

A BIOÉTICA FEMINISTA COMO FERRAMENTA PARA PREVENÇÃO E COMBATE AO RACISMO OBSTÉTRICO NO BRASIL

Andreza Santana Santos¹

RESUMO

Este artigo se propõe a discutir a bioética crítica com inspiração feminista como uma ferramenta para prevenção e combate ao racismo obstétrico no Brasil, analisando a forma como mulheres negras sofrem uma espécie de violência específica de acordo com as intersecções de suas vulnerabilidades e as variadas formas de discriminação a que essa população vulnerabilizada é exposta. A pesquisa utiliza uma metodologia qualitativa com base em revisão bibliográfica e análise crítica, destacando a necessidade de uma abordagem bioética crítica que respeite a dignidade e os direitos humanos das gestantes, com foco na promoção da equidade racial. O artigo propõe a bioética feminista como uma perspectiva essencial para uma assistência obstétrica antirracista que se proponha ao cuidado digno, respeitoso e equânime para todas as pessoas.

Palavras-chave: violência obstétrica, racismo obstétrico, bioética crítica, bioética feminista.

1 INTRODUÇÃO

Apesar de velhas conhecidas de brasileiras, ocorridas tanto em hospitais públicos quanto em privados, as práticas enquadradas como violência obstétrica são pouco debatidas, difundidas e informadas, especialmente, à parte da sociedade mais interessada: as mulheres e pessoas que gestam. Menos ainda discutidas são as práticas e comportamentos baseados na violência racial também no contexto da assistência obstétrica.

Ocorrem desde violências físicas, na forma de procedimentos dolorosos realizados sem necessidade e sem informação ou sequer ciência das pacientes, bem como a alarmante e minimizada violência psicológica, com a adoção de técnicas desfavoráveis

¹ Andreza Santana é advogada especializada em direitos de mulheres, gestantes e mães, palestrante e professora de cursos livres. Mestranda em Direito (PPGD/UFBA). Bacharela Interdisciplinar em Humanidades, com ênfase em estudos jurídicos (UFBA). Bacharela em Direito (UFBA). Especialista em Direito Médico e da Saúde (FALEG) e em Direito Civil e Processual Civil (FALE). Pós-graduanda em Direitos Humanos (FALEG).

às gestantes e parturientes, além de gritos, xingamentos, humilhações e tratamento discriminante de acordo com a raça, cor, classe e percepção social da pessoa atendida.

Desta forma, o momento do nascimento dos seus filhos que deveria ser marcado pela emoção de dar à luz a outro ser humano (quando mulheres e pessoas gestantes deveriam ser protagonistas de suas próprias histórias, com informação, plena consciência de seus corpos e vontades), na maioria das vezes, acaba sendo marcado por relatos de pleno horror, que assombram as vítimas física, psicológica e sexualmente durante toda a vida.

A violência obstétrica tem viés físico, psicológico e sexual. Janaina Aguiar (2010)² observa que esta violência tem raízes na violência de gênero, bem como na relação de poder mantida entre a mulher e profissional de saúde. Como mulheres, estas estariam submissas à dominação masculina³ e, como pacientes, estariam submetidas à dominação da medicina sobre seus corpos.

A pesquisadora Dána-Ain Davis (2019)⁴ trouxe pela primeira vez o termo “racismo obstétrico” afirmando ser este um fenômeno que tem lugar na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo médico. Ela demonstra que a violência institucional e a violência de gênero se relacionam com o racismo estrutural ocorrido durante a fase reprodutiva de mulheres negras, colocando-as em risco especialmente se considerarmos as vulnerabilidades deste grupo social.

Neste sentido, a pesquisa “Nascer no Brasil”, da Fiocruz (2014)⁵, 45% das mulheres atendidas em hospitais vinculados ao SUS relatam ter sofrido violência obstétrica. Kelly Lima (2016)⁶, revelou que somente 12% das mulheres pretas e 11% das mulheres pardas, de uma amostra total de 23.095 mulheres, negam ter sofrido algum tipo de violência obstétrica, demonstrando nitidamente que são as mulheres negras as que mais sofrem com a violência ocorrida em locais em que elas e seus filhos deveriam ser cuidadas.

² AGUIAR, Janaína Marques de Aguiar. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. **Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo**, São Paulo. 2010.

³ Segundo Janaína Aguiar, a medicina é uma área que teve o seu surgimento a partir das práticas realizadas por homens e é historicamente dominada por eles - as mulheres eram proibidas de estudarem em escolas de medicina e, no Brasil, por exemplo, a primeira médica a se formar, na Faculdade de Medicina da Bahia, foi Rita Lobato, em 1887. Assim, a prática de cuidar dos corpos femininos se consolida como área do conhecimento de domínio exclusivo de médicos e homens durante o século XVIII e XIX (AGUIAR, 2010). Contudo, tal questão não exclui o fato de que mulheres, sendo profissionais de saúde, também estão sujeitas a reproduzirem os mesmos estereótipos de dominação em corpos vulnerabilizados, levando-se em consideração que aprendem tais comportamentos em suas práticas, sem reflexão sobre o que lhes é ensinado.

⁴ Davis, DA. Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. **Med Anthropol** 2019; 38(7):560-573.

⁵ LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30, 2014.

⁶ LIMA, K. D. de. Raça e violência obstétrica no Brasil. 2016. 24, ilus f. **TCC (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**, Recife, 2016.

No Brasil, são poucos os dados de mortalidade materna e neonatal com foco racial/étnico. Contudo, o artigo “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”⁷ que trouxe inédita demonstração da influência da raça/cor no tocante à experiência de gestação e parto no país deixou nítido que se faz necessário pensar essas categorias no atendimento em saúde para gestantes e parturientes, afirmando que mulheres negras sofrem com gradiente de cuidado menos satisfatório nos atendimentos, evidenciando aspectos do funcionamento dos serviços que resultam em benefícios e oportunidades diferenciadas, com prejuízo para aquelas de cor mais escura, tendo, inclusive, a morte materna ou fetal como resultado mais encontrado.

Além, segundo o Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr)⁸, que expõe dados encontrados no DATA SUS e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), nos últimos 10 anos, mulheres pretas e pardas morreram 2 vezes mais quando em comparação com mulheres brancas no Brasil. Soma-se a este dado o fato de que, de acordo com a Pesquisa Nascer no Brasil II⁹, a partir da análise da distribuição da mortalidade materna no Brasil, segundo a cor da pele, chega-se à conclusão de que a situação de mulheres negras é de injustiça histórica sobre a qual não se tem a devida atenção.

Diante desses dados, é possível perceber que o que ocorre nos estabelecimentos de saúde durante o atendimento de mulheres negras não pode ser limitado apenas à violência de gênero. Em verdade, há violência racial explícita, expressa também na negligência estatal e na ausência de capacidade dos agentes públicos de perceberem as dores de corpos negros ali atendidos, seja antes, durante ou depois de violações sofridas – violações mascaradas pelo mito da democracia racial que esconde o racismo institucional que vitimiza pessoas negras.

Neste sentido, este artigo surge a partir da necessidade de pensar em práticas rotineiras e comuns nas maternidades brasileiras, muitas vezes naturalizadas pelas mulheres, pessoas gestantes e pelos profissionais de saúde da assistência obstétrica, apontando diferenças de tratamento entre as mulheres de acordo com sua raça/cor, bem como refletir caminhos para um cuidado digno, respeitoso e equânime, tendo como perspectiva a bioética feminista.

Assim, o capítulo 2 conceituará o racismo obstétrico como o encontro da violência de gênero e da violência racial, trazendo a análise de algumas das práticas rotineiras e as diferenciações destas entre pessoas negras e pessoas brancas. No capítulo 3 haverá uma explanação da bioética crítica de inspiração feminista e sua importância no contexto dos direitos de grupos vulnerabilizados. Por fim, em capítulo 4, será feita uma análise do racismo obstétrico como fenômeno sob a perspectiva da bioética feminista,

⁷ LEAL, MC et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33 Sup 1:e00078816.

