



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

AGNES NATÁLIA SANTANA RODRIGUES NUNES PRATES

A VULNERABILIDADE DAS GESTANTES NEGRAS NO
SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL:
O RACISMO OBSTÉTRICO

Salvador
2023

AGNES NATÁLIA SANTANA RODRIGUES NUNES PRATES

**A VULNERABILIDADE DAS GESTANTES NEGRAS NO
SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL:
O RACISMO OBSTÉTRICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Direito.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Neves Aguiar

Salvador
2023

Dados internacionais de Catalogação na Publicação

P912 Prates, Agnes Natália Santana Rodrigues Nunes
A vulnerabilidade das gestantes negras no sistema de saúde pública do Brasil : o racismo obstétrico / por Agnes Natália Santana Rodrigues Nunes Prates. – 2023.
127 f.

Orientador: Prof. Dr. Mônica Neves Aguiar da Silva.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Direito, Salvador, 2023.

1. Racismo - Mulheres. 2. Violência obstétrica. 3. Maternidade. 4. Serviços de saúde à maternidade - Brasil. I. Silva, Mônica Neves Aguiar da. II. Universidade Federal da Bahia - Faculdade de Direito. III. Título.

CDD – 342.0872

AGNES NATÁLIA SANTANA RODRIGUES NUNES PRATES

**A VULNERABILIDADE DAS GESTANTES NEGRAS NO SISTEMA DE
SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL:**

O RACISMO OBSTÉTRICO

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Direito, Programa de Pós-Graduação em Direito, Área de Concentração: Direitos Fundamentais e Justiça, Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia.

Salvador, 10 de novembro de 2023.

Banca examinadora:

Mônica Neves Aguiar – Orientadora _____

Doutora em Direito das Relações Sociais Pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Universidade Federal da Bahia

Maria Auxiliadora Minahin _____

Doutora em Direito pela Universidade Federal do Paraná

Universidade Federal da Bahia

Jéssica Hind Ribeiro Costa _____

Doutora em Direito das Relações Sociais e Novos Direitos pela Universidade Federal da Bahia

Universidade Católica do Salvador

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Siliu, minha primeira e mais importante professora, por me alfabetizar e me mostrar que conhecimento é liberdade;

À minha avó, Natália, pelos cuidados, ensinamentos e por ter me concedido tanto de si mesma;

Ao meu amado avô Miro (*in memoriam*), por tanto afeto e por ter me mostrado que a vida pode ser leve se a gente se permitir;

À minha irmã, Dáfine, por sempre segurar a minha mão;

Ao meu amor, Samira, que acompanhou de perto toda essa jornada, por todo o afeto, apoio e partilha;

Aos meus familiares, tios, tias, primas e sobrinhos que tanto contribuíram para minha caminhada;

Aos amigos e colegas por compartilharem a vida comigo, principalmente nos momentos de angústia e sobrecarga;

À minha orientadora, Mônica Aguiar, por me conduzir nessa longa e difícil jornada;

À Universidade Federal da Bahia, ao Programa de Pós-Graduação em Direito e aos queridos professores pela oportunidade de adquirir e partilhar conhecimento;

À todas e todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, minha gratidão.

*“Quando falamos temos medo de nossas palavras
não serem ouvidas nem bem-vindas,
mas quando estamos em silêncio
ainda assim temos medo,
Então é melhor falar
tendo em mente que
não esperavam que sobrevivêssemos. ”*

(Audre Lorde, 2020)

PRATES, Agnes N. S. R. N. A Vulnerabilidade das Gestantes Negras no Sistema de Saúde Pública do Brasil: O Racismo Obstétrico. Orientadora: Mônica Neves Aguiar, 2023. 127 f. il. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

RESUMO

A presente pesquisa aborda a condição de vulnerabilidade das gestantes negras que buscam acesso às políticas públicas de saúde no Brasil, diante de um projeto de matriz colonial em andamento, marcado pelo racismo e sexismo como estruturantes da sociedade brasileira. Trata-se de pesquisa teórica e documental que, por meio de método hipotético-dedutivo, aborda a gestação enquanto evento que integra o processo de tornar-se mãe, sob a perspectiva de mulheres negras, atravessadas pelas opressões de raça, classe e gênero. Para tanto, utiliza-se da ferramenta da interseccionalidade para analisar o conceito de vulnerabilidade e o princípio do respeito às vulnerabilidades, relacionando-os com as construções teóricas da bioética da proteção, bioética da intervenção, bem como da bioética crítica de inspiração feminista. Passando por conceitos como biopoder, biopolítica e necropolítica, a pesquisa apresenta a noção de racismo obstétrico, conclui-se que a conjuntura de morte materna de mulheres negras no sistema de saúde pública brasileira relaciona-se ao genocídio da população negra.

