

Disputa de narrativas e padrões de votação sobre proteção integral e aborto legal por crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no PDL 3/2025: reflexões sobre o consentimento do Estado diante do não-consentimento

Dispute over narratives and voting patterns on comprehensive protection and legal abortion for children and adolescents who are victims of sexual violence in Bill (PDL) 3/2025: reflections on the State's consent in the face of non-consent

Disputa de narrativas y patrones de votación sobre la protección integral y el aborto legal para niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual en el PDL 3/2025: reflexiones sobre el consentimiento del Estado frente al no consentimiento

Grupo temático 11 - Relações socioestatais e construções democráticas da ação pública

Telma Ferreira Farias Teles Costa, PPFH/UERJ

Mônica Ribeiro de Araújo, PPFH/UERJ

Carlos Soares Barbosa, PPFH/UERJ

RESUMO

Este artigo analisou a tramitação e a disputa de narrativas em torno do PDL 3/2025, bem como os padrões de votação por partido, discutindo seus significados político-institucionais para a proteção integral e o acesso aos cuidados em saúde, com ênfase no aborto legal, por crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Ancorado no Materialismo Histórico-Dialético e em lentes interseccionais, o estudo reconstruiu a atuação partidária e os principais enquadramentos do debate público-legislativo; mapeia a votação nominal por partido, estimando coesão e fraturas internas; e utiliza os eixos do referencial teórico para interpretar repertórios argumentativos e padrões de voto. Argumentou-se que a aprovação do PDL reflete uma correlação de forças favorável a projetos conservadores que, ao sustar diretrizes construídas em instâncias participativas, tende a reintroduzir barreiras legais e extralegis ao atendimento, fragilizar fluxos intersetoriais e ampliar riscos de revitimização institucional. Conclui-se que a disputa sobre o PDL excede o plano procedimental, expressando um conflito sobre o papel do Estado, o alcance da proteção integral e a efetivação de direitos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: saúde coletiva; partidos políticos; interseccionalidade; aborto legal; violência sexual.

ABSTRACT

This article analyzed the legislative processing and the dispute over narratives surrounding PDL 3/2025, as well as party-based voting patterns, discussing their political-institutional meanings for comprehensive protection and access to health care, with an emphasis on legal abortion, for children and adolescents who are victims of sexual violence. Grounded in Historical-Dialectical Materialism and intersectional lenses, the study reconstructed party action and the main framings of the public-legislative debate; mapped the roll-call vote by party, estimating cohesion and internal fractures; and used the axes of the theoretical framework to interpret argumentative repertoires and voting patterns. It was argued that the approval of the PDL reflects a balance of forces favorable to conservative projects which, by suspending guidelines developed in participatory bodies, tends to reintroduce legal and extralegal barriers to care, weaken intersectoral flows, and increase the risks of institutional revictimization. It concludes that the dispute over PDL goes beyond the procedural plane, expressing a conflict over the role of the State, the scope of comprehensive protection, and the realization of rights within the Unified Health System (SUS).

Keywords: collective health; political parties; intersectionality; legal abortion; sexual violence; SUS.

RESUMEN

Este artículo analizó la tramitación legislativa y la disputa de narrativas en torno al PDL 3/2025, así como los patrones de votación por partido, discutiendo sus significados político-institucionales para la protección integral y el acceso a la atención en salud, con énfasis en el aborto legal, por niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual. Sustentado en el en el Materialismo Histórico-Dialéctico y en enfoques interseccionales, el estudio reconstruyó la actuación partidaria y los principales encuadres del debate público-legislativo; mapeó la votación nominal por partido, estimando cohesión y fracturas internas; y utilizó los ejes del marco teórico para interpretar repertorios argumentativos y patrones de voto. Se argumentó que la aprobación del PDL refleja una correlación de fuerzas favorable a proyectos conservadores que, al suspender directrices construidas en instancias participativas, tiende a reintroducir barreras legales y extralegales en la atención, debilitar flujos intersectoriales y ampliar los riesgos de revictimización institucional. Se concluye que la disputa en torno al PDL trasciende el plano procedimental, expresando un conflicto sobre el papel del Estado, el alcance de la protección integral y la efectivización de derechos en el Sistema Único de Salud (SUS).

Palabras clave: salud colectiva; partidos políticos; interseccionalidad; aborto legal; violencia sexual; SUS.

1. Introdução

A violência sexual contra crianças e adolescentes constitui grave violação de direitos e problema de saúde pública, com efeitos físicos, psíquicos e sociais duradouros que desafiam a capacidade estatal de prevenir, acolher e reparar danos. Entre a exigência de respostas protetivas e a persistência de barreiras institucionais, morais e territoriais ao acesso aos serviços de saúde, assistência social e proteção especializada, incluindo Conselho Tutelar e sistema de justiça, o tema torna-se campo de disputa sobre como o poder público define cuidado e proteção, isto é, o que se oferece, a quem e em que condições.

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2025 aponta que, no Brasil, ocorre um estupro de menores de 18 anos a cada seis minutos (FBSP, 2025). O Observatório da Criança e do Adolescente, contudo, registrou somente 313.998 notificações de violência sexual contra pessoas de até 19 anos¹ entre 2014 e 2024, sendo 87,15% meninas (Brasil, 2025). Pinto *et al.* (2024), por sua vez, sinalizam que, diariamente, 26 meninas entre 10 e 14 anos se tornam mães, sendo 20% destas declaradas casadas, 75% negras e 60,6% residentes nas regiões Norte e Nordeste, verificando-se, nesse contexto, maiores taxas de parto prematuro, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal.

O último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2024) informa que, no período de 2015 a 2021, entre crianças (0 a 9 anos), 76,8% das notificações referiam-se a meninas, e o estupro foi registrado em 56,4% dos casos; as cores/raças mais frequentes foram pardas (42,5%) e pretas (6,9%). A maioria ocorreu no domicílio (72,4%), com homens como agressores em 80,8% das notificações, destacando-se a participação de familiares (40,8%) e de amigos/conhecidos (23,5%). Entre pessoas de 10 a 19 anos, 92,7% das notificações também eram de meninas, sendo que pretas e pardas somaram 60,3% dos casos; o estupro foi o tipo mais frequente (65,9%), praticado em 92,8% dos casos por homens e ocorrendo majoritariamente em casa (63,5%) (Brasil, 2024, p. 4-5).

À luz desse perfil epidemiológico, marcado pela centralidade do domicílio como local de ocorrência e pela predominância de agressores muitas vezes do círculo familiar ou conhecido, a garantia de acesso rápido, acolhedor e não revitimizante aos serviços públicos se torna eixo decisivo da resposta estatal. Nessa direção, a Lei nº 12.845/2013 assegura atendimento emergencial, integral e multidisciplinar às pessoas em situação de violência sexual, com gratuidade e sem exigência de registro policial ou judicial (Brasil, 2013). Essa obrigação se ancora

¹ Ressalte-se que o recorte etário utilizado pelo Observatório da Criança e do Adolescente, com base no SINAN (até 19 anos), não coincide com o adotado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), que define criança como a pessoa até 12 anos incompletos e adolescente como aquela entre 12 e 17 anos e 11 meses, o que pode gerar diferenças conceituais e estatísticas na análise dos dados.

ainda no direito universal e igualitário à saúde, previsto no art. 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988) e na Lei nº 8.080/1990, que organiza o Sistema Único de Saúde (SUS) e orienta políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990).

