

Lei de aborto no Uruguai: entre uma agenda pró-vida e direitos reprodutivos¹

Juliana Wahl (PPGAS/USP)

Resumo: A pesquisa que tenho desenvolvido aborda a lei nº 18.987/2012, que regula e descriminaliza a interrupção voluntária da gravidez com alguns requisitos no Uruguai, através de uma etnografia do atendimento em um hospital de saúde da mulher em Montevideu. Meu intuito tem sido de compreender como a mudança na legislação se articula com percepções sobre direitos sexuais e reprodutivos, gênero, raça, sexualidade e família dos profissionais de saúde no serviço de saúde sexual e reprodutiva, estes que são responsáveis pelo atendimento às mulheres que desejam abortar. Ainda que estes marcadores sociais da diferença sejam base norteadora das análises que aqui descreverei, a percepção de qual tipo de país está em disputa, aparece como importante já que trata-se também de um projeto de nação que perpassa a (não)reprodução e os corpos das pessoas com útero.

Palavras-chave: aborto, direitos sexuais e reprodutivos, conservadorismos, Uruguai

Introdução

Entendendo que a etnografia se dá além dos espaços regulados, já que é experiência, prática e tem com base em uma certa noção de totalidade (Magnani, 2009), tomo como ponto de partida a possibilidade e a abertura de participar, ouvir e ser afetada, nos termos de Jeanne Favret-Saada (2005). Segundo a autora isso se deu em sua pesquisa “além dos discursos de conveniência, uma grande variedade de discursos espontâneos, por ter experimentado tantos afetos associados a tais momentos particulares do desenfeitiçamento, por ter visto fazerem tantas coisas que não eram do ritual” (p.161).

Minha estratégia de pesquisa têm sido participar das consultas de IVE (interrupção voluntária da gravidez em espanhol), e realizar uma etnografia do atendimento, sempre com a autorização do hospital e de consentimento informado com as pessoas que participam da pesquisa. Nesta apresentação trago uma parte de meu trabalho de campo, realizado em novembro

¹ 44º Encontro Anual da ANPOCS. GT38 - Sexualidade e gênero: política, agenciamentos e direitos em disputa.

de 2019 no Hospital Pereira Rossell, um hospital público de referência e vinculado à Faculdade de Medicina da UdelaR, *Universidad de la República*, a maior universidade pública do país. Nele, participei de algumas consultas de IVE, com ginecologistas, assistentes sociais, psicólogas e enfermeiras no serviço de saúde sexual e reprodutiva, este que foi um projeto piloto para a implementação de serviços similares no interior do país.

*

Maternidades e possibilidades

Enquanto no senso comum o aborto é muitas vezes tido como uma prática egoísta, e, por outro lado, em diversos discursos dos movimentos feministas, o aborto seja pensado como uma ação contra a ideia de maternidade compulsória, ampla bibliografia demonstra que há uma multiplicidade de experiências e subjetividades relacionadas ao aborto voluntário, e que o ideal de maternidade não está totalmente rechaçado, somente o é naquele momento em específico. (Serna et al, 2019; Motta, 2015; Rostagnol, 2012; Faúndes et al, 2004).

Isso atravessa os diálogos das pacientes com os profissionais de saúde em diversos aspectos, já que a maternidade, mais do que estar em questão como plano de vida, é vista como um fim possível, se não hoje, porque você já é mãe; ou não hoje, pois você será mãe em um momento mais oportuno e desejado em sua vida.

De acordo com a pesquisa de Susana Rostagnol (2012) a maternidade é, para a maioria das entrevistadas, um tema cheio de ambiguidades e contradições: enquanto para as mulheres jovens, a decisão de ter um/a filho/a com determinada pessoa requer tanto elementos materiais quanto simbólicos e afetivos, pois essa criança deve vir ao mundo podendo ter uma boa vida, ou, no caso das mulheres de classe popular, uma vida melhor do que aquela que elas próprias têm.

Isso tem a ver com uma ideia de um tempo conceutivo, que se refere não só a uma idade ideal para a gravidez, mas que com ela, existe um momento de vida em que haveria um parceiro ideal, um relacionamento estável, condições materiais e econômicas, entre outros requisitos. Esse tempo seria um tempo ideal para a maternidade que se inscreve “dentro de uma série de requisitos que, embora sejam sociais, marcam as expectativas das próprias mulheres” (p. 209).