⁸ RODRIGUES, A., LACERDA, L., FRANCISCO, R.P.V. ‘Brazilian Obstetric Observatory’ arXiv preprint arXiv:2105.06534 (2021).

⁹ GAMA, SGN, BITTENCOURT, SA, THEME FILHA, MM, TAKEMOTO MLS, LANSKY S, FRIAS PG, et al. **Mortalidade materna: protocolo de um estudo integrado à pesquisa Nascer no Brasil II.** Cad Saúde Pública 2024; 40:e00107723.

demonstrando-a como caminho para pensar uma assistência obstétrica antirracista que se proponha ao cuidado digno, respeitoso e equânime para todas as pessoas.

No que tange a metodologia científica, utilizou-se do método dedutivo com caráter exploratório-descritivo, enquanto a pesquisa bibliográfica, de acordo com os procedimentos utilizados e a forma de abordagem, deu-se de forma qualitativa. Além de leitura de leis e manuais tradicionais, foram utilizadas teses, artigos, dossiês, documentário, matérias jornalísticas e publicações.

2 O RACISMO OBSTÉTRICO: O ENCONTRO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO E DO RACISMO MÉDICO

Em 2011, o Brasil se tornou o primeiro país condenado internacionalmente por violência obstétrica, pela violação de direitos humanos no Caso Alynne Pimentel¹⁰, mulher, mãe negra, pobre que sofreu discriminação de gênero, raça e classe e morreu, no ano de 2002, aguardando assistência obstétrica em hospital do SUS. O Comitê da Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulheres (CEDAW) reconheceu a raça como fator determinante para a morte de Alynne, recomendando práticas para o enfrentamento a violência de gênero e racial no país e para a diminuição da mortalidade materna.

Contudo, apesar de todo este tempo após a condenação, não existem ainda por parte do Estado ações e políticas públicas efetivas focadas no enfrentamento ao racismo obstétrico no país. Foi apenas em setembro de 2024 (mais de 22 anos após a morte de Alynne e mais de 13 anos após a condenação) que o Governo Federal, reestruturando a antiga Rede Cegonha, lançou a “Rede Alynne”¹¹, afirmando ter como estratégia a diminuição da mortalidade materna até 2027 e observação das desigualdades étnico-raciais e regionais para o atendimento assistencial ao ciclo obstétrico.

Criminalizada em países como Venezuela e Argentina, a violência obstétrica é fenômeno pouco discutido no Brasil, além de pouco informado e refletido também por profissionais de saúde. De acordo com Janaína Aguiar (2010)¹², isto se deve ao fato de que muitas mulheres, apesar de sofrerem, acabam por não se reconhecerem como vítimas desta violência institucionalizada que consiste em maus-tratos, abusos e desrespeitos praticados, em sua maioria, pelos profissionais da assistência.

Essa forma de violência sofrida pelas mulheres nos serviços de saúde e na assistência ao parto viola o direito à vida e à saúde da gestante, o que representa uma afronta grave ao princípio da dignidade da pessoa humana e todos os seus

¹⁰ CEDAW. **Alynne da Silva Pimentel Teixeira (deceased) v. Brazil**. CEDAW/C/49/D/17/2008

¹¹ **Governo Federal inaugura Rede Alynne no Rio: 'A gente quer proteger a mulher e sua família'**. Agência Gov, 2024. Disponível em: <<https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202409/lula-rede-alyne-rio-janeiro-a-gente-quer-protoger-mulher-e-familia>>. Acesso em: 12 de setembro de 2024.

¹² AGUIAR, Janaína Marques de Aguiar. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

desdobramentos, como, por exemplo, a privacidade, a intimidade, a autonomia e a integridade psicofísica.

Salienta-se ainda que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a violência obstétrica como uma violação de direitos humanos na declaração WHO/RHR/14.23, de 2014, pontuando serem “os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente”¹³.

Neste sentido, a violência institucional nas maternidades é uma violência exercida por profissionais de saúde contra as suas pacientes, partindo do uso abusivo do poder do qual são investidos estes profissionais numa relação que é, por definição assimétrica: acima está o sujeito que detém um determinado saber sobre a saúde e o cuidado com o corpo e, abaixo o outro sujeito que se “sujeita” a este cuidado por reconhecer a legitimidade científica e social deste saber (Aguiar, 2010)¹⁴.

Além disso, como já dito, enfatiza-se que esta sujeição da paciente às decisões do profissional de saúde não ocorre mediante explicitação acerca das condutas e procedimentos que serão realizados e muito menos mediante o consentimento por parte da mulher, que, na maioria das vezes, está sozinha, não compreende o que está sendo dito e feito, e acaba se submetendo e sendo violada física e psicologicamente.

Importa destacar que, além das atitudes e condutas dos profissionais de saúde na realidade brasileira, é possível ver também as regras e protocolos institucionais que desrespeitam normas e regramentos vigentes e, muitas vezes, dificultam ou restringem o acesso a direitos legalmente constituídos, especialmente a grupos mais vulnerabilizados ou, segundo Debora Diniz e Dirce Guilhem (2002)¹⁵, aqueles historicamente desconsiderados de estudos e reflexões, como mulheres, adolescentes, minorias étnicas e raciais, deficientes físicos e mentais, idosos ou pobres.

Ao analisar os problemas sociais mais atentamente, principalmente no que tange à pluralidade de mulheres, é necessário ter em mente que os debates feministas não podem deixar de lado a luta e o compromisso de enfrentar todos os mecanismos de opressões existentes. Aliás, como pensamento trazido, já em 1977, pelo Coletivo Combahee River¹⁶, organização negra lésbica (a partir da qual, segundo Collins (2017)¹⁷,

¹³ Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. OMS, 2002. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 12 de dez. 2024.

¹⁴ AGUIAR, Janaína Marques de Aguiar. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

¹⁵ DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. O que é bioética. 1. ed. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2002.

¹⁶ Combahee River, C. (2019). **Tradução: Manifesto do Coletivo Combahee River - 1977** (S. Pereira & L. S. Gomes, Trad.). *Plural*, 26(1), 197-207.

¹⁷ COLLINS, Patricia Hill. **Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória**. Parágrafo. Jan/Jun, 2017. V. 5, nº1, 2017.

a intelectual Crenshaw (2002)¹⁸ se baseou ao cunhar o termo “interseccionalidade”), é indissociável, na maioria das vezes, separar as opressões de raça, classe e sexo, tendo em vista que para mulheres não-brancas, particularmente, todas estas são experimentadas de forma simultânea.

É Akotirene (2019)¹⁹ que nos reafirma não existir hierarquia de opressão, conforme dito por Lorde (1985), tendo em vista que, nenhum sofrimento pode ser entendido como maior do que o outro. Contudo, é esta mesma intelectual que, nos reforçando a necessidade do pensamento interseccional para entendimento de questões importantes e relacionando as mais variadas opressões que atingem determinados grupos de mulheres, refere a necessidade de considerar o racismo “como estrutura de dominação documentada em pelo menos 4 mil anos de existência”, afirmando ser este fenômeno social difícil de ser comparar a qualquer outra opressão ou preconceito.

Especificamente acerca de pessoas negras, é importante pontuar a vulnerabilidade perpetuada pelo racismo também na assistência obstétrica. É neste sentido que Emanuelle Góes (2020)²⁰ conceitua o racismo como um “sistema estruturante gerador de comportamentos, práticas, crenças e preconceitos que fundamentam desigualdades evitáveis e injustas entre grupos da sociedade, baseadas na raça ou etnia”. Segundo a pesquisadora, quando há a institucionalização do racismo, sendo praticado em instituições e por seus representantes, há obstrução de bens, serviços e oportunidades, mesmo sem haver a sua legalização²¹.

Assim, importante destacar que quando se foca especialmente em grupos vulnerabilizados, não há como não se considerar as diversas camadas de opressões a que estes são expostos. Fato é que são as mulheres negras que estão mais sujeitas aos riscos de violências no parto e de mortes maternas no Brasil, uma vez que elas não sofrem apenas por serem mulheres, mas também por serem pessoas negras.

