

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ALINE SCHWALM ANDRADE RATES

**ACESSO DE MULHERES PRETAS E PARDAS AO ABORTO LEGAL NO BRASIL:  
Análise da série histórica de 2011 a 2020 e os possíveis impactos da pandemia  
de covid-19**

Porto Alegre  
2021

### CIP - Catalogação na Publicação

Schwalm Andrade Rates, Aline  
ACESSO DE MULHERES PRETAS E PARDAS AO ABORTO LEGAL  
NO BRASIL: Análise da série histórica de 2011 a 2020 e  
os possíveis impactos da pandemia de covid-19 / Aline  
Schwalm Andrade Rates. -- 2021.  
36 f.  
Orientadora: Camila Giugliani.

Coorientadora: Maura Carolina Belomé da Silva.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Medicina, Especialização em Saúde Pública, Porto  
Alegre, BR-RS, 2021.

1. aborto legal. 2. saúde da mulher. 3. raça/cor.  
4. covid-19. I. Giugliani, Camila, orient. II.  
Carolina Belomé da Silva, Maura, coorient. III.  
Título.

ALINE SCHWALM ANDRADE RATES

**ACESSO DE MULHERES PRETAS E PARDAS AO ABORTO LEGAL NO BRASIL:  
Análise da série histórica de 2011 a 2020 e os possíveis impactos da pandemia  
de covid-19**

Trabalho de Conclusão de Especialização apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Giugliani  
Co Orientadora: Ms. Maura Carolina Belomé da Silva

Porto Alegre  
2021

*“todas las mujeres conciben ideas, pero no todas conciben hijos”*

(Emília Pardo Bazán)

## RESUMO

No Brasil, abortar legalmente significa interromper gestações decorrentes de estupro, que coloquem em risco a vida da mulher ou de fetos anencefálicos. Ainda que exista o direito legal, o aborto sempre foi um tema com poucos avanços ao longo da história das políticas públicas direcionadas aos direitos reprodutivos, e pessoas em situação de violência sexual demoram para chegar aos serviços capacitados. Este trabalho teve como objetivo principal descrever a evolução dos números de internações por aborto legal e de notificações de violência sexual no Brasil na década 2011-2020. Foram acessados os sistemas de informação: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e extraídos dados sobre ano, número de internações por aborto por razões médicas (CID-10 O04), número de notificações por violência sexual – estupro entre os anos 2011 e 2020. A seguir, os dados foram estratificados pelo quesito raça/cor e unidade federativa. Foram realizadas análises das frequências e proporções de cada ano, apresentadas em tabelas, possibilitando a observação da tendência temporal dos dados. Dentre os achados neste estudo destacamos o incremento do número de notificações e de internações para realização do aborto previsto em lei, e maior qualificação das informações preenchidas nas fichas de notificação no critério raça/cor. Os dados analisados não indicaram significativo impacto no número total de abortos realizados desde o início da pandemia de COVID-19 mas foi constatada redução do número de serviços atuantes durante esse período.

Palavras-chave: **Aborto legal; Saúde da Mulher; Raça/cor; COVID-19.**

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1 – Mapa dos Serviços de Aborto Legal no Brasil de acordo com o CNES em 2021 .....	22
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Série histórica das notificações SIH-SUS por aborto por razões médicas (CID-10 O04), 2010-2020.....	20
Tabela 2 – Série histórica das notificações ao SINAN por violência sexual, 2011-2019. .....	21
Tabela 3 – Série histórica das notificações SINAN por raça/cor, 2011-2019.....	265
Tabela 4 – Série histórica das notificações por Unidade da Federação SIH-SUS por raça/cor, 2018-2020.....	287

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	10
1.1 Justificativa .....	11
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo Primário .....	12
2.2 Objetivos Secundários.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	13
3.1 Mulheres e sociedade.....	13
3.2 O marcador social raça/cor .....	14
4 METODOLOGIA .....	17
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
5.1 Distribuição Geográfica de Serviços .....	22
5.2 A variável raça/cor como indicador de disparidade social .....	24
5.3 A pandemia de COVID-19 e o acesso ao abortamento legal .....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	30
REFERÊNCIAS .....	32
ANEXO A - Série histórica das notificações ao SINAN por violência sexual, 2011-2019 e relação de projeção estatística versus número total de abortamentos .....	34
ANEXO B - Número de serviços disponibilizado pelo CNES, por região, estado e município, 2020.....	35
MINI CURRÍCULO .....	37

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, abortar legalmente significa interromper gestações que coloquem em risco a vida da mulher<sup>1</sup> gestante, ou daquelas cujos fetos sejam diagnosticados como anencefálicos<sup>2</sup>, ou de gestações decorrentes de estupro. Qualquer outro motivo que leve à interrupção voluntária é considerado criminoso (BRASIL, 1940). A condição de vítima (da natureza ou de violência), portanto, é imprescindível para que mulheres tenham direito sobre seus corpos (DINIZ et al., 2014).

Algumas pesquisas já foram realizadas visando acompanhar os avanços concretos na assistência as pessoas que buscaram o aborto<sup>3</sup> previsto em lei. Apesar de decepcionantes, os resultados não surpreendem: em estudo realizado no ano de 2016, Madeiro e Diniz identificaram que, entre os 68 serviços avaliados pela pesquisa, somente 37 afirmaram realizar o procedimento. Ademais, sete estados da federação não contavam com serviço ativo, e somente seis estados contavam com mais de uma opção na busca por assistência (MADEIRO; DINIZ, 2016).

O contexto nacional de acesso à saúde também é permeado por outros desafios na garantia à equidade e à universalidade. A raça, importante marcador social, é um dos fatores que influenciam a qualidade e a quantidade dos serviços acessados pela população, o que impacta em diversos aspectos da saúde da população (BRASIL, 2005). É imprescindível, como afirma Laura López, a análise das interseccionalidades do gênero e da raça às discussões e políticas que visam garantir a cidadania da sociedade brasileira (LOPEZ, 2012).

