | 42,4 | 45,8 |
| Razão de desigualdade (comparação entre até 3 e 8 e mais) | 7,3 | 5,9 | ... | 5,8 | 5,8 |

Fonte: Nascer no Brasil II, 2023

Conforme é possível observar na Tabela 4, a mortalidade materna é maior entre as mulheres pretas do que as brancas e pardas. As autoras atribuem essa disparidade a fatores socioeconômicos, culturais e ao racismo institucional no sistema de saúde.

Tabela 4 - Razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) e de desigualdade segundo cor da pele (Brasil, 2015 a 2022)

| Cor da pele | Ano | | | | | | | |
|--------------------------------------|------|-------|------|------|-------|-------|-------|--------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Branca | 52 | 52,3 | 55 | 49,9 | 49,2 | 64,8 | 121 | 46,56 |
| Preta | 117 | 119,4 | 118 | 104 | 104,4 | 127,6 | 194,8 | 100,38 |
| Parda | 56 | 57,8 | 56 | 55,5 | 53,6 | 68,8 | 100 | 50,56 |
| Razão de desigualdade (Branca/Preta) | 2 | 2,3 | 2 | 2,1 | 2,1 | 2 | 1,6 | 2,2 |

Fonte: Nascer no Brasil II, 2023

Outro dado relevante divulgado nos resultados parciais da pesquisa é a distribuição percentual, razão de morbidade materna e desigualdade segundo principais causas de óbito e cor da pele, conforme ilustrado pela tabela abaixo. O aborto, enfoque do presente trabalho, leva mulheres pretas a mais fatalidades do que mulheres brancas.

Tabela 5 - Distribuição percentual, razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) e desigualdade segundo principais causas de óbitos e cor da pele, 2015 a 2021

| Causas de óbitos | Branca | | Parda | | Preta | | Razão de Taxa (Preta/Branca) |
|----------------------------|--------|-----|-------|------|-------|------|------------------------------|
| | % | RMM | % | RMM | % | RMM | |
| Aborto | 10,7 | 3,6 | 11,5 | 4,3 | 11,2 | 8,1 | 2,3 |
| Hipertensão | 26,2 | 8,7 | 29,5 | 11,1 | 36 | 25,8 | 3 |
| Hemorragia | 21,7 | 7,2 | 20,3 | 7,7 | 15,1 | 10,8 | 1,5 |
| Infecção | 7 | 2,3 | 8 | 3 | 8 | 5,7 | 2,5 |
| Causas obstétricas diretas | 65,5 | | 69,3 | | 70,3 | | ... |

Fonte: Nascer no Brasil II, 2023

Conforme é possível verificar na tabela abaixo, o desfecho “aborto” foi mais comum entre mulheres pretas do que em mulheres pardas e brancas no período analisado.

Tabela 6 - Características socioeconômicas, obstétricas e risco obstétrico segundo a cor da pele de mulheres internadas por parto/aborto em hospitais públicos e mistos no Brasil - 2022-2023

| Tipo de desfecho | Brancas | | Pretas | | Pardas | |
|------------------|---------|------|--------|------|--------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Parto | 3026 | 91,9 | 1564 | 91,1 | 6898 | 92,9 |
| Aborto | 265 | 8,1 | 152 | 8,9 | 528 | 7,1 |

Fonte: Nascer no Brasil II, 2023

Quanto à região, o índice de Morbidade Materna Grave (MMG), que corresponde a ocorrência de complicações graves durante a gravidez, parto ou puerpério que levam a fatalidades, varia entre 11,2% na região Centro-Oeste e 17,1% na região Sudeste. As internações também foram mais comuns em regiões metropolitanas do que fora delas.

Dessa forma, a partir da análise dessas duas pesquisas, é possível constatar que o aborto é um evento comum na vida reprodutiva das mulheres brasileiras, sendo que grande parte da população já passou por gravidez indesejada e optou por interrompê-la propositalmente. Contudo, conforme foi citado anteriormente, o aborto não afeta todas as pessoas igualmente, sendo que é mais comum e/ou apresenta maiores riscos para mulheres pretas e pardas, mulheres com baixa escolaridade e sem parceiro fixo.

