

Universidade de Brasília
Faculdade de Direito
Programa de Pós-Graduação em Direito

A economia moral do aborto nas mortes maternas por Covid-19 no Brasil:
um estudo sobre criminalização do aborto e justiça reprodutiva

Sinara Gumieri Vieira

Brasília
Agosto de 2024

Sinara Gumieri Vieira

A economia moral do aborto nas mortes maternas por Covid-19 no Brasil:
um estudo sobre criminalização do aborto e justiça reprodutiva

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília, na área de concentração “Direito, Estado e Constituição”, linha de pesquisa “Movimentos sociais, conflito e direitos humanos.”

Orientadora: Profa. Dra. Débora Diniz

Brasília
Agosto de 2024

Sinara Gumieri Vieira

A economia moral do aborto nas mortes maternas por Covid-19 no Brasil:

um estudo sobre criminalização do aborto e justiça reprodutiva

Esta Tese de Doutorado foi avaliada em 27 de agosto de 2024 pela banca examinadora
composta pelos seguintes membros:

Professora Doutora Debora Diniz (orientadora)

Faculdade de Direito - Universidade de Brasília

Professora Doutora Ela Wiecko Volkmer de Castilho (membro interno)

Faculdade de Direito - Universidade de Brasília

Professora Doutora Ilana Grunbaum Ambrogi (membro externo)

Anis – Instituto de Bioética

Professora Doutora Livia Gimenes Dias da Fonseca (membro interno)

Faculdade de Direito - Universidade de Brasília

Professora Doutora Livia Santana e Sant'Anna Vaz (membro externo)

Ministério Público do Estado da Bahia

Brasília

Agosto de 2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Debora Diniz, orientadora desta tese, por me ensinar a importância ética e política de fazer perguntas, e por me abrir portas inimagináveis que me conduziram para um projeto de vida em que a pesquisa engajada e a luta feminista por direitos são centrais.

Ao professor Marcelo Medeiros, pelo rigor, paciência, cuidado e generosidade com que me acolheu em todo o longo processo de criação dos argumentos apresentados nesta tese.

Às pesquisadoras vinculadas ao projeto “Histórias de mulheres em tempos de pandemia: um estudo sobre mortalidade materna”, cujo esforço de produção de assombro me ofereceu um chamado ético para dar novo sentido à experiência de escrever uma tese de doutorado em tempos de desorientação.

Às professoras Ela Wiecko Volkmer de Castilho e Lívia Gimenes Dias da Fonseca, pelos ensinamentos de perspectivas críticas do direito desde a graduação. À professora Ilana Grunbaum Ambrogi, pela atuação inspiradora na defesa de direitos em meio a emergências sanitárias. À professora Lívia Santana e Sant’Anna Vaz, pela liderança na construção de um sistema de justiça mais diverso e igualitário. A todas, por aceitarem o convite para compor a banca examinadora desta tese, e pelas contribuições críticas e necessárias.

À Anis - Instituto de Bioética, cujo trabalho transformador na promoção da justiça reprodutiva acolheu meus primeiros passos de pesquisa engajada, e com o qual seguirei aprendendo sempre.

À Matilha, e em especial à Cecília Froemming, por me ensinarem como a produção acadêmica pode e deve ser: compartilhada nas ideias, nos aprendizados e nos cuidados mútuos.

À Euzilene Moraes e toda a equipe de trabalhadoras e trabalhadores do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília, pelo trabalho invisibilizado e muitas vezes precarizado que sustenta os sonhos de transformação da universidade pública.

Às professoras Bistra Stefanova Apostolova e Ela Wiecko Volkmer de Castilho e ao professor José Geraldo de Sousa Junior, pelo voto de confiança que me permitiu concluir o doutorado em direito.

Ao Fundo de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF), pela bolsa de pesquisa de doutorado.

À Fòs Feminista, em especial à Zhenja LaRosa, por me ensinarem tanto sobre a defesa da saúde, direitos e justiça sexual e reprodutiva de meninas, mulheres e pessoas de gênero diverso do Sul Global.

À Andreia Marreiro, por nunca duvidar e continuamente inspirar meu compromisso de sentipensar a vida também por meio da escrita acadêmica.

A Diego Nardi, Marina Lacerda e Pedro Godeiro, pela amizade e companheirismo nascidos na graduação em direito e que seguiram me animando doutorado adentro.

À Carolina Freire e Lívia Gumeri, pela vida feita mais leve no miúdo, diariamente, mesmo em tempos de escrita angustiada.

À Clenir Gumieri e Jurandir Vieira, por investirem tão amorosamente em minha educação, e por me ensinarem a colocá-la a serviço de um outro mundo possível.

RESUMO

O Brasil foi o epicentro global da mortalidade materna por Covid-19, com registro de mais de 1300 mulheres mortas na gravidez ou no puerpério entre 2020 e abril de 2021. Mulheres grávidas têm maiores chances de desenvolver casos graves de Covid-19. No entanto, causas biomédicas não são suficientes para explicar a alta mortalidade materna por Covid-19 no Brasil, e menos ainda o impacto desproporcional entre mulheres mais marginalizadas, como negras, indígenas e moradoras de zonas rurais. As mortes foram marcadas por negligências na atenção em saúde, com imposição de barreiras e atrasos no diagnóstico de Covid-19 e nas etapas de hospitalização e acesso a cuidados como terapia intensiva, interrupção da gestação ou antecipação do parto. Sob uma perspectiva analítica da justiça reprodutiva, esta tese analisou como a economia moral do aborto atravessou mortes maternas por Covid-19 no Brasil. O corpus empírico é parte da pesquisa “Histórias de mulheres em tempos de pandemia: um estudo sobre mortalidade materna” e o projeto foi revisado por comitê de ética em pesquisa. A partir de entrevistas realizadas com familiares e afetos de 25 mulheres grávidas ou puérperas que morreram de Covid-19, percorri a produção de sentidos coletivos quanto ao que pode, deve ou é legítimo de ser feito na atenção à saúde de mulheres grávidas gravemente adoecidas, buscando fazer perguntas sobre como a criminalização do aborto conforma esse contexto. Identifiquei três dimensões da economia moral do aborto nos relatos de mortes maternas analisados que impactam no acesso e proteção ao direito à saúde e ao direito à vida: o estigma do aborto, que dificulta o reconhecimento da interrupção da gestação como uma necessidade de saúde e cria obstáculos para a garantia do aborto legal em caso de risco de vida para a mulher grávida; a prioridade da continuidade da gravidez em detrimento da saúde da mulher, que está profundamente arraigada nos campos da saúde e do direito, e alimenta a introjeção do sacrifício materno como um valor entre mulheres; e a tutela do corpo grávido, que faz com que a autonomia das mulheres seja ignorada para cuidar de si mesmas ou da gravidez. A conclusão desta tese é de que a criminalização do aborto e a excessiva mortalidade materna por Covid-19 no Brasil estão conectadas pelo uso histórico da reprodução para controlar e subordinar mulheres. A emergência sanitária pela pandemia e a negligência das políticas de saúde, em particular em relação às mulheres, exacerbaram os efeitos populacionais e desiguais do uso de políticas criminais para regular necessidades de saúde, como é o caso do aborto no Brasil. A economia moral do aborto faz da gestação e do parto experiências que expõem mulheres a graves violações de direitos humanos, como terem suas necessidades de saúde ignoradas, sua autonomia e seu direito à vida violados.

Palavras-chave: Mortalidade materna. Covid-19. Aborto. Criminalização. Economia moral.

ABSTRACT

Brazil has been the global epicenter of maternal mortality by Covid-19, with more than 1,300 women recorded as having died during pregnancy or postpartum between 2020 and April 2021. Pregnant women are more likely to develop severe cases of Covid-19. However, biomedical causes are not enough to explain the high maternal mortality by Covid-19 in Brazil, let alone the disproportionate impact among more marginalized women, such as Black or Indigenous women and those living in rural areas. These deaths were marked by negligent health care, with the imposition of barriers and delays in the diagnosis of Covid-19 as well as in the stages of hospitalization and access to intensive care, termination of pregnancy or early delivery. From an analytical perspective of reproductive justice, this thesis analyzed how the moral economy of abortion impacted maternal deaths by Covid-19 in Brazil. The empirical corpus is part of the research project “Women's stories in times of pandemic: a study on maternal mortality” and the project has been reviewed by a research ethics committee. Based on interviews with family members and loved ones of 25 pregnant or postpartum women who died of Covid-19, I explored the production of collective meanings as to what can and should be done or is legitimate to do in the healthcare of seriously ill pregnant women, seeking to raise questions about how abortion criminalization shapes this context. I identified three dimensions of the moral economy of abortion in the cases of maternal deaths analyzed, which have an impact on access to and the protection of the right to health and the right to life: the stigma of abortion, which makes it difficult to recognize the interruption of pregnancy as a health need and creates obstacles to guaranteeing legal abortion in the event of a risk to the pregnant woman's life; the prioritization of the continuation of pregnancy over women's health, which is deeply rooted in the fields of health and law, and feeds the introjection of maternal sacrifice as a value among women; and the guardianship of the pregnant body, which causes women's autonomy to be ignored when it comes to taking care of themselves or their pregnancies. The conclusion of this thesis is that the criminalization of abortion and the excessive maternal mortality by Covid-19 in Brazil are connected by the historical use of reproduction to control and subordinate women. The health emergency caused by the pandemic and the neglect of health policies, particularly in relation to women, have exacerbated the populational and unequal effects of the use of criminal policies to regulate health needs, as is the case of abortion in Brazil. The moral economy of abortion makes pregnancy and childbirth experiences that expose women to serious human rights violations, such as having their health needs ignored and their autonomy and right to life violated.

Keywords: Maternal mortality. Covid-19. Abortion. Criminalization. Moral economy.

Sumário

1.	Introdução	1
2.	A tragédia anunciada da mortalidade materna.....	5
2.1.	Os anúncios da tragédia da injustiça reprodutiva	10
2.2.	Investigação de mortes maternas	14
2.3.	Os relatos de mortes maternas por Covid-19.....	18
3.	Sobre entrevistas, testemunho e ética	21
3.1.	As lentes feministas	22
3.2.	As entrevistas e o testemunho	28
3.3.	A ética da escrita sobre o luto.....	31
3.4.	Lupas e crônicas	32
4.	A economia moral do aborto	35
4.1.	A produção do assombro	35
4.2.	A economia moral do aborto	44
5.	Mortes maternas por Covid-19 e a criminalização do aborto.....	53
5.1.	O aborto como necessidade de saúde	53
5.2.	Crônicas de mortes maternas por Covid-19: parte I.....	62
i.	O corpo exausto	62
ii.	Bebê incerto, pessoa certa	63
5.3.	O estigma do aborto.....	64
5.4.	Crônicas de mortes maternas por Covid-19: parte II.....	71
i.	Como uma barriga	71
ii.	A demora da cesárea.....	72
5.5.	A prioridade da gravidez	74
5.6.	Crônicas de mortes maternas por Covid-19: parte III	84
i.	Falta de ar é nervosismo	84
ii.	Você está contaminando todo mundo.....	86

5.7.	Tutela do corpo grávido.....	87
6.	Considerações finais	89
7.	Referências	96

1. Introdução

Escrevo esta tese em um tempo posterior ao que as políticas e as normas descrevem como o fim da epidemia de Covid-19 no Brasil. Em maio de 2023, a Organização Mundial de Saúde decretou o fim da emergência sanitária global¹ – foram três anos que atravessaram a vida de nossa geração histórica. Se a vida de todas nós foi atravessada pela pandemia, os impactos da vulnerabilidade existencial ao vírus foram desigualmente distribuídos. Eu não estive em linhas de frente de cuidados ou respostas à emergência, não realizei trabalhos essenciais ou precarizados que me expuseram ao vírus em um tempo em que a vacina ainda inexistia. E é deste lugar ambíguo entre a sobrevivência pela imunização dos privilégios sociais e a responsabilidade do testemunho que me dediquei às histórias de 25 mulheres grávidas que morreram em sofrimento pelos sintomas de Covid-19. Esta tese é parte de um esforço de solidariedade às histórias de morte dessas mulheres e ao luto de seus familiares e afetos.

Minha trajetória no doutorado foi também atravessada pela pandemia. Se, antes, minha pesquisa dedicava-se a interesses no campo do direito penal, da criminologia e dos direitos das mulheres, com o tempo suspenso pela espera da vacina, me perguntei sobre como meu conhecimento acadêmico poderia ser útil à construção de formas de reparação para as famílias e as crianças órfãs das mulheres mortas pela pandemia. A inquietação era acadêmica, política e existencial: como pesquisadora e feminista, minhas questões de pesquisa estiveram conectadas à urgência do vivido pelas mulheres e sobre como o campo jurídico poderia ser um instrumento de poder para a busca do justo. Assim foi com minha monografia de graduação, dissertação de mestrado ou mesmo na defesa de um projeto anterior de tese de doutorado, em que trabalhei sobre limites e possibilidades do direito penal no enfrentamento de crimes do patriarcado.

Com a epidemia de Zika e a pandemia de Covid-19, o grupo de pesquisa de que faço parte voltou-se para a questão da justiça reprodutiva nas emergências sanitárias, dedicando-se a avaliar como as respostas governamentais ignoram as necessidades de vida das mulheres desde lentes interseccionais de gênero. Foi também no primeiro ano da pandemia que passei a atuar em uma organização feminista dedicada à justiça reprodutiva em mais de quarenta países do Sul Global – a realidade injusta que mulheres, meninas e outras pessoas viviam no Brasil se

¹ Organização Pan-Americana de Saúde. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19. 5 mai. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em 12 ago. 2024.

mostrava para além das fronteiras em minha experiência cotidiana.² Passei a me inquietar sobre como eu poderia ser útil à construção de iniciativas de reparação a partir desse novo lugar de sobrevivente da pandemia e trabalhadora atuante em temas de justiça reprodutiva.

Por isso, esta é também uma tese sobre como emergências sanitárias violam direitos fundamentais de mulheres, em particular as negras e indígenas em idade reprodutiva. Não fomos igualmente impactadas pelas emergências sanitárias, considerando de quem é o rosto da mulher cuidadora de sua criança com síndrome congênita do Zika, ou mesmo o rosto das mulheres que em zonas endêmicas do mosquito se inquietam com o novo alerta de saúde pública com risco de transmissão vertical pelo vírus Oropouche no Brasil. Conhecer a história dessas 25 mulheres e acompanhar seus itinerários terapêuticos pelos serviços de saúde, em particular as barreiras enfrentadas na pandemia, é analisar como as políticas da vida governam quem deve ser cuidada e quem pode se deixar morrer.

As 25 mulheres sobre as quais conheci as histórias morreram solitárias e em sofrimento: se a morte por Covid-19 é de desalento, para elas, foi ainda acompanhada de questões éticas sobre negligência médica. O tempo da morte foi fora do calendário da vida projetada com a maternidade – eram mulheres grávidas ou puérperas para quem o nascimento de um futuro filho estenderia o tempo para além do presente. Em 19 casos, houve a sobrevivência do recém-nascido e a morte da mulher, em seis morreram a mulher e o feto. A priorização da continuidade da gravidez em detrimento da oferta de cuidados intensivos às mulheres foi um dos elementos que me causou surpresa ao ler o *corpus* de entrevistas. O estigma do aborto – também expresso no falso dilema moral entre uma pessoa biográfica e vivente, e um futuro vir-a-ser do feto – atravessou o cuidado das mulheres grávidas na pandemia pelo que descrevo nesta tese como a economia moral do aborto: um conjunto de valores, normas, crenças e práticas que regulam o que deve e pode se fazer para cuidar das necessidades de vida de uma pessoa grávida.

A crise de saúde global por Covid-19 precisa ser analisada em suas complexidades – é um equívoco descrevê-la como monocausal. As mulheres que morreram pelo vírus de Covid-19 na gravidez ou no puerpério não foram, exclusivamente, vulnerabilizadas pelo próprio corpo, com isso que a biomedicina descreve como condições pré-existentes. Como será visto no próximo capítulo, mais de metade delas não possuía histórico de comorbidades. A insuficiência

² Fòs Feminista para Avançar a Saúde, Direitos e Justiça Sexual e Reprodutiva em todo o Sul Global. 29 out. 2021. Disponível em: <https://fosfeminista.org/wp-content/uploads/2021/10/Press-Release-Por-1.pdf>. Acesso em 12 ago. 2024.

das respostas biomédicas à pergunta "por que as mulheres morreram mais no Brasil do que em todos os países do mundo?" passou a ser uma questão prioritária para nosso grupo de pesquisa. Tomei-a para buscar respostas desde o campo do direito e da justiça reprodutiva, em particular.

As respostas a essa pergunta não são simples de serem enunciadas e menos ainda evidentes de serem localizadas por um exame clínico dos corpos. Consciente das dificuldades trazidas por tentativas metodológicas de responder às perguntas sobre "por que?" um determinado fenômeno trágico acontece, tomei a pergunta como guia nesta tese e desdobrei-a em outras perguntas. Por que as 25 mulheres morreram? Como elas agonizaram para morrer? Quem elas eram e quem conta suas histórias como memória? Por que elas morreram e seus filhos nasceram órfãos?

Por isso meu argumento é de que a economia do moral do aborto, em particular o contexto de criminalização do aborto e de barreiras no acesso à realização do aborto legal por risco de vida, vulnerabilizou mulheres grávidas adoecidas por Covid-19 potencializando seu risco de morte. As mulheres foram negligenciadas quanto aos sintomas da doença, enfrentaram barreiras na assistência, sofreram julgamentos morais sobre serem cuidadas em detrimento da continuidade da gravidez. Muitas delas foram submetidas a tratamentos experimentais e sem eficácia comprovada, o que foi facilitado pelo bombardeamento populacional de desinformação e controvérsias ideológicas sobre a pandemia. As mulheres grávidas não foram priorizadas para o acesso à vacina, nem mesmo quando esta foi disponibilizada pelo Ministério da Saúde.

Não posso afirmar que as mulheres estariam vivas caso o aborto fosse descriminalizado ou, mais simples ainda, caso o aborto por risco de vida fosse tratado como uma proteção a uma necessidade de saúde. Esta tese não é uma reescrita da história trágica dessas mulheres; é menos que isso: é uma tentativa de explicitar a engrenagem moral posta em prática que criou barreiras e restringiu direitos dessas mulheres. Elas foram matadas, se posso arriscar descrever suas histórias de outro jeito – uma forma de feminicídio de Estado (Mendes, 2021), pois foram mortas por serem mulheres num tempo de crise de saúde pública em que as necessidades de saúde de mulheres em idade reprodutiva foram ignoradas como prioridades de cuidados.

Se a escolha por priorizar a própria vida, ou seja, cuidar de si mesma em detrimento da gravidez, já foi uma decisão árdua de ser pronunciada pelas famílias e, talvez, pela própria mulher adoecida, aproximar a questão do aborto da morte das mulheres traz dificuldades adicionais para o luto prolongado das famílias ou mesmo para os órfãos da pandemia. Há uma

sobreposição entre tempos e existências passadas e atuais para o meu argumento: quando pontuo que foi a economia moral do aborto o que movimentou práticas de abandono e negligência para o cuidado das mulheres, não faço nenhum julgamento sobre os direitos dos órfãos da pandemia, hoje crianças cuidadas pelas avós, pelas irmãs e uns poucos pais. Nesta tese, as narrativas sobre a morte das mulheres precisam ser lidas no presente do tempo em que foram contadas, isto é, no tempo da melancolia da perda em que a pessoa biográfica era a mulher e sua gravidez era ainda um porvir. Espero que minha escrita tenha sido sensível às ambivalências do vivido e do tempo narrativo das entrevistas e da tese.

Há uma pobreza vocabular na língua portuguesa para contar histórias trágicas e inesperadas, como a morte evitável de uma mulher na gravidez ou no puerpério. Nesta tese, enfrentei as barreiras vocabulares como um indício dos limites de imaginação sobre a tragédia como realidade: como nomear as mães que perderam suas filhas?³ Ou como nomear as irmãs? Os maridos e companheiros são viúvos; os filhos são órfãos, mesmo a criança que nasceu com sua morte. Imagino que, no futuro, a história será contada desde a perspectiva dos que ficaram, sejam os viúvos ou os órfãos. Meu esforço foi por me aproximar da perspectiva da vítima integral, segundo Primo Levi (2020), aquela que sucumbiu aos poderes: a mulher morta. É sobre essa mulher que faço a pergunta "o que fizeram com ela?" ao ouvir as memórias de seus familiares ou afetos.

³ Em evento no Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, Debora Diniz discutiu a lei de amparo às crianças vítimas de feminicídio e explorou a ausência de vocabulário para descrever o estado permanente de luto das mães dessas mulheres, na sua maioria mulheres jovens. Ver: Assessoria de Imprensa do MPDFT. "Órfãos do Feminicídio" é tema de debate no MPDFT. *MPDFT*, 17 ago. 2023. Disponível em: <https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/sala-de-imprensa/noticias/noticias-2023/15099-orfaos-do-femicidio-e-tema-de-debate-no-mpdft>. Acesso em 12 ago. 2024.

2. A tragédia anunciada da mortalidade materna

O Brasil foi o epicentro global da mortalidade materna por Covid-19 (Scheler et al., 2021; Souza Santos et al., 2021) . Até abril de 2021, mais de 1.300 mulheres grávidas ou puérperas morreram de Covid-19 no Brasil (UNFPA & Observatório Obstétrico Brasileiro, 2023). Esse número pode parecer pequeno – ou razoavelmente contido – dentro das mais de 400 mil mortes por Covid-19 na população geral do Brasil no mesmo período.⁴ Na pandemia, o Brasil foi um país de mortes hiperbólicas – com 2,6% da população mundial, o Brasil acumulou 10,1% das mortes por Covid-19 no mundo.⁵ Nos números, a tragédia pandêmica brasileira pode acabar parecendo uma só: uma tragédia em que, de tão grande, tudo cabe. Morreram muitas mulheres grávidas; também morreram muitas pessoas idosas, muitas jovens sem comorbidades, muitas pessoas negras, desproporcionalmente morreram indígenas e, tristemente, muitas crianças (Souza Santos et al., 2021; UNFPA & Observatório Obstétrico Brasileiro, 2023). A morte em atacado e o luto coletivo inescapável parecem homogeneizar a injustiça.

Mas quem entende de saúde de mulheres se manteve atenta. A mortalidade materna é considerada um indicador global de desenvolvimento humano e acesso à saúde de qualidade. As mortes maternas são como um termômetro das condições de vida da população em geral: quanto maior a razão de morte materna (isto é, o número de mortes de mulheres grávidas ou puérperas para cada 100 mil nascidos vivos), mais precárias tendem a ser condições socioeconômicas, educacionais e sanitárias da população (UNFPA & Observatório Obstétrico Brasileiro, 2023). Essa correlação direta, comprovada em tempos de estabilidade social, permite fazer previsões razoáveis em momentos de crises humanitárias e emergências sanitárias: qualquer que seja a natureza da crise, as mortes maternas tendem a aumentar.

É por isso que, em maio de 2020, ainda nos primeiros meses da pandemia, pesquisadoras como a ginecologista e obstetra paraibana Melania Amorim alertavam para o horror das mortes que sabiam que iriam aumentar drasticamente. Amorim já tinha vasta experiência sobre o impacto de uma outra epidemia, a do vírus Zika, sobre a saúde das mulheres e a qualidade da atenção obstétrica (Diniz, 2016). Diante da falta de dados oficiais e vontade

⁴ Rosa, André. Mês mais letal da pandemia, abril tem alta de 23,5% em mortes por Covid-19. *CNN Brasil*, 30 abr. 2021. Disponível em: <https://cnnbrasil.com.br/saude/mortes-por-covid-19-no-brasil-tem-alta-de-23-5-em-abril/>. Acesso em 12 ago. 2024.

⁵ World Health Organization. WHO Covid-19 dashboard. Disponível em: <https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths?n=c>. Acesso em 12 ago. 2024.

política para produzi-los, Amorim documentava mortes maternas por Covid-19 vasculhando notícias de jornais.⁶ Meses depois, ela estava entre o grupo de pesquisadoras que, sem financiamento algum,⁷ montou uma força-tarefa para analisar os dados de vigilância sanitária do Ministério da Saúde.

A pesquisa dessa força-tarefa demonstrou que, em junho de 2020, o número de mortes maternas por Covid-19 no Brasil era 3,4 vezes maior que o número total de mortes maternas relacionadas à Covid-19 registradas em todo o mundo (Takemoto et al., 2020). Diferenciais de mortalidade materna entre países algumas vezes têm relação com características populacionais e com os diferentes sistemas de saúde nacionais. Uma taxa que é mais do que o triplo da média mundial, no entanto, é sinal de um problema muito grave, ainda mais considerando que a população brasileira utiliza um sistema de saúde público e gratuito, o Sistema Único de Saúde (SUS), que em várias dimensões é muito mais acessível e superior ao da maioria da população mundial (Brandão, Mendonça, Sousa, 2023).

A Covid-19 fez com que a taxa de morte materna quase dobrasse. Em 2019, antes da pandemia, a razão de morte materna no Brasil foi de 59,1 mortes para cada 100 mil nascidos vivos; em 2020, essa taxa foi de 74,7, e em 2021 chegou a 117,4 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos (UNFPA & Observatório Obstétrico Brasileiro, 2023). Pessoas grávidas são mais vulneráveis a infecções respiratórias graves que as demais. O risco de morte entre mulheres grávidas é oito vezes maior do que entre as demais mulheres e, por isso, elas necessitam atenção especial (Cunha et al., 2023). Apesar disso, cerca de 23% das mulheres que morreram não chegaram a dar entrada em uma unidade de terapia intensiva (UTI), e 15% não receberam nenhuma modalidade de assistência ventilatória, ou seja, não usaram máscaras de oxigênio, não foram entubadas, não tiveram acesso a nenhum tipo de suporte para respirar (Takemoto et al., 2020). Nos termos de Melania Amorim, foram mortes “em situação de extremo sofrimento”.⁸

Por que, no auge da pandemia, as mortes maternas quase dobraram no Brasil? Uma parte da explicação vem da interação entre Covid-19 e gravidez. Segundo a Organização

⁶ Diniz, Debora; Carino, Giselle. Saúde reprodutiva e a covid-19: o escândalo da morte materna. *El País*, 18 mai. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/opiniao/2020-05-17/saude-reprodutiva-e-a-covid-19-o-escandalo-da-morte-materna.html>. Acesso em 12 ago. 2024.

⁷ Lisauskas, Rita. Oito em cada dez gestantes e puérperas que morreram de coronavírus no mundo eram brasileiras. *Estadão*, 14 jul. 2020. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/emails/ser-mae/oito-em-cada-dez-gestantes-e-puerperas-que-morreram-de-coronavirus-no-mundo-eram-brasileiras/>. Acesso em 12 ago. 2024.

⁸ Ver nota 3.

Mundial de Saúde (OMS), mulheres grávidas não parecem ter mais risco de contrair o vírus da Covid-19, porém têm mais chances de desenvolver casos graves de Covid-19 uma vez infectadas, especialmente se outras condições médicas coexistirem, como pressão alta, diabetes ou obesidade.⁹ No Brasil, isso significou que, em 2021, mulheres grávidas hospitalizadas por Covid-19 tiveram quase duas vezes mais chances de morrer do que mulheres não grávidas e homens hospitalizados pela mesma razão (UNFPA & Observatório Obstétrico Brasileiro, 2023).

Em função de a Covid-19 ser comprovadamente mais severa para pessoas grávidas, a mortalidade materna por Covid-19 se configurou como uma tragédia a parte na pandemia do coronavírus em todo o mundo. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) já mostrou por exemplo que a pandemia causou um retrocesso de 20 anos na saúde materna na América Latina e Caribe, com aumento de 15% na mortalidade materna entre 2016 e 2020, após uma redução de 16,4% entre 1990 e 2015.¹⁰ Mas há ainda o fator Brasil. Se a Covid-19 é mais grave para mulheres grávidas em geral, ela foi especialmente pior para mulheres grávidas no Brasil. Por quê?

Este é um problema complexo, mas sabe-se que causas biomédicas apenas não são suficientes para explicar a dimensão das mortes maternas por Covid-19 no Brasil. Um estudo conduzido pelo Observatório Covid-19 Fiocruz mostrou que o excesso de 40% nos óbitos maternos verificados em 2020 em comparação aos anos anteriores ultrapassou em muito o que seria esperado no aumento das mortes em decorrência da Covid-19. Analisando determinantes sociais de saúde evidentes nas mortes maternas, o artigo estimou que as chances de serem vítimas da mortalidade materna foram 44% maiores para mulheres negras, 61% maiores para mulheres que residem na zona rural e 28% maiores para mulheres que precisaram ser internadas fora do município de residência. O estudo concluiu que o excesso de mortes maternas por Covid-19 no Brasil apontava não apenas para o adoecimento por Covid-19 em si, mas para outras questões relacionadas à qualidade e à desigualdade de acesso à atenção pré-natal e cuidados obstétricos no país (Guimarães et al, 2023).

⁹ World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy, childbirth and the postnatal period. 15 mar. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth>. Acesso em 12 ago. 2024.

¹⁰ Organização Pan-Americana de Saúde. OPAS e parceiros lançam campanha para reduzir a mortalidade materna na América Latina e no Caribe. 8 mar. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/8-3-2023-opas-e-parceiros-lancam-campanha-para-reduzir-mortalidade-materna-na-america>. Acesso em 12 ago. 2024.

Antes mesmo da pandemia de Covid-19, a mortalidade materna no país já era considerada alta e vinha aumentando, depois de alguns anos em queda (UNFPA & Observatório Obstétrico Brasileiro, 2023). Além disso, no Brasil a Covid-19 não foi vivida apenas como uma síndrome viral emergente. Sobreviver à pandemia de Covid-19 no Brasil exigiu sobreviver a um governo determinado a disseminar a doença por meio de desinformação, adoção oficial de tratamentos comprovadamente ineficazes e prejudiciais, e barreiras para implementação de medidas preventivas como distanciamento social, uso de máscaras de proteção individual e acesso a vacinas (Ventura, Aith, Reis, 2021). Para se sustentar politicamente, o governo de Jair Bolsonaro ofereceu em sacrifício centenas de milhares de mortes evitáveis por Covid-19.

Uma emergência sanitária, um país de desigualdades extremas e uma gestão de saúde pública deliberadamente destrutiva levaram milhares de mulheres grávidas à morte no Brasil. Esta tese argumenta que as mulheres vítimas da mortalidade materna por Covid-19 no Brasil morreram de uma tragédia anunciada e ordinária. Talvez seja uma tragédia que de tão anunciada se tornou ordinária e crônica. O anúncio da tragédia está há muito na ciência, no conhecimento sobre saúde pública global e sobre saúde materna no Brasil. Tragédias anunciadas carregam a contradição de serem fáceis de explicar e difíceis de evitar. Suas dimensões aparentemente opostas na verdade se sustentam mutuamente. Mulheres grávidas morrem mais em crises porque mulheres grávidas morrem mais. Muitas mulheres negras grávidas morreram de Covid-19 no Brasil porque muitas mulheres negras grávidas morrem no Brasil. A tautologia das tragédias anunciadas para as mulheres mais vulnerabilizadas parece hipnotizar, anestesiá-las, e justamente aí está a estratégia patriarcal, classista e racista que permite que continuem sendo ignoradas e se repetindo.

Para enfrentar uma tragédia anunciada, é preciso assombrar-se. Para não ceder ao torpor das mortes esperadas, para fazer o trabalho da memória, verdade e justiça de encarar a tragédia e aprender com ela para que não se repita, é preciso nutrir o espanto de quem não se contenta, e por isso tenta se aproximar, ouvir, fazer perguntas.

Escrito em coautoria pela antropóloga Debora Diniz e pela teóloga Ivone Gebara a partir de conversas online realizadas durante os primeiros meses da pandemia de Covid-19, o livro *Esperança Feminista* percorre doze verbos para refletir sobre ação feminista que seja capaz de produzir esperança de tempos mais justos. Ao analisar o verbo perguntar, Diniz propõe que, para serem perturbadoras dos sistemas de poder que produzem desigualdades, as perguntas precisam vir de um assombro criativo, isto é, do “afeto que ferve em nossos corpos quando praticamos o estranhamento, um exercício político e metodológico de estranhamento do

patriarcado em nós” (Diniz & Gebara, 2022, p. 229). Gebara, por sua vez, lembra que ações coletivas transformadoras, de revoluções a movimentos sociais, emergem de grupos de pessoas “habitadas pelas mesmas perguntas” (Diniz & Gebara, 2022, p. 235).

Assombrar-se diante da tragédia anunciada para criar perguntas sobre a mortalidade materna por Covid-19 no Brasil é o que tem feito o grupo de pesquisadoras engajadas a quem me somo. Ainda em 2020, primeiro ano da pandemia, essas pesquisadoras reorientaram seus projetos de pesquisa, antes direcionados a temas muito variados, para responder ao chamado ético de testemunhar algo que produziu tanto sofrimento para pessoas menos imunizadas por privilégios. A produção do espanto foi liderada por Debora Diniz, orientadora desta tese. Em 2020, Diniz lançou pelas redes sociais um pedido de escuta: queria ouvir pessoas que perderam amores para a mortalidade materna por Covid-19. Diniz entrevistou mães, companheiros, amigas, irmãs e irmãos de 25 mulheres brasileiras grávidas ou puérperas que morreram de Covid-19, e compartilhou sua escuta com o grupo de pesquisadoras.

Os relatos coletados por Diniz tratam de mulheres grávidas, em trabalho de parto ou recém-paridas que tiveram sintomas da síndrome respiratória aguda grave causada pelo vírus da Covid-19; fizeram testes cujos resultados muitas vezes não chegaram a conhecer; tiveram dúvidas e dificuldades para acessar serviços de saúde onde não sabiam se chegariam a ser atendidas, se estariam expostas a mais riscos ou se seriam destratadas; peregrinaram entre clínicas e hospitais em busca de cuidado; receberam orientações médicas contraditórias, muitas sem respaldo científico; passaram dias ou semanas incomunicáveis, entubadas ou esperando oxigênio ou uma vaga de UTI, sem notícias de suas famílias e sem saber o que aconteceria ou aconteceria com suas gestações; e morreram enfrentando a agonia de não conseguir respirar.

Em abril de 2022, Debora Diniz, Luciana Brito e Gabriela Rondon publicaram uma análise dos 25 relatos que ofereceu um mergulho qualitativo sobre o aumento da mortalidade materna por Covid-19 evidenciado pelos dados epidemiológicos. As autoras identificaram três barreiras de acesso à saúde enfrentadas pelas mulheres grávidas e puérperas que morreram. A primeira foi a demora de profissionais de saúde, inclusive do pré-natal, em identificar que elas tinham sintomas de Covid-19 e testá-las, já que muitas vezes o que elas sentiam era menosprezado como algo esperado na gravidez, ou descrito como sofrimento mental. A segunda barreira foi a demora para hospitalizar mulheres com diagnóstico de Covid-19, pela falta de maternidades e outros serviços adequados aos cuidados requeridos. A terceira barreira foi a demora em garantir cuidados intensivos, incluindo acesso à UTI, à assistência ventilatória invasiva e à antecipação do parto (Diniz et al., 2022).

O estudo de Diniz, Brito e Rondon oferece indícios de que a resposta brasileira à pandemia apartou cuidados obstétricos e tratamento de Covid-19. O que parece ser uma falta de imaginação básica – considerar que pessoas engravidam durante pandemias, que pessoas grávidas adoecem durante pandemias, e garantir serviços de saúde adequados a essa realidade – é um problema crônico e global, que as autoras definem na conclusão como resultado de sistemas de saúde que não priorizam saúde sexual e reprodutiva em respostas a emergências de saúde pública (Diniz et al., 2022).