Para além do atendimento em saúde, a resposta institucional à violência sexual contra crianças e adolescentes requer coordenação intersetorial e instâncias de participação e controle social capazes de orientar políticas públicas. Nesse arranjo, destaca-se o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), órgão deliberativo que, historicamente, tem atuado na construção de diretrizes nacionais para a garantia de direitos, influenciando a organização de serviços e fluxos de atendimento (Oliveira; Arantes, 2020).

Entre suas iniciativas, destaca-se a Resolução n.º 258/2024, voltada à organização do cuidado intersetorial às vítimas de violência sexual. Em 5 de novembro de 2025, contudo, a Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Decreto Legislativo (PDL) n.º 3/2025, sustando seus efeitos e recolocando em disputa o próprio sentido de proteção: entre a garantia de acesso a serviços de proteção integral e redução de danos, de um lado, e o controle moral com burocratização de direitos, de outro. Embora se trate de uma decisão no plano federal, seus impactos recaem diretamente sobre a ponta municipal, onde se estruturam os serviços do SUS e a rede de proteção responsável por acolher e encaminhar crianças e adolescentes vitimizados. Parte-se da premissa de que, ao interromper a vigência da Resolução, o PDL tensiona a coordenação de políticas, competências e fluxos no território e evidencia desafios centrais do pacto federativo sob a perspectiva local, a saber, capacidade de coordenação, cooperação interfederativa e enfrentamento das desigualdades territoriais na garantia de direitos.

Frente a esse embate, o artigo analisa a tramitação, os repertórios argumentativos e os padrões de voto dos partidos no PDL 3/2025, discutindo seu significado político-institucional para a proteção integral e o acesso ao cuidado em saúde, com ênfase no aborto legal, para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Busca-se reconstruir a tramitação e mapear os enquadramentos do debate público-legislativo; examinar a votação nominal por partido, identificando coesões e dissidências; e interpretar esses padrões à luz de quatro eixos teóricos: não-consentimento, violência institucional/revitimização, proteção integral e moralização do cuidado. O texto organiza-se em referencial teórico, metodologia, análise da tramitação e dos repertórios, exame da votação e considerações finais, nas quais se sintetizam os achados e se propõe uma agenda de pesquisa.

2. Referencial teórico

Para conectar a violência sexual contra crianças e adolescentes às formas pelas quais o Estado organiza (ou restringe) o cuidado e a garantia de direitos e, ao mesmo tempo, compreender como essas escolhas são disputadas no processo legislativo, o referencial teórico foi dividido em quatro eixos, apresentados a seguir.

2.1 Violência sexual e produção social do não-consentimento

A literatura internacional indica que a violência sexual atravessa fronteiras e apresenta magnitude expressiva em diversos contextos. Dworkin, Krahé e Zinzow (2021) destacam sua recorrência em múltiplos países, reconhecendo-a como problema global de saúde e direitos humanos. Corroborando essa proposição, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 31% das mulheres de 15 a 49 anos vivenciaram violência física e/ou sexual por parceiro íntimo ou por não parceiro (OMS, 2021), evidenciando a extensão do fenômeno além de episódios isolados que repercutem na imprensa e nas redes sociais.

Deslandes e Mendes (2017) ressaltam que a definição de violência sexual é histórica e tecida por discursos jurídicos, médico-legais, psiquiátricos e sociais, com contribuições decisivas das lutas feministas na disputa por reconhecimento, responsabilização e cuidado. Para Faleiros (2005), trata-se de uma relação complexa marcada por

segredo e cumplicidade intrafamiliar, que, ao ser socialmente nomeada como drama e trauma, desloca a atenção para a marca individual do sofrimento e encobre a dimensão relacional e estrutural da violência, em especial as assimetrias de poder e os vínculos de dependência: muitos agressores são familiares, cuidadores ou alguém com autoridade, de quem a vítima depende financeira e afetivamente, o que favorece estratégias de silenciamento, ameaças, recompensas e a manutenção de um contrato tácito de sobrevivência.

No Brasil, a Lei nº 13.431/2017 define violência sexual contra crianças e adolescentes como qualquer conduta que constranja a presenciar, manter ou participar de ato sexual, incluindo abuso sexual, exploração sexual comercial e tráfico de pessoas (Brasil, 2017). A Constituição Federal, por sua vez, reconhece que se trata de grave violação de direitos, estabelecendo o dever da família, da sociedade e do Estado em prioridade absoluta assegurar direitos fundamentais e colocá-los a salvo de toda forma de exploração e violência (Brasil, 1988).

Diante desse quadro, compreender a violência sexual como prática social implica reconhecer que a ruptura não depende apenas do ato de revelar ou denunciar, mas das condições concretas de ser ouvido, acreditado e protegido. Se o não-consentimento é produzido e estabilizado por relações de poder e por dispositivos familiares e comunitários, ele também pode ser reproduzido quando as instituições operam com suspeição, moralização ou exigências que desconsideram assimetrias de gênero, raça, classe e geração. É justamente nesse ponto, ou seja, quando a busca por cuidado se transforma em novo terreno de prova, exposição e sofrimento, que se colocam as dinâmicas de violência institucional e revitimização no acesso aos serviços.

2.2 Violência institucional e revitimização no acesso ao cuidado

O debate sobre violência institucional é central para compreender a violência contra crianças e adolescentes para além do âmbito estritamente familiar ou interpessoal, pois desloca o olhar para o modo como o Estado e suas instituições podem produzir, reproduzir ou agravar violações no próprio percurso de proteção. Minayo (2006) compreende a violência institucional como uma forma de violência produzida e reproduzida pelo Estado e por instituições prestadoras de serviços, manifestando-se nas rotinas, normas e práticas que, em lugar de garantir proteção e cuidado, acabam por violar direitos e produzir sofrimento. Trata-se, portanto, de um conceito especialmente válido no contexto da proteção de crianças e adolescentes vítimas.

O Decreto nº 9.603/2018, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, em seu art. 5, I, detalha que violência institucional se trata de violência praticada por agente público no desempenho de função pública, em instituição de qualquer natureza, por meio de atos comissivos ou omissivos que prejudiquem o atendimento à vítima ou testemunha de violência. O mesmo artigo, em seu inciso V, define revitimização como discurso ou prática institucional que submeta crianças e adolescentes a procedimentos desnecessários, repetitivos, invasivos, que levem as vítimas ou testemunhas a reviver a situação de violência ou outras situações que gerem sofrimento, estigmatização ou exposição de sua imagem (Brasil, 2018).