3.3 Os serviços de aborto legal no Brasil

Aqui cabe nos determos um pouco mais na espacialidade do fenômeno. Em um primeiro momento, o enfoque será dado aos serviços de aborto legal no país. É necessário colocar que a norma vigente a respeito do tema de aborto, conforme apontado anteriormente, é a Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 5 de 2017, que determina que, para realização do aborto nos casos previstos em lei, a equipe multiprofissional que acompanha a gestante deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo. Conforme apontado em estudo realizado por Jacobs e Boing (2022), a exigência de obstetra e anestesista durante o procedimento limita a quantidade de estabelecimentos que podem oferecer serviço de aborto legal no país. A interrupção de gestações, sobretudo nas primeiras semanas, não necessita de tantos profissionais para que ocorra de maneira segura, e a imposição de limitações restringe a quantidade de estabelecimentos de saúde do SUS que possam atender a essas pacientes (JACOBS; BOING 2022).

O estudo supracitado, denominado “Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios?” (JACOBS; BOING 2022), se aprofunda na distribuição dos serviços de aborto legal pelo país. As autoras afirmam que

Dentre as barreiras de acesso ao aborto previsto em lei, está a baixa disponibilidade do serviço. Em 2019, 200 municípios brasileiros tinham oferta de aborto previsto em lei, 3,6% do total de municípios do país. Entre as residentes dos municípios com a oferta do procedimento, a taxa de realização era quase 5 vezes a taxa dos municípios sem oferta. A ausência de acesso local e a necessidade de viajar para realizar um aborto previsto em lei diminui o acesso ao procedimento seguro, tornando-o inacessível especialmente a grupos já vulnerabilizados. As pessoas que têm impedido o acesso ao serviço podem terminar realizando o aborto de forma insegura, com potenciais riscos à saúde e mesmo à vida. (JACOBS; BOING 2022)

Em um primeiro momento, o estudo mapeou os municípios com Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e que “tem os recursos elencados nas normativas vigentes para o processo de justificação, autorização e realização do aborto em gestações decorrentes de estupro no SUS” (JACOBS; BOING 2022), encontrando um total de 55 municípios, o que totaliza menos de 1% da totalidade de municípios brasileiros. Apenas

26,7% das pessoas de sexo feminino entre 10 e 49 anos no Brasil residia nessas localidades no ano analisado, de 2021, o que indica que esses serviços de interrupção de gravidez estão instalados em municípios com maior concentração populacional. É possível verificar a distribuição desses municípios no mapa abaixo:

Mapa 1 - Cenário 1 de municípios com Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei capazes de proceder a realização de aborto em gestações decorrentes de estupro no Brasil em junho de 2021



Fonte: JACOBS; BOING 2022

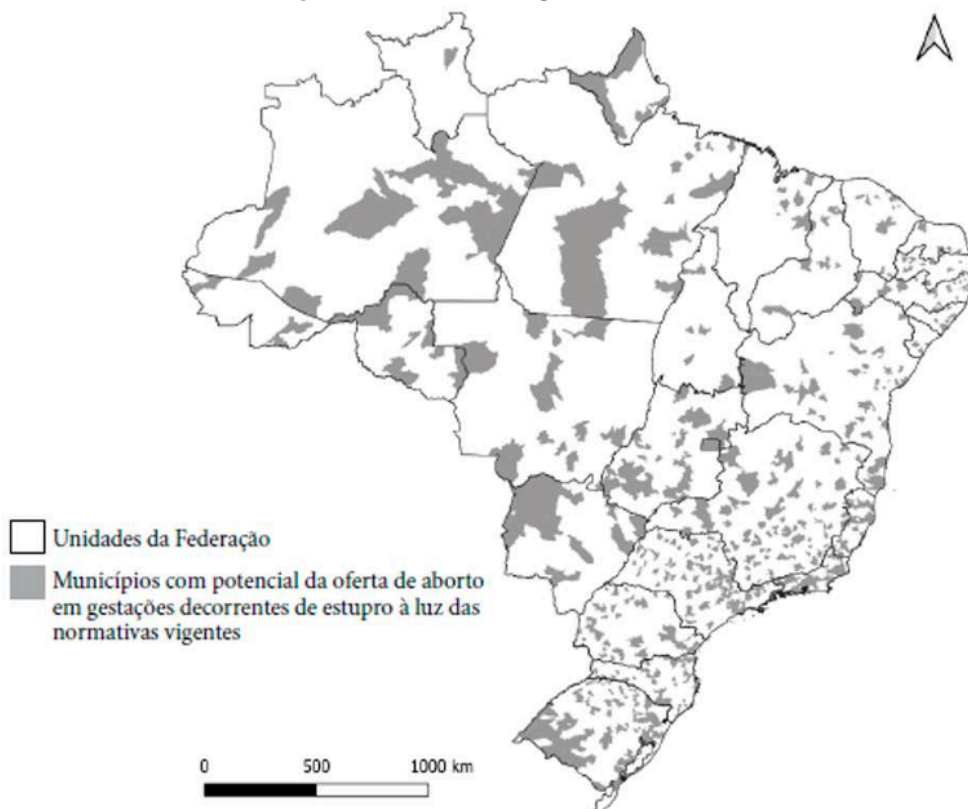
Conforme as autoras apontam:

