

Aborto Legal, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Pandemia de COVID-19

Emilia Miranda Senapeschi¹

Patrícia Vieira²

Silvana Aparecida Mariano³

Resumo: No Brasil, os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos de meninas e de mulheres, incluindo o direito ao aborto, têm sido invocado como estratégia eleitoral e ocupado lugar de destaque no cenário político à nível municipal, estadual e nacional. Neste artigo, temos como objetivo analisar as convergências da agenda política de criminalização do aborto e o impacto na vida e na saúde de meninas e de mulheres durante a pandemia de Covid-19 no país. Nosso argumento é que a atual negligência ao tema não é prioritariamente devido à pandemia, mas, antes, decorre de sucessivos desmontes e ataques aos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, o que se explica especialmente pela correlação de forças políticas, que articulam vertentes ortodoxas do liberalismo econômico com forte conservadorismo no plano dos costumes. Esse cenário acentua as barreiras, frequentemente violentas, à saúde física e psicossocial de meninas e de mulheres que buscam o acesso à saúde sexual e reprodutiva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: aborto; aborto legal; Direitos Sexuais; Direitos Reprodutivos; pandemia de COVID-19.

Abstract: In Brazil, the sexual and reproductive rights of girls and women, including abortion rights, have been used as an electoral strategy and been under the spotlight in the political scene city, state and nation wise. In this article, our goal is to analyze the convergences of the abortion criminalization political agenda and how it affects the life and health of girls and women during the COVID-19 pandemic in Brazil. Our argument is that the current neglect of the topic is not primarily due to the pandemic, but to successive dismantling and attacks to the sexual and reproductive rights, which is explained, especially, by the correlations of political forces that articulate orthodox strands of economical liberalism with a strong conservatism in the behavior

¹ Psicóloga Social. Pós-graduanda em Gênero, Sexualidade e Direitos Humanos pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ). Bacharela em Psicologia pela FAE Centro Universitário. Integrante da Rede Feminista de Saúde (RFS). Pesquisa na área de gênero, sexualidade e saúde; saúde mental e atenção psicossocial; violência e saúde; cuidado em saúde.

² Consultora Social. Mestranda em Política, Gestão e Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Pós-graduada em Estratégia de Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (APS) Santa Marcelina. Integrante da Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto (FNPLA) e do Grupo de Estudos sobre Aborto (GEA-USP). Pesquisa na área de acesso ao direito e políticas públicas para o desenvolvimento sustentável.

³ Socióloga. Doutora em Sociologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Mestre em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Professora associada da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Pesquisa na área de Sociologia, com ênfase em estudos de gênero, atuando principalmente nos seguintes temas: gênero, feminismo, programa bolsa família, políticas públicas e cidadania.

area this scenario aggravates the frequently violent physical and psychosocial barriers of women and girls that seek access to sexual and reproductive health in the Brazilian unified healthcare (SUS).

Keywords: abortion; legal abortion; Sexual Rights, Reproductive Rights; COVID-19 pandemic.

1 Introdução

O Brasil tem mais de um milhão de abortamentos induzidos por ano (BRASIL, 2009) e, nos últimos vinte anos, o aborto se destacou como a quarta causa obstétrica direta de óbito materno, ficando atrás apenas dos óbitos por hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), hemorragia e infecção puerperal (BRASIL, 2020a). O debate sobre a descriminalização e legalização do aborto não induz mais mulheres a abortar, assim como a criminalização não as impede de fazê-lo. Independentemente do controle do Estado, dos órgãos e dos serviços de saúde, as mulheres de todas as regiões geográficas, níveis de escolaridade, classes socioeconômicas, faixas etárias e grupos étnicos-raciais abortam. Entretanto, quem mais sofre as mazelas decorrentes da criminalização do aborto no país são as mulheres do nordestinas e nortistas, com menor escolaridade e renda, jovens, negras, pardas e indígenas (DINIZ, MEDEIROS e MADEIRO, 2017).

Nos casos previstos em lei, o Ministério da Saúde deve assegurar o acesso aos serviços de aborto legal, todavia, existem infindáveis falhas na atenção integral à saúde da mulher vítima de violência sexual e na atenção humanizada ao abortamento. Essas falhas produzem barreiras e dificultam o acesso universal, integral e equânime das mulheres ao aborto legal, seguro e gratuito no SUS. No contexto nacional da pandemia de Covid-19, o sistema de saúde tem enfrentado novos e graves desafios para a manutenção dos atendimentos em diferentes demandas, incluindo os serviços relativos aos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

Em 2021, o Brasil se converteu no epicentro da pandemia pela segunda vez. Com recordes de média móvel de mortes por 24 dias consecutivos, o Brasil alcançou o total de 3.158 mortes e mais 12 milhões de infectados no dia 23 de março de 2021 (G1, 2021a). Segundo levantamento da Fundação Oswaldo Cruz, no dia 10 de março de 2021, a taxa de ocupação de leitos de UTI em 25 capitais do Brasil era igual ou superior a 80%. Em 23 de março de 2021, ao menos 16 estados encontram-se em colapso da saúde pública, com taxas de ocupação de leitos acima de 90%. O estado do Mato Grosso do Sul, por exemplo, encontra-se com 106% de leitos de UTI ocupados (FIOCRUZ, 2021).

O país também lida com uma nova variante do coronavírus, mais transmissível, cujos efeitos fisiológicos ainda estão em fase de estudo (MENEZES, 2021). Casos de reinfeção do vírus também estão sendo divulgados. Os trabalhadores da saúde estão em grave situação de sofrimento (físico e psíquico) e esgotamento de recursos (materiais e humanos). A crise sanitária e socioeconômica também resulta da necropolítica governamental inclinada à extrema direita, na qual a população é privada dos seus direitos fundamentais. A desassistência e ineficiência das políticas públicas de seguridade social (saúde, previdência e assistência social) impactam a vida de milhares de brasileiros em situação de pobreza, miséria e fome, que necessitam do auxílio emergencial e aguardam pela vacina.

Tomando o aborto legal como um serviço de saúde sexual e reprodutiva, neste artigo temos como objetivo analisar as convergências entre a agenda política e os impactos decorrentes da pandemia de Covid-19 no país, de modo a apontar seus efeitos

nas atuais condições do acesso das meninas e mulheres à interrupção da gravidez no SUS. Nosso argumento é que o atual declínio nas condições desse acesso não é prioritariamente devido à pandemia, mas, antes, decorre de sucessivos desmontes e ataques aos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, o que se explica especialmente pelas correlações de forças políticas, mais recentemente inclinadas para uma agenda fortemente conservadora, e até reacionária, no campo dos comportamentos. Essa agenda, ora politicamente predominante no país, confronta diretamente, por exemplo, os princípios e as recomendações das Conferências de Cairo e de Beijing, além de colocar os direitos das meninas e mulheres como alvo primordial de ataque.

Para desenvolver o nosso argumento, apresentamos breves considerações históricas sobre o aborto até o cenário político brasileiro mais recente; na sequência, apontamos alguns aspectos políticos e morais que prejudicam o avanço no debate sobre a descriminalização e legalização do aborto; identificamos as principais barreiras para o acesso ao aborto legal no Brasil; refletimos sobre a ameaça aos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos durante a pandemia de Covid-19; pontuamos os principais acontecimentos que ameaçaram o direito ao aborto legal no país em 2020; e por fim, tecemos as nossas considerações finais.