Durante o trabalho de campo que precede a apresentação deste trabalho, acompanhei algumas residentes em ginecologia e obstetrícia na “clínica ginecológica A” da *Universidad de la República*. O hospital que aqui descrevo é um hospital modelo no país: apesar de não ser um

hospital universitário, boa parte da cátedra de ginecologia e obstetrícia está localizada dentro deste hospital público. Lá há uma luta para que aqueles futuros ginecologistas não se tornem objetores de consciência, e que sejam impulsores das políticas de saúde sexual e reprodutiva em sua futura atuação.

Em uma manhã acompanhei duas residentes realizando as internações e um pouco de suas rotinas na residência, entre o intervalo de uma aula e outra. Elas eram R1 (estudantes do primeiro ano de residência) e as residentes de R2 e R3, as veteranas, eram como tutoras que determinavam seu trabalho. Como não podiam ficar muito tempo em uma entrevista houve uma conversa rápida sobre a lei de IVE e perguntei a elas quais eram suas questões em relação à lei.

Mariana, objetora de consciência, me dizia que eu deveria conversar com outra residente, já que ela não seria a melhor pessoa com quem eu poderia conversar, por isso chamou sua colega Paula. A conversa com as duas me trouxe diversas reflexões sobre a formação e o *ethos* de ser ginecologista.

Segundo Mariana a maioria dos objetores seriam “falsos”, pessoas que são parte do problema e não da solução². Os falsos objetores seriam então aqueles contra os governos de esquerda, contra o *Frente Amplio*, partido que promoveu e impulsionou a lei. Ambas apontaram como fato importante a queda da mortalidade materna no país depois da aprovação da lei, e se referem aos tempos de 2001 como tempos onde muitas mortes poderiam ter sido evitadas. Mariana entende que “*estas mulheres iriam fazer isso de qualquer jeito*”, então o melhor é que seja um procedimento seguro, e a lei assegura que as mulheres pobres façam com segurança, já que as ricas sempre o fizeram.

Paula, que não é objetora de consciência, me disse que não sentia que a lei estava totalmente boa, que o ideal era mudá-la em alguns casos. Ela me contou dois casos que viveu recentemente e que ela estava totalmente em desacordo, segundo ela são exemplos que não deveriam ser permitidos, embora ela mesma tenha se dado conta dizendo em voz alta que seria impossível regular esse tipo de decisão.

O primeiro caso foi uma menina, com boas condições financeiras, apoio familiar, que resolveu interromper a gestação pois queria dançar. Paula se sentiu abismada com tamanha tranquilidade com a qual a menina lhe dizia que era porque queria dançar e trilhar esse caminho,

² É interessante como Mariana aqui repete a máxima que *Iniciativas Sanitárias*, movimento de incidência política pelos direitos sexuais e reprodutivos e ampla bibliografia sobre a crise de mortalidade materna nos anos 2000 no Uruguai diz sobre o tema.

apesar de toda a possibilidade de ser mãe, diferentemente da maioria das que vão às consultas IVE. O segundo caso foi de uma moça que estava tentando engravidar e tinha dificuldades, até que, quando finalmente conseguiu engravidar, apareceu em uma consulta de IVE, disse que havia brigado com seu companheiro, e não se sentia apoiada para seguir com a gravidez. Em ambas situações, segundo Paula, os motivos eram supérfluos: a primeira por não querer abdicar de um plano pessoal para dedicar-se à maternidade e a segunda, que após acompanhamento dos profissionais do hospital para conseguir engravidar, quando conseguiu resolveu desistir, como se todo o esforço conjunto para que houvesse a fecundação tenha sido em vão por uma “pequena briga de casal”.