Quatro Unidades da Federação não apresentaram qualquer estabelecimento no cenário; das regiões do país, as únicas em que todas as Unidades da Federação tinham ao menos um município com oferta foram a Sul e Sudeste. A distribuição dos estabelecimentos que compuseram o cenário 1 acompanha a forma desigual como as unidades de atenção ambulatorial e hospitalar estão alocadas no território brasileiro, com concentração de recursos e tecnologia em centros urbanos e nas regiões Sul e Sudeste. A coincidência de distribuição territorial é esperada, dado

que, por norma, a oferta do aborto previsto em lei no Brasil está restrita a estabelecimentos de média e alta complexidade. Essa concentração, contudo, gera a necessidade de deslocamentos intermunicipais e aumenta as distâncias a serem percorridas, com maiores implicações logísticas, de tempo e dinheiro, limitando o acesso ao serviço, especialmente para grupos já vulnerabilizados. (JACOBS; BOING, 2022, p.)

Já em um segundo momento, as autoras mapearam os municípios que possuíam ao menos um estabelecimento que atenderia “às exigências de estrutura física e de pessoal das normativas vigentes no que diz respeito ao aborto em gestações decorrentes de estupro no SUS” (JACOBS; BOING, 2022), concluindo que havia 662 municípios (quase 12% dos municípios do país) que se enquadravam nos requisitos, onde residia 62,1% da população de sexo feminino do Brasil.

Mapa 2 - Cenário 2 de municípios com potencial de oferta de aborto em gestações decorrentes de estupro no Brasil em junho de 2021 à luz das normativas vigentes