2 Breve Histórico Sobre o Aborto, a “Onda Rosa” e o *Backlash* no Brasil

O debate em torno do aborto no Brasil e no mundo não é recente. Permeado pela diversidade de opiniões e posicionamentos, o direito ao aborto é uma questão sobretudo social, com elementos políticos, morais e religiosos que atravessam o debate sobre a descriminalização e legalização. Conforme Luc Boltanski (2012), a interrupção da gravidez é uma possibilidade conhecida nas mais diferentes sociedades humanas e, muitas vezes, é ao mesmo tempo, moralmente condenada e tolerada. Tendo em vista o acúmulo de conhecimentos produzidos sobre o tema, consideramos que o *status* ocupado pelas mulheres em cada sociedade e período histórico-cultural são fatores decisivos para explicar em quais sociedades a interrupção da gravidez é objeto, ou não, de regulação por parte do Estado, quando isso ocorre e de que modo acontece. Isto é, identificar quem decide e em quais circunstâncias são questões cruciais neste debate.

Sendo um tema que atravessa a história, podemos recuperar suas diferentes manifestações no contexto brasileiro. No período colonial, o aborto era uma das estratégias de resistência da população negra escravizada, visto que a reprodução humana se fez fator essencial ao aumento da mão de obra escravizada (OLIVEIRA; LEWIN e SÁ, 2003). No entanto, na legislação brasileira, o tema só foi abordado no Código Criminal do Império, em 1830 (BRASIL, 1831), período governado por Dom Pedro I que tinha como base a moral e a lei de Portugal, sendo o aborto considerado crime no caso de ser causado por terceiros, mas sem penalidades para a mulher, se fosse autoinduzido. Em 1890, no Código Penal da República (BRASIL, 1890), o aborto passou a ser também responsabilidade da mulher que o praticasse. Considerando que, nesse período, houve a

assinatura da Lei Áurea, que “aboliu” a escravidão, é possível associar, mais uma vez, o controle dos corpos femininos ao interesse de garantir a reprodução da mão de obra.

Em 1940, durante o Estado Novo, um período ditatorial, foi publicado pelo presidente Getúlio Vargas o Código Penal Brasileiro vigente até hoje, o Decreto-lei nº 2.848 (BRASIL, 1940), no qual se especifica a “responsabilidade” da mulher. Esse Código previu duas possibilidades para a não punição, o chamado “aborto legal”: em casos de risco para a vida da gestante e de estupro. É importante registrar que, embora a lei tenha sido decretada em 1940, não havia hospitais que realizassem aborto até 1989, período do fim da ditadura militar, sendo, portanto, o ano em que se deu o início ao acesso ao procedimento no serviço público.

A partir de 2005, diversos documentos normativos e técnicos foram publicados pelo Ministério da Saúde, visando instruir a paciente, o profissional/gestor de saúde e o profissional jurídico a respeito dos direitos e dos deveres em todas as fases do processo de atendimento, do acolhimento inicial ao acompanhamento pós-abortamento. Dentre esses documentos, destaca-se a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2005a), na qual é reconhecido e assegurado o direito à saúde física e mental da pessoa em abortamento. Tais documentos vieram acompanhados da Portaria nº 1.508/2005, que dispõe sobre os procedimentos de justificação e autorização da interrupção de gestação nos casos previstos em lei no Brasil (BRASIL, 2005b). Essas normativas encontram-se, neste momento, em uma situação de incerteza e ameaça, mediante a publicação da Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020, que, após pressões, foi revogada, porém sua subsequente Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, do Ministério da Saúde, mantém seu caráter na determinação de novos procedimentos de atendimento. Dado o caráter regressivo dessas portarias mais recentes e o potencial para a violação da dignidade e da privacidade das mulheres vítimas de violência sexual, inúmeras entidades e organizações questionaram a constitucionalidade da medida, porém, até o momento, a Portaria se mantém em vigor.

Os casos com permissões legais para a interrupção da gravidez, herdados da década de 1940, foram ampliados em 2012 mediante decisão do Poder Judiciário. Na ocasião, por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) de nº 54 (BRASIL, 2012), foi concedido o direito ao aborto de fetos anencéfalos, que não têm possibilidade de vida após o parto, sem necessidade de autorização judicial.

Até a atualidade, o acesso a esses serviços ocorre em meio a uma série de obstáculos para a maioria das brasileiras e é uma das expressões das injustiças sociais no país. Não são raras as ocasiões em que veículos de imprensa nacionais noticiam casos de mulheres que enfrentam longo percurso entre os serviços de saúde e a Justiça para obtenção do atendimento. Ao final do percurso, nem sempre o atendimento é realizado. Nos casos de gravidez indesejada e forçada decorrente da violência sexual, com base em relatos abundantes de visibilidade nacional, muitas vezes as autoridades envolvidas conduzem o processo de modo a inviabilizar a interrupção da gravidez, postergando o atendimento até que a gestação atinja idade avançada para o procedimento. Esses

procedimentos representam violação aos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos das mulheres.

As iniciativas de tomar o aborto como tema de regulamentação pública ou estatal, seja como controle do Estado, seja como controle das religiões, através de seus preceitos, evidenciam que esses dois atores — Estado e Igreja — não reconhecem as mulheres na condição de indivíduos (BIROLI, 2014). Conforme Flávia Biroli (2014, p. 41), não se reconhece que as mulheres possam ter “perspectivas e interesses singulares e distintos daqueles que se atribuem ao feto” e, se os têm, não são legítimos. Por essa razão, os movimentos feministas são, contemporaneamente, importantes atores políticos nesse debate. Desde a década de 1980, os movimentos feministas brasileiros pautam o debate sobre o direito ao aborto, inicialmente com o enfoque da autonomia das mulheres, dos direitos individuais e dos direitos sociais e mais tarde como um problema de saúde pública. As Conferências do Cairo (Conferência sobre População e Desenvolvimento) e de Beijing (IV Conferência Mundial sobre a Mulher), sendo o Brasil signatário de ambas, contribuíram para a expansão e legitimidade dessa pauta (SCAVONE, 2008).

Na virada do século, um fenômeno político se apresentou na América Latina com vitórias eleitorais de candidatos/as inclinados/as à esquerda do espectro político, o que, no Brasil, foi observado com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva em 2002 e posse em 2003. Esse fenômeno ficou conhecido em certos setores como “onda rosa” ou “maré rosa”, cujo significado repousa na ideia de que as mudanças possíveis por essas vias estariam aquém daquelas almejadas historicamente pela esquerda. O rosa representa a suavização do vermelho (COSTA, 2015). Essa “onda rosa” representou, em diferentes contextos, possibilidades de realização de certos interesses populares e a ampliação de direitos de grupos historicamente marginalizados. Em que medida, no caso brasileiro, a onda rosa resultou em avanços no campo dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos das mulheres?

No Brasil, esse período correspondeu, concretamente, aos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), de 2003 a 2016. Durante esse período, não houve nenhuma alteração da legislação brasileira punitiva em relação ao aborto. Entretanto, aconteceram avanços por medidas administrativas no âmbito do Ministério da Saúde para a atenção ao aborto legal na rede pública de saúde no país, como, por exemplo, portarias e normas técnicas. Nesse aspecto, foi durante esse período que essa rede de proteção foi implementada no país, apesar dos problemas de cobertura no território nacional, além das demais barreiras relativas ao acesso.