O assombro cultivado no grupo de pesquisadoras se transformou em compromisso de reenquadrar a tragédia anunciada da mortalidade materna por Covid-19 como uma questão de direitos fundamentais (Rondon et al., 2022): direito à vida, à saúde, à igualdade; direito de não ser submetido a um governo que pratica crimes contra a humanidade da população governada. Nos trabalhos do grupo de pesquisadoras, perguntas e respostas se multiplicam. Do que elas morreram? De Covid-19, sim; mas também de racismo, de desigualdade, de desinformação, de cuidados preteridos em função da prioridade dada à continuidade de suas gestações.

Nos relatos de mortes maternas que analiso nesta tese, não há a certeza de se e como as mulheres poderiam ter sido salvas, mas há sinais de que suas vidas importaram pouco, especialmente se confrontadas com expectativas colocadas sobre suas gestações e o vir a ser da reprodução biológica. São mortes marcadas por negligência de sintomas – que podiam ser de Covid-19, mas podiam também ser só os “males” da gravidez –, demora de atendimento – porque mesmo as maternidades não tinham vagas nem sabiam como tratar mulheres grávidas –, e pelo espectro da criminalização do aborto – porque interromper a gestação ou antecipar o parto para salvar a vida da mulher não foi considerada uma legítima necessidade de saúde.

Partindo dessas inquietações, o objetivo desta tese foi analisar como a economia moral do aborto – que ainda é essencialmente tratado como uma questão criminal no Brasil – atravessou mortes maternas por Covid-19 no país. Analisei os 25 relatos de mortes de mulheres grávidas ou puérperas durante a pandemia à luz de uma revisão da literatura de saúde e de direitos humanos sobre aborto, para assim propor um panorama da economia moral do aborto no Brasil, isto é, como valores, sentimentos morais, normas, direitos e deveres sobre aborto são produzidos, distribuídos, impostos e consumidos pelas pessoas, e como isso pode ter afetado as mortes maternas analisadas.

2.1. Os anúncios da tragédia da injustiça reprodutiva

A vida reprodutiva – incluindo questões como educação sexual, consentimento, contracepção, gestação, parto, cuidado e educação de filhos – está no centro do impacto desproporcional que a pandemia de Covid-19 gerou para mulheres em geral, e mulheres grávidas em particular. Muito antes da pandemia ter início, já se sabia que em cenários de crise humanitária, a saúde sexual e reprodutiva tende a ser negligenciada à medida que recursos e atenção política são concentrados no que se considere a origem da crise, seja conflito armado, emergência sanitária ou desastre climático. Já se sabia dos vieses dos estudos e avanços biomédicos que historicamente tendem a ignorar especificidades de saúde de mulheres e outras pessoas que podem gestar. Já se sabia que governos autoritários como o de Jair Bolsonaro fazem da saúde e direitos sexuais e reprodutivos um alvo prioritário como parte da narrativa de restauração de uma ordem patriarcal de poder e controle. Já se sabia que a fragilidade das políticas brasileiras de saúde das mulheres provocava anos de fracasso na tentativa de reduzir a mortalidade materna no país (antes dos efeitos devastadores da pandemia de Covid-19).

As numerosas mortes por Covid-19 no Brasil foram uma tragédia anunciada pelo cenário de injustiça reprodutiva em que vivemos. Forjado no ativismo e nas práticas intelectuais de feministas negras estadunidenses, o conceito de justiça reprodutiva questiona as limitações de princípios liberais de autonomia sexual e reprodutiva das mulheres que não levam em consideração as condições sociais estruturais para manutenção de uma vida digna (Brandão, Cabral, 2021). Qual sentido de demandar o direito de tomar decisões sobre o próprio corpo se não houver acesso à informação e educação para conhecer essas decisões em primeiro lugar? Que transformação lemas como “meu corpo, minhas regras” podem inspirar se não houver acesso aos recursos necessários – sejam métodos contraceptivos, abortos seguros, reprodução assistida, atenção pré-natal de qualidade, creches e escolas – para que os corpos coloquem suas regras em prática?

Como explicam a ativista e acadêmica estadunidense Loretta Ross e a historiadora estadunidense Rickie Solinger, a justiça reprodutiva combina, tanto como movimento político quanto como marco analítico, a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos com a justiça social para garantir três princípios básicos: o direito de ter filhos, o direito de não ter filhos, e o direito de criar filhos que se decida ter em ambientes seguros, saudáveis e sustentáveis. Na medida em que se baseia nas experiências vividas por mulheres negras e outras mulheres racializadas nos Estados Unidos, a perspectiva da justiça reprodutiva propõe uma leitura interseccional da vida reprodutiva, comprometida com a compreensão de como diferentes marcos de poder – como gênero, sexualidade, raça, etnia, classe, deficiência, idade e status migratório – se articulam na

opressão reprodutiva, isto é, nas formas de controle, subalternização e exploração de meninas, mulheres e pessoas por meio de seus corpos, sexualidade e reprodução (Ross, Solinger, 2017).

As lentes analíticas da justiça reprodutiva permitem fazer perguntas sobre relações e interdependências entre fenômenos como a criminalização do aborto, a esterilização forçada, a violência obstétrica, a negligência com a saúde materno-infantil, a inexistência da educação integral em sexualidade, a fragilidade da infraestrutura de educação e saúde para crianças e adolescentes e a violência policial contra jovens negros. Por essa capacidade de articular justiça social e vida reprodutiva, entendo que a justiça reprodutiva oferece perspectivas importantes para compreender a tragédia da mortalidade materna por Covid-19 no Brasil, e as condições de possibilidade que fizeram com que, apesar de ser previsível, a tragédia não fosse evitada.

Na maioria das crises sanitárias, a vida e o trabalho reprodutivo das mulheres as colocam em situação de vulnerabilidade que geram violações de direitos e resultados negativos independentemente do agente patogênico no centro da crise. Por exemplo, na epidemia de Ebola na África Ocidental entre 2014 e 2016, mulheres tinham mais chances de serem infectadas por estarem na linha de frente como trabalhadoras da saúde e como cuidadoras em suas famílias; além disso, houve aumento na violência sexual e de gênero, nas gestações indesejadas e na mortalidade materna, que chegou a crescer 75% na Guiné, Libéria e Serra Leoa (John et al, 2020). Na epidemia de Zika, mulheres ouviram de vários governos latino-americanos recomendações de não engravidar, mas não tiveram garantidas as condições para sua autonomia sexual e reprodutiva (Wenham, Smith, Morgan, 2020).

São muitos os estudos que mostram especificamente que as respostas a emergências de saúde pública não priorizam a saúde sexual e reprodutiva, ignorando que a vida reprodutiva não é suspensa durante emergências. Combinada à sobrecarga dos sistemas de saúde e à concentração de recursos na causa imediata da emergência, a negligência da saúde sexual e reprodutiva gera efeitos supostamente secundários que podem ser tão ou mais devastadores do que o adoecimento em questão (Diniz et al., 2022; Rondon et al., 2022). A literatura associa essa “tirania do urgente”, que coloca questões estruturais de lado para responder a necessidades biomédicas imediatas, ao aumento da morbimortalidade materna e perinatal (Smith, 2019).

A pandemia da Covid-19 não foi exceção. Ao contrário, transformada em objeto de reafirmação de valores políticos extremistas em vários países do mundo, globalmente, a gestão da pandemia foi muito negligente em relação a grupos vulnerabilizados, incluindo mulheres grávidas. Embora mulheres grávidas apresentassem chances significativamente maiores de

desenvolver casos graves, ter sequelas e morrer (Martinez-Portilla et al., 2021), a ausência inicial e o posterior atraso de estudos clínicos específicos para o desenvolvimento de vacinas que as protegessem (Kons et al., 2022; Minchin et al., 2023; Rubin, 2021) contribuíram para que não houvesse esquemas prioritários de vacinação para mulheres grávidas.

Nesse sentido, um estudo liderado pelas pesquisadoras brasileiras de saúde coletiva Ilana Ambrogi, Luciana Brito e Arbel Griner juntamente com a bioeticista inglesa Susan Bull mostrou como a exclusão de mulheres grávidas das pesquisas sobre vacinas contra a Covid-19 serviu como justificativa para sua exclusão ou inclusão tardia nos planos de vacinação da Argentina, Brasil, Canadá, Colômbia, Estados Unidos, México e Peru. O que se verificou foi um ciclo danoso em que a exclusão de pessoas grávidas na produção do conhecimento em saúde perpetuou a exclusão da gravidez como experiência a ser especificamente considerada nos cuidados básicos de saúde no meio de uma pandemia. Os atrasos e recomendações confusas sobre a vacinação das mulheres grávidas também foram agravados pela ideia de evitar riscos para fetos, mesmo que esses riscos fossem apenas hipotéticos, sinalizando o apagamento das mulheres e de sua saúde em nome de uma suposta proteção fetal (Ambrogi et al, 2023).

Especificamente no Brasil, a pandemia de Covid-19 poderia ter encontrado uma infraestrutura de saúde razoavelmente bem-organizada, com qualidades superiores a muitas infraestruturas de saúde de países de nível médio de renda similares ao brasileiro. Poderia também ter encontrado um sistema de saúde com forte tradição em prevenção coletiva e um histórico exemplar de vacinação em massa. Encontraria ainda uma gestão de saúde que, com todos os seus problemas, aprendeu com as falhas do passado e poderia evitar erros recorrentes. O que ela encontrou foi um ambiente distinto: negacionismo científico e gestão ideológica de uma pandemia. A pandemia encontrou uma infraestrutura desmobilizada por falta de planejamento, ações políticas deliberadamente tomadas para impedir essa mobilização em níveis subnacionais, substituição de quadros técnicos de gestores em saúde por quadros políticos sem qualificação, disseminação de informações falsas sobre a Covid-19, tratamento e vacinas, recusa de mobilização de recursos e bloqueio de esforços de cooperação entre entes políticos subnacionais. O governo de Jair Bolsonaro fez mais do que assistir passivo a chegada da pandemia: ele tomou medidas ativas para que ela não fosse enfrentada.¹¹

¹¹ Lara, Lorena. Human Rights: Bolsonaro tentou sabotar medidas de saúde no combate à Covid-19. *CNN Brasil*, 13 jan. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/human-rights-bolsonaro-tentou-sabotar-medidas-de-saude-no-combate-a-covid-19/>. Acesso em 12 ago. 2024.

À desastrosa gestão brasileira da pandemia de Covid-19, soma-se o fato de que as políticas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres no Brasil jamais foram exemplares. O país sequer foi capaz de cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no que diz respeito à redução da mortalidade materna, para não mencionar todos os problemas nacionais relacionados à criminalização do aborto, a estigmatização do aborto legal e a violência e o racismo obstétricos (Leal et al., 2017; Lessa et al., 2022). Nesse contexto, apesar de todas as recomendações internacionais sobre a essencialidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva em uma crise sanitária, o autoritarismo antigênero do governo Bolsonaro apenas aprofundou o desmantelamento de serviços de saúde sexual e reprodutiva em todo o país (Brandão & Cabral, 2021). Esse é o contexto de profunda injustiça reprodutiva que anunciou a tragédia da mortalidade materna por Covid-19 no Brasil.

2.2. Investigação de Mortes maternas

Em um dos 25 relatos de mortes maternas por Covid-19 analisados nesta tese, a mulher estava grávida pela primeira vez, vivendo um sonho realizado após um ano de tratamento de reprodução assistida, quando apresentou sintomas de Covid-19 e buscou assistência médica. No pronto-socorro, ela relatou estar com dor de cabeça, perda de paladar e olfato, febre alta e tosse, e insistiu que temia ter sido infectada pela Covid-19. O médico pediu um exame de gripe H1N1, mas não de Covid-19, e concluiu que ela tinha uma sinusite. De volta em casa, ela não sentiu melhora com o medicamento prescrito. Após três dias, depois de sua mãe ser diagnosticada com Covid-19, ela voltou ao hospital e foi internada. Com grande comprometimento pulmonar, ela foi submetida a uma cesárea de emergência três dias depois, quando estava com 36 semanas de gestação. A criança recém-nascida ficou bem, mas a saúde dela se deteriorou. Com anemia, ela foi intubada e levada para a UTI, onde morreu cerca de 20 dias depois.

Quem relatou a morte dessa mulher foi uma de suas irmãs. Para ela, o luto é marcado por uma repetição de perguntas: *"Hoje eu tô tentando aceitar e entender que realmente chegou a hora dela, pra não enlouquecer. Porque se eu ficar 'e se a médica tivesse dado atenção?', 'E se ela tivesse ficado sozinha no apartamento mesmo com medo do sangramento?', 'E se tivesse tirado o bebê quando ela ainda não estava com falta de ar, no dia seis, na hora que internou?', porque três dias pro bebê também não ia fazer diferença. Então fica todo esse 'e se?', 'e se?'"*.

Ao mesmo tempo em que são angustiantes para a irmã, essas perguntas remetem a uma prática crucial na saúde pública, os comitês de investigação de morte materna. Os comitês se organizam como grupos interinstitucionais e multidisciplinares que se comprometem a analisar todos os óbitos maternos em uma determinada região e apontar medidas para reduzi-los. São, portanto, um instrumento central de acompanhamento e avaliação de políticas públicas de saúde das mulheres.

A partir de experiências pioneiras desenvolvidas nos Estados Unidos e no Reino Unido nas décadas de 1930 e 1950, os comitês de morte materna ganharam proeminência internacional nos anos 1980, à medida em que a redução da mortalidade materna se tornou um compromisso comum entre países em desenvolvimento (Brasil, 2009), sendo listada entre as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000-2015) e de seus sucessores, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2015-2030). No Brasil, comitês municipais e estaduais começaram a ser implementados a partir de 1987, no marco da implementação da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) criada em 1984 pelo Ministério da Saúde. No início dos anos 2000, todos os estados brasileiros tinham comitês ativos, mas sua eficácia, que depende de mobilização institucional e educação interdisciplinar constantes, é bastante irregular, como evidencia a persistência da alta mortalidade materna no país (Brasil, 2009).

Por trás da ideia da investigação de mortes maternas – entender as causas das mortes de mulheres grávidas, parturientes ou puérperas para melhor preveni-las – está um problema político ainda hoje difícil de enunciar e enfrentar: a negligência com a saúde das mulheres. Em relatório de 2016 sobre a implementação global de estratégias de vigilância e resposta à mortalidade materna, a Organização Mundial da Saúde (OMS) identifica um artigo publicado em 1985 no renomado periódico médico *The Lancet* como um propulsor da campanha global de enfrentamento da mortalidade materna (WHO, 2016). O subtítulo do artigo de autoria de Allan Rosenfield e Deborah Maine, pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de Columbia, nos Estados Unidos, trazia a pergunta: onde está o “materno” da saúde materno-infantil? (Rosenfield & Maine, 1985).

Partindo de dados sobre a disparidade de taxas de mortalidade materna no mundo – na década de 1980, cerca de 25% das mortes de mulheres com idades entre 15 e 49 anos em países em desenvolvimento eram mortes maternas, comparados com 1% nos Estados Unidos –, Rosenfield e Maine argumentaram que já se sabia há muito que a maioria das mortes maternas no Sul Global era evitável. No entanto, os esforços em saúde materno-infantil da época, focados em combate a doenças infecciosas e malnutrição infantil, não levavam a sério o que dizia

respeito às mulheres, como a demanda por métodos contraceptivos modernos para decidir quando e quantas vezes engravidar, as barreiras de acesso – como falta de transporte, de profissionais treinados, de suprimentos médicos básicos – a serviços de atenção primária a saúde, incluindo acompanhamento pré-natal, e o aborto inseguro. Os autores questionaram, em particular, a responsabilidade dos obstetras, que estariam mais interessados em subespecialidades altamente tecnológicas do que em “questões sociais” básicas (Rosenfield & Maine, 1985).

Questões sociais são centrais na investigação de mortes maternas. O primeiro passo da investigação é identificá-las, isto é, identificar as mortes de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, e que tenham sido causadas por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna aquela que é provocada por fatores acidentais ou incidentais. Uma vez identificada uma morte materna, a tarefa da vigilância passa a ser avaliar aspectos da prevenção da morte, também chamada de evitabilidade do óbito materno (Brasil, 2009). A pergunta de fundo é: como essa morte poderia ter sido evitada? As respostas passam por diagnósticos e medidas terapêuticas, mas são muito mais complexas.

O *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna* desenvolvido pelo Ministério da Saúde destaca, por exemplo, que a análise da evitabilidade tem que considerar fatores comunitários e da vivência da mulher que podem dificultar a busca de assistência em saúde; questões de capacitação de profissionais de saúde, que podem contribuir para casos de negligência, imperícia ou imprudência; fatores institucionais dos serviços de saúde, incluindo falta de leitos obstétricos e suprimentos médicos, e falhas em sistemas de referência e contrarreferência; condições socioeconômicas desfavoráveis que podem fragilizar o acesso à saúde, como baixa renda familiar e baixa escolaridade da mulher; e fatores intersetoriais das políticas públicas que também afetam o acesso à saúde, como a falta de meios de transporte e falta de saneamento básico, entre outros (Brasil, 2009).

A investigação de mortes maternas é, portanto, uma questão ampla de justiça reprodutiva. A perspectiva da justiça reprodutiva exige pensar reprodução – incluindo práticas sexuais, contracepção, gravidez, aborto, parto, puerpério, criação de crianças, convívio familiar e comunitário – em diálogo constante com as condições de vida – como acesso à educação, segurança alimentar, moradia, trabalho – que conformam a tomada de decisões e o acesso a suporte comunitário no que diz respeito a ter ou não ter filhos, e como criá-los. As condições de vida são construídas socialmente, frutos de sistemas de poder e decisões políticas que

hierarquizam grupos de pessoas, desumanizando certas coletividades enquanto privilegiam outras.

Adotar uma perspectiva de justiça reprodutiva é reconhecer a complexidade. Nesse sentido, por exemplo, ao realizar um dossiê sobre vivências de mulheres de localidades do estado do Rio de Janeiro a partir da justiça reprodutiva, a organização de mulheres negras Criola – que trabalha para promover justiça, equidade e solidariedade para mulheres negras a partir do enfrentamento do racismo patriarcal cis heteronormativo – propôs análises sobre três dimensões amplas. A primeira diz respeito aos direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais; a segunda se refere à saúde reprodutiva e sexual de mulheres e pessoas LGBTQIAP+; e a terceira trata das violências e violações de direitos cometidas pelo estado (Siqueira, 2021).

Se a vida reprodutiva das mulheres é complexa, as perguntas sobre mortes maternas também precisam ser. Na medida em que direcionam a atenção para condições de vida que distribuem a morte de maneira tão desigual – muito mais mulheres grávidas morreram de Covid-19 no Brasil do que no resto do mundo, e muito mais mulheres grávidas negras, indígenas, que viviam em zonas rurais e nas regiões norte e nordeste morreram de Covid-19 do que as demais grávidas brasileiras (UNFPA & Observatório Obstétrico Brasileiro, 2023) –, as perguntas importam tanto quanto as respostas. Respostas úteis sobre a evitabilidade das mortes maternas – isto é, respostas que informem de maneira eficaz a construção de políticas públicas que reduzam as mortes de grávidas, parturientes e puérperas – exigem perguntas que reconheçam os sistemas de poder e de opressão nos quais mulheres vivem a gravidez. Este trabalho é parte de um esforço coletivo para produzir novas perguntas sobre mortes maternas por Covid-19 no Brasil.

Um dos principais entraves à implementação dos comitês de morte materna em vários países é o que a Organização Mundial de Saúde chama de “cultura de culpabilização”. Isso diz respeito ao receio de que a investigação tenha como efeito a individualização de pessoas supostamente culpadas pelas mortes – e eventuais represálias ou ações disciplinares ou judiciais como consequência –, o que acaba inibindo o engajamento tanto de profissionais de saúde quanto de familiares e membros da comunidade na avaliação das circunstâncias das mortes maternas (WHO, 2016). É por isso que os comitês são descritos como tendo caráter “técnico-científico, sigiloso, não-coercitivo ou punitivo” (Brasil, 2009, p. 22), e a OMS recomenda que sejam guiados por uma cultura de abertura e transparência, com anonimização das mulheres

mortas, de profissionais de saúde e demais pessoas que colaborem com a investigação (WHO, 2016).

Guardadas as grandes diferenças entre o presente trabalho e a atuação de comitês de investigação de mortes maternas, a análise ora apresentada também se guia por um compromisso não punitivo. Diante de um fenômeno complexo e multicausal, profundamente entranhado em uma sociedade marcada pelo patriarcado racista capitalista que impõe violências e violações de direitos constantes sobre a vida reprodutiva das mulheres, em particular as negras e indígenas, só é possível imaginar um futuro menos desigual e violento a partir de um aprendizado coletivo e da transformação de políticas de saúde das mulheres, e não por meio da punição de alguns indivíduos. É nesse sentido que esse trabalho pretende contribuir para uma responsabilização coletiva diante das mortes maternas por Covid-19 no Brasil: habilitando perguntas que permitam aprender e cuidar melhor.

2.3. Os relatos de mortes maternas por Covid-19

É preciso assombro para não naturalizar a tragédia anunciada e ordinária que foi a mortalidade materna por Covid-19 no Brasil. Como parte do esforço de analisar essas mortes desde uma perspectiva de justiça reprodutiva, procurei contextualizar fatores imediatos identificados nos relatos de mortes analisados – como o tempo de atendimento às mulheres grávidas e adoecidas, os riscos desnecessários a que foram expostas, o trânsito entre serviços de saúde e hospitais, as contradições entre orientações médicas sem respaldo científico, a demora ou mesmo a negação de tratamento porque estavam grávidas – a partir de uma discussão sobre os direitos à vida, à saúde e à igualdade das mulheres grávidas. Por isso é que, no limite, essa pesquisa explora a hipótese de que as mulheres não morreram apenas de Covid-19, mas, também, de misoginia, de racismo, de desigualdade, de desinformação, e de cuidados preteridos em função da prioridade dada à continuidade de suas gestações.

A morte materna é apenas o ponto culminante da tragédia da injustiça reprodutiva vivida pelas mulheres. Não se pode ignorar que, para cada mulher grávida morta, houve muitas outras que foram negligenciadas e colocadas em segundo plano, mas sobreviveram. A morte é um indício trágico de um problema muito maior. As causas são as mesmas, embora os desfechos sejam diferentes. Pesquisar as mortes maternas por Covid-19 é, no fundo, um caminho para se entender questões de justiça reprodutiva, questões de vida e morte para as mulheres, de direito à saúde, direito à vida e a estar livre de tortura.

Apresento a seguir uma descrição sociodemográfica ampla dos 25 casos de morte materna por Covid-19 que analiso nesta tese, com dados obtidos a partir das entrevistas realizadas com seus familiares e afetos. Dentre as 25 mulheres, quatro em cada cinco tinham mais de 30 anos de idade quando morreram. Metade tinha mais de 35 anos. Eram, em sua maioria, gestações em períodos mais avançados do ciclo reprodutivo. Aproximadamente metade das mulheres era negra, o que reflete com boa aproximação a composição racial da população feminina no Brasil (IBGE, 2023). Os tempos de internação de brancas e negras foram semelhantes, com uma duração levemente maior entre as brancas.

As mulheres viviam onde vive a maior parte das mulheres brasileiras: capitais de estados, centros urbanos de porte médio e grande. No entanto, os relatos também abordaram casos de mulheres que viviam em municípios pequenos e remotos, distantes desses centros. A maioria delas já tinha um filho, o que também reflete o padrão geral de fecundidade das mulheres no Brasil. Dito isto, vale mencionar que 10 das 25 mulheres que morreram viviam a primeira gestação.

A grande maioria tinha uma profissão, mas não necessariamente trabalhava durante a pandemia. O conjunto de profissões sugere um grupo no qual um terço teria nível educacional superior, um terço teria nível médio e um terço teria menos que isso; também havia ocupações que não permitem inferir educação, como a de dona de casa. Profissões, no entanto, não significavam trabalho durante a pandemia. Mulheres com frequência se afastam do mercado de trabalho quando estão grávidas e a pandemia impôs uma carga adicional sobre elas: não só o mercado de trabalho se contraiu durante a Covid-19 como a preocupação com o contágio durante a gravidez contribuiu para retirar algumas mulheres de suas ocupações.

Mais da metade (15) das mulheres morreu no primeiro ano de pandemia, 2020. Dois terços não tinham comorbidades. As comorbidades, quando observadas, tinham, em sua larga maioria, relação com a gravidez, como pressão alta e diabetes gestacional. O quadro geral mostra insuficiências óbvias de atendimento. Cerca de quatro em cada cinco foram a uma unidade de saúde mais uma vez para buscar tratamento médico. Das 25, seis chegaram a ir mais de quatro vezes. Um terço das mulheres teve que ir a mais de uma unidade de saúde para ter entrada no sistema e, uma delas, precisou ir a sete unidades. Metade das mulheres teve que esperar mais de dois dias para ser internada. Mais de um quarto foi transferida de uma unidade a outra, e a maioria dessas transferências foi realizada para enviar as mulheres a hospitais de referência em Covid-19, ou mesmo a qualquer hospital, no caso dos municípios que tinham apenas unidades básicas de saúde.

O uso dos medicamentos cloroquina ou ivermectina esteve presente no itinerário terapêutico de muitas mulheres, a despeito da ausência de evidências científicas para apoiar seu uso no tratamento da Covid-19 (Furlan, Caramelli, 2021). Para uma em cada cinco mulheres foi prescrita cloroquina e, para uma em cada seis, ivermectina. Ambos os medicamentos foram sabidamente uma ferramenta política usada pelo governo Bolsonaro – com apoio de parte da classe médica – para minimizar a gravidade da pandemia, sugerindo que haveria algum tipo de prevenção ou cura. A gravidade desse uso incorreto dos medicamentos não deve ser subestimada: ambos são tóxicos e seu uso indevido pode levar a falhas renais importantes e requerer diálise. Como a Covid-19 também leva a falhas renais, os efeitos se acumulam. Nesse sentido, quase um terço das mulheres cujas mortes analisei precisou ser submetida a hemodiálise. Com as informações das entrevistas não é possível saber, no entanto, o quanto disso poderia estar associado à toxicidade dos medicamentos e o quanto seria consequência da Covid-19, e nem seria propósito dessa pesquisa fazer essa avaliação.

Se descrevi características demográficas e elementos do itinerário terapêutico das 25 mulheres como um aglomerado biopolítico é porque é isso que faz uma pandemia: nos transforma em números, em que as existências individuais são subsumidas à estatística. Um de meus desafios metodológicos e éticos nesta tese é mover-me das populações para a mulher singular, lembrar quem foi ela e falar de todas cujas histórias ouvimos. Se as agrupo para falar que eram mães e moravam elas mesmas com suas mães, que tinham sonhos de estudar ou retornar ao trabalho, que viviam a primeira gravidez ou a surpresa de mais uma, esses são elementos que aterram a biopolítica das epidemias nas biografias de quem morreu fora de hora. Os dados sociodemográficos mostram que elas eram a mulher comum brasileira, a mesma que é atravessada todos os dias pela criminalização do aborto e pela negligência com a saúde sexual e reprodutiva no país.

3. Sobre entrevistas, testemunho e ética

Esta tese é parte de um esforço amplo de pesquisas e intervenções sobre emergências sanitárias e os impactos na vida de mulheres de comunidades afetadas, em particular com lentes interseccionais de gênero para o direito e a saúde pública. Desde a epidemia de Zika, em que o Brasil foi o epicentro global, participo como pesquisadora, ativista e jurista na defesa de direitos de mulheres, crianças e comunidades impactadas. Com outras colegas juristas, fui coautora de uma ação constitucional para a proteção de necessidades e direitos de mulheres afetadas pelo Zika, cujos filhos foram diagnosticados com a síndrome congênita do Zika.¹²

Além disso, trabalho em uma organização não-governamental de justiça sexual e reprodutiva que atua para a defesa de direitos de mulheres e meninas em diversos países do Sul Global, onde também testemunhei a luta por proteção de necessidades em saúde reprodutiva durante a pandemia de Covid-19. Sendo assim, o percurso epistemológico, metodológico e ético que passo a descrever não foi solitariamente construído por mim, mas resultado de interações e reflexões coletivas no grupo de pesquisa que faço parto no Programa de Pós-Graduação em Direito, da Universidade de Brasília, além de minha experiência profissional.

Como minhas colegas que, recentemente, defenderam suas dissertações de mestrado em direito na Universidade de Brasília (Buzzi, 2023; Paris, 2022; Rocha, 2023), também percorro uma pesquisa engajada no real: é o real que nos convoca e junto às comunidades pensamos formas de interpelar os poderes para a garantia de direitos. Nesse sentido, também as juristas Carmen Hein de Campos, Ela Wiecko Volkmer de Castilho e Isadora Vier Machado relataram um importante exemplo do real convocando a atuação universitária durante a pandemia, ao tratar dos desafios e estratégias de adaptação empregados por projetos de extensão atuantes no enfrentamento à violência contra mulheres, incluindo o projeto Maria da Penha, vinculado à Faculdade de Direito da Universidade de Brasília. Apesar das limitações impostas pelo trabalho remoto e pelas dinâmicas de atendimento virtual, os projetos responderam à urgência da pandemia e encontraram formas de se manterem ativos como espaços de

¹² O pico da epidemia de Zika no Brasil foi em 2015 (Diniz, 2017), em que mulheres nordestinas pobres foram as mais afetadas. A inércia do Estado brasileiro em responder e o estado de suspeição científica à hipótese da transmissão vertical do vírus levaram a um quadro de incerteza e desamparo das mulheres. Uma parceria entre Anis - Instituto de Bioética e Associação Nacional dos Defensores Públicos (ANADEP) apresentou a ADPF 5581 ao Supremo Tribunal Federal, distribuída à Ministra Cármen Lúcia. As demandas eram amplas no campo da saúde pública e saúde reprodutiva, além de elementos de proteção social às crianças afetadas e famílias. A ação ficou pendente por quatro anos, e quando foi rejeitada pela Corte o quadro de emergência sanitária já havia sido declarado como encerrado pelas políticas públicas. Nosso grupo de pesquisa discute exatamente sobre o caráter fluido das determinações temporais sobre início e fim das emergências sanitárias, e Zika é um de nossos estudos de caso, pois para as mulheres e crianças afetadas o tempo da epidemia ainda se estende.

acolhimento e escuta pautado na lógica feminista de intervenção e assessoramento jurídico (Campos, Castilho, Machado, 2022).

Essa forma feminista de fazer pesquisa e de escrita acadêmica dialoga com o que se conhece no campo dos direitos humanos como direito achado na rua (Sousa Junior, 2019). Assim como na ideia de pesquisa por demanda, explorada por minhas colegas de pós-graduação, inspiradas no conceito de “antropologia por demanda” de Rita Segato (2021), o direito achado na rua concebe a prática do direito do vivido para os espaços de poder, em contraste à prática do direito institucionalizado, codificado em tribunais e animado por legisladores que opera em outra direção. O direito achado na rua busca expandir o poder institucionalizado a partir de diferentes narrativas de demanda por justiça, mas também eleva outras formas e espaços de produção de justiça, como movimentos sociais e comunidades. Nesse sentido, juristas como Livia Gimenes pensam o marco analítico do direito achado na rua em contextos específicos de opressão, como a violência contra mulheres indígenas, para propor uma abertura do direito a um diálogo problematizador que expanda as concepções de direitos das mulheres (Gimenes Dias da Fonseca, 2015).

3.1. As lentes feministas

Os feminismos interseccionais são amplos e trazem a complexidade do real, em particular os efeitos dos sistemas de opressão nas políticas da vida e de sobrevivência, para o universo da pesquisa e da construção analítica. A interseccionalidade perturba análises feministas que tendem a priorizar perspectivas que considerem o que todas as pessoas de um grupo teriam em comum – em uma análise sobre mortalidade materna por Covid-19, isso poderia ser a experiência como mulheres –, mas que com isso podem contribuir para reproduzir os marcos hegemônicos que distribuem condições para uma vida digna de forma tão desigual. Nos termos de Amia Srinivasan, filósofa atuante na Inglaterra, “a ideia central da interseccionalidade é que qualquer movimento de libertação – o feminismo, o antirracismo, o movimento de trabalhadores – que se concentre apenas naquilo que todos os membros do grupo relevante (mulheres, pessoas negras, a classe trabalhadora) têm em comum é um movimento que servirá melhor os membros do grupo que são menos oprimidos” (Srinivasan, 2021).

Se na emergência das epistemologias feministas a questão central era desafiar as formas tradicionais de produção e validação do conhecimento (Harding, 1991), ou seja, os mecanismos de produção de verdades e verificação na ciência, hoje, com as críticas

interseccionais, questões como quem fala, quem escreve, como escreve e para quem, ou o que fazer com o conhecimento produzido estão na agenda de discussões epistemológicas sobre a prática de pesquisa feminista. Para a nossa agenda de pesquisa, epistemologias do feminismo negro, da decolonialidade latino-americana e os estudos sobre deficiências são referências para desestabilizar as formas tradicionais de fazer e reconhecer conhecimento, mas também inspirações para pensar sobre fazer diferente a fim de construir relações de confiança e pertencimento às comunidades, além de produzir conhecimento útil à transformação de estados injustos de coisas.

Reafirmar que a produção do conhecimento, ou mesmo o que se descreve como ciência, não é neutra ou imparcial pode parecer extemporâneo – um retorno aos séculos XIX ou XX, quando as discussões sobre o status das humanidades frente às áreas biomédicas estaria em disputa. No entanto, no campo da pesquisa jurídica, onde normas e abstrações movimentam formas de pensar e construir respostas aos problemas do vivido, me parece ser ainda importante enfrentar as fronteiras entre a pesquisa engajada, o compromisso com a confiabilidade dos dados e as falsas idealizações de neutralidade ou imparcialidade.

bell hooks, filósofa feminista negra estadunidense, em estreito diálogo com o educador brasileiro Paulo Freire, já escrevia nos anos 1980 sobre a importância de o conhecimento ser comprometido com a transformação de quem fala e para quem fala. Para nossa experiência de pesquisa, as ideias de hooks sobre espaços educacionais serem colaborativos e democráticos, em particular com a participação de grupos historicamente às margens do poder e da representação acadêmica, são fundamentais. Menciono duas características de nosso trabalho colaborativo em pesquisa que busca ampliar as formas tradicionais de fazer pesquisa: a primeira delas é a ideia de que podemos como um coletivo trabalhar em mesmos temas e até mesmo compartilhar os mesmos dados de pesquisa, como acontece nesta tese e com outras pesquisadoras; a segunda delas é que as participantes de pesquisa, aqui representadas pelas famílias e afetos com quem conversamos para escutar as histórias de morte materna, precisam ser ouvidos em várias fases da pesquisa, escrita e divulgação dos resultados. Assim fiz com cada família nomeada nesta tese – três anos depois das entrevistas, retornamos às famílias para buscar o consentimento para que fossem nomeadas nas crônicas. Além disso, elaborei um outro

formato de texto (enviado por WhatsApp) para divulgação dos resultados desta tese para as pessoas entrevistadas.¹³

Nesta tese trabalharei com a apresentação das narrativas de familiares e afetos das mulheres grávidas e puérperas que morreram de Covid-19 no formato de crônicas.¹⁴ A estratégia tradicional de apresentar recortes de entrevistas em formato de citações é de difícil compreensão para pessoas não-iniciadas nos métodos das ciências sociais, além de transformar a individualidade do luto em peças de uma argumentação que acaba operando como instrumento biopolítico, convertendo mulheres em números ou fragmentos de uma história maior.