Somados à onda de retrocesso nas políticas públicas destinadas à seguridade social (com grande destaque para a EC 55/2016) (GONZAGA; GONÇALVES; MAYORGA, 2021) e os movimentos conservadores que buscam o total impedimento à realização do abortamento no Brasil, identificam-se os novos desafios que a pandemia de COVID-19 trouxe para o SUS e para o coletivo de trabalhadoras e

---

<sup>1</sup> A legislação específica que “mulheres” têm direito ao abortamento pela relação arbitrária entre sexo e gênero. Neste trabalho, buscamos a inclusão de homens trans e pessoas transmasculinas que possam ter utilizado tal serviço e, por isso, falamos em pessoas usuárias ou pessoas que utilizaram os serviços.

<sup>2</sup> Anencefalia é a condição clínica de não desenvolvimento dos hemisférios cerebrais devido a má formação no tubo neural ainda no primeiro trimestre gestacional (DINIZ; VELEZ, 2008). Não há tratamento nem cura para esta condição, que é classificada como “incompatível com a vida”.

<sup>3</sup> Abortamento e aborto são utilizados como sinônimos na vida prática. Os termos, porém, diferenciam-se na temporalidade da ação: abortamento é o ato de abortar, aborto é seu resultado.

trabalhadores. Assim, entendemos ser necessária a discussão sobre os possíveis impactos desse novo contexto na assistência e proteção aos direitos sexuais e reprodutivos da população brasileira, especialmente no que tange ao acesso ao abortamento legal (SENAPESCHI; VIEIRA; MARIANO, 2021), articulando de maneira crítica com as consequências da pandemia que nos assola há mais de um ano.

### 1.1 Justificativa

Apesar do reconhecimento do direito ao abortamento desde o Código Penal de 1940 (BRASIL, 1940), a garantia de acesso a ele somente se deu após o término da Ditadura Militar no Brasil, em 1989 – cerca de 50 anos após a promulgação da lei (MADEIRO; DINIZ, 2016). A diferença temporal entre a possibilidade de realizar o procedimento e a efetiva oferta do serviço pela rede pública de saúde nos parece ponto imprescindível de discussão: como é possível que o Estado se exima de tamanha responsabilidade por tanto tempo? Quais caminhos foram criados por vítimas de violência sexual que precisaram recorrer ao abortamento como forma de interrupção de gravidez não desejada? Quais as consequências deste *gap* para o acesso da população na atualidade? São dúvidas que precisam, indubitavelmente, de diversas respostas, posto a multiplicidade de realidades presentes no Brasil e em seu extenso e diversificado território.

Entendemos que as violências de gênero, com ênfase na violência sexual, refletem a organização social contemporânea, permeada pelo machismo, racismo e pelas tentativas de silenciamento e apagamento de mulheres e populações minoritárias dos seus lugares de direito. Cuidar da sociedade, portanto, é dever do Estado como resistência às injustiças sociais. Ecoamos a Walkleia de Souza (2019, p. 7) quando afirma que “violência sexual é um problema de saúde pública, de responsabilidade do Estado, que infelizmente ainda possui pouca visibilidade”. A construção deste trabalho visa, assim, fornecer ferramentas para a construção de políticas públicas direcionadas à mitigação das injustiças e iniquidades em saúde, como aquelas materializadas nas dificuldades de acesso ao aborto legal.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Primário

- Descrever a evolução dos números de internações por aborto legal e de notificações de violência sexual no Brasil na década 2011-2020.

### 2.2 Objetivos Secundários

- Traçar a série histórica dos números de internações por aborto no Brasil de 2010 a 2020.
- Traçar a série histórica de notificações de violência sexual no Brasil de 2011 a 2019.
- Analisar as séries históricas de acordo com o quesito raça/cor.
- Descrever a distribuição geográfica de serviços habilitados para atendimento ao aborto legal no Brasil.
- Analisar os dados dos anos 2018 a 2020 na perspectiva da pandemia por Covid-19, refletindo sobre seus possíveis impactos.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Mulheres e sociedade

O corpo feminino cuidado pelas políticas públicas vigentes é o corpo que procria; salientar a problemática de gênero envolvida é necessário para compreender suas origens e manutenção. Para a atual classe média ocidental (anteriormente nomeada burguesia) é a partir da Revolução Industrial e das duas Grandes Guerras que a função da mulher como cuidadora da nação é adquirida, e a gestação e a criação de uma prole saudável passam a ser vistas como obrigatórias e naturais às mulheres (MOURA; ARAÚJO, 2003). Atrelado a esta expectativa, está o discurso que afirma que tal atividade é instintiva e natural, garantindo-lhes prazer incomparável - o chamado Amor Materno, de acordo com Badinter (1985). A utilização da figura feminina como responsável pelo cuidado da família e a transformação do seu corpo em ferramenta para tal objetivo são resultados de movimentos da medicina social sujeitada aos discursos e dogmas culturais desde então.

Como resistência a tais dogmas, identificamos, nos últimos 40 anos, uma série de movimentos sociais, especialmente movimentos de mulheres e feministas, cujo objetivo é a garantia do direito sobre o corpo e sobre as escolhas individuais. Como apontam Sônia Corrêa e Maria Ávila (2003), tais discussões se desdobraram em reivindicações políticas direcionadas ao Estado, sendo o acesso a métodos contraceptivos, ao aborto e à assistência hospitalar de qualidade alguns exemplos. Há de se ressaltar, também, a importância dos movimentos sociais como responsáveis por iniciar o processo de quebra de diversos paradigmas normatizantes e, de acordo com Fonseca e colaboradoras (2008), é importante reconhecer que, no âmbito dos movimentos sociais que se constituem e se desenvolvem a partir dos anos 1960, os movimentos de mulheres e feministas são considerados relevantes devido ao impacto que tiveram na formação das instituições e na produção do conhecimento.

