

## CAPÍTULO 10

# DIFICULDADES PARA O ACESSO AO ABORTO LEGAL NO CENÁRIO DA PANDEMIA DE COVID-19<sup>44</sup>

Cláudia Medeiros de Castro; Elizabete Franco Cruz

### RESUMO

O cenário da pandemia de Covid-19 impactou as mulheres no Brasil, pois além do adoecimento e das mortes, houve aumento da violência, recrudescimento das ações voltadas para o controle dos seus corpos, cerceamento do acesso aos serviços de saúde reprodutiva com a consequente restrição aos direitos sexuais e reprodutivos. O governo brasileiro de extrema direita eleito em 2018 foi fortalecido e fortaleceu internamente a onda conservadora, especialmente nas questões da saúde da mulher, enquanto externamente se alinhou aos países que criaram uma aliança internacional conservadora antiaborto. Nosso objetivo neste ensaio é tecer uma reflexão sobre a questão do aborto no Brasil durante a pandemia de covid-19. Com vistas a alcançar esse objetivo

44 Em janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o mundo encontrava-se em uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional por conta da disseminação do novo coronavírus. Em março, a disseminação geográfica dos casos de covid-19 levou a OMS declarar que estávamos em uma pandemia. OPAS. Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Folha informativa sobre covid-19. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 31 ago. 2022.

apresentamos uma introdução ao tema, depois um breve histórico sobre aborto no Brasil, posteriormente destacamos o desenvolvimento desta questão em tempos de pandemia e finalizamos com reflexões que nos parecem importantes em termos de preservação e promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

## INTRODUÇÃO

Neste ensaio apresentamos a discussão sobre as tentativas de cerceamento ao direito de acesso ao aborto legal no Brasil promovido pelo governo Bolsonaro durante a pandemia de covid-19, entendido como uma estratégia bio-necropolítica, ou seja, uma estratégia de controle dos corpos e da vida e da morte das mulheres. Nossas reflexões estão apoiadas em estudos feministas e de gênero que abordam questões de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, além de autores como Foucault e Mbembe. A pandemia desenhou a necessidade de distanciamento social e dificultou o acesso a serviços de saúde e este contexto foi vivenciado num tempo histórico em que o país tinha um governo federal de extrema direita, eleito em 2018, que defendeu um conjunto de pautas retrógradas para a vida e saúde das mulheres. O amálgama dessas duas dimensões significou retrocesso, fortalecimento de discursos de controle dos corpos das mulheres e perda de direitos, especialmente na dimensão do aborto, mas não somente nesta questão, pois outras áreas também viveram retrocessos, especialmente aquelas que envolvem direitos humanos ligados à interseccionalidade de marcadores sociais da diferença, como raça/etnia, classe e idade.

É preciso observar a capilaridade da discursividade de controle e retrocesso, que, apesar de orquestrada por discursos e diretrizes do Governo ganha força nas iniciativas que partem do legislativo nos âmbitos federal, estadual e municipal, judiciário, conselho de medicina, igrejas e mídia.

A análise dessa situação nos remete a algumas ferramentas conceituais, especialmente o conceito de relações de gênero, que aponta a construção sociocultural de um lugar de subalternidade para o feminino, que deve ter seu corpo regulado no exercício da sexualidade e da reprodução. Sempre importante lembrar que existem resistências, por isso em várias pautas as mulheres conseguem resgatar seus direitos, mas esse jogo de poder impacta negativamente a vida das mulheres. Precisamos observar que as questões de gênero são determinantes do lugar social que ainda enfrentamos, especialmente quando consideramos fenômenos, como violência, direitos sexuais e reprodutivos.

Lamentavelmente estivemos diante de um governo que operou a necropolítica, não somente em relação ao aborto, mas também em relação à covid-19 e outras pautas. Além disso, misoginia, racismo, homofobia e transfobia fazem parte do nosso cotidiano.

Com Foucault (2003) pensamos que esse processo faz parte de uma biopolítica destinada ao governo dos corpos da população, no caso em cena, das mulheres.

O autor descreve que o poder sobre a vida se desenvolveu em dois polos interligados

*[...] o primeiro a ser formado, ao que parece, centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos que caracterizam as disciplinas: anátomo política do corpo humano. O segundo, que se formou um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade e com todas as condições que podem fazê-los variar: tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma bio-política da população (FOUCAULT, 2003, p. 131).*

A biopolítica sobre os corpos das mulheres tem foco especial no controle da reprodução e no fortalecimento da ideia da maternidade como destino, o que se coaduna perfeitamente com discursos de defesa da família nuclear como único modelo aceitável, e de discursos antigênero que atacam todas as possibilidades de abrir portas para sexualidades, identidades e famílias não hegemônicas.

Nessa discursividade, a ideia de natureza atrelada ao feminino é especialmente voltada para manutenção do sexo biológico como definidor do feminino e a maternidade é tomada como sina inquestionável. Por isso nessa lógica é tão importante combateras direito ao aborto. Essa perspectiva define lugares e (im)possibilidades socioculturais para as mulheres. A biopolítica que controla os corpos das mulheres faz um grande investimento na maternidade. E, tal investimento ao mesmo tempo se ocupa de negar o direito ao aborto e envolve uma política que recrudescer a morte de mulheres.

Mbembe (2016) cunha o termo necropolítica e mostra um cenário no qual as fronteiras entre sacrifício, redenção, liberdade desaparecem, e o que se faz é deixar morrer. A falta de direito ao aborto e a perseguição às mulheres que têm o direito legal de fazê-lo podem ser lidas como parte de uma necropolítica, basta ver o sofrimento e a morbi-mortalidade das mulheres neste cenário. E cabe destacar que as mulheres negras são mais prejudicadas do que as mulheres brancas.

Quando acionamos a ideia de bio-necropolítica estamos falando do diálogo entre estas duas formas de poder que são trazidas nos trabalhos de Foucault e Mbembe, o governo sobre a vida e sobre a morte.

A regulação da vida ao redor do controle dos nascimentos e do aborto também é marcada pela mortalidade ligada ao aborto que acontece, especialmente com mulheres que não têm recursos para pagar um aborto ilegal. Nesse sentido, o controle do aborto também permite a morte, mas a morte de algumas mulheres.