Se o governo de Lula foi tímido nesta matéria, a campanha eleitoral de 2010 registrou o que Miguel (2012) chamou de “capitulação” de Dilma Rousseff ao “realismo político”. Nesse contexto, Rousseff publicou, em agosto de 2010, a *Carta aberta ao povo de Deus* (O GLOBO, 2010), e, em outubro, a *Mensagem da Dilma* (BONIN, 2010). Em 2002, Lula publicara a “Carta ao Povo Brasileiro” com o objetivo de dar sinais amistosos ao “mercado”. Na eleição de 2010, esses documentos da então candidata à presidência foram dirigidos a católicos e evangélicos e simbolizavam o compromisso com a defesa da família e, no caso de vitória, o não envolvimento de seu governo com medidas relativas

ao aborto e à união civil entre pessoas do mesmo sexo. Naquele cenário, a religião substituiu o poder político antes ocupado pelo “mercado”. Como assinala Miguel (2012, p. 658), “a campanha presidencial de 2010 marcou uma inflexão perigosa na relação entre religião e política no Brasil”. Tal fenômeno tem se aprofundado desde então, evidenciado pelo Presidente da República eleito em 2018, o qual embalou sua campanha com o lema *Brasil acima de tudo, Deus acima de todos* (GAZETA DO POVO, 2018).

No Brasil, chegamos ao fim da onda rosa. Essa direita ganhou expressão com os movimentos de 2013, acumulou forças no processo que resultou na deposição da presidenta Dilma Rousseff em 2016 e saiu amplamente vitoriosa com a abertura das urnas de 2018. Nesse período, valores conservadores e até reacionários, incluindo posições contrárias aos princípios dos direitos humanos e ao sistema democrático, ganharam legitimidade sem precedentes na sociedade brasileira. Isso se expressa em condutas que legitimam valores e práticas que ofendem a dignidade e os direitos de populações como mulheres, pessoas LGBTQ+, negros/as, indígenas e pobres.

O declínio da “onda rosa” tem uma zona de encontro com o *backlash* antifeminista, um movimento que se expande internacionalmente e representa uma contraposição aos ideais e valores difundidos pelo feminismo. O *backlash* (FALUDI, 2006; INGLEHART e NORRIS, 2019) é uma resposta à popularização que o feminismo conquistou, tanto na cultura como no Estado, notadamente após a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, de 1995, que resultou na Declaração e na Plataforma de Ação de Beijing. Uma ampla agenda de promoção dos direitos das mulheres tem sido internacionalmente promovida, o que se verifica, por exemplo, através de certas metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e, mais recentemente, com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. No momento, esses avanços enfrentam no Brasil contraposições bem-organizadas e que repercutem nas políticas públicas e no exercício dos direitos das mulheres, inclusive quando a matéria é o acesso ao aborto legal.

3 Aspectos Políticos e Morais do Debate sobre a Descriminalização e Legalização do Aborto

A legislação brasileira sobre o aborto é herdada do período ditatorial. No plano político, diversas mudanças ocorreram desde a década de 1940, entretanto, as heranças autoritárias foram conservadas. Isso acontece também no plano social, com mudanças de comportamentos e valores (ARAÚJO e SCALON, 2006). Essas condições refletem-se na formulação das políticas públicas que são implementadas para atendimento às diferentes populações, especialmente para os grupos sociologicamente minoritários. Há uma importante contradição, num país que pune a mulher que escolhe realizar o aborto, justificando com o direito constitucional à vida, mas se mantém descompromissado em diversas e amplas questões de direito à vida. O Brasil é o quinto país que mais assassina mulheres no mundo¹⁵; o país que mais mata a população LGBTQ+¹⁶; o país em que a população assassinada é majoritariamente composta de homens negros jovens e pobres¹⁷.

É, portanto, questionável a análise moral “pró vida” apenas nos momentos de privação e restrição dos direitos de uma minoria social. Cardoso, Vieira e Saraceni (2020) apontam as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo a qual, do total dos abortos inseguros praticados no mundo, entre 2010 e 2014, 45% deles ocorreram no Brasil. Segundo os autores, os dados oficiais no Brasil não permitem estimativa do número de abortos no país. Fazendo cotejamento de diferentes dados, contudo, é possível constatar que não é o aborto que mata essas mulheres, mas, sim, a clandestinidade.

No atual cenário brasileiro, além da criminalização do aborto, há fortes barreiras para o acesso aos serviços legais, ou seja, mesmo nas situações em que há respaldo legal, o direito da mulher ao aborto não é assegurado. As barreiras incluem: a desinformação e o desconhecimento sobre os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; a dificuldade do acesso aos serviços de abortamento legal; e o atendimento pelos profissionais da saúde, assistência social, direito e segurança pública que deixam a desejar em qualificação e humanização.

No país, a discussão sobre a descriminalização e legalização do aborto é atravessada por diferentes questões que convergem em um sistema político conservador e um Poder Legislativo desconectado dos avanços democráticos e dos princípios republicanos, posto que são reféns das percepções morais e religiosas impostas na arena política. O fato de que a criminalização do aborto ocorre mais frequentemente em países com democracias fragilizadas é uma evidência do problema político relativo ao tema (MIGUEL, 2012). Também é dado relevante que, nesses mesmos países, frequentemente se assiste a considerável influência religiosa nos assuntos públicos, como ocorre no Brasil e na América Latina, colocando em cena a relevância do tema da laicidade do Estado.

Conforme Luís Felipe Miguel (2012), a “moral” em torno do aborto facilita sua apropriação para o que ele chama de “pré-política”. Tal fato é facilmente constatado quando observamos a composição política da Câmara de Deputados e do Senado, onde o debate sobre o aborto é majoritariamente realizado por políticos que se dizem contrários ao aborto, sendo ausente até mesmo entre aqueles de quem se espera apoio à pauta. Isso se dá devido ao jogo político existente, no qual os candidatos e as candidatas que se pronunciam a favor do direito ao aborto são coagidos ao silenciamento para não perderem capital político. “Se um deputado não votar contra o aborto por convicção, então que vote por medo [de figurar nas listas]”, como declarou em 2005 o então deputado Salvador Zimbaldi (AGÊNCIA CÂMARA, 2005). Um elemento relevante nesse contexto é o falso debate entre ser a favor ou contra o aborto, quando o que está em questão é criminalizar ou não a interrupção da gravidez. Isto é, ser a favor ou contra o aborto é uma questão moral, não é tema de deliberação pública, mas decisão individual. Em uma sociedade democrática, é o direito a determinadas escolhas o que está ao alcance da deliberação pública.

A interrupção da gravidez é compreendida na nossa sociedade como uma prática dissidente e comumente experienciada pela mulher com os sentimentos de culpa, medo e solidão por não corresponder à representação da maternidade compulsória e sacralizada atribuída ao gênero feminino. A construção histórico-cultural e sociopolítica do

dispositivo materno (ZANELLO, 2018) remonta às origens do sistema capitalista e da caça às bruxas como projeto de subordinação do corpo e da sexualidade feminina a serviço da reprodução social como manutenção da propriedade privada e acumulação primitiva do capital (FEDERICI, 2017). A bruxaria foi condenada como a personificação do mal — a resistência das mulheres ao processo de objetificação do corpo feminino à lógica da produção capitalista e da moral cristã-católica — a ser combatido e expurgado. A preservação dos saberes e práticas ancestrais e populares de cuidado e autonomia sobre o corpo, a sexualidade e o prazer feminino foram copiosamente perseguidos pela política de biopoder (FOUCAULT, 1988). A vivência da sexualidade sem a finalidade da procriação passou a ser interpretada como pecaminosa e criminalizada por “roubar” a energia e o tempo que deveriam ser destinados ao trabalho.