A pergunta que me perseguiu ao escrever a seção empírica desta tese é semelhante às feitas pela ensaísta estadunidense Susan Sontag, ao discutir se há poder da fotografia para nos retirar do estado de apatia moral: “que fazer com um conhecimento como o que trazem as fotos de um sofrimento distante?” (Sontag, 2003, p. 85). Não tive a fotografia como elemento empírico, mas me vi diante da dúvida sobre qual o caminho analítico e de escrita mais adequado para respeitar o sofrimento e permitir o reconhecimento de quem o viveu nas palavras desta tese. Optei pelo retorno aos rudimentos das entrevistas para recontá-las em formato de crônicas.

A decisão pela crônica teve outras razões: minha voz de pesquisadora é outra camada de poder e saber sobreposta às narrativas das famílias e afetos das mulheres mortas. Como operar com responsabilidade sobre o meu poder acadêmico de pronunciar verdades sobre a dor das outras? Sem dialogarem diretamente, bell hooks e a filósofa panamenha-estadunidense Linda Alcoff enfrentaram questões semelhantes sobre o processo de produção do conhecimento e a importância da escuta e da fala com as comunidades e pessoas afetadas pelas questões de pesquisa. A construção de que “não falamos por alguém” ou que “não damos voz a alguém”, mas sim “falamos com outras pessoas” foi um giro político e argumentativo de Alcoff que ainda hoje provoca nossas formas de fazer ciência (Alcoff, 2016). Nesse processo de “falar com”, isto é, no exercício feminista de falar e escrever desde a posição da autoridade acadêmica, a questão da neutralidade, universidade e imparcialidade foram diretamente enfrentadas em suas

¹³ Quando o primeiro artigo sobre o *corpus* de entrevistas analisados nesta tese foi publicado, as autoras apresentaram os resultados em formato de um folheto digital e as pessoas entrevistadas foram ouvidas e suas dúvidas esclarecidas. Nas dissertações até agora defendidas no Programa de Pós-Graduação em Direito, da Universidade de Brasília, representantes das famílias estiveram presentes à cena de arguição.

¹⁴ O experimento com crônicas vem crescendo nas pesquisas sociais: Diane Foster é autora de um dos mais extensos estudos epidemiológicos e com métodos mistos sobre o impacto da negativa de acesso ao aborto nos Estados Unidos (Foster, 2023). Na escrita do livro que agregou vários de seus artigos, ela intercalou descrições epidemiológicas com histórias de dez mulheres.

ambições de poder e encobrimento de vieses ou ruídos do patriarcado, racismo ou colonialismo. As questões relacionadas à escrita acadêmica ainda são pouco enfrentadas, como se o dever de submissão aos jargões acadêmicos fosse um elemento de reconhecimento mútuo à comunidade. Esse silêncio tem consequências para a própria legitimação do conhecimento e, como também sustentam os teóricos do direito achado na rua, para as comunidades que validam nosso poder de intervenção.

Os escritos de Sandra Harding, filósofa estadunidense, marcaram uma geração de pesquisadoras em busca de lentes feministas para a prática científica. Em *Whose Science? Whose Knowledge?: Thinking from Women's Lives*, Harding explora como as ciências têm sido dominadas por perspectivas masculinas, ou até mesmo misóginas, e como isso deixou cicatrizes na forma de fazer e validar o conhecimento (Harding, 1991). Não há nada de errado, diz Harding, em imaginar uma ciência comprometida com a justiça social – isso que aqui também descrevo como “pesquisa engajada” e “lentes feministas”. Se quando escreveu, anos 1980 e 1990 nos Estados Unidos, Harding trazia perspectivas disruptivas para a epistemologia feminista – como, por exemplo, reclamar um ponto de vista para as mulheres – foram autoras mais diversas, em particular do Sul Global, que complexificaram a simples estrutura binária de seu pensamento – quem seríamos incluídas em qualquer idealização sobre “mulheres”?¹⁵ Quem foram as mulheres infectadas e em situação de maior risco nas emergências sanitárias de Zika e Covid-19 no Brasil? Não fomos todas igualmente atravessadas pela exposição ao risco nem por táticas de imunização por privilégios sociais, como repelente ou distanciamento social, acesso à informação ou teletrabalho.

Descortinar as lentes éticas e políticas da ciência não implica abandonar os compromissos com a confiabilidade das afirmações com pretensões de verdade. Ao revés, me parece: é exatamente por anunciar que esta é uma tese ancorada nas lentes feministas interseccionais do Sul Global que acredito facilitar que julguem a qualidade e validade de minhas afirmações, como de minhas colegas no grupo de pesquisa. É equivocada a confusão de que afirmar nossas lentes seria ideologizar a ciência – não existe lugar livre de nossas lentes éticas para pensar o mundo; a ciência está imersa em quem somos e como pensamos nossos problemas de pesquisa. Na pandemia de Covid-19, por exemplo, tanto a resposta oferecida pelos governos

¹⁵ Nesta tese, mulheres são mulheres cisgênero. Acredito e persigo um feminismo inclusivo, em que na categoria política de mulheres estão as cis, as trans e quem mais assim se convocar para a vivência sob as normas de gênero. No entanto, mantenho o caráter universalizante e cisgenerificado para o uso de mulheres porque essa foi a realidade lançada pelas entrevistas para a análise.

e órgãos regulatórios em saúde quanto a atuação da Organização Mundial de Saúde ignoraram as particularidades de saúde das mulheres e suas interseccionalidades, mas principalmente as pesquisas sobre vacinas para Covid-19 desconheciam os efeitos nos corpos grávidos. A razão é a persistência da misoginia racista na pesquisa científica – dos animais não humanos em laboratórios que são majoritariamente machos a pesquisas com pessoas adultas, por muito tempo, se ignorou a importância dos marcadores de gênero, raciais ou a atipicidade para a validade dos resultados (Voyatzaki, 2023).

É certo que o impacto das lentes éticas de cada pesquisadora será diferente a depender do campo de conhecimento. Nas humanidades, e no tipo de pesquisa empírica realizada para a construção do *corpus* de pesquisa, a reflexividade é um conceito fundamental para a discussão epistemológica sobre o conhecimento. A reflexividade é sobre quem somos e como produzimos conhecimento, mas também sobre o impacto que nossas pesquisas causam nas comunidades e pessoas com quem pesquisamos. Segundo a antropóloga Karen O'Reilly, “reflexividade é um aspecto crucial da pesquisa etnográfica, uma vez que envolve um questionamento contínuo de como os marcadores sociais dos pesquisadores, suas pressuposições, posicionalidades e comportamentos impactam no processo de pesquisa” (O'Reilly, 2005, p. 187). Nesse sentido, a reflexividade dialoga também com o que as juristas Livia Santana e Sant'Anna Vaz e Chiara Ramos defendem como umas das dimensões da interseccionalidade como um postulado interpretativo central para o direito, que exige “olhar para si como parte integrante de um sistema estruturalmente racista e sexista” (Vaz, Ramos, 2021, p. 294).

A pesquisa por demanda é um dos componentes em que a reflexividade se expressa para a definição da agenda de pesquisa e sobre como conduzimos o trabalho de campo de nossas pesquisas (Buzzi, 2023; Paris, 2022). “Antropologia por demanda” foi metamorfoseado nas pesquisas de nosso grupo de pesquisa como “pesquisa por demanda”. O conceito inspira-se na antropóloga argentino-brasileira Rita Segato que defende uma prática de pesquisa e atuação antropológicas em diálogo com as comunidades: são as necessidades dos grupos que definem as urgências de pesquisa. Há uma desordem de poder e uma mudança nas relações de quem fala e quem ouve com a ideia de demanda – falamos com as comunidades e não apenas sobre elas, seguindo a famosa máxima de Linda Alcoff (2016). Para a construção do *corpus* de entrevistas que analiso nesta tese, foi preciso mais do que a demanda pela escuta e partilha do luto pelas famílias e afetos das mulheres mortas – há uma expectativa de que nós, pesquisadoras, façamos algo com o registro do testemunho de um tempo injusto e de desamparo da vida.

Há inevitáveis desigualdades de poderes entre quem pesquisa e quem oferece a própria biografia como material para a pesquisa. Assim foi para a produção do corpus de entrevista desta pesquisa; assim é para a escrita desta tese. O conhecimento acadêmico, em particular em suas linhagens escolásticas marcadas pela branquitude masculina colonial, carrega consigo estruturas de pensamento, lógica e argumentação, e formas de fazer pesquisas marcadas de uma estrutura de poder que necessita ser questionada quanto à sua ambição de universalidade ou validade. Françoise Vergès, historiadora francesa-reunionense, sustenta que o colonialismo histórico tem um impacto de longa duração sobre as formas com que produzimos e validamos o conhecimento (Vergès, 2020). Em seu intento de construir abordagens decoloniais, Vergès defende a necessidade de pesquisas críticas em relação às estruturas de poder e mais sensíveis ao que pode ser descrito como as interseccionalidades da vida (Akotirene, 2019). Preciso reconhecer, no entanto, que não há esse lugar livre da repetição das estruturas de poder injusta na produção do conhecimento – o que podemos tentar, e assim o fazemos como um grupo diverso de pesquisa, é experimentar novas formas de fazer.

Para as famílias e os afetos das mulheres mortes na gravidez ou no puerpério por Covid-19, o encontro com nosso grupo de pesquisa acionava um emaranhado de verbos feministas para ação, tal como explorado por Debora Diniz e Ivone Gebara, em *Esperança Feminista*: escutar, lembrar, perguntar, reparar e falar são alguns deles (Diniz & Gebara, 2022). E é na figura da escutadeira que Diniz deposita esperança do encontro entre comunidades e acadêmicas: é preciso saber escutar, o que é diferente de ouvir, para apreender o desamparo do luto envolvido nas entrevistas que guiam esta tese.

Eu não fui a ouvidora das memórias do luto; não estive presente à cena da entrevista. Eu fui uma ledora da conversa realizada entre Debora Diniz, orientadora desta tese, e as famílias e afetos das 25 mulheres. Mas se ser escutadeira é um aprendizado metodológico e ético sobre como se “aproximar a dor dos outros” (Sontag, 2003), a reflexividade como um processo para a escuta e construção analítica me é também devida. O que escrevo é parte de um ciclo de compromissos e responsabilidades que teve início nas entrevistas e não se encerra nesta tese. Algumas atividades jurídicas da Clínica Cravinas de Direitos Sexuais e Reprodutivos, atividade de extensão da Universidade de Brasília, sediada na Faculdade de Direito e coordenada por minha orientadora, moveu a escuta por demandas de reparação da pesquisa para os tribunais. Nossos lugares de pesquisadoras e advogadas, ativistas e escutadeiras, misturam-se em nosso dever de lembrar e não deixar sem reclame para o justo as histórias de violação de direitos que escutamos. Não são demandas simples, mas também acreditamos que mover do texto das

dissertações e teses para os espaços de poder institucionalizados é movimentar outros arquivos para memória.

3.2. As entrevistas e o testemunho

Quando o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-IH), o protocolo de submissão exigia um roteiro de entrevista, termo de consentimento livre e esclarecido oral, requerimentos sobre como cuidar da dor das pessoas, questões sobre confidencialidade, sigilo ou nomeação das pessoas participantes, pois eram conversas sobre luto, em um momento de distanciamento social árduo pela pandemia de Covid-19. A particularidade do distanciamento exigiu que as entrevistas fossem realizadas de modo virtual. O projeto foi submetido e aprovado, segundo as normas. Mas exatamente por ser uma pesquisa sobre o vivido – e o imponderável da dor do luto –, as regulamentações estarão sempre aquém para apreender a potência do encontro, mesmo sob intensa dor. E não espero que as normas sejam extensas ao ponto de antecipar ou controlar o que apenas pode ser vivido quando se constrói confiança e escuta genuínas, pois esses são protocolos para reduzir riscos e danos, para evitar exploração das pessoas participantes. A insuficiência é necessária para permitir o encontro, mesmo ele mediado pela tecnologia, atravessado pela solidão, o medo da morte e o caráter agudo do luto. Se descrevo a técnica de pesquisa utilizada – entrevista qualitativa, narrativa e episódica – é para explorar como a pesquisa qualitativa pode ser um ato de testemunho sobre a dor da outra, e um recurso para a produção de testemunho e arquivo para a história.

A entrevista é como uma conversa entre pessoas; e assim como qualquer conversa é preciso haver interesse de ambas as partes em falar e escutar. O convite para as entrevistas foi feito por redes sociais e, voluntariamente, as famílias e os afetos das mulheres mortas começaram a nos procurar para contar suas histórias. Ou seja, foram as pessoas participantes que nos buscaram para contar suas histórias, uma espécie de escuta-testemunho: outras pessoas, além daquelas restritas a um luto familiar ou afetivo, lamentariam a perda. É preciso lembrar que houve momentos de restrições sociais rigorosas decorrentes do distanciamento social em que nem mesmo rituais fúnebres foram autorizados às famílias.

Além de ser o método mais razoável e seguro a ser empregado no contexto de emergência sanitária com distanciamento social, o meio virtual das entrevistas permitiu alcançar territórios e realidades de vida muito diversas. Houve uso de câmera, o que facilitava

a proximidade e a atenção a elementos não-verbais, como linguagem corporal ou silêncios. As entrevistas se estendiam por 60 ou 90 minutos. Com um terço das pessoas entrevistadas foi realizada mais de uma conversa, o que resultou num *corpus* de cerca de 350 páginas, além dos registros de diário de campo. Com quase todas, houve interação posterior no álbum de memórias nas redes sociais que o grupo de pesquisa manteve ativo durante o primeiro ano da pandemia. No álbum de Instagram @reliquia.rum, diariamente, uma história de mulher morta por Covid-19 (e não apenas as grávidas ou no puerpério) era publicada. O álbum combinava arte de Ramon Navarro, escrita, memória e política em um esforço de realizar o que Judith Butler descreve como a importância do caráter público do luto: vidas anônimas lembradas e choradas por outras pessoas anônimas.¹⁶ Era “o meio pelo qual uma vida se torna digna de nota” (Butler, 2019, p. 55). A representação gráfica de cada mulher era feita por fotografias de domínio público, de um tempo que não era o histórico da pandemia, mas sim um tempo anterior da vida de nossa geração. Os registros biográficos eram coletados de documentos on-line produzidos por clubes, igrejas, jornais de circulação nacional e local, notícias de obituário. Participei como uma das coletadoras voluntárias de notícias neste projeto.

A técnica de entrevista foi a episódica biográfica, em que a abertura da conversa era guiada por uma única pergunta, “o que aconteceu com ela?”. Vários estudos já utilizaram a técnica da narrativa episódica biográfica para compreender eventos disruptivos, incluindo o luto (Charmaz, 1983). O acontecimento era a morte, e dado o caráter agudo do luto havia pouco tempo para a construção do que Pierre Bourdieu descreve como a “ilusão biográfica”: “a biografia, ao impor uma coerência retrospectiva, pode criar a ilusão de uma continuidade e de um sentido unificados que não correspondem à realidade fragmentada da existência individual” (Bourdieu, 1996, p. 184). As discontinuidades e complexidades das lembranças atravessavam as entrevistas, como recordações do vivido anterior à morte. As entrevistas foram escutas sobre o luto, em que as pessoas entrevistadas descreveram em detalhes os eventos que levaram ao acontecimento da morte, mas também fragmentos de lembranças para compor a personificação da pessoa ausente.

Por esse caráter singular do tempo da escuta – luto agudo na pandemia – e do meio virtual das entrevistas, meu desafio analítico para as entrevistas era metodológico e ético.

¹⁶ Uma conversa sobre o processo criativo do álbum Relicário (<https://www.instagram.com/reliquia.rum/>) pode ser vista nesta entrevista: Redação Uol. "A multidão que morre vira estatística, e a estatística nos desumaniza", diz Débora Diniz no #Provoca. Uol, 27 mai. 2020. Disponível em: https://cultura.uol.com.br/noticias/7965_a-multidao-que-morre-vira-estatistica-e-a-estatistica-nos-desumaniza-diz-debora-diniz-no-provoca.html. Acesso em 12 ago. 2024.

Transformá-las em um conjunto amorfo de relatos era operar pelo compasso da biopolítica, em que as mortes são números em uma emergência sanitária. De alguma forma, sair à procura de individualizações, guiada pelas lentes analíticas e as categorias que emergiram da análise das entrevistas, me permitiria ocupar o lugar do testemunho que é, agora, realizável por ser uma ledora e memoriadora dos relatos contados a outra pesquisadora. Foi assim que decidi desenhar o capítulo de resultados da pesquisa por encontros entre marcos analíticos e biografias. Não busco apagar as complexidades das entrevistas, mas sim oferecer a quem me lê uma oportunidade de mover-se dos números para a imaginação sobre quem foram essas mulheres.

Por isso, decidi combinar a técnica da entrevista com o método de análise da teoria fundamentada nos dados para que as categorias analíticas emergissem dos dados para a construção do texto (Thornberg & Charmaz, 2014). Nesse processo, movi-me da pergunta das entrevistas “o que aconteceu com ela?” para a pergunta “o que fizeram com ela?”, ao escrever as biografias (Diniz & Gebara, 2022, p. 112). A mudança da pergunta é parte do processo contínuo de diálogo entre os conceitos e as entrevistas. Além disso, como defende Debora Diniz, inspirada em Paulo Freire, “perguntar é espantar-se”, e para perguntar é preciso assombrar-se (Diniz & Gebara, 2022, p. 228).

Mas como praticar o assombro ao ler as entrevistas? São registros de vozes repletas de melancolia por um luto ainda a ser trabalhado. Tentei distanciar-me da principal explicação para a concentração de morte materna no Brasil na pandemia: comorbidades prévias não explicavam os números, nem nos estudos populacionais tampouco no *corpus* das entrevistas. “Para ensaiar a pedagogia da pergunta feminista é preciso, primeiro, mapear e dominar as perguntas do patriarcado e suas tramas de opressão. É preciso resistir à tentação de respondê-las no marco de poder que a enuncia” (Diniz & Gebara, 2022, p. 229). Por isso justifico a ordem de escrita desta tese – primeiro, o marco analítico da economia moral do aborto e a desproteção de necessidades de saúde reprodutiva a que são submetidas as mulheres para, em seguida, a aproximação às crônicas do vivido instantes antes da morte guiada pelas categorias que emergiram das entrevistas.

Se estou certa em descrevê-las como crônicas, isto é, como relâmpagos de existências atravessadas pela economia moral do aborto, posiciono-me como uma nova testemunha nessa cadeia de construção de memórias sobre o desamparo das mulheres grávidas e puérperas na pandemia de Covid-19 no Brasil. Há deveres éticos para uma testemunha e a mais importante delas é a coragem para escutar, ler e lembrar. “Lembrar-se e narrar-se e subverter a história já contada”, diz Ivone Gebara, fazendo uso do reflexivo para a conjugação dos verbos (Diniz &

Gebara, 2022, p. 121). Não há como narrar-se da morte, por isso Primo Levi dizia que o verdadeiro testemunho não retorna para contar (Levi, 2020). É assim que o testemunho sobre a morte é sempre um relato imperfeito sobre quem desapareceu ou foi desaparecida, mas é também um gesto de responsabilidade ética sobre quem o faz. No *corpus* de entrevistas, leio as lembranças de mães, irmãs, amigas ou companheiros a quem a desorientação do luto se mistura à agonia do desamparo em busca de hospitais, tratamentos médicos ou impossibilidade de ritos funerários na pandemia.

O lugar que me coube nesse ciclo de entrevistas, pesquisas, memórias, mobilização social e incidências jurídicas ou institucionais para a reparação por injustiças vividas é o de também lembrar, o de ser uma testemunha com o poder da palavra acadêmica para disputar o ponto de vista sobre um acontecimento. Como uma sobrevivente da pandemia, assim como são as que me leem, imagino minha escrita como imersa em tentativas de respostas à inquieta pergunta que vivemos durante os meses de isolamento social, *que tipo de mundo é esse?* (Butler, 2022). O tempo presente da pergunta cabe para seu efeito sobre o passado da tragédia, mas também para o instante da sobrevivência. Acredito, como Debora Diniz e Ivone Gebara, que novas formas de solidariedade emergiram da pandemia; não somos as mesmas, ou ao menos muitas de nós viveu um deslocamento epistêmico radical. O gesto de 25 famílias de buscarem uma escuta acadêmica para compartilhar a desorientação do luto e dele construir memória é, para mim, uma dessas evidências. As pessoas contaram suas memórias para serem escutadas, mas também para que outras pessoas as testemunhassem como parte de um capítulo trágico da história da saúde pública no Brasil.

3.3. A ética da escrita sobre o luto

A “desorientação do luto”, nos termos de Butler, situa o “eu” no modo do desconhecimento: “quem me tornei?”, “o que restou de mim”, “o que perdi no Outro?” são perguntas para quem narrou as memórias e para quem, agora, as lerá em formato de crônicas (Butler, 2019, p. 51). Escrevo para um doutorado, escrevo para a permanência de meu texto em um repositório, mas também escrevo em uma cadeia de responsabilidades do testemunho para com as famílias e os afetos que compartilharam suas memórias. Diferentemente do passado em que as pessoas participantes não liam os escritos acadêmicos, felizmente, vivemos em um momento em que esta tese será lida pela banca, e quiçá também pelas pessoas que contaram

suas lembranças. Questões éticas de escrita sobre o luto e a memória se tornam ainda mais delicadas de serem enfrentadas. Uma delas é sobre nomear ou anonimizar as vítimas.

Buzzi (2023) e Paris (2023) nomearam as vítimas e as pessoas entrevistadas; Rocha (2023), em comum acordo com a família, optou por anonimizar devido às controvérsias judiciais sobre a guarda da criança que sobreviveu ao parto. Não há respostas simples ou fórmulas sobre que caminho protegeria as pessoas participantes ou as vulnerabilizaria pela escrita acadêmica. Luciana Brito, ao escrever sobre o homem então há mais tempo confinado a um manicômio judiciário no Brasil, seu Juvenal, decidiu nomeá-lo, pois anonimizá-lo seria proceder a um novo desaparecimento: além de sua clausura, a sua inexistência em formato de memória (Brito, 2018). Diniz e Brito fizeram o mesmo com Zefinha, a mulher então há mais tempo abandonada em um manicômio judicial: a nomeação e a localização de seu abandono impulsionaram os poderes institucionalizados a libertar Zefinha, oferecendo-lhe um asilo fora do presídio (Diniz, Brito, 2016). Nos estudos de nosso grupo de pesquisa sobre aborto, regra geral, as mulheres são anonimizadas, pois o direito à própria história é regulado pelo Código Penal como possível confissão de crime tipificado.

Nesta tese, as mulheres e as pessoas entrevistadas são nomeadas ou anonimadas de acordo com a decisão própria de cada pessoa. Foram as pessoas entrevistadas as primeiras a lerem as seis crônicas de memória que apresentarei. Há quem possa contestar que essa prática de circular a escrita entre as pessoas participantes antes mesmo da comunidade acadêmica validá-la poderia gerar ruídos, vieses ou parcialidades na escrita. Como já discuti neste capítulo, não só desacredito desses ideais, como nesta questão minha posição é ao revés: a escrita acadêmica, mesmo para avaliações como é o caso desta tese, é também para o mundo comum e não apenas para os pares. O entrelaçamento de solidariedade criado pela escrita, e agora pela minha escrita, passa pela responsabilidade sobre como escrevo, para quem escrevo e como as pessoas que ofereceram suas memórias se reconhecem em meu texto.

3.4. Lupas e crônicas

Três anos se passaram entre as entrevistas e o pedido para leitura das crônicas em 2024. As pessoas entrevistadas que não retornaram meu pedido de revisão das crônicas foram anonimadas e modifiquei poucos descritores que pudessem permitir a identificação das mulheres. Nenhuma alteração interferiu em elementos das narrativas que fossem fundamentais

para o diálogo com as categorias analíticas, que descrevo como lupas para as lembranças. Com aquelas que acataram meu pedido de revisão, decidimos juntas a versão final a ser apresentada.

Foram 25 entrevistas, percorridas pelas técnicas da teoria fundamentada nos dados: a microanálise, as categorias axiais, as categorias analíticas. Decidi relatar seis crônicas – minha intenção não é torná-las exemplares sobre as lupas que emergiram das narrativas para a teoria. Gostaria que as crônicas se mantivessem íntegras como trechos de biografias individuais que falam de si mesmas e se conectam a um evento de magnitudes globais, como foi a pandemia. As lupas são três e cada uma delas será apresentada em poucas páginas depois das crônicas: o estigma do aborto; a tutela do corpo grávido; e a prioridade da gravidez. Para escrever as crônicas, além das lupas, organizei o acontecimento da morte por sete eventos recorrentes nos 25 relatos de mortes maternas por Covid-19: ela; os afetos; a gravidez; o adoecimento; a busca por cuidados; a morte; quem fica. A escrita da crônica pelos eventos não elimina a singularidade e a complexidade das lembranças.

Mas como as lupas ou categorias analíticas emergiram das narrativas para as crônicas e como elas se conectam às lentes da economia moral do aborto e da justiça reprodutiva? Apresento brevemente meu processo de apreensão de cada uma delas separadamente. Nos relatos de mortes maternas por Covid-19 analisados, o estigma do aborto apareceu, especialmente, em dois cenários: quando familiares e afetos ponderaram como a realização do aborto ou da antecipação do parto poderia ter melhorado a saúde das mulheres que morreram, ou quando refletiram sobre opiniões ou recomendações médicas relativas à interrupção da gestação ou antecipação do parto. A legislação brasileira permite o aborto em casos de risco de vida, mas o estigma do aborto, que o associa a uma ação moralmente condenável, dificulta que o aborto seja compreendido como uma necessidade e um cuidado de saúde.

Nos relatos dos familiares e afetos enlutados, há cenas variadas em que, diante de um potencial conflito entre atender demandas de saúde da mulher grávida e lidar com algum risco à continuidade da gravidez, a prioridade foi dada à gravidez. Essa prioridade é expressa de diferentes formas. Há casos de tratamentos modificados para evitar potenciais danos à gravidez; há casos de demora em intervenções como interrupção da gravidez ou antecipação do parto que são acompanhadas pela narrativa de “salvar as duas vidas”, inclusive diante de súplicas de familiares pelas vidas das mulheres grávidas. E há ainda casos de tratamentos rejeitados pelas próprias mulheres por medo de prejudicar suas gestações. A prioridade da gestação sugere um marco hegemônico em que mulheres são indissociáveis da obrigação da reprodução e do trabalho reprodutivo que é indiferente às suas próprias sobrevivências.

Por fim, nos relatos também há muitas cenas de cerceamentos impostos às mulheres, inclusive quando elas tentaram agir para proteger suas gestações, seja buscando fazer testes regulares de Covid-19 e sendo refutadas como se estivessem exagerando, seja quando tentaram relatar seus sintomas graves e de intenso sofrimento e foram taxadas como “mulheres ansiosas” desacostumadas do “cansaço normal da gravidez”. Os relatos mostram mulheres que foram tratadas como inaptas a cuidarem de si mesmas e de suas gestações, submetidas a uma vigilância constante. A tutela do corpo grávido mostra que, ainda que a moral hegemônica sobre o aborto frequentemente seja justificada em nome de uma suposta proteção da vida em potencial identificada com a gravidez, a prática cotidiana mais tem a ver com o uso histórico da reprodução como estratégia de controle e subordinação das mulheres.

4. A Economia Moral do Aborto

4.1. A produção do Assombro

Um dos desafios de testemunhar uma tragédia como as mortes maternas por Covid-19 no Brasil é que não se pode presumir que haja consenso sobre a própria categorização dessa emergência de saúde pública como uma tragédia. Mesmo se tratando de uma tragédia anunciada, repleta de alertas científicos demandando respostas governamentais adequadas. Nos primeiros meses da pandemia e, portanto, em um momento em que as evidências científicas sobre a maior gravidade da Covid-19 para mulheres grávidas ainda não estavam consolidadas, a experiência com emergências de saúde anteriores já permitia imaginar os impactos indiretos da Covid-19 na mortalidade materna e orientar tomadores de decisão no enfrentamento à pandemia.

Nesse sentido, por exemplo, já em maio de 2020 um grupo de pesquisadores da Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, nos Estados Unidos, publicou um estudo estimando o que aconteceria em países de renda média e baixa a partir da fragilização ou interrupção dos serviços de saúde materno-infantil, seja em função do redirecionamento de recursos para priorizar atenção médica a pessoas com Covid-19 ou do colapso de sistemas de saúde sobrecarregados. A modelagem estatística apontou que um período de seis meses de redução da cobertura dos serviços de saúde materno-infantil resultaria em um número adicional de mortes maternas variando entre 12 e 56 mil novas mortes, dependendo da gravidade das suspensões dos serviços (Roberton et al, 2020). Enquanto isso, no final de abril de 2020, quando o Brasil tinha uma das maiores taxas de transmissão de Covid-19 no mundo e liderava o número de mortes na América Latina (The Lancet, 2020), o então presidente Jair Bolsonaro assim respondeu quando questionado sobre o tema pela imprensa brasileira: “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê?”¹⁷.

A dificuldade do testemunho da tragédia é compreensível porque “nenhum “nós” deveria ser aceito como algo fora de dúvida, quando se trata de olhar a dor dos outros” (2003, p. 12), diz a ensaísta estadunidense Susan Sontag ao escrever sobre o impacto esperado das fotografias de guerra. Refletindo sobre a influência de imagens de sofrimento na vida cotidiana, e em particular sobre as fotografias dos horrores da guerra, popularizadas no início do século

¹⁷ Garcia, Gustavo; Gomes, Pedro Henrique; Viana, Hamanda. 'E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê?', diz Bolsonaro sobre mortes por coronavírus; 'Sou Messias, mas não faço milagre'. *GI*, 28 arb. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/28/e-dai-lamento-quer-que-eu-faca-o-que-diz-bolsonaro-sobre-mortes-por-coronavirus-no-brasil.ghtml>. Acesso em 12 ago. 2024.

vinte, Sontag discorre sobre se o ato de se deparar com a dor alheia de forma supostamente inequívoca – com imagens cruentas de comunidades em ruínas, soldados agonizantes, crianças mortas – seria capaz de mobilizar repulsa massiva contra a guerra. A resposta é de que não, porque fotos não falam por si mesmas. Da mesma forma, os números ou projeções de números não falam por si mesmos. Não há formas nítidas o bastante de apresentar horrores que garantam reações contra a sua indignidade ou mobilizações pelo seu fim.

Tragédias não falam por si mesmas. Sontag (2003) lembra que as oportunidades de encarar, por meio de fotografias, a dor de outras pessoas podem gerar reações opostas, como apelos por paz ou clamores por vingança. O número excessivo de mortes maternas por Covid-19 no Brasil pode ser entendido como apenas um subtipo de mortes excessivas e evitáveis provocadas pela pandemia. Em um país em que tantas mulheres não podem decidir se, como ou quando vão ficar grávidas, e não têm garantia de acesso a cuidados pré e pós-natais nem a partos seguros e humanizados, milhares de mulheres negras e vivendo longe de grandes centros urbanos que morrem grávidas ou logo depois de parir podem parecer apenas a vida como ela é. Foi assim que o estado brasileiro encarou as mortes por Covid-19: “Lamento os mortos, lamento. Todos nós vamos morrer um dia, aqui todo mundo vai morrer. Não adianta fugir disso, fugir da realidade. Tem que deixar de ser um país de maricas”, disse o então presidente Jair Bolsonaro sobre os mais de 160 mil mortos que o país acumulava em novembro de 2020.¹⁸

A produção do assombro diante da tragédia das mortes de mulheres grávidas e puérperas por Covid-19 em um país atravessado pelo patriarcado racista capitalista é um esforço coletivo. Como mencionado, esta tese é parte de uma ampla análise de um grupo de pesquisadoras vinculadas ao projeto “Histórias de mulheres em tempos de pandemia: um estudo sobre a mortalidade materna”, que tem se debruçado sobre o mesmo corpus de entrevistas, organizado a partir das entrevistas realizadas com familiares e afetos de 25 mulheres grávidas ou puérperas que morreram de Covid-19. As pesquisas do grupo enunciam o assombro com a mortalidade materna por Covid-19 de diferentes formas, destacando violações de direitos e intersecções entre sistemas de opressão.

Mariana Paris (2022) considerou que a morte de Ariane Sobreira Sato poderia ser enquadrada como um erro médico, caracterizado pela imprudência com que ela foi submetida a tratamentos medicamentosos ineficazes, e pela negligência manifestada tanto na demora do

¹⁸ Maia, Gustavo; Sinohara, Gabriel; Gullino, Daniel; Alfano, Bruno. 'Tem que deixar de ser um país de maricas', diz Bolsonaro sobre Covid-19. *O Globo*, 10 nov. 2010. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/tem-que-deixar-de-ser-um-pais-de-maricas-diz-bolsonaro-sobre-covid-19-1-24739111>. Acesso em 12 ago. 2024.

atendimento médico em responder aos sintomas relatados quanto na ausência de uma investigação diagnóstica adequada. Paris chama atenção para a reprodução de regimes de poder e saber biomédicos que psiquiatrizam os corpos das mulheres, e que menosprezaram os sintomas da infecção por Covid-19 relatados por Ariane como queixas de uma pessoa “ansiosa”, como registrado em um prontuário médico (Paris, 2022, p. 71). Paris propõe uma leitura interseccional da categoria jurídica de erro médico, que precisa ser entendido no contexto das sistemáticas falhas na assistência em saúde sexual e reprodutiva no Brasil.

Ao analisar a morte de Viviane Albuquerque Lucena de Melo, Vitoria Buzzi (2023) identificou também em um prontuário médico sinais de como a moral criminalizante do aborto foi movimentada para submeter Viviane a uma espera letal por diagnóstico, medicação, internação e antecipação do parto. “Registro em prontuário que, embora comunicado à plantonista da obstetrícia, Elizabete Fulco, às 2 da manhã, da necessidade imperiosa de parecer obstétrico quanto à vitalidade fetal, a mesma recusou-se a vir ver a paciente ‘para não se expor’. Após uma espera de uma hora, insisti com a equipe de plantão e solicitei encarecidamente à Dra. Daniela que viesse ver a paciente, que veio, disse que ao sonar o feto parecia estar bem, porém a paciente estava gravíssima e não haveria como operar sozinha” (Buzzi, 2023, p. 16). Viviane foi reduzida à gravidez e descuidada até a morte. Em sua reflexão sobre parâmetros de responsabilização do Estado brasileiro pela morte de Viviane, Buzzi se inquieta diante de como categorias jurídicas como “conduta”, “dano” e “nexo causal” parecem não permitir reconhecer o que fizeram com ela.

Analisando o dia seguinte de uma morte materna por Covid-19 na vida de uma mãe que perdeu a filha e luta para poder seguir cuidando das crianças netas, Isadora Dourado (2023) mostrou como o modelo de família patriarcal está em descompasso com realidade dos circuitos de cuidado matrilineares e entre mulheres. A expectativa de que haveria uma “família natural” relacionada por laços de sangue hierarquicamente organizados em torno de um genitor levou a uma sequência de desposseções à mãe-avó enlutada, que optou por manter-se anônima por disputas judiciais em curso sobre a guarda da criança sobrevivente ao parto. Rocha chama atenção para a armadilha patriarcal em que a moral criminalizante do aborto prioriza a continuidade da gravidez em detrimento da saúde da mulher grávida, e em seguida ignora as relações de cuidado estabelecidas pela mulher para sustentar sua vida e de suas crianças.