Sendo um conceito que ainda está em construção no Brasil, foi a pesquisadora estadunidense Dána-Ain Davis (2019)²² que cunhou o termo “racismo obstétrico”, afirmando ser este um fenômeno que tem lugar na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo médico. Ela demonstra que a violência institucional e a violência de gênero se relacionam com o racismo estrutural ocorrido durante a fase reprodutiva de mulheres, colocando-as em risco especialmente se considerarmos as vulnerabilidades de cada grupo social.

¹⁸ CRENSHAW, K. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Revista Estudos Feministas, v. 10, n. 1, p. 171–188, jan. 2002.

¹⁹ AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. **Coleção Feminismos Plurais (Coord. Djamila Ribeiro)**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

²⁰ GOES, E.F., RAMOS, D. de O. e FERREIRA, A.J.F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trab educ saúde* [Internet]. 2020;18(3):e00278110. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>>. Acessado em: 03 de dez de 2024.

²¹ Ibid.

²² Davis, DA. **Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing**. *Med Anthropol* 2019; 38(7):560-573.

Contudo, o inovador artigo “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil” (2017)²³ trouxe inédita demonstração da influência da raça/cor no tocante à experiência de gestação e parto no país e deixou nítido que se faz necessário pensar cor e raça no atendimento em saúde para gestantes e parturientes, afirmando que

Foi identificado um gradiente de cuidado menos satisfatório para mais satisfatório entre pretas, pardas e brancas para a maioria dos indicadores avaliados, evidenciando aspectos do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde que resultam em benefícios e oportunidades diferenciadas a raça/cor, com prejuízo para as de cor mais escura.²⁴

Neste mesmo sentido, o recente Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero do CNJ (2021)²⁵ traz que é necessário pensar sobre como o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas de opressão criam níveis de desigualdade que atingem mulheres diversas nas suas mais variadas formas, a depender de como esta mulher é vista pela sociedade. É assim em todas as áreas e não seria diferente no atendimento obstétrico.

Mulheres negras sofrem opressões que, como dito, são estruturadas nas perspectivas racistas dos papéis de gênero. Afinal, como trazido por Sueli Carneiro (2011)²⁶, os mitos relacionados às condições de mulheres brancas não pertencem às negras, já que não são as mulheres negras que são vistas como frágeis, rainhas ou musas de poetas e músicas – a elas, a fragilidade é, inclusive, negada, o que reflete no atendimento obstétrico com a percepção de profissionais de que essas seriam “fortes”, “parideiras” e suportam todas as dores.

Essa questão é pontuada também por Lélia González (2020)²⁷ que examina as formas de dominação de ideologia política que reforçam desigualdades existentes, deixando claro que as mulheres negras brasileiras sofrem com tripla discriminação, pois, segundo ela, os estereótipos gerados pelo racismo e sexismo a colocam no mais alto nível de opressão. Sendo este fato que não pode ser desconsiderado quando falamos sobre a assistência médica e, por consequência, obstétrica.

2.1 AS PRINCIPAIS DIFERENÇAS DE TRATAMENTO ENTRE PESSOAS BRANCAS E NEGRAS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

²³ LEAL, MC et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**. Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 1:e00078816.

²⁴ Ibid.

²⁵ Conselho Nacional De Justiça. Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero. CNJ, 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1mY66-KYlccx_GN3mr_CM7eMUUkM0RvXq/view>. Acessado em: 03 de dez de 2024.

²⁶ CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero**. E-Disciplinas USP, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/375003/mod_resource/content/0/Carneiro_Feminismo%20negro.pdf>. Acesso em: 13 novembro 2024.

²⁷ GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Organização: Flávia Rios, Márcia Lima. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020. p. 58.

Davis (2019 apud Santana et al., 2024)²⁸ relaciona que o racismo obstétrico possui sete dimensões: lapsos diagnósticos; negligência, descaso ou desrespeito; causar dor intencionalmente; coerção; cerimônias de degradação e abuso médico. Ela demonstra ainda que as crenças raciais influenciam no tratamento e nas decisões diagnósticas tomadas pelos profissionais da assistência com base nos estereótipos.

No Brasil, o racismo é percebido por mulheres negras em pequenas atitudes, mas que causam intenso sofrimento psíquico, como, por exemplo, na ausência de informações e empatia pelo que demonstram sentir, na ausência do fornecimento de qualquer tipo de suporte durante o parto, na negativa de alívio farmacológico para dor (o que reforça o estereótipo de mulher preta forte e que tudo suporta), passando pela utilização de corpos de pessoas negras para demonstração como objeto de estudo, até falta de informação para que possam consentir, partido da premissa de que elas seriam incapazes de compreender as informações.

O artigo “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”²⁹ mostrou que mulheres negras sofrem mais com pré-natal inadequado, não sabem a qual maternidade são vinculadas, têm menos direito ao acompanhante, peregrinam mais para o parto, têm menos chances de cesariana, ocitocina e episiotomia e sofrem com maior prevalência de depressão pós parto.

De forma específica, a episiotomia é um exemplo interessante quando se pontua a perceptível diferença de tratamento entre mulheres negras e brancas, principalmente tendo em vista que o fato de que mulheres brancas a recebem mais constantemente. Esta prática, segundo Melania Amorim e Leila Katz (2008) “consiste na incisão do períneo para ampliação do canal de parto”³⁰. Conhecida também como “pique”, “é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia” e, muitas vezes, sem o consentimento da paciente ou sem que ela seja informada de suas reais indicações, riscos, possíveis benefícios e efeitos adversos. (Rede Parto do Princípio, 2012)³¹

Introduzida no século XVIII, por Sir Fielding Ould (1742 apud Amorim e Katz, 2008)³², obstetra irlandês, a prática pretendia ajudar o desprendimento fetal em partos difíceis. Embora não existam evidências científicas de sua efetividade e segurança, a episiotomia é frequentemente realizada em mulheres em trabalho de parto e a sua finalidade seria supostamente a de reduzir possíveis lacerações perineais graves. Além disto, muitos médicos acreditam que a realização dela reduziria o período do expulsivo,

²⁸ Santana AT de, Couto TM, Lima KTR dos S, Oliveira PS de, Bomfim ANA, Almeida LCG, et al.. **Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica.** Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2024;29(9):e09952023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.09952023>>. Acesso em: 13 novembro 2024.

²⁹ LEAL, MC et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.** Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 1:e00078816.

³⁰ AMORIM, M. M. R. D.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, v. 36, n. 1, p. 47-54, 2008.

³¹ REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica - "Parirás com dor". Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres.** Brasília. 2012.

³² AMORIM, M. M. R. D.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, v. 36, n. 1, p. 47-54, 2008.

diminuindo o sofrimento de mulheres e possibilitando o atendimento de mais partos – o que atende ao pensamento capitalista de que “tempo é dinheiro”.

No Brasil, muitos médicos se utilizam da prática, tanto em clínicas privadas quando em públicas. A episiotomia constitui uma verdadeira mutilação genital feminina, acarretando danos à saúde e ao bem-estar da mulher³³. O procedimento, segundo Simone Diniz e Alessandra Chacham (2006)³⁴ pode causar de dor até cicatrizes e deformidades que requerem correção cirúrgica e segundo profissionais mais atualizados, não deve ser realizada em nenhuma situação.

Contudo, é importante pontuar que muitos profissionais acreditam verdadeiramente que estão auxiliando essas mulheres ao realizarem o chamado “pique”, resultado de uma prática baseada no intervencionismo médico tão comum na realidade brasileira. Assim, o dado de que mulheres negras a recebem com menos frequência deixa claro que estes mesmos profissionais acreditam que este grupo em específico não necessita deste tipo de auxílio, uma vez que, em larga medida, eles não somente identificam essas práticas como adequadas, mas também como indicativas de um “bom cuidado”, conforme pontuado por Maria do Carmo Leal et al. (2014)³⁵.