Palavras-chave: racismo obstétrico, maternidade, vulnerabilidade, saúde pública.

PRATES, Agnes N. S. R. N. The Vulnerability of Black Pregnant Women in Brazil's Public Health System: Obstetric Racism. Advisor: Mônica Neves Aguiar, 2023. 127 f. il. Dissertation (Master of Law) – Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

ABSTRACT

This research addresses the vulnerable condition of black pregnant women seeking access to public health policies in Brazil, in the face of an ongoing colonial project, marked by racism and sexism as structures of Brazilian society. This is theoretical and documentary research that, through a hypothetical-deductive method, addresses pregnancy as an event that integrates the process of becoming a mother, from the perspective of black women, crossed by race, class and gender oppression. To this end, the tool of intersectionality is used to analyze the concept of vulnerability and the principle of respect for vulnerabilities, relating them to the theoretical constructions of bioethics of protection, bioethics of intervention, as well as critical bioethics of feminist inspiration. Going through concepts such as biopower, biopolitics and necropolitics, the research presents the notion of obstetric racism and relates the situation of maternal death of black women in the Brazilian public health system to the genocide of the black population.

Keywords: obstetric racism, motherhood, vulnerability, public health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CFM	Conselho Federal de Medicina
CPMI	Comissão Mista de Inquérito Parlamentar
DUBDH	Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos
DUDH	Declaração Universal de Direitos Humanos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBC	Comitê Internacional de Bioética
IGBC	Comitê Intergovernamental de Bioética
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MPF	Ministério Público Federal
OOB	Observatório Obstétrico Brasileiro
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCRI	Programa de Combate ao Racismo Institucional
REDBIOÉTICA	Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
WMA	<i>World Medical Association</i> / Associação Médica Mundial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 VÁRIAS FACES DA VULNERABILIDADE EM BIOÉTICA	13
2.1 DA BIOÉTICA DE PRINCÍPIOS A PERSPECTIVAS DESDE O SUL	13
2.2 A ASCENSÃO DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE EM BIOÉTICA	23
2.2.1 Vulnerabilidade no Código de Nuremberg	24
2.2.2 Vulnerabilidade na Declaração de Helsinque	26
2.2.3 Vulnerabilidade e a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos.....	33
2.3 VULNERABILIDADES - NOÇÕES CONCEITUAIS.....	38
2.3.1 Os Sentidos da Vulnerabilidade na Obra de Maria do Céu Patrão Neves .	38
2.3.2 Vulnerabilidade como Referencial da Bioética em William Hossne	42
2.3.3 Vulnerabilidade, Vulneração e Suscetibilidade	44
2.3.4 Vulnerabilidade Especial, Social e Moral	48
3 MULHERES-MÃES NEGRAS: UM OLHAR SOBRE GÊNERO E RAÇA NA BIOÉTICA	54
3.1 FAZENDO GÊNERO: BREVE ABORDAGEM SOBRE O CONCEITO	55
3.2 COLONIALIDADE, RACISMO E GÊNERO	59
3.3 O OUTRO DO OUTRO: A INTERSECÇÃO DE OPRESSÕES	69
3.4 RACIALIDADE NA EXPERIÊNCIA MATERNA	75
4 RACISMO OBSTÉTRICO N A ASSISTÊNCIA PÚBLICA À SAÚDE GESTACIONAL NO BRASIL	80
4.1 UM DIÁLOGO ENTRE BIOÉTICA, DIREITOS HUMANOS E SAÚDE PÚBLICA	80
4.1.1 Assistência à saúde gestacional no Brasil	85
4.1.2 Racismo Institucional na atenção obstétrica.....	88

4.2 PARA DAR NOME AO PROBLEMA: DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA AO RACISMO OBSTÉTRICO	92
4.2.1 “Na hora de fazer não gritou”: A Violência Obstétrica	92
4.2.2 Racismo Obstétrico.....	97
4.2.3 O ápice da Vulnerabilidade: morte materna de mulheres negras como expressão do racismo obstétrico	105
5 CONCLUSÃO	112
REFERÊNCIAS.....	115

1 INTRODUÇÃO

A maternidade tem sido um tema recorrente na vida das mulheres. Desde as primeiras reivindicações feministas pela maternidade voluntária no século XIX aos dias atuais, em que tornar-se ou não mãe é uma reflexão que perpassa o imaginário de muitas mulheres.

A categoria mulher é diversa e a decisão de tornar-se mãe ou não pode relacionar-se a muitos aspectos sociais, econômicos e culturais. No entanto, em que pese a pluralidade de interpretações possíveis, entende-se que gestar, parir e maternar são experiências significativas na vida das mulheres e das suas comunidades.