Além de serem pesquisadoras no campo do direito, Mariana Paris, Vitoria Buzzi e Isadora Dourado são advogadas voluntárias da Cravinas Clínica de Direitos Sexuais e Reprodutivos, um projeto de extensão vinculado à Faculdade de Direito da Universidade de

Brasília. Em sua dupla atuação como pesquisadoras e advogadas, as autoras têm aplicado suas reflexões sobre marcos legais em litígios jurídicos de reparação de direitos de mulheres vitimadas pela Covid-19 e suas famílias, seguindo a trajetória da Clínica Cravinas de mobilização para proteção de direitos de mulheres afetadas por emergências sanitárias.¹⁹

Em 2021, por exemplo, diante da decisão do Ministério da Saúde de suspender a vacinação contra Covid-19 para pessoas grávidas e puérperas, que contrariava a recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de suspender temporariamente apenas a aplicação da vacina AstraZeneca/Oxford/Fiocruz para aguardar a investigação de um potencial caso de efeito adverso grave que teria levado a morte de uma gestante, a Clínica Cravinas impetrou, juntamente com o partido político PSOL (Partido Socialismo e Liberdade) e a organização feminista Anis - Instituto de Bioética, a ADPF 846, demandando que o Supremo Tribunal Federal determinasse a retomada da vacinação para todas as gestantes e puérperas (Brasil, 2021). A ação constitucional fez parte de uma ampla mobilização política para a retomada da vacinação de grávidas e gestantes, o que de fato aconteceu alguns dias depois de a ADPF 846 ser extinta sem julgamento de mérito por razões processuais.

Em artigo em que refletem sobre o trabalho da Clínica na ADPF 846, Gabriela Rondon, Debora Diniz e Juliano Zaiden Benvindo (2022), coordenadoras da Cravinas, descrevem sua atuação – e por extensão a de outras pesquisadoras como Paris, Buzzi e Dourado – como a de juristas sobreviventes da pandemia de Covid-19 em um governo autoritário e negacionista que testemunham a tragédia nacional e, amparadas em seus privilégios que oferecem imunização social, assumem a responsabilidade de agir. “Compreendemos que a nossa responsabilidade como juristas é abraçar a urgência do momento – expandir nossas agendas de pesquisa para além das nossas trajetórias acadêmicas anteriores e trabalhar para mitigar situações de violação de direitos” (Rondon, Diniz, Zaiden, 2022, p. 1361, tradução livre). É seguindo os passos das colegas que me proponho a produzir um testemunho sobre a tragédia das mortes maternas por Covid-19 no Brasil buscando levantar perguntas e inquietações específicas para o campo do direito.

¹⁹ Cravinas Clínica de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Falta de políticas públicas para cuidado com gestantes e puérperas impacta a vivência da gestação e maternidade no Brasil durante a pandemia da Covid-19. Disponível em: <https://projetcravinas.wordpress.com/2020/10/12/falta-de-politicas-publicas-para-cuidado-com-gestantes-e-puerperas-impacta-a-vivencia-da-gestacao-e-maternidade-no-brasil-durante-a-pandemia-da-covid-19/>. Acesso em 12 ago. 2024.

Crises sanitárias são cenários propícios para violações de direitos humanos de muitas formas, desde epidemias utilizadas como armas em táticas coloniais de extermínio de povos originários e ocupação de territórios²⁰ à perseguição de minorias políticas sob pretexto de serem disseminadoras ou causadoras de crises de saúde. Essa última forma, aliás, ficou evidente no crescimento do discurso de ódio e ataques racistas contra pessoas de ascendência asiática em países como Brasil²¹ e Estados Unidos²², em que lideranças políticas investiram na retórica de “vírus chinês” para se referirem à pandemia de Covid-19. A recorrência histórica de violações de direitos desse tipo não significa, no entanto, que sejam socialmente reconhecidas como tal. A literatura de saúde global aponta várias razões para essa dificuldade de identificar marcos legais e atos de governo que impactam a saúde de populações em crises sanitárias como atos de vontade passíveis de responsabilização e reparação. Algumas razões incluem o predomínio dos enfoques biomédicos das doenças no debate público sobre crises sanitárias e o foco nos comportamentos individuais em detrimento de questões coletivas como determinantes sociais da saúde (Ventura, Perrone-Moisés, Martin-Chenut, 2021).

Nesse cenário, me parece importante destacar duas dimensões interconectadas do trabalho acadêmico em direito de grupos como as pesquisadoras do projeto “Histórias de mulheres em tempos de pandemia: um estudo sobre a mortalidade materna” e a Clínica Cravinas de Direitos Sexuais e Reprodutivos – e portanto de um campo acadêmico com o qual essa tese busca contribuir. A primeira dimensão diz respeito a um senso de dever da comunidade acadêmica de estudar condutas estatais e de autoridades políticas que fizeram da pandemia de Covid-19 um instrumento tão eficaz em causar tantas mortes, e refletir sobre o sentido que será atribuído a eventuais “legitimação, impunidade e formação de precedentes em relação a tais condutas” (Ventura, Perrone-Moisés, Martin-Chenut, 2021, p. 2211).

Um ensaio de 2021 das pesquisadoras brasileiras de saúde global e direitos internacional Deisy Ventura, Claudia Perrone-Moisés e Kathia Martin-Chenut exemplifica essa

²⁰ Neiva, Leonardo. Como colonizadores infectaram milhares de índios no Brasil com presentes e promessas falsas. *BBC News Brasil*, 20 jul. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/bbc/2020/07/20/como-colonizadores-infectaram-milhares-de-indios-no-brasil.htm>. Acesso em 12 ago. 2024.

²¹ Nakamura, Jessica; Susana, Terao. Brasileiros de ascendência asiática relatam ataques racistas durante a pandemia. *Folha de S. Paulo*, 31 mai. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/05/brasileiros-de-ascendencia-asiatica-relatam-ataques-racistas-durante-a-pandemia.shtml>. Acesso em 12 ago. 2024.

²² Tammara, Rodrigo. População de origem asiática é vítima de violência e preconceito na pandemia. *Jornal da USP*, 25 mai. 2021. <https://jornal.usp.br/atualidades/populacao-de-origem-asiatica-e-vitima-de-violencia-e-preconceito-na-pandemia/>. Acesso em 12 ago. 2024.

dimensão da pesquisa enfocada na análise jurídico-política de condutas adotadas no enfrentamento da pandemia de Covid-19. As autoras exploram diretamente a pergunta de se a gestão da crise sanitária no Brasil poderia ser considerada crime contra a humanidade, nos termos do Estatuto de Roma, o tratado internacional que estabeleceu o Tribunal Penal Internacional. Partindo de uma análise do caráter evolutivo dos crimes contra a humanidade, em que a definição do que é desumano e, portanto, proibido, está sempre incompleta e em expansão, as autoras enumeram evidências de uma estratégia de disseminação da Covid-19 pelo governo federal – incluindo a defesa da tese de imunidade de rebanho como principal resposta à pandemia, a incitação de exposição ao vírus e de descumprimento de medidas de prevenção, a banalização das mortes e sequelas causadas pela Covid-19, a obstrução de medidas preventivas mobilizadas por estados e municípios, o desinteresse na aquisição de vacinas, o impulsionamento de tratamento precoce ineficaz, entre outros – que constituiria o elemento tipificado no art. 7 do Estatuto de Roma como “ataque generalizado ou sistemático contra qualquer população civil” (Ventura, Perrone-Moisés, Martin-Chenut, 2021, p. 2211).

Ventura, Perrone-Moisés e Martin-Chenut concluem o ensaio com uma lista longa mas não exaustiva de ações e omissões do governo brasileiro passíveis de configurar atos desumanos para fins de responsabilização penal internacional sob o marco de crimes contra a humanidade. A lista inclui condutas de agentes do Estado que reforçaram a repercussão desproporcional da Covid-19 sobre populações vulneráveis em função da ausência de medidas protetivas específicas e eficientes para grupos como povos indígenas, pessoas idosas, pessoas privadas de liberdade, crianças e adolescentes, pessoas LGBTI, pessoas com deficiência e pessoas gestantes, a despeito de serem amplamente conhecidos os riscos agravados que enfrentavam (Ventura, Perrone-Moisés, Martin-Chenut, 2021, p. 2211). Nesse sentido, essa tese pode ser entendida como parte da investigação das condições de uma tragédia passível de ser enquadrada como um crime contra a humanidade de brasileiras grávidas e puérperas.

A segunda dimensão de pesquisa jurídica que informa essa tese é a que trata de investigar mais especificamente de que formas o direito constitui o sistema de distribuição de quem vive e quem morre em crises sanitárias. Analisando as articulações entre raça e gênero nas políticas públicas brasileiras no contexto da pandemia de Covid-19, as pesquisadoras brasileiras de direito constitucional e criminologia Ana Flauzina e Thula Pires afirmam que “para nós, mulheres que se filiam ao lastro da resistência negra na Diáspora, teorizar sobre o Direito tem significado, em grande medida, tratar das artimanhas da morte desejada, produzida e naturalizada pelas políticas do Estado” (Flauzina, Pires, 2020, p. 76). As autoras consideram

que, se na pandemia as condições de moradia, trabalho e renda foram pressupostos para a garantia do distanciamento social, que é uma das principais medidas de prevenção da contaminação por um vírus transmissível por contato com secreções respiratórias, a gestão racializada do espaço urbano no Brasil fez do coronavírus SARS-CoV-2 um agente potencializador da letalidade do racismo (Flauzina, Pires, 2020).

Para argumentar sobre como o distanciamento social foi, no Brasil, uma estratégia de proteção e prevenção implementada por meio de privilégios sociais, Flauzina e Pires destacam as dificuldades de ficar em casa para se proteger da Covid-19 enfrentadas pela população negra, que concentra a maior carência de moradia com acesso a coleta de esgoto e de lixo e abastecimento de água, e é maioria em postos de trabalho informal (incluindo serviços domésticos, agropecuária, construção, transporte, armazenagem e correios), marcados por alta exposição ao vírus da Covid-19, falta de mecanismos de proteção social, menores oportunidades de trabalho remoto e menores rendimentos. As autoras lembram ainda que a casa como um espaço de proteção não existe para meninas e mulheres, que são alvos mais recorrentes na violência doméstica e familiar. Para mulheres negras, que são maioria entre a população vivendo em pobreza extrema no país (IBGE, 2023)²³, a violência e a exploração ainda marcam de forma particular a circulação nas ruas exigida para o sustento familiar.

Constatando a ineficácia de marcos constitucionais e legais como o direito à moradia, a função social da propriedade e o direito à cidade, que não se refletiram em políticas de distanciamento social adequadas às necessidades da maioria da população brasileira, Flauzina e Pires concluem que as “imbricações do terror racial e de gênero” promovido pelo Estado brasileiro construíram uma “blindagem da *cidade branca* e a tomada de medidas pontuais para se minimizar os impactos da pandemia na *cidade negra*, formada pelas habitações precarizadas e pela rua, como espaço de vida e de sustento” (Flauzina, Pires, 2020, p. 89).

Assim, amparada nos caminhos já percorridos por pesquisadoras comprometidas tanto com uma análise jurídico-política das condutas do Estado brasileiro em resposta à Covid-19 quanto com a investigação de como o direito conformou resultados de vida e morte na pandemia, apresentarei nesse capítulo os marcos analíticos a partir dos quais proponho uma

²³ São muitos os indicadores de como o patriarcado racista capitalista se articula na vulnerabilização de mulheres pretas e pardas no Brasil. Dados recentes do IBGE (2023) mostram também que, em 2022, a população ocupada branca ganhava, em média, 64% mais do que a população ocupada negra, e os homens ganhavam 27% mais que as mulheres.

investigação sobre a relação entre mortes maternas por Covid-19 e a criminalização do aborto no Brasil.

A inquietação em torno do tema do aborto foi enunciada pela primeira vez no grupo de pesquisa “Histórias de mulheres em tempos de pandemia: um estudo sobre a mortalidade materna” a partir do artigo publicado por Debora Diniz, Luciana Brito e Gabriela Rondon em 2022 no renomado periódico internacional de saúde *The Lancet Regional Health Americas*. As autoras realizaram a análise mais sistemática até então do conjunto de entrevistas realizadas com familiares e afetos de 25 mulheres grávidas ou puérperas que morreram de Covid-19, e que são analisadas também nesta tese. O estudo identificou a demora na oferta de cuidados intensivos após a internação hospitalar como uma das barreiras de acesso à saúde enfrentadas pelas vítimas de morte materna. A antecipação do parto é um desses cuidados intensivos protelados, e as autoras destacaram a justificativa de aguardar o desenvolvimento fetal, que médicos descreveram como a “necessidade de salvar as duas vidas” (Diniz, Brito, Rondon, 2022). A tomada de decisões médicas que consideram não só as necessidades de saúde de mulheres grávidas adoecidas pela Covid-19, mas também – e talvez principalmente – a continuidade de suas gestações é uma das principais interseções entre a mortalidade materna por Covid-19 e a questão do aborto nos casos analisados nesse trabalho.

Pela escuta de familiares e afetos que relataram o luto, o espectro do aborto apareceu de forma ampla. Não se trata de mulheres vivendo gestações indesejadas e buscando interrompê-las em meio a uma emergência sanitária, mas sim de mulheres enfrentando uma doença que colocou suas vidas em risco, e que pode ter sido agravada pela gestação em si, ou pela demora em acessar cuidados necessários pela interseção entre condições de saúde singulares, gravidez e adoecimento por Covid-19. Os relatos são atravessados por expectativas e interpelações sobre necessidades, direitos e responsabilidades de mulheres grávidas e de profissionais de saúde quanto à gestação.

Não é possível compreender a experiência de acesso a saúde de mulheres em idade reprodutiva no Brasil sem considerar a criminalização do aborto. Nos termos dos art. 124, 126 do Código Penal de 1940 (Brasil, 1940), a pessoa que faz um aborto está sujeita a uma pena de um a três anos de detenção, e a pessoa que provoca um aborto em outra pessoa com seu consentimento pode pegar uma pena de um a quatro anos de detenção. O art. 128 do Código Penal estabelece que o aborto só não é punido se não houver “outro meio de salvar a vida da gestante” ou se a gravidez for resultante de estupro (Brasil, 1940). Em 2012, o Supremo Tribunal Federal estabeleceu a terceira exceção à criminalização do aborto no país ao julgar a

ADPF 54 e entender que é inconstitucional a interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de feto anencéfalo constitui aborto conforme previsto no Código Penal (Brasil, 2012). Esses marcos legais fazem com que as mulheres e pessoas que podem gestar brasileiras estejam entre os 40% da população mundial em idade reprodutiva que vivem sob as leis mais restritivas de aborto do mundo (Center for Reproductive Rights, 2023).

A despeito da criminalização, pesquisas mostram que o aborto é um fato comum na vida reprodutiva das mulheres, e que as condições em que essa experiência é vivida são distribuídas conforme os marcos de desigualdade social e racial do país. Segundo a mais recente Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), conduzida em suas três edições pelos pesquisadores brasileiros Debora Diniz, Marcelo Medeiros e Alberto Madeiro, aos 40 anos uma em cada sete mulheres já realizou pelo menos um aborto (Diniz, Medeiros, Madeiro, 2023). A probabilidade de uma mulher negra fazer um aborto, em qualquer idade, é 46% maior do que uma mulher branca (Diniz et al, 2023). Apesar das conhecidas fragilidades nos registros sanitários e de investigação da mortalidade materna no Brasil, entre 2009 e 2020 o aborto inseguro foi pelo menos a quarta causa de morte materna no país, antecedido por hipertensão, hemorragia e infecção (Brasil, 2022). Mulheres negras, pobres e menos escolarizadas têm maior risco de morte relacionada ao aborto (Cardoso, Vieira, Saraceni, 2020), e também são maioria entre as mulheres criminalizadas por fazer um aborto (Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2018; Arguello, Prateano, 2021).

Causas biomédicas não são capazes de explicar a excessiva mortalidade materna por Covid-19 vista no Brasil, e são menos capazes ainda de explicar por que mulheres negras grávidas tiveram entre duas (Santos et al, 2020) e três vezes (Dantas-Silva et al, 2023) mais chances de morrer de Covid-19 do que mulheres brancas nos primeiros anos da pandemia. Ao propor perguntas que relacionam a mortalidade materna por Covid-19 com a criminalização do aborto no Brasil, não pretendo sugeri relações de causalidade – que o desenho metodológico dessa tese tampouco permitiria abordar –, mas entendo que os cruzamentos sociais e raciais entre essas duas crises de saúde pública exigem atenção. É sob esse marco de assombro, consolidado a partir das lentes analíticas da economia moral do aborto e da justiça reprodutiva, que me proponho a testemunhar a tragédia da mortalidade materna por Covid-19 no Brasil.

4.2. A economia moral do aborto

As especulações possíveis a partir dos 25 relatos de mortes maternas por Covid-19 analisados nesta tese são muitas. Será que essas mulheres adoecidas pela Covid-19 teriam morrido se não estivessem grávidas? Teriam morrido se a gravidez tivesse sido interrompida quando seus corpos deram sinais de uma crise respiratória aguda grave? Esse cenário próximo do que a legislação brasileira reconhece excepcionalmente não como crime de aborto, mas como direito de interromper uma gravidez em caso de risco de vida é central para a análise que proponho sobre mortalidade materna por Covid-19 e justiça reprodutiva. A proximidade é tão central que pode ser ilusória: ao analisar registros do real atravessados pela lei, há uma tentação de resolver o real com a lei – seria como analisar mortes maternas por Covid-19 buscando sentenciar se elas poderiam ou deveriam ter sido casos de “aborto necessário” para “salvar a vida da gestante”, nos termos do artigo 128, inciso I, do Código Penal (Brasil, 1940). Não é isso que me proponho a fazer, porque meu objetivo é pensar os relatos de mortes maternas por Covid-19 como um observatório social (Farge, 1991), uma oportunidade de habilitar perguntas sobre a sociedade em que essas mortes foram produzidas.

Para tanto, analisarei a economia moral do aborto nos relatos sobre 25 mulheres brasileiras grávidas ou puérperas que morreram de Covid-19. Na definição do antropólogo e sociólogo francês Didier Fassin (2009), economia moral se refere à produção, distribuição, circulação e uso de sentimentos morais, emoções e valores, e normas e obrigações em espaços sociais. Em sua obra, Fassin recorre à economia moral como uma ferramenta de inteligibilidade (Schuch, 2015) para analisar como sentimentos e valores compartilhados em relação a normas, direitos e obrigações orientam julgamentos e justificações de ações em contextos muito variados, que incluem práticas de patrulhamento da polícia francesa, políticas humanitárias para imigrantes indocumentados na França e atuação de organizações humanitárias com jovens expostos a violência cotidiana em territórios palestinos.

No artigo em que revisa criticamente os muitos usos acadêmicos do termo economia moral, Fassin (2009) destaca que o conceito foi originalmente cunhado pelo historiador inglês E. P. Thompson nos anos 1970 para introduzir uma dimensão moral a uma leitura marxista da história social e econômica da formação da classe trabalhadora na Inglaterra do século XVIII. Nas décadas seguintes, o conceito se popularizou nas ciências sociais, com destaque para seu uso na análise de movimentos de resistência de camponeses em contextos coloniais e de culturas de prática científica desde a perspectiva dos valores e emoções que as sustentam. Apesar de se mostrar crítico quanto ao que chama de trivialização do termo economia moral, ao analisar e

defender sua própria compreensão do conceito, Fassin não pretende restaurar nenhum significado original ou demasiadamente fixo. Pelo contrário, ele se esforça em mostrar as propriedades metodológicas do conceito que em alguma medida explicam seu uso em temas tão diversos.

Fassin (2009) argumenta que a dupla composição do conceito – economia e moral – não é um obstáculo epistemológico, no sentido de gerar dúvidas de onde deve estar a ênfase analítica, se na economia ou na moral, mas sim justamente sua fortaleza como ferramenta analítica. Fassin entende que o conceito é útil pelo seu valor heurístico de permitir análises na interseção desses grandes campos, sem a pretensão de separá-los e destrinchá-los, mas justamente reconhecendo que, empiricamente, recursos materiais, valores, normas e emoções são mutuamente dependentes em sua capacidade de orientar julgamentos do que é certo ou errado, melhor ou pior, o que deve ser feito e o que não deve ser feito em um certo espaço social. Reconhecendo a complexidade dos processos de produção de sentidos do que é legítimo ou não em diferentes contextos sociais, o conceito de economia moral pode ajudar a manter em perspectiva tanto as relações de poder quanto a subjetividade política das pessoas envolvidas.

A investigação de Fassin sobre economia moral insere-se em uma ampla agenda de pesquisa sobre políticas da vida, que o autor define como um marco analítico para pensar sobre a relação entre o valor atribuído à vida – como uma realidade fisiológica de quem está vivo – e o valor das vidas – no sentido das experiências tão desiguais vividas pelas pessoas vivas – em diferentes espaços sociais (Fassin, 2023). As inquietações de Fassin percorrem um vasto campo de disputas filosóficas, que incluem do cânone aristotélico a diálogos com as obras da filósofa política judia nascida na Alemanha, Hannah Arendt, do filósofo e médico francês Georges Canguilhem e do filósofo italiano Giorgio Agamben, e tratam em alguma medida da tensão entre a vida como *zoé*, no sentido de vida biológica, material, e vida como *bios*, no sentido de experiência qualificada da vida, e suas consequências epistemológicas, políticas e morais.

Mas é especialmente a partir da obra do filósofo francês Michel Foucault que Fassin compõe seu objetivo ao pensar a tensão inaugural entre vida nua e vida social. Em extensa entrevista concedida à também antropóloga Debora Diniz, Fassin descreve seu trabalho sobre políticas da vida como uma discussão e expansão crítica das análises de Foucault em torno do biopoder (Fassin, Diniz, 2015). No curso “Em Defesa da Sociedade”, ministrado no Collège de France em 1976, Foucault questiona o uso da guerra – como marco de concentração da força e, por sua vez, o monopólio da força como gênese ideal do Estado – como plano de fundo para análise e compreensão de todas as instituições de poder e relações de dominação e

hierarquização. Assim, ao falar em biopoder, Foucault desloca para a vida um cenário privilegiado para investigar como as “relações de sujeição podem fabricar sujeitos” (Foucault, 2005, p. 320).

Propondo a emergência do biopoder a partir de análises de sociedades europeias entre o fim do século XVIII e início do século XIX, Foucault distingue-o em dois componentes: a anatomopolítica, isto é, a disciplina dos corpos, com suas tecnologias de vigilância, hierarquização, inspeção e outras aplicadas em instituições como escola, fábrica, hospital e prisão para tornar o indivíduo dócil e útil; e a biopolítica, que regula processos biológicos – como nascimento, doença, morte, longevidade – tomados coletivamente por meio de saberes orientados para a higiene pública, a medicalização e o controle de natalidade, de forma a mensurar, criar previsões e possibilidades de intervenção no âmbito da população (Foucault, 2005).

Com a análise do biopoder, Foucault não abandona inquietações em torno do poder soberano, que faz morrer e deixa viver, mas acrescenta-lhe e complexifica-o com a ideia de regulamentação da população, esse poder que faz viver e deixa morrer. Esse poder de “causar a morte ou de deixar viver” foi nomeado como “formidável poder de desamparo” em um texto ainda pouco explorado de Foucault. Se desamparo tem rotas analíticas que remetem ao psicanalista austríaco Sigmund Freud – o desamparo como afeto político central –, a compreensão sobre seu impacto para a sobrevivência dos corpos vem sendo uma questão central às teorias críticas, como na obra do filósofo brasileiro Vladimir Safatle ou nos trabalhos da filósofa estadunidense Judith Butler. Seja como um afeto negativo com potência de libertação, em Safatle (2015), ou como desposseção ligada à insegurança, em Butler (2019), desamparo, em Foucault, é uma das expressões do poder que causa a morte.

Foucault entende o biopoder e em particular a biopolítica como resposta à complexificação social em contextos de explosão demográfica e industrialização em que deixar viver e fazer morrer não é mais suficiente: intervir para fazer viver e intervir na maneira de viver são centrais para a compreensão de relações de sujeição e assujeitamento. É sobre o direito de dispor da vida, pois toda permanência em vida precisaria ser uma permanência amparada, em uma forma de conectar dois conceitos de Foucault – o de biopolítica e o do desamparo. É no século XIX que o poder político tomou para si a tarefa de gerir a vida, afirma Foucault (1999). E as pandemias, como foi a de Covid-19 no século 21, são momentos propícios para uma grande movimentação do governo da vida e da seletividade do amparo pelo poder de “causar a vida ou devolver à morte” (Foucault, 1999, p. 130).

Fassin considera o conceito de Foucault de biopolítica “um projeto formidável”, mas inacabado. O autor considera que, ao propor a importância de interrogar as práticas sociais de governo dos corpos e das populações, Foucault teria se esquecido ou se afastado do governo da vida: do vivo e dos vivos (Fassin, 2023). O projeto de Fassin de avançar um arcabouço analítico para as políticas da vida é de grande importância, mas cabe uma ressalva diante de um jogo de espelhos de Fassin com Foucault. É certo que os conceitos de biopolítica, biopoder, políticas da vida, ou mesmo vida foram projetos incompletos em Foucault. Essa é uma característica da escrita foucauldiana: ser fragmentada, lançar-se como um projeto para escavação permanente e encontro com elementos inesperados. Foucault escrevia para descobrir-se, permitindo, assim, a descoberta própria de quem o lê.

Em vários escritos ou transcrições de palestras, é possível encontrar Foucault de volta à questão da vida. Mas foi ao discorrer sobre a história da sexualidade, na própria construção do sexo como elemento regulatório das políticas da vida, que Foucault deixou registros centrais para explorar como entendia vida: “o que é reivindicado e serve de objetivo é a vida, entendida como as necessidades fundamentais, a essência concreta do homem, a realização de suas virtualidades, a plenitude do possível” (Foucault, 1999, p. 156). A vida como objeto político, e o sexo em particular, seria movimentada pela articulação entre dois eixos da tecnologia política da vida: o adestramento pela normalização e a regulação das populações. Ou seja, muito antes de vir a explorar as questões de biopolítica ou biopoder, Foucault cruzava suas reflexões em como o corpo “biológico e histórico” estariam ligados pela “vida”.

Fassin quer problematizar a questão biopolítica da qual Foucault teria se afastado, em sua leitura, pensando-a mais precisamente como uma política da vida. Entende que a vida pode ser mais bem compreendida quando as duas dimensões, *zoé* e *bios*, “o vivo e os vivos”, se encontram (Fassin, 2023, p. 17). E propõe uma orientação moral dessa investigação da biopolítica no sentido de examinar como normas e valores são constituídos em um dado marco histórico e geográfico. Na explicação da antropóloga brasileira Patrice Schuch, Fassin está interessado em usar seu repertório analítico-conceitual – que inclui políticas da vida, economia moral e biolegitimidade – para investigar os valores e sentidos desiguais atribuídos às vidas humanas, problematizando “o modo como seres humanos são tratados e tem as suas vidas avaliadas e distinguidas, não somente por tecnologias de governo, mas também por dimensões morais relativas à produção dos significados e na vivência de suas experiências biográficas e coletivas” (Schuch, 2015, p. 96).

Para explicar como e onde aplica em suas pesquisas antropológicas a perspectiva analítica de política da vida, Fassin lembra que o governo da vida no sentido de "fazer viver e deixar morrer" não é, em geral, anunciado publicamente por tomadores de decisão como escolhas explícitas de quem deve viver mais ou menos que outros, ou de quem deve ser sacrificado para salvar outros. A política da vida não precisa desse tipo de intencionalidade e transparência para operar. Fassin destaca que o dia a dia de governos ocidentais pacíficos, ao implementar políticas e sistemas de proteção social, saúde, educação, controle de imigração e assistência humanitária, por exemplo, é repleto de escolhas trágicas, isto é, "escolhas relativas à alocação de bens raros cuja distribuição afeta direta ou indiretamente a duração e qualidade de vida das pessoas" (Fassin, 2023, p. 20).

Refletindo sobre as disputas genealógicas entre autores quanto à vida como *zoé* ou *bio* na conformação de um marco analítico para estudar os sentidos dados à vida e as formas de tratar a vida em várias sociedades, Debora Diniz (2015) destaca que o marco de Fassin não é biomédico nem filosófico, mas antropológico. Em seus estudos etnográficos sobre temas variados, Fassin dialoga com perguntas de fundo sobre os marcos de legitimidade da vida, ou biolegitimidade: que tipo de vida está implícita ou explicitamente sendo levada em conta nas políticas imigratórias europeias, ou nas respostas à epidemia de HIV/Aids na África do Sul?

Em entrevista à Diniz, Fassin reforça sua perspectiva ética de investigação das discrepâncias entre a vida como bem abstrato supremo e as vidas como existências concretas de pessoas reais, afirmando que "O que vemos nas sociedades contemporâneas é que, quanto mais celebramos o valor da vida (inclusive em relação ao feto ou ao paciente com morte cerebral), mais desigual parece o valor das vidas entre os países e dentro de cada sociedade (algumas dessas vidas sendo tragicamente amputadas por meio da morte ou do encarceramento)" (Fassin, Diniz, 2015, p. 45). Sobre os processos complexos de valorização de vidas plurais em contextos históricos e sociológicos diferentes e desiguais, Diniz conclui que "a humanidade não é só um pertencimento à espécie, mas um sentimento que move políticas de reconhecimento" (Diniz, 2015, p. 26).

É possível entender a força analítica do conceito de economia moral no debate sobre políticas da vida na longa trajetória dos estudos etnográficos de Fassin sobre políticas migratórias e humanitárias na França. Nos anos 1990, uma queda vertiginosa do número de refugiados, asilados políticos e trabalhadores migrantes acolhidos no país foi acompanhada por um aumento do número de migrantes que obtiveram autorização para permanecer na França em função de alguma doença grave que não poderia ser tratada em seus países de origem – uma

modalidade migratória marcada por uma ideia de “razão humanitária”, que também é abordada como um conceito específico na obra do autor.²⁴ Fassin entende que essa transformação claramente está associada a mudanças de economia política quanto à necessidade de mão de obra estrangeira barata, que foi central para a reconstrução da França pós-Segunda Guerra mas passou a ser restringida nos anos 1970. Mas Fassin defende particularmente que essa transformação não pode ser compreendida sem a dimensão da economia moral, que permite observar como práticas de reconhecimento humanitário antes guiadas pela defesa da vida do cidadão politicamente perseguido passam a ser mobilizadas para a defesa da vida do paciente em sofrimento agudo (Fassin, 2023).

Sobre a emergência desse “protocolo de compaixão” nos processos de regularização administrativa de migrantes doentes na França, Fassin argumenta que analisá-lo exclusivamente em termos de economia política, ou seja, de relações de produção e de classe, oferece uma perspectiva externa que, embora importante, com frequência deslegitima a experiência dos agentes envolvidos nesses processos. Não é razoável pretender explicar a complexidade da atuação de burocratas e trabalhadores humanitários nas engrenagens de fazer viver e deixar morrer a partir de intencionalidades econômicas simplistas, ou até do que Fassin chama de “interpretações conspiratórias” (Fassin, 2015, p. 289). Mas é possível, com o marco analítico da economia moral, explorar uma perspectiva que reconhece a subjetividade política dos agentes envolvidos e busca entender como sentimentos e valores compartilhados em relação a normas, direitos e obrigações orientam suas decisões, julgamentos e justificativas (Fassin, 2009).

A escolha da economia moral como um marco analítico para essa tese parte de uma inquietação sobre como pensar a relação entre a mortalidade materna por Covid-19 e a criminalização do aborto. Em uma sociedade patriarcal e racista como a brasileira, o desrespeito à autonomia corporal e as violações aos direitos à vida e à saúde cometidos diariamente como formas de controlar a vida reprodutiva e explorar o trabalho reprodutivo das mulheres certamente conectam aquelas que morreram grávidas ou puérperas na pandemia de Covid-19 e aquelas que são compelidas a correr risco de vida ou de perseguição penal para não seguir

²⁴ Luciana Brito, psicóloga e pesquisadora da Anis - Instituto de Bioética, apresenta o conceito de razão humanitária na obra de Fassin nos seguintes termos: “A razão humanitária pressupõe uma relação de desigualdade, uma assimetria política. Ou seja, decide-se quais vidas são aptas a receber ajuda humanitária. As vidas precárias submetidas às práticas humanitárias apenas têm seus direitos garantidos a partir de determinadas condições. A pessoa que receberá a ação deve, em contrapartida, contar a sua história, mostrar o seu sofrimento e os motivos para merecer a concessão de um direito” (Brito, 2015, p. 76).

adiante com uma gestação. Mas como fazer perguntas sobre essa conexão sem recorrer a leituras simplistas - de mulheres como vítimas e homens e/ou de profissionais de saúde como algozes?

É preciso reconhecer que regimes de poder organizam condições estruturais que resultam na subordinação e na violação de direitos de meninas, mulheres, e pessoas que podem gestar, e que os alvos preferenciais dessa forma de fazer viver e deixar morrer são as mais marginalizadas, como as negras, as indígenas, as pobres, as que vivem longe de centros urbanos. Mas é preciso reconhecer também que esses regimes de poder produzem violências e violações de direitos ao mesmo tempo em que produzem sujeitos, e ninguém escapa dessas relações de sujeição e assujeitamento. A economia moral recomenda interrogar essas relações a partir da produção, circulação e apropriação de sentimentos, valores e ideias sobre deveres e obrigações das coletividades envolvidas em um problema específico em um tempo e espaço específicos. Arrisco pensar que esse tipo de análise pode contribuir para estratégias de responsabilização e reparação de direitos mais eficazes na medida em que nos envolvam a todos e todas, e não só a supostas vítimas e algozes, heróis ou vilões.

Na legislação brasileira sobre o tema, punir é a regra e não punir é a exceção. Os casos de exceção legal são alvo de intensa vigilância. Depois de décadas de disputa sobre como regulamentar o acesso ao aborto legal em caso de estupro, a política pública brasileira estabeleceu que a palavra da mulher sobre a experiência da violência seria suficiente - conforme recomendado, aliás, pela OMS. Porém, o marco de exceção e suspeição sobre a palavra das mulheres distorce a atuação dos serviços de aborto legal, que enfrentam a ambiguidade de serem serviços de saúde ou serviços auxiliares da polícia - é isso que mostra um estudo liderado por Debora Diniz (2014) sobre a atuação de serviços de aborto legal em caso de estupro.

Nesse contexto de vigilância intensa e uso do marco legal para a imposição de valores os profissionais da saúde temem serem acusados de cumplicidade com um aborto ilegal ao aceitar a apenas a declaração da mulher de que ela foi vítima de estupro, sem nenhum respaldo adicional, como um laudo policial. Com isso eles se sentem compelidos a assumir uma postura investigativa, pericial, de colocar a narrativa das mulheres a prova. Isso se expressa, segundo o estudo, de três formas principais. A primeira é na exigência do nexos temporal, isto é, de que a data da última menstruação deve preceder a data da violência na narrativa da mulher. A segunda, no nexos classificatório dado pelo contexto da violência: se é conjugal, se é cruenta, se foi contra criança. Embora o estupro possa ocorrer em todos esses contextos, os profissionais de saúde se sentem no direito e no dever de regular a aceitação da palavra da mulher em função

dos níveis de suspeição mobilizados no contexto. A terceira, no julgamento da subjetividade da vítima: ela deve se apresentar de forma convincente como vítima, tem que apresentar um trauma (Diniz et al, 2014).

Exceto talvez pelo primeiro item anterior, que objetivamente autoriza a exclusão causal, os demais extrapolam, em muito, a norma jurídica que regula a criminalização do aborto das vítimas de estupro no Brasil. A autorização para a vigilância punitiva que a estigmatização produz resulta em um contexto de risco contínuo para os profissionais de saúde que assumem a realização do procedimento, mesmo nos casos em que o aborto é permitido. O risco do uso do direito criminal faz com que os profissionais de saúde criem restrições para o aborto legal que são ainda mais limitantes que a legislação sobre o tema. Neste sentido, a combinação de estigma e direito criminal pode ser inefetiva para coibir o aborto ilegal, mas ao que tudo indica é suficientemente restritiva para empurrar para a ilegalidade o aborto que seria considerado legal (Diniz et al, 2014).