Há de se ter em mente ainda que a episiotomia não é uma violência que acaba quando se corta o períneo da mulher objetivando facilitar a passagem do bebê. Após o parto, a sutura é, muitas vezes, realizada sem a aplicação da anestesia, mesmo quando as mulheres protestam e revelam sentir dor, conforme revelado pela Rede Parto do Princípio (2012)³⁶, o que ocorre, com ainda mais frequência, em mulheres negras (Leal et al., 2017)³⁷, as quais, historicamente, são associadas as resistentes à dor a partir de uma percepção social que se baseia em diferenças biológicas supostamente intrínsecas, segundo Hoffman et al. (2016 apud Leal et al., 2017)³⁸.

Outra situação que merece ainda mais atenção quando se fala na diferenciação de tratamento entre mulheres negras e brancas durante a assistência obstétrica são as intervenções com finalidades “didáticas”.

Em ambientes em que existem acadêmicos, é comum existirem várias pessoas observando os procedimentos a serem realizados em gestantes e parturientes e, por vezes, realizando-os em sequência ou juntas. Relatos demonstram que as mulheres, no caso, são utilizadas para a demonstração de procedimentos como o exame de toque e a episiotomia, sem sequer obterem uma explicação do que estão prestes a fazer em detrimento do aprendizado, conforme pontua a Rede Parto do Princípio (2012).

³¹ Ibid.

³² DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo.** Questões de Saúde Reprodutiva. São Paulo. 2006.

³³ LEAL, M.C., PEREIRA APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saúde Pública 2014; 30 Suppl:S17-47.

³⁶ REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica - “Parirás com dor”. Do-ssiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres.** Brasília. 2012.

³⁷ LEAL, MC et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.** Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 1:e00078816.

³⁸ Ibid.

Não é difícil perceber que estes ambientes são, em sua grande maioria, clínicas escola, em que a maior parte das pacientes são mulheres negras, de baixa classe social e escolaridade. Assim, são pessoas em situação de vulnerabilidade e que são expostas a todo tipo de procedimento, como se fossem verdadeiras cobaias, tendo os seus corpos sendo objetificados, sem qualquer respeito à ética médica.

Inclusive, ao longo da histórica, testes e pesquisas são mais comumente realizadas em pessoas negras, algo que não se distancia muito do presente, como já demonstrado. Historicamente, conforme trazido por Vanessa Centamori (2020)³⁹, temos o grande exemplo de Anarcha Westcott, Betsey e Lucy, mulheres negras escravizadas e que era utilizadas pelo médico James Marion Sims para procedimentos ginecológicos e obstétricos como cobaias.

Assusta saber que, o referido médico (que realizava procedimentos em mulheres negras em extrema vulnerabilidade, sem qualquer consentimento, anestesia e muito menos informação sobre o que seria realizado em seus próprios corpos)⁴⁰, é ainda conhecido e celebrado como o pai da ginecologia moderna, mesmo tendo desenvolvido as suas técnicas a custo de dor e sofrimento de mulheres negras.

A história, inclusive, demonstra que as raízes escravagistas estão ainda muito presentes na sociedade atual, tendo em vista que os nomes, as importâncias, as necessidades e os riscos dos procedimentos realizados em corpos de mulheres, especialmente as negras, não lhes são informados, enquanto elas são mantidas em posição ginecológica, vendo e ouvindo pessoas comentarem sobre as evoluções de seus partos e não sendo consultadas nem mesmo para saber se negam ou permitem quaisquer dos procedimentos, conforme relatado:

“Senti meu corpo totalmente exposto, me sentia um rato de laboratório, com aquele entra e sai de pessoas explicando procedimentos, me usando para demonstração. O médico mal falou conosco, abriu minhas pernas e enfiou os dedos, assim, como quem enfia o dedo num pote ou abre uma torneira.” (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 93)⁴¹

“Na hora do expulsivo, eu não tive alternativa de posição, então tive que me deitar na mesa obstétrica, minhas pernas foram amarradas aos estribos, um campo cirúrgico foi erguido de modo que eu não via quem eram as pessoas que entravam na sala e me viam de pernas abertas, embora escutasse a porta abrindo e fechando o tempo todo. Ainda não estava com dilatação completa quando ela me orientou a fazer ‘força comprida’ durante as contrações.” (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 96)⁴²

³⁷ CENTAMORI, Vanessa. Anarcha Westcott, a mulher negra que foi cobaia de 30 procedimentos cirúrgicos - sem anestesia. Aventuras na História, 2020. Disponível em: <<https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/reportagem/anarcha-westcott-a-mulhernegra-que-foi-cobaia-de-30-procedimentos-cirurgicos-sem-anestesia.phtml>>. Acesso em: 30 de set. de 2024.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica - "Parirás com dor". Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres.** Brasília. 2012. p. 93.

⁴² Ibid, p. 96.

Sem dúvidas, os profissionais precisam de treinamento para procedimentos que possam ser necessários nos atendimentos que prestam. Contudo, estes precisam aprender a respeitar as condições do parto, bem como a integridade física das gestantes e parturientes e a ética médica. Assim, conforme bem pontuado por Simone Diniz e Alessandra Chacham (2006)⁴³, ainda que afirmem que precisam ensinar procedimentos como o toque e a episiotomia, não há razão para os realizar de forma indiscriminada, abusiva e antiética, como é possível depreender dos depoimentos abaixo:

“A interna me disse que sabia que, na verdade, aquela paciente não precisaria necessariamente fazer uma episiotomia. Porém, ela pediu à residente para fazê-lo, pois havia assistido a três partos normais até aquele momento de seu estágio de 5º ano e todos sem episiotomia. [...] Na hora do parto, a residente constatou que realmente não seria necessário fazer uma episiotomia, porém, assim mesmo, levou adiante o acordo que fizera de antemão com a interna. [...] Cabe salientar que o procedimento foi realizado sem qualquer analgesia ou anestesia. [...]” (Homtisky, 2007, p. 270)⁴⁴

“[...] Perguntei baixinho se ela poderia estimar quanto se fazia de episiotomia e de indução ali, ao que ela cochichou ‘perto de 100%’. Eu perguntei: ‘Perto de 100%? Por que?’. ‘Porque eles têm que aprender (olha de soslaio para os residentes) e as mulheres são o material didático deles, falou, fazendo uma concha com a mão em minha direção.’” (Diniz, 2001 apud Rede Parto do Princípio, 2012)⁴⁵

O Ministério Público Federal, inclusive, já defendeu em ação civil pública a privacidade de exames em hospital universitário da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), no Rio Grande do Sul, por exemplo, após gestante de alto risco ter o procedimento ginecológico negado porque ela impediu que estudantes de medicina acompanhassem o exame. Foi considerado “que negar atendimento ao paciente que recusa o acompanhamento discente contraria direitos fundamentais como o direito à dignidade, à intimidade e à saúde”, conforme veiculado pela Procuradoria da República do Rio Grande do Sul (2011)⁴⁶.

As parturientes negras são constantemente vistas como seres não dotados de individualidade própria e submetidas a procedimentos que “mais se assemelham a uma linha de montagem” (Rede Parto do Princípio, 2012)⁴⁷. Como resquício também do período escravocrata, elas acabam por não serem vistas como sujeitos, mas apenas como meros corpos reprodutores, que não sofrem e estão à disposição para a realização

⁴³ DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo.** Questões de Saúde Reprodutiva. São Paulo. 2006.

⁴⁴ HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto.** Tese (Doutorado em Ciências). Univesidade de São Paulo. São Paulo. 2007.

⁴⁵ REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica - “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres.** Brasília. 2012.

⁴⁶ CONSULTOR JURÍDICO. MPF quer privacidade em exames em hospital universitário. **CONJUR**, 06 setembro 2011. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2011-set-06/mpf-stf-privacidade-durante-exames-hospital-universitario-rs/>>. Acesso em: 17 de jan de 2025.