A criação e a distinção entre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos também são marcas dessas mudanças da contemporaneidade, e têm em suas histórias estreitas relações com ativistas e movimentos LGBTQIA+ e com a busca pela garantia dos direitos humanos (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Após a repressão da Ditadura Militar no Brasil, ao longo dos anos 1960 e 1970, as mulheres conseguiram retirar do privado debates importantes sobre os direitos reprodutivos e, ao longo da década de 1980, a inserção de mulheres que propagavam o discurso feminista por meio de ONGs, sindicatos e outros movimentos sociais impactou a saúde pública e iniciou alguns dos processos civis que acompanhamos até hoje – a regulamentação nacional do acesso à interrupção voluntária da gestação decorrente de estupro pode ser tida como um grande exemplo (FONSECA et.al, 2008; MADEIRO; DINIZ, 2016).

### 3.2 O marcador social raça/cor

Algumas observações, porém, precisam ser feitas: apesar de uma série de mudanças, as diferenças marcadas pela classe e pela cor das mulheres acompanhadas pelas políticas públicas de saúde não foram integralmente resolvidas, e as mulheres negras e pobres ainda são ignoradas e marginalizadas nos processos de planejamento e realização de ações que visam à humanização da rede. De acordo com Sueli Carneiro (2003), gênero e raça não podem ser separados quando intentamos analisar o contexto histórico-cultural, porquanto ambos compõem o conjunto de marcadores sociais que oprime essas mulheres.

Ao interseccionalizarmos as análises, vislumbramos os maiores riscos corridos pela população de mulheres pretas e pardas: em que pese as mudanças no acesso à educação, com destaque ao nível superior, as mulheres negras ainda ocupam a maioria dos cargos de menor prestígio social e de menor remuneração, são grande parte da população trabalhadora informal, e a maior parcela de mulheres-mães solo e responsáveis pelo sustento do núcleo familiar (REIS et.al, 2020). Como refletem Moreira e colaboradoras (2020), essas vulnerabilidades somam-se à sobrecarga de trabalho doméstico e resultam na indisponibilidade de tempo para autocuidado, empobrecendo a qualidade de vida de mulheres negras e alimentando o ciclo de vulnerabilização.

Como ensina López (2012), o racismo institucional acaba recebendo menos críticas sociais por estar difundido no coletivo e se manifesta justamente em políticas que atingem e prejudicam determinada parcela da população, sem permitir a identificação de sujeitos específicos para responsabilizar – mas impactando

diretamente nas vidas de sujeitos específicos. Sem a pretensão de aprofundar a discussão sobre racismo institucional e estrutural, achamos importante destacar as relações da instituição Saúde com nosso histórico de país colonizado e ainda reprodutor de racismo.

### 3.3 A garantia de direitos versus a pandemia de COVID-19

Reconhecendo os novos desafios que a pandemia de COVID-19 trouxe para o SUS e para o coletivo de trabalhadoras e trabalhadores, entendemos ser necessária a discussão sobre os impactos na assistência e proteção aos direitos sexuais e reprodutivos da população brasileira, especialmente no que tange ao acesso ao abortamento legal (SENAPESCHI; VIEIRA; MARIANO, 2021). Como afirmam Moreira e colaboradoras:

A pandemia ocasionada pelo novo coronavírus intensificou crises que já faziam parte das realidades mundial e nacional. Apesar de a palavra 'pandemia' remeter a tudo e a todas/os, o processo que atravessamos revela e amplifica dinâmicas do capitalismo neoliberal e mostra sua faceta de desigualdades, especialmente em países como o Brasil, e em corpos marcados pela vulnerabilização social. No cenário brasileiro, a crise sanitária se soma à crise de governança, resultando num pandemônio que produz mais precariedades e violências (MOREIRA et.al, 2020 p. 2).

Fonseca e colaboradoras (2020) destacam o parco avanço no que se refere às discussões sobre o abortamento legal, seja no campo da assistência, seja na academia, destacando a insuficiente oferta de serviços capacitados para o atendimento desta demanda. Beatriz Galli (2020) afirma a obrigatoriedade dos Estados em lidar com as demandas dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de sua população, sobrepujando questões morais e religiosas com o intuito de assegurar a plenitude do acesso e da assistência de qualidade.

Entendemos, porém, que não é responsabilidade exclusiva da pandemia o recrudescimento de discursos legais e a busca pela alienação completa desse direito: o Brasil vem sendo assolado por um movimento conservador e neoliberal há alguns anos (SENAPESCHI; VIEIRA; MARIANO, 2021), cuja agenda política dedica-se ao desmonte de inúmeros direitos coletivos e assegurados nas legislações que regem o SUS:

Um elemento relevante nesse contexto é o falso debate entre ser a favor ou contra o aborto, quando o que está em questão é criminalizar ou não a

interrupção da gravidez. Isto é, ser a favor ou contra o aborto é uma questão moral, não é tema de deliberação pública, mas decisão individual. Em uma sociedade democrática, é o direito a determinadas escolhas o que está ao alcance da deliberação pública (SENAPESCHI; VIEIRA; MARIANO, 2021, p. 213).

Além das posturas de negligência das equipes dos serviços que foram habilitados para atender pessoas vítimas de violência sexual e que se negam a tal, também é necessário questionar os porquês da priorização do governo federal em extinguir normativas destinadas à garantia do direito ao aborto legal em meio à maior crise sanitária da história do SUS. Não nos escapa, assim, o viés religioso e moralista presente nessa mais do que questionável prioridade.

## 4 METODOLOGIA

Realizou-se um levantamento de dados disponibilizados pela base de dados do SUS (DATASUS) no período de 2010 a 2020. Foram acessados os sistemas de informação: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e extraídos os seguintes dados: ano, número de internações por aborto por razões médicas (CID-10 O04), número de notificações por violência sexual – estupro. A seguir, os dados foram estratificados pelo quesito raça/cor e unidade federativa. Os dados do SIH foram extraídos para o período de 2010 a 2020, enquanto que os dados do SINAN, somente para os anos de 2011 e 2019 (último ano disponível no SINAN para coleta de dados abertos).