Na pandemia o governo brasileiro adotou uma política de morte, de deixar morrer (sem vacina, sem medidas de educação para prevenção, sem oxigênio) e esta política se entrecruzou à necropolítica já existente em relação ao aborto. A vida das mulheres, especialmente das pobres, negras e indígenas que já representavam vidas de menos valor, tão pouco foram valorizadas na pandemia. Nos próximos tópicos deste ensaio apresentamos uma breve trajetória da (des)criminalização do aborto, o contexto no cenário pandêmico e algumas reflexões finais.

## TRAJETÓRIA DA (DES) CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO NO BRASIL

O aborto é criminalizado no Brasil, porém, desde 1944 é previsto em duas situações no Código Penal: quando a vida da mulher está em risco e nos casos de estupro. Apesar dessa previsão legal foi apenas em 1989 que o primeiro serviço de aborto legal do Brasil foi criado, na cidade de São Paulo. Na época, Luiza Erundina era prefeita e foi escolhido o Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Sabóia, mais conhecido como Hospital do Jabaquara, para que a equipe de saúde fosse capacitada e o serviço disponibilizado para as mulheres (COLÁS et al., 1994).

Nos anos seguintes outros serviços foram criados em hospitais públicos, por exemplo, no Hospital Pérola Byington, também na cidade de São Paulo (TALIB; CITELI, 2005); no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Unicamp, em Campinas; no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Entretanto, faltavam diretrizes do Ministério da Saúde para a promoção do cuidado ético, humanizado, tecnicamente adequado e que oferecessem mais segurança para as equipes que proviam o atendimento no território nacional. Foi essa busca de oferecimento do cuidado integral para as adolescentes e mulheres que resultou na publicação pelo Ministério da Saúde em 1999 de uma Norma Técnica específica para a atenção às adolescentes e mulheres que sofreram violência sexual. A Norma apresentava os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil no sentido do enfrentamento da violência contra a mulher, como a *Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar e a violência contra a mulher*, conhecida como Convenção de Belém do Pará, que tinha como princípios norteadores o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, informava sobre os marcos legais, e oferecia segurança para a tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde. Trazia também os aspectos éticos, o cuidado humanizado, a importância da atenção multidisciplinar e as boas práticas clínicas. A Norma Técnica foi revisada em duas ocasiões e em 2011 foi publicada a terceira edição (BRASIL, 2011).

Em 2012, o Supremo Tribunal Federal, em resposta a uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF-54), movida pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde, julgou como inconstitucional a criminalização das mulheres que interrompem a gestação de feto anencéfalo. Prevaleceu o entendimento de que não se deve obrigar uma mulher a seguir com gestação de feto incompatível com a vida humana – uma vez que não desenvolverá as funções cerebrais que caracterizam o humano –, e ampliou o direito de interrupção da gravidez. A condição fetal que

permite a “antecipação terapêutica do parto” deve ser atestada por médicos, conforme regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016).

Destacamos que anos se passaram até o julgamento favorável à ADPF-54, evento que foi antecedido por decisões jurídicas que datam de 2004, ocasião em que o Ministro do STF Marco Aurélio de Melo deu liminar favorável à ação, que em seguida foi cassada após parecer contrário do Procurador Geral da República Cláudio Fonteles.

Ribeiro e Spink (2012) analisaram as estratégias retóricas contidas nos textos produzidos nessa disputa no âmbito do judiciário. Aqueles a favor da criminalização usaram argumentos religiosos e morais para impor sua visão parcial, em detrimento de uma perspectiva plural esperada dos representantes de Estado, enquanto os que defendiam o direito das mulheres evitaram o uso da palavra aborto, usaram recursos retóricos como a expressão “antecipação terapêutica do parto”, mas, sem se esquivar da defesa do direito de escolha.

A decisão do STF ampliou o direito das mulheres fazerem suas escolhas reprodutivas e ofereceu condições legais para evitar situações em que grávidas de fetos anencéfalos dependam de autorização judicial para interrupção da gestação, que em alguns casos chegava tardiamente ou era negada, como relatado no texto da decisão citada. Entretanto, as barreiras para o acesso à interrupção legal da gravidez persistem no país. Estudo de Diniz, Medeiros e Madeiro (2016) que fez uma abordagem censitária dos serviços de aborto legal no país identificou 67 serviços, sendo que 60% estavam concentrados na região sudeste. Por ocasião do estudo, em sete estados, os serviços já não estavam em atividade. Estudo anterior, realizado no estado de São Paulo, identificou que 268 dos serviços de saúde que informaram realizar algum tipo de atenção às pessoas em situação de violência, porém menos de 50% dispensavam contracepção de emergência ou medicamentos para prevenção ou tratamento de ISTs e apenas 9 serviços hospitalares informaram que realizavam aborto legal (CASTRO; LAGO; BATISTA, 2014).

Os contornos perversos das barreiras para o acesso ao aborto legal no Brasil podem ser exemplificados especialmente nos casos noticiados pela mídia, que envolvem meninas que foram estupradas e engravidaram. Em 2020, no estado do Espírito Santo, uma menina de dez anos que foi estuprada pelo marido da tia, teve que viajar até o Recife para conseguir realizar o aborto, pois o atendimento foi negado no seu estado de origem. Encaminhada para realizar o atendimento no Recife, a menina teve que ser escondida no porta-malas do carro, para evitar a fúria de um grupo contra o aborto que fazia manifestação na entrada do hospital (EXTRA, 2020). Em 2022, no estado de Santa Catarina, uma menina de onze anos, grávida após estupro, foi questionada pela promotora se “suportaria” mais algumas semanas de gestação, durante audiência em que era solicitada a permissão para o aborto legal. O pedido foi negado (CORREIO BRAZILIENSE, 2022). Cabe lembrar que a mãe da menina também foi ouvida e que a menina foi institucionalizada, afastada da mãe, em nome de uma “proteção” que inviabilizava o aborto. A juíza era branca e a família da menina era negra.

A divulgação dos casos pela mídia e a repercussão nacional resultou em mobilização que garantiu o respeito ao direito de interromper as gestações. Lamentavelmente, são situações que provavelmente se repetem cotidianamente no país.