⁴⁷ REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica - “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres.** Brasília. 2012.

do que a ciência entender melhor como forma de supostamente salvaguardar o bebê que está prestes a nascer, tendo que suportar toda e qualquer tipo de procedimento. (Aguiar, 2010)⁴⁸

E aqui cabe pontuar, ainda, a falta de esclarecimento e informação para procedimentos, algo que, apesar de atingir a todas as mulheres, também é ainda mais comum com mulheres negras, de baixa renda e escolaridade, considerando as somas das vulnerabilidades destes grupos em específico, especialmente porque os profissionais utilizam uma linguagem dificultosa ou, por vezes, acreditam que sequer necessitam informá-las pois elas não os atenderão por conta da complexidade e tecnicidade de termos médicos.

Os relatos dão conta de diversos procedimentos realizados sem o consentimento da paciente ou sem o devido esclarecimento da necessidade de suas realizações. Muitos desses procedimentos sequer são avisados antes de suas realizações, o que conta com a forçosa passividade das parturientes que não chegam a questionar o que está a ser feito com seus próprios corpos, por terem medo de represálias, como pontuado por Janaina Aguiar (2010)⁴⁹.

Conforme trazido pela Rede Parto do Princípio (2012)⁵⁰, diversas mulheres relatam ser incômodo serem submetidas a exames por meio de pessoas desconhecidas, que elas apenas sabem serem profissionais de saúde, quando nem mesmo são informadas a respeito da necessidade do procedimento e ainda realizam comentários agressivos, despeitosos e antiéticos, como “na hora de fazer estava gostoso ne?”, “na hora de fazer não reclamou”.

Sonia Hotimsky (2007) relata que em pesquisa de campo, constatou a insatisfação de diversas parturientes:

podemos constatar que as pacientes não eram consultadas nas tomadas de decisão com relação à realização de qualquer procedimento cirúrgico ou acerca de quem na equipe iria executar esses procedimentos. Raramente sabiam o nome de qualquer profissional da equipe médica, muito menos se se tratava de um médico ou um estudante de medicina. Elas raramente eram informadas de antemão que seriam submetidas a intervenções cirúrgicas como episiotomias e episiorrafias.⁵¹

As mulheres negras já se encaminham às maternidades tendo ouvido de familiares e amigas que sofreram durante o trabalho de parto, o que cria um clima de medo crescente: medo da dor, medo da morte ou do que pode acontecer a ela ou a seu filho e medo de ser maltratada. Este medo é também um dos grandes fatores que fazem com que a mulheres negras e de baixa escolaridade se vejam totalmente dependentes da

⁴⁸ AGUIAR, J. M. D. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo. 2010.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica - "Parirás com dor". Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres**. Brasília. 2012.

⁵¹ HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. Tese (Doutorado em Ciências). Univesidade de São Paulo. São Paulo. 2007.

autoridade médica. Elas entendem que sem a assistência, o risco de morte para elas ou para os seus bebês é maior (Aguiar, 2010)⁵².

A dificuldade de comunicação entre profissionais e pacientes também é uma grande barreira para que o trabalho de parto flua com a devida tranquilidade, uma vez que diversas mulheres, especialmente as negras, relatam terem tido um tratamento grosseiro e desrespeitoso, não serem acolhidas e atendidas em suas dores, bem como de terem suas queixas desvalorizadas. Algumas parturientes relatam não saberem muito bem o que lhes aconteceu, podendo apenas fazer considerações com base nas experiências que viveram, como no relato:

O relato de P3 sobre sua assistência revela que ela não foi acolhida em sua dor e teve suas queixas seguidamente desvalorizadas. Ela não foi informada quanto à razão dos procedimentos adotados e, por esta razão, considerou que seu bebê era muito grande (53cm e 4,200 kg) para ter nascido de parto normal, o que resultou numa episiotomia bem maior do que a que ela havia feito no parto anterior e em uma deformidade em sua genitália – um quadro definido por ela como negligência médica.⁵³

Além disso, muitas mulheres têm medo de questionar os profissionais por entenderem estar em uma hierarquia, na qual são inferiores por não possuírem o saber científico daqueles que as atendem e, assim, não serem capazes de questionar as suas autoridades. Principalmente na rede pública, a maior parte de parturientes tem baixa escolaridade e se queixam ainda de não compreenderem a linguagem por eles dita, situações perceptíveis diante dos relatos:

“É, não tava tendo nada... O colo do útero, um negócio lá não tava tendo abertura, como que fala nessa linguagem deles lá, né. Mas foi isso que eles falaram.”⁵⁴

“(Porque que você não falava nada com os médicos?) Ah, porque ele... Ó, um veio me examinar e falava assim: “Ela já tá no trabalho de parto”. Aí vinha outra médica me examinar e falava: “Nossa, ela tem que desvirar, tá com a cara virada pra lua”. Até hoje também não sei, né. Aí eu ficava ali, mas não perguntava nada também, né. Eu falei: “Ah, eles são médico, eles deve entender, deve estar sabendo porque”.⁵⁵

“Porque, na verdade, ele detém o conhecimento técnico. Então às vezes, quando ele é questionado, tem um monte de gente que não fala tudo, sabe assim? Ainda tem muito isso. (...) Tipo assim, você tá com diabetes gestacional. O cara prefere simplesmente falar pra você parar de comer açúcar do que falar tudo que tem em diabetes gestacional, riscos e... Entendeu? (...) Ou então você tem o útero aumentado e o ideal seria que você fizesse uma cirurgia. (...) Você não vai morrer se você não fizer, mas o cara: “Olha, tem que fazer e ponto.

⁵² AGUIAR, J. M. D. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo. 2010.

⁵³ Ibid.

⁵⁴ Ibid., p. 96.

⁵⁵ Ibid., p. 96.

Porque tem que fazer e ponto final.”. Isso é uma violência. Você não orientar direito, não dividir o conhecimento, né?”⁵⁶

O problema na comunicação é intensificado por não existir diálogo entre os dois polos da relação, uma vez que a mulher é objetificada, vista como instrumento reprodutor e não como outro ser humano, dotado de subjetividade, questões que perpassam pelos estereótipos de gênero e que são intensificadas pelos estereótipos racistas. Por vezes, mesmo tendo questionado os procedimentos que sofreram, as parturientes reclamam de não obterem respostas, conforme Janaína Aguiar (2010)⁵⁷ detecta.

A falta de consentimento ou de esclarecimento da paciente na assistência obstétrica demonstra a “crise na confiança da relação médico/paciente”. Essa violência é uma das grandes responsáveis pelo acontecimento das outras, uma vez que com medo de serem interpretadas como questionando a autoridade médica ou sofrerem represálias, as parturientes acabam por se submeter a graves agressões psicológicas. (Aguiar, 2010)⁵⁸

Especialmente, as mulheres negras sofrem ainda com o estereótipo da preta raivosa que é percebido quando elas são vistas como “muito assertivas” e se tornam, na visão dos profissionais de saúde, agressivas e irritantes por terem desafiado as suas autoridades e o seu saber médico, algo demonstrado por Davis (2019)⁵⁹ que, pontua, ainda, o fato de que estes profissionais acabam por punir mães negras e, por consequência, os seus filhos recém-nascidos.

Assim, não há como ignorar as diferenciações de tratamento existentes entre mulheres negras e brancas na assistência obstétrica e a necessidade de discutir o racismo obstétrico como fenômeno crucial para os desfechos negativos de parto no Brasil, sendo necessário o reconhecimento da existência para a sua prevenção e combate.

3 A BIOÉTICA CRÍTICA DE INSPIRAÇÃO FEMINISTA

A bioética de inspiração feminista surge em 1990 e, conforme dito por Debora Diniz e Dirce Guilhem⁶⁰, a proposta desta teoria foi proporcionar um olhar crítico na perspectiva feminista para os problemas sociais e a desigualdade existente, especialmente a desigualdade de gênero, provocando os pressupostos universalistas e abstratos da teoria principialista, universalizada por Beauchamp e Childress (2002)⁶¹.

Ocorre que os princípios básicos da teoria principialista (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), segundo as suas teorias críticas, apesar de terem sido

⁵⁶ Ibid, p. 170.