Os dados foram extraídos de ambos os sistemas, SIH e SINAN, utilizando o sistema Tabnet, a partir do qual foram geradas planilhas no programa Excel (versão Office 365).

O Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi utilizado para gerar uma listagem dos serviços habilitados para o atendimento do aborto legal, discriminados por região, estado e município. Tal listagem foi obtida para o ano 2021, visto que o cadastro nacional de estabelecimentos apresenta apenas os registros atuais e não possui histórico dos anos anteriores.

Foram realizadas análises das frequências e proporções de cada ano, apresentadas em tabelas, possibilitando a observação da tendência temporal dos dados. Também foi construído um mapa para facilitar a visualização dos achados.

Os dados utilizados neste trabalho são de domínio público, acessíveis por meio do site do DATASUS (<https://datasus.saude.gov.br/>), sem nenhum dado de identificação das pessoas atendidas. Assim, este estudo pôde ser realizado sem a submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Logo no início da análise dos dados, destacou-se o grande incremento no número total de notificações de internação por aborto por razões médicas (identificado pelo CID-10 O04) a partir do ano 2011. Em 2010, primeiro ano analisado neste trabalho, houve um total de 87 notificações para todos os estados da federação; no ano seguinte, foram notificadas 1.489 internações pela mesma classificação CID-10. É possível relacionar tão impactante aumento (mais de 17 vezes) com a publicação da segunda edição da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento em 2011 (BRASIL, 2011), que deliberou sobre documentos e protocolos a serem seguidos pelas instituições desse tipo de atendimento e implicou maior número de registros.

Como mostra a tabela 1, os números totais de notificação mantiveram aumento desde então, com exceção dos anos de 2013 e 2017, que apresentaram números inferiores aos anos precursores. Nesta década avaliada, 16.995 notificações foram apresentadas aos órgãos de regulação dos estados.

Em contrapartida, os números de notificação de violência sexual, disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), evidenciam crescimento constante entre os anos de 2011 e 2019 (tabela 2). Os dados do ano 2020 não haviam sido disponibilizados no momento da coleta para este trabalho.

Conforme mostra a tabela 2, a tendência de aumento no número de notificações não foi, porém, acompanhada pelo número total de procedimentos de abortamento legal. Quando consideramos a estimativa de casos de violência sexual que resultariam em gestações, valor estipulado entre 5% e 7,5% (CERQUEIRA; COELHO, 2014), não se identifica a padronização desta relação ao longo dos anos, como demonstrado no Anexo A, e percebe-se a discrepância no acesso a este serviço que, a partir de 2017, apresenta número total de abortamentos inferior ao projetado. Considerando que o número total de abortos legais inclui os casos de feto anencefálico e de gestações que apresentam risco à vida da gestante, ou seja, não somente abortamentos de gestações resultantes de violência sexual, infere-se que a lacuna entre o número de gestações decorrentes de estupro e o número de abortos legais realizados seja maior do que pode ser evidenciado pelos dados.

Devido à limitação dos dados utilizados neste estudo, podemos somente hipotetizar algumas das causas que levam à referida diferença numérica: dentre elas destacamos o racismo institucional, a má distribuição de serviços hospitalares vinculados à rede pública de saúde habilitados para a realização deste procedimento e o estigma e preconceitos que envolvem a temática do abortamento, como será detalhado a seguir.

Há que se destacar, no entanto, que os dados disponibilizados também indicam aumento da qualificação das notificações geradas nos serviços públicos. Além do aumento numérico no total de notificações por ano, também percebemos menor negligência no preenchimento dos dados solicitados pelo documento, o que entendemos como resultado da luta pela visibilidade do tema e dos limitados movimentos de políticas públicas voltados ao investimento nesta pauta. Houve, em paralelo, aumento no acesso a tal direito; destacamos sua direta relação com a liberação da norma técnica (BRASIL, 2011).

Infelizmente o Brasil vem sendo assolado por retrocessos em diversas esferas políticas e, desde 2016, foram retalhadas e extintas as discussões de cunho progressista sobre o direito ao aborto legal.

Tabela 1 – Série histórica das notificações SIH-SUS por aborto por razões médicas (CID-10 O04), 2010-2020.

Raça/cor	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Branca	42	48.28	403	27.07	405	24.47	361	24.24	399	24.23	389	23.34	458	27.23	439	26.77	455	26.7	538	27.14	508	26.01	4397	25.87
Preta	5	5.75	44	2.96	21	1.27	27	1.81	31	1.88	55	3.3	44	2.62	48	2.93	37	2.17	89	4.49	84	4.3	485	2.85
Parda	32	36.78	377	25.32	415	25.08	479	32.17	371	22.53	384	23.04	428	25.45	547	33.35	560	32.86	671	33.85	711	36.41	4975	29.27
Amarela	0	0	0	0	2	0.12	6	0.4	10	0.61	9	0.54	7	0.42	25	1.52	46	2.7	57	2.88	70	3.58	232	1.37
Indígena	0	0	1	0.07	0	0	0	0	4	0.24	1	0.06	0	0	2	0.12	1	0.06	5	0.25	1	0.05	15	0.09
Sem informação	8	9.2	664	44.59	812	49.06	616	41.37	832	50.52	829	49.73	745	44.29	579	35.3	605	35.5	622	31.38	579	29.65	6891	40.55
Total	87	100	1489	100	1655	100	1489	100	1647	100	1667	100	1682	100	1640	100	1704	100	1982	100	1953	100	16995	100

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) – 2021.

Tabela 2 – Série histórica das notificações ao SINAN por violência sexual, 2011-2019.

<b>Ano</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Total	12065	16069	19101	20059	20390	22626	27035	30963	34423

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – 2021.