Há aqui então um leque de alternativas aceitáveis, enquanto outras não seriam: a impossibilidade econômica, sobretudo em um hospital público, aparece como uma razão que as mulheres têm para que sua decisão seja melhor aceita pelos profissionais. Ambas me diziam que o tipo de mulheres que atendem em sua maioria são “mães, que ou tem filhos pequenos, algumas já tiveram filhos há muito tempo e não faz sentido ter mais um agora, muitas não têm trabalho, ou um companheiro” e estas seriam então justificativas que ambas entendem e vêm nestes casos o IVE como uma escolha plausível a se fazer. Aqui o aborto é um procedimento legitimado pela falta de condições financeiras e familiares. Entretanto, as mulheres que são diferentes da maioria das que frequentam o hospital, ou seja, pertencem a outra classe social, vivem em um bom bairro, possuem uma carreira, companheiro, ou família que as apoie são vistas como as que possuem um luxo: por que então não ser mães se possuem tudo isso? A ideia de maternidade e da construção de uma família é tratada como algo dado, um passo “natural” na visão de alguns profissionais, enquanto que as noções de direitos reprodutivos, da escolha que essa pessoa irá fazer em sua vida, acaba sendo colocado de lado.

Em uma consulta IVE 2, Karen, uma jovem e vinte e poucos anos, nenhuma gravidez anterior, estava finalizando a graduação em Arquitetura, tinha um namorado, vivia com os pais em um bairro de classe média de Montevideú. Ela começa se justificando e dizendo que acudia a um hospital público pois, embora tenha dinheiro para um plano privado, acredita na saúde pública. Ela entra na sala muito exasperada e ao comentar quem eu sou e minha pesquisa, ela conta que vai em breve ao Brasil, quer conhecer o Rio de Janeiro: Karen destoava da imensa maioria das mulheres atendidas no cotidiano do serviço e parecia demonstrar mais angústia que muitas das quais passavam por ali. Ela se justificava mesmo sem ninguém ter perguntado nada

em específico do porquê de sua decisão: “eu sei que tenho namorado, condições financeiras, mas eu realmente preciso de um emprego melhor e terminar primeiro a graduação, eu sinto que não é o momento”.

Segundo Faúndes (2004), ao contrário do que se pensa, a percepção de não poder arcar com as despesas de um filho não é mais frequente entre os setores mais pobres do que em relação a classe média: “isto sugere que a expectativa pelo futuro dos filhos é mais importante que a situação econômica” (p. 106).

Imagino que, nos corredores do hospital, Karen deve ter visto muitas mulheres com seus filhos: no espaço do hospital há muitas mulheres, por se tratar de um *hospital de la mujer*, e conseqüentemente muitas mulheres com filhos pequenos. Para ingressar ao edifício onde se realiza o IVE, ela provavelmente teve que passar pelo parquinho infantil e se deparado com as crianças e suas mães. Ela deve ter se deparado com o fato que, apesar de essas mulheres possuírem condições socioeconômicas muito diferentes das dela, são mães e ela sentia que não queria ser.

Entre a objeção legítima e a ilegítima: manuseio sobre concepções de autoridade

La situación de la conciencia en Uruguay hoy está en torno al 30%, 35% de los profesionales, yo creo que es un buen número (...) **yo creo que no se puede ser más realista que el rey**, y reconocer que para mucha gente es muy difícil de hacer esto y bueno, por motivos genuinos o no, no puede hacerlo. Creo que la objeción de conciencia **no es el enemigo**. El problema es cuando hay un ginecólogo que quiere imponerle su posición a la mujer, que la maltrata, o que violenta su autonomía: eso sí es un enemigo. Pero el objetor de conciencia genuino le dice “yo no puedo ayudarla pero venga conmigo que vas a estar con un colega que sí puede ayudarla”; **la trata de manera humana, respetuosa, y le da continuidad asistencial, para mí no es un problema**. Es una variante del compromiso de conciencia, ahí yo tengo una diferencia muy notoria con algunos autores anglosajones que prácticamente demonizan la objeción de conciencia, **yo creo que eso es un error**. Las concepciones tienen que respetarse, siempre y cuando sean de conciencia.

(Trecho de entrevista realizada com o prof. Chefe da Clínica Ginecológica A, Leonel Briozzo, novembro de 2019).