Uma análise sobre a economia moral do aborto nas mortes maternas por Covid-19 no Brasil não pode esperar encontrar nos relatos das famílias e afetos enlutados discussões explícitas sobre aborto. Afinal, as mulheres que morreram estavam vivendo gestações que, tendo sido planejadas ou não, eram desejadas quando elas adoeceram. Nesse contexto, a análise sobre a economia moral do aborto deve ser entendida como uma análise sobre recursos, sentimentos, valores, normas, direitos e obrigações associados a mulheres e sua saúde, gestações e maternidade, e que orientaram a compreensão das situações vividas por elas ao adoecerem e as consequentes tomadas de decisões, julgamentos e ações, realizadas tanto por elas mesmas quanto por profissionais de saúde, familiares e amigas.

O que a análise da economia moral do aborto permite explorar é a produção de sentidos coletivos quanto ao que deve ser feito, pode ou não pode ser feito, e ao que é legítimo de ser feito em cenários de atenção à saúde de mulheres grávidas gravemente adoecidas. Em particular, merecem atenção os sinais de dúvidas e inquietações sobre os cuidados de saúde garantidos para mulheres grávidas.

Minha análise da economia moral do aborto nas mortes maternas é feita a partir de três categorias: o estigma do aborto, a prioridade da gravidez em detrimento da saúde da mulher grávida e a tutela do corpo grávido. Cada categoria descreve cenas identificadas nos relatos analisados em diálogo com literatura nacional e internacional sobre marcos morais, culturais,

legais e de saúde pública sobre aborto, organizados a partir de uma perspectiva de justiça reprodutiva.

A categoria estigma do aborto é a que mais diretamente trata sobre o marco cultural hegemônico em torno do aborto e seu impacto sobre a compreensão de necessidades de saúde das mulheres. A categoria prioridade da gravidez aborda mais especificamente a relação entre a economia moral do aborto e a conformação de saberes e práticas médicas e legais quanto a saúde de mulheres. Por fim, a categoria tutela do corpo grávido aborda cenas de cerceamentos impostos às mulheres em suas tentativas de cuidar de sua saúde e de suas gestações como evidência do uso da reprodução como instrumento de controle e sujeição das mulheres.

É certo que há alguma interseção entre elas. A separação das três categorias tem como objetivo facilitar a compreensão; nos relatos analisados, assim como nas experiências vividas por mulheres, o estigma do aborto, o tipo de atenção em saúde dado a mulheres grávidas e a tutela do corpo grávido se sobrepõem e se retroalimentam de maneiras mais complexas. Reconhecer a sobreposição complexa das categorias propostas é importante para lembrar que a presente análise não pretende – e nem poderia – estabelecer relações de causalidade entre a economia moral do aborto e as mortes maternas específicas ora analisadas, mas sim propor perguntas e reflexões baseadas em evidências sobre a tragédia anunciada da morte materna por Covid-19 no Brasil.

Mas, se me arrisco na tentativa de distanciar-me das causalidades biomédicas que explicariam o país como o epicentro da mortalidade materna por Covid-19 é por tomar para mim a pergunta de Michel Foucault: “o que é isso que aconteceu conosco?”. Foucault (1997) descreve o caminho para respondê-la como um exercício para a “ética incômoda”, o que Rita Segato (2021), ao revisitá-lo, descreve como “ética inquieta”, um exercício de pensamento que guiaria a escavação analítica em busca da evitabilidade dos desfechos históricos. Isso que descrevemos no campo jurídico e de direitos humanos como injustiças históricas, ou seja, uma disputa sobre os enunciados em circulação que movimentam verdades políticas.

5. Mortes maternas por covid-19 e a criminalização do aborto

5.1. O aborto como necessidade de saúde

O aborto é uma necessidade de saúde que atravessa a vida de mulheres e pessoas que podem gestar. Interromper uma gravidez pode ser um cuidado em saúde necessário em caso de gestações indesejadas – que podem ocorrer por motivos variados, incluindo falta de acesso de métodos contraceptivos, falhas de contraceptivos ou violência sexual – e de gestações que impõem risco à saúde de pessoas grávidas. Mais de 70 milhões de abortos induzidos são feitos todos os anos no mundo. Globalmente, estima-se que 29% de todas as gestações (eClinicalMedicine, 2022) e 61% das gestações indesejadas (Bearak et al., 2020) terminam em aborto induzido.

Há diferentes métodos para realizar um aborto, e comumente são classificados como medicamentosos – que são feitos com os medicamentos mifepristona e misoprostol combinados, ou apenas com misoprostol quando a mifepristona não está disponível –, ou cirúrgicos – que englobam majoritariamente procedimentos minimamente invasivos quando realizados até 16 semanas. O aborto é um procedimento seguro quando realizado com métodos adequados ao tempo gestacional e por pessoas com os conhecimentos básicos necessários. Um estudo realizado nos Estados Unidos – antes da decisão da Suprema Corte de 2022 que acabou com 50 anos de proteção constitucional ao direito ao aborto no país – mostrou que o risco de morte associado ao parto é 14 vezes maior do que aquele associado ao aborto seguro (Raymond & Grimes, 2012).

Mesmo sendo um evento comum na vida reprodutiva das pessoas, uma necessidade de saúde e um procedimento seguro, as condições para o aborto seguro não são garantidas. O aborto inseguro – ou seja, aquele realizado por pessoas sem o conhecimento necessário e/ou em um ambiente sem os padrões de cuidado mínimos – é uma crise de saúde global. Estima-se que 45% dos abortos realizados anualmente são inseguros, e abortos inseguros são significativamente mais prevalentes tanto em países em desenvolvimento do que países desenvolvidos, quanto em países com leis de aborto mais restritivas do que em países com leis menos restritivas (Ganatra et al., 2017). Globalmente, abortos inseguros causam entre 8 e 14% das mortes de mulheres e outras pessoas grávidas. Juntamente com barreiras socioeconômicas, estigma e discriminação, a criminalização do aborto é um dos principais fatores que levam pessoas que necessitam de um aborto a fazer um aborto inseguro (Lancet, 2018).

As três décadas de debate internacional sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos têm como traço distintivo umalinguagem cada vez mais precisa quanto à necessidade e urgência de descriminalizar o aborto como forma de enfrentar o problema do aborto inseguro. No Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU), realizada em Cairo em 1994, que reconheceu a sexualidade e a reprodução como dimensões centrais para a igualdade de gênero e os direitos humanos das mulheres,²⁵ o aborto inseguro é identificado como uma grave ameaça à saúde e aos direitos das mulheres, mas a linguagem é abrandada pelos limites da soberania nacional na criação de leis sobre aborto. Em suas disposições sobre saúde das mulheres e maternidade segura, o Programa de Ação de Cairo estabelece que “em circunstâncias em que o aborto não contraria a lei, esse aborto deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes de aborto” (UNFPA, 1994, p. 77). A Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher da ONU, realizada em Pequim em 1995, reproduziu a ressalva do Programa de Cairo quanto ao respeito às leis nacionais sobre aborto, mas deu um passo além ao instar governos a “considerar a possibilidade de rever as leis que preveem medidas punitivas contra as mulheres que tenham se submetido a abortos ilegais” (ONU Mulheres, 1995, p. 182).

Quase 20 anos depois da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, a ONU organizou cinco consultas regionais para avaliar a implementação do Programa de Ação de Cairo e identificar prioridades para avançar na agenda de população e desenvolvimento. O Consenso de Montevideu de 2013, resultado da consulta realizada na América Latina e Caribe, é ainda hoje considerado o instrumento intergovernamental regional mais progressista na agenda de desenvolvimento sustentável, por sua linguagem com perspectivas bem articuladas de igualdade, direitos humanos, gênero, raça e etnia, deficiência e interculturalidade. O Consenso de Montevideu ainda limita o compromisso de assegurar serviços de aborto seguro e de qualidade aos países em que o aborto é legal, mas avança ao convocar Estados a rever leis e políticas públicas sobre “interrupção voluntária da gravidez para

²⁵ O Programa de Ação de Cairo consagrou a definição de direitos reprodutivos no sentido de que “todo casal e indivíduo tem o direito básico de decidir livre e responsavelmente sobre o número e o espaçamento de seus filhos e ter informação, educação e meios de o fazer” (UNFPA, 1994, p. 43). A Plataforma de Pequim foi o primeiro marco internacional a tratar de direitos sexuais, embora ainda não com esse termo exato, ao estabelecer que “Os direitos humanos das mulheres incluem os seus direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livres de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no tocante às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito à integridade da pessoa humana, exige o respeito mútuo, o consentimento e a responsabilidade comum pelo comportamento sexual e suas consequências” (ONU Mulheres, 1995, p. 179).

salvaguardar a vida e a saúde de mulheres e adolescentes, melhorando sua qualidade de vida e diminuindo o número de abortos” (CEPAL, 2013, p. 16).

Mais especificamente no campo do direito internacional dos direitos humanos, é também evidente uma transformação do consenso no tema do aborto, partindo de um apoio à liberalização das leis penais de aborto para melhorar o acesso aos cuidados de saúde para mais recentemente entender a descriminalização do aborto como uma dimensão central para a garantia dos direitos humanos. Analisando a atuação de diversos órgãos de monitoramento de convenções internacionais de direitos humanos da ONU, incluindo o Comitê para Eliminação da Discriminação contra Mulheres, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Comitê de Direitos da Criança, o Comitê de Direitos Humanos, e o Comitê de Direitos de Pessoas com Deficiência, as juristas canadenses Joanna Erdman e Rebecca Cook (2020) destacaram que a mudança de entendimento vem da compreensão das disfuncionalidades impostas pela lei penal na regulação do aborto, que não apenas coloca em risco os direitos à vida e saúde de pessoas forçadas a buscar procedimentos inseguros e/ou impedidas de acessar os cuidados de que precisam, mas também favorece interferências governamentais arbitrárias em suas vidas, violando sua dignidade, além de promover injustiça social e racial no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

No mesmo sentido, o Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (2020) destaca os seguintes parâmetros no tema do aborto: a negativa de acesso a serviços de que apenas as mulheres precisam, como o aborto, é uma forma de discriminação contra as mulheres; violações da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, incluindo a criminalização, a negação e a demora no acesso ao aborto seguro e/ou cuidados pós-aborto, e a continuação forçada da gravidez são formas de violência de gênero que, dependendo das circunstâncias, podem ser consideradas tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante, especialmente quando mulheres são submetidas a atos de perseguição criminal, como denúncias policiais, extração de confissões e produção de provas, ao procurar atendimento médico emergencial; leis restritivas de acesso ao aborto têm impacto desproporcional sobre grupos específicos de meninas e mulheres, como as mais pobres, as que vivem em áreas rurais e as adolescentes; cuidados de saúde pós-aborto devem ser sempre seguros, disponíveis e acessíveis, independentemente de o aborto ser legal ou não em cada país.

Nos últimos 30 anos, as mudanças nas legislações de aborto têm majoritariamente acompanhado esses marcos de direitos humanos. Mais de 60 países e territórios liberalizaram suas leis locais, enquanto apenas quatro países fizeram reformas restritivas do direito ao aborto:

El Salvador e Nicarágua, que entre o final dos anos 1990 e início dos anos 2000 passaram a proibir o aborto em todas as circunstâncias, inclusive em caso de risco para vida da gestante ou gravidez resultante de estupro; Polônia, cujo Tribunal Constitucional proibiu o aborto em caso de malformações fetais em 2021, mantendo o aborto legal apenas em caso de risco de vida, estupro ou incesto; e Estados Unidos, cuja Corte Suprema revogou a proteção constitucional do direito ao aborto em 2022, relegando a leis estaduais a regulação do tema (Center for Reproductive Rights, 2023). A América Latina vive um momento particularmente vibrante no avanço do direito ao aborto. A Onda Verde, o massivo movimento social surgido na Argentina e que conquistou a legalização do aborto no país em 2020, se espalhou pela região em mobilizações e articulações estratégicas que levaram à descriminalização do aborto no México e na Colômbia por suas respectivas cortes constitucionais em 2021 e 2022, entre outros avanços (Diniz, 2022).

Um marco central no reconhecimento do aborto como uma necessidade de saúde são as mais recentes diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre cuidados no aborto, lançadas em 2022. Enquanto agência de saúde pública da ONU, a OMS vinha há anos seguindo o avanço do consenso internacional no tema do aborto. A primeira edição das diretrizes, lançada em 2003, seguia o tom do Programa de Ação de Cairo e limitava suas recomendações a políticas públicas de saúde a contextos em que o aborto era legal; a segunda edição, de 2012, já recomendava a remoção de todas as barreiras que dificultassem o acesso ao aborto seguro; em 2022, a OMS apresentou a recomendação inequívoca de descriminalização total do aborto, com a remoção do tema do âmbito das leis penais (WHO, 2022). A OMS reconheceu então que mesmo as leis penais de aborto mais liberais – como as que garantem o aborto legal em casos risco à saúde, estupro, incesto e malformação fetal, ou conforme marcos de tempo gestacional – têm um efeito negativo sobre a garantia de acesso ao aborto seguro, na medida em que fomentam a confusão e o despreparo entre profissionais de saúde, além de gerar impasses estruturais para sistemas de saúde, como a não inclusão da mifepristona e do misoprostol como medicamentos essenciais.

Joanna Erdman, jurista canadense que liderou da equipe de assessoria técnica que apoiou a elaboração das diretrizes de aborto da OMS de 2022, considera que os avanços do documento estão relacionados a mudanças metodológicas empregadas pela organização. Uma dessas mudanças é no sentido de avaliar leis e políticas de aborto não com base em seus objetivos declarados ou lógica formal, mas sim a partir de evidências científicas de como funcionam na prática, na experiência concreta de pessoas que buscam cuidados em aborto.

Assim, a OMS passou a entender leis e políticas de aborto como uma intervenção estrutural dentre outras na atenção ao aborto, com a perspectiva crítica de que a regulamentação do aborto redistribui riscos e recursos dentro de sistemas de saúde ou redes de cuidados e, portanto, facilita ou dificulta que pessoas tomem decisões e ações conforme suas necessidades de saúde (Erdman, 2023).

É também nesse contexto que a OMS muda o paradigma de cuidado em aborto, rompendo com uma ideia de superioridade hierárquica do cuidado provido em ambiente clínico e medicalizado. Entre os modelos de cuidado ao aborto recomendados pela OMS está, por exemplo, o aborto medicamentoso autoadministrado – isto é, o aborto feito com os medicamentos mifepristona e misoprostol ou apenas misoprostol em qualquer lugar que seja mais confortável para a pessoa que aborta, e em que a própria pessoa monitora todo o processo – até 12 semanas, e que pode ser acompanhado, presencialmente ou por telemedicina, não apenas por médicos, mas também por agentes comunitários de saúde, parteiras, trabalhadores de farmácia, enfermeiras e outros (WHO, 2022).

É certo que o Brasil, com suas três hipóteses de aborto legal (em casos de estupro, risco de vida e anencefalia fetal) e sete anos de espera por uma decisão do Supremo Tribunal Federal quanto à descriminalização do aborto até 12 semanas,²⁶ está muito longe das recomendações e melhores práticas de cuidado no aborto preconizadas pela OMS e pelo direito internacional dos direitos humanos. O primeiro serviço de aborto legal do país foi criado em São Paulo em 1989, quase 50 anos depois de as exceções legais à criminalização do aborto em casos de risco de vida e estupro serem estabelecidas no Código Penal de 1940 (Madeiro & Diniz, 2016).

A partir do final da década de 1990, houve importantes avanços nas políticas públicas de aborto legal no país, com a elaboração das normas técnicas de *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes* – editada pelo Ministério da Saúde pela primeira vez em 1999, sendo de 2012 a edição mais recente (Brasil, 2012) - e de *Atenção Humanizada ao Abortamento* – editada em 2005 pela

²⁶ Fiz parte do grupo de pesquisadoras, ativistas e advogadas que elaborou a petição inicial da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 442, apresentada ao STF a partir de uma parceria entre Anis - Instituto de Bioética e o partido político Socialismo e Liberdade (Psol), demandando a descriminalização do aborto até a décima-segunda semana de gestação. Argumentamos que a criminalização não altera as decisões reprodutivas das 500 mil mulheres que fazem aborto no Brasil todos os anos (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2017), apenas as impele a buscar abortos inseguros, com resultados desproporcionalmente danosos para mulheres negras, indígenas, pobres e com menor escolaridade. A ação teve um primeiro voto favorável, apresentado pela Ministra Rosa Weber, em 2023, mas o julgamento foi suspenso e até o momento não tem previsão de ser retomado.

primeira vez, e em 2011 na mais recente (Brasil, 2011) –, amplamente focadas nos casos de aborto por estupro. Mas os serviços de aborto legal seguem notoriamente escassos e falhos. O censo nacional de serviços de aborto legal conduzido pela antropóloga Debora Diniz e o médico Alberto Madeiro mostrou que, dos 68 serviços de aborto legal então listados pelo Ministério da Saúde em 2015, apenas 37 estavam em funcionamento; setes estados brasileiros não tinham nenhum serviço ativo, e muitos serviços exigiam, sem fundamento legal, documentos como boletim de ocorrência, laudo pericial ou alvará judicial como critérios para realizar um aborto em caso de estupro, criando uma barreira para o cuidado das sobreviventes (Madeiro & Diniz, 2016).

Esse era o cenário do aborto como uma necessidade de saúde no Brasil quando teve início a pandemia de Covid-19 em 2020: lei altamente restritiva, serviços de aborto legal frágeis e sob ataque do governo Bolsonaro – que editou portarias do Ministério da Saúde que criavam mais barreiras de acesso ao aborto em caso de estupro.²⁷ É importante destacar que, especificamente sobre o aborto legal em caso de risco de vida, ainda hoje sabe-se muito pouco. Diferentemente do aborto legal por estupro, os casos de risco de vida (e também de anencefalia) não foram regulamentados por normas técnicas específicas: foram os próprios regimes de saber médicos que organizaram práticas e rotinas para definir risco de vida durante a gravidez e orientar a tomada de decisão médica (Diniz et al., 2014).

Vários estudos realizados desde o início dos anos 2000 com médicos e estudantes de medicina têm mostrado que o aborto em caso de risco de vida é a hipótese legal mais conhecida e menos rejeitada – frequentemente sob o argumento de objeção de consciência – entre esses profissionais (Faúndes et al., 2004; Madeiro et al., 2016; Medeiros et al., 2012; Zordo, 2012). No entanto, há um forte questionamento levantado por movimentos feministas e por médicos obstetras e ginecologistas sobre o elevado poder que médicos detêm ao definir o que é o risco que permite que uma pessoa grávida e adoecida tenha acesso a um aborto legal.

²⁷ A Portaria do Ministério da Saúde n. 2.282/2020 determinava que médicos deveriam comunicar o aborto à autoridade policial e preciso preservar possíveis evidências materiais do crime de estupro; além disso, recomendava que a mulher grávida fosse chamada a ver o feto em exame de ultrassonografia. Diante da pressão da sociedade civil, essa normativa foi substituída pela Portaria 2.561/2020, que manteve as previsões que geravam confusão entre cuidados médicos e atuação policial, e apenas excluiu a questão da ultrassonografia. Apenas em fevereiro de 2023, no início do governo Lula, a Portaria 2.561/2020 foi revogada por falta de bases científicas. Ver: Redação G1. Ministério da Saúde revoga portaria sobre aborto e outras medidas contrárias às diretrizes do SUS. *G1*, 16 jan. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2023/01/16/ministerio-da-saude-revoga-portaria-sobre-aborto-e-outras-medidas-contrarias-as-diretrizes-do-sus.ghtml>. Acesso em 12 ago. 2024.

Nesse sentido, um grupo de pesquisadores médicos filiados ao Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp) e liderados pelo médico chileno Aníbal Faúndes, conhecido por sua atuação em saúde sexual e reprodutiva de mulheres no Brasil, fez a seguinte ressalva sobre o aborto em caso de risco de vida: “O que acontece é que o médico é o único juiz que decide quanto acima do ‘normal’ é o risco que a mulher deve estar correndo para que se justifique a interrupção da gravidez, e, em geral, supõe-se que esse risco deve ser muitíssimo elevado para justificar o aborto. A própria mulher nunca é consultada sobre quanto maior risco ela está disposta a correr para ter esse filho, considerando a presença de filhos anteriores e de uma família que em muito depende dela” (Faúndes et al., 2004).

Uma revisão sistemática da literatura nacional sobre aborto legal publicada em 2020 não identificou nenhum estudo de avaliação do cuidado em saúde oferecido a mulheres grávidas em risco de vida (Fonseca et al., 2020). A análise reforçou o questionamento sobre como a ideia de risco de vida tem sido operada de forma pouco sistemática ou transparente, especialmente no contexto de mortalidade materna indireta – ou seja, das mortes decorrentes de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolveram durante a gravidez e que não foram provocadas por causas obstétricas diretas que, no Brasil, são predominantemente as síndromes hipertensivas, as hemorragias, as infecções puerperais e as complicações do aborto (Brasil, 2020a). Sandra Fonseca, Rosa Domingues, Maria do Carmo Leal, Estela Aquino e Greice Menezes, pesquisadoras brasileiras de saúde coletiva autoras da revisão sistemática sobre aborto legal, se perguntam sobre o que acontece nos casos em que mulheres grávidas adoecidas ficam “em uma franja de indefinição: não são casos com risco imediato nem iminente à vida, mas a gestação poderia expô-las a risco de vida?” (Fonseca et al., 2020).

O que as pesquisas acadêmicas ainda não documentaram aparece em muitas notícias. São mulheres vivendo gestações de risco ou adoecidas, sofrendo com dores e mal-estar, e que são informadas de que podem não sobreviver à gestação. Deveriam ter direito a um aborto legal por risco de vida, mas a incerteza de quanto risco seria risco suficiente faz com que médicos só aceitem fazer o aborto se houver uma autorização judicial. As mulheres peregrinam pelo judiciário, o que avança seu tempo de gestação. Juízes negam seus pedidos, recursos não são julgados a tempo, e elas são obrigadas a parir sob extremo sofrimento e risco de morte.²⁸

²⁸ Redação Pais&Filhos. Mulher tem pedido de aborto negado mesmo correndo riscos de vida: “Chance de viverem é quase zero”. *Pais&Filhos*, 14 out. 2022. Disponível em: <https://www.paisefilhos.com.br/gravidez/mulher-tem-pedido-de-aborto-negado-mesmo-correndo-riscos-de-vida-chance-de-viverem-e-quase-zero/>. Acesso em 12 ago. 2024.

Algumas morrem, deixando outros filhos e afetos.²⁹ Outras, para sobreviver, têm que sair do Brasil em busca de um país que não esteja tão disposto a sacrificar suas vidas.³⁰

Nos primeiros meses da pandemia de Covid-19, estudos publicados sobre os efeitos da doença em pessoas grávidas repetiam a ressalva de falta de dados específicos e abrangentes o suficiente para uma análise conclusiva, mas destacavam que décadas de pesquisa com outros tipos de coronavírus que não o SARS-CoV-2 já haviam demonstrado que podiam causar doenças respiratórias graves em mulheres grávidas, com alta taxa de mortalidade; portanto, a cautela com pessoas grávidas diante desse novo coronavírus era importante (Chen, Li, et al., 2020; Qiao, 2020; Rasmussen et al., 2020). Esse cenário científico de incerteza era certamente bastante diferente do que se tem hoje, em que pesquisas mostram que mulheres grávidas com Covid-19 podem ter até oito vezes mais chances de morrer do que grávidas sem a doença, além de terem quatro vezes mais chances de precisar de cuidados intensivos, 23 vezes mais chances de terem pneumonia, cinco vezes mais chances de terem coágulos sanguíneos graves, entre outras complicações (Smith et al., 2023), com o parto prematuro como uma das complicações mais recorrentes (Maza-Arnedo et al., 2022).

Mesmo em meio às incertezas do início da pandemia, muitos estudos chamavam atenção para a possibilidade da interrupção da gestação ou da antecipação do parto como parte das medidas terapêuticas a serem consideradas, inclusive destacando a dificuldade da decisão diante do rápido progresso da doença constatado em pacientes grávidas (al, 2021; Chen, Jiang, et al., 2020; Chen, Li, et al., 2020; Nana et al., 2022; Wu et al., 2021). Vários estudos de caso de diferentes países, incluindo o Brasil, relataram a interrupção da gestação de pacientes grávidas com quadros graves de Covid-19 (Bui et al., 2022; Gama et al., 2021; Kolkova et al., 2020). O artigo de pesquisadores estadunidenses liderados pela médica Sonja Rasmussen, que esteve entre os mais citados nos protocolos brasileiros de manejo clínico de pessoas grávidas com Covid-19, afirmou entre as recomendações que “as decisões de parto e interrupção da gravidez devem se basear na idade gestacional, na condição materna, na estabilidade fetal e nos desejos maternos” (Rasmussen et al., 2020, p. 423). Recomendações em termos quase idênticos a esses foram reproduzidas no *Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada*, publicado pelo Ministério da Saúde em 2020, e na segunda edição do *Manual*

²⁹ Guzzo, Morgani. Gerando vida, sentenciada à morte. *Portal Catarinas*, 22 set. 2022. Disponível em: <https://catarinas.info/gestando-vida-sentenciada-a-morte/>. Acesso em 12 ago. 2024.

³⁰ Santos, Yasmin. Pró-morte: mulher sob risco de morte teve aborto legal negado por juiz. *Intercept Brasil*, 06 jun. 2022. <https://www.intercept.com.br/2022/06/06/aborto-risco-de-vida-judiciario/>. Acesso em 12 ago. 2024.

de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19, lançado pelo Ministério em 2021 (Brasil, 2020b; Brasil, 2021).

O aborto como uma necessidade de saúde é, portanto, uma medida terapêutica possível para qualquer gravidez, inclusive para pessoas grávidas adoecidas por Covid-19, e pode ser enquadrado nos marcos brasileiros de aborto legal. Meu esforço para entender o cenário do aborto como necessidade de saúde no Brasil no contexto da pandemia não serve, no entanto, para dizer como os casos de mortes maternas por Covid-19 analisados nessa tese deveriam ter sido cuidados ou evitados, porque não pretendo e nem poderia avaliar diagnósticos e condutas terapêuticas individuais. Insisto em compreender o lugar do aborto nos cuidados de saúde para mulheres em risco de vida na pandemia porque entendo essa dimensão como crucial para pensar a mortalidade materna por Covid-19 desde uma perspectiva de justiça reprodutiva. Ao investigar a economia moral do aborto nas mortes maternas por Covid-19, ou seja, a circulação e uso de sentimentos morais, emoções, valores, normas e obrigações relacionados às vidas humanas atravessadas por gestações em meio a uma pandemia, proponho refletir sobre os valores desiguais atribuídos às vidas das mulheres no Brasil.

Nas próximas seções desse capítulo, apresentarei as três lupas que emergiram da análise da economia moral do aborto nos relatos sobre mortes maternas por Covid-19: o estigma do aborto, a prioridade dada à continuidade da gravidez em detrimento da saúde das mulheres grávidas, e a tutela do corpo grávido. Cada uma das lupas será antecedida por duas crônicas elaboradas a partir das entrevistas com familiares e afetos de mulheres grávidas ou puérperas que morreram de Covid-19. As crônicas não são casos exemplares dos argumentos apresentados por meio das lupas; na verdade, é possível ler cada crônica – assim como cada um dos demais 19 relatos que não foram apresentados nesta tese no formato de crônicas – a partir de mais de uma lupa. As lupas não explicam as mortes; elas apenas dão pistas de um complexo caleidoscópio de compreensões, práticas, decisões e justificativas sobre cuidados de saúde para mulheres grávidas e adoecidas que circulam entre elas mesmas, seus familiares e profissionais de saúde, e que, espero demonstrar como, o excesso de mortes maternas por Covid-19 no Brasil é uma questão de injustiça reprodutiva.

5.2. Crônicas de mortes maternas por Covid-19: parte I

i. O corpo exausto

“Nós éramos três primas muito próximas na infância e na adolescência. Isso foi nos anos 1990, quando o Piauí era um estado ainda mais pobre. Ficamos mais distantes na vida adulta. Ela se aproximou mais da família da mãe dela, nós éramos primas por parte de pai. A mãe e o padrasto dela eram pastores de uma igreja pentecostal, e ela frequentava a igreja com o marido. Eu fui estudar, faço doutorado agora. Ela estava estudando pedagogia, era auxiliar de enfermagem, e tinha uma filha, que ela foi mãe pela primeira vez bem cedo. Eu não quero ser rude, mas não deixo de pensar que foi a mãe que a matou. A mãe tristemente morreu antes dela. Nem o marido nem a mãe dela seguiam os protocolos de isolamento social, na igreja dela não se acreditava nisso de Covid-19 ou pandemia. A mãe dela adoeceu primeiro, morreu em uma semana, era diabética. Minha prima não tinha nenhuma condição pré-existente. Ela era saudável e linda, tinha um cabelo preto que todo mundo admirava. Dois dias depois da morte da mãe, ela adoeceu, estava grávida de umas 20 semanas. Os sintomas começaram leves, nos primeiros sete dias de internação ela estava estável. Foi piorando, transferiram para uma maternidade com UTI e ela foi entubada. Ficou 20 dias entubada e grávida. Tomando medicamentos muito fortes e grávida. Fazendo hemodiálise, e grávida. O feto acabou não sobrevivendo, e induziram o parto dela. Eu me pergunto: por que esperaram tanto? Por que induziram o parto por expulsão do feto? Minha prima estava exausta, era um corpo exausto, e os médicos se preocupavam com a gravidez e não com o sofrimento dela. A prioridade parece que era salvar a criança. Era uma gravidez compulsória. O caso foi muito falado aqui em Teresina, pois era das pacientes mais jovens a morrer. Eu lia as notícias e me indignava. Numa dessas notícias, o médico dizia: ‘Não tinha como fazer uma cesariana, pois o bebê não conseguiria viver fora da barriga da mãe. Foi feito o parto induzido para expelir o feto para ela continuar o tratamento, mas não suportou e veio a óbito’³¹. Me pergunto se não deveriam ter feito isso logo no início em que ela foi piorando. É um dilema moral entre aspas, sobre salvar o bebê ou salvar ela, ou os dois. Tinha que salvar ela como prioridade. Eu falei com ela todos os dias, até ela ir para a UTI. De lá, ela mandava bilhetes, um deles foi divulgado nas redes sociais: ‘a luta é grande, só Deus sabe o que passa. Orem pela minha alma’. Eu não consigo deixar de pensar: qual o protocolo para cuidar de mulheres grávidas? Por que não tiram o bebê? Tem o fato desse país não ter resolvido

³¹ Sena. Yala. Mulher morre de covid-19 após também perder mãe, avó e bebê recém-nascido. *Uol*, 03 ago. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2020/08/03/antes-de-morrer-de-covid-19-gravida-soube-da-morte-da-mae-pelo-facebook.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em 12 ago. 2024.

ainda a questão do aborto. Eu não podia fazer nada, se pudesse teria feito, teria pedido para tirar o bebê. Mas essas mortes viram mera estatística, há uma banalização. Dizem que querem salvar as mulheres e os fetos, mas as grávidas não estão na lista de vacinação prioritária. Isso não faz sentido para mim. Não que fosse salvar a minha prima, ela já estava doente, mas a deixam agonizar e morrer. Ela morreu depois de hemodiálise, traqueostomia, intubação, indução de expulsão do feto, daí parada cardíaca. Não teve velório nem qualquer cerimônia, ela foi direto da maternidade para a ala de covid do cemitério. Ela deixou uma filha órfã, o ex-marido segue a vida dele.”

Elis Jade do Nascimento era uma mulher branca de 28 anos, mãe de uma criança de oito anos. Era casada, técnica de enfermagem e morava em Teresina (PI). Ela morreu em 02 de agosto de 2020. Sua prima Bárbara Bruma Rocha do Nascimento foi entrevistada em 31 de janeiro de 2021.

ii. Bebê incerto, pessoa certa

“A gente era muito próxima, nossas filhas cresciam juntas. Minha irmã estava grávida do segundo filho, depois de um intervalo de dez anos do nascimento da primeira filha. Era uma gravidez desejada e esperada. Nós falamos muito sobre o novo vírus, ela acompanhava as notícias e se cuidava muito para proteger a gravidez. Ela era uma mulher jovem e saudável, e estava cumprindo o isolamento direitinho. As aulas da filha dela eram híbridas e o marido tinha que sair para trabalhar, acho que daí veio o risco. Ela buscou de imediato o obstetra que a acompanhava na gestação quando adoeceu. Minha irmã não gostava desse médico, ele falava mais de política que de pré-natal, era ativo nas redes sociais em defesa das políticas do ex-presidente, mas esse era o médico disponível. O obstetra pediu exames e passou um monte de medicamentos, prescreveu o coquetel experimental de hidroxicloroquina e azitromicina. Esse médico dizia que já tinha cuidado de cinco mulheres grávidas com Covid-19 e que nenhuma delas tinha tido complicação. ‘Exceto uma, pois foi teimosa e não me obedeceu’, ele disse para minha irmã. Os sintomas dela pioraram, ela tinha crises de falta de ar e muita taquicardia. Minha irmã e o marido foram ao hospital, passaram novos medicamentos mas não internaram. Ela só foi internada na terceira ida ao hospital, já em estado mais grave, e começou a fisioterapia respiratória, que ela tinha muita dificuldade de fazer. A gravidez dela estava com 28 semanas, e desde o início da internação os médicos falaram em ‘interromper a gestação’, só que a forma como falaram assustou a gente. Ela ficava em pânico, era uma gravidez desejada, como poderia

ser interrompida? Consultaram o obstetra que a acompanhava no pré-natal, que disse: ‘não vejo necessidade dessa conduta’. Resolveram esperar, passou mais de uma semana e ela sofria muito, dizia que não sabia mais como respirar. Apareceu uma vaga na UTI e disseram que iam transferir ela, e preparar a retirada do bebê. Na UTI ela ficaria sozinha, ela estava muito cansada e com medo. Ela pediu para ser sedada, mas negaram, disseram que o sedativo não era bom para o bebê. A gente não conseguiu fazer nenhuma despedida, a morte não era imaginada. Primeiro morreu o feto que já nasceu em sofrimento: placenta necrosada, transferência para outro hospital, entubação e falência cardíaca. Dias depois, morreu ela. Ela já tinha passado por hemodiálise e tratamento para trombose, mas só piorava. Meu cunhado, o marido dela, não se conforma. Ele se sente culpado por não entender o palavreado do cuidado. Ele fica lamentando, ‘por que não informaram que seria tão importante tirar logo o bebê? Por que não usaram outro termo?’. Ele disse que entendeu que ‘iam matar o bebê’, esse termo deixou tudo muito complicado. Por que não chegaram e disseram: ‘olha, pai, a gente vai fazer o parto porque é o melhor para ela’. Na tentativa de salvar um bebê incerto, perdeu-se uma pessoa certa, no meu ver. O marido, que tinha prometido festa do casamento antes de ela ser entubada, ficou viúvo. A filha deles, que é minha sobrinha e afilhada, ficou órfã. E eu tenho que seguir, né? A minha vida vai continuar, mas eu acho que nunca mais serei a mesma.”

M. era uma mulher negra de 34 anos, mãe de uma criança de 10 anos. Era casada, dona de casa e morava em Teresina (PI). Ela morreu em 22 de abril de 2021. Sua irmã Inácia foi entrevistada em 01 de maio de 2021.

5.3. O estigma do aborto

Se o aborto ou interrupção da gestação é um procedimento de saúde que pode ser necessário para mulheres grávidas em qualquer cenário, a análise das 25 entrevistas com familiares e afetos de grávidas e puérperas que morreram de Covid-19 mostrou como é difícil compreender esse tema sob um marco de saúde. Familiares enlutados falaram do aborto ou interrupção da gestação como algo que poderia ter ajudado na recuperação das mulheres, e identificaram essa questão ao refletir sobre opiniões ou recomendações médicas, mas com frequência destacando como o tema era confuso e despertava sentimentos conflitantes.

