

Saúde sexual e reprodutiva, conservadorismo religioso e acesso a medicamentos: uma discussão sobre a estratégia global de *advocacy* do Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência

Luiza Lena Bastos

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

> luizalena2@gmail.com

Elaine Reis Brandão

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

> brandao@iesc.ufrj.br

Miriam Ventura

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

> miriam.ventura@iesc.ufrj.br

Resumo: O Consórcio Internacional sobre Contraceção de Emergência (ICEC) é uma organização não governamental, criada em 1996 por iniciativa da Fundação Rockefeller. O ICEC tem sido o principal interlocutor no cenário mundial na defesa do acesso à contraceção de emergência (CE) e na sua difusão nos, assim chamados, países em desenvolvimento. Seu website é uma importante fonte de informação e veículo para advogar em prol dos CE. Foi realizada uma análise temática em documentos selecionados do website do ICEC disponíveis no período de 2013 e 2014. Este artigo indaga se a ausência de uma discussão ampla sobre sexualidade e direitos humanos, constatada no material analisado, seria pautada por um cenário político de acirrado fundamentalismo religioso.

Palavras-chave: contraceção de emergência; direitos sexuais e reprodutivos; sexualidade; direitos humanos; fundamentalismo religioso.

Sexual and reproductive health, religious conservatism, and access to medicines: a discussion on the global advocacy strategy of the International Consortium for Emergency Contraception

Abstract: The International Consortium for Emergency Contraception is a non-governmental organization, created in 1996 by initiative of the Rockefeller Foundation initiative. ICEC has been the main international voice advocating for the access to emergency contraception (EC) and its dissemination in so-called developing countries. Its website is an important source of information and a vehicle for EC advocacy. A thematic analysis was performed on selected ICEC website documents available during the 2013-2014 period. This article questions whether the lack of a broad discussion on sexuality and human rights that results from this assessment responds to a political scenario of intensified religious fundamentalism.

Keywords: emergency contraception; sexual and reproductive rights; sexuality; human rights; religious fundamentalism.

Salud sexual y reproductiva, conservadurismo religioso y acceso a medicamentos: una discusión sobre la estrategia global de advocacy del Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia

Resumen: El Consorcio Internacional sobre Contracepción de Emergencia (ICEC) es una organización no gubernamental, criada en 1996 por iniciativa de la Fundación Rockefeller. El ICEC ha sido el principal interlocutor en el escenario mundial en la defensa del acceso a la anticoncepción de emergencia (AE) y en su difusión los llamados países en desarrollo. Su sitio web es una importante fuente de información y vehículo para abogar en favor de los AE. Fue realizado un análisis temático en documentos seleccionados en el sitio web del ICEC disponibles durante el período de 2013 y 2014. Este artículo indaga si la falta de una discusión amplia sobre sexualidad y derechos humanos, constatada en el material analizado, sería resultado de un escenario político de intensificado fundamentalismo religioso.

Palabras clave: anticoncepción de emergencia; derechos sexuales e reproductivos; sexualidad; derechos humanos; fundamentalismo religioso.

Saúde sexual e reprodutiva, conservadorismo religioso e acesso a medicamentos: uma discussão sobre a estratégia global de *advocacy* do Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência

Introdução

Este artigo¹ analisa os argumentos divulgados pelo Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência (ICEC) para expandir o acesso a tal método contraceptivo² ao redor do mundo, com ênfase nos países “em desenvolvimento”. O ICEC é composto principalmente por organizações de “planejamento familiar”³ e se constitui como uma rede integrada por atores (LATOURE, 2007). Tem como parceiras as indústrias farmacêuticas e, como interlocutor privilegiado de diferentes organizações internacionais de saúde e agências das Nações Unidas, tem se tornado o principal ator social na discussão e difusão deste tipo de contraceptivo. Em sua prática de *advocacy* em prol do livre acesso à contracepção de emergência, o ICEC utiliza argumentos amparados nas prescrições da Saúde Pública, a preocupação com as taxas de fertilidade e fecundidade e com a gravidez “não desejada”.

Em texto sobre as discussões dos fóruns IBAS (Índia, Brasil, África do Sul) e BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), Corrêa (2014a) questiona se a sexualidade e os direitos humanos teriam um lugar apenas secundário nesses âmbitos de discussão internacional de alto nível. A mesma inquietação vai ao encontro

¹ Artigo desenvolvido a partir da dissertação de mestrado da primeira autora, “O Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência: um estudo dos argumentos para difusão dos contraceptivos de emergência em países “em desenvolvimento”, com apoio CAPES/FAPERJ, concebida no âmbito da pesquisa “Uma investigação sócio-antropológica no âmbito das farmácias/drogarias: posição de farmacêuticos e balconistas sobre a contracepção de emergência” (2012-2015), coordenada por Elaine Reis Brandão, no IESC-UFRJ, com apoio FAPERJ/CNPq. A equipe foi composta por Miriam Ventura (IESC-UFRJ); Cristiane da Silva Cabral (FSP-USP); Naira Vidal de Oliveira (FF-UFRJ); Iolanda Szabo (FF-UFRJ); Sabrina Pereira Paiva; e Luiza Lena Bastos (IESC-UFRJ).

² O termo “contracepção de emergência” se refere a diversos contraceptivos que podem ser utilizados após a relação sexual a fim de evitar uma gravidez.

³ Algumas instituições parceiras do ICEC são o BPAS – *British Pregnancy Advisory Service* (Serviço Britânico de Aconselhamento sobre Gravidez); *Catholics for Choice* (Católicas pelo Direito de Decidir); FHI360 (Family Health International); a IPPF – *International Planned Parenthood Federation* (Federação Internacional de Planejamento Familiar); e o *Population Council* (Conselho da População).

dos resultados deste estudo, que igualmente identificou uma ausência de debate sobre esse domínio da vida social, política e pessoal no *website* do ICEC. Indaga-se ainda se tal ausência responderia a uma estratégia em razão do acirramento e maior penetração do fundamentalismo religioso no contexto político internacional.