## 5.1 Distribuição Geográfica de Serviços

Se os números totais de notificação surpreendem à primeira observação, ao esmiuçarmos os dados a partir de critérios de diferenciação, temos indicadores impactantes. Distinções entre regiões do Brasil e entre estados ao longo dos anos sinalizam fragilidades do Sistema Único de Saúde e do sistema de notificações que influenciam no desenvolvimento e aplicação de políticas públicas destinadas à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

Conforme apresentado no Anexo B dos 100 serviços indicados pelo Centro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como habilitados para a realização do abortamento legal no ano 2020, nenhum se encontra nos estados do Amapá e de Rondônia, na região Norte do país, nem no estado de Alagoas, no Nordeste. Ademais, outros sete estados contam com somente um serviço habilitado, sendo um na região Sul, um na região Centro-Oeste, dois no Nordeste e três na região Norte. As dificuldades encontradas pela população de cada região devem ser consideradas singularmente, considerando-se as diferenças entre cada território e cada núcleo cultural. Reforçamos, porém, que a existência de barreiras de acesso à assistência em saúde também se localiza nos desafios de acesso geográfico e territorial, relacionadas à escassez de recursos e serviços e aos problemas que o grande gasto de dinheiro para locomoção pode representar. Conforme apresentado na imagem 1 a distribuição de serviços no território nacional ocorre de maneira pouco homogênea. Como afirmam Senapeschi e colaboradoras (2021), a migração entre serviços também pode ser considerada uma forma de violência institucional, composta pelo negligenciamento e negação dos direitos da população.

Imagem 1 - Mapa dos Serviços de Aborto Legal no Brasil de acordo com o CNES em 2021



Esri, HERE, Garmin, USGS | Esri, HERE

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – 2021.

Os dados disponibilizados pelo CNES, porém, divergem de pesquisas realizadas nos últimos anos. Algumas autoras (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016) referem a existência de somente 68 serviços ativos em território nacional e segundo Vitória Silva e Letícia Ferreira, em levantamento publicado em 2020, além dos obstáculos e preconceitos para a interrupção da gravidez, durante a pandemia de COVID-19 houve fechamento de grande parte dos hospitais responsáveis por casos de abortamento legal, sendo que, de 72 estabelecimentos que realizavam o procedimento em 2019, apenas 42 mantiveram esse serviço (SILVA; FERREIRA, 2020). Estas fontes indicam que a situação de acesso aos serviços é ainda mais sensível, o que reduz mais a abrangência de acesso a esse direito. Infelizmente, não são somente pesquisas que indicam tal fragilidade, sendo possível identificar casos de negação de acesso ao aborto legal e necessidade de articulação da rede intersetorial para garantia de realização do procedimento. Um desses casos, que foi emblemático e circulou intensamente na mídia, foi o de uma menina de 13 anos que

precisou ir a outro estado para interromper a gestação resultante de abusos crônicos de um familiar (JIMÉNEZ, 2020).

## 5.2 A variável raça/cor como indicador de disparidade social

Outro dado perceptível nas análises foi a redução das notificações de aborto por razões médicas sem o critério raça/cor preenchido. Ao longo dos últimos 6 anos, percebe-se uma redução significativa da categoria “sem informação”: em 2014, eram 50,52% das notificações que ignoravam tal marcador social; em 2020, foram 29,65% (tabela 1). Certamente, ainda há um grande caminho a ser percorrido rumo à qualificação das notificações e ao aumento da confiabilidade dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde no tocante ao quesito raça/cor; ressaltamos, porém, que a queda de cerca de 20% nas notificações sem informação possibilita maior efetividade na construção de políticas públicas que considerem as especificidades de diferentes grupos populacionais. Para isso, é preciso conhecer o perfil de quem efetivamente está acessando o aborto legal no Brasil.

Contrastando com a redução dos dados sem informação de raça/cor, identificamos um aumento constante nas notificações de violência vividas por pessoas pretas e pardas. Entre os anos de 2016 e 2017, por exemplo, percebemos uma queda de 8,99% entre as notificações sem informação quanto à raça/cor e um aumento de 8,22% nas notificações da população negra.

Se compararmos três anos de notificações, 2011 (ano da liberação da norma técnica), 2014 (ano com maior percentual de “sem informação”) e 2020 (último ano com informações disponíveis), podemos observar:

1. a diminuição dos registros sem informação de raça/cor (44,59% - 50,52% - 29,65%, respectivamente);
2. leve tendência de diminuição, com retomada de crescimento para a população branca (27,07% - 24,23% - 26,01%, respectivamente); e
3. leve queda, com sucessivo impactante aumento para a população negra (28,27% - 24,41% - 40,71%, respectivamente).

A tendência de migração da percentagem “sem informação” para a população negra (pretas e pardas agregadas) pode ser interpretada como sintoma do racismo institucional brasileiro, uma vez que o anterior apagamento desses corpos, ao ser

visibilizado, impacta diretamente nas políticas e ações em saúde. Além disso, o Brasil é reconhecidamente um país com cultura racista e discriminatória, cujo contexto social discrimina e desvaloriza a população negra (LÓPEZ, 2012).

Situação similar é encontrada no perfil das notificações do SINAN para estupro: desde 2014, percebe-se uma redução da quantidade de notificações com o campo raça/cor “ignorado” ou “em branco”. Os números, porém, são significativamente inferiores, conforme apresenta a tabela 3.

Este dado contrastante nos convida a refletir sobre a relação mantida entre as equipes de saúde com as pessoas que buscam pelo atendimento após serem vitimizadas por violências, e, diferentemente, com as que buscam atendimento para interrupção de uma gestação resultante de estupro. Desde tal perspectiva, o argumento da pressa no atendimento e do pouco contato com as/os usuárias/os se torna frágil, já que são justamente as pessoas que mais tempo passam com as equipes que têm sua raça ignorada ou não preenchida.

Chama a atenção que, nos dados sobre estupro, a população negra sempre foi a responsável por mais de 50% das notificações, com grande aumento nos anos 2018 e 2019, alcançando as maiores percentagens da série histórica (56,52% e 56,58% respectivamente); percebe-se, nesses mesmos anos, em contraste, uma discreta diminuição dos dados da população branca.

Tabela 3 – Série histórica das notificações SINAN por raça/cor, 2011-2019.