Embora neste texto nosso foco seja o aborto legal, é importante assinalar que a criminalização do aborto no Brasil não impede que milhares de mulheres se submetam a práticas inseguras para a interrupção da gravidez. Estudo divulgado em 2008 estimou entre 729.614 e 1.250.767 ocorrências de aborto inseguro em 2005, com maiores taxas de aborto nas regiões mais pobres do país (ADESSE; MONTEIRO, 2008). Enquanto estudo mais recente, a Pesquisa Nacional do Aborto de 2016, estima que aos 40 anos, 1 em cada 5 mulheres, alfabetizadas e de centros urbanos, tenha realizado pelo menos um aborto ao longo da vida reprodutiva (DINIZ, 2017). Cabe ressaltar que a criminalização do aborto afeta especialmente as mulheres mais pobres. Como assinala Heilborn (2012) em estudo sobre itinerários abortivos, entre mulheres de estratos médios, o aborto é assunto discutido e há maior possibilidade de realização do aborto de forma mais segura, enquanto nas chamadas camadas populares, há maior rejeição na discussão do tema. Para as mulheres pobres, os itinerários são mais longos e as experiências mais dramáticas, o que evidencia “a imensa iniquidade social presente no país” (HEILBORN, 2012, p. 1709).

A discussão sobre descriminalização do aborto no Brasil sempre encontrou forte resistência de setores conservadores. Ações articuladas para a restrição do acesso ao aborto ganharam força nos últimos anos, exemplificadas com os projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional, como o PL 5069 de Eduardo Cunha, que veta orientações sobre o aborto previsto em lei e até mesmo dificulta a prescrição da contracepção de emergência. Em 2015, após o PL ter sido aprovado na Comissão de Constituição e Justiça da Câmara, ocorreram protestos das mulheres em diversas cidades como São Paulo e Rio de Janeiro (ROSSI, 2015).

Outra iniciativa que evidencia o desrespeito às mulheres é o Projeto de Lei 5435/2020 que ficou conhecido como “bolsa estupro”, por propor que o Estado pague um auxílio às mulheres até que a criança gerada a partir de um estupro complete 18 anos. O PL prevê que o estupro assuma as funções de “genitor”, com o pagamento de pensão alimentícia. Além das ações no legislativo, há também tentativas de calar as mulheres organizadas, como a ação promovida pelo Centro Dom Bosco, que visava proibir a organização “Católicas Pelo Direito de Decidir”, – que defende os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e a descriminalização do aborto –, de usar a palavra “católicas”. O Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP) acatou o pedido e determinou que organização alterasse o nome e até mesmo o estatuto. Porém, em agosto de 2022, o Supremo Tribunal de Justiça derrubou a decisão (CFMEA, 2022), vitória importante por colocar limite em mais uma investida contra as mulheres.

A Constituição Brasileira afirma que o Estado é laico, entretanto, no governo de extrema direita de Jair Bolsonaro a onda conservadora ganhou mais fôlego e teve o espaço de atuação ampliado em várias frentes. No legislativo, contou com parlamentares alinhados à chamada agenda de costumes, vide a proposição do PL 5435/2020, citado no parágrafo anterior. No executivo, o governo criou o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), subordinado à Secretaria Nacional de

Políticas para as Mulheres. O MMFDH teve como ministra uma pastora evangélica, que afirma ser contra a “ideologia de gênero”, como fartamente anunciado pela imprensa (CARTA CAPITAL, 2019). No plano internacional o governo brasileiro se alinhou aos países conservadores que têm uma agenda antiaborto. O governo eleito em 2018 passou a integrar um grupo com cerca de 32 países que assinaram a Declaração do Consenso de Genebra,<sup>45</sup> que foi capitaneado por Donald Trump quando ocupava a presidência dos Estados Unidos. O documento produzido pelo grupo defende o modelo de família resultante da união homem-mulher, afirma importância do acesso às ações para saúde da mulher “sem incluir o aborto”, afirma que o direito internacional não obriga os Estados a financiarem ações relativas ao aborto. É um documento incompatível com os acordos internacionais que visam à proteção dos Direitos Humanos, em especial das pessoas LGBTQIA+ e das mulheres (PEREIRA, 2021). Após a eleição de Joe Biden em 2021, o país saiu do grupo, o mesmo aconteceu com a Colômbia que também se retirou em 2022, após Gustavo Petro assumir a presidência. Fazem parte do grupo países como Bahrein e Egito, conhecidos pelas restrições impostas às mulheres, por exemplo, a recente perseguição às influenciadoras digitais no Egito. Com a saída dos Estados Unidos do grupo, o Brasil se colocou como liderança na ofensiva mundial contra o aborto<sup>46</sup> (CHADE, 2022).

Internamente, os tentáculos da agenda conservadora se estenderam ao Ministério da Saúde (MS), órgão do governo no qual são elaboradas e atualizadas as diretrizes e operacionalizadas as ações voltadas para a saúde da população, como as ações de enfrentamento da covid-19. É no MS que estão áreas técnicas, como a Área Técnica da Saúde da População Negra, Saúde da Criança, Saúde da Mulher. Como veremos adiante, foi em pleno cenário pandêmico que as conquistas das mulheres em relação à saúde sexual e reprodutiva foram profundamente atacadas.

## **PANDEMIA E O ACESSO AO ABORTO LEGAL: RETROCESSOS NOS DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES**

A pandemia de covid-19 impactou enormemente a população mundial, pois além da letalidade e agravos à saúde física e emocional, resultou também em impactos econômicos. No Brasil, a morte de quase 700.000 pessoas por covid-19, nos coloca como

45 O texto do Consenso de Genebra está disponível na íntegra em sites de organizações pró vida, como o *Americans United for Life*. Disponível em: <https://aul.org/wp-content/uploads/2021/06/geneva-consensus-declaration-english.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2023.