Os eventos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal¹ têm sido analisados por diversos campos de conhecimento, inclusive pela Bioética. Métodos contraceptivos, aborto e fertilização são algumas questões abordadas no debate deste campo. Ainda, considerando a Bioética como a “ética da vida” ou ainda como a “ciência da sobrevivência”, analisar os eventos relacionados ao nascimento e à perpetuação da vida humana é esperado e justificado.

Além da produção de conhecimento científico acerca destes temas, observa-se nos últimos anos, uma crescente interlocução entre mulheres acerca da maternidade, gestação, parto e puerpério. Redes de mulheres-mães, grupos de gestantes, rodas de conversas e relatos de parto tornaram-se termos comuns.

Se por um lado este movimento proporcionou maior fluxo na oferta de informações, visto que o ciclo gravídico-puerperal pode causar receios e inúmeras dúvidas nas mulheres, também oportunizou o compartilhamento de suas dores e de práticas abusivas experienciadas durante este período. Assim, embora os relatos de tratamento hostil destinado às mulheres durante a gestação, parto e pós-parto circulem desde o século passado, a utilização do termo violência obstétrica têm crescido nos últimos anos, sobretudo no contexto dos direitos reprodutivos e do movimento de mulheres.

No entanto, observou-se que os movimentos pela humanização do parto e o compartilhamento de informações no interior destas redes, não alcançavam a todas

¹ O termo ciclo gravídico-puerperal engloba o período e os eventos relacionados à gestação, parto, pós-parto e puerpério.

estas mulheres, difundindo-se, sobretudo, entre as mulheres com maior escolaridade, maior capacidade financeira e entre mulheres brancas. Verificou-se ainda, que parte da literatura bioética aborda o ciclo gravídico-puerperal, inclusive temas como mortalidade materna e violência obstétrica no Brasil, sem fazer o recorte étnico-racial, o que contribui para invisibilizar mulheres negras.

Neste sentido, propõe-se aqui analisar a vulnerabilidade de gestantes negras no sistema de saúde pública do Brasil. Isso porque, embora gestar e parir sejam eventos naturais e biológicos, são também atravessados por construções sociais. E, em um país como o Brasil, com uma sociedade marcada por heranças coloniais e pela escravidão, em que opressões como racismo, sexismo e classismo são vivas e atuantes, as experiências de mulheres negras são atravessadas por estes fenômenos, inclusive durante o período gestacional.

Assim, a hipótese básica da presente dissertação é de que o cenário de vulnerabilidades em que gestantes negras estão inseridas é resultado da intersecção de opressões estruturantes da sociedade brasileira que operam no sistema de saúde pública produzindo fenômenos como o racismo obstétrico.

A utilização da expressão racismo obstétrico tem crescido na produção científica brasileira, para expor as condições enfrentadas por mulheres negras na atenção à saúde durante a gestação, parto e pós-parto. No entanto, em que pese o emprego do termo obstétrico, importa esclarecer que este fenômeno não está adstrito à conduta do(a) médico(a) obstetra. O termo obstétrico refere-se à obstetrícia enquanto a ciência da saúde que lida com o ciclo gravídico-puerperal, cujo exercício não se limita ao profissional da medicina.

Trata-se de pesquisa teórica e documental que, por meio de método hipotético-dedutivo, aborda a gestação enquanto evento que integra o processo de tornar-se mãe, sob a perspectiva de mulheres negras, atravessadas pelas opressões de raça, classe e gênero.

Para alcançar os objetivos do presente trabalho, optou-se pela utilização da ferramenta da interseccionalidade, por entender que a análise de fenômenos que atingem mulheres negras demanda um olhar que contemple as especificidades desse grupo. Deste modo, entende-se que a metodologia interseccional, desenvolvida por feministas negras, é adequada para o estudo em desenvolvimento.

O primeiro capítulo busca analisar o conceito de vulnerabilidade e o Princípio do Respeito às Vulnerabilidades, relacionando-os ao contexto social brasileiro. Parte do conceito de vulnerabilidade e dos significados a ela conferidos, contextualizando-a no debate bioético, desde a origem deste campo do conhecimento, passando por algumas das vertentes e o tratamento recebido em documentos e declarações internacionais com relevância para a temática. Ademais, pretende contextualizar o Princípio do Respeito às Vulnerabilidades tendo como horizonte uma bioética engajada com o fim das desigualdades e opressões.

O segundo capítulo, buscando analisar o indivíduo em sua rede de relações sociais, considerando sempre as condições de vulnerabilidade que o atravessam, teve como objetivo situar a intersecção das opressões racismo, machismo e classismo que recai em gestantes negras e pobres que acessam a saúde pública no Brasil. A partir de uma breve abordagem acerca do conceito de gênero, busca traçar as relações deste marcador com raça e classe. Examina ainda, o fenômeno da colonialidade, a fim de demonstrar que a América-Latina e, mais especificamente, o Brasil, ainda hoje vivenciam traços do passado colonial. Por fim, situa as especificidades das experiências de vida e de maternidade de mulheres negras.