Em uma das entrevistas (que não foi apresentada como crônica nesta tese), a enteada conta que durante a internação da madrastra de 39 anos, grávida de 22 semanas, a família foi alertada de que a gravidez poderia estar sendo prejudicada pelo tratamento médico. A

possibilidade de um aborto foi levantada, mas não foi adiante. A enteada descreveu assim questões centrais do tratamento da madrastra: *“Olha, olhando pelo lado científico da coisa, eu pensei que um aborto poderia ser viável. Eu achei que talvez se abortassem, poderia ter salvado, poderia ter dado algum resultado bom. Mas pelo lado emocional da coisa, aí dificulta, a gente fica naquela... Mas é como o meu pai mesmo fala, ele diz: ‘se fosse o bebê seria menos pior. Porque foi levado duas pessoas, né? Ela e o bebê’.”*

É difícil imaginar essa distinção entre “o lado emocional” e “o lado científico” presente em qualquer outra necessidade de saúde durante a pandemia de Covid-19. Não se fala de “lado emocional” de medicamentos, vacinas ou até mesmo procedimentos invasivos como uma intubação. O estigma do aborto é uma das principais razões para esse peso moral atribuído a uma necessidade de saúde que pode fazer a diferença entre a vida e a morte das mulheres.

A literatura de saúde e direitos sexuais e reprodutivos define o estigma do aborto como um entendimento compartilhado – não apenas entre indivíduos e comunidades, mas também na mídia, em leis, em políticas públicas e práticas institucionais – de que o aborto é moralmente errado e/ou socialmente inaceitável. Esse estigma é vivenciado nas atitudes, afetos e comportamentos negativos relacionados ao aborto, como evidenciam os sentimentos conflitantes relatados nas entrevistas sobre mortes maternas por Covid-19, e também na marginalização imposta não só a mulheres que buscam um aborto ou que abortam, mas também aos profissionais de saúde e serviços que atuam em cuidados ao aborto. Esse amplo efeito de marginalização social, médica e legal do aborto faz do estigma uma das principais barreiras de acesso ao aborto seguro e de qualidade em todo o mundo, inclusive quando se trata de aborto legal (Cockrill et al., 2013; Cook & Dickens, 2014).

O conceito de estigma ganhou notoriedade com o trabalho pioneiro do sociólogo canadense Erving Goffman (Goffman, 1981), que o pensava em contextos variados, de deficiências e deformidades físicas a distúrbios mentais, e partia de uma ideia de marcas físicas e visíveis para pensar processos de interação social entre pessoas estigmatizadas e aquelas que as estigmatizam. O conceito se popularizou em estudos sociológicos e antropológicos, e especialmente a partir de 2010 a produção acadêmica sobre o tema estigma social vem aumentando muito, com particular relevância para estudos no campo da saúde sobre HIV/Aids, saúde mental e aborto (Adesse et al., 2016).

Estudos sobre estigma investigam sua natureza relacional e seu processo de produção, distinguindo as seguintes dimensões: rotulação, que se refere à identificação de diferenças entre

pessoas; estereotipagem, que é a atribuição de características negativas a indivíduos rotulados (por exemplo, no estigma do aborto, a mulher que fez um aborto não é apenas uma mulher que abortou, ela é uma mulher má); separação, que diz respeito a formas de apartar as pessoas rotuladas nas interações com outras, criando dinâmicas de “nós” versus “eles”; e por fim, a discriminação imposta a pessoas rotuladas, que podem sofrer rejeição e negação de assistência e cuidados (como se observa inclusive com mulheres que tentam acessar um aborto legal) (Adesse et al., 2016; Kumar et al., 2009).

Se o processo de produção do estigma do aborto é semelhante a outros processos de estigmatização que impactam o acesso à saúde, um traço distintivo é sua marca patriarcal. O estigma do aborto movimentava um imaginário de mulheres que transgridem normas de gênero, como o recato sexual, a maternidade compulsória e o dever de cuidar de outras pessoas, e que por isso seriam não apenas diferentes de outras mulheres que nunca fizeram um aborto, mas inferiores (Adesse et al., 2016). Nesse sentido, ser uma boa mulher significaria querer ser mãe e apenas fazer sexo com a finalidade de procriar – o sexo por prazer só seria aceitável para homens. O aborto seria estigmatizado por ser uma evidência de que mulheres fazem sexo não procriativo e ainda tentam exercer controle sobre sua sexualidade e reprodução (Norris et al., 2011).

O estigma do aborto é uma tecnologia patriarcal. Seguindo as considerações de Debora Diniz (2015), entendo o patriarcado como um marco de poder de precarização da vida das mulheres, e o gênero como um regime político de governo dos corpos, que opera pela sexagem binária e organizada para garantir a reprodução biológica e social da vida. Nesse sentido, gestar, parir e criar crianças é dever das pessoas sexadas mulheres. Ao identificar o marco patriarcal do estigma do aborto, não pretendo sugerir uma genealogia para a opressão das mulheres. Se gênero e patriarcado são certamente parte disso, não são exclusivos. A atualização do patriarcado, com diferentes formas de subalternização, vigilância e punição das mulheres, não se faz apenas a partir do gênero, mas sim em constante cruzamento com outros regimes de governo dos corpos, como raça, classe e colonialidade.

Pesquisas mostram que estigmas de vários tipos, incluindo relacionados a aborto, saúde mental, abuso de drogas e HIV/Aids, impactam as decisões e comportamentos das pessoas, geram conflitos em relações interpessoais próximas e podem impactar sua saúde física e mental e seu bem-estar (Schellenberg, Tsui, 2012). É difícil dizer se o estigma do aborto causa barreiras de acesso ao aborto seguro ou vice-versa, ou seja, se as dificuldades de acesso ao aborto seguro é que provocam o estigma. Diante dessa complexa retroalimentação entre estigma

e barreiras, a literatura vem descrevendo ciclos viciosos do estigma do aborto que afetam, de formas diferentes mas relacionadas, mulheres, profissionais de saúde e a criação de leis e políticas públicas.

Entre mulheres, o estigma do aborto não precisa ser diretamente experimentado na forma de rejeição ou discriminação para impactar sua saúde física e mental e/ou contribuir para atrasar ou evitar cuidados em saúde. O estigma percebido, ou seja, as ideias, sentimentos e reações negativas de outras pessoas em relação ao aborto, e o estigma internalizado, isto é, a incorporação de autoavaliações negativas, que geram culpa ou vergonha, em função da decisão de fazer um aborto, podem ter igual impacto na saúde. Sentindo-se envergonhadas, ou com receio de coerção ou rejeição por parte das pessoas com quem convivem, mulheres ocultam suas experiências de aborto, e se sentem ainda mais culpadas; este silêncio fortalece as concepções equivocadas do aborto como algo raro e desviante, bem como a discriminação contra quem faz aborto. A reprodução do estigma pode, portanto, ser feita inclusive por mulheres que já fizeram um aborto (Adesse et al., 2016).

São muitas as evidências da relação entre estigma do aborto e silenciamento. Um estudo realizado no México comparou diferentes metodologias de coleta de dados sobre aborto induzido e mostrou que as mulheres ocultam experiências de aborto mesmo sob a promessa de sigilo; somente quando técnicas de garantia explícita de sigilo são usadas, como a técnica de urna, é que as mulheres revelam terem realizado abortos (Lara et al., 2004). Outro estudo de 2010 realizado nos Estados Unidos, em um momento em que o aborto era legal em todo o país, mostrou que 58% das mulheres que buscavam um aborto sentiam que deveriam mantê-lo em segredo, sem poder contar sobre a experiência para familiares e amigas, e um terço das mulheres estava preocupada com o que outras pessoas pensariam sobre suas decisões (Schellenberg, Tsui, 2012).

O ciclo vicioso do estigma do aborto no campo da saúde tem muitas dimensões. Em alguma medida, o estigma do aborto como uma prática que transgride normas de recato sexual, maternidade compulsória e dever de cuidar das mulheres também impacta profissionais de saúde que fazem aborto, de forma que seu trabalho acaba sendo visto como ilegítimo, desqualificado ou sujo (Adesse et al., 2016). Mesmo quando atuam com aborto legal, o trabalho desses profissionais pode ser considerado socialmente necessário, mas moralmente repugnante. O estigma do aborto entre profissionais de saúde também pode estar associado a uma narrativa do aborto como algo perigoso e inseguro, realizado por uma suposta indústria do aborto que exploraria mulheres (Norris et al, 2011). Ainda que guarde relação com a realidade do problema

de saúde pública que é o aborto inseguro, essa narrativa deliberadamente ignora que o aborto realizado em condições adequadas é mais seguro que um parto e deve ser oferecido como parte dos cuidados em saúde disponíveis para mulheres, como discutido no início deste capítulo.

É importante destacar que a literatura mostra que o estigma do aborto está profundamente entranhado na atuação médica, desde a formação profissional até a infraestrutura dos serviços de saúde que realizam abortos. O aborto não é integrado nos currículos médicos básicos e nas estratégias pedagógicas de reflexão ético-profissionais sobre direitos, corpo e reprodução; quando é tematizado, o cuidado em aborto costuma ser tratado como algo à margem da ginecologia-obstetrícia, quase como uma subespecialidade. Por sua vez, o cuidado em aborto é tratado como um atendimento de saúde separado, oferecido em clínicas especializadas, o que tende a contribuir para um isolamento do aborto em relação a uma perspectiva integral de saúde das mulheres. Embora seja comum, o aborto é deslocado do conjunto dos procedimentos normais para o conjunto dos excepcionais (Adesse et al, 2016; Norris et al, 2011). Nesse sentido, aliás, um ensaio das pesquisadoras brasileiras de saúde coletiva Marina Jacobs e Alexandra Boing identifica que a estigmatização do aborto contribui para a concentração dos serviços de aborto legal em poucos hospitais de grandes centros urbanos, embora os princípios e a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) recomendem sua integração à atenção primária (Jacobs & Boing, 2022).

De tão impregnado pelo estigma do aborto, o campo médico é um espaço privilegiado para a reprodução do estigma. Nas últimas décadas, por exemplo, avanços na medicina fetal têm sido usados como estratégias de personificação do feto, que levam a uma falsa equivalência entre aborto e assassinato. Ultrassonografias de última geração que produzem “fotos” fetais, por exemplo, têm sido mobilizadas como argumentos para descrever o feto como uma pessoa. Essa armadilha imagética, com grande potencial de impacto emocional, provoca um desaparecimento da mulher grávida, descontextualizando o feto como parte de uma gravidez que é totalmente dependente da pessoa grávida e de suas circunstâncias de vida (Norris et al, 2011).

Além disso, o campo médico também é permeado pela desinformação sobre o aborto, como as afirmações falsas de que o aborto causaria câncer de mama, depressão ou infertilidade (ACOG, 2022; Bryant et al., 2014). Em artigo publicado em 2023, pesquisadoras estadunidenses argumentaram que, no contexto da crescente restrição dos direitos ao aborto nos Estados Unidos, a proliferação da desinformação sobre o tema pode levar a uma infodemia, que é o termo cunhado pela OMS para descrever cenários em que a disseminação de informações

falsas ou enganosas conduzem à confusão, à desconfiança nas autoridades de saúde e à rejeição das recomendações de saúde pública, como observado durante a pandemia de Covid-19 (Pagoto et al., 2023).

Por fim, há ainda o ciclo vicioso do aborto no âmbito legal, cuja circularidade, apesar de complexa, pode ser resumida assim: o aborto é criminalizado porque é estigmatizado, e a criminalização do aborto, ao descrevê-lo como crime e não como necessidade de saúde, tem um efeito estigmatizante. Mesmo em casos de aborto legal, o estigma mobiliza barreiras que dificultam o acesso, impedindo a compreensão do aborto como uma questão de saúde e reforçando a ideia de que se trata de um procedimento raro e moralmente questionável; a ampla circulação do estigma do aborto entre mulheres, profissionais de saúde e sistemas de justiça dificulta a consolidação da vontade política para descriminalizar o aborto, a despeito dos marcos internacionais de direitos humanos e das evidências de que a descriminalização reduz a morbimortalidade materna e também o próprio número de abortos (Norris et al, 2011).

Muitos estudos chamam particular atenção para o efeito estigmatizante da criminalização do aborto na atuação de profissionais da saúde (Adesse et al., 2016; Cockrill et al., 2013; A. Madeiro et al., 2016). Mesmo em contextos com leis mais liberais de aborto, profissionais de saúde frequentemente se sentem inseguros para aplicar os critérios de elegibilidade de aborto legal e temem enfrentar consequências criminais por eventuais erros. Além disso, muitos profissionais têm medo de serem tratados de forma pejorativa por seus pares por atuarem na provisão de abortos, e ainda temem ser alvos de violência ou assédio por razões políticas ou religiosas.

A complexa relação entre a criminalização do aborto, o estigma e as barreiras de acesso tem levado a recomendações internacionais de descriminalização total do aborto, como a feita pela OMS nas mais recentes diretrizes sobre cuidados ao aborto, apresentadas no início do capítulo. Nesse sentido, uma revisão sistemática da literatura mostrou que marcos legais de aborto baseados em exceções (ou seja, em que o aborto é legal apenas em alguns casos, como risco de saúde, estupro e malformação fetal) contribuem não só para atrasos no acesso ao aborto, mas também para outros resultados negativos como a continuidade de gestações indesejadas ou de risco, o recurso a formas inseguras de aborto, e impacto desproporcional sobre as mulheres que vivem nas zonas rurais, sobre as de menor renda e sobre as com menos educação. Os atrasos acontecem por causa de inconsistências na interpretação e aplicação das exceções legais, questionamentos ou processos de verificação das narrativas das mulheres em relação a essas

exceções, e discordâncias entre profissionais de saúde quanto à aplicação de uma exceção (De Londras et al., 2022).

A extensa literatura nos campos da saúde e do direito sobre o estigma do aborto importa na medida em que pode demonstrar como o estigma pode desencadear violações do próprio direito à saúde, afetando particularmente as pessoas mais vulnerabilizadas, e que buscam cuidado dentro de relações extremamente hierárquicas. Isso não é novidade para as políticas públicas brasileiras de saúde das mulheres. Como exemplo, o *Manual Técnico do Ministério da Saúde sobre Gestação de Alto Risco* de 2010, que estava vigente durante maior parte da pandemia de Covid-19,³² reconhecia que o estigma do aborto gera inclusive dificuldades de comunica o com pacientes: “O termo aborto ou abortamento   utilizado de maneira indiscriminada mas, por possuir forte estigma sociocultural, deve ser utilizado apenas se esse processo ocorrer antes da 22^a semana de gesta o ou em fetos com peso menor de 500 gramas” (Brasil, 2010, p. 257).

Dentre os relatos de morte materna por Covid-19 que analisei, o estigma do aborto ficou evidente de várias formas, mas nas lembrancas de Inácia sobre a morte de sua irmã, apresentadas em forma de crônica na se o anterior, talvez tenha sido a mais explícita. Inácia contou como a família teve dificuldades de entender o que os médicos queriam dizer quando falaram em interromper a gesta o de 28 semanas da irmã. Interromper a gesta o era o oposto do que eles queriam diante de uma gravidez desejada pela mulher grávida, e não foi entendida por eles como uma necessidade de saúde diante de um risco de vida para ela, mas como uma a o moralmente questionável, errada. Não se pode dizer com certeza que algum outro termo, como antecipac o do parto, fosse capaz de resolver a barreira de comunica o, mas essa dificuldade pode ter impactado a tomada de decisões no caso.

Como dimensão da economia moral do aborto evidenciada nos casos analisados, o estigma do aborto aponta para a dificuldade coletiva, compartilhada entre mulheres, familiares e profissionais de saúde, de entender o aborto como uma necessidade de saúde. Mesmo quando

³² Em 2022, o Ministério da Saúde do governo de Jair Bolsonaro lançou uma nova edi o do Manual Técnico de Gesta o de Alto Risco que não mais inclui a observa o em rela o ao impacto do estigma do aborto na comunica o com pacientes. Pelo contrário, aliás: o novo manual reforca uma perspectiva estigmatizante do aborto ao afirmar na se o sobre interrup o da gesta o por risco ou por violência sexual que “Não existe aborto ‘legal’ como   costumeiramente citado, inclusive em textos técnicos. O que existe   o aborto com excludente de ilicitude. Todo aborto   um crime, mas quando comprovadas as situa es de excludente de ilicitude após investiga o policial, ele deixa de ser punido” (Brasil, 2022, p. 671). Essa afirma o, que contraria os marcos normativos brasileiros de aborto legal ao submeter todos os casos de aborto legal a uma suposta investiga o policial prévia, fez parte das estratégias do governo Bolsonaro para impor barreiras de acesso ao aborto legal, como já abordado no início do capítulo.

essa compreensão existe de maneira mais precisa, pode ser difícil enunciá-la, porque falar em aborto remete a algo que pode ser considerado moralmente condenável. Isso fica evidente em uma das entrevistas (que não foi apresentada como crônica nesta tese), sobre a morte de uma mulher de 30 anos, grávida de 30 semanas, em que os familiares entenderam que houve demora para a antecipação do parto porque a equipe médica estava usando medicamentos para acelerar o amadurecimento pulmonar fetal – uma conduta comum para aumentar as chances de sobrevivência do feto em casos de gestação com risco de parto prematuro (McGoldrick et al., 2020). A entrevistada foi a cunhada e, ao refletir sobre o que ela gostaria que tivesse sido feito se fosse ela quem estivesse naquela situação de risco, ela fez referência ao aborto junto com uma autocensura, sinalizando o peso moral do tema: *“Se fosse eu, eu falaria ‘pode tirar’. Eu até pensei depois, ‘gente, será que eu sou tão ruim assim?’. Mas não, eu tenho o meu filho de seis anos para cuidar”*.

5.4. Crônicas de mortes maternas por Covid-19: parte II

i. Como uma barriga

“Minha irmã já tinha um filhinho de cinco anos de um relacionamento triste para ela. O pai da criança quase não tinha vínculo, só de vez em quando pegava o menino para um final de semana. Em uma dessas visitas, a criança voltou para casa com Covid. Quem primeiro adoeceu na casa foi o atual companheiro dela – minha irmã estava tão feliz em pensar no futuro com esse novo casamento. Em poucos dias, ele ficou muito grave e teve que ser hospitalizado. Ele quase morreu. Ela já tinha adoecido também. Ela ficou uma semana com nossos pais cuidando dela, eles também com Covid, mas com sintomas mais leves. Minha irmã tossia muito e quando a saturação começou a cair, ela foi internada. Foram quinze dias entre os primeiros sintomas e a morte dela. Ela era saudável, não tinha nenhuma condição pré-existente, jovem, 33 anos, fazia atividade física. Mas, quando ela foi internada, tudo aconteceu muito rápido. Entrou numa sexta-feira, e no mesmo dia teve que ser transferida da nossa cidade para outra no interior de São Paulo com um hospital maior. No sábado ela foi entubada, no domingo fizeram o parto com ela entubada, na segunda-feira recebemos a ligação informando o óbito. Ela morreu de trombose. Foi um final de semana de agonia para a gente, e eu é que tinha a missão de atender o telefone pela ansiedade que tínhamos. Eu acho que os últimos dias de vida dela só foram assim porque demoraram muito para internar ela, era para ela ter sido internada na mesma época que o marido. Ela estava gestante, era grupo de risco, mas não priorizaram a vida dela. Nos

telefonemas com o hospital, meu pai e eu insistíamos em perguntar para o médico por que não faziam logo o parto para cuidar dela. Ela já estava com oito meses de gravidez, tanto que o filho nasceu e só ficou um dia no tratamento intensivo e saiu bem. A nossa decisão familiar era salvar ela. Sei que é estranho, pois agora tenho um novo sobrinho, mas nós pensávamos: ‘ela pode ter outro filho’. Os profissionais olham para a mulher grávida como uma barriga, mas minha irmã tinha uma vida, um outro filho. A pandemia era uma questão política na minha família. Na minha cidade, quase todas as pessoas são bolsonaristas. Antes de adoecer, minha irmã chegou a perguntar ao obstetra sobre a vacina, e ele respondeu que só recomendaria se fosse a da Pfizer. Só havia a CoronaVac disponível. Minha irmã era profissional de saúde, uma dentista, mas também ela estava insegura sobre as informações que circulavam. Do lado do ex-marido, a mãe dele e o padrasto são pastores, na igreja deles não havia isso de isolamento social. Talvez, daí tenha vindo o vírus pela criança. O obstetra dela, esse mesmo que não quis recomendar a vacina, se recusou a atendê-la quando ela testou positivo, dizia que ‘não podia pôr a mão em mulheres com Covid-19’. Minha irmã era funcionária pública, e agora estamos enfrentando uma briga judicial pela guarda do meu sobrinho mais velho. O pai que nunca quis saber do filho, que agrediu minha irmã, que ela denunciou e pediu medida protetiva, agora quer a guarda e ser pai. E sabe por quê? Por causa da pensão dela. Há uma grande tristeza entre nós agora. Meu pai diz que não vai votar nunca mais. Não quer mais saber de política. E eu penso nela, ela poderia estar aqui.”

Nadia era uma mulher branca de 33 anos, mãe de uma criança de 5 anos. Era casada, dentista e morava em Nhandeara (SP). Ela morreu em 21 de junho de 2021. Sua irmã Lariza foi entrevistada em 02 de julho de 2021.

ii. A demora da cesárea

“A gente se conheceu no Festrival de Juruti. Nós dois trabalhamos no meio artístico, ela é cantora e eu dançarino e coreógrafo. Quando a pandemia começou e tudo fechou, não podíamos mais viajar para trabalhar. As contas começaram a apertar, eu comecei a fazer comida para vender, ela dava aulas de canto, e nesse meio tempo ela já estava grávida. No fim do ano, ela começou a ter muita tosse e febre. A gente foi em dois serviços de saúde, fizeram exames que deram negativo, passaram muitos remédios, mas nada dela melhorar. Foi só no terceiro exame que ela fez, que foi particular, que deu positivo. Voltamos para o hospital e foi uma das piores coisas da minha vida: a maternidade não estava preparada para receber grávidas com

Covid-19, não queriam deixar a gente entrar. Ela só conseguiu atendimento porque um tio dela que é enfermeiro intercedeu, ela foi medicada e voltamos para casa de novo. No dia seguinte, a bolsa estourou, ela estava grávida de sete meses. Quando finalmente conseguimos entrar na outra maternidade, primeiro colocaram ela numa ala de Covid, depois disseram que o exame tinha dado negativo e levaram para outra ala. Nem o médico sabia explicar a confusão dos exames. Ela passou uma noite inteira gritando de dor, parece que queriam que ela tivesse parto normal mas a dilatação dela não aumentava, ela pedia para fazer logo a cesárea porque não ia aguentar. Eu ficava abanando ela, me sentia inútil de não poder fazer nada. Se a cesárea tivesse acontecido antes, eu acho que ela estaria viva hoje. Fizeram a cesárea, nosso filho nasceu prematuro e foi para a UTI. Eu segui com ela, dormindo no chão, em cima de papelão ou de toalha, para ficar ao lado dela. Dois dias depois do parto, disseram que ela estava sim com Covid e tinha que ir para a ala específica. Eu me senti como se estivesse indo para a guerra. Nesse meio tempo, eu também comecei a ter sintomas. Um dia saí do hospital para tentar conseguir um cilindro de oxigênio para ela, na esperança de que ela pudesse ir para casa se recuperar lá, quando me ligaram dizendo que ela tinha ido para a UTI. A partir daí foram dias de agonia, a gente só tinha notícias dela e do bebê a noite. Ela teve três paradas cardíacas, foi entubada, tentaram hemodiálise mas ela não resistiu. Nesse momento eu estava isolado para tratar a Covid. Minha sogra cuidou muito de mim, mas ninguém podia me dar um abraço, minha única companhia era minha cachorrinha. Eu não pude nem ir ao enterro dela. Eu me recuperei para poder ficar com meu filho. A primeira vez que senti o cheiro dele foi muito gratificante, porque ele era nosso sonho. Eu me esforcei para aprender com as enfermeiras tudo sobre dar de mamar, trocar fralda, fazer o canguru. Eu cantei para ele as músicas que a mãe dele cantava para mim, e ele foi ficando mais forte, teve alta antes do colapso de oxigênio aqui na cidade, ainda bem. Hoje ele está muito espertinho, minha sogra me ajuda muito com ele. Até hoje eu não acredito que ela partiu, porque a gente sonhou tanta coisa juntos. Às vezes eu finjo que ela está viajando, fazendo shows, e vai demorar a voltar. Me dói muito que ela não viu nosso bebê.”

R. era uma mulher negra de 39 anos.³³ Estava noiva, era cantora e professora de canto e morava em Manaus (AM). Ela morreu em 09 de janeiro de 2021. Seu companheiro R. foi entrevistado em 02 de fevereiro de 2021.

³³ O entrevistado R. afirmou que sua companheira se identificava como “morena”. No complexo debate sobre identidade racial no Brasil, a categoria “morena” remete ao que a filósofa brasileira Sueli Carneiro chama de “deslocamento da negritude, que oferece aos negros de pele clara as múltiplas classificações de cor que por aqui circulam” (Carneiro, 2011, p. 66), e que frequentemente são usadas para desqualificar políticas de igualdade racial focadas na promoção de direitos de pessoas negras. Esse é um processo em aberto, de disputa constante e

5.5. A prioridade da gravidez

Nos 25 relatos dos familiares e afetos de grávidas e puérperas que morreram de Covid-19 que analisei, há muitas cenas em que, diante de um potencial conflito entre atender demandas de saúde da mulher grávida e lidar com algum risco à continuidade da gravidez, a prioridade é dada à gravidez. É certo que a prioridade da gravidez está intimamente relacionada ao estigma do aborto apresentado na seção anterior. Afinal, o não reconhecimento do aborto como uma necessidade de saúde pode ser tanto uma causa quanto uma consequência da ideia de que mulheres devem levar gestações a termo sob qualquer circunstância, mesmo que isso prejudique sua saúde e coloque suas vidas em risco. No entanto, decidi propor a prioridade da gravidez como categoria distinta do estigma do aborto porque, nos relatos analisados, ela emergiu em cenas mais diversas e complexas do que aquelas em que se considerava especificamente uma interrupção da gravidez como possível medida terapêutica.

As cenas que considerei como expressões da prioridade da continuidade da gravidez em detrimento da saúde da mulher são muito diferentes, dependendo não apenas do tipo de impacto que a priorização da gravidez pode ter na saúde das mulheres, mas também de quem toma decisões a partir dessa priorização, se profissionais de saúde ou as próprias mulheres. Por exemplo, houve nos relatos analisados casos de tratamentos médicos modificados para evitar potenciais danos à gravidez. Em um deles (que não foi apresentado como crônica mas foi brevemente mencionado na seção anterior), uma mulher de 39 anos, grávida de 22 semanas, apresentava melhora respiratória quando era colocada em posição prona, mas a equipe considerava que isso poderia ser danoso para a gravidez. A enteada entrevistada contou que *"A posição que falaram pra gente que ela respirou melhor, que a saturação dela tava aumentando, foi a posição de bruços, na qual a maioria dos pacientes apresentam uma melhora. Mas ela não podia ficar muito tempo de bruços por causa do bebê."* Vale destacar que a edição mais atualizada do *Manual Técnico do Ministério da Saúde sobre Gestação de Alto Risco*, de 2022, utiliza evidências de pelo menos 2017 para afirmar que a posição prona é segura para gestantes

influenciada pelas lutas dos movimentos negros quanto à valorização da negritude. Exemplo disso é o crescimento de mais de 40% da parcela da população brasileira que se autodeclarou preta no Censo de 2022, em comparação com o Censo de 2010. Ver: Carrança, Thais. População preta cresce 42% e outras 4 novidades sobre perfil étnico-racial dos brasileiros no Censo 2022. *BBC News Brasil*, 22 dez. 2023. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/c4nyekzdd16o>. Acesso em ago. 2024.

e fetos, e portanto “permite atestar que esse posicionamento deve ser utilizado em gestantes com Covid-19 para melhora da capacidade respiratória” (Brasil, 2022, p. 320).

Os casos mais explícitos de prioridade da gravidez foram aqueles em que, sabendo que a interrupção da gestação ou a antecipação do parto seriam possibilidades para tentar melhorar as condições de saúde da mulher, familiares se questionavam sobre a demora em fazê-lo, como visto nas duas crônicas da seção anterior. Dentre os 25 casos analisados, há pelo menos outros cinco semelhantes ao de Nadia, que nos termos de sua irmã Lariza foi tratada “como uma barriga”, não como uma pessoa. Em um deles, por exemplo, o marido de uma mulher de 31 anos, vivendo a primeira gravidez e hospitalizada quando estava com 32 semanas de gestação, ouviu dos profissionais de saúde que eles iriam “*decidir pelo melhor para salvar tanto a vida da sua filha como a vida da sua esposa, porque o nosso dever agora é olhar pras duas. Sua filha está recebendo medicação muito forte [aplicada à mulher grávida], e é perigoso afetar a saúde dela*”. Uma cesárea foi realizada dois dias depois que ela foi internada, e ela morreu pouco depois.

Em alguns casos, famílias angustiadas chegaram a suplicar com equipes médicas pela vida das mulheres. Foi assim com Sílvia Quitéria Albuquerque de Lucena, cuja experiência de perder a filha Viviane Albuquerque Lucena de Melo, de 33 anos, grávida de 31 semanas, foi testemunhada em detalhes na dissertação de mestrado em direito de Vitória Buzzi (2023). Dona Sílvia ouviu no hospital que a filha Viviane não estava recebendo toda a medicação possível porque estava grávida. Foi quando ela questionou: “*E por que não tiraram a criança logo? Eu falei pro médico. Na sexta-feira, quando eu entrei pra vê-la, eu disse pra ele. No sábado, eu disse a mesma coisa. ‘Doutor, se for de salvar, salva ela’. Ele disse que era um procedimento que teria que ser analisado. Ai eu disse, ‘tem que deixar chegar ao óbito para saber se podia ou não?’*”.

Eu não poderia afirmar que qualquer desses casos teria tido um outro desfecho se as gestações tivessem sido interrompidas ou os partos, antecipados. Faço perguntas sobre as mortes dessas mulheres com a consciência de não ser capaz de determinar o que as poderia ter salvado. Entendo que a realidade das decisões médicas é complexa, e os resultados para pacientes geralmente dependem de uma combinação de variáveis. Também por isso não é propósito dessa tese especular sobre quais deveriam ter sido as decisões médicas em cada caso e quais seriam seus resultados para as mulheres grávidas, mas sim investigar a economia moral do aborto nas mortes maternas analisadas.

Mas a verdade é que casos extremos existem: a priorização da gravidez pode sim causar a morte da mulher grávida. Esse é um debate premente no direito internacional dos direitos humanos, com particular peso para a América Latina e Caribe, que concentra a maioria das duas dezenas de países em que o aborto é proibido em toda e qualquer circunstância, inclusive para salvar a vida da mulher grávida: El Salvador, Haiti, Honduras, Jamaica, Nicarágua, República Dominicana, Suriname (Center for Reproductive Rights, 2023).

Nesse sentido, há uma grande expectativa em torno do caso Esperancita, submetido à Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 2017. Esperancita, como era conhecida Rosaura Almonte Hernández, era uma adolescente de 16 anos da República Dominicana. Diagnosticada com leucemia em um momento em que estava grávida de sete semanas, em 2012, ela precisava de tratamento quimioterápico imediato. Em função da proibição total do aborto no país, os médicos decidiram adiar o tratamento para não provocar danos ao feto, e Esperancita morreu um mês e meio depois de ter sido hospitalizada. As organizações feministas proponentes do caso esperam que ele leve a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) a se pronunciar pela primeira vez sobre a compatibilidade do aborto terapêutico – ou seja, o aborto realizado em caso de risco de vida – com a Convenção Americana de Direitos Humanos (também chamada de Pacto de São José da Costa Rica), estabelecendo-o como um parâmetro legal mínimo que deve ser observado pelos Estados Parte da Convenção (Laguna Trujillo & Sandoval Mantilla, 2018).

O caso Esperancita argumenta que a interpretação teleológica e sistemática do Pacto de São José da Costa Rica – cujo artigo 4 estabelece que o direito à vida “deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção” – determina a proteção da vida e da saúde da mulher grávida, ao passo que a proteção ao embrião – que não teria personalidade jurídica que o torne sujeito de direitos antes do nascimento –, embora necessária, não é absoluta e deve ser aplicada de forma progressiva, de acordo com o seu desenvolvimento (Laguna Trujillo & Sandoval Mantilla, 2018). A Corte IDH já tem precedentes nesse sentido: ao analisar uma decisão da Suprema Corte de Justiça da Costa Rica que proibiu fertilização *in vitro* em função da possibilidade de perda embrionária no processo de reprodução assistida, a Corte IDH afirmou que a proteção de direito à vida “em geral, desde o momento da concepção” não autoriza a equiparação de um embrião a uma pessoa, e destacou que “a defesa do não nascido se realiza essencialmente através da proteção da mulher” (Corte IDH, 2012).

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos (2010) já chegou a conceder medidas cautelares a uma mulher que viveu uma tragédia semelhante à de Rosaura. Grávida e

diagnosticada com um câncer em 2010, a nicaraguense Amelia teve vários pedidos de acesso ao tratamento quimioterápico negados pelo Estado. O tratamento só foi iniciado após a intervenção rápida da Comissão, mas o Estado nicaraguense impôs a condição de que Amelia levasse a gestação adiante, sob o argumento de que a gravidez e o tratamento seriam compatíveis. Sete meses depois de iniciar o tratamento, contando com atenção médica precária, Amelia perdeu a gestação e em seguida morreu, deixando órfã uma filha de 11 anos.³⁴ O caso Esperancita busca, assim, que a Corte IDH se manifeste inequivocamente sobre a negação do aborto como uma violação de direitos humanos das mulheres.

Em alguns dos casos de mortes maternas por Covid-19 analisados, a demora em intervenções como interrupção da gravidez ou antecipação do parto foram acompanhadas pela narrativa de “salvar as duas vidas”, inclusive diante de súplicas de familiares pelas vidas das mulheres grávidas. Acredito que esse é um indício particularmente relevante de como a economia moral do aborto atravessou a mortalidade materna por Covid-19. Não se trata apenas de uma narrativa com forte carga moral sobre o que supostamente seria o dever médico diante de uma mulher grávida doente – a frase consolidou-se há anos como um lema do vocabulário religioso conservador para defender a proibição ao aborto (Luna & Porto, 2023). Originalmente usada para expressar a resposta de grupos conservadores ao fato de que a criminalização do aborto constrange mulheres a realizarem abortos de forma insegura e, portanto, é uma das causas de mortalidade materna, mais recentemente o lema passou a ser usado de forma mais ampla em debates sobre direito ao aborto.

Falar em “salvar as duas vidas” é uma forma de sinalizar não apenas a postura moral típica de movimentos antiaborto diante da vida em potencial em uma gravidez, mas também uma posição compassiva com a mulher grávida e vivendo algum conflito que a faça não querer ou não poder levar a gestação adiante. É uma forma de negar o direito ao aborto sem supostamente perder de vista a mulher concreta que busca acessar um aborto. É por causa dessa ambiguidade estratégica que “salvar as duas vidas” foi o principal lema da campanha argentina contrária à legalização do aborto até 14 semanas de gestação, aprovada no país em 2020.³⁵

³⁴ Mahtani, Noor. Cuando las leyes antiaborto matan: las centroamericanas que están abriendo el camino. *El País*, 21 mar. 2023. Disponível em: <https://elpais.com/america-futura/2023-03-21/cuando-las-leyes-antiaborto-matan-las-centroamericanas-que-estan-abriendo-el-camino.html>. Acesso em 12 ago. 2024.