Já a Lei nº 14.321/2022 consolidou esse entendimento ao tipificar a violência institucional como crime, no âmbito dos crimes de abuso de autoridade, com o objetivo de coibir práticas de intimidação e de imposição de obstáculos e exigências indevidas, tratamento degradante ou atrasos que agravam o sofrimento e ampliam o risco de revitimização no atendimento às vítimas (Brasil, 2022). Ainda que situada no campo penal, essa legislação reforça o entendimento de que a violência institucional não é mero problema administrativo, mas violação de direitos humanos, com implicações diretas para o acesso à saúde e à proteção integral.

No âmbito do SUS, pesquisadores da área da saúde coletiva como Ayres (2009) e Merhy (2014) destacam que o cuidado é produzido em relações concretas, atravessadas por saberes técnicos, valores morais e assimetrias de poder. Quando essas relações são mediadas por protocolos rígidos, moralização ou interpretações restritivas da

norma, o encontro terapêutico pode se converter em espaço de coerção simbólica e revitimização. Nesses casos, o acesso ao cuidado deixa de ser experiência de acolhimento e passa a operar como instância de julgamento, controle e disciplinamento dos corpos.

Sob uma perspectiva crítico-dialética, a violência institucional não pode ser compreendida como falha pontual ou desvio de conduta individual, mas como expressão das contradições do Estado capitalista e de suas formas históricas de regulação da vida. Conforme analisa Fontes (2010), o Estado opera como condensação das relações de classe, produzindo dispositivos legais e institucionais que, ao mesmo tempo em que proclamam direitos, delimitam seletivamente quem pode acessá-los e em que condições. No caso do cuidado em saúde, tais dispositivos tendem a incidir de forma mais dura sobre corpos marcados por desigualdades de gênero, classe e raça, produzindo uma gestão diferencial da dor e do sofrimento.

A crítica feminista aprofunda esta análise. Em Federici (2019), o cuidado é compreendido como trabalho historicamente desvalorizado e subordinado à lógica da reprodução social, o que ajuda a explicar por que práticas de cuidado dirigidas a mulheres, meninas e outros sujeitos vulnerabilizados são frequentemente atravessadas por negligência institucional e violência simbólica. Ao destacar a centralidade da família na organização da reprodução social, essa perspectiva também ilumina a persistência da dicotomia público/privado: a violência sexual no âmbito doméstico tende a ser tratada como “assunto de família”, a ser “resolvido” internamente, e a intervenção estatal é facilmente lida como intrusão. Com isso, naturalizam-se respostas estatais mínimas, tardias e seletivas por omissão ou por burocracias que, em lugar de proteger, revitimizam.

Segato (2016) interpreta a violência institucional como uma pedagogia que comunica normas de gênero, sexualidade e moralidade, reforça hierarquias e silencia experiências dissidentes. Nessa chave, a revitimização não é um desvio ocasional, mas um mecanismo disciplinador que reafirma o controle sobre a sexualidade e a autonomia reprodutiva. No caso de crianças e adolescentes, ao transformar a escuta em triagem moral e o cuidado em concessão condicionada, o Estado ensina que o corpo infantil é tutelado sob a promessa de proteção, mas que o reconhecimento da dor depende de sua conformidade às expectativas morais mobilizadas por seus agentes.

As contribuições de Carneiro (2011) e Gonzalez (1984) ampliam esse quadro ao evidenciar o racismo institucional como tecnologia estruturante da ação estatal. A seletividade no acesso ao cuidado, a suspeição recorrente sobre a palavra das vítimas e a maior exposição de meninas negras (pretas e pardas) à violência e à negação de direitos indicam que a violência institucional opera de forma interseccional, combinando gênero, raça e classe na produção de desigualdades. Assim, a vitimização não se limita ao ato de violência sexual: ela se renova ao longo do percurso institucional em busca de escuta, proteção e cuidado.

Dessa forma, compreender a violência institucional no acesso ao cuidado exige situá-las no interior das disputas políticas e normativas que atravessam o Estado e suas políticas públicas. No campo da saúde coletiva, essa violência não se expressa apenas em ações diretas, mas também por omissões, exigências indevidas, atrasos injustificados, julgamentos morais, negação de informações e barreiras administrativas que, longe de proteger, aprofundam situações de vulnerabilidade e revitimização.

2.3 Proteção integral e o teste de realidade do universal

A doutrina da proteção integral, consagrada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), representa uma ruptura histórica com paradigmas tutelaristas e repressivos (Reis; Custódio, 2017), ao afirmar crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, destinatários de prioridade absoluta e de uma responsabilidade compartilhada entre família, sociedade e Estado. Entretanto, como problematiza a literatura crítica da saúde coletiva, a universalidade não se realiza automaticamente pela inscrição normativa do direito.

Trata-se de um princípio permanentemente tensionado pelas condições históricas, políticas e institucionais de sua implementação. De acordo com Fleury (2009), o SUS se estrutura como um projeto universal em uma sociedade profundamente desigual, o que faz com que o *universal* seja constantemente filtrado por critérios administrativos, organizacionais e morais que incidem de forma desigual sobre diferentes grupos sociais.

A discussão sobre a proteção integral ganha densidade quando atravessada por uma perspectiva interseccional. Como sinaliza Crenshaw (1989), o olhar interseccional permite interrogar o “universal” a partir das suas exclusões concretas e examinar como a promessa de proteção se converte em barreiras empíricas de acesso à rede de atendimento e à justiça. A questão, portanto, deixa de ser se existem normas e serviços, passando a considerar quem consegue revelar a violência com segurança, quem é acreditado, quem dispõe de apoio familiar e institucional e quais custos emocionais e materiais recaem sobre a vítima.

Na saúde sexual e reprodutiva, essa seletividade normativa é ainda mais aguda. Como mostram Diniz, Medeiros e Madeiro (2017), o aborto legal no Brasil evidencia a distância entre o reconhecimento formal do direito e sua efetivação. Embora previsto em lei há décadas, os autores registram de que o acesso ao procedimento é condicionado a exigências extraleais, interpretações morais de profissionais e entraves administrativos que restringem o direito, sobretudo para quem está em maior vulnerabilidade social. Assim, medidas neutras, como a presença de responsáveis, mudança de local entre etapas, recontar o ocorrido em serviços distintos, prazos e exigências de comprovação, tendem a pesar sobre crianças e adolescentes sob desigualdades de raça, classe, território, deficiência, gênero e idade com efeito revitimizante.