46 Luis Inácio Lula da Silva foi eleito para seu terceiro mandato que teve início em janeiro de 2023. No dia 16 de janeiro anunciou o encerramento de sua participação no Consenso de Genebra, em nota afirmou seu compromisso com a defesa dos direitos das mulheres e das liberdades fundamentais. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/brasil-encerra-participacao-no-consenso-de-genebra-e-anuncia-novas-relacoes-com-mecanismos-internacionais-em-defesa-dos-direitos-humanos-1#:~:text=COOPERA%C3%87%C3%83O%20INTERNACIONAL-,Brasil%20encerra%20participa%C3%A7%C3%A3o%20no%20Consenso%20de%20Genebra%20e%20anuncia%20novas,em%20defesa%20dos%20direitos%20humanos&text=A%20troca%20de%20informa%C3%A7%C3%B5es%20e,perspectiva%20a%20partir%20de%202023>. Acesso em: 24 jan. 2023.

o terceiro país em mortes por 100 mil habitantes.<sup>47</sup> Entretanto, as mortes não afetaram igualmente a população. Se, no início da pandemia os idosos e idosas foram os que mais morreram, nos meses seguintes, os dados desagregados mostraram que as mortes refletem a histórica desigualdade de classe, raça e gênero que perdura no país. Morreram mais pobres e moradores de bairros da periferia e, quando os dados são desagregados por cor, os negros foram as principais vítimas, como exemplo citamos os das internações e óbitos em Semanas Epidemiológicas de abril a maio de 2020, que indica mais internações de brancos, porém, maior número de óbitos de negros (OLIVEIRA et al., 2020). A desigualdade racial também pode ser expressa nos dados que indicam que ocorreu uma morte para cada 3 negros hospitalizados e uma morte para cada 4,4 brancos hospitalizados pela Síndrome Respiratória Aguda (SOUZA; SILVA, 2022). Quanto às mulheres, especialmente as que estavam grávidas ou no pós-parto, houve aumento da mortalidade materna, conforme estudo feito com dados dos primeiros meses da pandemia de covid-19, que encontrou 124 mortes de gestantes e puérperas, o que já evidenciava esse aumento. O mesmo estudo mostrou que 71% eram mulheres “não brancas”, destacando também que 22,6% não foram internadas em UTI e, para 14,6% delas não foi ofertado nenhum cuidado para desconforto respiratório (TAKEMOTO et al., 2020). Ou seja, eram mulheres grávidas ou no pós-parto que morreram em extremo sofrimento.

Uma das recomendações para conter a disseminação do vírus SARS-CoV-2 foi para que as pessoas ficassem em casa, que fizessem o distanciamento social. O objetivo era reduzir o contato entre as pessoas de maneira que aquelas infectadas com vírus, mas não diagnosticadas não seguissem disseminando para outras pessoas (AQUINO et al., 2020). Assim, escolas tiveram as aulas suspensas, alguns locais de trabalho substituíram as atividades pelo trabalho em casa, o chamado trabalho remoto, eventos públicos foram cancelados. Para muitas mulheres, adolescentes e crianças, ficar em casa, afastadas do trabalho e da escola, significava ficar em contato muito próximo com o agressor. Estima-se que uma em cada três mulheres no mundo já tenham sofrido algum tipo de violência (física e/ou sexual),<sup>48</sup> sendo o parceiro um dos principais agressores, ou seja é um evento que ocorre em todo o mundo, sendo mais comum em países mais pobres, assim, temia-se que a proximidade resultasse em aumento da violência doméstica e sexual, situação que poderia ser agravada pela dificuldade em buscar ajuda (CORTES et al., 2020).

Como afirmado pelo Ministério da Saúde “a violência sexual não é somente reveladora da desigualdade de gênero, mas também é emblemática desta” (BRASIL, 2012, p. 12), assim, no cenário de crise, com exacerbação das desigualdades, as situações de

---

47 Dados atualizados em 23 de janeiro de 2023 pelo Resoucer Center Coronavirus da Johns Hopkins University of Medicine informam que o Brasil registrou 696.257 mortes, com taxa de 327,56 mortes/100 mil habitantes. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>. Acesso em: 24 jan. 2023.

48 O Relatório da OMS e grupo de trabalho denominado *Global, regional and national estimates for intimate partner violence against women and global and regional estimates for non-partner sexual violence against women*, apresenta dados de 161 países sobre violência contra a mulher. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-violencia>. Acesso em: 24 jan. 2023.



violência sexual, de estupro, certamente resultariam em casos de gravidez. Assim fazia-se necessário garantir o acesso das mulheres aos serviços de saúde para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual, para que pudessem receber o tratamento para profilaxia de Infecções Sexualmente Transmitidas (IST) e outras doenças e ter acesso ao acolhimento, aconselhamento e o aborto, caso desejassem interromper a gravidez resultante da violência sexual.

Cabe aqui destacar a iniciativa de países, como Inglaterra, Irlanda, Escócia e País de Gales, para garantir o respeito às escolhas reprodutivas das mulheres no cenário pandêmico. Lá o aborto é permitido até 23 semanas e 6 dias de gravidez. No período pandêmico, as mais de 60 clínicas de uma organização não governamental, que realizam aborto com apoio financeiro do *National Health Service* (NHS), disponibilizaram atendimento por telemedicina para consulta, acolhimento e orientação das mulheres com teste positivo de gravidez e distribuíram as pílulas abortivas para uso em casa, com possibilidade de retirada dos medicamentos no local ou entrega no domicílio. A justificativa era garantir o acesso e evitar a circulação do vírus SARS-CoV-2, bem como contribuir para o uso mais racional dos recursos humanos da saúde, uma vez que havia grande demanda de profissionais de saúde para trabalho relativo à pandemia (MSI REPRODUCTIVE CHOICES, 2021).

A experiência da permissão para realização do aborto até 10 semanas em casa, iniciada no primeiro ano da pandemia, posteriormente foi objeto de consulta pública na Inglaterra. Na página do NHS referente à consulta há dados que mostram o aumento do número de abortos em todos os meses de 2020, quando comparados à 2019, o que, em nosso entendimento, mostra a importância da iniciativa (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2022).

No Brasil, o que vimos foi o contrário: restrição de acesso. O Hospital Pérola Byington, que é referência para a atenção às crianças, adolescentes e mulheres vitimizadas por violência sexual e na realização do aborto legal no estado de São Paulo, resolveu interromper o atendimento. Em março de 2020, o local onde eram atendidas as adolescentes e mulheres que buscavam o aborto legal foi transformado em posto de atendimento para casos de gripe. As mulheres passaram a ser orientadas a buscar maternidades que, segundo o hospital, estavam preparadas para realizar o procedimento (FUNDAÇÃO PATRÍCIA GALVÃO, 2020). Houve reação do movimento de mulheres e do Ministério Público e a direção do hospital voltou a oferecer o procedimento.