Segundo Diniz (2013), a objeção de consciência (OC) em caso de aborto é um direito individual do profissional da área da saúde a não aceitar solicitações para a interrupção da gravidez, por razões de ordem religiosa, filosófica ou moral. Geralmente a OC é acionada em casos de abortamento pelos profissionais da saúde, principalmente médicos, de acordo com seu regime de saber e poder. Isso explicita como a hegemonia médica funciona ao resguardar e reconhecer os sentimentos e valores pessoais dos médicos, enquanto outras crenças, como a das mulheres que procuram uma consulta de abortamento legal, são desqualificadas ou colocadas em segundo plano:

É na hegemonia médica que se resguarda quando se reconhece a intocabilidade dos sentimentos dos médicos. Mas é também o tabu do aborto como uma questão religiosa o que se reafirma quando a objeção de consciência se transforma em um direito médico. Ao final, a laicidade torna-se um adjetivo das políticas públicas e não um substantivo que legitimaria as práticas políticas sobre o justo em saúde. (Diniz, p. 1706, 2013).

A objeção de consciência tem sido reportada para uma ampla gama de tratamentos e serviços em saúde sexual e reprodutiva, como anticoncepção, anticoncepção de emergência, esterilização, fertilização, aborto e cuidados pós-aborto; e tem acudido a ela, ou desejariam acudir, profissionais de várias áreas como farmacêuticos, laboratoristas, radiologistas, enfermeiros, administrativos, e claro, médicos (Serna et al, 2019, tradução minha).

Serna (2019), em um artigo sobre a objeção de consciência (OC) no Uruguai, Argentina e Colômbia, entende que a OC é uma ferramenta que é utilizada para assegurar seu foro como médicos, e está conectada com um exercício unilateral e desproporcional de poder, já que estão baseadas em muitos preconceitos que são “simultaneamente médicos, jurídicos e sociais” (p.153, tradução minha).

Aníbal Faúndes e José Barzelatto (2004) problematizam como valores conflitantes são lidados pelos profissionais de saúde: “para muitos médicos (...) a visualização do embrião faz uma enorme diferença e afeta seriamente sua capacidade de aceitar que o abortamento é a melhor solução em muitas situações da vida de uma mulher” (p.118). Em entrevista com Soledad

González, militante do movimento feminista e membra da ONG Cotidiano Mujer³, as queixas que as mulheres têm feito sobre o serviço de IVE são direcionadas principalmente aos ecógrafos, médicos radiologistas que realizam os exames de ultrassonografia, e que, através das imagens fazem comentários sobre o “bebê” que as mulheres têm em seu útero, o que demonstra uma crença, em crescente tendência por parte dos movimentos ditos “pró-vida”, de conceituar os direitos do feto como separados e opostos aos direitos das mulheres, como se os corpos gestantes idealmente fossem separados dos fetos.

De acordo com Rostagnol (2015, p.171) o corpo do aborto é um território de disputa da noção de pessoa. O corpo não é somente o lugar onde objetivamente se produz o aborto, mas onde também o vivencia e percebe, além de ser um espaço político. Pode-se pensar também como esse corpo passa pela experiência de diversas consultas no hospital, pelo menos duas ultrassonografias (uma antes e uma após o abortamento), entrevistas com a parteira, enfermeira, ginecologista, assistente social e psicóloga/o. É um corpo submetido a exames diversos e que por fim, experimenta o momento do abortamento de maneira distinta que em outros países: ao utilizar o misoprostol, são “obrigadas a ver o que expulsaram diferentemente daquelas que abortaram por métodos cirúrgicos [...] existe uma entidade material observada diretamente. Aparece uma relação entre a nomenclatura” (p. 165). Essa nomenclatura perpassa a representação do “produto” que é abortado, segundo as entrevistas realizadas pela autora: “a coisa”, “isso”, “o coágulo”. São nomes que também aparecem nas entrevistas IVE 2 e IVE 3, quando as pacientes querem sanar suas dúvidas sobre o procedimento, ou, para aquelas que vão realizá-lo mais uma vez, comentar sobre o que viram e como viram no último IVE.

Embora a objeção de consciência, segundo meus interlocutores residentes e profissionais da clínica ginecológica, possa ser considerada como “real” ou “falsa”, segundo Faúndes (2004a), há a desconfiança que os mesmos objetores em outras situações não o seriam: “mesmo as mais fortes convicções teóricas podem mudar dramaticamente quando a situação se torna pessoal” (p. 123). A proximidade moral sob a decisão da mulher parece pesar quando um profissional decide ser objetor ou não.

³ *Cotidiano Mujer* é um coletivo feminista uruguaio que existe desde 1985, influenciando as decisões na esfera política a partir de campanhas, manifestações, debates e encontros. Tem um relevante papel no desenho da política pública que descrevo nesse texto, assim como desenvolveu projetos para a difusão das informações referentes à lei de aborto após a implementação desta.