Pensar sexualidade e direitos humanos implica incluir os direitos sexuais e reprodutivos no marco dos direitos humanos. Isto significa envolver, entre outros atributos, o respeito pela privacidade e as escolhas reprodutivas. As tecnologias reprodutivas e seu livre acesso são dispositivos que podem contribuir para garantir a livre escolha nesse âmbito. Tal concepção do direito situa a sexualidade e a reprodução enquanto formações culturais e políticas. Estas se referem, por exemplo, ao livre exercício da sexualidade, à autodeterminação reprodutiva e livre escolha da maternidade (VENTURA, 2009; COOK, DICKENS e FATHALLA, 2004). Apesar da fortaleza do argumento de direito individual e social aplicável ao âmbito da sexualidade e reprodução, setores conservadores da sociedade, sobretudo segmentos religiosos, questionam essa perspectiva. Eles argumentam contra a garantia do acesso aos CE como um direito das mulheres, postulando que se trataria de um “medicamento abortivo”. Desse modo questionam também, de fato, o próprio direito ao aborto como um direito sexual e reprodutivo. A análise dos argumentos do ICEC revela que, na sua estratégia para expandir acesso aos CE para países “em desenvolvimento”, o consórcio se baseia escassamente no referencial teórico dos direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos que emergiu na Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994 (CIPD) a partir das críticas feministas à perspectiva neomalthusiana. A abordagem do ICEC é apresentar a reprodução como um dever das mulheres, relativo às prescrições de saúde pública diante de possibilidades farmacêuticas seguras para o controle de agravos e da própria reprodução da população. Logo, ao delinear suas estratégias de *advocacy*, o ICEC opta por um discurso mais “científico” e sanitário do que político. É a nossa hipótese que cenários mais conservadores e penetrados por uma moral religiosa impediriam defender novas tecnologias de contracepção e a prática do aborto na perspectiva da afirmação de direitos sexuais das mulheres.

Metodologia

Uma das estratégias de *advocacy* utilizadas pelo ICEC tem sido divulgar suas ações e as informações sobre CE através do seu *website*⁴, o qual tem como princi-

⁴ *Website* do Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência: <http://www.cecinfo.org/>.

pais destinatários gestores, profissionais de saúde e ativistas sociais. Para analisar os argumentos empregados pelo ICEC dentro dessa estratégia foi realizada uma pesquisa documental e análise temática, sob perspectiva sócio-antropológica, dos conteúdos disponibilizados no seu *website* e na sua lista de distribuição de e-mails no período de 2013 e 2014. Após uma análise em profundidade, três argumentos centrais foram encontrados: um de corte sanitário; um de caráter farmacêutico; e outro de direito. Neste artigo será discutido o argumento de direito.

Inicialmente foram selecionados todos os documentos da subseção “*ICEC Publications*” por conterem apenas publicações de consultores e de membros do ICEC. Selecionaram-se também outros documentos relevantes com relação aos objetivos do trabalho nas outras seções disponíveis, que continham publicações de parceiros do consórcio, de natureza técnica e política. Nos meses de agosto e setembro de 2013 foram realizadas visitas “flutuantes” para “captar os documentos” e em outubro de 2013 foi realizada uma leitura em maior profundidade para seleção do material. De março a maio de 2014, revisitou-se o *website* e realizou-se uma leitura em profundidade de novos documentos disponíveis. Após a leitura de um conjunto de aproximadamente 133 documentos, identificaram-se as seguintes categorias temáticas recorrentes: gravidez “não planejada”, gravidez “não desejada”, gravidez na adolescência, saúde pública, segurança, eficácia, mecanismo de ação, venda OTC (*over the counter*), direito ao acesso aos contraceptivos, taxas de fertilidade. Por fim, foram selecionados 83 documentos que abordavam prioritariamente os temas considerados estratégicos para argumentação do consórcio (quadro 1).

Além da pesquisa no *website*, em 5 de abril de 2012 a primeira autora ingressou como participante em uma lista de distribuição de e-mails aberta a qualquer pessoa, utilizada por membros do consórcio para discussões sobre CE. Desta lista participam professores universitários, pesquisadores, profissionais de saúde, ativistas de organizações de saúde reprodutiva, entre outros. Até o dia 2 de maio de 2014 foram recebidos 211 e-mails do consórcio. Encerrando-se o processo de coleta de material, foi realizada a nova leitura em profundidade e seleção final do material para análise. As discussões nos e-mails se assemelhavam muito aos temas do *website*. Nesse sentido, decidiu-se focalizar a análise nos documentos do *website*, selecionando-se e-mails que apresentavam categorias temáticas já identificadas nos documentos do *website* mencionadas anteriormente.

Quadro 1: Número de documentos selecionados

Seção do <i>website</i>		Número de documentos selecionados
About		3
What's EC?		3
Country-by-Country Information		15
EC Issues		9
Publications and Resources	ICEC Publications	23
	Partner Publications	23
EC News		7
Total		83

O *website* contém documentos de natureza distinta, com diferentes datas de publicação. A classificação dos tipos de documentos encontrados é feita pelo próprio consórcio e por seus parceiros e são sistematizados como demonstrado no quadro 2.

Quadro 2: Tipos de documentos e datas de publicação

Seção do <i>website</i>		Tipos de documentos	Datas das publicações
What's EC?		Página do <i>website</i>	Não informado
Country-by-Country Information		Fichas técnicas Casos de estudo	2005; 2006 e 2013
EC Issues		Página do <i>website</i>	Não informado
Publications and Resources	ICEC Publications	Diretrizes médicas Fichas técnicas Declarações técnicas Declarações Políticas Documentos temáticos de instrução para defensores da CE Artigos científicos	2003; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014
	Partner Publications	Artigos científicos Fichas Técnicas Resumo de política de intervenção Informe sobre políticas públicas Relatórios Declarações Políticas Manuais técnicos, clínicos, políticos e jurídicos Informativos Boletim	1998; 2003; 2004; 2005; 2008; 2010; 2011; 2012 2013

EC News	Notícias na página do <i>website</i>	2005; 2006; 2007; 2008
---------	--------------------------------------	------------------------

A natureza distinta dos documentos e a seleção realizada por membros do comitê diretivo do ICEC revelam o objetivo estratégico e a *performance* da plataforma virtual na argumentação em prol dos CE, que apropria diversos tipos de informação para sua *advocacy*. Foram reunidos para esse texto os principais artigos com os argumentos utilizados pelo ICEC destacados no quadro 3, segundo seção do *website* (totalizando 9 documentos).