A combinação da moral cristã com a lógica médico-científica são fatores relevantes na produção desse simbolismo em torno do aborto. Estudos de historiadoras realizados no Brasil sobre as práticas de mulheres de camadas populares demonstraram outros simbolismos para o aborto, especialmente quando ocorria o emprego de procedimentos via oral, como aconteceu entre as informantes de Flávia de Mattos Motta (2008). Segundo a pesquisadora, quando as mulheres relataram a própria experiência, por exemplo, com os chás, elas falavam em “fazer vir” ou “descer”. “Aborto” era uma expressão para designar as práticas condenáveis das “outras” e muitas vezes associadas a manobras mecânicas. O entendimento sobre o “fazer vir” ou “descer” vincula-se a um modo particular de percepção sobre a gravidez. Nos primeiros meses, a gestação era classificada, por aqueles informantes, como um atraso menstrual. Conforme Motta (2008), ela só era interpretada como uma gravidez após ser “assumida” social, pública e subjetivamente. Essas diferentes lógicas simbólicas têm efeitos distintos nos sofrimentos associados à decisão de não levar a cabo uma gravidez.

4 Barreiras para o Acesso ao Aborto Legal no Brasil

As normativas do Ministério da Saúde que orientam o atendimento em casos de abortamento legal, são imprescindíveis, entretanto, essa é uma condição longe de ser suficiente para que as mulheres tenham acesso efetivo ao serviço. Soma-se a essas normativas um conjunto de fatores, que, no contexto brasileiro, apresentam-se como barreiras para o acesso ao aborto legal. Na sequência, classificamos e comentamos as principais barreiras. Muitas mulheres relutam e desistem de buscar os serviços de saúde por receio de sofrer a discriminação e estigmatização da violência sexual e do aborto, mesmo quando tomam conhecimento do amparo ao aborto legal. A culpabilização da mulher que sofre a violência e a inconfiabilidade da autenticidade de seu relato e conduta são comportamentos recorrentes que violentam, novamente, a vítima.

É responsabilidade dos hospitais de referência, secretarias estaduais e municipais de saúde subsidiar as informações e as orientações sobre a atenção integral à mulher vítima de violência sexual, bem como o direito ao aborto legal (BRASIL, 2013). Todavia,

o desmazelo com a comunicação, informação e educação em saúde é uma considerável barreira para as mulheres terem conhecimento e acesso ao direito violado pela escassez e divergências dos dados essenciais sobre o abortamento (ARTIGO 19, 2019a). Não existe o serviço de ouvidoria específica para o aborto legal no âmbito do SUS, portanto, fica a critério das unidades e secretarias de saúde disponibilizar os canais de comunicação. São exceções os estados e municípios que exercem a responsabilidade efetiva de tornar a informação mais acessível e disponível através de sites, campanhas e materiais informativos e educativos sobre a saúde da mulher (ARTIGO 19, 2019a).

A dificuldade e a vagarosidade do processo intensificam a angústia e a ansiedade da mulher em situação de violência sexual ou gravidez de risco. Sem acesso à informação em tempo ágil, aumenta a probabilidade da mulher desistir ou perder o seu direito reprodutivo amparado por lei. Neste contexto, meninas e mulheres podem recorrer à interrupção da gravidez na clandestinidade e/ou insegurança. Também podem manter a gravidez, mesmo quando não desejada ou representando risco à sua saúde.

Não obstante o desamparo social, a burocratização também é uma estratégia de violência institucional com as mulheres que são sujeitas a migrar de serviço em serviço em busca da garantia ao aborto, percorrendo uma verdadeira via-crúcis até ser encaminhada ao serviço de referência. Na ocorrência da violência sexual, a mulher vítima de estupro não é obrigada a apresentar Boletim de Ocorrência (B.O) para a submissão ao procedimento de interrupção voluntária da gravidez no âmbito do SUS (BRASIL, 2014). No entanto, a alegação da obrigatoriedade de documentos do âmbito jurídico e policial, por mero desconhecimento (FAUNDES, 2007) ou de modo intencional, como a autorização judicial e o Boletim de Ocorrência (B.O), é uma prática recorrente entre os profissionais da saúde e os serviços de referência, o que reproduz a judicialização da saúde e fere o princípio do atendimento emergencial, integral, multidisciplinar, ético e humanizado à mulher vítima de violência sexual (BRASIL, 2013b).

A reprodução da violência contra a mulher no atendimento médico expressa a manutenção do *status* sociopolítico desse profissional, majoritariamente homem, branco, cisgênero e heterossexual, respaldado pelo saber técnico-científico dito “incontestável”. A violência de gênero também se materializa no silenciamento da mulher que quer saber demais sobre os seus Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, porque não condiz com a lógica da alienação e submissão da mulher passiva. O próprio Código Penal Brasileiro reforça o poder hegemônico do profissional da medicina no contexto do aborto legal ao assegurar a exclusividade da prática à categoria. O modelo biomédico é digno de reflexões críticas: qual o impacto do modelo medicocêntrico para a garantia do aborto legal? Centralizar o parecer técnico-profissional como encargo exclusivo do médico não pode sobrecarregar o fluxo de atendimento em saúde da mulher? O caso da Irlanda é exemplo em avanços das políticas públicas de saúde no contexto da descriminalização e legalização do aborto. Nesse país, a interrupção voluntária da gravidez pode ser realizada pelo médico generalista/da família, e não apenas pelo médico especializado em serviço

hospitalar, por via medicamentosa, como uma tentativa de dinamizar o fluxo, além de reduzir a incidência de procedimentos invasivos (MURPHY, 2020).

A objeção de consciência é um conflito bioético presente nos serviços de abortamento legal no sistema público de saúde brasileiro. A interrupção voluntária da gravidez é uma discussão bioética porque o debate recai em âmbito moral e, quando se trata de valores morais, nem sempre haverá o consenso, tampouco uma solução para o problema apontado (CHAVES, 2010). É direito do profissional da medicina alegar objeção de consciência, ou seja, recusar-se a realizar o procedimento médico quando contrário aos ditames de sua consciência. Todavia, a objeção de consciência é vetada em casos de urgência ou emergência, ausência de outro profissional ou serviço de saúde disponível e na possibilidade de complicações e riscos à saúde da paciente por omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. Em caso de omissão, o médico pode ser responsabilizado pelo crime previsto no Código Penal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Na perspectiva bioética, cabe ao profissional médico e a toda a equipe multidisciplinar do serviço de aborto legal assumir uma ética responsável e humanizada, contudo, a objeção de consciência se configura como dispositivo de biopoder médico. Para determinados profissionais, a conduta profissional reflete o posicionamento moral e religioso. Logo, o aborto é compreendido como prática imoral porque não está alinhado ao seu conjunto de valores.

São infundáveis os conflitos e contradições acerca do aborto legal como serviço de saúde reprodutiva da mulher. O profissional da equipe multiprofissional teme assumir as devidas responsabilidades porque estima que será confrontado e julgado pela categoria da saúde. O estigma da enfermeira ou médico aborteiro contribuiu para a criminalização do serviço de saúde e reprodução da objeção de consciência como uma proteção ao estigma do profissional que autoriza, compactua e realiza o aborto.

O atendimento baseado nos princípios éticos e humanizados prevê o respeito ao sigilo e à privacidade da mulher, mesmo nos casos em que a procura pelo serviço de saúde é decorrente das complicações pela tentativa de interrupção insegura. Diante da investigação de suspeita de crime de aborto induzido, sob hipótese alguma o profissional da saúde está autorizado a revelar a tentativa de abortamento que possa expor a paciente ao processo penal, isto significa, a quebra do sigilo profissional e a denúncia instrumentalizam a judicialização dos corpos das mulheres.