Do ponto de vista jurídico-sanitário, o art. 217-A da Lei n.º 12.015/2009 autoriza a interrupção da gestação resultante de estupro, inclusive na modalidade de estupro de vulnerável, que abrange menores de 14 anos. No SUS, esse cuidado é assegurado pelo art. 3º da Lei n.º 12.845/2013 (Lei do Minuto), com atendimento imediato, obrigatório, integral e gratuito às vítimas de violência sexual, contemplando acolhimento médico, psicológico e social, profilaxia para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e infecções sexualmente transmissíveis (IST) e contracepção de emergência, sem exigência de boletim de ocorrência ou exame de corpo de delito. Ainda assim, o aborto legal, já escasso para mulheres em geral, torna-se ainda menos acessível para crianças e adolescentes, pois, como a gravidez costuma ser percebida tardiamente, há maior dependência de adultos para buscar cuidado e a rede de serviços é pouco transparente e concentrada em poucos municípios (Ruschel *et al.*, 2025, p. 173).

No ano de 2023, por exemplo, segundo dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, houve no Brasil 2.687 procedimentos de aborto legal, dos quais 140 foram em meninas de até 14 anos e 291 em adolescentes de 15 anos ou mais (FBSP, 2023). Com base nos registros do Sistema de Internação Hospitalar (SIH), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DataSUS), em 2023, foram contabilizados 2.963 procedimentos relacionados a abortos previstos em lei; ao cruzar município de residência e município de internação, observa-se que 1.074 ocorrências envolveram deslocamento para outros municípios, isto é, cerca de 36,2% do total (Yoneshigue, 2024), evidenciando concentração territorial da oferta e barreiras de acesso que empurram usuárias à mobilidade para garantir um direito já previsto.

Quando se observa a gravidez infanto-juvenil, o quadro pode ser mais dramático: o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde, registrou 13.932 nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos em 2023, ao passo que, no mesmo ano, o SIH registrou apenas 154 procedimentos de aborto legal nessa faixa etária (Brasil, n.d.-a) - proporção aproximada de 1,1% quando comparada ao volume de partos. Ainda que a viabilidade da comparação seja tão-somente presumida, pois o total de partos nessa faixa etária podem não equivaler ao total de gestações decorrentes de violência sexual, os números sugerem um gargalo específico para crianças, que tende a combinar detecção tardia da gestação, dependência de adultos para acesso ao serviço e uma rede concentrada e pouco transparente, com efeitos práticos de negação ou atraso no cuidado. Em contraste com

esse crescimento, no mesmo ano de 2023, dados do DataSUS sinalizam que 14 mil meninas de 10 a 14 anos foram internadas para realizar partos (Brasil, n.d.-b), mas a falta de um código específico no SIH para o “aborto legal” contribui para a subnotificação, dificultando o rastreamento oficial e preciso.

À luz do exposto, a proteção integral não pode ser compreendida apenas como enunciado jurídico, mas como prática institucional concreta, sujeita a disputas políticas e normativas. Alterações infralegais desempenham papel decisivo nesse processo, pois podem tanto ampliar quanto restringir o acesso efetivo aos direitos. Assim, quando normas ou iniciativas legislativas introduzem ambiguidades, silenciam garantias ou reforçam a discricionariedade, o universal tende a se esvaziar materialmente, transformando-se em promessa abstrata.

2.4 Moralização do cuidado e regulação do corpo feminino: disputa de hegemonia

A literatura brasileira indica que uma gramática moral perpassa o Estado e suas rotinas, incluindo os processos legislativos de criação de políticas sociais, e se acentua nos temas de sexualidade e reprodução, e se acirra nos temas de sexualidade e reprodução, sobretudo no aborto, alvo de ofensiva conservadora no parlamento, camuflada em linguagem técnica (Miguel; Biroli; Mariano, 2017). Essa moralização está inscrita na arquitetura jurídica da família: o Código Civil de 1916 consagrou a assimetria conjugal (Brasil, 1916, art. 233) e a Lei do Planejamento Familiar desloca decisões como a esterilização para a validação conjugal (Brasil, 1996), entre outros dispositivos que expressam um projeto de ordem em que o Estado define o que conta como família e, por extensão, como “bom cuidado”, levando conflitos íntimos a uma arena de julgamento moral.

No aborto legal decorrente de violência sexual, além de disputas religiosas e partidárias, ativa-se um juízo externo sobre a intimidade, como se a gestação indicasse falha moral da família e, muitas vezes, culpa atribuída à matriarca pela falha em seu dever de mãe e de mulher (Federici, 2019). No plano legislativo, essa moldura sustenta uma disputa por valores, que Miguel, Biroli e Mariano (2017) nomeiam “guerra cultural”, e produz campanhas de alarme e pânico moral por meio da dramatização de riscos, da construção de inimigos e da invocação de respostas normativas sob o léxico do cuidado e da proteção.

De acordo com Fleury (2009), esse processo não é neutro, pois a politização moral das políticas sociais tende a redefinir o papel do Estado, substituindo a lógica de direitos por uma lógica de tutela e disciplinamento. No mesmo sentido, Paim (2008) destaca que a consolidação do SUS como política universal sempre esteve atravessada por disputas ideológicas que opõem projetos de sociedade distintos: de um lado, a saúde como direito social; de outro, a saúde como objeto de regulação moral e cidadania seletiva.

As consequências desse deslocamento são materiais e mensuráveis: ao submeter o cuidado a juízos morais, a política de saúde passa a operar como regulação do corpo feminino, em disputa pelo sentido do direito à saúde, com retração de serviços, maior discricionariedade da burocracia de nível de rua na definição de protocolos e fragmentação dos fluxos de atendimento. Para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade, isso implica itinerários mais longos e, muitas vezes, ausência de acesso efetivo ao cuidado multidisciplinar.

Em síntese, a atuação política integra a disputa por hegemonia: o processo legislativo não só ordena juridicamente a vida coletiva, mas produz consensos, valores e sentidos sobre proteção e direitos, ao mesmo tempo em que desautoriza outras crenças e afetos (Gramsci, 2000). Ao reconfigurar a proteção integral por repertórios morais, partidos e coalizões promovem uma tradução que evidencia o Estado como espaço de internalização de racionalidades que subordinam direitos à responsabilização individual, reforçam dispositivos de vigilância e julgamento e fragilizam o horizonte universalista (Dardot; Laval, 2016), com efeitos materiais na organização do

SUS e nos percursos institucionais de acesso aos serviços multidisciplinares, redefinindo critérios de legitimidade, prioridades de atendimento e condições de reconhecimento do sujeito de direito.

3. Metodologia

Este estudo fundamenta-se no Materialismo Histórico-Dialético (MHD), articulado à interseccionalidade como estratégia de leitura das desigualdades de gênero, raça, classe, geração e território, para analisar o PDL 3/2025 como mediação jurídico-política de correlações de força entre projetos societários. Para isso, realizou-se um estudo qualitativo com triangulação de fontes, combinando análise político-institucional da tramitação e votação do PDL 3/2025 (alinhamentos partidários, votação nominal), análise dos repertórios argumentativos) e análise jurídico-normativa dos efeitos projetados sobre fluxos assistenciais e garantias no SUS. As fontes foram documentos oficiais, o PDL 3/2025, a Resolução CONANDA nº 258/2024, normas e materiais públicos de contextualização (matérias jornalísticas, notas institucionais e posicionamentos de entidades).