Quadro 3: Amostra de 9 documentos selecionados para a discussão do argumento do direito ao acesso a CE

Subseção do <i>website</i>	Título	Autoria	Data da publicação	Classificação do documento	Argumento para expandir acesso à CE	Objetivo da publicação
ICEC Publications	Expanding Access to emergency contraception	Elizabeth Westley, H.von Hertzen, A. Faundes.	2007	Artigo publicado em: International Journal of Gynecology and Obstetrics	Redução do risco de gravidez. Grande número de gravidezes indesejadas; uso incorreto de outros contraceptivos, violência sexual.	Revisar questões importantes sobre CE.
What do the experts say about EC?	**	ICEC	Indisponível	Página do <i>website</i>	Redução de riscos à saúde; violência sexual, vulnerabilidade adolescentes na sociedade; um direito das mulheres.	Apresentar argumentos de parceiros como IPPF; OMS; UNFPA, entre outros em favor do acesso à CE.
ICEC Publications	Emergency Contraception: have we come full circle?	Francine Coeyataux, Elisa S. Wells e Elizabeth Westley	2009	Artigo publicado em: Contraception.	Discussões farmacológicas, sobre desafios frente à moral religiosa; prescrição OTC; acesso por adolescentes;	Discutir sobre acesso aos CE para reduzir gravidezes não desejadas em âmbito populacional.
ICEC Publications	Emergency Contraception in National Essential Medicines Lists.	ICEC	2003	Informe sobre a inclusão da CE em LMEs.	CE confere segunda chance de prevenção de gravidez.	Defender e informar sobre a importância da inclusão dos CE em LMEs.

ICEC Publications	Emergency contraception: global challenges, new opportunities.	Elizabeth Westley e Eleanor Bimla Schwarz	2012	Artigo publicado em: Contraception.	Existe uma epidemia de gravidezes não planejadas em muitos países "em desenvolvimento"	Discutir desafios e oportunidades para expansão do acesso a CE.
In-Depth Country Information	Building National Capacity to Deliver Emergency Contraception Services in Bangladesh.	Population Council	2005	"Fact Sheet". Ficha Técnica sobre inclusão de CE em Bangladesh.	Redução do número de gravidezes não desejadas. Os CE garantem "última chance" para "salvarem" a si mesmas da gravidez não desejada.	Demonstrar estratégias de inclusão dos contraceptivos de emergência em Bangladesh.
In-Depth Country Information	Counting what Counts: Tracking Access to emergency contraception in Ethiopia	ICEC	2013	"Fact Sheet". Ficha Técnica sobre inclusão de CE na Etiópia.	A distribuição deve ser feita em farmácias para aumento de acesso. Experiência da Etiópia.	Rastrear informações para expansão do acesso na Etiópia.
In-Depth Country Information	ICEC worldwide case study – Mexico: Navigating a Politically Sensitive Landscape	ICEC	2006	"Fact Sheet". Ficha Técnica sobre inclusão de CE no México.	Alto número de gravidezes não desejadas e de abortamentos.	Demonstrar estratégias de inclusão dos contraceptivos de emergência no México.
Partner Publications	State of the World Population 2012: By Choice, Not By Chance: Family Planning, Human Rights and Development.	Margaret Greene; Shareen Joshi; Omar Robles.	2012	UNFPA	Garantia de direitos reprodutivos, redução das taxas de fertilidade e associação com redução da pobreza.	Advogar em prol do direito ao planejamento familiar. Mostrar desafios e avanços.

Resultados

A laicidade do Estado e os direitos sexuais e reprodutivos

Os contraceptivos de emergência são instrumentos estratégicos, recomendados globalmente, para as políticas de saúde reprodutiva (OMS, 2012)⁵. Além disso, são tecnologias que possuem o potencial de permitir a plena vivência da sexualidade para mulheres e homens, conferindo mais uma possibilidade de planejamento no que diz respeito às suas expectativas reprodutivas. Entretanto, discussões públicas recentes no Brasil refletem um retrocesso político que ameaça direitos sexuais e reprodutivos assegurados, especialmente no que diz respeito à contracepção de emergência. As controvérsias geradas muito eloquentemente por representantes da Igreja Católica são de longa data (SOUZA e BRANDÃO, 2012). Seus discursos aproximam o contraceptivo da prática de aborto, condenando seu uso. Ao ativismo católico se soma, atualmente, o crescimento da chamada “bancada evangélica” dentro do parlamento brasileiro. No período contemplado por este estudo, foram protocolados projetos de lei como o PL 5069/2013, de autoria do deputado federal Eduardo Cunha (PMDB/RJ), aprovado na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara dos Deputados, que modifica a Lei de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (Lei 12.845/13). O projeto prevê, dentre outras tantas restrições, a proibição de venda de métodos ou substâncias abortivas, sem especificar quais seriam tais substâncias ou meios. Segundo propõe, os profissionais de saúde poderiam se recusar a administrar procedimento ou medicamento que considere abortivo, inclusive o farmacêutico poderia se recusar a dispensar a contracepção de emergência se considerar que isso “viole sua consciência”.

Nas mudanças buscadas por esses atores, o apelo às convicções religiosas aparece como uma alternativa para a solução de problemas e questões que desafiam a sociedade. Os direitos sexuais e reprodutivos são atualmente o alvo privilegiado do conservadorismo moral e religioso, que desdobra na elaboração e aplicação das leis seu caráter intervencionista e autoritário (VENTURA, 2006). Em outro trabalho, Ventura e colaboradoras (2003) enfatizam que a implementação de tais direitos requer uma ação político-jurídica emancipatória, criativa e transformadora que, enfrentando tabus, assegure aos indivíduos a titularidade de direitos, garantindo o exercício de sua sexualidade e de sua capacidade reprodutiva, com plena autonomia e dignidade. Assim, o princípio democrático deve incluir também o princípio da laicidade do Estado, de forma que o marco de direitos

⁵ Fonte: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>

não seja comprometido ou pautado por tradições ou qualquer forma de credo religioso que justifique violações do direito à igualdade diante da lei e ao exercício, em igualdade de condições, de todos os direitos previstos nos diversos instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos. Quando a laicidade do Estado está formalmente garantida, mas a prática política, inclusive a legislativa, encontra-se comprometida por concepções religiosas conservadoras, a vivência e usufruto destes direitos revela-se problemática.

Em cenários políticos conservadores onde o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos encontram-se sob ameaça, múltiplas tensões permeiam as políticas de acesso universal a métodos contraceptivos. Corrêa (2014b, p.28) se refere a certas pautas políticas que emergiram da CIPD com relação à saúde sexual e reprodutiva como “bem-comportadas”, no sentido de deixarem de lado ou resistirem abertamente uma abordagem mais crítica da desigualdade de gênero (uma pauta mais complexa e instável, na concepção da autora), da sexualidade e dos direitos reprodutivos. Essas tensões se revelam na atitude “bem-comportada”, para utilizar o termo da autora, assumida pelo Consórcio no conteúdo de *advocacy* desenvolvido em prol dos CE, no marco do planejamento reprodutivo.