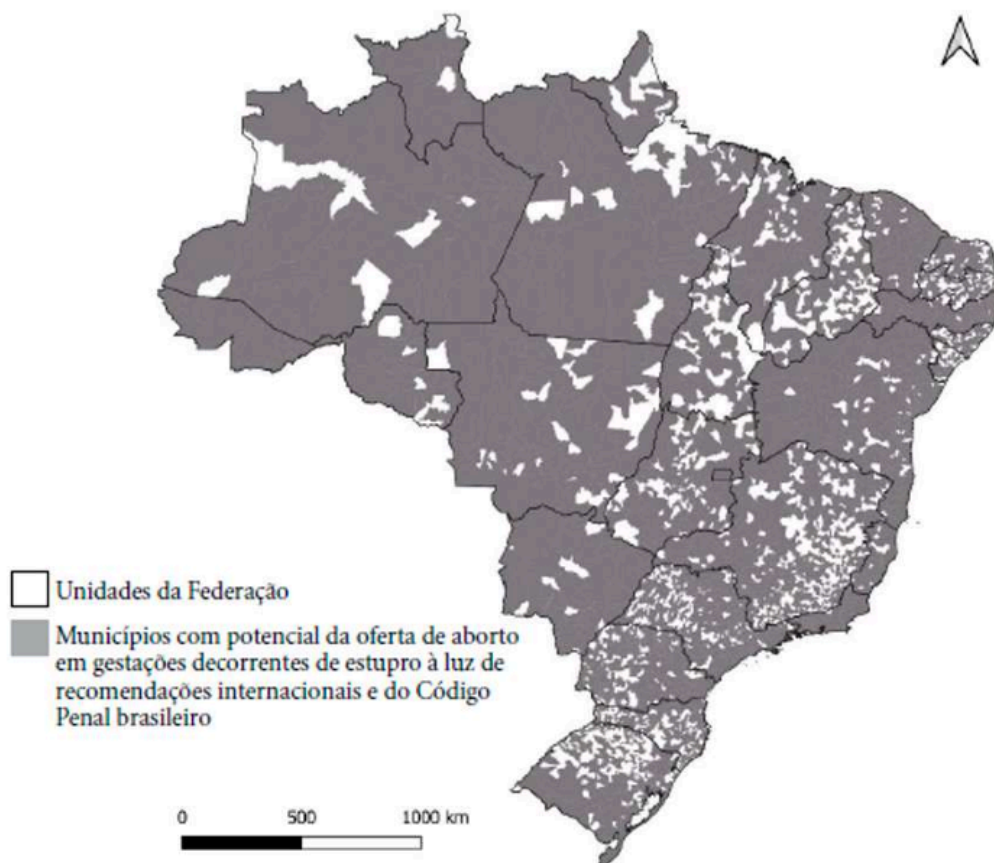
Fonte: JACOBS; BOING 2022

Conforme as autoras apontam, ao comparamos os dois primeiros mapas, é possível perceber que todas as regiões do país poderiam ampliar os de serviços de para interrupção de gravidez, contudo, é importante frisar que “é nítida, (...) a diferença entre regiões, com 46,1%

de municípios com oferta potencial na região Nordeste e 72,9% no Sudeste” (JACOBS; BOING 2022).

Por fim, o estudo olhou para a oferta potencial, que elenca os recursos necessários para a oferta de aborto a partir de recomendações técnicas e de políticas de saúde sobre o aborto da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de acordo com o Código Penal, chegando ao número de 3741 municípios (67,4% dos municípios brasileiros), que englobam 94,3% da população brasileira de sexo feminino.

Mapa 3 - Cenário 3 de municípios com potencial de oferta de aborto em gestações decorrentes de estupro no Brasil em junho de 2021 à luz de recomendações internacionais e do Código Penal brasileiro



Fonte: JACOBS; BOING 2022

Segundo as autoras,

Nesse cenário, a atenção primária seria o local preferencial de oferta de aborto em gestações decorrentes de estupro durante as primeiras semanas de gestação, sempre com retaguarda de um serviço de urgência. A utilização de serviços de maior

densidade tecnológica estaria restrita a complicações, a situações que demandassem cuidado especializado e a gestações mais avançadas. (JACOBS; BOING 2022)

O estudo sintetiza a comparação entre os três mapas em uma tabela:

Tabela 7 - População do sexo feminino e em idade fértil residente em municípios com serviço de aborto em gestações decorrentes de estupro nos três diferentes cenários de oferta. Brasil por regiões, 2021

| Região | Residentes em municípios com serviço de aborto em caso de gestações decorrentes de estupro (%) | | | |
|--------------|--|-----------|-----------|-----------|
| | Total (n) | Cenário 1 | Cenário 2 | Cenário 3 |
| Norte | 6.120.661 | 26,50% | 58,10% | 93,30% |
| Nordeste | 18.241.583 | 22,70% | 46,10% | 93,30% |
| Sudeste | 26.241.992 | 30,10% | 72,90% | 95,40% |
| Sul | 8.694.218 | 21,50% | 63,80% | 93,20% |
| Centro-Oeste | 5.159.860 | 32,10% | 66,20% | 95,80% |
| Brasil | 64.458.314 | 26,70% | 62,10% | 94,30% |

Fonte: JACOBS; BOING 2022

Verifica-se que, as regiões Norte, Nordeste e Sul são as que têm menor porcentagem da sua população de sexo feminino residindo em municípios com serviços de aborto em casos de gravidez decorrente de estupro, ainda que nenhuma das regiões ultrapasse a marce de 33%. A maior parte da população de sexo feminino no Brasil não tem acesso fácil a serviços de aborto legal, mesmo que possuam o direito de interromper a gravidez em alguns casos, sendo necessário que se desloquem para que consigam ter esse direito atendido. Em determinadas circunstâncias, a opção que menos expõe a mulher é o aborto inseguro.