Levantamento feito pela reportagem do site AzMina identificou que apenas 55% dos serviços estavam funcionando no país no decorrer da pandemia. Esse dado mostra a imensa vulnerabilidade das mulheres, das que sofrem estupro, correm riscos ou em gestação de fetos anencéfalos (FERREIRA; SILVA, 2020).

Em um cenário de retrocesso, há que se destacar a iniciativa de uma médica do Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Violência Sexual do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, em Minas Gerais, que ofereceu atendimento em telemedicina para as mulheres com gravidez resultante de estupro que buscavam o aborto legal (UFU COMUNICA, 2021). Nessa universidade foi elaborada a *Cartilha Aborto Legal via tele saúde – orientações para serviços de saúde 2021*.

Lamentavelmente, o Ministério da Saúde, o Ministério Público Federal, a Defensoria Geral da União e o Conselho Federal de Medicina posicionaram-se contra esse tipo de atendimento, como pôde ser visto na circular 182/2021 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2021). Alegam que o uso do misoprostol (medicamento usado para o aborto) fora do ambiente hospitalar, oferece risco para as mulheres. Nos países citados anteriormente (Inglaterra, Escócia, País de Gales) são dispensados dois medicamentos para as mulheres que farão a interrupção da gestação em casa: mifepristone e o misoprostol. Isso nos leva a indagar quais as motivações para as decisões das autoridades de saúde do Brasil, no que diz respeito ao aborto medicamentoso.

Ainda em 2020, no mês de agosto, o Ministério da Saúde revogou a Norma Técnica para redução dos agravos resultantes da violência sexual contra adolescentes e mulheres e substituiu pela Portaria 2282, com o nítido objetivo de dificultar a realização do aborto previsto em lei. O texto indicava que os casos de autorização de aborto fossem repostados para autoridade policial e a realização de ultrassonografia, no artigo 8º recomendava que fosse mostrado o exame de ultrassonografia fetal para mulher. Uma ação entendida como mais uma violência, perpetrada por quem deveria cuidar das mulheres.

Houve uma grande reação das organizações de mulheres, profissionais da saúde, operadores e operadoras do direito, entre tantos atores sociais. A reação foi tamanha que até resultou no *Dossiê – reações da sociedade brasileira contra a Portaria 2282 de 27 de agosto de 2020* (CFEMEA, 2020). A Portaria foi revogada e substituída pela Portaria 2561, em setembro. No novo texto, foi retirada a recomendação sobre mostrar o resultado da ultrassonografia fetal. Não há no novo texto, por exemplo, as informações técnicas sobre profilaxia de Infecções Sexualmente Transmitidas e outras doenças, bem como outras informações técnicas necessárias para nortear o trabalho das equipes de saúde.

Em 2022, o Ministério da Saúde, publicou o documento *Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento* (BRASIL, 2022), que pode ser entendido como um substituto da *Norma Técnica – Redução de agravos resultantes da violência sexual contra adolescentes e mulheres*, anteriormente publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Na apresentação constam informações sobre as principais causas de morte materna, e, embora admita que o aborto é a quinta causa de morte materna no Brasil: afirma que “mortes por aborto correspondem a um número pequeno” (BRASIL, 2022, p. 7) e que o enfrentamento da mortalidade materna não devem ser norteados por “causas ideológicas”; e adota um tom que consideramos minimizador ao apresentar dados de mortes por aborto por ano no país,<sup>49</sup> seguidos da argumentação de que eventos de grande magnitude para a população é que devem ser tratados como problemas de saúde pública.

Nas primeiras páginas do texto apresenta os compromissos internacionais firmados e acrescenta o Consenso de Genebra de 2020, que é parte da ofensiva internacional dos países contra o aborto, como já explicado anteriormente. Afirma que “não

49 Como o aborto é criminalizado, os dados dos sistemas de saúde não informam a real magnitude desse evento na vida das mulheres do país.

existe aborto legal” e utiliza “aborto por excludente de ilicitude”, em detrimento da expressão que sempre foi utilizada nos textos sobre o tema no país (BRASIL, 2020, p. 14). Ao longo de quatro páginas apresenta informações sobre sobrevivência de bebês extremo prematuros, que nasceram com idade gestacional a partir de 22 semanas. Afirma que as consultas para aborto legal por telemedicina não são recomendadas pelo MS e que tal ação é “ilegal”. Os dados sobre aborto, apresentados no documento, parecem ter a clara intenção de se contrapor aos estudos que estimam o número de abortos no país, como os estudos já mencionados nesse texto: o estudo que estimou entre 729.614 e 1.250.767 ocorrências em 2005 (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008) e a Pesquisa Nacional do Aborto de 2016 que considera que aos 40 anos, 1 em cada 5 mulheres, tenha realizado pelo menos um aborto ao longo da vida reprodutiva e estimou a ocorrência de 4,7 milhões de abortos<sup>50</sup> (DINIZ, 2017).

A falsa ideia de que a descriminalização do aborto<sup>51</sup> aumenta o número de casos, contribui para embasar as ações de controle dos corpos das mulheres pelo legislativo, judiciário e pelas religiões. Mas, os dados que estimam a magnitude do aborto, indicam que as ações restritivas não impedem a realização do aborto.

Estudo de (SEVIERI; SANTOS, 2022) mostrou que entre 2018 e 2020 ocorrerem 1.052 registros de processos judiciais relativos à “autoaborto” no Brasil, ou seja, muitas mulheres são de fato denunciadas, processadas, julgadas e presas. O mesmo estudo afirma que a criminalização afeta “desproporcionalmente” as mulheres pobres e pretas. As ações restritivas ao aborto se constituem em mais uma violência contra as mulheres, contribuem para dificultar as possibilidades de decisão e também para empurrar mais e mais mulheres para situações que colocam suas vidas em risco.