⁵⁷ AGUIAR, J. M. D. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo. 2010

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Davis, DA. **Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing**. Med Anthropol 2019; 38(7):560-573.

⁶⁰ DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. O que é bioética. 1. ed. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2002.

⁶¹ BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. **Princípios de Ética Médica**. São Paulo: Loyola, 2002

importantes para minimizar os conflitos nas relações paciente-médico, bem como determinar o mínimo da ética para o agir médico, acabou se tornando insuficiente para abarcar grupos vulnerabilizados e marginalizados, especialmente por conta da ótica individualista e objetiva da teoria desenvolvida que não seria capaz de considerar a complexidade humana e as situações de vulnerabilidade do homem médio de países em desenvolvimento, conforme traz Roberta Jucá e Denise de Andrade (2009)⁶².

Assim, ela se mostrou insuficiente, inclusive, ao contexto de países periféricos, como os da América Latina, pois, segundo Susan Wolf (1996 apud Diniz e Guilhem, 2000)⁶³, seria uma bioética “para privilegiados”, sendo um “produto típico da cultura norte-americana” (Jucá e Andrade, 2009)⁶⁴, por conta do estabelecimento de normas reguladoras e de protocolos que desconsideram as diversas realidades postas, como se os conflitos dos princípios nas relações paciente-médico fossem de fácil resolução.

Desta forma, surge, por exemplo, a Bioética Social, em 2005, na busca pela resolução de conflitos de forma mais ampla e a partir de uma análise mais complexa das realidades, considerando direitos humanos, situação social e econômica e uma atuação pública, não se limitando apenas à relação paciente-médico estabelecida nos possíveis conflitos e se propondo a analisar amplamente questões sanitárias, saúde pública, distribuição de recursos e acessibilidade. (Jucá e Andrade, 2009)⁶⁵

Outro exemplo é a Bioética da Intervenção, que tem como expoentes Volnei Garrafa e Dora Porto. Essa corrente traz a reflexão acerca de uma bioética que pense em direitos humanos e justiça social, o respeito à dignidade humana e a garantia de prestação estatal que resguarde condições dignas para uma vida de qualidade (Garrafa, 2005)⁶⁶, para além apenas das relações médicas, entendendo que, como dito por Susana Vidal (2008 apud. Jucá et al. 2009)⁶⁷, especificamente quando se fala sobre América Latina, é importante que a bioética investigue, historicamente, os problemas éticos na área da saúde e as suas raízes.

É nesta mesma linha, que surge a Bioética Feminista: a partir da interação efetiva do feminismo com as questões bioéticas que permitiu que situações, como o acesso às novas tecnologias reprodutivas e temáticas relacionadas, que eram silenciadas pelos princípios objetivos da teoria predominante, fossem levados à discussão, especialmente quando se fala sobre o princípio da autonomia, conforme pontuado por Debora Diniz e Dirce Guilhem (2002)⁶⁸.

⁶² JUCÁ, R. L. C. e ANDRADE, D. A. de. Da Bioética Principlista à Bioética Social: Estudo De Cases Da Prática Da Eutanásia No Brasil. Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI. São Paulo, 2009.

⁶³ DINIZ, D. e GUILHEM, D. “Feminismo, Bioética e Vulnerabilidade.” Estudos Feministas, vol. 8, no. 1, 2000, p. 237 – 44. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/24327359>>. Acesso em: 13 de nov de 2024.

⁶⁴ JUCÁ, R. L. C. e ANDRADE, D. A. de. Da Bioética Principlista à Bioética Social: Estudo De Cases Da Prática Da Eutanásia No Brasil. Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI. São Paulo, 2009.

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ Garrafa, V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. Bioética 2005 - Vol. 13, nº 1. Brasília, 2005. p. 125 – 134.

⁶⁷ JUCÁ, R. L. C. e ANDRADE, D. A. de. Da Bioética Principlista à Bioética Social: Estudo De Cases Da Prática Da Eutanásia No Brasil. Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI. São Paulo, 2009.

⁶⁸ DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. O que é bioética. 1. ed. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2002.

Importa ressaltar que pesquisadoras da bioética feminista deixam nítido que a intenção não é afirmar que os princípios bioéticos dispostos na Teoria Principlista não devem ser observados ou seguidos. Contudo, é necessário fazer uma análise mais complexa e profunda das desigualdades sociais e econômicas (e das vulnerabilidades de grupos marginalizados) para que seja possível a o apelo a esses princípios (Diniz e Guilhem, 2002)⁶⁹, após a reparação social necessária.

A bioética crítica de inspiração feminista traz uma reflexão acerca das pessoas que foram historicamente desconsideradas dos estudos, como mulheres, crianças e adolescentes, minorias étnicas e raciais, deficientes físicos e mentais, idosos e pobres (Diniz e Guilhem, 2002)⁷⁰ que, a partir de então, passam a compor as discussões em posição de destaque ou, ao menos, no centro dos debates, participando ativamente deles – claramente, após terem questionado largamente a ausência de representação nestes espaços.

Fato é que a Bioética Feminista se mostrou como uma maneira crítica de perceber o movimento principlista, se consolidando como um meio de defender os interesses e direitos humanos de populações vulnerabilizadas por questões de gênero ou raciais, buscando transformar as relações sociais que se determinam pela subordinação feminina e dominação masculina, impedindo o exercício da liberdade, especificamente por meio da coerção, mesmo quando os grupos vulnerabilizados não se percebem neste lugar.

Ressalta-se que não existe apenas uma Bioética Feminista, sendo uma pluralidade de teorias críticas que busca o reconhecimento das diferenças e complexidades. Importa ainda ressaltar que nos países periféricos e em desenvolvimento, como os da América Latina, tais teorias foram herdadas dos movimentos feministas. Assim, temas como o aborto, tecnologias reprodutivas, homossexualidade e laicidade, apesar de serem parte da agenda das pesquisadoras da bioética feminista em todo o mundo, na América Latina, são ainda mais específicas e carecem de argumentação ainda mais complexa para o avanço acadêmico (Diniz e Guilhem, 2002)⁷¹, com as adaptações às realidades percebidas.

Aqui é importante ressaltar ainda que apesar de poucos debates e poucas referências acerca da questão racial nos documentos de referência da bioética, é Debora Diniz e Dirce Guilhem (Diniz e Guilhem, 2002)⁷² que pontuam a necessidade de uma bioética crítica de inspiração antirracista, afirmando que esta não diria respeito apenas aos direitos de populações que são subjugadas e postas como inferiores por conta dos estereótipos racistas já citados e que influenciam na forma como pessoas negras são assistidas na saúde, sendo preciso que forcemos o debate e a inclusão de uma bioética antirracista para entendimento de complexidades relacionadas à raça/cor no Brasil.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Ibid.

⁷² Ibid.

4 A BIOÉTICA FEMINISTA COMO FERRAMENTA PARA O COMBATE AO RACISMO OBSTÉTRICO

Um debate importante a ser realizado é o da invisibilidade da questão racial nos documentos de referência da bioética, o que pode ser explicado por conta das raízes americanas do surgimento da bioética, conforme pontua Cristiane Fulgêncio (2023)⁷³. No Brasil, a escassez de debates relacionando a bioética e o racismo médico pode também ser explicado por Cida Bento (2022)⁷⁴, quando fala sobre o pacto narcísico da branquitude, em que demonstra componentes de autopreservação, os acordos e proteções existentes entre a branquitude brasileira nas relações de poder mantidas, privilegiando pessoas brancas na manutenção do *status quo* da supremacia branca, seja em qualquer setor, considerando que pessoas não-brancas seriam ameaça.

Contudo, entendendo que a bioética de inspiração feminista se propõe a análise crítica para amplificar as realidades e abarcar as complexidades da maior parcela da população, com respeito às desigualdades sociais existentes, ela se mostra, atualmente, a teoria estruturada mais adequada para o debate acerca do racismo obstétrico.