As autoras apontam que a taxa de realização de abortos entre residentes de municípios com a oferta do procedimento foi quase 5 vezes a taxa encontrada entre as residentes de municípios sem oferta do serviço. Isso, contudo, não significa que as residentes de municípios sem serviços de aborto não os estejam realizando. Os impedimentos para a realização do aborto legal, assim como o tabu que cerca o tema e a influência da religião

podem fazer com que gestantes que tenham direito ao aborto legal o realizem de maneira insegura, por fora do SUS. Dessa forma, agora nos deteremos sobre o que foi possível concluir a respeito do aborto realizado fora dos parâmetros da lei no Brasil.

3.4 A distribuição do aborto inseguro

A localização dos abortos inseguros no Brasil é notoriamente difícil de determinar. Por se tratar de um crime, não há dados disponíveis a respeito da localização das clínicas que operam ilegalmente realizando o procedimento e sua cobertura do território do país. Além disso, é possível abortar em casa, não sendo necessário um deslocamento até as clínicas supracitadas. Contudo, há algumas pistas a respeito de onde acontece o aborto inseguro no Brasil: conforme apontado anteriormente, a ausência de serviços de aborto legal influencia na distribuição da ocorrência de abortos inseguros, sendo que Boing e Jacobs (2022) apontam que as taxas de realização de aborto legal é cinco vezes maior entre as mulheres que residem em municípios com esses serviços.

Também é interessante olhar para os dados a respeito de internações e óbitos decorrentes de aborto no Brasil para que possamos ter alguma noção de onde ocorrem mais abortos inseguros e o perfil socioeconômico de quem os realiza. Dessa forma, nesta seção, iremos nos debruçar nos dados a respeito do aborto no país disponibilizados pelo SUS, bem como nos dados do último censo demográfico, buscando responder onde ocorre o aborto inseguro no Brasil e quem o realiza.

A partir dos dados da Tabela 8 apresentados abaixo, é possível observar que, das 12.433 internações por parto/aborto analisadas, 33,8% se deram na região Sudeste, 26,4% na região Nordeste, 16,2% na região Norte, 11,4% na região Centro-Oeste e 12,2% na região Sul. Quando comparamos os dados achados à porcentagem de população nas regiões encontradas pelo IBGE em 2022, é possível verificar que não há proporcionalidade, uma vez que a região Sudeste abriga 41,8% da população, a região Nordeste 26,91%, a região Norte 8,54%, a região Sul 14,74% e a região Centro-Oeste 8,0%. As maiores discrepâncias se dão entre as regiões Sudeste, com taxas menores do que as esperadas caso o fenômeno analisado afetasse a todas as regiões de maneira igualitária, e a região Nordeste, com taxas maiores do que o esperado. Isso pode ser explicado, pelo menos em parte, pela maior facilidade de acesso a abortos seguros no Sudeste e menor acesso a serviços de aborto na região Nordeste.

Ainda cabe frisar que, conforme dados do IBGE de 2022, 43,5% da população brasileira se autodeclara branca, 10,2% preta, 04% amarela, 45,3% parda e 0,6% indígena. Nas regiões Sul e Sudeste, a maior parte da população se autodeclara branca, enquanto nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a maior parte da população se autodeclara parda. Mesmo que as pessoas autodeclaradas brancas sejam maioria na região Sudeste, as mulheres pardas continuam sendo maioria das pessoas internadas por parto/aborto, correspondendo a 52,3% das internações analisadas na tabela abaixo.

Tabela 8 - Características amostrais segundo a cor da pele de mulheres internadas por parto/aborto em hospitais públicos e mistos no Brasil - 2022-2023

| Região | Brancas | | Pretas | | Pardas | |
|---------------------|---------|-----|--------|-----|--------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Norte | 234 | 7,1 | 208 | 12 | 1575 | 21 |
| Nordeste | 507 | 15 | 475 | 28 | 2306 | 31 |
| Sudeste | 1302 | 40 | 713 | 42 | 2184 | 29 |
| Sul | 891 | 27 | 136 | 7,9 | 486 | 6,5 |
| Centro-Oeste | 357 | 11 | 184 | 11 | 875 | 12 |