³⁵ Ver: Redacción laSexta. Miles de personas marchan en Argentina contra el aborto bajo el lema 'Salvar dos vidas'. *laSexta*, 05 ago. 2018. Disponível em: https://www.lasexta.com/noticias/internacional/miles-de-personas-marchan-en-argentina-contra-el-aborto_201808055b6708bb0cf2b572e7ebaa7a.html. Acesso em 12 ago. 2024.

“Salvar as duas vidas” implicaria forçar a continuidade de gestações indesejadas, sim, mas segundo a campanha antiaborto, garantindo algum tipo de apoio psicossocial durante a gravidez e a entrega para a adoção como formas de “salvar” a mulher grávida.

Em casos de gestações que geram ou agravam riscos de vida para mulheres grávidas, “salvar as duas vidas” significa na verdade ignorar ou menosprezar as necessidades de saúde da mulher concreta de cujo corpo depende a gravidez que está sendo priorizada. Foi para “salvar as duas vidas” que a dominicana Esperancita e a nicaraguense Amélia tiveram seus tratamentos médicos adiados ou negados e morreram. Seus fetos morreram junto com elas – como já destacou a Corte Interamericana de Direitos Humanos, a proteção da vida em potencial se faz por meio da proteção da vida da mulher.

Se meu argumento de que a economia moral do aborto atravessou as mortes maternas por Covid-19 estiver correto, ele não permite conclusões simplistas sobre intenções ou motivações dos profissionais médicos que trataram as mulheres. Vale lembrar aqui a advertência de Fassin (2023) no sentido de como o fazer viver e deixar morrer contemporâneo distribui desigualdades. A política da vida opera a partir dos cruzamentos entre regimes de governos dos corpos, como gênero, raça, classe e colonialidade. Não é preciso fazer um julgamento ético sobre as motivações individuais de um médico para violar direitos de mulheres grávidas e adoecidas de Covid-19 no Brasil; basta se resignar e naturalizar a situação de mulheres grávidas que peregrinam entre hospitais, ouvem que sua falta de ar é nervosismo ou mal da gravidez, e enfrentam as consequências da demora da internação, da interrupção da gravidez ou da antecipação do parto, da transferência para a UTI.

Nesse sentido, o lema “salvar as duas vidas” é a resposta ideal para profissionais de saúde interpelados pelo estigma do aborto e pela prioridade da continuidade da gravidez. Presume-se que quem “salva duas vidas” faz o bem, faz o que é certo. O sentido de vida nesse contexto remete à biolegitimidade (Fassin & Diniz, 2016) – o reconhecimento da vida física como bem supremo. Parece não caber perguntas para quem age para “salvar duas vidas”, mas muitas perguntas importam – os relatos de mortes maternas por Covid-19 mostram que algumas possíveis perguntas seriam se se está diante de um caso de aborto legal, se uma interrupção da gravidez ou antecipação do parto pode ser necessária para aumentar as chances de

Redacción latinta. Salvemos ¿las dos vidas? *Latinta*, 18 ago. 2024. Disponível em: <https://latinta.com.ar/2019/03/26/salvemos-las-dos-vidas/>. Acesso em 12 ago. 2024.

Morgan, Lynn M. La realidad de “salvar las dos vidas”. *El Mundo CR*, 21 mar. 2019. Disponível em: <https://elmundo.cr/opinion/la-realidad-de-salvar-las-dos-vidas/>. Acesso em 12 ago. 2024.

sobrevivência da mulher grávida e gravemente doente. É nesse contexto que entendo a prioridade da gravidez como parte da economia moral do aborto: médicos comprometidos com “salvar as duas vidas” podem ser um sinal de profissionais de saúde que se veem com uma responsabilidade de proteger a continuidade de uma gravidez, mas não de se interrogar sobre e proteger as necessidades de saúde da mulher grávida.

Argumentei na seção anterior que o estigma do aborto é reproduzido cotidianamente em ciclos viciosos que operam de diferentes formas entre mulheres, profissionais de saúde e a própria criação de leis e políticas públicas. Por sua vez, a prioridade da gravidez também está profundamente arraigada não só nos campos da saúde e do direito, mas também na experiência de mulheres grávidas.

A prioridade da gravidez e o lema de “salvar as duas vidas” refletem, de alguma maneira, a educação médica no Brasil: são muitos os estudos que mostram que médicos ginecologistas e obstetras, estudantes de medicina e outros profissionais que atuam com saúde das mulheres não conhecem os marcos de aborto legal do país adequadamente, ou não sabem aplicá-los concretamente, associando-os por exemplo a uma autorização judicial que na verdade não é necessária (Faúndes et al., 2004; Medeiros et al., 2012; Zordo, 2012). Sem formação técnica e ética adequada, profissionais de saúde temem ser questionados ou denunciados por infringir a legislação de aborto, e enfrentam o medo de ser taxados de “aborteiros” (Diniz et al., 2014; A. P. Madeiro & Diniz, 2016; Zordo, 2012).

No campo jurídico, a prioridade da gravidez alimenta divergências doutrinárias sobre a hipótese de aborto legal em caso de risco de vida prevista na legislação brasileira. Analisando o tema, as ativistas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos e pesquisadoras Beatriz Galli, Paula Viana e Madiana Rodrigues lembram que, para alguns doutrinadores penais, o aborto “quando não há outro meio de salvar a vida da gestante” (nos termos do artigo 28, inciso I, do Código Penal) exige simultaneamente perigo de vida iminente e inexistência de outro meio para salvá-la, de modo que mesmo um grave risco à saúde não seria suficiente para autorizar um aborto legal. Essa interpretação altamente restritiva do “aborto necessário”, como é chamado no campo penal, que só se aplicaria a casos extremos, parece ainda ser predominante na prática obstétrica brasileira (Febrasgo, 2021).

Galli e Viana (2013) destacam que a interpretação mais ampla do aborto legal em caso de risco de vida entende que o aborto necessário pode ser tanto terapêutico (ou curativo) quanto profilático (ou preventivo), isto é, a interrupção legal da gestação deve poder ser feita não

apenas em casos extremos de morte iminente da mulher grávida, mas também para prevenir o agravamento de um risco de vida. Esse entendimento teria fundamento inclusive em uma interpretação sistemática do Código Penal, já que uma leitura excessivamente restritiva do aborto necessário seria redundante com a excludente de ilicitude estabelecida pelo estado de necessidade, definido no artigo 24 do Código Penal como o estado de “quem pratica o fato para salvar de perigo atual, que não provocou por sua vontade, nem podia de outro modo evitar, direito próprio ou alheio, cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir-se” (Brasil, 1940). Assim, não faria sentido ter uma previsão legal de aborto necessário que alcançasse apenas os casos extremos de risco atual ou iminente à vida da gestante, uma vez que esses casos já não seriam puníveis em função do estado de necessidade. Apesar da razoabilidade, essa posição ainda parece pouco aceita entre juristas brasileiros, a julgar pelas barreiras de acesso ao aborto legal.

As consequências da prioridade da gravidez enraizada nas práticas sanitárias e legais brasileiras são devastadoras para mulheres grávidas, e não apenas para aquelas que enfrentam enormes barreiras para acessar um aborto legal. Desde uma perspectiva de justiça reprodutiva, a prioridade da gravidez estrutura condições sociais que fazem da gestação e do parto experiências que expõem mulheres a danos injustos, como terem suas necessidades de saúde ignoradas, sua autonomia desrespeitada, seus direitos violados. Tudo em nome da continuidade de uma gravidez que, independentemente de ser desejada ou não pela mulher grávida, pode ser usada como justificativa para decisões e práticas que colocam sua vida em risco.

As barreiras de acesso ao aborto legal são uma das consequências danosas mais óbvias da prioridade da gravidez. Como mostrou o censo nacional de serviços de aborto legal, em 2015 havia apenas 37 serviços em funcionamento no país (A. P. Madeiro & Diniz, 2016). Sobreviventes de estupro que buscam um aborto legal são tratadas com suspeição – suas narrativas de violência sexual são colocadas à prova com frequência, como se elas tivessem que merecer o acesso a um cuidado em saúde sendo vítimas perfeitas –, e tem o acesso ao aborto obstaculizado por exigências ilegais, como apresentação de boletins de ocorrência e alvarás judiciais (Diniz et al., 2014). A situação de meninas sobreviventes de estupro é ainda mais assustadora.³⁶ Relações sexuais com menores de 14 anos são consideradas estupro de

³⁶ Manchetes de notícias dos últimos anos dão conta do calvário a que são submetidas crianças sobreviventes de violência sexual:

vulnerável pela lei brasileira, e, portanto, crianças e adolescentes com menos de 14 anos grávidas deveriam ter direito ao aborto legal. No entanto, todos os dias 26 meninas menores de 14 anos dão à luz no Brasil; são 9.490 por ano.³⁷ Uma pesquisa feita com dados públicos do Sistema Único de Saúde mostrou que, entre 2019 e 2015, houve uma média anual de 1600 abortos legais, considerados todos os casos - estupro, risco de vida e anencefalia (Cardoso et al., 2020). A demanda reprimida de acesso ao aborto legal é evidente.

A negação do aborto legal especificamente em caso de risco de vida é uma realidade reconhecida mas ainda pouco estudada no país. Há pistas particularmente perturbadoras vindas dos dados de mortes maternas indiretas, ou seja, mortes decorrentes de uma doença que se agravou com a gravidez. Estima-se que entre 25 e 40% das mortes maternas no Brasil sejam indiretas, e pesquisadoras e ativistas questionam quantos desses casos podem ser de mulheres a quem não foi dada a possibilidade de interromper a gravidez e, conseqüentemente, de evitar a sua morte (ANIS: Instituto de Bioética, 2019; Faúndes et al., 2004; Fonseca et al., 2020). A própria Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) é bastante incisiva sobre esse tema em seu protocolo de orientações técnicas sobre aborto legal, que considera o número de abortos legais por risco de vida realizados no país muito baixo diante

Menina que teve aborto negado tem risco de aborto clandestino e suicídio, diz funcionário. *Folha de S. Paulo*, 13 jul. 2024. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2024/07/menina-que-teve-aborto-negado-tem-risco-de-aborto-clandestino-e-suicidio-diz-funcionario.shtml>. Acesso em 12 ago. 2024.

Maternidade investiga mensagens de médica que disse que aborto legal de menina de 12 anos, vítima de estupro no PI, era crime. *GI*, 10 jan. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2024/01/10/maternidade-investiga-mensagens-de-medica-disse-que-aborto-legal-de-menina-de-12-anos-vitima-de-estupro-no-pi-era-crime.ghtml>. Acesso em 12 ago. 2024.

Menina de 11 anos vítima de estupro e grávida pela 2ª vez, no Piauí, queria abortar e voltar à escola. *GI*, 12 set. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2022/09/12/menina-de-11-anos-vitima-de-estupro-e-gravida-pela-2a-vez-no-piaui-queria-abortar-e-voltar-a-escola.ghtml>. Acesso em 12 ago. 2024.

Menina de 10 anos violentada faz aborto legal, sob alarde de conservadores à porta do hospital. *El País*, 16 ago. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-16/menina-de-10-anos-violentada-fara-aborto-legal-sob-alarde-de-conservadores-a-porta-do-hospital.html>. Acesso em 12 ago. 2024.

Ministra Damares Alves agiu para impedir aborto em criança de 10 anos. *Folha de S. Paulo*, 12 set. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/09/ministra-damare-alves-agiu-para-impedir-aborto-de-crianca-de-10-anos.shtml>. Acesso em 12 ago. 2024.

Em Santa Catarina, juíza encoraja menina de 11 anos estuprada a desistir de aborto. *Carta Capital*, 20 jun. 2022. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/justica/em-santa-atarina-juiza-encoraja-menina-de-11-anos-estuprada-a-desistir-de-aborto/>. Acesso em 12 ago. 2024.

³⁷ Collucci, Claudia. A cada dia, 26 meninas menores de 14 anos se tornam mães no país; 20% se declaram casadas. *Folha de S. Paulo*, 21 jun. 2024. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2024/06/a-cada-dia-26-meninas-menores-de-14-anos-se-tornam-maes-no-pais-20-se-declaram-casadas.shtml#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20pesquisa,j%C3%A1%20tinham%20tido%20gesta%C3%A7%C3%A3o%20anterior>. Acesso em 12 ago. 2024.

da prevalência de doenças crônicas sistêmicas que podem gerar risco de vida para pessoas grávidas (Febrasgo, 2021).

Abordando as barreiras de acesso ao aborto legal em caso de risco de vida, a Febrasgo apresenta em seus próprios termos o que me parece uma descrição bastante precisa dos impactos danosos da prioridade da gravidez:

O que acaba prevalecendo é a omissão que implica a **continuidade aleatória da gravidez, podendo ou não terminar em morte materna indireta**. Paradoxalmente, o médico não teme ser demandado judicialmente pela morte de uma mulher com uma doença crônica grave, caso ele tenha se recusado a interromper a gravidez preventivamente, apesar da solicitação da mulher e da sua família. De acordo com o Código Penal, a omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado - art. 13 do Código Penal. Assim, o médico omitente, nessa situação, poderá responder por homicídio culposo ou homicídio doloso segundo as circunstâncias - art. 12 do Código Penal. Uma omissão igualmente importante é não valorizar o conceito ético de que a opinião da mulher deve ser levada em consideração, quando existem alternativas que possam afetar a sua saúde e a sua vida. Não se pergunta à mulher qual o nível de risco de morte durante a gestação que ela está disposta a aceitar, considerando-se todas as circunstâncias de sua vida. Ela pode dar um valor muito grande para o seu papel de mãe de filhos já nascidos, por exemplo, e que, para ela, uma letalidade de 4% a 5% seja muito alta e, assim, inaceitável. (Febrasgo, 2021, grifos meus)

Entendo que a forma com que saúde e justiça criminal se articulam para reproduzir a prioridade da gravidez diz muito sobre a economia moral do aborto. Os profissionais de saúde, que temem ser denunciados por fazer um aborto considerado ilegal mas que não se preocupam com a omissão de socorro que podem cometer contra mulheres grávidas e em risco de vida, são também atores centrais na criminalização secundária do aborto no Brasil. Pesquisas realizadas no Rio de Janeiro, em São Paulo e no Paraná mostram que entre 30 e 50% das mulheres processadas criminalmente por aborto foram denunciadas por profissionais de saúde que as atenderam enquanto elas viviam complicações de um aborto inseguro, em evidente violação do sigilo profissional³⁸ (Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2018; Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2018; Arguello, Prateano, 2021). As pesquisas mostram um mesmo

³⁸ Nos últimos anos vêm ganhando força as decisões judiciais de trancamento de ação penal por aborto em que a mulher foi denunciada por profissional médico, em função da quebra de sigilo profissional entre médico e paciente. Provas obtidas com violação de sigilo profissional são consideradas ilícitas e contaminam todas as outras decorrentes dessa violação. Ver: Redação Conjur. TJ-SP tranca ação penal por aborto após quebra de sigilo médico. *Conjur*, 27 mai. 2021. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2021-mai-27/tj-sp-tranca-acao-penal-aborto-quebra-sigilo-medico/>. Acesso em 12 ago. 2024.

Secretaria de Comunicação Social do Superior Tribunal de Justiça. Sexta Turma tranca ação penal por aborto ao ver quebra de sigilo profissional entre médico e paciente. *STJ*, 14 mar. 2023. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2023/14032023-Sexta-Turma-tranca-acao-penal-por-aborto-ao-ver-quebra-de-sigilo-profissional-entre-medico-e-paciente.aspx>. Acesso em 12 ago. 2024.

perfil para as mulheres criminalizadas por aborto: majoritariamente pobres, negras, pouco escolarizadas, moradoras de periferias, com filhos para criar.

Nos relatos de mortes maternas por Covid-19 que analisei, a prioridade da gravidez em detrimento da saúde da mulher grávida também ficou evidente nas experiências das próprias mulheres. Houve casos em que, uma vez adoecidas e buscando tratamento, mulheres decidiram não seguir orientações médicas por considerar que elas poderiam prejudicar suas gestações. Em um dos casos (que não foi apresentado como crônica nesta tese), uma mulher de 39 anos estava vivendo uma gestação esperada há muito tempo. A amiga entrevistada contou que ela passou a ter uma forte tosse por volta das 20 semanas de gestação, mas se recusou a tomar os medicamentos prescritos em um primeiro atendimento médico por temer um amadurecimento precoce do pulmão do feto. Ela também recusava chás caseiros pelo medo de que pudessem ter algum efeito abortivo. Para a amiga entrevistada, a mulher descreveu como encarava o próprio tratamento e eventuais impactos na continuidade de sua gestação: *“ou é nós dois, ou nenhum”*.

Esses relatos de mulheres grávidas que se sacrificam ou estão dispostas a se sacrificarem, que colocam a continuidade de suas gestações e o bem-estar de eventuais futuros filhos acima de suas necessidades de saúde remetem não apenas à maternidade compulsória, mas ao papel esperado da boa mãe. Nos 25 casos analisados, as mulheres estavam vivendo gestações que, tivessem sido planejadas ou não, eram desejadas, e 15 delas já tinham filhos de gestações anteriores. Elas já viviam, portanto, a experiência de serem ou já serem consideradas mães, submetidas às normas sociais da maternidade. Assim, nesses relatos de mulheres grávidas que teriam expressado vontade de se sacrificarem por suas gestações, não se pode desconsiderar que se trata de uma vontade que coincide e/ou é conformada pela economia moral do aborto e pelo marco hegemônico do que se espera de quem gesta, pare e cria crianças.

A ideia de sacrifício materno é central no marco hegemônico do que constituiria a boa maternidade, em que as mulheres têm, em tese, direito de tomar suas próprias decisões, mas decisões consideradas erradas são sancionadas de formas variadas, inclusive com recriminações públicas. Essa experiência é presente já desde a gravidez, frequentemente marcada por uma hiper vigilância diante daquilo que mulheres grávidas podem ou não fazer em nome da continuidade da gestação. A história recente de recomendações feitas para mulheres grávidas quanto ao que podem comer, beber, vestir ou fazer mostra que o princípio da precaução tende a prevalecer sobre evidências de risco – isso significa uma prática social em que, mesmo que não se saiba se algo realmente impõe um risco à gestação, é melhor que mulheres grávidas sejam alertadas quanto aos riscos especulados para que possam tomar decisões informadas

(Lowe, 2016). Assim, a retórica da livre decisão é usada para disciplinar mulheres, cujas decisões estão sob constante escrutínio e sujeitas a sanções.

Nesse contexto, os relatos sobre mulheres grávidas que internalizaram a prioridade da gestação expressa na disposição ao sacrifício materno parecem dizer menos sobre a vontade dessas mulheres em particular e mais sobre os marcos de poder sob os quais viveram suas gestações. A verdade é que não é possível saber os detalhes e a complexidade do que sentiram e pensaram, de como chegaram aos momentos em que sugeriram que a continuidade de suas gestações estaria acima de seu bem-estar e saúde. Elas não podem contar suas próprias histórias. Esses relatos de introjeção do sacrifício materno, tomados em conjunto com os relatos que indicaram uma postura médica de priorização da continuidade da gravidez em detrimento da saúde das mulheres, parecem ser evidência do marco moral hegemônico que conforma a experiência da gravidez: uma vez que o principal papel de uma mulher é ser mãe, toda gravidez deve ser levada a termo e qualquer tentativa de interrompê-la deve ser reprimida; a prioridade de profissionais de saúde diante de uma mulher grávida é certificar a continuidade da gestação; a boa futura mãe é aquela que prioriza a gravidez acima de si mesma.

Argumentei nessa seção que, ainda que a prioridade da gravidez pareça se orientar para uma proteção da vida em potência na gravidez, seus efeitos concretos são de profundo desamparo e violação de direitos para as mulheres grávidas – e conseqüentemente também para seus fetos. Não vejo contradição nisso, no entanto. A economia moral do aborto, aliada ao marco da maternidade compulsória e da boa mãe como aspiração central para uma mulher, não tem a ver com a proteção de fetos, mas sim com a subordinação de mulheres por meio do controle reprodutivo, como argumentarei em mais detalhes a seguir.

5.6. Crônicas de mortes maternas por Covid-19: parte III

i. Falta de ar é nervosismo

“Ela já estava grávida quando perdemos nosso pai por um câncer. Ela tinha herdado dele não só a profissão de agente funerária, mas também o amor pelo trabalho, os trejeitos, a personalidade expansiva. Ela foi impecável cuidando do funeral do nosso pai, e a gente ficava admirada de como ela conseguia. Logo em seguida ela decidiu casar-se, formalizar a união com o marido com quem ela estava há muitos anos, e depois fez o chá de fraldas para o bebê que ia chegar. Ela estava grávida pela segunda vez, tinha tentado muito engravidar, todo mundo estava feliz que a família ia aumentar. A vida tinha pressa. Nesse meio tempo a pandemia começou,

mas ela não podia parar de trabalhar, as contas acumulavam, ainda mais sem nosso pai. Com quarenta semanas de gestação ela começou a ter picos de pressão. Ela passou por duas maternidades, inclusive uma que deveria ser referência em parto humanizado, mas ela foi muito maltratada. E olha que a acompanhante dela era uma enfermeira. Primeiro não quiseram interná-la, depois demoraram para fazer a cesárea, não fizeram teste de Covid-19, os próprios profissionais do hospital não usavam máscara, e ignoraram completamente a falta de ar que ela sentia. Diziam que era ansiedade, que ela estava muito nervosa. Ela recebeu alta em dois dias com a recomendação de procurar um psiquiatra. Não sabemos se foi despreparo do hospital, se foi burrice, se queriam se livrar dela pela suspeita de Covid-19. Mas o racismo no campo da saúde a gente sabe como é. Ela estava de volta em casa há menos de dois dias quando os sintomas pioraram ainda mais. Insistimos em voltar para o hospital, mas até nessas horas, mãe é mãe: ela pediu que passássemos primeiro em um posto de saúde para dar vacinas ao nosso sobrinho recém-nascido. O hospital de Covid-19 foi uma das cenas mais chocantes que eu vi na vida: havia fila de carros de funerária, um contêiner frigorífico usado como necrotério provisório, pessoas desesperadas aguardando vagas. Depois que ela foi internada, a gente só conseguiu ter mais notícias pedindo ajuda a políticas daqui, denunciando o que estava acontecendo. Quando finalmente chamaram a gente para conversar, ela estava internada há uma semana, e tinha tido uma parada cardíaca no segundo dia no hospital, estava em estado grave. A gente conseguiu contato com uma pessoa do hospital que colocava áudios das famílias para pacientes isoladas ouvirem, e todo dia a gente mandava mensagem, dizia que os meninos dela estavam bem, que estávamos cuidando deles. Mais uma semana de angústia se passou, e ela não resistiu. Ele teve um quadro de pré-eclâmpsia e suspeita de Covid-19, e mesmo assim foi negligenciada em uma maternidade e teve alta de outra enquanto tinha falta de ar. Eles não levam a gente a sério, tratam como lixo, a gente tem que se impor a todo momento para conseguir o mínimo de cuidado. Isso é violência obstétrica também. Nossa irmã, que sempre se dedicou a dar uma despedida digna para as pessoas, não teve a dela. O corpo veio em um saco plástico preto, foi colocado no caixão, e a gente não podia nem se aproximar. O marido dela ficou desorientado, o filho mais velho chegou a se culpar por ter pedido tanto para ter um irmão, a gente vem trabalhando com ele que não é assim. Nosso luto é difícil, é só nosso mas é coletivo também, é óbvio mas é banalizado pelo descaso com a pandemia. Cuidar dos meninos dela é a prioridade para nós agora.”

Lidiane Frazão era uma mulher negra de 35 anos, mãe de uma criança de 11 anos. Era casada, agente funerária e morava no Rio de Janeiro (RJ). Ela morreu em 15 de maio de 2020.

Suas irmãs Erika e Monika Frazão foram entrevistadas nos dias 11 e 15 de fevereiro de 2021, respectivamente.

ii. Você está contaminando todo mundo

“Quando ela adoeceu, já tinha 20 dias que a gente não se via pessoalmente, mas a gente se falava por telefone todos os dias, éramos muito ligadas. Grávida de sete meses, com pressão alta e diabetes, ela estava trabalhando de casa, o médico da empresa determinou. Mas o marido dela tinha que sair para trabalhar, ele é autônomo em obra. Os sintomas dela pioraram muito rápido, ela tinha muitas dores, dizia que estava ‘afogando no seco’, era desesperador. Ela foi em cinco hospitais aqui da cidade, e foi mandada embora de todos. Ela explicava que tinha testado positivo para Covid-19, que tinha conseguido o teste no trabalho dela. Ela estava pedindo socorro, e ouvia: ‘você está contaminando todo mundo’. Logo que ela foi internada, as primeiras mensagens que ela me mandou era dizendo para eu não abandonar os filhos dela, que ela não sabia se conseguiria sair dali. Eu nunca consegui apagar essas mensagens. Entre a internação e o parto não deu nem um dia. Não informavam a gente direito do que estava acontecendo, quando soubemos que ela tinha sido entubada foi um susto. A bebê além de prematura tinha tido muitas complicações pela falta de oxigênio, de todo tempo que minha irmã peregrinou em hospitais com falta de ar e ninguém fez nada, e ela me dizia que já não estava sentindo a bebê mexer na barriga como fazia antes. Minha irmã morreu dias depois do parto, e menos de uma semana depois, foi a bebê. Foi uma facada em mim. Ela trabalhava numa clínica médica, eu também sou da área da saúde, e me dá muita revolta. A gente trabalha na linha de frente, ajudando paciente, e no momento que a gente precisou, não teve ajuda. Negaram assistência para minha irmã dizendo que o que ela tinha era crise de ansiedade, que tinha que ir para casa ficar isolada. O marido dela, quando negavam atendimento, ele só fazia perguntar: ‘então tem que trazer ela quando? Quando ela já estiver morta, caída no chão?’. Nem depois da morte a desumanização parou. Meu irmão teve que reconhecer o corpo dela em um contêiner, jogaram de qualquer jeito, e ele teve que ver ela cheia de sangue coagulado. Minha mãe está dilacerada, não é mais a mesma pessoa. O marido dela se sente culpado, achando que levou a doença que matou a mulher e a filha. E agora eu sou mãe de três: minha filha, minha sobrinha, que também já tinha perdido o pai de Covid ano passado, e meu sobrinho. O mais novo só tem cinco anos. A psicóloga disse para a gente deixar ele escolher umas roupas da mãe para guardar, e sempre mostrar fotos e vídeos, deixar ele expressar a saudade. Todo dia ele abre o guarda-

roupa e fala: ‘mas a roupa da mamãe tá aqui, por quê ela tá lá no céu? Ela não vai voltar pra pegar a roupa dela?’. É por eles que eu tenho que ser forte.”

C. era uma mulher negra de 41 anos, mãe de uma criança de cinco anos e de uma adolescente de 18. Era casada, técnica de laboratório e morava em Nova Iguaçu (RJ). Ela morreu em 14 de abril de 2021. Sua irmã C. foi entrevistada em 05 de junho de 2021.

5.7. Tutela do corpo grávido

Nos relatos dos familiares enlutados, há muitas cenas em que as mulheres grávidas foram tratadas como pessoas que não sabiam de si mesmas, de seus sintomas e suas necessidades de saúde. O tratamento dispensado às mulheres nesses casos variou entre o paternalismo médico e a violência e o racismo obstétricos. Os casos mais recorrentes foram os de negligência diante sintomas da Covid-19, que levaram a atrasos no acesso a serviços de saúde e práticas abusivas como as relatadas na última crônica.

Em um dos casos (que não foi apresentado no formato de crônica nesta tese), uma mulher de 35 anos, vivendo a quarta gravidez, demorou a procurar um serviço de saúde depois de começar a se sentir mal justamente por ter medo da contaminação por Covid-19. Seu mal-estar se agravou, mas ela só foi internada na quarta visita ao hospital, após um apelo feito junto a um vereador da cidade. Refletindo sobre a dificuldade enfrentada pela mulher para ser levada a sério em suas queixas de saúde, a amiga entrevistada contou que um médico consultou a mulher em dois momentos diferentes, mas resistia em considerar a gravidade do que ela relatava. Segundo a entrevistada, na segunda consulta, *"o médico falou assim: 'De novo? Ainda com esse cansaço? Desaprendeu a ser mãe? Desaprendeu a gerar?'" Assim num tom de brincadeira, mas era grave, né?"*.

Também houve casos de cerceamentos impostos às mulheres, inclusive quando elas tentaram agir para proteger suas gestações. Em um dos casos analisados (não apresentado em formato de crônica nesta tese), uma mulher de 39 estava vivendo uma primeira gravidez muito desejada. Sendo profissional da saúde e com medo de se contaminar, ela tentava fazer exames regulares de Covid-19 durante o pré-natal, mas isso era recebido com resistência pelos profissionais de saúde que a atendiam. Segundo a amiga entrevistada, *"ela exigia da saúde, ela queria, pelo menos de 15 em 15 dias ou de 20 em 20 dias, fazer um teste de Covid-19. Ela ainda conseguiu fazer uns dois testes, mas quando ela chegou com esses sintomas, disseram 'ah já vem ela de novo querer teste'"*. Grávida de cerca de 20 semanas, ela só foi internada na sexta

vez em que procurou um serviço de saúde, quando já estava em estado grave e precisou ser transferida para uma maternidade maior, localizada em outra cidade. Depois da morte fetal, ela chegou a passar por uma histerectomia, e morreu dias depois.

O marco moral da tutela do corpo grávido submete mulheres constantemente à autoridade alheia, especialmente a de médicos, que podem ignorar suas queixas e necessidades supostamente para o seu próprio bem. O caso da mulher impedida de fazer exames de Covid-19 regularmente durante o pré-natal sugere que os esforços para proteger uma gravidez são mais relevantes quando partem de profissionais da saúde – formados sob o marco da prioridade da gravidez –, do que quando partem da própria mulher grávida. A vigilância constante do corpo grávido, por sua vez, remete ao estigma do aborto: mulheres grávidas podem não querer estar grávidas – porque afinal não sabem o que é melhor para si mesmas, que seria cumprir os mandatos patriarcais do recato sexual, da maternidade compulsória e do dever de cuidado –, e em nome da proteção da continuidade de suas gestações, devem ser vigiadas e submetidas contra sua vontade, se preciso for.

Pesquisas têm mostrado que a pandemia de Covid-19 exacerbou a tutela do corpo grávido na forma de violência obstétrica, que é o desrespeito à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos, expressos por meio de abusos e maus-tratos praticados contra mulheres quando procuram serviços de saúde durante a gestação, na hora do parto ou no pós-parto. A violência obstétrica pode se manifestar por meio de violência verbal, física ou sexual, e pela adoção de intervenções e procedimentos obstétricos desnecessários e/ou sem evidências científicas. A indução de parto, o parto cesariano sem indicação, a proibição de presença de acompanhante, a separação ou isolamento entre mãe e recém-nascido e a proibição de amamentação foram algumas das práticas desnecessárias e sem base sólida em evidências científicas aplicadas durante a pandemia sob o pretexto de prevenir a Covid-19, desrespeitando os direitos e a dignidade das mulheres (Sadler, Leiva, Olza, 2020).

Casos como o de Lidiane Frazão, apresentado como crônica na seção anterior, remetem a uma forma de tutela do corpo grávido que talvez seja mais adequadamente compreendida como racismo obstétrico. Gravemente adoecida e já no fim da gestação, Lidiane foi tratada como uma mulher ansiosa, teve atendimentos médicos negados e foi desrespeitada em seu plano de parto. Menos de dois dias depois de ter alta após uma cesárea, ela teve que retornar ao hospital porque o que foi tratado como nervosismo era uma falta de ar que já a acompanhava há muitos dias. Erika e Monika, irmãs de Lidiane, não tiveram dúvida em descrever o que ela viveu como racismo.

As pesquisadoras de saúde coletiva Emanuelle Góes, Andrea Ferreira e Dandara Ramos analisaram como o racismo antinegro contribuiu para mortes maternas na pandemia de Covid-19 a partir de dados do Sistema Único de Saúde, e constataram que gestantes e puérperas pretas tiveram chance de óbito materno 62% maior do que mulheres brancas. As gestantes negras também acumularam mais fatores de risco (como doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade) para desfechos negativos em meio ao adoecimento por Covid-19 mas, ao mesmo tempo, foram menos internadas na UTI (Góes, Ferreira, Ramos, 2023).

Retroalimentado pela segregação racial na moradia, que mantém população negra nas periferias onde há vazios assistenciais e distante dos centros urbanos com serviços de saúde de média e alta complexidade, o racismo obstétrico se expressa por meio de discriminações implícitas e explícitas, violências físicas, psicológicas e verbais, tomada de decisões por profissionais de saúde orientadas por vieses raciais implícitos e demora de mulheres negras em buscar serviços de saúde em função de experiências prévias negativas. Góes, Ferreira e Ramos destacam que o racismo obstétrico decorre de um legado histórico de violências, torturas e experimentos realizados nos corpos de mulheres negras sob a escravização, e que orientam a atenção obstétrica dada às mulheres negras hoje. Nesse sentido, a realização de procedimentos sem anestésias, e sem atenção ou cuidado necessários, animada pelo estereótipo de que mulheres negras seriam mais resistentes à dor, são exemplos de “práticas obstétricas racistas na leitura colonizada de humanidade” (Góes, Ferreira, Ramos, 2023, p. 2501).

A tutela do corpo grávido mostra que, ainda que a moral hegemônica sobre o aborto frequentemente seja justificada em nome de uma suposta proteção da vida em potencial identificada com a gravidez, a prática cotidiana tem mais a ver com o uso histórico da reprodução como estratégia de controle e sujeição das mulheres, da qual a criminalização do aborto é um exemplo evidente. Nesse sentido, a tutela do corpo grávido, que não é sobre cuidado nem com a gravidez nem com a mulher, mas sim sobre controle e subordinação, é parte do que faz da saúde das mulheres no Brasil uma área tão hostil, marcada por infantilização das mulheres, por um lado, e por outro lado, por violência e racismo obstétricos, alta mortalidade materna, tratamentos cruéis e até torturantes em cenários de aborto. O sofrimento extremo imposto a mulheres grávidas durante a pandemia de Covid-19 reflete a economia moral patriarcal e racista que tem na vida reprodutiva e no trabalho reprodutivo um espaço de subjugação, exploração e matança de mulheres.

6. Considerações finais

Durante a pandemia de Covid-19, houve um aumento significativo da mortalidade materna no Brasil, com impacto desproporcional entre mulheres negras e aquelas que viviam longe de centros urbanos. O Brasil foi, de fato, o epicentro da mortalidade materna por Covid-19 no mundo. As razões para esse fenômeno não são, no entanto, estritamente biomédicas. Mesmo com os avanços científicos que demonstraram que a Covid-19 é mais grave para pessoas grávidas, ficou evidente que isso não seria capaz de explicar as dimensões do excesso de mortalidade materna verificado no país. Nesta tese, me propus a fazer perguntas sobre o que poderia ter contribuído para essa mortalidade materna acentuada desde uma perspectiva de justiça reprodutiva.

As lentes da justiça reprodutiva – enfocadas nas condições sociais estruturais que conformam decisões e experiências das pessoas quanto a ter ou não filhos e a criar os filhos que se têm em comunidades saudáveis, seguras e sustentáveis – permitem entender que a alta mortalidade materna por Covid-19 no Brasil foi uma tragédia anunciada. Os muitos anúncios da tragédia se relacionam em maior ou menor medida com a negligência da saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Outras crises sanitárias – assim como crises humanitárias com outras origens, como conflitos armados ou eventos climáticos extremos – já demonstraram os riscos da “tirania da urgência”, que desloca recursos para a origem imediata da crise e frequentemente leva à suspensão de serviços básicos de saúde sexual e reprodutiva, ignorando que a vida reprodutiva – incluindo contracepção, gestação, parto e cuidado de crianças – não é pausada por emergências.