Em uma troca de e-mails em junho de 2012, a coordenadora do ICEC elogiou uma coluna do jornal *The New York Times* do dia 8 daquele mês, intitulado “*How Morning-After Pills Really Work*” o que gerou uma série de discussões entre diversos participantes da lista de e-mails. A explanação sobre os mecanismos de ação destes medicamentos está sempre em disputa. A explicação científica sobre como os CE funcionam no organismo responde a normas políticas e religiosas. Três posições em debate sobre os mecanismos de ação dos CE foram observadas nessa lista pública de e-mails do ICEC. Elas evidenciam que existe reticência para advogar por métodos mais eficazes, por cautela sobre qual discurso adotar quando se advoga pela CE. Tal cautela se relaciona diretamente a um cenário político de resistência aos direitos reprodutivos embasada em convicções religiosas, pelo temor da comparação dos efeitos do medicamento com o processo de aborto.

Para alguns membros envolvidos na discussão, o ICEC devia sempre advogar por métodos pós-coito que agissem após a ovulação (como antiprogestinas em determinadas doses, por exemplo), ao invés de métodos que atuassem pré-fertilização – como o levonorgestrel. Isto porque consideravam que os métodos pós-fertilização eram mais efetivos e também para não fechar as portas para métodos que pudessem vir a estar disponíveis no futuro, mesmo correndo o risco de serem considerados medicamentos abortivos. Consideravam que focar apenas em métodos pré-fertilização poderia sugerir que os métodos pós-fertilização não eram aceitáveis pelo Consórcio.

As advocates, we do seem to want to defend EC and its mechanism as not an abortifacient. In fact, we take offense when someone inadvertently refers to EC as the abortion pill. That's why taking the stance you propose initially feels uncomfortable. What I love about it is...the reverse psychology of it! As if the opposition was catching us thinking out loud saying, "if only EC worked after fertilization, then it would prevent pregnancy better than it does." This attitude would go a long way toward reducing anxiety and making it more accessible. We, advocates, have recognized the deficiencies of EC, including "limited mechanism means limited efficacy" but are forgiving because EC has a special place and purpose as the only postcoital contraceptive. Absolutely right, EC is an important option for women but they deserve better (Membro da lista de e-mails Junho, 2012).

Uma segunda perspectiva concordava em que o Consórcio devia continuar promovendo os métodos de contracepção de emergência disponíveis, mesmo que não fossem tão efetivos quanto os que agiam após a ovulação e antes da implantação. Para estes membros não se devia enfatizar a comparativamente baixa efetividade dos CE pré-fertilização, pois isto poderia se transformar em um argumento contra esses contraceptivos que limitaria seu acesso.

Even as we state that a post-ovulatory method would be more effective, we should continue to emphasize that women need access to EC. The key is to balance overestimating and underplaying the effectiveness of EC. Our current methods are what we have to offer women and until there is something more effective, we need to do what we can to protect and promote them (ICEC, Comitê Diretivo, junho 2012).

Um terceiro grupo de interlocutores defendia uma linha de argumentação que afastasse os CE do aborto. Para alguns, o fato de os CE pré-fertilização agirem apenas antes da ovulação podia ajudar a torná-los mais amplamente aceitos, particularmente entre aqueles que se opõem ao aborto e em países onde o cenário político era mais conservador. A América Latina foi trazida como exemplo uma região onde a CE sofre forte oposição da opinião pública, influenciada por constructos e ideais da Igreja Católica (SOUZA e BRANDÃO, 2012).

Promoting the fact that EC is a contraceptive, and a contraceptive only, can help us gain a foothold in contentious policy debates. Particularly in Latin America, the theoretical implantation mechanism (listed on the FDA-approved US label) has been used to prohibit access to EC (ICEC, Comitê Diretivo, junho 2012).

Extrapolando o âmbito do ICEC, diante da situação política no Brasil e ou-

tros países da América Latina, onde os ataques aos direitos sexuais e reprodutivos, por parte dos Estados, são intensos e frequentes (CORRÊA e PARKER, 2004; CORRÊA, 2006), não é difícil compreender a posição do Comitê Diretivo. Muitas vezes, é preferível manter a tecnologia disponível, não tão eficaz se comparada com novas tecnologias já disponibilizadas em outros países⁶, do que arriscar um maior retrocesso, vide as ameaças como a materializada na PL 5069, no Brasil.

Em contrapartida, estratégias de *advocacy* “bem-comportadas” tendem a afastar os discursos de defesa da CE da retórica dos direitos sexuais e reprodutivos na concepção contemporânea dos direitos humanos, diante dos princípios da universalidade, da indivisibilidade, da diversidade e do princípio democrático (VENTURA et al, 2003). Nesse sentido, ao observarmos o afastamento do ICEC do referencial dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos humanos, questionaríamos, com Corrêa (2014a), se nessa estratégia a sexualidade e os direitos humanos não seriam projetados para um plano secundário, como trataremos a seguir.

O acesso aos contraceptivos de emergência: direito à sexualidade ou dever de se reproduzir

O ICEC, por meio do seu “poder simbólico” para legitimar os CE em âmbito global, apresenta um conteúdo de direito ao acesso a estes contraceptivos que se aproxima do direito ao “progresso científico” e o direito ao acesso a medicamentos essenciais (BOURDIEU, 2009; HAHN; HOLZSCHEITER, 2013). Na subseção *ICEC Publications*, o artigo “*Expanding access to emergency contraception*”, de Westley, Hertzén e Faúndes (2007), afirma que negar o acesso aos contraceptivos de emergência é violar os direitos humanos, o direito ao acesso a medicamentos essenciais e ao progresso científico.

Denying or placing barriers to access to EC violates basic human rights, including the right to decide whether and when to bear children, the right to non-discrimination based on gender and/or age, and the right to have access to essential medicines and benefit from scientific progress (WESTLEY, HERTZEN e FAUNDES, 2007, p. 236).

⁶ A mifepristona é considerada uma antiprogesterina, essa substância atua como um modelador do receptor de progesterona e já foi aprovada na China e Vietnã para o uso do aborto medicamentoso no primeiro trimestre de gravidez. Entretanto, quando utilizada em uma dose muito menor do que aquela usada para o aborto medicamentoso, a mifepristona é extremamente eficaz como contraceptivo de emergência. Também o Acetato de Ulipristal (UPA), considerado segunda geração de antiprogesterina, mais eficaz que o levonorgestrel, tem sido estudado e já é comercializado na Europa como EllaOne[®] e nos EUA como Ella[®] (DUNN e GILBERT, 2013; TRUSSELL, 2012, p.20; WEISBERG e FRASER 2009).

Do mesmo modo, nos documentos analisados, constata-se que o argumento em prol do acesso aos contraceptivos é formulado, sobretudo, como um direito e também uma responsabilidade da mulher em relação à contracepção. O sexo é abordado apenas em função do “risco” de uma gravidez “não desejada” que cabe à mulher evitar.