Um estudo produzido na Paraíba, entre 2001 e 2002, com profissionais de serviço de assistência ao aborto legal, reforça novamente a qualidade religiosa do julgamento moral por parte desses profissionais, envolvendo sentimento de culpa, sofrimento, pecado e as pressões sociais da estigmatização deste profissional tido como “aborteiro” (SOARES, 2003). No mesmo estudo, percebe-se progressiva mudança de conduta dos profissionais por estarem em contato direto com as mulheres atingidas. Nota-se que a concepção moral em torno do aborto é mais bem aceita quando vinculada a razões médicas, conforme o princípio ético de resguardo à vida da mulher em risco e no caso da anencefalia, por não haver possibilidade de vida extrauterina. No entanto, para os casos

decorrentes de estupro, a culpabilização se faz diretamente à mulher que busca o aborto, reafirmando o descrédito da palavra da mulher e de seu real envolvimento não consentido no ato sexual (SOARES, 2003).

Num outro estudo desenvolvido em São Paulo, com 119 profissionais da saúde de diversas categorias, apontou a desinformação sobre as situações de legalização do aborto no Brasil, especificamente em casos de más-formações fetais que inviabilizam a vida extrauterina (BENUTE, 2012). Desses profissionais, a maior parte é a favor do aborto nos casos previstos em lei. Entretanto, quando questionados, especificamente médicos e médicas, quanto à descriminalização do aborto, apenas 40% se colocaram a favor, e 2% responderam que auxiliariam no processo. Tal dado, porém, é contraditório quando esses mesmos profissionais (cerca de 80%) informam que realizariam ou apoiariam a parceira a realizar aborto em caso de gravidez indesejada (BENUTE, 2012).

A subnotificação de dados sobre o aborto no Brasil também é complexa, pois se relaciona tanto à baixa procura das mulheres pelo serviço, devido às condições aqui expostas, quanto à subnotificação por parte dos trabalhadores da saúde, especialmente no que tange à violência sexual. Tal negligência dos profissionais em notificar os casos de violência decorre por múltiplas razões, são algumas: lacunas na formação profissional inicial e continuada; valores morais e ideológicos; preconceitos e estigmas; sobrecarga e precarização do trabalho em saúde; burocratização dos serviços em saúde; receio de convocatória judicial e até mesmo de sofrer violência ou retaliação do agressor.

No Brasil, outro fator importante é a subnotificação de óbitos por mortalidade materna em caso de aborto. As falhas nas notificações de óbito em caso de gestação levaram a vigilância epidemiológica a incluir uma comissão específica de investigação de óbitos maternos e incorporação da gravidez como dado na Declaração de Óbito (MENEZES et al, 2020). A notificação do procedimento de abortamento no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) também apresenta falhas, visto que é incompleta, pois os serviços de saúde não notificam o diagnóstico secundário do procedimento, computando apenas como diagnóstico “aborto por razões médicas e legais”, não informando se o procedimento foi realizado por motivo de estupro, anencefalia ou risco de vida à gestante.

5 A Ameaça aos Direitos Sexuais e Reprodutivos Durante a Pandemia de COVID-19 no Brasil

Processos políticos, sociais e econômicos mais recentes no Brasil facilitaram uma pactuação que concilia políticas econômicas de vertentes ortodoxas do liberalismo econômico com forte antiliberalismo no campo dos costumes. Uma combinação peculiar na qual os “liberais” brasileiros (com muitas ressalvas ao uso do termo) admitem valores antiliberais, por um lado, e, de outro lado da aliança política, forças nacionalistas e patrimonialistas admitem um liberalismo econômico há muito superado mundo afora. A

força política que essa aliança incomum propiciou tem sido mobilizada para o desmonte das políticas sociais e ataque aos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

A adoção das medidas de isolamento social e o receio do risco de contágio, somados à sobrecarga física e psicossocial resultante do acúmulo das tarefas domésticas, do cuidado com filhos, familiares idosos e/ou adoecidos, além da suspensão dos serviços, reordenação dos fluxos dos atendimentos em saúde, restrição dos métodos e falta dos insumos contraceptivos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2020) são os empecilhos mais frequentes para as mulheres alcançarem as estratégias de saúde sexual e reprodutiva durante a pandemia no país.

Em pesquisa desenvolvida pela Artigo 19 (2019a), constatou-se que 76 (setenta e seis) hospitais estavam realizando atendimento ao aborto legal. Essa organização apontou, ainda, um fosso entre a quantidade de hospitais cadastrados e aqueles que informaram prestar os serviços, apenas 43% dos cadastrados (ARTIGO 19, 2019b). Para acompanhar a situação desses serviços durante a pandemia, entre 27 de abril e 07 de maio de 2020, a Artigo 19 (2020) pesquisou quais continuavam prestando esses serviços e apurou 42 hospitais.

Como a transparência dos dados oficiais é um dos problemas apontados, até o momento, não temos informações suficientes a respeito dos atendimentos em aborto legal durante a pandemia de Covid-19 no país. A julgar pelas informações sobre os serviços de aborto legal, podemos conjecturar que houve redução na cobertura desses serviços, e conseqüentemente, agravamento nas condições para o acesso, o que, hipoteticamente, pode resultar em aumento de casos de abortos inseguros.

Considerando as orientações da OMS para que os serviços de saúde sexual e reprodutiva sejam mantidos durante o período da atual pandemia, um eventual aumento de abortos inseguros, no contexto das posições ideológicas do governo brasileiro, representaria, mais uma vez, um descaso com a vida das mulheres. Em recente discussão no Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas sobre uma resolução que trata de parâmetros para eliminar a discriminação de mulheres e meninas, o Brasil inicialmente trabalhou contra a proposta e, por fim, absteve-se na votação (MANEO, 2020). Esse episódio sintetiza nosso ponto: o governo brasileiro atual é fiador da discriminação de mulheres e meninas, e esse elemento é revelador das condições de acesso das mulheres aos serviços que envolvem Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

A seguir, as subseções destacam os principais eventos relacionados à agenda política de criminalização do aborto durante a pandemia de Covid-19 no país, mais precisamente, no segundo semestre de 2020.

5.1 A Exoneração da Equipe da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde

No fim do primeiro semestre de 2020, a Coordenação de Saúde das Mulheres, a Coordenação de Ciclo de Vidas, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, juntos, publicaram a nota

técnica nº 16/2020 que orienta os serviços de saúde no contexto da pandemia de Covid-19 a fim de garantir o acesso integral à saúde da mulher, em especial, a saúde sexual, saúde reprodutiva e a saúde materno-infantil no SUS (BRASIL, 2020b). Após a publicação da nota, ocorreram exonerações na área da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, fato que não foi bem recebido pelas profissionais da saúde e ativistas dos movimentos feministas. Entidades que lutam em defesa dos direitos das mulheres, como os Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e o direito à saúde, manifestaram repúdio diante do acontecimento (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2020).

A nota assumiu o posicionamento em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para os serviços de saúde sexual e reprodutiva considerados como essenciais, isto significa, orientou a não interrupção ou suspensão temporária durante a crise de saúde pública. Entretanto, desde o início da pandemia, acompanhou-se a dificuldade de assegurar tais recomendações, como ocorreu com o Hospital Pérola Byington (SX POLITICS ORG, 2020), referência no estado de São Paulo para atenção às mulheres vítimas de violência sexual, que chegou a suspender o serviço de aborto legal em março de 2020, retomando no mesmo mês por pedido do Ministério Público e Defensoria Pública do estado.