Essa questão também aparece nas pesquisas brasileiras (Faúndes et al, 2004b) que comparam a opinião geral dos médicos, se são contra ou a favor do aborto, enquanto, por outro lado, ao serem perguntados se já praticaram ou ajudaram alguém a realizar um aborto, se mostram mais propensos a aceitar o fato, quanto mais próximo de si está a pessoa que passa por a situação de viver uma gravidez indesejada. Quando os próprios gineco-obstetras, ao serem indagados sobre uma possível gravidez não-desejada, seja uma experiência própria ou em sua parceira, duas vezes mais médicos aceitaram a possibilidade do aborto em comparação a mesma situação vivida por uma paciente: “nossos achados sugerem que as atitudes médicas mudam quando o dilema da gravidez indesejada afeta a eles diretamente. Entretanto, mesmo quando o grupo de médicos que tinham experiência pessoal de aborto, a proporção que ajudou pacientes ou parentes a realizar um aborto ainda estava abaixo dos 60% e 70%, respectivamente.” (Faúndes et al, 2004b, p.102, tradução minha)⁴.

Conservadorismos em uma nova configuração de sujeitos políticos

É notório como sujeitos políticos que se auto-denominam conservadores têm se articulado para garantir uma agenda anti-direitos sexuais e reprodutivos. Este fenômeno também ocorre no Uruguai que, através de discursos de quadros do atual governo, têm apelado contra a baixa taxa de natalidade que o país apresenta, além de associar gravidezes indesejadas com atos irresponsáveis, culpabilizando a taxa de aborto em relação a estes temas.

O aborto, aqui definido como a interrupção voluntária da gravidez, é um problema pessoal "com profundas implicações médicas, culturais, religiosas, éticas, políticas e psicológicas" (Faúndes, 2004a). A prática, legalizada com algumas restrições desde 2012 no Uruguai, mostra desafios à implementação da política pelas ações políticas de alguns setores religiosos e conservadores que disputam moralmente, através do tema do aborto, concepções sobre gênero, sexualidade, classe, raça, família e nação.

As discussões sobre a vida e a criação de categoria "mulher que aborta", como se existissem dois tipos de mulheres, a que rejeita a maternidade e a que não, têm aparecido no

⁴ The obstetrician–gynaecologists who responded to the questionnaire showed a progressive acceptance of the need for abortion the closer they were to the person with the unwanted pregnancy. Twice as many accepted that abortion was necessary when the unwanted pregnancy was their own or their partner’s as when it was a patient’s. Our findings suggest that physicians’ attitudes changed when the dilemma of undesired pregnancy affected them directly. However, even in the group of physicians who had personal experience of abortion, the proportion that helped patients or relatives to have an abortion was still below 60% and 70%, respectively.

debate público uruguaio depois de sete anos de implementação da lei de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVE em espanhol) em todo território nacional.

Em novembro de 2019, depois de três mandatos consecutivos da *Frente Amplio*, ganha a presidência do país o candidato *blanco* Luis Lacalle Pou, integrante do Partido Nacional e que foi o candidato da *coalición multicolor*, coalização política de diversos partidos de direita que se uniram para fazer frente ao projeto de esquerda. Dentro da coalizão, além dos tradicionais partidos uruguaio Nacional e Colorado, também se destaca um novo partido *Cabildo Abierto*, criado no mesmo ano de 2019 e que obteve destaque nas eleições de estreia já que conseguiu 11 cadeiras na Câmara de Representantes e 3, no Senado, além de seu candidato à presidência Guido Manini Ríos, obter 11% dos votos.

Consequentemente o tema do aborto volta ao debate público: Guido Manini Ríos, ex-candidato a presidente, ex-chefe do exército e que faz parte da coalizão ganhadora das eleições presidenciais, e também do partido *Cabildo Abierto*, durante a campanha política, manifestou-se abertamente contra a lei de aborto (nº18.987/2012), e um outro deputado eleito do mesmo partido, Martín Sodano, disse que no Uruguai “mulheres interrompem a gravidez como método anticonceptivo” e também que “se [ela] não teve responsabilidade de se cuidar, *bancátela* (sic)” aludindo a uma culpabilização da gravidez por parte da mulher.