Despite initial projections that widespread use of EC pills would dramatically reduce the number of unintended pregnancies and the consequent need for abortion services, none of the interventions designed to increase access to EC has been shown to significantly reduce rates of unintended pregnancy or abortion at the population level, even though EC has been shown to reduce an individual woman’s chance of pregnancy when it is used. This discrepancy, which likely reflects a combination of both high rates of unprotected sex and disproportionately rare use of EC, highlights the need for new public health messages that effectively respond to women’s unique calculus of risk. (WESTLEY e SCHWARZ, p.430, 2012).

Desta forma, não se observam, no corpus analisado, argumentos no sentido de legitimar o livre exercício da sexualidade e reprodução em uma perspectiva emancipadora dos sujeitos. A defesa do direito aos contraceptivos e à saúde sexual e reprodutiva não aparece conectada, nos materiais analisados, com uma crítica à desigualdade entre os gêneros na esfera da sexualidade e reprodução, ou com a discussão das vulnerabilidades da autonomia reprodutiva das mulheres. Não obstante, uma abordagem crítica nesse sentido nos parece central para compreensão dos limites e possibilidades da liberdade e autonomia feminina no acesso aos CE.

Corrêa (2014b) avalia que neste terreno são significativas as perdas concretas tanto no plano das políticas públicas do direito ao aborto, quanto no do conteúdo dos direitos reprodutivos que não se referem apenas à oferta de contracepção, que teriam sofrido um esvaziamento. A autora alerta que o que ela chama de uma “política da oferta de contraceptivos” (CORRÊA, 2014b) viria promovendo um rápido retorno ao velho planejamento familiar. Esta virada teria um foco mais atento, como constatamos também nos documentos do ICEC, na África subsaariana e alguns países asiáticos. As ênfases e silêncios do conteúdo “fixo” do *website* do ICEC sintetizam esse escopo restrito:

Criminal laws and other legal restrictions that reduce or deny access to family planning goods and services, including emergency contraception, violate the right to health and reflect discriminatory notions of women’s roles in the family and society (Subseção “*What do the experts say about EC?*”, contida em “*What’s EC?*” *website* do ICEC, grifo nosso).

Segundo Corrêa e Ávila (2003), o direito à saúde reprodutiva foi construído globalmente a partir de uma fusão entre concepções de saúde reprodutiva estabelecidas no consenso internacional e a ideia inovadora dos direitos reprodutivos. Embora habitual (ou precisamente por isso), tal fusão pode levar, para as autoras, a uma interpretação que venha a diluir o significado do direito como prerrogativa de autonomia dos sujeitos nas esferas da sexualidade e reprodução, e transformar os direitos sexuais e reprodutivos em novos dispositivos globais de controle, ancorados nos direitos humanos. Em contrapartida, em uma formulação crítica do direito à saúde como uma prerrogativa dos indivíduos em face dos estados nacionais, o vínculo entre direito e saúde possui ganhos inequívocos na medida em que obriga estes a garantir a acessibilidade à contracepção. Em um sistema público universal e gratuito de saúde, como o brasileiro, trata-se de um dos pilares inegociáveis para a promoção da igualdade e do exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos.

Entretanto, dizer que este sistema de saúde universal e gratuito é crucial para a redução das desigualdades em saúde não é suficiente para resolver fatores que restringem os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres no âmbito das relações interpessoais de gênero, por exemplo. Nesse sentido, a aproximação dos direitos reprodutivos ao direito à saúde reprodutiva e ao acesso a medicamentos que o ICEC opera submete seu discurso à lógica biomédica, normativa e disciplinar, em vez da lógica emancipadora que nutre a perspectiva de direitos na esfera reprodutiva e da sexualidade.

A reificação dos direitos sexuais e reprodutivos

Enquanto a rede de atores institucionais (LATOURET, 2007) que forma o ICEC emoldura a demanda pelo acesso aos CE designando-os como uma “segunda” ou “última chance” para prevenir uma gravidez⁷, um mercado farmacêutico ganha força e alimenta a compreensão do direito à saúde sexual e reprodutiva como direito ao acesso a contraceptivos (BIEHL; PETRYNA, 2011). De modo a dar fôlego ao argumento do direito ao acesso a CE, o ICEC dá destaque às Listas de Medicamentos Essenciais (LME) divulgando-as em mais de uma seção do *website*, e também. O comitê diretivo também divulgou a LME entre os e-mails trocados na lista de e-mail já mencionada., Além disso, em 2003 foi produzido um documen-

⁷ A categoria “Second Chance” é observada no conteúdo fixo do *website* do ICEC e em documentos de parceiros do consórcio, que realça a possibilidade de uma segunda ou última alternativa de uso de método contraceptivo, pós-coito, tendo em vista a não utilização de outro método prévio à relação sexual. Um dos principais slogans de suas campanhas era “Emergency Contraception: a second chance to prevent pregnancy”. Watkins (2012) discute utilização da mesma ideia por organizações como o Population Council, que defendiam o uso do Norplant[®] para fins de controle populacional.

to específico, “*Emergency Contraception in National Essential Medicines Lists*”, que compila informações sobre CE em diferentes LME para esclarecimento público. A inclusão do levonorgestrel em uma LME significa que sua recomendação passa a ser aprovada pelos Estados como um medicamento essencial ou prioritário à saúde da população. Uma lista de medicamentos essenciais é uma lista onde cada país seleciona medicamentos de menor custo e reflete necessidades coletivas e não necessariamente individuais.

Esta ênfase nas LME é estratégica por se tratar de instrumentos importantes para o planejamento da Assistência Farmacêutica no mundo. Ao ser incluído nessas listas, um medicamento passa a ser constantemente adquirido e disponibilizado pelos países. Logo, segundo o ICEC, seu acesso se efetiva como direito para os cidadãos e cidadãs. De acordo com o documento citado “*Emergency Contraception in National Essential Medicines Lists*”, também contido na *ICEC Publications*, a LME da OMS (março de 2011) inclui o levonorgestrel. Embora outros contraceptivos possam ser utilizados como contracepção de emergência, apenas a forma contendo levonorgestrel consta na LME da OMS, incluindo tanto a apresentação com os dois comprimidos de 0,75 mg quanto 1 comprimido de 1,5 mg. Segundo o documento, dos 113 países que possuem uma LME disponível, 58 contêm as pílulas contraceptivas de emergência⁸.