Raça	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ign/Branco	1287	10.67	1628	10.13	2235	11.70	2179	10.86	2201	10.79	2203	9.74	2297	8.50	1884	6.08	2063	5.99
Branca	4552	37.73	6004	37.36	6821	35.71	6875	34.27	7016	34.41	7756	34.28	9672	35.78	11012	35.57	12209	35.47
Preta	1110	9.20	1468	9.14	1707	8.94	1760	8.77	1752	8.59	1987	8.78	2430	8.99	2891	9.34	3350	9.73
Amarela	106	0.88	103	0.64	137	0.72	118	0.59	133	0.65	164	0.72	214	0.79	232	0.75	248	0.72
Parda	4932	40.88	6761	42.07	8015	41.96	8927	44.50	9095	44.61	10255	45.32	12121	44.83	14610	47.19	16125	46.84
Indígena	78	0.65	105	0.65	186	0.97	200	1.00	193	0.95	261	1.15	301	1.11	334	1.08	428	1.24
Total	12065	100.00	16069	100.00	19101	100.00	20059	100.00	20390	100.00	22626	100.00	27035	100.00	30963	100.00	34423	100.00

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - 2021

### 5.3 A pandemia de COVID-19 e o acesso ao abortamento legal

Ao considerarmos os impactos da pandemia de COVID-19 na assistência e no acesso ao abortamento legal, realizamos duas análises distintas dos dados públicos: a primeira avalia as notificações de aborto por razões médicas a partir do critério raça/cor por unidade da federação; a segunda retoma a análise do número total de abortamentos realizados nos anos 2018, 2019 e 2020, buscando investigar os possíveis impactos nas internações por esta causa.

A tabela 4 apresenta os dados dos últimos três anos disponíveis no site do Ministério da Saúde (<http://cnes.datasus.gov.br/>) e, já de início, sinaliza a necessidade de constante capacitação e sensibilização não somente das equipes de saúde, mas também das equipes gestoras: os estados do Amapá e do Acre não apresentam dados nos anos 2019 e 2018, respectivamente. No ano de 2020, nenhuma unidade da federação ficou sem informações; o Amapá, porém, registrou somente um caso de abortamento.

As tendências de aumento e decréscimo de notificações das populações branca e negra seguem as indicadas anteriormente (por se tratar dos mesmos dados). Há, no entanto, alguns destaques importantes a serem feitos quanto à constância do preenchimento da informação: alguns estados, como Rondônia, Maranhão, Sergipe e o Distrito Federal, apresentaram tendência de alta taxa de não preenchimento do quesito raça/cor. Oscilando entre 40% das notificações (Maranhão em 2018) até os 100% (Sergipe em 2019), esses estados apresentam dados pouco confiáveis quanto às reais demandas populacionais quando estratificadas a partir de sua raça. Esses estados, porém, apresentam números pequenos de abortamentos anuais, tendo o Maranhão o maior número (16 abortos em 2019 e em 2020).

Tabela 4 – Série histórica das notificações por Unidade da Federação SIH-SUS por raça/cor, 2018-2020.

Unidade da Federação	2020							2019							2018						
	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	S I	Total	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	S I	Total	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	S I	Total
11 Rondônia	0	0	1	0	0	8	9	0	0	1	0	0	8	9	0	0	2	1	0	6	9
12 Acre	0	0	6	1	0	1	8	0	0	4	0	0	4	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
13 Amazonas	5	0	55	6	0	12	78	1	1	28	3	0	29	62	0	0	23	2	0	18	43
14 Roraima	0	0	10	0	1	1	12	0	0	17	0	2	0	19	0	0	8	0	0	0	8
15 Pará	2	2	81	0	0	7	92	5	6	76	2	0	13	102	3	1	78	0	0	13	95
16 Amapá	0	0	0	0	0	1	1	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	0	0	0	0	0	2	2
17 Tocantins	0	0	6	0	0	0	6	0	0	21	0	0	0	21	2	2	36	0	0	10	50
21 Maranhão	0	0	1	0	0	15	16	1	0	5	1	1	8	16	0	0	3	0	0	2	5
22 Piauí	7	6	33	52	0	58	156	6	3	26	28	0	149	212	1	2	23	25	0	245	296
23 Ceará	0	0	30	1	0	39	70	0	0	23	0	0	29	52	1	0	5	0	0	23	29
24 Rio Grande do Norte	2	0	5	6	0	8	21	2	1	4	5	0	4	16	3	0	6	5	0	8	22
25 Paraíba	0	1	19	3	0	11	34	1	0	18	1	0	2	22	1	0	5	0	0	2	8
26 Pernambuco	13	7	59	1	0	14	94	12	5	52	1	0	68	138	15	0	54	0	0	116	185
27 Alagoas	0	0	3	0	0	1	4	0	0	5	0	0	1	6	0	0	4	0	0	3	7
28 Sergipe	1	0	1	0	0	3	5	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	0	0	5	7
29 Bahia	1	10	90	0	0	15	116	2	6	69	1	0	12	90	1	0	42	1	0	17	61
31 Minas Gerais	42	7	94	0	0	29	172	28	13	85	2	0	11	139	39	4	91	2	0	17	153
32 Espírito Santo	4	0	15	0	0	1	20	4	2	9	0	0	0	15	10	0	4	0	0	3	17
33 Rio de Janeiro	44	11	85	0	0	224	364	33	11	62	0	0	144	250	33	11	36	1	0	8	89
35 São Paulo	235	28	110	3	0	138	514	252	29	106	8	0	109	504	192	7	78	6	0	112	395
41 Paraná	33	2	7	0	0	4	46	23	2	1	0	0	1	27	26	0	4	0	0	2	32
42 Santa Catarina	62	3	7	1	0	1	74	100	3	12	0	1	5	121	63	1	3	1	0	1	69
43 Rio Grande do Sul	68	14	5	0	0	5	92	69	6	4	1	0	3	83	59	2	2	2	1	2	68
50 Mato Grosso do Sul	1	1	7	3	0	0	12	3	0	10	0	1	0	14	1	0	5	0	0	0	6
51 Mato Grosso	0	1	8	0	0	0	9	0	0	8	0	0	0	8	0	0	8	1	0	0	9
52 Goiás	0	0	23	0	0	3	26	2	0	14	0	0	0	16	0	0	22	0	0	0	22
53 Distrito Federal	2	0	7	0	0	9	18	2	1	5	0	0	12	20	1	1	3	0	0	7	12
Total	522	93	768	77	1	608	2069	546	89	665	53	5	610	1968	451	31	547	47	1	622	1699

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) – 2021.