Sodano, se manifestou na Revista semanal *Búsqueda* dizendo que é contra o aborto “*porque sí, de abortar por abortar*” e ainda acrescentou:

"a ver, **si te gustó, bancátela**. Si no tuviste la responsabilidad de cuidarte, que es tan simple como cuidarte cinco minutos de tu vida, bancátela. No le puede ganar la desesperación a la irresponsabilidad (...) hoy lo que pasa es que hay mucha libertad, cualquiera hace lo que quiere y después dicen: 'Vení, sacámelo, total, no pasa nada'. Para algunas mujeres es como una canilla libre".

Nos dias posteriores a esta fala do deputado eleito, em novembro de 2019, ocorreu uma manifestação pequena, com a chamada “*Bancátela vos*”, mas que contou com ampla presença dos meios de comunicação do país na avenida principal de Montevidéu, Av. 18 de Julio, terminando na frente da *Intendencia*, órgão administrativo da cidade.

Tanto durante as eleições, como após, os integrantes da coalizão *multicolor*, se manifestaram publicamente contra diversas políticas aprovadas durante os governos anteriores,

entre elas se destacam a lei de aborto nº18.897/2012, e a lei integral para as pessoas trans n.º 19684/2019, esta última que propõe-se a promover o direito a uma vida livre de discriminação para as pessoas trans e inclui cotas de trabalho, reparação por violência institucional, acesso adequado à saúde, entre outros direitos⁵.

O militar aposentado Guido Manini Ríos, foi candidato à presidência por seu partido se manifestou em entrevista dizendo que "*el problema principal que tiene el país de acá a 100 años es la falta de gente*", e considerou assim que a comunidade LGBTQ+ "*también es parte del problema*" no *Semanario Voces*:

“Cada vez nacen menos niños. Uruguay es inviable a corto plazo de continuar este proceso. (...) ya hoy por hoy hay un colapso de la seguridad social producto de esta falta de juventud que tenemos. De población activa. Ese es el problema central. ¿Cómo puede pasar período tras período de gobierno sin que nadie le entre a eso? Y acá me meto en un tema espinoso como el del aborto, como el del estímulo a la falta de condiciones para la procreación de hijos, de una forma u otra. Estadísticamente cada año hay menos nacimientos. Tendría que ser al revés, tendríamos que estimular familias prolíficas”⁶.

Em sua fala, há um desestímulo por parte do Estado uruguaio para o nascimento de futuros filhos, e esse desestímulo é atravessado pela lei de aborto assim como pela existência da comunidade LGBTQ+. Assegurar direitos dos sujeitos LGBTQ+, assim como direitos sexuais e reprodutivos, acabam por não contribuir para esse ideal de nação de uma família numerosa, de classe trabalhadora, que auxiliaria assim a seguridade social do país.

Segundo Calvo (2020), a arena política no Uruguai observou com preocupação e receio a queda da fecundidade, que nunca foi elevada, e muitas vezes apareceram vozes para estimular medidas para reverter esse cenário. Porém, essas propostas “*además de ser incompatibles con miradas modernas del ejercicio de los derechos de las personas (y colisionan con acuerdos intergubernamentales de los cuales el país es signatario), tampoco fueron eficaces en las experiencias pronatalistas desarrolladas en países europeos y asiáticos*”.

O atual presidente uruguaio, Luis Lacalle Pou, assegurou em maio de 2020, que seu

⁵ Ver mais em: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/ley-trans-reglamentacion>.

⁶ Ver mais em: <http://semanariovoces.com/guido-manini-rios-senador-nazis-fascistas-partido-militar-un-engendro-del-pepe-en-un-a-no-fuimos-de-todo/>

governo tem uma agenda pró-vida⁷, embora exista a legislação da interrupção voluntária da gravidez vigente. Lacalle Pou, ao ser indagado em uma videoconferência sobre a lei de interrupção da gravidez e sobre “10.000 niños que no nacen en Uruguay”, em referência aos números de abortos anuais no país, disse:

“Todos entendemos que Uruguay tiene que tener una fuerte protección a los niños por nacer, que hay que tener una **política de desestímulo de los abortos**, que el Uruguay en su Constitución y de acuerdo a los pactos ratificados entiende que hay vida desde la concepción y en ese sentido, un niño que no ha nacido tiene derechos⁸”.