Biehl e Petryna (2011), Biehl (2007) e Greene (2010) argumentaram sobre essa transformação do direito à saúde em direito ao acesso a medicamentos. Ao observar o contexto do HIV/AIDS no Brasil, Biehl (2007) mostra como diversas ONG, em parceria com o Banco Mundial, emolduraram a demanda por acesso à terapia antirretroviral enquanto um direito humano, com base na Constituição Federal, que garante o direito à saúde (DALLARI, 2009), e através de lobby por legislação específica que tornasse esses medicamentos universalmente disponíveis.

Greene (2010) observa que, em discussões e propostas de intervenção de organizações internacionais como a OMS e entidades filantrópicas como a *Bill and Melinda Gates Foundation* na área da saúde, os medicamentos têm adquirido um papel central, inclusive em questões de saúde reprodutiva. Neste campo, isto ocor-

⁸ De acordo com a nova Lista de medicamentos essenciais (LME) da OMS (WHO, 2017), publicada em 6 de junho de 2017, além das apresentações de levonorgestrel com os dois comprimidos de 0,75 mg e 1 comprimido de 1,5 mg, o Ulipristal Acetato (UPA) 30mg também agora é considerado essencial, sendo tido como mais eficaz do que o levonorgestrel, pois atua mais próximo da ovulação. O Brasil incorporou em 2010 CE no regime de levonorgestrel 1,5 mg e 0,75 mg na sua LME, divulgada pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e atualizada em 2014. No Brasil, o Ulipristal ainda não é considerado essencial e não é registrado pelo órgão regulador de medicamentos. Lista de Medicamentos Essenciais OMS, 2017: goo.gl/Q3RAXg

re por meio da parceria de dita fundação com o ICEC. Segundo o autor, nove dos quatorze desafios lançados no *Global Challenge*⁹ da Fundação Bill and Melinda Gates se referem ao fornecimento de medicamentos. O objetivo deste projeto da entidade filantrópica é incentivar iniciativas científicas e tecnológicas que resolvam os problemas “chave” de saúde nos países “em desenvolvimento”.

Há meio século a centralidade dos medicamentos não era tão óbvia. A constituição de 1946 da OMS não os mencionava. Este processo de farmacologização (WILLIAMS, MARTIN e GABE, 2011) não se relaciona apenas com o desenvolvimento tecnológico na área, mas também com mudanças políticas e epidemiológicas (GREENE, 2010). A publicação, pela OMS em 1977, de uma lista com 186 “medicamentos essenciais” definidos como “básicos, indispensáveis e necessários para a saúde das populações” marca o ingresso dos medicamentos como questões-chave da política econômica internacional e autoriza sua demanda social. Sua “essencialidade” sustenta as estratégias de grupos de *advocacy* a descrever a falta de acesso aos medicamentos como algo moralmente inaceitável.

Organizações não governamentais cada vez mais têm contornado a soberania de países e detentores de patentes em seus esforços de trazer os medicamentos “essenciais” para populações necessitadas de condições básicas de sobrevivência (GREENE, 2010). Desta forma, um consórcio inteiramente dedicado aos contraceptivos de emergência, que advoga pelo direito das mulheres ao acesso aos CE, transforma estes contraceptivos em objetos indispensáveis, reificando a ideia de direitos reprodutivos nesses artefatos.

No artigo “*Emergency Contraception: have we come full circle?*”, publicado na revista *Contraception* e também disponibilizado na subseção *ICEC Publications*, Coeyataux, Wells e Westley (2009) propõem a mudança de foco no consórcio, de uma argumentação voltada para o controle demográfico para uma argumentação do direito das mulheres de usar um método contraceptivo.

Our expectations for EC’s effectiveness were biased upwards by an early estimate that expanding Access to emergency contraception could dramatically reduce the incidence of unintended pregnancy and subsequent abortion. This estimate made a compelling story and is likely a key reason why donors and others were willing to support efforts to expand access to EC. Now that we realize that this was an overly optimistic calculation – not because emergency contraception is ineffective in stopping pregnancy in individual women who use it, but because women with enhanced access to emergency contraception do not seem to always use it when they need it, we

⁹ Ver *Grand Challenges in Global Health*, em: <http://www.grandchallenges.org/Pages/Default.aspx>

seem unable to acknowledge that individual women have a right to use the contraceptive method that best suits them, not the one that best contributes to overall demographic indicators and we seem to have forgotten that an important way to increase contraceptive coverage and reduce fertility at the population level is by enhancing the choice of contraceptive methods available (COEYATAUX, WELLS e WESTLEY, 2009, p.2. Grifo nosso).

Esta virada do controle demográfico para o direito individual das mulheres de acessar um contraceptivo específico que melhoraria suas escolhas, como estratégia, contribui também para a redução das taxas de fecundidade em nível populacional, como argumentam na passagem acima: *“temos esquecido que um caminho importante para melhorar a cobertura de contraceptivos e reduzir as taxas de fecundidade da população é aprimorando as escolhas pelos métodos contraceptivos disponíveis”*. Neste caso, a ideia de “liberdades, escolhas e direitos” se aproxima e revela um discurso estratégico mediado pela biopolítica contemporânea (ROSE, 2013). Esta nova inflexão do controle demográfico, que o atrela ao direito individual, demonstra aquilo que está na raiz do biopoder: a tensão entre autonomia da pessoa (corpo unitário), espécie humana (vida) e coletividade (corpo social). Faz-se evidente a tensão constante que o ICEC enfrenta, entre valores, direitos e interesses individuais e coletivos (VENTURA, 2010). Ventura (2010) alerta que, apesar dos avanços biotecnocientíficos e de toda expectativa social e pessoal de alargamento de espaços de liberdade em razão desses avanços, as premissas de autonomia (a possibilidade de decidir livremente sobre intervenções no próprio corpo) e – podemos acrescentar – o livre exercício da sexualidade e os direitos humanos não estão inteiramente compreendidos ou são aceitos no âmbito internacional onde o ICEC opera.

Fica explícito no corpus documental analisado que as grandes ações do Consórcio almejam o controle populacional a partir de um *“back up control”*, ou seja, um reforço contraceptivo, via CE, em caso de falha ou “erros” no uso da pílula hormonal de uso regular. A seção *“Country-by-Country information”* do *website*, subseção *“In-Depth Country Information”* (Informações em profundidade) sobre países “em desenvolvimento”, disponibiliza documentos produzidos pelo consórcio que abordaram questões como: políticas nacionais e guias sobre CE; conhecimento e uso pelas mulheres; opinião de provedores e líderes; a disponibilidade dos CE no mercado dos países. A lista inclui: Bangladesh, Etiópia, Índia, Indonésia, Kenya, América Latina, Peru, México, Nigéria, Paquistão, Ruanda, Senegal, Sri Lanka e Zâmbia.