Fonte: Nascer no Brasil II, 2023

Outro fator que deve ser mencionado é a distribuição entre áreas metropolitanas e áreas rurais. Segundo dados do último Censo Demográfico (IBGE, 2022), 87,4% da população brasileira vive em áreas urbanas, enquanto 12,6% vivem em áreas rurais. As regiões metropolitanas concentram grande parcela da população urbana do país. Ainda que nenhuma das pesquisas supracitadas se atente especificamente à porcentagem de aborto em áreas rurais ou urbanas, dados preliminares da pesquisa Nascer no Brasil II apontam que, apesar da maior parte das gestantes internadas por parto/aborto se encontrar em regiões metropolitanas, uma proporção grande se encontra fora desses perímetros. Para ser mais específico, cerca de 65% das mulheres internadas por parto/aborto em hospitais públicos e mistos se encontrava em regiões metropolitanas. A parcela da população que ocupa áreas urbanas é de 87,41% e, apesar de região metropolitana e área urabana corresponderem a

recortes distintos, os dados podem indicar que mulheres que vivem em áreas rurais do país são hospitalizadas por parto/aborto com maior frequência, já que a população em áreas rurais é de 12,6% dos brasileiros, mas 35% das mulheres internadas no período analisado estavam fora de regiões metropolitanas. Pesquisas mais específicas poderiam se aprofundar nesse assunto, buscando analisar a porcentagem de de mulheres internadas por aborto em áreas rurais e urbanas e os motivos dessa discrepância, se assim verificado.

Tabela 9 - Características amostrais segundo a cor da pele de mulheres internadas por parto/aborto em hospitais públicos e mistos no Brasil - 2022-2023

| Local | Brancas | | Pretas | | Pardas | |
|-------------------------------------|---------|----|--------|----|--------|----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Região Metropolitana | 2216 | 67 | 1198 | 70 | 4678 | 63 |
| Fora de Região Metropolitana | 1075 | 33 | 518 | 30 | 2748 | 37 |

Fonte: Nascer no Brasil II. 2023

Conforme dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, que podem ser constatados na tabela abaixo, é possível constatar que as mulheres autodeclaradas pardas são desproporcionalmente afetadas pelas mortes por aborto no Brasil, uma vez que cerca de 45,3% da população brasileira se autodeclara parda e cerca de 52,81% das mortes no período analisado correspondeu a mulheres pardas.

Olhando para as mortes decorrentes de aborto a partir da divisão das regiões do Brasil, é possível constatar que 18,7% ocorreu na região Norte, 27,3% na região Nordeste, 37,4% na região Sudeste, 8,2% na região Sul e 8,2% na região Centro-Oeste. Quando comparamos à distribuição da população brasileira previamente mencionada, é possível verificar que a região Centro-oeste é a única que manteve proporcionalidade, uma vez que abriga 8,0% da população. A região Sudeste, também nesses dados, teve menos mortes por abortos do que o esperado caso o fenômeno não fosse desigual no espaço geográfico, uma vez que abriga 41,8% da população brasileira. A região Norte apresentou fortes discrepâncias, uma vez que abriga 8,54% da população e correspondeu a 18,7% das mortes por aborto no período analisado, conforme é possível constatar na tabela abaixo.

Tabela 10 - Óbitos - Gravidez que termina em aborto 2019-2023

| Região | Óbitos |
|---------------------|--------|
| Região Norte | 50 |
| Região Nordeste | 73 |
| Região Sudeste | 100 |
| Região Sul | 22 |
| Região Centro-Oeste | 22 |
| Total | 267 |

Fonte: MS/SCS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Dessa forma, é possível verificar que as mulheres da região Norte e mulheres que moram fora de regiões metropolitanas passam, proporcionalmente, por mais abortos inseguros no Brasil. Isso pode ser explicado tanto pela falta de serviços de aborto legal, que o que leva mulheres a abortarem clandestinamente mesmo nos casos em que possuem o direito garantido no Código Penal, tanto pela concentração de infraestrutura no Sudeste do país. Mesmo que o aborto afete mulheres de todos os perfis socioeconômicos, raça, situação conjugal, escolaridade e classe são fatores que influenciam no desfecho de e do aborto. Maior acesso a contracepção tende a diminuir o número de abortos realizados, conforme previamente apontado. Mas, mesmo nos casos em que se teve acesso à contracepção e há uma gravidez, quanto mais favorável for a situação econômica da mulher, maior possibilidade de que realize um aborto com maior segurança, ainda que clandestinamente.