Didier Fassin (2010), destrinchando o conceito de biopoder de Foucault, amplia e reforça a importância de pensar a saúde e a vida em termos de biolegitimidade. O autor se interessa em entender o processo que fez com que “a vida humana tenha se convertido no valor mais legítimo sobre o qual o mundo contemporâneo fundamenta o pensamento dos direitos humanos” (p.201, tradução própria, grifos meus). Segundo ele, o fato de que a biolegitimidade, ou seja, a legitimidade do mero fato de poder viver, tenha se imposto durante a segunda metade do século XX, após um contexto de duas guerras mundiais, pelo genocídio e seus milhões de mortos: “estabelecer uma relação entre o direito à vida e o direito à dignidade e, por conseguinte, aos direitos humanos, constituem então uma necessidade ética inscrita em um contexto particular que deu lugar a redação da Declaração Universal dos Direitos Humanos ao final dos anos 1940” (p. 201, tradução própria).

O autor constata que nas últimas décadas o direito à vida tem ocupado um lugar central na economia geral dos direitos humanos, enquanto que, os direitos econômicos e sociais, e consequentemente as discussões e esforços que antes reivindicavam justiça social, têm se transformado em um discurso humanitário, em que sua última razão de ser é salvar vidas.

Nas discussões sobre direito aborto o termo *pró-vida* aparece, geralmente em referência ao direito à vida do feto em contraposição à escolha da gestante; por outro lado, movimentos feministas se utilizam do mesmo termo para defender a importância da vida das mulheres⁹, já

⁷ Ver mais em:

<https://www.elobservador.com.uy/nota/-agenda-provida-que-dijo-lacalle-como-lo-explico-en-campana-y-que-contes-to-la-oposicion-20205510220>.

⁸ Ver mais em:

<https://www.elpais.com.uy/informacion/politica/le-preguntaron-lacalle-pou-posicion-aborto-respuesta.html>

⁹ Um exemplo ocorreu no Brasil, quando em 2018 aconteceu o festival “Pela vida das mulheres e pessoas com útero” em Brasília durante a discussão da ADPF 442.

que os números de mortes decorrentes por abortos inseguros no mundo ainda é elevado.

Referências Bibliográficas

CALVO, Juan José. Por qué no es aconsejable intentar incidir sobre la natalidad para aliviar la carga financiera de la seguridad social. La Diaria, Montevideo, 24 de outubro de 2020. Sector público. Disponível

em: <https://ladiaria.com.uy/economia/articulo/2020/10/por-que-no-es-aconsejable-intentar-incidir-sobre-la-natalidad-para-aliviar-la-carga-financiera-de-la-seguridad-social/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=finde semana> . Acesso em: 24 de outubro de 2020.

DINIZ, Débora. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, pp. 1704-1706, 2013.

FASSIN, D. (2010). El irresistible ascenso del derecho a la vida. Razón humanitaria y justicia social. *Revista de Antropología Social*, 19, 191–204.

FAÚNDES, Aníbal BARZELATTO, José. O drama do aborto, em busca de um consenso. Campinas: Editorial Komedi, 2004a. 304p.

FAÚNDES A, Duarte GA, Neto JA, de Sousa MH. The closer you are, the better you understand: the reaction of Brazilian obstetrician-gynaecologists to unwanted pregnancy. *Reprod Health Matters*. 2004b

FAÚNDES, Anibal. What can we do as gynecologists/obstetricians to reduce unsafe abortion and its consequences? The Uruguayan response. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 134 (2016) S1–S2

MAGNANI, José Guilherme Cantor. Etnografia como prática e experiência. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre, v. 15, n. 32, p. 129-156, Dec. 2009.

ROSTAGNOL, Susana. De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora) anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, nº12, dossier n.1/ pp.198-223, 2012.

ROSTAGNOL, Susana. Los cuerpos del aborto. **Revista venezolana de estudios de la mujer**. Vol 20, nº 44/ pp. 163-177, 2015.

SERNA, Sonia; CARDENAS, Roosbelinda; ZAMBERLIN, Nina. ¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)*, Rio de Janeiro , n. 33, p. 137-157, Dec. 2019 .