No caso do México, observa-se o desenvolvimento desse objetivo com um tom que denominaremos de “filantrópico”. No documento *“Navigating a Politically Sensitive Landscape, 2006”*, referido a esse país, o ICEC comenta que os gestores mexicanos estavam apreensivos em disponibilizar os CE, mesmo com altas taxas

de “gravidezes não desejadas” e complicações de abortos ilegais. Como resultado dessas “preocupações”, o consórcio implementou estratégias para introduzir os CE em programas de planejamento reprodutivo. Neste “caso de estudo”, como o documento assinala, a intervenção do ICEC no México é considerada pelo consórcio como um caso emblemático de sua atuação nos “países em desenvolvimento”. Foi o primeiro país da América Latina e Caribe a receber um grande leque de ações financiadas pelo ICEC e pelas organizações de planejamento reprodutivo para introdução deste contraceptivo. O *Consortio Latino-Americano de Anticoncepción de Emergencia* (CLAE) foi criado em 2000 em Nova York e em 2001 organizou uma reunião na Cidade do México para um planejamento estratégico de ações que o CLAE viria a desenvolver na região.

A escolha do México foi estratégica, pela existência, ao ver do consórcio, de uma cultura de interação entre sociedade civil e organizações não-governamentais. Além disso, o fato de o México utilizar normas internacionais ditadas pelo NAFTA (*North American Free Trade Agreement*) para regular trocas comerciais e diferentes aspectos da saúde no setor público e privado facilitaria as ações do consórcio, inclusive na questão crucial da parceria com as empresas farmacêuticas para registrar a CE localmente e incluí-la na lista mexicana de medicamentos essenciais (WESTLEY e SCHIAVON, 2012).

Em 1990, o ICEC adotou uma estratégia chamada de “demanda orientada” para introduzir os CE nos programas mexicanos de planejamento reprodutivo. Dois parceiros coordenaram as ações: o *Population Council* e o *Pacific Institute for Women’s Health* (PIWH) e trabalharam com organizações locais para treinar pessoas para prestação de serviços na entrega do contraceptivo. Também criaram campanhas de marketing direcionadas às consumidoras e disseminaram pesquisas para a comunidade científica e para o Ministério da Saúde mexicano. O *Population Council* e o PIWH agiram como representantes do ICEC na criação do Consórcio Mexicano de Contraceção de Emergência (CMCE). Este consórcio atuou na organização de intervenções políticas; distribuição de contraceptivos; treinamento médico; registro do produto; e “conscientização” do público (WESTLEY e SCHIAVON, 2012). O consórcio local programou suas atividades para três anos, mas dez anos depois dessa fase piloto o trabalho continuava. Embora formalmente, o consórcio mexicano não exista mais, segundo Westley e Schiavon (2012, p. 93): “*the work is still ongoing*”.

Se a década de 1960 foi um período de intensificação do controle de natalidade no mundo, talvez possamos pensar a década de 1990 como um retorno ao controle a partir dos contraceptivos de emergência. O ICEC, um consórcio voltado especificamente para a expansão deste contraceptivo para os “países em desenvolvimento”, foi criado com esse intuito. Esta seria uma das estratégias globais já

anunciadas na Conferência do México em 1984 que, como mostra Berquó (2014, p.20), preconizava a necessidade da rápida redução populacional no menor tempo possível. Foi só a partir das conferências sobre população da década de 1990 que a reprodução e a sexualidade foram emolduradas mais fortemente pela linguagem dos direitos. Não obstante, o discurso malthusiano ainda reverbera. Em recente conferência na escola de Saúde Pública da Universidade de Berkeley, Califórnia, EUA, o doutor Malcolm Potts defendeu enfaticamente que no ano de 2016 houve o maior e mais rápido aumento populacional em números absolutos em toda a história da humanidade, sendo este aumento mais robusto na região do Sahel na África. Segundo ele, reduzir o crescimento populacional é crucial para reduzir a pobreza no mundo. O Dr. Potts, que participa da lista de e-mails do ICEC, foi o primeiro diretor médico da International Planned Parenthood Federation (IPPF) na década de 1960. Da década de 1970 até a década de 1990 foi CEO da Family Health International (FHI). Ambos conglomerados são grandes parceiros do ICEC até hoje.

Orientado a um público de diversas regiões globais, o rodízio de imagens da página principal do *website* destaca rostos de mulheres com expressões faciais apreensivas ao lado de caixas de contraceptivos de emergência e expressões que reiteram a ideia de uma “segunda chance”, revelando os sentidos privilegiados pelo ICEC com relação à contracepção de emergência. Em vez de qualquer associação do medicamento com a possibilidade de maior atividade sexual por própria escolha, são evocados diversos riscos que a CE permite prevenir ou remediar. Complementar dessa orientação pedagógica é a ênfase na justificativa econômica das virtudes da contracepção. Disponível na subseção “*Partner Publications*” e destacado na seção “*EC News*”, o texto “*By choice, not by chance*” do UNFPA (United Nations Population Fund, 2012) pondera o quanto o “planejamento familiar” pode ser importante para a economia das famílias e da sociedade, permitindo que as mulheres possam ascender em suas carreiras profissionais, se tornando “importante capital humano”. O documento considera que o declínio das taxas de fertilidade reduz riscos de complicações da gravidez, diminuindo morbidade e mortalidade maternas e aumentando a produtividade das mulheres no mercado de trabalho.

There is ample evidence to support this relationship between fertility decline and savings rates. Many studies find a positive correlation between declines in fertility or increases in life expectancy on the one hand, and savings rates on the other (UNFPA, 2012, p. 80).

Em geral, o declínio das taxas de fertilidade estaria correlacionado com o aumento da expectativa de vida e a economia familiar.

Considerações Finais

A análise desenvolvida revela como a “expansão do acesso aos CE” capitaneada pelo ICEC mobiliza argumentos sanitários e científicos, muitas vezes com base no modelo malthusiano, para incluir estes medicamentos em listas de medicamentos essenciais ao redor do mundo. A ideia de direitos sexuais ou ainda reprodutivos e a possibilidade do livre exercício da sexualidade – cujo exercício o acesso à contracepção de emergência poderia robustecer – permanece subordinada à lógica da “gravidez e risco à saúde” e da “redução de taxas de fecundação e fertilização e redução da pobreza”. De igual modo, o contexto brasileiro atual corrobora a dificuldade de afirmar o direito ao acesso aos CE com base nos valores ético-morais de autonomia e liberdade sexual e reprodutiva.