Considerações Finais: Nem presas, nem mortas - aborto, um direito das mulheres

A presente pesquisa teve como objetivo compreender a distribuição espacial da prática de aborto no Brasil, esteja ela dentro ou fora dos parâmetros legais. Ao longo do trabalho, foi posto que a clandestinidade é um fator agravante de risco para as gestantes que optam por interromper a gravidez. Contudo, é possível constatar que há outros fatores que influenciam o quão seguro é um aborto, mesmo que clandestino, como raça, classe, escolaridade e situação conjugal.

Mulheres pretas e pardas, com baixa escolaridade, solteiras e que moram longe de regiões metropolitanas, sobretudo na região Norte do país, quando precisam passar por um aborto, estão em maior risco que mulheres brancas, com diploma de ensino superior, com parceiro fixo e que habitam regiões metropolitanas e/ou a região Sudeste. Isso se dá devido ao caráter de crime do aborto no Brasil, sendo que quanto mais estabilidade uma mulher tem em sua vida, maiores as chances de passar pelo procedimento da melhor forma possível, sem graves consequências físicas e/ou psicológicas.

Os espaços destinados ao aborto legal no Brasil são restritos, conforme constatado ao longo da pesquisa, não só por não alcançarem o potencial de cobertura do território e da população brasileira do que seria permitido pela Lei, mas pelo próprio caráter proibitivo da legislação a respeito do tema no país. Dessa forma, foi possível constatar que as restrições impostas pela legislação a respeito de quem pode realizar o aborto e sob quais circunstâncias produz a distribuição de abortos legais e de abortos clandestinos no Brasil. Os serviços de aborto legal não atendem à maior parte das pessoas gestantes do país, o que faz com que mulheres que poderiam ter acesso ao serviço de acordo com a Lei optem pela clandestinidade, evitando se deslocar grandes distâncias para a realização do procedimento.

Nesse sentido, a legislação, ao conceder o direito de abortar apenas a mulheres em situação limite - como os casos de estupro ou anencefalia fetal -, empurra mulheres já marginalizadas à situação de maiores estresses financeiros, psicológicos e físicos. Ao não reconhecer a prática de aborto como parte da questão de autonomia das mulheres sobre o próprio corpo e ao ignorar a quantidade de abortos clandestinos que ocorrem anualmente, o Estado brasileiro, exerce um controle das mulheres que acaba as colocando, cada vez mais,

em situação de marginalização. A realização de aborto pode levar as mulheres, nos piores casos, à prisão ou à morte.

Nesse sentido, é possível relacionar a discussão com as concepções lefebvrianas a respeito do espaço, de como serve, simultaneamente, como meio de controle e dominação e como instrumento ao pensamento e à ação. A legislação sobre aborto é uma forma de controle estatal sobre o corpo das mulheres, relegando-as a realizar abortos clandestinos ou a se deslocar grandes distâncias nos poucos casos nos quais possuem o direito de realizar o procedimento de maneira segura, sem correr o risco de irem presas ou morrerem. Contudo, há diversas formas de resistência, praticadas por mulheres no Brasil e no mundo, o que se relaciona com o que Lefebvre (2013) diz a respeito do espaço como instrumento à ação. Existem diversas redes de apoio a mulheres que enfrentam gravidez não planejada, e organizações dedicadas a ajudá-las, mesmo que fora dos parâmetros legais. Marchas pela legalização do aborto ocorrem todos os anos em países nos quais o procedimento é criminalizado. Há uma rede de solidariedade internacional que parte da compreensão de que a criminalização do aborto não impede que as pessoas o pratiquem, apenas amplifica a situação de vulnerabilidade de mulheres que já se encontram marginalizadas. Dessa forma, é necessário se compreender o aborto como direito das mulheres sobre o próprio corpo, para que não corram o risco de irem presas ou morrerem ao passarem por esse procedimento que é tão comum ao longo da vida reprodutiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, Regina Maria; ARILHA, Margareth. **A Experiência Brasileira com o Cytotec**. Revista Estudos Feministas, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 408, 1993. DOI: 10.1590/%x. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16073>. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal. Define os crimes e as penas**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Secretaria Nacional de Políticas Penais. RELIPEN – Relatório de Informações Penais: 2º semestre de 2024**. Brasília: SENAPPEN, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relipen/relipen-2o-semester-d-e-2024.pdf>. Acesso em: 2 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados sobre abortos legais realizados pelo SUS**. Ano de referência: 2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: [link do DATASUS / boletim oficial]. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 190, p. 288-289, 3 out. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22540419. Acesso em: 16 jun. 2025.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. **National Abortion Survey - Brazil, 2021**. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 28, n. 6, p. 1601-1606, jun. 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023>.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; FONSECA, Sandra Costa; LEAL, Maria do Carmo; AQUINO, Estela M. L.; MENEZES, Greice M. S.. **Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018**. Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 36, n. 1, p. 1-27, jan. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00190418>.