A análise ocorreu em três etapas. Primeiro, foram sistematizados como dados empíricos: tramitação, pareceres, discursos, justificativas oficiais e votação nominal. Em seguida, identificaram-se posição predominante, coesão partidária e dissidências, evitando tratar o voto individual como prova de causalidade. Por fim, as inferências foram formuladas à luz do referencial, cruzando padrões de voto, repertórios e efeitos normativos projetados da sustação. O detalhamento nominal, por limite de espaço, não foi incluído, mas subsidiou a interpretação.

A operacionalização metodológica articula o MHD e a interseccionalidade como procedimentos de leitura do material empírico, e não apenas como filiações teóricas. O corpus organiza-se em três níveis: normativo-institucional, composto pelo PDL 3/2025, pela Resolução CONANDA nº 258/2024 e pela tramitação legislativa; político-deliberativo, formado pelas justificativas, discursos e enquadramentos mobilizados no debate; e político-partidário, composto pela votação nominal, orientação de partidos, blocos, frentes parlamentares e graus de coesão interna. Em cada nível, distingue-se dado empírico e interpretação: textos normativos, votos, orientações e movimentações regimentais são tratados como dados; já a identificação de sentidos políticos, mediações institucionais e possíveis efeitos sobre políticas públicas constitui inferência analítica vinculada a esses dados.

A análise parte da compreensão de que Estado e Direito condensam relações sociais contraditórias, conforme a tradição marxiana e a leitura de Poulantzas (2019). O procedimento consiste em examinar como disputas sobre proteção integral, família, infância, sexualidade e autoridade estatal assumem forma jurídico-legislativa, utilizando, para isso, quatro categorias operacionais: correlação de forças, para observar a distribuição dos votos e alinhamentos; mediação jurídico-política, para compreender como disputas morais se traduzem em norma; contradição proteção/tutela, para examinar tensões entre garantia de direitos e controle dos corpos; e materialização administrativa, para avaliar como alterações normativas podem repercutir sobre fluxos e práticas no SUS.

A interseccionalidade orienta a análise dos sujeitos afetados e das condições diferenciadas de acesso ao direito. Idade, gênero, raça, classe e território são tomados como dimensões articuladas que podem produzir barreiras específicas no acesso à informação, ao acolhimento, ao deslocamento, à escuta institucional e ao aborto legal. Assim, a articulação entre MHD e interseccionalidade permite examinar, sem antecipar conclusões, de que modo decisões legislativas podem incidir sobre a implementação de políticas públicas, ampliando ou restringindo a proteção integral conforme a posição social das crianças e adolescentes afetadas.

4. Disputa na tramitação do PDL 3/2025: enquadramentos sobre proteção integral, cuidado e aborto legal

Nesta seção, a tramitação do PDL 3/2025 é tratada como dado empírico e como mediação institucional: nela se observam coalizões que traduzem disputas morais em linguagem jurídico-procedimental. Da leitura do material

emergem duas categorias: legalidade moralizante, quando a defesa de competência formal sustenta restrição de direitos; e governança por subtração, quando a retirada de diretrizes federais desloca custos de implementação para o SUS e a rede local.

No campo favorável ao PDL 3/2025, partidos de orientação conservadora, especialmente integrantes da chamada bancada evangélica e setores do centro-direita, impulsionaram sua tramitação nas comissões, mobilizando argumentos jurídicos e morais para questionar a legitimidade da Resolução CONANDA nº 258. Segundo informe da Câmara dos Deputados (2025), o relator Luiz Gastão (PSD-CE) apresentou parecer favorável à sustação, argumentando que, em afronta à reserva legislativa do Congresso, o CONANDA teria extrapolado sua competência normativa ao dispensar exigências como o boletim de ocorrência para a interrupção legal da gestação em casos de violência sexual, afastando também a necessidade de autorização judicial e, em determinadas situações, de comunicação aos responsáveis legais.

A posição foi amplificada na mídia e nas redes sociais. Parlamentares celebraram a aprovação como “vitória da vida” e reafirmação de limites morais nos direitos sexuais e reprodutivos. Sóstenes Cavalcante (PL-RJ) qualificou o resultado como marco moral, enquanto Carlos Jordy (PL-RJ) o enquadrou como uma derrota do governo e das forças de esquerda, convertendo a votação em marcador de alinhamento político-ideológico e explicitando a polarização que estrutura a disputa (CNN Brasil, 2025).

A narrativa favorável também foi acompanhada por estratégias institucionais de aceleração da tramitação, como requerimentos de urgência e manifestações formais de apoio. Ressalte-se ainda o encaminhamento de ofícios e moções de apoio por câmaras municipais, relacionados tanto ao PDL 3/2025 quanto ao PL 1.904/2024, que equipara o aborto após 22 semanas ao crime de homicídio, inclusive em casos de estupro. Esse movimento indica que a disputa no âmbito federal reverberou nos municípios e se inseriu em uma mobilização conservadora mais ampla, articulando diferentes escalas institucionais em torno de uma chave moral de interpretação.

No campo oposto, partidos progressistas, órgãos públicos e entidades da sociedade civil sustentaram uma narrativa crítica centrada na defesa de direitos constitucionais, da proteção integral de crianças e adolescentes e na denúncia de retrocessos normativos. Segundo registros na imprensa e em canais partidários, a bancada do PT, acompanhada por outros partidos de esquerda, posicionou-se contra o projeto, argumentando que a Resolução CONANDA nº 258 consolidava diretrizes de atendimento humanizado a vítimas de violência sexual, em consonância com o ECA e com a legislação sobre aborto legal, além de buscar evitar revitimização (PT, 2025).

Essa posição foi reforçada pelo Poder Executivo. Em nota do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, a pasta expressou “profunda preocupação” com a sustação, alertando para efeitos negativos sobre fluxos intersetoriais de atendimento e para o enfraquecimento de garantias legais de proteção (Brasil, 2025d). Em sentido semelhante, o Conselho Nacional de Saúde aprovou moção de repúdio ao PDL, qualificando a iniciativa como afronta à Constituição, ao ECA e aos princípios do SUS, além de destacar riscos de retrocesso no cuidado integral em saúde (CNS, 2025).

A crítica ao PDL também foi expressa por organizações sindicais e entidades representativas de trabalhadores. O Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior - ANDES-SN denunciou a aprovação como grave retrocesso civilizatório, sintetizado no lema “criança não é mãe, estuprador não é pai”, que explicitou a disputa de sentidos em torno da proteção institucional às vítimas de violência sexual (ANDES-SN, 2025). Conselhos profissionais, por sua vez, afirmaram que a sustação fragiliza fluxos de atendimento, favorece revitimização e aprofunda desigualdades no sistema de proteção social, sobretudo para meninas em maior vulnerabilidade (CRP-PR, 2025).