Além dessas questões, ao longo do tempo, antes mesmo da pandemia, já observávamos um conjunto de tentativas de retrocesso por parte dos poderes executivo e legislativo, para além do aborto, mas também no âmbito das escolhas reprodutivas. O governo conservador e parlamentares se articulavam por meio de suas práticas de retrocesso, no sentido de regular os corpos e a reprodução das mulheres e das meninas, colocando-as sob a dominação biomédica e do modelo de Estado que representam.

Como exemplo podemos citar o PL 435/2019 da deputada Janaína Paschoal, que buscava garantir o direito à cesárea por escolha da mulher, mas com nítido incentivo à cesariana em detrimento do parto normal. Vale assinalar aqui que o Brasil figura entre os países que mais realizaram a cirurgia de cesariana no mundo. O projeto teve forte contestação do movimento de humanização do parto e nascimento, mas foi aprovado, depois foi contestado na justiça pelo deputado Campos Machado e, por fim, foi considerado constitucional (GERVASIO, 2022).

---

50 O estudo considerou mulheres urbanas, alfabetizadas, de 18 e 39 anos, moradoras de áreas urbanas do Brasil.

51 Relatório sobre aborto no mundo, do *Guttmacher Institute*, indica que ocorrem mais abortos em países em desenvolvimento, indica ainda que países com legislação mais restritiva e países não restritivos não apresentam grandes diferenças: 37 e 34/1.000 mulheres. Disponível em: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf). Acesso em: 25 jan. 2023.

Outro exemplo, anterior à pandemia, foi o posicionamento oficial do Ministério da Saúde sobre violência obstétrica afirmando que o termo “tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado [...], desta forma, a impropriedade da expressão ‘violência obstétrica’ no atendimento à mulher”. (BRASIL, Ministério da Saúde despacho 03/05/19). Após pressão dos movimentos sociais o Ministério da Saúde e do Ministério Público Federal<sup>52</sup> o Ministério da Saúde retrocedeu.

Além de episódios como esses, o Ministério da Saúde também adotou medidas higienistas, como a recomendação do implante subdérmico de etonogestrel (medicação contraceptiva aplicada sob a pele) para grupos específicos e frequentemente vulneráveis e discriminados como mulheres, como pode ser visto nos grupos especificados a seguir:

*Torna pública a decisão de incorporar o implante subdérmico de etonogestrel, condicionada à criação de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil: em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2021 Ministério da Saúde PORTARIA SCTIE/MS Nº 13, DE 19 DE ABRIL DE 2021).*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dagmar Meyer (2006) utiliza conceito de “politização da maternidade” para se referir a um conjunto de ações e discursos que resultam na colocação da mulher como mãe na centralidade das políticas voltadas para a vida, resultando na ideia de uma mulher que precisa reproduzir e adotar certas medidas de cuidado com seu filho.

O governo de ultra direita que tivemos no período de 2019 a 2022 é um retrato desse tipo de “politização da maternidade” e, ao carregar densamente nas tintas do binarismo de gênero e de uma concepção de família nuclear e heterossexual buscou aprisionar as mulheres a este modelo hegemônico e, não por um acaso, o aborto, inclusive o aborto legal, foi alvo de tantos ataques.

Como dissemos no início deste texto, esse desenho das políticas implementadas no governo Bolsonaro, especialmente no período pandêmico, pode ser lido como uma bio-necropolítica, pois legisla sobre a vida e também sobre a morte. A articulação da perspectiva governamental com a perspectiva fundamentalista resultou na tragédia populacional que vivemos na pandemia e nos retrocessos em relação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A esse respeito Gonzaga et al. sinalizam:

52 <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-sau-de-que-atue-contra-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>. Acesso em: 23 jan. 2023.

*A aliança entre Estado e perspectivas fundamentalistas em torno do argumento de pretensa defesa da vida e suas variáveis, o racismo estrutural e a política anti-mulher seguem legitimando a negação de direitos e mortes evitáveis em prol de um projeto eugenista de brasilidade que cada vez mais, explicita suas premissas de quais vidas são ou não dignas de defesa (GONZAGA et al., 2021, p. 163).*

Sem dúvida nos referimos aqui a um tempo árido da história do país e das mulheres brasileiras, mas cabe dizer que o movimento feminista, movimento humanização, movimento negro, movimentos sociais, judiciário, profissionais de diferentes áreas resistiram e resistem:

*[...] A inclusão da perspectiva das mulheres nas proposições progressistas de mudança social também. É fundamental a radicalização da ideia que sem a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos seguiremos em um processo de democratização incompleto. A história tem nos mostrado alguns caminhos: o trabalho coletivo e em rede, a política do cuidado e do bem viver, a defesa e construção do estado laico e a reflexividade que nos aponta a necessidade de vigilância política e epistemológica constante (GONZAGA et al., 2021, p. 164).*

Na caminhada da construção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que são direitos humanos, escritos, mas pouco respeitados, enfrentamos inúmeros desafios desde manter a democracia e o estado laico, como apontam Gonzaga e colaboradoras, até a transformação de relações de gênero e a superação da necropolítica. Não são tarefas pequenas, mas têm grande importância quando pensamos na vida das mulheres.

Começamos a pensar este texto no final do governo Bolsonaro e o finalizamos nas primeiras semanas do governo Lula. Com muita dificuldade conseguimos eleger um governo que reacende a esperança na democracia e nos direitos humanos.

Temos onze mulheres ministras, mais do que tínhamos antes, mas ainda que não tenhamos paridade, contamos agora com o Ministério dos povos indígenas e com a retomada de ministérios como o Ministério da Igualdade Racial, Ministério das mulheres e Ministério dos direitos humanos e cidadania.

A estrutura ministerial e as primeiras iniciativas do novo governo Lula nos enchem de esperança.

O governo progressista que tomou posse em janeiro de 2023, de pronto fez um conjunto de revogações de normatizações que fragilizavam direitos. Aqui destacamos a ação da Ministra da Saúde Nísia Trindade com a revogação da Portaria 2561, que exigia que os profissionais notificassem a polícia em casos de aborto legal.

No caso, não só do aborto, mas da saúde e da vida das mulheres, especialmente as pobres, as negras e indígenas, nosso desafio é superar tal banalização que extrapola um presidente e faz parte de uma cultura que esperamos seja minoritária e suplantada pela dignidade. Que o discurso de “valorização da vida” deixe de ser apropriado pela necropolítica fascista e seletiva na qual a vida de alguns vale mais que a vida de outros, e possa, de fato, refletir a ideia de que todas as vidas importam.