FERREIRA, Helder; COELHO, Danilo Santa Cruz; CERQUEIRA, Daniel Ricardo de Castro; ALVES, Paloma; SEMENTE, Marcella. **TD 2880 - Elucidando a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados**. Texto Para Discussão, [S.L.], p. 1-30, 18 maio 2023. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. <http://dx.doi.org/10.38116/td2880-port>.

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

IGREJA CATÓLICA. **Código de Direito Canônico**. Tradução oficial da CNBB. 6. ed. Brasília: Edições CNBB, 2020. Cân. 1398.

JACOBS, Marina Gasino; BOING, Alexandra Crispim. **Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios?** Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 27, n. 9, p. 3689-3700, set. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022279.05352022>.

LEAL, Maria do Carmo; GRANADO, Silvana; BITTENCOURT, Sonia; ESTEVES, Ana Paula; CAETANO, Karina. **Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023: dados preliminares da pesquisa para oficina: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em: 3 maio 2025.

LEFEBVRE, Henri. **A vida cotidiana no mundo moderno**. São Paulo: Ática, 1991.

LEFEBVRE, Henri. **La producción del espacio**. Madrid: Capitán Swing, 2013.

MACHIN R., Couto M. T., ROCHA A. L. S., COSTA M. R. M. **Formação médica e assistência aos processos de abortamento: a perspectiva de residentes de duas universidades públicas em São Paulo, Brasil**. Interface (Botucatu). 2019; 23: e180370
<https://doi.org/10.1590/Interface.180370>

MASSEY, Doreen. **Space, place and gender**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2001.

MIGUEL, Luis Felipe. **Aborto e democracia**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 733–745, set./dez. 2012. Disponível em:
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2012000300004/23819>.
Acesso em: 12 maio 2025

MORAES, Meriene Santos de. **A Prática De Aborto Voluntário E As Múltiplas Escalas De Poder E Resistência: Entre O Corpo Feminino E O Território Nacional**. 2016. 134 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Geografia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

MORAIS, Lorena Ribeiro de. **A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde de mulher**. Senatus : cadernos da Secretaria de Informação e Documentação, v. 6, n. 1, p. 50-58, maio 2008.

MUSEU DA CONTRACEPÇÃO E DO ABORTO. **Interrupção da gravidez**. 2025. Disponível em: <https://muvs.org/en/abortion/substances/seife-id2142/>. Acesso em: 16 jun. 2025.

PEDROSO, Mateus Fachin. **Corporeidades e Metodologia de Pesquisa Geográfica: Reflexões e Feministas**. Revista Latino Americana de Geografia e Gênero, v. 15, n. 1, p. 152-166, 2024.
ISSN 21772886.

PIMENTEL, Silvia; VILLELA, Wilza. **Um pouco da história da luta feminista pela descriminalização do aborto no Brasil**. Ciência e Cultura, [S.L.], v. 64, n. 2, p. 20-21, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.21800/s0009-67252012000200010>.

ROCHA, M. I. B. da. **A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese**. Revista Brasileira de Estudos de População, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 369–374, 2006. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/223>. Acesso em: 16 jun. 2025.

SCAVONE, Lucila. **Políticas feministas do aborto**. Revista Estudos Feministas, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 675-680, ago. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-026x2008000200023>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Abortion: fact sheet**. Genebra: World Health Organization, 17 maio 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>>. Acesso em: 11 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Abortion care guideline**. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/clinical-practice-handbook-for-quality-abortion-care.pdf?sfvrsn=e82e253c_7&utm_source=chatgpt.com