Nos meios de comunicação de alcance nacional, a crítica ao PDL foi articulada por um conjunto relativamente identificável de atores: conselheiras(os) do próprio CONANDA com assento no colegiado, organizações de defesa dos direitos de crianças e adolescentes, especialistas em saúde coletiva e em atenção às vítimas de violência sexual, além de juristas e ativistas de direitos humanos que atuam na agenda de proteção integral. Em entrevistas, notas públicas e análises, esses porta-vozes defenderam que a sustação não se limitaria a um desacordo procedimental, mas produziria efeitos materiais sobre garantias de acesso à saúde e sobre a proteção integral, ao fragilizar parâmetros intersetoriais de atuação estatal (saúde, assistência social, educação e sistema de justiça).

Reportagens e colunas em veículos como *Correio Braziliense* e *CNN Brasil* identificaram o conflito como uma disputa de enquadramentos normativos: de um lado, defensores do PDL mobilizando uma gramática moralizante e punitiva; de outro, críticos ancorando seus argumentos na legislação e nas políticas públicas vigentes, além de compromissos internacionais assumidos pelo Estado em matéria de direitos humanos (CNN Brasil, 2025; Rocha, 2025). Para além da oposição entre “defesa da vida” e “retrocesso”, a disputa se concentra em pontos normativos específicos da Resolução nº 258/2024: a vedação de obstáculos indevidos e a dispensa de boletim de ocorrência ou decisão judicial para acesso ao aborto legal; a inexistência, na lei, de limite gestacional como impedimento automático, remetendo a escolha do método às evidências; e a objeção de consciência como direito individual, vinculada a deveres institucionais e à proibição de recusas baseadas na descrença do relato.

Mais do que uma controvérsia sobre competência normativa, o embate revela uma disputa de projeto: a tentativa de reordenar, sob uma gramática conservadora transnacional, os parâmetros pelos quais o Estado reconhece a violência sexual. Em um ambiente público atravessado por pânico morais sobre adultização, impasses em torno de uniões/casamentos envolvendo menores e denúncias de redes internacionais de exploração e tráfico de crianças e adolescentes, a defesa do PDL surge menos como resposta consistente à proteção integral e mais como estratégia de deslocamento: reinterpreta a existência de dispositivos voltados ao aborto legal como uma oficialização da incapacidade estatal de interromper a violência e, assim, reconfigura a agenda pública por meio do dissenso, substituindo a discussão sobre capacidade investigativa, mecanismos de coerção e responsabilização criminal por uma disputa sobre o desenho da etapa final do cuidado em saúde.

5. Análise de como os partidos políticos votaram no PDL 3/2025 na Câmara dos Deputados

Esta seção apresenta o mapeamento da votação nominal do PDL 3/2025 que ocorreu na Terceira Sessão Legislativa Ordinária - Sessão Extraordinária nº 241, de 5 de novembro de 2025, iniciada às 8h e encerrada às 22h34. O objetivo é identificar padrões de alinhamento, níveis de coesão e eventuais fraturas internas, bem como situar a votação no contexto de coalizões e disputas de agenda. A tabela 1 apresenta a sistematização dos resultados por partido, com os dados oficiais da votação, explicitando os votos dos presentes como base de cálculo, registrando abstenções/obstruções e indicando a posição predominante por partido.

Como dado empírico, a Tabela 1 registra 317 votos “Sim”, concentrados em partidos de direita, centro-direita e centro: PL, União, PSD, PP, Republicanos e MDB somam cerca de 84% desse bloco. Os 111 votos “Não” concentram-se em partidos de esquerda e centro-esquerda. Esse arranjo permite interpretar que a maioria não resulta de preferências isoladas, mas de alinhamentos coletivos relativamente disciplinados, capazes de transformar a gramática da “defesa da vida” em decisão legislativa com efeitos sobre política pública e sobre diretriz construída em instância participativa.

Essa clivagem revela uma coalizão moral-institucional ampla, ancorada à direita e viabilizada pelo centro, enquanto a esquerda e a centro-esquerda conformam oposição nítida, porém minoritária. As dissidências em Avante, PDT e PSB indicam que a polarização não elimina zonas internas de disputa: nelas, a agenda da proteção integral tensiona identidades partidárias, expectativas de moderação e cálculos de alinhamento público. O dado,

portanto, aponta uma maioria coesa na legislatura em tela; analiticamente, essa coesão mostra como uma disputa moral pode ganhar forma legislativa e incidir sobre a implementação da política no SUS.

Tabela 1. votação nominal do PDL 3/2025

Partido	Votos Sim	Votos Não	Abstenções	Obstrução/Ausências	Coesão (%)	Observações
PL	74	0	0	—	98.7%	1 voto Art. 17 (Presidência)
União	46	4	0	—	92.0%	
PP	38	1	1	—	95.0%	1 abstenção
PSD	39	0	0	—	100.0%	
Republicanos	38	1	0	—	97.4%	
MDB	32	1	0	—	97.0%	
Podemos	15	0	0	—	100.0%	
PSDB	9	2	0	—	81.8%	
Avante	5	2	0	—	71.4%	
PRD	3	0	0	—	100.0%	
Novo	4	0	0	—	100.0%	
Solidariedade	2	1	0	—	66.7%	
PSB	4	9	0	—	69.2%	
PDT	4	3	0	—	57.1%	
PV	1	3	0	—	75.0%	
Cidadania	1	0	0	—	100.0%	
PT	2	60	0	—	96.8%	2 votos Sim
PCdoB	0	9	0	—	100.0%	
PSOL	0	13	0	—	100.0%	
Rede	0	2	0	—	100.0%	

Fonte: Câmara dos Deputados, 2025. Elaboração: Autores.

Analiticamente, esse padrão revela três categorias: (i) Estado como arena de condensação de forças, não como árbitro meramente técnico; (ii) coalizão moral-institucional entre direita, centro-direita e centro; e (iii) implementação de barreira de acesso a direitos, uma vez que a disputa legislativa tende a repercutir em filtros, atrasos e insegurança nos serviços do SUS. Essas categorias orientam a leitura dos efeitos do PDL em quatro eixos interdependentes, nos quais a disputa legislativa se conecta à produção social do não-consentimento, violência institucional, “teste de realidade” da proteção integral e universal e da moralização do corpo feminino.

No eixo da violência sexual e da produção social do não-consentimento, a atuação estatal tem priorizado menos a coibição da violência – prevenção, investigação e responsabilização do agressor – e mais o controle, triagem e restrições nos serviços de saúde. Ao deslocar para a vítima o ônus gerir as consequências da agressão, dentre os quais a conversão compulsória de uma gestação em dever jurídico de cuidado e a naturalização de uma maternidade afetiva como destino presumido, o PDL propõe como política pública a reiteração do próprio não-consentimento: a decisão da vítima sobre seu corpo e seu futuro deixa de ser suficiente e passa a depender da autorização de instâncias que falharam em protegê-la – ou mesmo do próprio agressor –, subordinando a proteção a interesses de terceiros e potencializando o prolongamento do dano e a repetição da violência.