O conjunto dos argumentos do ICEC organizados no seu *website* revela a sutileza com que a *advocacy* em prol dos CE é conduzida, no sentido de silenciar-se sobre questões mais amplas da sexualidade, da reprodução feminina e dos direitos sexuais e reprodutivos deste segmento. A dimensão emancipatória proposta pelos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos é tímida nos documentos consultados. As premissas de liberdade são direcionadas quase exclusivamente para o consumo dos CE. Assim, o discurso assume uma forma “bem-comportada”, do ponto de vista político, de se avançar na defesa da ampliação do acesso aos CE e na adesão de um número maior de atores à proposta.

Decerto, esta pode ser uma peculiar estratégia para fortalecer as ações do Consórcio em introduzir e ampliar acesso a CE em contextos locais. Argumentamos que tal cautela, no contexto político atual, é imposta pela expansão de disposições “fundamentalistas” do campo religioso, de alta prevalência em diversos âmbitos nacionais. Estes discursos resistem à adoção da CE, ao insistir em classificá-la como método abortivo, como extensão da condenação do próprio aborto como direito reprodutivo. A constatação de tal disposição instiga a realizar novas investigações a fim de avaliar os efeitos desse tipo de iniciativas internacionais da sociedade civil em relação aos direitos sexuais e reprodutivos.

Recebido:
Aceito para publicação:

Referências Bibliográficas

- BIEHL, João. 2007. Pharmaceuticalization: AIDS treatment and Global Health Politics. *Anthropological Quarterly*. Vol. 80, nº 4, p. 1083-1126.
- BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. 2011. Bodies of rights and therapeutic markets. *Social research*. Vol. 78, nº 2, p. 359-386.
- BOURDIEU, Pierre. 2009. A força do direito: elementos de uma sociologia do campo jurídico. In: *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 209-254.
- COEYATAUX, Francine; WELLS, Elisa S.; WESTLEY, Elizabeth. 2009. Emergency contraception: have we come full circle? *Contraception*. Vol. 80, p. 1-3.
- COOK, Rebecca; DICKENS, Bertrand; FATHALLA, Mahmoud. 2004. Saúde reprodutiva e direitos humanos: *integrando medicina, ética e direito*. Rio de Janeiro: Cepia.
- CORRÊA, Sônia. 2006. Cruzando a linha vermelha: questões não resolvidas no debate sobre direitos sexuais. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre. Nº 12, p. 101-121.
- CORRÊA, Sônia. 2014a. Potências emergentes: seria a sexualidade e os direitos humanos um assunto secundário? *Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos*. Vol.11, nº 20, p. 170-183.
- CORRÊA, Sônia. 2014b. Legados do Cairo: para além da “mesmice”? In: Wong, L.R. (Org.). *Cairo+20: perspectivas da agenda de população e desenvolvimento sustentável pós 2014*. Rio de Janeiro: ALAP. p. 23-31.
- CORRÊA, Sônia; AVILA, Maria Betânia. 2003. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: Berquó, Elza. (Org.). *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Ed. UNICAMP, p. 17-78.
- CORRÊA, Sônia; PARKER, Richard. 2004. Sexuality, human rights and demographic thinking: connections and disjunctions in a changing world. *Sexuality Research and Social Policy*, v Vol. 1, nº. 1, p. 15-38., 2004.
- DALLARI, Sueli. 2009. O conteúdo do direito à saúde. In: Costa, Alexandre Bernardino. et al (Org.). *O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília, DF: CEAD; UNB, p. 91-101.
- DUNN, Sheila; GUILBERT, Edith. 2013. Emergency contraception. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol. 120, nº 280, p. 102-17.
- GREENE, Jeremy. 2010. When did medicines become essential? *Bulletin of World Health Organization*. Vol. 88, nº 7, p. 483-484.
- HAHN, Kristina; HOLZSCHEITER, Anna. 2013. The ambivalence of advocacy: representation and contestation in global NGO advocacy for child workers and sex workers. *Global Society*. Vol. 27, nº 4, p. 497-520.
- LATOUR, Bruno. 2007. *Reassembling the social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. New York: Oxford University Press. 320 p.
- ROSE, Nikolas. 2013. A política da própria vida: *biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus. 396 p.

- SOUZA, Rozana; BRANDÃO, Elaine. 2012. À sombra do aborto: o debate social sobre a anticoncepção de emergência na mídia impressa brasileira (2005-2009). *Interface (Botucatu)*. Vol. 16, nº 40, p. 161-175.
- TRUSSELL, James. 2012. Emergency contraception: hopes and realities. In: FOSTER, A. M.; WYNN, L. L. (Org.). *Emergency contraception: the story of a global reproductive health technology*. New York: Palgrave Macmillan, p. 19-35.
- VENTURA, Miriam. 2006. Pontos de contato constitucionais entre Estado e Instituições Religiosas. In: BATISTA, C; MAIA, M. (orgs). *Estado Laico e Liberdades Democráticas*. Recife: Articulação de Mulheres Brasileiras/Rede Nacional Feminista de Saúde/SOS Corpo: Instituto Feminista para a Democracia, p. 13-16.
- VENTURA, Miriam. 2009. *Direitos reprodutivos no Brasil*. 3ª ed. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, p. 19-26.
- VENTURA, Miriam. 2010. *A transexualidade no tribunal: saúde e cidadania*. Rio de Janeiro: EdUERJ. 168 p.
- VENTURA, Miriam. et al (org). 2003. Direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Advocaci, 118 p.
- WATKINS, Elizabeth Siegel. 2012. How The Pill became a lifestyle drug: the pharmaceutical industry and birth control in the United States since 1960. *American Journal of Public Health*. Vol. 102, nº 8, p. 1462-1472.
- WEISBERG, Edith; FRASER, Ian. 2009. Rights to emergency contraception. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Vol. 106, nº 2, p. 160-163.
- WESTLEY, Elizabeth; SCHIAVON, Raffaella. 2012. Mexico: Expanding access through partnerships and persistence. In: FOSTER, A. M.; WYNN, L. L. (Org.). *Emergency contraception: the story of a global reproductive health technology*. New York: Palgrave Macmillan. p. 91-106.
- WESTLEY, Elizabeth; SCHWARZ, Eleanor B. 2012. Emergency contraception: global challenges, new opportunities. *Contraception*. Vol. 85, p. 429 – 431.
- WESTLEY, Elizabeth; VON HERTZEN, Helena; FAÚNDES Aníbal. 2007. Expanding access to emergency contraception. *Int J Gynecol Obstet*. Vol. 97, p. 235-237.
- WILLIAMS, Simon. J.; MARTIN, Paul.; GABE, Jonathan. 2011. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 33, nº 5, p. 1-16.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2017. Report of the WHO Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines, (including the 20th WHO Model List of Essential Medicines and the 6th WHO Model List of Essential Medicines for Children). 334p.