Outros estados, entretanto, apresentam números comparativamente maiores de internações e também exibem altas taxas de notificações sem informação de raça/cor. É o caso do Rio de Janeiro, estado com o maior número de serviços habilitados de acordo com a listagem do CNES e, no entanto, com alto índice de não preenchimento da informação sobre raça/cor nas suas notificações. Nos anos de 2019 e 2020, o estado entregou ao Ministério da Saúde, respectivamente, 57,6% e 61,53% de suas notificações com o respectivo campo em branco. Aguça a curiosidade, todavia, a baixa taxa de não preenchimento da informação em 2018, cerca de 8,98% das notificações.

Em relação ao panorama geral do país, percebe-se que houve aumento do número total de internações para interrupção da gravidez em 2020, acompanhado de um decréscimo das notificações sem informação sobre a raça/cor da população que realizou o aborto previsto em lei.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde da população feminina não pode ser limitada somente às suas funções maternas, sendo de extrema importância reconhecermos nas mulheres sujeitos com desejos e histórias distintas entre si, porém representantes de contextos e da sociedade nas quais estão inseridas. O reconhecimento de sua existência para além da função de mãe e cuidadora pode nos auxiliar a promover melhorias nas esferas coletiva, individual, social e cultural uma vez que pesquisar sobre saúde sexual e reprodutiva é aqui defendido como estratégia política e ética. Refletir que o processo de gestar e abortar não acomete somente corpos de mulheres também se apresenta como demanda urgente à saúde pública que se nomeia universal.

Assim, apesar da suposição de neutralidade nos processos de produção de conhecimento e de políticas públicas, percebe-se que as disputas políticas e as diferenças ideológicas se imbricam e atingem a população de maneira a determinar o que se entende por sujeito mulher e suas especificidades, variando de acordo com o contexto histórico (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

Dentre os achados neste estudo destacamos o incremento do número de notificações e de internações para realização do aborto previsto em lei como importante indicativo das mudanças da abrangência dos serviços e da efetividade da política destinada a esta demanda. A maior qualificação das informações preenchidas nas fichas de notificação no critério raça/cor é aqui entendida como sinal de maior sensibilidade das equipes dos serviços de saúde na atenção ao público e possível indicador das mudanças almejadas pelas políticas destinadas à população negra.

Ressaltamos também as limitações dos dados disponíveis não somente no que tange aos critérios não preenchidos ou ignorados nas notificações, mas também na projeção de que somente cerca de 10% dos episódios de violência sexual são notificados aos órgãos de segurança pública nacional (CERQUEIRA; COELHO, 2014). Reforçamos, ainda, que o aborto sempre foi um tema com poucos avanços ao longo da história das políticas públicas direcionadas à saúde das mulheres, e o ano de 2020 foi marcado por ações governamentais estruturadas para reduzir os direitos já existentes. Um exemplo foi a publicação das portarias 2282/20 e 2561/20 que, entre outras orientações normativas, vinculavam os atendimentos em saúde à denúncia compulsória à Secretaria de Segurança Pública.

Reis e colaboradoras também destacam como momentos críticos para a saúde, como as pandemias de Ebola e Zika, reverberam nas políticas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, resultando no fechamento de serviços e na extinção do fomento às políticas públicas. Apesar de os dados analisados não indicarem significativo impacto no número total de abortos realizados desde o início da pandemia de COVID-19, a redução do número de serviços atuantes durante esse período deve ser entendida como sinal alarmante para a garantia dos direitos humanos da população brasileira. Como expressam Gonzaga, Gonçalves e Mayorga: “É fundamental a radicalização da ideia que sem a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos seguiremos em um processo de democratização incompleto” (GONZAGA; GONÇALVES; MAYORGA, p.164).

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União 1940; 31 dez.
- \_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: Funasa, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3ª ed. atualizada e ampliada. Brasília, DF, 2011.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- CARNEIRO, Sueli. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. **Racismos contemporâneos**. Rio de Janeiro: Takano Editora, v. 49, p. 49-58, 2003.
- CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo de Santa Cruz. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde**. Brasília: Ipea, 2014.
- CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora Unicamp, 2003. p. 17-78.
- DINIZ, Debora; DIOS, Vanessa Canabarro; MASTRELLA, Miryam; MADEIRO, Alberto Pereira. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 291-298, ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222010>.
- DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa nacional de aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 653-660, 2017.
- DINIZ, Debora; VÉLEZ, Ana Cristina Gonzalez. Aborto na Suprema Corte: o caso da anencefalia no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 647-652, 2008.
- FONSECA, Sandra Costa; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo; AQUINO, Estela M. L.; MENEZES, Greice M. S. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 1-27, suplemento 1, 2020. <Http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00189718>.
- GALLI, Beatriz. Desafios e oportunidades para o acesso ao aborto legal e seguro na América Latina a partir dos cenários do Brasil, da Argentina e do Uruguai. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 1-5, suplemento 1, 2020. <Http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00168419>.
- GONZAGA, Paula Rita Bacellar; GONÇALVES, Letícia; MAYORGA, Claudia. O conservadorismo distópico à brasileira: direitos sexuais e direitos reprodutivos e a pandemia da covid-19 no Brasil. **Revista Feminismos**, Salvador, v. 9, n. 1, p. 149-167, abr., 2021.

JIMÉNEZ, Carla. (2020). Menina de 10 anos violentada faz aborto legal, sob alarde de conservadores à porta do hospital. **El País Brasil**. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-16/menina-de-10-anos-violentada-fara-aborto-legal-sob-alarde-de-conservadores-a-porta-do-hospital.html>. Acesso em 06 jun. 2021.

LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, p. 121-134, 2012.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, fev. 2016. [Http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015)

MOREIRA, Lisandra Espíndula; ALVES, Júlia Somberg; OLIVEIRA, Renata Ghislendi; NATIVIDADE, Cláudia. MULHERES EM TEMPOS DE PANDEMIA: um ensaio teórico-político sobre a casa e a guerra. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 32, p. 1-19, set. 2020. [Http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240246REIS](http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240246REIS), Ana Paula dos; GOÉS, Emanuelle Freitas; PILECCO, Flávia Bulegon; ALMEIDA, Maria da Conceição Chagas de; DIELE-VIEGAS, Luisa Maria; MENEZES, Greice Maria de Souza; AQUINO, Estela Maria Leão. Desigualdades de gênero e raça na pandemia de COVID-19: implicações para o controle no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, p 1-27, 2020.

SILVA, Vitória Régia; FERREIRA, Letícia. (2020). Só 55% dos hospitais que ofereciam serviço de aborto legal no Brasil seguem atendendo na pandemia.

#### **Gênero e Número.**

Disponível em: <http://www.generonumero.media/so-55-dos-hospitais-que-ofereciam-servico-de-aborto-legal-no-brasil-seguem-atendendo-na-pandemia/>. Acesso em: 03 jul. 2021.

MOURA, Solange; Maria Sobottka Rolim de; ARAÚJO, Maria de Fátima. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 24, n. 1, 2003.

SENAPESCHI, Emilia Miranda; VIEIRA, Patrícia; MARIANO, Silvana Aparecida. Aborto legal, direitos sexuais e reprodutivos na pandemia de covid-19 no brasil. **Revista Feminismos**, Salvador, v. 9, n. 1, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1. Edusp, 1994.

SOUZA, Walkleia Adelaide de. Aborto legal: um breve estudo acerca dos entraves que permeiam o acesso de mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual ao direito de abortamento seguro. 2019. 20 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Ciências da Saúde) – **Universidade Federal de Uberlândia**, Uberlândia, 2019. Disponível em <http://clyde.dr.ufu.br/bitstream/123456789/27100/4/AbortoLegalBreve.pdf> Acesso em 19 jun. 2021

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. **Gênero e Saúde**: programa saúde da família em questão. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Abrasco, 2005. 176 p.

**ANEXO A - Série histórica das notificações ao SINAN por violência sexual, 2011-2019 e relação de projeção estatística versus número total de abortamentos**

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total de Notificações SINAN	12065	16069	19101	20059	20390	22626	27035	30963	34423
Projeção de 7,5%	904	1.205	1.432	1.504	1.529	1.696	2.027	2.322	2.581
Total de Notificações SIH-SUS	1489	1655	1489	1647	1667	1682	1640	1704	1982

**ANEXO B - Número de serviços disponibilizado pelo CNES, por região, estado e município, 2020.**

<b>Região</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>	<b>Nº de serviços</b>	
Norte	Acre	Rio Branco	1	
	Amazonas	Tefé	1	
		Carauari	1	
		Manaus	1	
		Parintins	1	
		Amapá		0
	Pará	Belém	2	
	Rondônia		0	
	Roraima	Boa Vista	1	
	Tocantins	Paraíso do Tocantins	1	
	Nordeste	Alagoas		0
		Bahia	Salvador	4
Feira de Santana			1	
Ceará		Fortaleza	5	
		Juazeiro do Norte	1	
		Itapajé	1	
Maranhão		São Luis	1	
		Caxias	1	
Piauí		Picos	1	
Pernambuco		Recife	7	
		Serra Talhada	1	
		Caruaru	1	
		Petrolina	1	
Paraíba		Santa Luzia	1	
		Campina Grande	1	
		João Pessoa	2	
Rio Grande do Norte		Natal	2	
		Santa Cruz	1	
Sergipe		Aracajú	1	
Centro-oeste		Goiás	Goiânia	1
		Mato Grosso	Barra do Garcas	1

		Cuiabá	1
		Rondonópolis	1
		Juína	1
	Mato Grosso do Sul	Dourados	1
		Campo Grande	1
	Distrito Federal	Brasília	4
Sudeste	Espírito Santo	Colatina	1
		Pinheiros	1
		Vitória	1
	Minas Gerais	São João Del Rei	1
		Belo Horizonte	4
		Uberlândia	1
		Itabira	1
	Rio de Janeiro	Macaé	1
		São João do Meriti	1
		Niterói	1
		Rio de Janeiro	10
	São Paulo	Itatiba	1
		Santo André	1
		Presidente Prudente	1
		Ribeirão Preto	1
		São Paulo	5
		Sorocaba	1
Sul	Paraná	Curitiba	1
	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	4
		Caxias do Sul	1
		Canoas	1
		Rio Grande	1
	Santa Catarina	Gaspar	1
		São José	1
		Blumenau	1
		Chapecó	1
		Florianópolis	1
		Joinville	1
		Total de Serviços	100

Fonte: Centro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - 2021

## **MINI CURRÍCULO**

Formada em Psicologia com ênfase em Práticas Sociais e Institucionais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) em 2017, iniciei a inserção no Sistema Único de Saúde ainda durante a graduação ao realizar todos os estágios obrigatórios em serviços componentes da rede. Devido a interesses pessoais e a meu posicionamento ético-político enquanto feminista sempre busquei articular o gênero com as discussões e as práticas que protagonizei. Assim, optei por realizar a residência multiprofissional em saúde no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) no programa Atenção Materno-infantil e Obstetrícia. A iniciei no ano 2018 e a concluí em 2020. Após a conclusão da residência busquei por programas de mestrado em saúde coletiva que possibilitassem discussões com as temáticas de meu interesse e atualmente sou aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS, com data prevista de encerramento em 2022.

Profissionalmente atuo como psicóloga clínica em consultório particular.