No eixo da violência institucional, a gramática acionada pelo PDL desloca a centralidade do dano para requisitos externos, como a exigência de boletim de ocorrência e de limite gestacional para o aborto legal, convertendo o atendimento em um percurso de prova moral. Assim, ao regular seus serviços por essa lógica, o Estado “consente” com o não-consentimento, revitimiza quem deveria proteger e afugenta vítimas que, diante do risco adicional de exposição, julgamento e barreiras, deixam de buscar ou interrompem a demanda por cuidado.

No eixo da proteção integral e do “teste de realidade” do universal, a votação indica esvaziamento de diretrizes nacionais que buscavam reduzir desigualdades de gênero, raça, classe e território. Ao sustar a Resolução, o pacto

ARTIGO

federativo é tensionado: a coordenação federal perde densidade, a implementação fica mais dependente da burocracia de nível de rua (Lotta, 2019) e crescem a discricionariedade, a insegurança jurídica e a variação entre redes municipais e estaduais.

No eixo da moralização do corpo feminino, as justificativas políticas sob as lentes de “defesa da vida”, “limite moral” e “ideologia da morte” operam como dispositivos de hegemonia conservadora que, ao recodificar um tema de saúde e direitos como conflito de valores, produzem um enquadramento no qual a legitimidade do cuidado passa a depender de conformidade moral. O resultado é um retrocesso na garantia de direitos, com a esfera pública capturada pela guerra cultural, na qual o corpo e o futuro das vítimas se tornam território de tutela moral e a política pública se organiza como punitivismo sancionado por majorias legislativas incidentais.

Os relatos associados à tramitação reforçam que a sustentação do PDL combinou dois movimentos: uma crítica jurídico-procedimental à competência do CONANDA e a construção de uma narrativa de que a Resolução “facilitaria” o aborto ao retirar condicionantes e ao não explicitar um marco temporal para o procedimento. Essa combinação é crucial, porque permite que a moralização se apresente como tecnicidade, isto é, como mera defesa da legalidade, mesmo quando produz efeitos materiais de restrição do acesso ao cuidado.

Em decorrência, o comportamento do centro (PSD, Podemos, MDB, União e PSDB), com inclinação à sustação e alta disciplina, é politicamente decisivo: em lugar de atuar como polo moderador, ele ajudou a consolidar a maioria e a estabilizar institucionalmente um projeto que fragiliza regras intersetoriais de proteção. Assim, a disputa não se esgota na polarização direita-esquerda; ela depende de como o centro se alinha em votações-chave.

No plano da implementação, o PDL opera por subtração: não cria política nem amplia capacidades estatais; apenas retira diretrizes que organizavam fluxos. O efeito projetado é maior dependência da burocracia de nível de rua, com zonas cinzentas de decisão, atrasos, encaminhamentos repetidos e desigualdade territorial no acesso. Como interpretação dos dados, o PDL condensa uma disputa sobre a autoridade normativa e o próprio sentido da proteção integral, contrapondo a redução de danos e a coordenação intersetorial a uma tutela conservadora que reativa exigências capazes de inviabilizar o atendimento.

Considerações finais

Ao reconstituir a tramitação do PDL 3/2025 e examinar narrativas parlamentares e padrões de voto, o artigo demonstra que a arena legislativa não apenas delibera sobre normas, mas produz capacidades ou barreiras para a ação pública. A disputa em torno da Resolução CONANDA nº 258 revela conflito político-institucional sobre proteção integral, autoridade normativa e efetivação de direitos. A contribuição para a Administração Pública está em mostrar como coalizões legislativas reconfiguram implementação, governança federativa e acesso ao SUS.

As análises apresentadas permitem compreender como decisões no Legislativo federal reorientam diretrizes da ação pública nos territórios e o peso das disputas interinstitucionais de autoridade normativa entre instâncias participativas e o Parlamento na sustentação ou erosão das capacidades locais de implementar rotinas nas redes estaduais e municipais. Contribui, pois, com o EBAP 2026 ao evidenciar que, em contextos de restrições de acesso e oferta de serviços, a supressão de balizas federais torna a proteção integral mais sujeita a filtros locais.

Os dados de voto nominal indicam que o PDL foi aprovado por uma coalizão ampla de partidos de direita, centro-direita e centro, com elevada coesão interna, articulada pela gramática moralizante da “defesa da vida”. Essa gramática não descreve a política a partir do dano e do dever estatal de garantir cuidado e redução de riscos às vítimas, mas a partir da tutela abstrata da gestação, deslocando o centro de gravidade do debate para limites e permissões. Com isso, legitima-se a contenção normativa e a reintrodução de requisitos administrativos que

restringem o acesso ao cuidado e ao aborto legal. O caso, assim, expõe a capacidade do campo conservador de consolidar maioria parlamentar e reordenar, por via legislativa, normas formuladas em instâncias participativas.

Sob o MHD, o PDL 3/2025 aparece como mediação jurídico-política de lutas sociais: o Estado condensa relações de força e as traduz em normas, fluxos e barreiras. A leitura interseccional permite observar que tais efeitos não se distribuem de modo homogêneo, mas se intensificam entre meninas negras, pobres e residentes em territórios com menor oferta pública. Desse modo, a sustação da Resolução CONANDA nº 258 impõe à Administração Pública um problema concreto: a (re)moralização das políticas sociais, com erosão de garantias e ampliação desigual dos obstáculos ao acesso ao cuidado e ao aborto legal no SUS.

A universalidade do direito à saúde e à proteção integral depende de escolhas normativas, capacidades institucionais e coordenação federativa. A queda da Resolução tende, como inferência analítica, a reforçar barreiras extralegis na linha de frente, como exigências, atrasos e insegurança profissional para decidir. O desenho estatal resultante reconhece o não-consentimento sexual no discurso, mas condiciona a proteção a filtros formais ou oficiosos, produzindo desamparo diante dos efeitos da violência.

Em contexto de elevada violência sexual contra crianças e adolescentes, o PDL 3/2025 pode trazer implicações que extrapolam o acesso à saúde, associando-se à subnotificação, à descontinuidade do cuidado e ao enfraquecimento da responsabilização dos agressores. Esse risco tende a se agravar diante do alerta trazido pelo Censo 2022, que registrou mais de 34 mil crianças e adolescentes de 10 a 14 anos vivendo em algum tipo de união conjugal informal, apresentada como consensual (IBGE, 2025), apesar da vedação legal ao casamento antes dos 16 anos (Brasil, 1916). Diante de capacidades estatais já limitadas para prevenir e interromper ciclos de violência, tais desdobramentos podem reforçar a persistência do fenômeno e aprofundar sua invisibilidade institucional.