O documento ainda ressalta a necessidade de garantir o serviço, haja vista as desigualdades sociais e regionais que são determinantes para o acesso universal, integral e equânime ao SUS à mulher em situação de violência e necessidade de interrupção da gravidez. O mesmo documento reconhece o impacto da situação de calamidade em saúde pública na disposição dos serviços, todavia, é responsabilidade dos próprios órgãos o remanejamento dos fluxos de atendimentos para meninas e mulheres. Conforme a nota, a suspensão ou interrupção temporária dos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva impacta a vida das brasileiras que dependem do SUS para ter acesso gratuito às ações de promoção e prevenção em saúde sexual e reprodutiva, da seguinte forma: inacessibilidade aos insumos e métodos contraceptivos, como preservativos e dispositivos intra-uterinos (DIU); prevenção e tratamento para infecções sexualmente transmissíveis (IST's), como HIV/AIDS; serviço de abortamento seguro para os casos previstos em lei; atenção integral à mulher vítima de violência doméstica e/ou sexual.

A equipe envolvida na produção do documento também atentou para a explosão dos casos de gestações não planejadas em decorrência da obstrução aos métodos contraceptivos e exposição à violência doméstica e sexual no contexto da pandemia (COMISSÃO ESPECIAL PARA A PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER DO COLÉGIO NACIONAL DE DEFENSORES PÚBLICOS GERAIS, 2020a), predominantemente, nos países em desenvolvimento e mais pobres, como é o caso da América Latina. Leva-se em consideração que é extremamente necessária a distribuição gratuita do contraceptivo de emergência previsto nas unidades de saúde do SUS. Nesse contexto, ressaltam-se também os impactos da pandemia para a saúde materno-infantil de milhões de brasileiras que tiveram o acesso ao pré-natal comprometido devido ao fechamento de maternidades públicas de referência em parto

humanizado (PLURAL JORNAL, 2020), como a maternidade do Bairro Novo e a Victor Ferreira do Amaral em Curitiba (PR).

5.2 O caso da menina do Espírito Santo

Em agosto de 2020, uma menina de 10 anos deu entrada no Hospital Municipal de São Mateus (ES) apresentando dores abdominais. O caso, porém, tratava-se de gestação com quase 22 semanas decorrente de estupro. A criança era vítima de violência sexual desde os seis anos de idade, praticada pelo tio, condenado por estupro de vulnerável (EL PAÍS, 2020a). Entre as três situações que prevê o aborto legal no país, a violência sexual configura como uma das mais graves expressões da violência de gênero (BRASIL, 2004). De acordo com a nota técnica para a atenção humanizada ao abortamento (BRASIL, 2011), a interrupção da gravidez é prevista no SUS até 22 semanas e com o produto da concepção pesando em torno de 500g. Em suma, a situação da criança tinha o amparo da legislação brasileira por ser gravidez decorrente de estupro e gerar risco à vida de uma criança de 10 anos. O hospital que atendeu a menina, no entanto, não realizou o procedimento sob justificativa de que o caso da menina não se enquadra nos critérios da norma técnica, pois a gestação era de 22 semanas e 4 dias e o peso do produto da concepção era de 537g. Por intensa mobilização de ativistas, juristas e sociedade civil, houve autorização judicial e transferência para hospital de outro estado a fim de que o procedimento fosse realizado (EL PAÍS, 2020b).

5.3 Portaria nº 2.282 e Portaria nº 2. 561 do Ministério da Saúde

Em 27 de agosto de 2020, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 2.821 que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei e realizados no SUS. Essa portaria induz a notificação compulsória (em caso de estupro) aos serviços de saúde, por conseguinte, atribui o papel investigativo e coercivo aos trabalhadores da saúde. Ao oferecer à menina ou mulher a oportunidade de visualizar a imagem do feto no exame de ultrassonografia, ela é exposta a uma nova situação de violência (COMISSÃO ESPECIAL PARA A PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER DO COLÉGIO NACIONAL DE DEFENSORES PÚBLICOS GERAIS, 2020b).

Após mobilizações para a revogação dessa portaria, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, que não modifica o teor investigativo e de quebra de sigilo profissional dos serviços de saúde com a menina ou mulher vítima de violência sexual. É importante ressaltar que tais fatos ocorreram menos de um mês após o caso da menina de 10 anos de idade, a qual teve sua identidade e integridade expostas nas mídias (EL PAÍS, 2020c), sofrendo um novo processo de violação até que seu direito à vida fosse resguardado após intensa mobilização e aprovação de um juiz para que pudesse viajar para outro estado para realizar o procedimento (EL PAÍS, 2020d).

No art. 1º da portaria nº 2.282 consta a obrigatoriedade da notificação à autoridade policial pelos profissionais ou responsáveis pelo equipamento de saúde, quando houver indícios ou confirmação do crime de estupro. Primordialmente, o papel de agentes da

segurança pública não cabe aos profissionais da saúde, isto é, eles não devem ser orientados a notificar as autoridades de segurança, a não ser em casos excepcionais de risco à sociedade ou à vítima. Ainda assim, essa notificação cabe ao juízo do responsável sanitário e com o consentimento prévio da pessoa vitimizada ou responsável (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2020). Sob hipótese alguma profissionais da saúde são autorizados a compartilhar prontuários e fichas específicas da área com os agentes da segurança pública sem a anuência da pessoa em situação de violência. O prontuário médico/clínico é um documento exclusivo do campo da saúde, desse modo, para o fornecer, é necessária a autorização por escrito da pessoa, ou uma ordem judicial. O inciso 3º do art. 4º da Portaria nº 2.282 prevê a presença de anestesista na composição da equipe multiprofissional de saúde. Entende-se, porém, que não há necessidade do profissional da anestesia, cuja inclusão pode contribuir para a burocratização e empecilho do procedimento (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2020). A equipe de referência deve ser composta por profissional obstetra, enfermeira(o), psicóloga(o) e/ou assistente social. Destaca-se, também, o art. 8º da Portaria nº 2.282, que orienta a equipe médica a informar a possibilidade de visualização do feto através da ultrassonografia. Qual o objetivo da orientação, a não ser expor meninas e mulheres à situação de violência institucional? A prática em nada contribui para o atendimento integral e humanizado. A recomendação não está prevista em nenhum protocolo técnico e orientativo internacional de saúde, muito menos nos documentos do Ministério da Saúde.

A exposição a essa situação é uma prática de tortura com as meninas e mulheres, além de tentar convencê-las a desistir do procedimento. As normas técnicas e portarias anteriores do Ministério da Saúde já preveem o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2020) composto por quatro fases, incluindo a assinatura da paciente em três termos: termo de relato circunstanciado, termo de responsabilidade e termo de consentimento livre e esclarecido (BRASIL, 2005b). As orientações e informações pertinentes ao procedimento devem ser comunicadas de forma acessível e baseada nas recomendações da saúde e do Ministério da Saúde para o atendimento no âmbito do SUS. Sob possibilidade alguma, o objetivo deve ser a imposição de crenças e valores pessoais, cabendo ao profissional apenas informar o procedimento, a assistência psicossocial e a garantia da integridade e sigilo da paciente, visando ao atendimento humanizado e especializado (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2020). A respeito das orientações sobre os riscos do procedimento, a abordagem deve ser realizada conforme a situação, baseada em evidências científicas e da saúde (COMISSÃO ESPECIAL PARA A PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER DO COLÉGIO NACIONAL DE DEFENSORES PÚBLICOS GERAIS, 2020b).