Aliás, ela é também pertinente quando falamos sobre o tema, uma vez que a prática de cuidar dos corpos femininos se consolida como área do conhecimento de domínio exclusivo de médicos e homens durante o século XVIII e XIX conforme pontuado por Jainaína Aguiar (2010)⁷⁵. A apropriação do parto como evento médico ganha força quando se desenvolviam tecnologias de intervenção e conhecimento cirúrgico sobre o corpo da mulher. O conjunto desses conhecimentos e práticas passavam, então, a serem conhecidos como a obstetrícia, de onde surgem a ginecologia, a embriologia e a genética.

Corpos femininos e infantis passam a ser controlados pela sociedade capitalista como uma estratégia biopolítica de controle social. Criam-se, desta forma, modelos científicos para a sexualidade e para a reprodução, além de disciplinas quanto às vidas públicas e privadas dos indivíduos da sociedade (Foucault, 2007)⁷⁶. A medicalização social, voltada a grande massa da população, é consolidada, e esta é utilizada para assegurar conformidade às normas sociais vigentes à época. O corpo da mulher começa, assim, a ser dito como algo “contaminado” e “patológico” e, logo, necessitado de intervenções médicas. (Aguiar, 2010)⁷⁷

Entre os processos biológicos ocorridos no corpo feminino - como a menstruação, a gravidez e a menopausa, o parto vaginal, historicamente, também era visto como um processo natural e fisiológico. Este cenário mudou gradativamente junto ao crescente número de partos hospitalares, fenômeno iniciado a partir da década de 1940, nos

⁷³ FULGÊNCIO, Cristiane Alarcão. **Bioética como resistência: racismo, memória e ciência uma discussão crítica sobre a importância de uma bioética antirracista**. 2023. 102 f. Tese (Doutorado em Bioética) — Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

⁷⁴ CIDA, Bento. **O Pacto da branquitude**. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

⁷⁵ AGUIAR, J. M. D. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo. 2010

⁷⁶ FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

⁷⁷ AGUIAR, J. M. D. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo. 2010

Estados Unidos (Myers-Helfgot e Helfgott, 1999)⁷⁸. A visão sobre o corpo feminino, à época, refletia o paradigma vigente, e era visto “como essencialmente defeutivo e dependendo de intervenções médicas” para o parto que, só a partir das intervenções poderia se realizar de forma segura, sob obrigatórios cuidados médicos, algo trazido por Melania Amorim e Leila Katz (2008)⁷⁹.

Algo importante pontuado por Carmen Diniz (2005)⁸⁰ é que a mulher, quando na assistência médica tutelada pela Igreja Católica, deveria sofrer o parto como pena pelo pecado original. Por isto, era dificultado e até impedido qualquer apoio para aliviar os riscos e dores do parto. Foi a partir de então que a obstetrícia, ciência e, principalmente por isto, majoritariamente masculina, encontrou brecha para agir como resgatadora das mulheres, antecipando e combatendo os perigos do ato de parir, único e exclusivo de corpos biologicamente femininos.

O parto passa, então, a ser visto como uma “violência intrínseca, essencial, um fenômeno fisiologicamente patogênico” (Diniz, 2005)⁸¹. Assim, ainda segundo Carmen Diniz, para a obstetrícia, majoritariamente masculina, se um procedimento envolvia dores, riscos e sofrimentos, era necessariamente um processo patológico, tendo que ser tratado desta forma. Por ser entendido como um evento doloroso, iniciou-se um processo de apagamento da experiência, a partir do qual as mulheres davam a luz sob sedação total para que não se recordassem do momento entendido como extremamente sofrível.

É importante ressaltar que as mulheres que deveriam ser poupadas deste sofrimento eram as brancas, tendo em vista que as negras, especificamente as escravizadas, eram expostas a todo e qualquer tipo de procedimento como verdadeiras cobaias. Já citado o grande exemplo de Anarcha Westcott, Betsey e Lucy, que, conforme Vanessa Centamori (2020)⁸², foram mulheres negras escravizadas e que eram utilizadas pelo médico James Marion Sims para procedimentos ginecológicos e obstétricos, sem qualquer consentimento, anestesia e muito menos informação sobre o que seria realizado em seus próprios corpos⁸³. O médico realizava o teste nessas mulheres para que pudesse, depois do aperfeiçoamento dos procedimentos que desenvolvia, realizá-los em mulheres brancas que podiam pagar por eles.

A ótica do cuidado se inverte, completamente, quando falamos sobre mulheres negras, haja vista que os dados aqui demonstrados deixam claro que a prática intervencionista dos profissionais de saúde não é habitual com elas. Fato é que muitos

⁷⁸ MYERS-HELFGOT, M.; HELFGOTT, A. Routine use of episiotomy in modern obstetrics: should it be performed? **Obstet Gynecol Clin North Am.**, p. 26(2):305-25, 1999.

⁷⁹ AMORIM, M. M. R. D.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, v. 36, n. 1, p. 47-54, 2008.

⁸⁰ Diniz, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2005 Jul; 10(3): 627 – 37. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>>. Acessado em: 13 de dez de 2024.

⁸¹ Ibid.

⁸² CENTAMORI, Vanessa. Anarcha Westcott, a mulher negra que foi cobaia de 30 procedimentos cirúrgicos - sem anestesia. *Aventuras na História*, 2020. Disponível em: <<https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/reportagem/anarcha-westcott-a-mulhernegra-que-foi-cobaia-de-30-procedimentos-cirurgicos-sem-anestesia.phtml>>. Acesso em: 30 de set. de 2024.

⁸³ Ibid.

profissionais acreditam, verdadeiramente, que estão auxiliando essas mulheres ao realizarem o chamado “pique” (episiotomia) ou utilizarem ocitocina para acelerar os seus partos, resultado de uma prática baseada no intervencionismo médico.

Assim, o dado de que mulheres negras a recebem com menos frequência deixa claro que estes mesmos profissionais acreditam que este grupo em específico não necessita deste tipo de auxílio, já que, em larga medida, eles não somente identificam essas práticas como adequadas, mas também como indicativas de um “bom cuidado” (Leal et al, 2007)⁸⁴.

No Brasil, em hospitais públicos, submetidas ao SUS, em que o público é de mulheres negras, os procedimentos se dão de forma extremamente cruel e desumana (Diniz, 2005)⁸⁵. A experiência se torna ainda mais dolorosa, uma vez que as usuárias do serviço são, em sua maioria, de baixa classe econômica e baixa escolaridade.

Isto implica em, utilizando do conceito de interseccionalidade, estarem totalmente dependentes e obedientes aos profissionais de saúde que a assistem no momento, o que as leva a não questionar os procedimentos realizados, por terem medo de serem entendidas como questionando a autoridade médica, uma vez que consideram que esta é científica e, logo, a correta, ou a nem sequer entenderem a linguagem utilizada por eles (Aguiar, 2010)⁸⁶.

Mulheres negras estão sujeitas a desvalorização de seus corpos em qualquer espaço, inclusive no atendimento em saúde e gerando outras vidas e são os profissionais de saúde que acabam operacionalizando as relações assimétricas de poder e naturalizando práticas cruéis e desumanadas a partir de estereótipos de gênero e racistas, seguindo uma visão racista, patriarcal, sexista e capitalista.

Assim, não há como fechar os olhos para tais realidades, demonstradas através de fortes relatos de mulheres negras e de dados. Conforme trazido, a Bioética Feminista se propõe a buscar a igualdade de direitos e luta contra qualquer forma de opressão e vulnerabilidade. Portanto, é importante trazê-la para o debate acerca da abordagem antirracista na assistência obstétrica, para que todas as mulheres possam ter uma gestação e parto digno, respeitoso e equânime, em respeito às suas diferenças, sejam de raça, cor ou classe.

5 CONCLUSÃO

A luta feminina por fazer valer seus direitos e ter respeitadas suas dignidades é um esforço contínuo que se arrasta há séculos. Mulheres são constantemente agredidas apenas por terem nascido mulheres. Violências cometidas pelos mais diversos setores

⁸⁴ LEAL, MC et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**. Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 1:e00078816.

⁸⁵ Diniz, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2005 Jul; 10(3): 627 – 37. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>>. Acessado em: 13 de dez de 2024.