Por fim, entre as limitações do artigo, destaca-se a impossibilidade de examinar nesse espaço os efeitos concretos do PDL nos serviços de saúde nos territórios. Como agenda de pesquisa, propõe-se o acompanhamento dos fluxos de atendimento para compreender como disputas normativas se traduzem em práticas. Ao evidenciar a centralidade da arena legislativa na produção de barreiras ao cuidado, o estudo reforça o debate sobre direitos, Estado e democracia, reafirmando que a proteção integral é uma conquista permanentemente disputada.

Referências

- ANDES-SN. (2025). *Nota de repúdio à aprovação do PDL 3/2025: criança não é mãe, estuprador não é pai*.
- Ayres, J. R. C. M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. In J. S. Paim & N. Almeida-Filho (Orgs.), *Saúde coletiva: Teoria e prática* (pp. 175-194). MedBook.
- Brasil. (1916). *Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916 (Código Civil dos Estados Unidos do Brasil)*. Planalto.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Planalto.
- Brasil. (1990a). *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente)*. Planalto.
- Brasil. (1990b). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde)*. Planalto.
- Brasil. (1996). *Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (Planejamento Familiar)*. Planalto.
- Brasil. (2013). *Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (Atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual)*. Planalto.

- Brasil. (2019). *Lei nº 13.869, de 5 de setembro de 2019 (Crimes de abuso de autoridade)*. Planalto.
- Brasil. (2024). *Boletim epidemiológico: notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021* (Vol. 54, No. 8). Ministério da Saúde.
- Brasil. (2025a). *Resolução nº 258, de 23 de dezembro de 2024 (CONANDA)*. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2025b). *Projeto de Decreto Legislativo nº 3, de 2025 (PDL 3/2025)*. Câmara dos Deputados.
- Brasil. (2025c). *Reunião deliberativa extraordinária de 26 mar. 2025: expediente*. Câmara dos Deputados.
- Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS (DATASUS). (n.d.-a). *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*.
- Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS (DATASUS). (n.d.-b). *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)*.
- Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. (2025d). *Nota pública sobre a sustação da Resolução Conanda nº 258/2024*.
- Câmara dos Deputados. (2024, 17 de maio). *Projeto de Lei nº 1.904, de 2024 (PL 1904/2024)*.
- Câmara dos Deputados. (2025). Câmara aprova projeto que cancela diretrizes sobre aborto em crianças e adolescentes vítimas de estupro. *Agência Câmara de Notícias*.
- Carneiro, S. (2011). *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. Selo Negro.
- CNN Brasil. (2025). “Vitória da vida” x “criança não é mãe”: deputados repercutem PDL do aborto.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Dardot, P., & Laval, C. (2016). *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. Boitempo.
- Deslandes, S. F., & Mendes, C. H. F. (2017). Violências sexuais na perspectiva do campo da saúde. In M. C. S. Minayo & S. G. de Assis (Orgs.), *Novas e velhas faces da violência no século XXI* (pp. 397–416). Fiocruz.
- Diniz, D., Medeiros, M., & Madeiro, A. (2017). Aborto legal no Brasil: barreiras institucionais e estratégias de enfrentamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(2), 485–496.
- Dworkin, E. R., Krahé, B., & Zinzow, H. (2021). The global prevalence of sexual assault. *Psychology of Violence*, 11(5), 497–508.
- Faleiros, V. de P. (2005). Abuso sexual de crianças e adolescentes: trama, drama e trauma. *Serviço Social e Saúde*, 2(1), 65–82.
- Federici, S. (2019). *O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista*. Elefante.
- Fleury, S. (2009). *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Fiocruz.
- Fontes, V. (2010). *O Brasil e o capital-imperialismo: teoria e história*. EPSJV; UFRJ.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP (2023). *17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. FBSP.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2025). *Anuário brasileiro de segurança pública 2025*. FBSP.

Gonzalez, L. (1984). Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, 223–244.

Gramsci, A. (2000). *Cadernos do cárcere* (Vol. 1: Introdução ao estudo da filosofia; A filosofia de Benedetto Croce; C. N. Coutinho et al., Trans.). Civilização Brasileira.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2025). *Censo demográfico 2022: nupcialidade e família: Resultados preliminares da amostra* (2ª ed. atualizada e corrigida).

Lotta, G. S. (Org.). (2019). *Teoria e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil*. Escola Nacional de Administração Pública.

Merhy, E. E. (2014). O cuidado é um acontecimento e não um ato. In T. B. Franco & E. E. Merhy (Orgs.), *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde* (pp. 19–35). Hucitec.

Miguel, L. F., Biroli, F., & Mariano, R. (2017). O direito ao aborto no debate legislativo brasileiro: a ofensiva conservadora na Câmara dos Deputados. *Opinião Pública*, 23(1), 230–260.

Minayo, M. C. de S. (2006). *Violência e saúde*. Fiocruz.

Observatório da Criança e do Adolescente. (2025). *Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes de até 19 anos de idade (ano-base 2024)*. Fundação Abrinq.

Oliveira, E. R., & Arantes, E. M. M. (2020). Democracia e participação da sociedade civil no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA): anotações para estudos futuros. In C. Moreira, P. Pereira, & V. C. de Souza (Orgs.), *30 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente* (pp. 90–104). CEDECA RJ.

Partido dos Trabalhadores (PT). (2025). *Bancada do PT se posiciona contra o PDL 3/2025 e denuncia retrocessos na proteção de crianças e adolescentes*.

Pinto, I. V., Bernal, R. T. I., Souza, J. B., Andrade, G. N., Araújo, L. F., Felisbino-Mendes, M. S., Souza, M. F. M., Montenegro, M., Vasconcelos, N., & Malta, D. C. (2024). Gravidez em meninas menores de 14 anos: Análise espacial no Brasil, 2011 a 2021. *Ciência & Saúde Coletiva*.

Poulantzas, N. (2019). *Poder político e classes sociais*. Editora da Unicamp.

Reis, S. da S., & Custódio, A. V. (2017). Fundamentos históricos e principiológicos do direito da criança e do adolescente: bases conceituais da teoria da proteção integral. *Justiça do Direito*, 31(3), 621–659.

Rocha, D. (2025, 6 de novembro). Relator defende suspensão de norma do Conanda sobre aborto: “Dificultava atendimento”. *Correio Braziliense*.

Ruschel, A. E., Silva, G. L. da, Silva, M. C. Belomé da, Moreira, R. M., & Scremin, S. M. (2025). Crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e o acesso ao aborto legal. In R. M. Moreira & C. De Antoni (Orgs.), *Enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes: políticas públicas e ações intersectoriais*. UFCSPA.

Segato, R. L. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños.

World Health Organization. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018*. World Health Organization.

Yoneshigue, B. (2024). Aborto legal: 1 a cada 3 mulheres precisou sair de sua cidade para realizar o procedimento em 2023. *O Globo Saúde*, 2(1), 65–82.