Os temas que aqui discutimos não estão apartados de um projeto de país. Temos uma esperança, mas ela precisa ser seguida de trabalho em terra arrasada, inclusive no campo das disputas conceituais sobre democracia, equidade, estado laico e também sobre gênero, aborto, direitos sexuais, reprodutivos e o próprio direito à vida, tanto das mulheres como de todos os segmentos socialmente marginalizados por iniquidades de raça, etnia, idade, classe e gênero.

Desafio está posto! Sigamos, com as tocantes palavras de Silvio Almeida ao assumir o Ministério dos direitos humanos no dia 04 de janeiro de 2023. Palavras que esperamos que o governo e o povo brasileiro possam tornar realidade.

*Trabalhadoras e trabalhadores do Brasil, vocês existem e são valiosos para nós. Mulheres do Brasil, vocês existem e são valiosas para nós. Homens e mulheres pretos e pretas do Brasil, vocês existem e são pessoas valiosas para nós. Povos indígenas deste País, vocês existem e são valiosos para nós. Pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, intersexo e não binárias, vocês existem e são valiosas para nós. Pessoas em situação de rua, vocês existem e são valiosas para nós. Pessoas com deficiência, pessoas idosas, anistiados e filhos de anistiados, vítimas de violência, vítimas da fome e da falta de moradia, pessoas que sofrem com a falta de acesso à saúde, companheiras empregadas domésticas, todos e todas que sofrem com a falta de transporte, todos e todas que têm seus direitos violados, vocês existem e são valiosos para nós. Com esse compromisso, quero ser ministro de um País que põe a vida e a dignidade em primeiro lugar” (ALMEIDA, 2023).*

## REFERÊNCIAS

- ADESSE, Leila; JANNOTTI, Claudia B.; SILVA, Katia S.; FONSECA Vania M. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. *Cien Saude Colet.*, v. 21, n. 12, p. 3819-3832, 2016.
- ADESSE, Leila; MONTEIRO, Mário F. G. LEVIN, Jacques. Panorama do aborto no Brasil Grave problema de saúde pública e de justiça social. *Radis.* n. 66, p. 10-15, 2008.

- AGÊNCIA PATRÍCIA GALVÃO. *Hospital referência para aborto legal no Brasil suspende procedimento e se torna local de triagem de gripe em SP*. Disponível em: <https://agenciapatriciagalvao.org.br/mulheres-de-olho/dsr/hospital-referencia-para-aborto-legal-no-brasil-suspende-procedimento-e-se-torna-local-de-triagem-de-gripe-em-sp/>. Acesso em: 1 set. 2022.
- ALMEIDA, S. *Discurso de posse no Ministério dos Direitos Humanos*. Brasília, 4 de janeiro de 2023. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/area/governo/leia-a-integra-do-discurso-de-silvio-almeida-somos-a-vitoria-dos-nossos-antepassados/>. Acesso em: 25 jan. 2023.
- AQUINO, Stela et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.25 (supl. 1), p. 2423-2446, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica 3ª ed. atual. e ampl.* Brasília: MS, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. *Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS*. Brasília: MS, 7 jun. 2019b. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 23 jan. 2023.
- BRASIL. *PORTARIA Nº 2.282, DE 27 DE AGOSTO DE 2020*. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2282\\_28\\_08\\_2020.html](https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2282_28_08_2020.html). Acesso em: 18 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Atenção técnica para a prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas *Despacho*. Disponível: <https://www.sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf>. Consulta em: 18 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria SCTIE/MS nº 13, de 19 de abril 2021*. [HTTPS://BRASILSUS.COM.BR/INDEX.PHP/PDF/PORTARIA-SCTIE-MS-NO-13/](https://BRASILSUS.COM.BR/INDEX.PHP/PDF/PORTARIA-SCTIE-MS-NO-13/). Acesso em: 18 set. 2022.
- CARTA CAPITAL. *Damare apoia decisão de retirar estudos de gênero de escolas de SC*. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/educacao/damare-apoia-decisao-de-retirar-estudos-de-genero-de-escolas-de-sc/>. Acesso em: 1 set. 2022.

- CASTRO, Claudia M.; LAGO, Tania G., BATISTA, Karina C. Mapeamento dos serviços de saúde que atendem mulheres em situação de violência doméstica e sexual no SUS/SP: conhecer para dar visibilidade e ampliar o acesso. *BIS*, v. 15, n. 14, 2014.
- CFEMEA. *Dossiê: Reações da sociedade brasileira contra a portaria 2282 de 27 de agosto de 2020*. Disponível em: [https://www.cfemea.org.br/images/stories/DOSSIE\\_sobre\\_Portaria\\_do\\_MS\\_2282\\_de\\_2020\\_rev3.pdf](https://www.cfemea.org.br/images/stories/DOSSIE_sobre_Portaria_do_MS_2282_de_2020_rev3.pdf). Acesso em: 15 set. 2022.
- CFEMEA. *STJ derruba decisão que proibia ONG pró-aborto legal de usar “católicas” no nome*. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/index.php/pt/?view=article&id=5109:ccd1-julgamento&catid=562>. Acesso em: 1 set. 2022.
- CHADE, J. *Ao lado de ditaduras, Brasil promove a expansão do lobby antiaborto no mundo*. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2022/05/12/ao-lado-de-ditaduras-brasil-promove-expansao-de-lobby-antiaborto-no-mundo.htm>. Acesso em: 1 set. 2022.
- COLÁS Osmar R.; ANDALAF-T-NETO Jorge; ROSAS Cristiano F.; KATER José R.; PEREIRA Irotilde G. Aborto legal por estupro – primeiro programa público no país. *Bioética*, v. 2. n. 1, p. 81-85, 1984.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Circular 182/2021 CFM/GABIN*. Assunto: Da impossibilidade do uso de misoprostol fora do ambiente hospitalar. Disponível em: [https://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2021/09/lsp\\_b8de9556b6da0f6832bfebe75695fba7\\_010921-032622.pdf](https://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2021/09/lsp_b8de9556b6da0f6832bfebe75695fba7_010921-032622.pdf). Acesso em: 12 set. 2022.
- CORREIO BRAZILIENSE. *“Me senti um nada”, diz mãe de menina de 11 anos que teve aborto legal*. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2022/06/5018327-me-sentia-um-nada-diz-mae-de-menina-de-11-anos-que-teve-aborto-negado.html>. Acesso em: 12 set. 2022.
- CORTES, Laura Ferreira. Desafios na proteção às mulheres em situação de violência no contexto da pandemia de Covid-19. *Cienc. Cuid. Saúde*, v. 19, e27984, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuid-Saude/article/view/54847/751375150747>. Acesso em 31 ago. 2022
- DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.
- FERNANDES, Iulia B., XAVIER, Rozania B. M, SÃO BENTO, Paulo A. S; RODRIGUES, Andreza. Nas vias de interromper ou não a gestação: vivências de gestantes de fetos com anencefalia. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 25, n. 2, p. 429-438, 2020.
- FERREIRA, Letícia; SILVA, Vitória R. *Só 55% dos hospitais que faziam aborto legal seguem atendendo na pandemia*. (2020). Disponível em: <https://azmina.com.br/>