5.4 Declaração do Consenso de Genebra

Nos últimos meses de 2020, o governo de Bolsonaro avançou mais um passo na agenda política da criminalização do aborto e das mulheres. Em 22 de outubro, Damares

Alves, ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, acompanhada de Ernesto Araújo, ex-ministro das Relações Exteriores, representaram o governo brasileiro na reunião *online* de lançamento da Declaração do Consenso de Genebra (HUFFPOST BRASIL, 2020). O acordo internacional prevê uma "aliança antiaborto" entre seis nações — Estados Unidos e Brasil assinam a coautoria do documento, Hungria, Egito, Uganda e Indonésia são signatários — para restringir os direitos sexuais e reprodutivos. O Consenso defende o direito à vida desde a concepção ao declarar que "a criança precisa de salvaguardas e cuidados especiais antes e depois do nascimento" (HUFFPOST BRASIL, 2020, s/p) e não reconhece a interrupção da gravidez como questão de saúde sexual e reprodutiva. O Consenso ainda defende a família tradicional e o papel da mulher como responsável pela manutenção do "bem-estar da família e para o desenvolvimento da sociedade" (HUFFPOST BRASIL, 2020, s/p).

A princípio, a Declaração não possui peso jurídico, mas ratifica o retrocesso no campo dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, além do enfraquecimento da diplomacia brasileira no âmbito internacional. O documento, ao afirmar que "não há direito internacional ao aborto" (HUFFPOST BRASIL, 2020, s/p), adota o posicionamento negacionista perante a construção do amparo jurídico internacional para ampliação dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, com destaque para a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) adotada por 179 Estados (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007). Assim, o Brasil ganha, cada vez mais, notoriedade na agenda política internacional contra o aborto, cenário que, somado aos eventos mencionados anteriormente, colocou em risco o direito ao aborto legal no Brasil e abriu a oportunidade para a argumentação política respaldada em acordo internacional para eventuais alterações legais ou administrativas.

6 Considerações Finais

Este artigo teve como propósito elucidar a correlação de forças políticas, ideológicas e religiosas convergentes à criminalização do aborto no país, culminando nos impactos aos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos das meninas e mulheres brasileiras no atual governo e durante a pandemia de Covid-19. Sob hipótese alguma, trata-se de dizer que a criminalização do aborto começa e termina no governo vigente, mas atentar para o posicionamento do mesmo diante do problema de saúde pública.

Apesar de o aborto estar previsto na legislação brasileira desde 1940, meninas e mulheres enfrentam múltiplos empecilhos para garanti-lo, entre eles, as falhas na comunicação, informação e educação em saúde sexual e reprodutiva, aos "apagões" na cobertura da atenção ao abortamento e à violência sexual no âmbito do SUS, a violência institucional e a interferência do fundamentalismo religioso na conduta dos profissionais da saúde, segurança, assistência e do direito para a seguridade do atendimento integral e humanizado.

Por fim, em 2020, meninas e mulheres que dependem do sistema público de saúde brasileiro passaram a enfrentar novos e expressivos obstáculos para o acesso integral à

saúde, em consequência da pandemia e dos ataques aos seus Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Como analistas têm indicado correntemente, a atual crise brasileira é sanitária, socioeconômica e política. Em certo sentido, é uma crise civilizatória ou declínio do projeto civilizatório.

7 Referências

AGÊNCIA CÂMARA. Frente divulgará nomes de deputados favoráveis ao aborto. Brasília, 23 nov. 2005. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/76649-frente-divulgara-nomes-de-deputados-favoraveis-ao-aborto/>. Acesso em: 01 mar 2020.

ARAÚJO, Clara; SCALON, Celi. Gênero e a distância entre a intenção e o gesto. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 21, n. 62, p. 45-68. 2006.

ARTIGO 19. Acesso à informação e aborto legal: mapeando desafios nos serviços de saúde. 2019a. Disponível em: <https://artigo19.org/wp-content/blogs.dir/24/files/2019/06/Acesso-a-Inforna%c3%a7%c3%a3o-e-Aborto-Legal_FINAL.pdf>. Acesso em: 25 jul 2020.

ARTIGO 19. Sob pressão da direita, somente 43% dos hospitais cadastrados realizam aborto legal. 2019b. Disponível em: <https://artigo19.org/blog/2019/06/24/sob-pressao-da-direita-somente-43-dos-hospitais-cadastrados-realizam-aborto-legal/>. Acesso em: 25 jul 2020.

ARTIGO 19. Seguem realizando o aborto legal. Mapa do aborto legal. 2020. Disponível em: <https://mapaabortolegal.org/category/seguem-realizando-aborto-legal/>. Acesso em: 25 jul 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Rio de Janeiro, 08 jun. 2020. Em defesa das ações de saúde sexual e reprodutiva no contexto da pandemia da covid-19. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/06/em-defesa-das-aco-es-de-saude-sexual-e-reprodutiva-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19>. Acesso em: 20 out 2020.

BENUTE, Gláucia et al. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, vol.34, n. 2, p. 69-73. 2012.

BIROLI, Flávia. Autonomia e justiça no debate sobre aborto: implicações teóricas e políticas. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, n.15, p.37-68, set-dez 2014.

BOLTANSKI, Luc. As dimensões antropológicas do aborto. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, n. 7, p. 205-245, jan-abr 2012.

BONIN, Robson. Dilma divulga carta para 'pôr um fim definitivo à campanha de calúnias'. G1. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/eleicoes-2010/em-carta->

ao-povo-de-deus-dilma-evita-tomar-posicao-sobre-aborto-4990009. Acesso em: 25 jul 2020.

BRASIL. Decreto n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Reforma do Regime Penal. Diário Oficial da União. 31 dez 1940.

BRASIL. Decreto n. 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 14 mar 2013.

BRASIL. Decreto n. 847, de 11 de outubro de 1890. Reforma do Regime Penal, Sala de sessões do Governo Provisório da 2ª República. Coleção de Leis do Brasil. 11 out 1890.

BRASIL. Lei de 16 de dezembro de 1830. Código Criminal do Império do Brasil. Secretaria de Estado dos Negócios da Justiça. 8 jan 1831.

BRASIL. Lei n. 12.845, de 1 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União. 1 ago 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.508, de 01 de setembro de 2005. 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. Brasília: Diário Oficial da União, 2005b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html. Acesso em: 25 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: Norma Técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf. Acesso em: 03 Nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 25 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 25 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento de agravos resultantes de violência

sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde das Mulheres e Coordenação de Ciclo de Vidas. Nota Técnica Nº 16/2020. Acesso à saúde sexual e reprodutiva no contexto da pandemia de COVID-19. 2020b. Disponível em: https://www.cfemea.org.br/images/stories/NT-MS-_ministerioaborto_jun20.pdf. Acesso em: 24.out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>. Acesso em: 03 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade Materna no Brasil: Boletim Epidemiológico nº 20/MS (Maio, 2020). 2020a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/> Acesso em 03 nov 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Brasília, 12 abr. 2012. Dispõe sobre a não punição em caso de abortos de fetos anencéfalos.

CARDOSO, Bruno Baptista; Vieira, Fernanda; SARACENI, Valéria. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.36, p. 1-13, fevereiro. 2020.

CHAVES, José, et al. Abortamento provocado na adolescência sob a perspectiva bioética. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, vol.10, n.2, p.311-319, dez. 2010.