⁸⁶ AGUIAR, J. M. D. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo. 2010.

sociais e que, rotineiramente, atrapalham e subjugam o gênero feminino, qualificando-se assim como violência de gênero e que são reconhecidas internacionalmente por mecanismos que buscam a sua prevenção e combate, como a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), de 1979, e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará em 1994.

Esta violência encontra raízes principalmente em sociedades patriarcais, sob as quais prevalecem estruturas de subordinação e discriminação contra o gênero feminino, consolidando a formação de conceitos e valores que desqualificam as mulheres, seus corpos, suas ações e suas opiniões. Quando não totalmente anuladas, as mulheres acabam por ser ridicularizadas em suas mínimas ações e palavras.

Utilizando-se da interseccionalidade, é importante reforçar o fato de que o racismo é fenômeno que não pode ser dissociado da realidade obstétrica. De tão importante, o tema também é objeto de debates internacionais que pautam o combate à discriminação racial, como a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, de 1969, e Convenção Interamericana Contra o Racismo, a Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância, da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA), de 2022.

Desta forma, não há como ignorar que, especificamente, os corpos de mulheres negras são vistos com desigualdade, o que produz grandes disparidades no atendimento à saúde, causando injustiças reprodutivas e sexuais, produzidas pela já pontuada violência de gênero combinada com a violência racial a que os seus corpos são historicamente expostos, desde o período escravocrata e que, no Brasil, ainda é muito latente, apesar de tais violações serem mascaradas pelo mito da democracia racial que esconde o racismo institucional que vitimiza pessoas negras.

Mulheres negras não sofrem apenas por serem mulheres, mas também por serem negras – e quando de baixa renda e escolaridade, sofrem ainda mais. Por isto, é essencial compreender que corpos de mulheres negras são atravessados por dores específicas, pautadas por gênero e raça e classe, bem como pensar em estratégias para que elas possuam um atendimento integral e respeitoso, de acordo com as suas necessidades, para a garantia de direitos humanos, especialmente por conta das desigualdades e complexidades postas e identificadas.

O nascimento e o parto são temas que dizem respeito e merecem atenção de toda a sociedade, uma vez que todos os seres humanos que existem passaram pelo processo e a maioria das pessoas vivas pretendem ter filhos. Contudo, o Brasil tem problemáticas quando se fala sobre seguir o que é recomendado pelas principais normas de combate à violência contra a mulher do mundo, sendo a bioética crítica com inspiração feminista uma importante ferramenta para a busca da equidade do atendimento de todas as mulheres e pessoas que gestam.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M. D. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo. 2010
- AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade. Coleção Feminismos Plurais (Coord. Djamila Ribeiro)**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- AMORIM, M. M. R. D.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, v. 36, n. 1, p. 47-54, 2008.
- BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. **Princípios de Ética Médica**. São Paulo: Loyola, 2002
- CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero**. E-Disciplinas USP, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/375003/mod_resource/content/0/Carneiro_Feminismo%20negro.pdf>. Acesso em: 13 novembro 2024.
- CEDAW. **Alyne da Silva Pimentel Teixeira (deceased) v. Brazil**. CEDAW/C/49/D/17/2008
- CENTAMORI, Vanessa. Anarcha Westcott, a mulher negra que foi cobaia de 30 procedimentos cirúrgicos - sem anestesia. *Aventuras na História*, 2020. Disponível em: <<https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/reportagem/anarcha-westcott-a-mulhernegra-que-foi-cobaia-de-30-procedimentos-cirurgicos-sem-anestesia.phtml>>. Acesso em: 30 de set. de 2024.
- CIDA, Bento. **O Pacto da branquitude**. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.
- COLLINS, Patricia Hill. **Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória**. Parágrafo. Jan/Jun, 2017. V. 5, nº1, 2017.
- Combahee River, C. (2019). **Tradução: Manifesto do Coletivo Combahee River - 1977** (S. Pereira & L. S. Gomes, Trans.). *Plural*, 26(1), 197-207.
- Conselho Nacional De Justiça. Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero. CNJ, 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1mY66-KYlccx_GN3mr_CM7eMUUkM0RvXq/view>. Acessado em: 03 de dez de 2024.
- CONSULTOR JURÍDICO. MPF quer privacidade em exames em hospital universitário. *CONJUR*, 06 setembro 2011. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2011-set-06/mpf-stf-privacidade-durante-exames-hospital-universitario-rs/>>. Acesso em: 17 de jan de 2025.
- CRENSHAW, K. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 1, p. 171–188, jan. 2002.
- Davis, DA. **Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing**. *Med Anthropol* 2019; 38(7):560-573.

Diniz, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2005 Jul; 10(3): 627 – 37. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>>. Acessado em: 13 de dez de 2024.

DINIZ, D. e GUILHEM, D. “Feminismo, Bioética e Vulnerabilidade.” *Estudos Feministas*, vol. 8, no. 1, 2000, p. 237 – 44. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/24327359>>. Acesso em: 13 de nov de 2024.

DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. *O que é bioética*. 1. ed. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2002.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. *Questões de Saúde Reprodutiva*. São Paulo. 2006.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FULGÊNCIO, Cristiane Alarcão. *Bioética como resistência: racismo, memória e ciência uma discussão crítica sobre a importância de uma bioética antirracista*. 2023. 102 f. Tese (Doutorado em Bioética) — Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

GAMA, SGN, BITTENCOURT, SA, THEME FILHA, MM, TAKEMOTO MLS, LANSKY S, FRIAS PG, et al. **Mortalidade materna: protocolo de um estudo integrado à pesquisa Nascer no Brasil II**. *Cad Saúde Pública* 2024; 40:e00107723.

Garrafa, V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética* 2005 - Vol. 13, nº 1. Brasília, 2005. p. 125 – 134.

GOES, E.F., RAMOS, D. de O. e FERREIRA, A.J.F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trab educ saúde* [Internet]. 2020;18(3):e00278110. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>>. Acessado em: 03 de dez de 2024.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Organização: Flávia Rios, Márcia Lima. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020. p. 58.

Governo Federal inaugura Rede Alyne no Rio: 'A gente quer proteger a mulher e sua família'. Agência Gov, 2024. Disponível em: <<https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202409/lula-rede-alyne-rio-janeiro-a-gente-quer-protoger-mulher-e-familia>>. Acesso em: 12 de setembro de 2024.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. Tese (Doutorado em Ciências). Univesidade de São Paulo. São Paulo. 2007.

JUCÁ, R. L. C. e ANDRADE, D. A. de. *Da Bioética Principlalista à Bioética Social: Estudo De Cases Da Prática Da Eutanásia No Brasil*. *Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI*. São Paulo, 2009.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. **Pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30, 2014.

LEAL, M.C., PEREIRA APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S17-47.

LEAL, MC et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.** *Cad. Saúde Pública* 2017; 33 Sup 1:e00078816.

LIMA, K. D. de. **Raça e violência obstétrica no Brasil.** 2016. 24, ilus f. TCC (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2016.

LORDE, Audre. (1985). **Sou sua irmã: escritos reunidos e inéditos de Audre Lorde.** São Paulo: Ubu Editora, 2020.

MYERS-HELFGOT, M.; HELFGOTT, A. Routine use of episiotomy in modern obstetrics: should it be performed? **Obstet Gynecol Clin North Am.**, p. 26(2):305-25, 1999.

Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. OMS, 2002. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 12 de dez. 2024.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica - "Parirás com dor". Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres.** Brasília. 2012.

RODRIGUES, A., LACERDA, L., FRANCISCO, R.P.V. 'Brazilian Obstetric Observatory' arXiv preprint arXiv:2105.06534 (2021).

SAN MARTIN, Pabla Pérez. Manual de introdução à ginecologia natural. Ginecosofia Ediciones 2018.

Santana AT de, Couto TM, Lima KTR dos S, Oliveira PS de, Bomfim ANA, Almeida LCG, et al.. **Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica.** *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2024;29(9):e09952023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.09952023>>. Acesso em: 13 novembro 2024.