[reportagens/so-55-dos-hospitais-que-faziam-aborto-legal-seguem-atendendo-na-pandemia/](#). Acesso em: 18 set. 2022.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade. A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2003.

GERVÁSIO, Mariana G. *Lei da cesárea: sentidos produzidos na mídia e no cotidiano dos serviços de saúde*. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

GONZAGA, Paula; GONÇALVES, Letícia; MAYORGA, Claudia. *O conservadorismo distópico à brasileira: Direitos sexuais e direitos reprodutivos e a pandemia da covid-19 no Brasil*, v. 9, n. 1, 2021. Disponível em: [www.feminismos.neim.ufba.br](http://www.feminismos.neim.ufba.br) ISSN: 2317-2932.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. Ciênc. saúde coletiva, 2012 17(7), p. 1699-1708, jul. 2012.

IPAS. *Geneva Consensus Declaration denies human rights, a statement from Ipas*. Disponível em: <https://www.ipas.org/news/geneva-consensus-declaration-denies-human-rights-a-statement-from-ipas/>. Acesso em: 1 set. 2022.

MADEIRO, Alberto P.; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil - um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 563-573, 2016.

MALINVERNI, Claudia; BRIGAGÃO, Jacqueline I. M. Covid-19: scientific arguments, denialism, eugenics, and the construction of the antisocial distancing discourse in Brazil. *Frontiers in Communication*, p. 92, 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcomm.2020.582963/full?fbclid=IwAR2lW0PscajhwjHcBQ4nlp0fUTKZ3r5O9PPC6fOUmgkrX7f2U4UqeJgggEQ>. Acesso: 15 jul. 2022.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. *Artes & Ensaios*, n. 32, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>. Acesso em: 25 jan. 2023.

MEYER, Dagmar. *A politização contemporânea da modernidade*. Gênero: núcleo transdisciplinar de estudos de gênero – NUTEG, Niterói, v. 6, n. 1, 2006.

MSI. REPRODUCTIVE CHOICES. *How to Get Abortion Pills during covid19 Pandemic*. Disponível em: [https://www.msichoices-org-uk.translate.google.com/news/blog-how-to-get-abortion-pills-during-covid19-pandemic/?x\\_tr\\_sl=en&x\\_tr\\_tl=pt&x\\_tr\\_hl=pt-BR&x\\_tr\\_pto=sc](https://www.msichoices-org-uk.translate.google.com/news/blog-how-to-get-abortion-pills-during-covid19-pandemic/?x_tr_sl=en&x_tr_tl=pt&x_tr_hl=pt-BR&x_tr_pto=sc). Acesso em: 1 set. 2022.

OLIVEIRA, Roberta G. et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a covid-19 e o racismo estrutural. *Cadernos de Saúde Pública* [online], v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150120>. Acesso em: 15 set. 2022.

PEREIRA, Hellen A. D. *O direito internacional dos Direitos Humanos e o oportunismo desconstituente: uma análise sobre a Declaração do Consenso de Genebra para promoção da saúde da mulher e fortalecimento da família*. 2021. Trabalho

- Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Departamento de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Federal Rural do Semiárido. Mossoró, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufersa.edu.br/handle/prefix/7305>. Acesso em: 24 jan. 2022.
- RIBEIRO, Flavia R. G.; SPINK, Mary J. Estratégias retóricas de la controversia moral sobre la legalización del aborto: el caso de anencefalia en Brasil. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.40, p. 35-49, jan./mar. 2012.
- ROSSI, Marina. Mulheres vão às ruas: “pílula fica, Cunha sai”. *El País*. 31 out 2015. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2015/10/30/politica/1446222175\\_318913.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2015/10/30/politica/1446222175_318913.html). Acesso em: 24 jan. 2023.
- SANTOS, Fernanda B.; SILVA, Sergio L. B. Gênero, raça e classe no Brasil: os efeitos do racismo estrutural e institucional na vida da população negra durante a pandemia da covid-19. *Revista Direito e Práxis [online]*, v. 13, n. 3, p. 1847-1873, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2022/68967>. Acesso em: 15 set. 2022.
- SEVERI, Fabiana Cristina, SANTOS, Gislene Aparecida. Aborto no Brasil: falhas substantivas e processuais na criminalização de mulheres. Relatório sobre mulheres e meninas. Clooney Foundation for Justice. Universidade de São Paulo. 2022
- TAKEMOTO, Maira L. S.; MENEZES, Mariane; ANDREUCCI, Carla B.; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; AMORIM, Melania M. R.; KATZ, Leila; KNOBEL, Roxana. The tragedy of covid-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Obstetrics & Gynaecology*, v. 151, 2020.
- TALIB, Rosângela; CITELI, Maria Teresa. *Serviços de aborto legal nos hospitais públicos brasileiros (1989-2004)*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.
- UFU COMUNICA. *Conheça o primeiro serviço a realizar aborto legal por telemedicina no país*. Disponível em: <https://comunica.ufu.br/ufu-na-midia/2021/07/conheca-o-primeiro-servico-realizar-aborto-legal-por-telemedicina-no-pais>. Acesso em: 12 set. 2022.