COMISSÃO ESPECIAL PARA A PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER DO COLÉGIO NACIONAL DE DEFENSORES PÚBLICOS GERAIS (CPDDM/CONDEGE). Nota de Repúdio à Revogação da Nota Técnica nº 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. 2020a. Disponível em: <http://www.condege.org.br/publicacoes/notas-tecnicas>. Acesso em: 25.out.2020.

COMISSÃO ESPECIAL PARA A PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER DO COLÉGIO NACIONAL DE DEFENSORES PÚBLICOS GERAIS (CPDDM/CONDEGE). Nota Técnica: Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020. 2020b. Disponível em: <http://www.condege.org.br/publicacoes/notas-tecnicas>. Acesso em: 25.out.2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

COSTA, A. Reformulação ou fim da Maré Rosa na América do Sul? Rio de Janeiro: CEBRI; 2015. Disponível em:

<http://midias.cebri.org/arquivo/Reformula%C3%A7%C3%A3o%20ou%20fim%20da%20Mar%C3%A9%20Rosa%20na%20Am%C3%A9rica%20do%20Sul_3.pdf>.
Acesso em: 25 jul 2020.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo e MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 2, p. 653-660. 2017.
EL PAÍS. Estuprada desde os 6, grávida aos 10 anos e num limbo inexplicável à espera por um aborto legal. 2020a. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-15/estuprada-desde-os-6-gravida-aos-10-anos-e-num-limbo-inexplicavel-a-espera-por-um-aborto-legal.html>. Acesso em: 24.out.2020.

EL PAÍS. Menina de 10 anos violentada faz aborto legal, sob alarde de conservadores à porta do hospital. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-16/menina-de-10-anos-violentada-fara-aborto-legal-sob-alarde-de-conservadores-a-porta-do-hospital.html>. 2020b. Acesso em: 24.out.2020.

EL PAÍS. Justiça manda redes sociais apagarem publicações com dados que expuseram menina vítima de estupro. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-17/justica-manda-redes-sociais-apagarem-publicacoes-com-dados-que-expuseram-menina-vitima-de-estupro.htm>. 2020c. Acesso em: 24.out.2020.

EL PAÍS. Menina estuprada sofreu acoso de ultraconservadores até dentro de hospital. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-18/menina-estuprada-sofreu-acoso-de-ultraconservadores-ate-dentro-de-hospital.html>. 2020d. Acesso em: 24.out.2020.

FALUDI, Susan. *Backlash: the undeclared war against american women*. Nova York: Three Rivers Press, 2006.

FAUNDES, Anibal, et al. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, vol.29, n. 4, p.192-199. 2007.

FEDERICI, Silvia. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante, 2017.

FIOCRUZ. Boletim extraordinário COVID-19. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/boletim-extraordinario-do-observatorio-covid-19-indica-adocao-de-medidas-rigidas-para>. Acesso em 23 de mar 2021.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo) (2007). Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da>

confer%3%Aancia-internacional-sobre-popula%3%A7%3%A3o-e-desenvolvimento-confer%3%Aancia-do>. Acesso em: 23 mar 2021.

G1. Brasil registra pela 1ª vez mais de 3 mil mortes por Covid em um dia. 2021a. Disponível em:

<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/23/brasil-registra-pela-1a-vez-mais-de-3-mil-mortes-por-covid-em-um-dia.ghtml>. Acesso em: 23 mar 2021.

G1. Mapa da vacinação contra Covid-19 no Brasil. 2021b. Disponível em: <https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/>. Acesso em: 24 mar 2021.

GAZETA do Povo. "‘Brasil acima de tudo’: conheça a origem do slogan de Bolsonaro". Gazeta do Povo. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/politica/republica/eleicoes-2018/brasil-acima-de-tudo-conheca-a-origem-do-slogan-de-bolsonaro-7r6utek3uk1axzyruk1fj9nas/>>. Acesso em: 25 jul 2020.

GÊNERO E NÚMERO. Pandemia dificulta acesso a contraceptivos no sistema de saúde. Disponível em: <http://www.generonumero.media/pandemia-dificulta-acesso-contraceptivos-no-sistema-de-saude/>. Acesso em: 24 out 2020.

HUFFPOST BRASIL. O que é a declaração antiaborto que Brasil e EUA articulam e qual o seu impacto. Disponível em : https://www.huffpostbrasil.com/entry/declaracao-genebra-aborto_br_5f90c42fc5b66d4a0dbbd2a3?utm_hp_ref=br-mulheres. Acesso em: 25 out 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Desemprego. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 23 mar 2021.

INGLEHART, Ronaldo; NORRIS, Pippa. *Cultural Backlash: Trump, Brexit, and Authoritarian Populism*. Cambridge: Cambridge University Press, 2019.

MANEO, Adriano. Brasil se abstém em votação na ONU contra discriminação de mulheres e meninas. Folha de São Paulo. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/07/brasil-se-abstem-em-votacao-na-onu-contradiscriminacao-de-mulheres-e-meninas.shtml>. Acesso em: 25 jul 2020.

MENEZES, Greice, et al. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 36, supl.1, p.1-15, fevereiro. 2020.

MENEZES, Maíra. FIOCRUZ. Pesquisadora Marilda Siqueira (IOC/Fiocruz) analisa o enfrentamento ao Covid-19 no primeiro ano de pandemia. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisadora-marilda-siqueira-ioc/fiocruz-analisa-o-enfrentamento-ao-covid-19-no-primeiro>. Acesso em: 22 mar 2021.

MIGUEL, Luís Felipe. Aborto e democracia. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, vol.20, n.3, p.657-672, set-dez. 2012.

MOTTA, Flávia de Mattos. Sonoro silêncio: por uma história etnográfica do aborto. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, vol.16, n.2, p.681-689, mai-ago. 2008.

MURPHY, Cliona. A Irlanda desde a revogação da Oitava Emenda. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.36, p.1-5, abril. 2020.

O GLOBO. Em carta 'ao povo de Deus' Dilma evita tomar posição sobre aborto. O Globo. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/eleicoes-2010/em-carta-ao-povo-de-deus-dilma-evita-tomar-posicao-sobre-aborto-4990009>. Acesso em: 25 jul 2020.

OLIVEIRA, Denize Cristina de; LEWIN, Maíra Cecília; SÁ, Celso Pereira de. A memória primordial do descobrimento do Brasil: análise dos manuais brasileiros de história. *Psicologia*, Lisboa, vol. 17, n. 2, p. 301-319, julho. 2003.

PLURAL JORNAL. Defensoria Pública pede a reabertura de maternidades em Curitiba. Disponível em: <https://www.plural.jor.br/noticias/vizinhanca/defensoria-publica-pede-reabertura-de-maternidades-em-curitiba/>. Acesso em 24 out 2020.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Nota de repúdio à exoneração da equipe da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://redesaude.org.br/nota-de-repudio-a-exoneracao-da-equipe-da-area-tecnica-saude-da-mulher-do-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 25 out 2020.

SCAVONE, Lucila. Políticas feministas do aborto. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, vol.16, n.2, p.675-680, mai-ago. 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA PR). Nota Técnica nº 11/2020. Disponível em: <http://www.cedem.pr.gov.br/2020/10/66/Nota-Tecnica-no11-2020-COPS-DAV-SESA.html>. Acesso em: 25.out. 2020.

SOARES, Gilberta Santos. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.19, supl.2, p. S399-S406. 2003.

SX POLITICS ORG. Aborto e saúde reprodutiva ameaçados sob a COVID-19. Disponível em: <https://sxpolitics.org/ptbr/aborto-e-saude-reprodutiva-ameacados-sob-o-covid-19/10257>. Acesso em: 24 out 2020.