A negligência com a saúde sexual e reprodutiva recorrente em crises sanitárias não é um pragmatismo mal-informado, mas sim fruto de regimes de poder que naturalizam a exploração e a violação de direitos das mulheres por meio da reprodução. Se o ditado popular diz que ser mãe é padecer no paraíso, o patriarcado racista capitalista é uma fonte constante desse sofrimento: o trabalho de cuidados, pouco ou não remunerado e majoritariamente exercido por mulheres, as expõe de forma acentuada a agentes patogênicos; em nome de uma proteção ao feto, mulheres grávidas são excluídas de estudos clínicos sobre vacinas, e a consequente falta de evidências científicas é usada como justificativa para excluí-las também de políticas de vacinação; quando adoecem e buscam serviços de saúde, seus relatos de sintomas são menosprezados e justificados pela própria gravidez; se estão gravemente doentes, a prioridade dada à continuidade da gravidez por profissionais de saúde pode expô-las a risco de morte.

Especificamente no Brasil, a tragédia da mortalidade materna pela Covid-19 também foi anunciada pelo autoritarismo antigênero do governo de Jair Bolsonaro, que desmantelou políticas de saúde sexual e reprodutiva, não priorizou a assistência a mulheres grávidas a despeito de sua maior susceptibilidade ao adoecimento grave por Covid-19, atrasou a vacinação de mulheres grávidas e emitiu recomendações confusas. A pandemia também agravou e foi agravada por desigualdades reprodutivas históricas do Brasil, incluindo a criminalização do aborto e as barreiras de acesso ao aborto legal, a fragilidade de infraestrutura de saúde obstétrica que contribuiu para a estagnação na redução da mortalidade materna antes da pandemia, e o racismo obstétrico que submete mulheres negras a uma atenção pré-natal e ao parto marcada por atrasos e baixa qualidade.

Nesse contexto, o objetivo desta tese foi analisar como a economia moral do aborto – que ainda é essencialmente tratado como uma questão criminal no Brasil – atravessou mortes maternas por Covid-19 no país, a partir dos relatos de familiares e afetos entrevistados sobre 25 mulheres grávidas ou puérperas que morreram de Covid-19 entre 2020 e 2021. Segui os passos do grupo de pesquisadoras vinculadas ao projeto “Histórias de mulheres em tempos de pandemia: um estudo sobre a mortalidade materna”, que tem se debruçado sobre o mesmo corpus de entrevistas.

Em termos gerais, o perfil sociodemográfico das mulheres cujos relatos de morte analisei é o perfil da população brasileira: a maioria tinha mais de 30 anos e metade era negra. A maioria vivia em capitais de estados e centros urbanos de porte médio e grande, já tinha filhos, e tinha uma ocupação, mas não necessariamente estava trabalhando no período da pandemia. Seu nível educacional era mais alto que o observado na população geral. Dois terços não tinham comorbidades e estas, quando ocorriam, em sua larga maioria eram relacionadas com a gravidez, como pressão alta e diabetes gestacional.

As insuficiências de atendimento de saúde que elas sofreram violam todas as recomendações para o tratamento de gestantes com doenças respiratórias graves. Cerca de quatro em cada cinco foram repetidamente a uma unidade de saúde para obter tratamento, e seis das 25 buscaram serviços de saúde mais de quatro vezes. Metade delas esperou dias para ser internada. Para cada cinco gestantes, uma recebeu tratamento a base de cloroquina e uma em cada seis, de ivermectina, embora esses dois medicamentos sejam comprovadamente ineficazes para o tratamento de Covid-19 e potencialmente tóxicos. Suas mortes envolveram intenso sofrimento. As mulheres tiveram sintomas menosprezados, acesso a serviços de saúde postergado, hospitalização atrasada e cuidados intensivos negligenciados, incluindo a

interrupção da gestação ou a antecipação de parto que poderia reduzir o risco de vida que corriam.

Para cada morte materna por Covid-19, houve muitas outras mulheres grávidas que passaram pelos mesmos problemas, mas sobreviveram. Levantar perguntas sobre o que aconteceu nas mortes dessas mulheres, portanto, é tratar de questões de alcance muito mais amplo do que a já assustadora e desproporcional mortalidade materna por Covid-19 verificada no Brasil. Este trabalho é, assim, parte de um esforço amplo de pesquisas e intervenções sobre emergências sanitárias e seus impactos na vida de mulheres de comunidades afetadas, em particular com lentes interseccionais para o direito e a saúde pública.

Me aproximei dos relatos de mortes maternas por Covid-19 consciente de que há uma desigualdade de poder incontornável estabelecida entre quem pesquisa e quem oferta sua biografia ou a biografia de pessoas queridas – o caso aqui – como material para a pesquisa. Reconheço essa desigualdade buscando assumir responsabilidades. Ao examinar os relatos, me propus a ser uma testemunha com o poder da palavra acadêmica para disputar desde uma perspectiva feminista interseccional a compreensão sobre um acontecimento. Se a maioria das mortes maternas é evitável, meu compromisso foi o de indagar como marcos legais e de saúde informados pelo patriarcado racista capitalista podem ter contribuído para essas mortes.

Elegi a economia moral do aborto como lente teórica para me somar aos esforços de uma análise jurídico-política de como as condutas do Estado brasileiro fizeram da pandemia de Covid-19 um instrumento tão eficaz em causar tantas mortes, e mais especificamente de como o direito constitui o sistema de distribuição de quem vive e quem morre em crises sanitárias. A inquietação para o foco da análise no tema do aborto veio de análises prévias dos relatos de 25 mortes maternas por Covid-19 que mostraram que o cuidado de saúde oferecido às mulheres foi atravessado por uma priorização da continuidade de suas gestações mesmo que em detrimento de suas necessidades de saúde, levando, por exemplo, a atrasos para intervenções como a interrupção da gestação ou a antecipação do parto.

O aborto é um fato comum na vida reprodutiva das mulheres brasileiras, mas o Brasil segue parte do grupo de países com as leis mais restritivas de aborto do mundo. Em termos de justiça reprodutiva, isso significa que as condições em que a experiência do aborto é vivida no país são distribuídas conforme os marcos de desigualdade social e racial brasileiros. Mulheres negras, pobres e menos escolarizadas têm maior risco de morte relacionada ao aborto inseguro

a que são compelidas pela lei penal, e também são maioria entre as mulheres criminalizadas por fazer um aborto.

Nos relatos de familiares e afetos que narraram o luto por mulheres grávidas e puérperas que morreram de Covid-19, o espectro do aborto apareceu de forma ampla. Não se trata de mulheres vivendo gestações indesejadas e buscando interrompê-las em meio a uma emergência sanitária, mas sim de mulheres enfrentando uma doença que colocou suas vidas em risco, e que pode ter sido agravada pela gestação em si, ou pela demora em acessar cuidados necessários pela interseção entre condições de saúde singulares, gravidez e adoecimento por Covid-19. Os relatos são atravessados por expectativas e interpelações sobre necessidades, direitos e responsabilidades de mulheres grávidas e de profissionais de saúde quanto à gestação.

A lente teórica da economia moral dialoga com o fazer biopolítico, isto é, com a gestão do fazer viver e deixar morrer que atribui valores e sentidos desiguais às vidas humanas e assim orienta o governo de populações. A economia moral propõe atenção especial às dimensões morais acionadas na produção de significados de experiências biográficas e coletivas. Nesse contexto, propus a economia moral do aborto nas mortes maternas por Covid-19 como uma análise sobre recursos, sentimentos, valores, normas, direitos e obrigações associados a mulheres, saúde, gestação e maternidade, que orientaram a compreensão das situações vividas por elas ao adoecerem e as conseqüentes tomadas de decisões, julgamentos e ações, realizadas tanto por elas mesmas quanto por profissionais de saúde, familiares e afetos. Assim, a análise da economia moral do aborto permite explorar a produção de sentidos coletivos quanto ao que deve ser feito, pode ou não pode ser feito, e ao que é legítimo de ser feito em cenários de atenção à saúde de mulheres grávidas gravemente adoecidas.

Analisando a economia moral do aborto nas mortes maternas por Covid-19, examinei os 25 relatos usando técnicas da teoria fundamentada nos dados, e propus três lupas analíticas: o estigma do aborto, a prioridade da gravidez e a tutela do corpo grávido. Para apresentar as lupas, decidi relatar seis dos 25 relatos em forma de crônicas em que organizei o acontecimento da morte em função de sete temas recorrentes às entrevistas com familiares e afetos de mulheres grávidas ou puérperas mortas por Covid-19: ela; os afetos; a gravidez; o adoecimento; a busca por cuidados; a morte; quem fica. Na análise dos relatos, me movi da pergunta “o que aconteceu com ela?” para a pergunta “o que fizeram com ela?”.

Nos relatos de mortes maternas por Covid-19 analisados, o estigma do aborto apareceu quando familiares e afetos ponderaram como a realização do aborto ou da antecipação do parto

poderia ter melhorado a saúde das mulheres que morreram. Embora a lei brasileira preveja o aborto legal em caso de risco de vida para a pessoa grávida – e a possibilidade de interrupção da gestação como parte do itinerário terapêutico seja mencionada, ainda que vagamente, nos guias de assistência em saúde para mulheres grávidas com Covid-19 produzidos durante o governo Bolsonaro –, o estigma do aborto, que o associa a uma ação moralmente condenável, equiparável a um assassinato, dificulta que o aborto seja compreendido como uma necessidade e um cuidado de saúde. Isso inclusive gerou inclusive dificuldades de comunicação entre familiares de mulheres e equipes médicas que podem ter interferido em seus tratamentos.

O estigma do aborto estereotipa e discrimina mulheres que queiram ou precisem de uma interrupção da gestação como transgressoras dos mandatos patriarcais do recato sexual, da maternidade compulsória e do dever de cuidar sob qualquer circunstância, e também impacta profissionais de saúde que atuam em cuidado ao aborto como ilegítimos e sujeitos. O estigma e a criminalização do aborto se retroalimentam. O estigma impõe silêncio, faz o aborto parecer menos comum do que é, e faz com que profissionais de saúde não sejam treinados para fazer abortos. O estigma condiciona leis que tratam aborto legal como exceção – e que no fim das contas acabam não funcionando –, dificultando reformas legais que retirem o aborto do âmbito de políticas criminais e o localizem exclusivamente sob o marco de políticas de saúde, como recomendam o direito internacional dos direitos humanos e os marcos internacionais de saúde pública.

A prioridade da gravidez emergiu dos relatos dos familiares e afetos enlutados em cenas em que, diante de um potencial conflito entre atender demandas de saúde da mulher grávida e lidar com algum risco à continuidade da gravidez, a prioridade foi dada à gravidez. Essa prioridade é expressa de diferentes formas. Houve casos de tratamentos modificados para evitar potenciais danos à gravidez, e casos de atrasos em intervenções como interrupção da gravidez ou antecipação do parto, frequentemente acompanhadas pela narrativa de “salvar as duas vidas”, inclusive diante de súplicas de familiares pelas vidas das mulheres grávidas. Houve ainda casos de cuidados em saúde rejeitados pelas próprias mulheres por medo de prejudicar suas gestações.

A prioridade da gestação sugere um marco moral hegemônico em que mulheres são indissociáveis da obrigação da reprodução e do trabalho reprodutivo independentemente do que isso significa para suas próprias sobrevivências. Esse marco se expressa de formas diferentes mas relacionadas. Entre profissionais de saúde, a prioridade da continuidade da gestação se reflete na ideia que a atuação médica verdadeiramente legítima diante de uma mulher grávida

é fazer de tudo para manter a gravidez, ainda que em detrimento da mulher. Entre as próprias mulheres, há uma introjeção da ideia de que maternidade é sacrifício, porque a boa mãe é aquela que coloca o bem-estar de seus filhos, inclusive não nascidos, acima de sua própria saúde. A prioridade da gravidez está profundamente arraigada nos campos da saúde e do direito, fundamentada na criminalização do aborto, que pressupõe que, se uma gravidez existe, ela deve ser levada a termo. Uma prova disso são os debates interpretativos sanitários e legais sobre se, diante de uma gravidez que lhes imponha ou agrave risco de vida, as mulheres poderiam ter mais do que o direito de não morrer, mas também o direito de não sofrer danos à saúde.

Por sua vez, a tutela do corpo grávido ficou evidente nos relatos de mortes maternas por Covid-19 nas cenas de cerceamento impostos às mulheres, que violaram sua autonomia para falar de si mesmas e tomar decisões de cuidado com sua saúde e de suas gestações. Ao tentaram relatar seus sintomas graves e de intenso sofrimento, muitas mulheres foram refutadas e tiveram o atendimento imediato de saúde de que necessitavam negado, sob argumentos de que estariam apenas vivendo angústias típicas da gravidez. Tratadas como inaptas a cuidar de si mesmas e de suas gestações e sem credibilidade em suas narrativas, as mulheres não foram consideradas sujeitos, mas sim objeto de constante vigilância.

Ao considerar que mulheres não são confiáveis nem para decidir não seguir uma gestação nem para tentar mantê-la, a tutela do corpo grávido mostra que, ainda que a moral hegemônica sobre o aborto frequentemente seja justificada em nome de uma suposta proteção da vida em potencial identificada com a gravidez, a prática cotidiana é de uso da reprodução como estratégia de controle e subordinação das mulheres. A tutela do corpo grávido é parte do que faz da saúde das mulheres no Brasil uma área tão hostil, marcada por infantilização das mulheres, por um lado, e por outro lado, por violência e racismo obstétricos, alta mortalidade materna, e tratamentos cruéis e até torturantes em cenários de aborto.

A partir dessa análise, meu principal argumento é de que a criminalização do aborto e a excessiva mortalidade materna por Covid-19 no Brasil estão conectadas pelo uso histórico da reprodução para controlar e subordinar mulheres. A emergência sanitária pela pandemia e a negligência das políticas de saúde, em particular em particular em relação às mulheres, exacerbaram os efeitos populacionais e desiguais do uso de políticas criminais para regular necessidades de saúde, como é o caso do aborto no Brasil. A economia moral do aborto faz da gestação e do parto experiências que expõem mulheres a graves violações de direitos humanos, como terem suas necessidades de saúde ignoradas, sua autonomia e direito à vida violados.

7. Referências

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **Identifying and Combating Abortion Myths and Misinformation**. 2022. Disponível em: <<https://www.acog.org/advocacy/facts-are-important/identifying-combating-abortion-myths-misinformation>>. Acesso em: 15 ago. 2024.
- ADESSE, Leila et al. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3819–3832, 2016.
- AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. 1ª edição ed. São Paulo: Pólen Livros, 2019.
- ALCOFF, Linda Martín. Uma epistemologia para a próxima revolução. **Sociedade e Estado**, v. 31, n. 1, p. 129–143, 2016.
- AMBROGI, Ilana. et al. Gender inequity and COVID-19 vaccination policies for pregnant women in the Americas. **Wellcome Open Research**, v. 8, n. 121, p. 121, 2023.
- ARGUELLO, Katia Silene Cáceres, PRATEANO, Vanessa Fogaça. Cuidar ou delatar? A violação do sigilo do prontuário médico na criminalização de mulheres por aborto autoprovocado no Estado do Paraná (2017 a 2019). **Direito Público**, v. 18, n. 100, 2022.
- ANIS: INSTITUTO DE BIOÉTICA. **Aborto: por que precisamos descriminalizar?: argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442, 2019**. Brasília: Letras Livres, 2019. Disponível em: <<https://anis.org.br/publicacoes/aborto-por-que-precisamos-descriminalizar-argumentos-apresentados-ao-supremo-tribunal-federal-na-audiencia-publica-da-adpf-442-2019/>>. Acesso em 15 ago. 2024.
- BEARAK, Jonathan et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 9, p. e1152–e1161, 2020.
- BOURDIEU, Pierre. A ilusão biográfica. **Usos e abusos da história oral**, v. 8, p. 183–191, 1996.
- BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane Da Silva. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200762, 2021.

BRANDÃO, Celmário Castro; MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. O Ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 58–75, abr. 2023.

BRASIL. **Código Penal de 1940 (revisado)**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em 15 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico: Mortalidade Materna no Brasil**. v. 51, n. 20, maio 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de gestão de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

- BRITO, Luciana Stoimenoff. A verdade sobre os corpos: reflexões sobre os usos políticos do corpo em Didier Fassin. Em: **Didier Fassin. Entrevistado por Débora Diniz**. Coleção Pensamento Contemporâneo. 1. ed. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016. p. 81–119.
- BRITO, Luciana Stoimenoff. **Arquivo de um Sequestro Jurídico-Psiquiátrico: o caso Juvenal**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.
- BRYANT, Amy G. et al. Crisis pregnancy center websites: information, misinformation and disinformation. **Contraception**, v. 90, n. 6, p. 601–605, 2014.
- BUI, Thinh. N. et al. Severe COVID-19 during pregnancy treated with pulse corticosteroid therapy and mid-trimester termination: A case report. **Case Reports in Women's Health**, v. 34, p. e00396, 2022.
- BUTLER, Judith. **Vida precária: os poderes do luto e da violência**. [s.l.] Autêntica Business, 2019.
- BUTLER, Judith. **Que mundo é este?: Uma fenomenologia pandêmica**. [s.l.] Autêntica Editora, 2022.
- BUZZI, Vitoria de Macedo. **Arrancaram ela de mim: responsabilidade e reparação por uma morte materna ocorrida na pandemia da COVID-19 no Brasil**. Dissertação de Mestrado – Brasília: Universidade de Brasília, 2023.
- CAMPOS, Carmen Hein de; CASTILHO, Ela Wiecko Volkmer de; MACHADO, Isabela Vier. Violência de gênero e pandemia. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 30, n. 2, 2022.
- CARDOSO, Bruno Batista; VIEIRA, Fernanda Morena dos Santos Barbeiro; SARACENI, Valeria. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00188718, 21 fev. 2020.
- CARNEIRO, Sueli. Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil. São Paulo: Selo Negro. Facchini, R. 2008. **Entre umas e outras**, 2011.
- CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. **The World's Abortion Laws**. 2023. Disponível em: <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>. Acesso em 15 ago. 2024.
- COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). **Consenso de Montevidéu sobre População e Desenvolvimento**. 2013. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/1c008a13-b6dd-456d-89ee-68e12f1c1f79/content>. Acesso em 15 ago. 2024.

CHARMAZ, Kathy. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. **Sociology of health & illness**, v. 5, n. 2, p. 168–195, 1983.

CHEN, Lian et al. Clinical characteristics of pregnant women with Covid-19 in Wuhan, China. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 25, p. e100, 2020.

CHEN, Lian; JIANG, Hai; ZHAO, Yangyu. Pregnancy with COVID-19: management considerations for care of severe and critically ill cases. **American journal of reproductive immunology**, v. 84, n. 5, p. e13299, 2020.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). **Medida cautelar Amelia**, 2010. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/cautelares.asp?Year=2013&searchText=amelia> Pages: 43–10 – Place: Amelia", Nicaragua Volume: MC. Acesso em 15 ago. 2024.

COCKRILL, Kate et al. Addressing abortion stigma through service delivery: a white paper. **Sea Change Program, Ibis Reproductive Health, ANSIRH, or INROADS**, 2013.

COOK, Rebecca J.; DICKENS, Bernard. M. Reducing stigma in reproductive health. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 125, n. 1, p. 89–92, 2014.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CORTE IDH). **Caso Artavia Murillo e outros (“Fecundação in vitro”) vs. Costa Rica. Sentença de 28 de novembro de 2012**. Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_por.pdf. Acesso em 15 ago. 2024.

CUNHA, Carolina Maria Pires et al. Factors associated with severe acute respiratory syndrome in pregnant/postpartum women with COVID-19 receiving care at referral centers in northeastern Brazil: Secondary analysis of a cohort study. **Heliyon**, v. 9, n. 7, 1 jul. 2023.

DANTAS-SILVA, Amanda et al. Brazilian Black Women are at Higher Risk for COVID-19 Complications: An Analysis of REBRACO, a National Cohort. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 45, n. 5, p. 253–260, 2023.

DE LONDRAS, Fiona et al. The impact of ‘grounds’ on abortion-related outcomes: a synthesis of legal and health evidence. **BMC public health**, v. 22, n. 1, p. 936, 2022.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO RIO DE JANEIRO. **Entre a morte e a prisão: quem são as mulheres criminalizadas pela prática de aborto no Rio de Janeiro**. 2018. Disponível em: <https://defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/c70b9c7926f145c1ab4cfa7807d4f52b.pdf>. Acesso em 15 ago. 2024.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO SÃO PAULO. **30 habeas corpus: a vida e o processo de mulheres acusadas da prática de aborto em São Paulo**. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3tiA6Ko>. Acesso em 15 ago. 2024.

DINIZ, Debora. Perspectivas e articulações de uma pesquisa feminista. **Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas. Ilha de Santa Catarina: Mulheres**, p. 11–21, 2014.

DINIZ, Debora. et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 291–298, 2014.

DINIZ, Debora. Ela, Zefinha – o nome do abandono. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2667–2674, 1 set. 2015.

DINIZ, Debora. **Zika: do sertão nordestino à ameaça global**. [s.l.] Editora José Olympio, 2016.

DINIZ, Debora; BRITO, Luciana. “Eu não sou presa de juízo, não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, n. 1, p. 113–130, jan. 2016.

DINIZ, Debora. Onda verde do aborto na América Latina. **Gama Revista**, 2022.

DINIZ, Debora; BRITO, Luciana; RONDON, Gabriela. Maternal mortality and the lack of women-centered care in Brazil during COVID-19: Preliminary findings of a qualitative study. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 10, 1 jun. 2022.

DINIZ, Debora; GEBARA, Ivone. **Esperança feminista**. 1ª edição ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2022.

ECLINICALMEDICINE. Access to safe abortion is a fundamental human right. **eClinicalMedicine**, v. 46, p. 101426, abr. 2022b.

ERDMAN, Joanna. N. The WHO abortion care guideline: Law and policy—Past, present, and future. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 162, n. 3, p. 1119–1124, 2023.

FALB, Kathryn L. et al. Evaluating a health care provider delivered intervention to reduce intimate partner violence and mitigate associated health risks: study protocol for a randomized controlled trial in Mexico City. **BMC public health**, v. 14, p. 1–10, 2014.

FARGE, Arlette. **O Sabor do Arquivo**. 1ª edição ed. [s.l.] EDUSP, 2009.

FASSIN, Didier. Moral economies revisited. **Annales. Histoire, Sciences Sociales**, v. 64, n. 6, p. 1237–1266, 2009.

FASSIN, Didier; DINIZ, Debora. **Didier Fassin Entrevistado por Debora Diniz**. 1ª edição ed. [s.l.] EdUERJ, 2016.

FASSIN, Didier. A biopolítica não é uma política da vida. **PÓS: Revista do Programa de Pós-graduação em Artes da EBA/UFMG**, v. 13, n. 27, p. 10–27, 2023.

FAÚNDES, Aníbal et al. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, p. 89–96, 2004.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais. **Protocolo Febrasgo Obstetrícia**, v. n. 69, 2021.

FLAUZINA, Ana Luiza Pinheiro; PIRES, Thula Rafaela de Oliveira. Políticas da morte: Covid-19 e os labirintos da cidade negra. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 10, n. 2, 2020.

FONSECA, Sandra Costa Fonseca et al. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. Suppl 1, p. e00189718, 2020.

FOUCAULT, Michel. For an ethic of discomfort. Em: **The politics of truth**. New York: Semiotext (e) New York, 1997. p. 122.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. 1. ed., 4. tiragem ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: A vontade do saber (Vol. 1): A vontade de saber**. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque; Tradução: J. A. Guilhon Albuquerque. 11ª edição ed. [s.l.] Paz & Terra, 1999.

FURLAN, Leonardo; CARAMELLI, Bruno. The regrettable story of the “Covid Kit” and the “Early Treatment of Covid-19” in Brazil. **Lancet Reg Heal – Am**. v. 4, n. 100089, 2021.

GALLI, Beatriz; VIANA, Ana Paula de Andrade Lima; RODRIGUES, Madiana Valéria. O Caso Elineide: Reflexões Sobre as Barreiras Existentes Ao Acesso a Interrupção Legal Da Gravidez Por Risco a Saúde Da Mulher. **Available at SSRN 2484238**, 2013.

GAMA, Mylana Dandara Pereira; ANGELO JÚNIOR, José Ronaldo Lessa; CUNHA-CORREIA, Carolina da. Stroke in COVID-19 and pregnancy: a case report. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 54, p. e0301-2021, 2021.

GANATRA, Bela et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. **The Lancet**, v. 390, n. 10110, p. 2372–2381, 25 nov. 2017.

GIMENES DIAS DA FONSECA, Livia. A construção intercultural do direito das mulheres indígenas a uma vida sem violência: a experiência brasileira. **Hendu - Revista Latinoamericana de Derechos Humanos**, v. 06, p. 69-87, 2015.

GÓES, Emanuelle Freitas; FERREIRA, Andréa J. F.; RAMOS, Dandara. Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 9, p. 2501-2510, 2023.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4ª edição ed. [s.l.] LTC, 1981.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça et al. Tracking excess of maternal deaths associated with COVID-19 in Brazil: a nationwide analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 22, 2023.

HARDING, Sandra. **Whose science? Whose knowledge?: thinking from women's lives**. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1991.

hooks, bell. **Feminist theory from margin to center**. First edition ed. Boston, MA: South End Press, 1984.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

JACOBS, Marina Gasino; BOING, Alexandra Crispim. Acesso universal e igualitário? O desafio na oferta do aborto previsto em lei pelo Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 4, p. e210179pt, 2022.

JOHN, Neetu et al. Lessons never learned: crisis and gender-based violence. **Developing world bioethics**, v. 20, n. 2, p. 65–68, 2020.

KOLKOVA, Zuzana et al. Obstetric and intensive-care strategies in a high-risk pregnancy with critical respiratory failure due to COVID-19: a case report. **Case reports in women's health**, v. 27, p. e00240, 2020.

- KONS, Kelly et al. Exclusion of Reproductive-aged Women in COVID-19 Vaccination and Clinical Trials. **Womens Health Issues**, v. 32, n. 6, p. 557-563, 2022.
- KUMAR, Anuradha; HESSINI, Leila; MITCHELL, Ellen. Conceptualising abortion stigma. **Culture, health & sexuality**, v. 11, n. 6, p. 625–639, 2009.
- LAGUNA TRUJILLO, Alexandra; SANDOVAL MANTILLA, Juliana. Caso Esperancita: hacia un estándar legal mínimo de aborto terapéutico en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. **Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas, Nro**, v. 48, 2018.
- LARA, Diana et al. Measuring induced abortion in Mexico: a comparison of four methodologies. **Sociological Methods & Research**, v. 32, n. 4, p. 529–558, 2004.
- LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00078816, 2017.
- LESSA, Milani Souza de Almeida et al.. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3881–3890, out. 2022.
- LEVI, Primo. **Se Isto é um Homem**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- LOWE, Pam. **Reproductive health and maternal sacrifice**. [s.l.] Springer, 2016.
- LUNA, Naara; PORTO, Rozeli. Aborto, valores religiosos e políticas públicas: a controvérsia sobre a interrupção voluntária da gravidez na audiência pública da ADPF 442 no Supremo Tribunal Federal. **Religião & Sociedade**, v. 43, p. 151–180, 15 maio 2023.
- MADEIRO, Alberto et al. Objeção de consciência e aborto legal: atitudes de estudantes de medicina. **Revista brasileira de educação médica**, v. 40, n. 1, p. 86–92, 2016.
- MADEIRO, Alberto; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil—um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 563–572, 2016.]
- MARTINEZ-PORTILLA, Raigam Jafet et al. Pregnant women with SARS-CoV-2 infection are at higher risk of death and pneumonia: propensity score matched analysis of a nationwide prospective cohort (COV19Mx). **Ultrasound Obstet Gynecol**. v. 57, n. 2, p.224-231, 2021.
- MAZA-ARNEDO, Fabian et al. Maternal mortality linked to COVID-19 in Latin America: Results from a multi-country collaborative database of 447 deaths. **The Lancet Regional Health—Americas**, v. 12, 2022.

MCGOLDRICK, Emma et al. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database of. **Systematic Reviews**, 2020.

MEDEIROS, Robinson Dias de et al. Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 1, p. 16–21, 2012.

MENDES, Soraia da Rosa. *Femicídio de Estado: a misoginia bolsonarista e as mortes de mulheres por Covid-19*. 1. ed. São Paulo: Blimunda, 2021.

MINCHIN, Jamie et al. Exclusion of pregnant people from emergency vaccine clinical trials: A systematic review of clinical trial protocols and reporting from 2009 to 2019. **Vaccine**, v. 41, n. 35, p. 5159-5181, 2023.

NANA, Melania et al. Diagnosis and management of covid-19 in pregnancy. **BMJ**, v. 377, 2022.

NORRIS, Alison et al. Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences. **Women's Health Issues**, v. 3, 2011.

OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS (OHCHR). **Information Series: Sexual and Reproductive Health and Rights**. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/women/information-series-sexual-and-reproductive-health-and-rights>. Acesso em 16 ago. 2024.

ONU MULHERES. **Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. Pequim, 1995.

O'REILLY, Karen. **Ethnographic Methods**. [s.l.] Psychology Press, 2005.

PAGOTO, Sherry; PALMER, Lindsay; HORWITZ-WILLIS, Nate. The next infodemic: abortion misinformation. **Journal of Medical Internet Research**, v. 25, p. e42582, 2023.

PARIS, Mariana Silvino. **Responsabilidade e reparação: testemunho sobre um caso de morte materna na Pandemia de Covid-19 no Brasil**. Dissertação de Mestrado – Brasília: Universidade de Brasília, 2022.

QIAO, Jie. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? **The lancet**, v. 395, n. 10226, p. 760–762, 2020.

RASMUSSEN, Sonia et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 222, n. 5, p. 415–426, 2020.

RAYMOND, Elizabeth; GRIMES, David. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. **Obstetrics & Gynecology**, v. 119, n. 2 Part 1, p. 215–219, 2012.

ROBERTON, Timothy et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. **Lancet Glob Health**, v. 8, n. 7, p. 901-908, 2020.

ROCHA, Isadora Dourado. **A casa das cinco mulheres: interpelações ao cuidado de crianças no direito das famílias durante a pandemia de COVID-19 no Brasil**. Dissertação de Mestrado –Brasília: Universidade de Brasília, 2023.

RONDON, Gabriela; DINIZ, Debora; ZAIDEN BENVINDO, Juliano. Speaking truth to power: Legal scholars as survivors and witnesses of the Covid-19 maternal mortality in Brazil. **International Journal of Constitutional Law**, v. 20, n. 3, p. 1360–1369, 1 jul. 2022.

ROSENFELD, Allan; MAINE, Deborah. Maternal mortality-a neglected tragedy: Where is the M in MCH? **The Lancet**, v. 326, n. 8446, p. 83–85, 1985.

ROSS, Loretta; SOLINGER, Rickie. **Reproductive Justice: An Introduction**. [s.l.] Univ of California Press, 2017.

RUBIN, Rita. Pregnant People's Paradox-Excluded From Vaccine Trials Despite Having a Higher Risk of COVID-19 Complications. **JAMA**, v. 16, n. 325, p. 1027-1028, 2021.

SADLER, Michelle; LEIVA, Gonzalo; OLZA, Ibone. COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. **Sexual and Reproductive Health Matters**, v. 28, n.1, p. 46-48, 2020.

SCHELER, Carlos et al. Mortality in pregnancy and the postpartum period in women with severe acute respiratory distress syndrome related to COVID-19 in Brazil, 2020. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 155, n. 3, p. 475–482, 2021.

SHELLENBERG, Kristen; TSUI, Amy. Correlates of perceived and internalized stigma among abortion patients in the USA: an exploration by race and Hispanic ethnicity. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 118, n. 2, p. 152–159, 2012.

SCHUCH, Patrice. Antropologia Pública: a ética da inquietude no trabalho de Didier Fassin. Em: **Didier Fassin. Entrevistado por Débora Diniz**. Coleção Pensamento Contemporâneo. 1. ed. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016. p. 81–119.

SEGATO, Rita. **Crítica da colonialidade em oito ensaios: e uma antropologia por demanda**. [s.l.] Bazar do tempo, 2021a.

SIQUEIRA, Lia Maria Manso. **Dossiê mulheres negras e justiça reprodutiva 2020-2021**. Rio de Janeiro - RJ: Criola, 2021.

SMITH, Emily et al. Adverse maternal, fetal, and newborn outcomes among pregnant women with SARS-CoV-2 infection: an individual participant data meta-analysis. **BMJ Global Health**, v. 8, n. 1, p. e009495, 2023.

SMITH, Julia. Overcoming the “Tyranny of the Urgent”: Integrating Gender into Disease Outbreak Preparedness and Response. **Gender and Development**, 27, 355-369, 2019.

SONTAG, Susan. **Diante da dor dos outros**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SOUZA SANTOS, Debora et al. Disproportionate Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Among Pregnant and Postpartum Black Women in Brazil Through Structural Racism Lens. **Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America**, v. 72, n. 11, p. 2068–2069, 1 jun. 2021.

SRINIVASAN, Amia. **O Direito ao sexo: feminismo no século vinte e um**. [s.l.] Todavia, 2021.

TAKEMOTO, Maira et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 151, n. 1, p. 154–156, 2020.

THE LANCET. Abortion: Access and safety worldwide. **The Lancet**, v. 391, n. 10126, p. 1121, 2018.

THE LANCET. COVID-19 in Brazil: “So what?” **The Lancet**, v. 395, n. 10235, p. 1461, 2020.

THORNBERG, Robert; CHARMAZ, Kathy. Grounded theory and theoretical coding. **The SAGE handbook of qualitative data analysis**, v. 5, n. 2014, p. 153–69, 2014.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA BRASIL). **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo)**. [s.l.] UNFPA Brasil, 1994.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA BRASIL); OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BRASILEIRO. **Saúde Materna e covid-19 Panorama, lições aprendidas e recomendações para políticas públicas**. Brasília: UNFPA, 2023.

VAZ, Livia Sant'Anna; RAMOS, Chiara. *A justiça é uma mulher negra*. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2021.

VENTURA, Deisy; AITH, Fernando; REIS, Rossana. Crimes against humanity in Brazil's covid-19 response – a lesson to us all. **BMJ**, v. 375, p. n2625, 27 out. 2021.

VENTURA, Deisy, PERRONE-MOISÉS, Claudia, MARTIN-CHENUT, Kathia. Pandemia e crimes contra a humanidade: o “caráter desumano” da gestão da catástrofe sanitária no Brasil. **Revista Direito E Práxis**, 12(3), 2206–2257, 2021.

VERGÈS, Françoise. **Um feminismo decolonial**. [s.l.] Ubu Editora, 2020.

VOYATZAKI, Ioanna. The Impact of Excluding Pregnant Women from Clinical Trials for Covid-19 Vaccinations: in 2020 and Beyond. **British Medical Journal**, v. 383, p. 2388, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Time to respond: a report on the global implementation of maternal death surveillance and response*. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Abortion care guideline**. [s.l.] World Health Organization, 2022.

WENHAM, Clare; SMITH, Julia Smith; MORGAN, Rosemary. COVID-19: The Gendered Impacts of the Outbreak. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, 2020.

WU, Di et al. Management of Pregnancy during the COVID-19 Pandemic. **Global Challenges**, v. 5, n. 2, p. 2000052, 2021.

ZORDO, Silvia de. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 1745–1754, 2012.