Enfim, no terceiro capítulo, através de dados acerca das vulnerabilidades enfrentadas por mulheres negras durante o ciclo gravídico-puerperal, pretende-se expor a existência de racismo na atenção obstétrica ofertada no sistema de saúde pública brasileira que atinge gestantes negras e pobres, tornando-as mais suscetíveis a violências e morte. Aborda o fenômeno da violência obstétrica e contextualiza o conceito de racismo obstétrico. Relaciona ainda, a conjuntura de vulnerabilidades enfrentadas pelas gestantes negras aos conceitos de biopoder e biopolítica utilizados por Foucault e à noção de necropolítica de Achille Mbembe.

2 VÁRIAS FACES DA VULNERABILIDADE EM BIOÉTICA

As perspectivas de gênero e raça, bem como os estudos da colonialidade, não ficaram alheias às abordagens bioéticas, sobretudo no contexto das bioéticas pensadas desde o Sul, isto é, as teorias elaboradas por bioeticistas com origem em países do sul global e atentas às demandas históricas, culturais e sociais de suas regiões. As bioéticas da intervenção e da proteção são apresentadas como importantes contribuições brasileiras ao campo da bioética.

O capítulo em desenvolvimento aborda a vulnerabilidade, em seus diversos conceitos e sentidos, contextualizando-a no debate bioético, desde a origem deste campo do conhecimento, passando por algumas das vertentes e teorias e o tratamento recebido em documentos e declarações internacionais com relevância para a temática.

2.1 DA BIOÉTICA DE PRINCÍPIOS A PERSPECTIVAS DESDE O SUL

A bioética surge na década de 1970, tendo como marco os ensinamentos de Van Rensselaer Potter, biólogo e bioquímico, professor e pesquisador em oncologia, autor da obra “Bioética: Ponte para o Futuro” (1971). Nas proposições de Potter, a bioética constituiu-se enquanto um campo de conhecimento multidisciplinar e amplo da ética aplicada, incluindo preocupações com a qualidade de vida do homem, respeito ao meio ambiente e ecossistema, tendo sido descrita pelo autor como a ciência da sobrevivência humana (Potter, 2016).

No entanto, de forma contemporânea às proposições de Potter, surge a perspectiva desenvolvida pelo *Kennedy Institute of Ethics* que, ao contrário das formulações de Potter, conferiam maior ênfase às questões biomédicas.

Para Garrafa e Azambuja (2007) é possível categorizar o desenvolvimento da bioética em quatro momentos distintos: 1) sua fundação na década de 1970; 2) expansão e consolidação na década de 1980 e primeira metade da década de 1990; 3) revisão crítica na segunda metade da década de 1990 e 4) a ampliação conceitual iniciada nos anos 2000.

Considerando as formulações diversas, porém contemporâneas de Potter e do *Kennedy Institute of Ethics*, verifica-se que a bioética potteriana, mais ampla e

coletiva, foi reduzida à aspectos biomédicos, visto que a bioética difundida em escala global foi aquela desenvolvida pelo Instituto. Assim, nos anos posteriores, a consolidação e expansão da bioética a níveis globais, impulsionada por escândalos de má conduta médica e científica, como o Caso Tuskegee, gerou uma associação deste campo do conhecimento a questões relacionadas à medicina e às pesquisas científicas com seres humanos.

A vertente bioética que se expandiu em escala global, sobretudo, durante os anos 1980 e início dos anos 1990 foi elaborada pelo *Kennedy Institute of Ethics* da Universidade de Georgetown, nos Estados Unidos, exposta no Relatório Belmont (1978) e desenvolvida por Tom Beauchamp e James Childress na obra *Principles of Biomedical Ethics* (1979), foi denominada bioética principialista e se caracteriza pela forte presença de elementos socioculturais de sua origem anglo-saxônica, cuja sustentação repousa, em grande medida, na autonomia dos indivíduos.

Para abordar a Bioética Principialista importa compreender o pano de fundo histórico em que esta teoria foi desenvolvida. Em 1972 o Estudo de Tuskegee foi denunciado em uma matéria do *The New York Times*. O Estudo acompanhou por 40 anos o desenvolvimento da sífilis não tratada em homens negros e pobres da cidade de Macon, no estado do Alabama. Os participantes da pesquisa não foram informados do diagnóstico, a eles foi dito somente tratar-se de algo denominado como “sangue ruim”. A omissão do diagnóstico evoluiu para negativa de tratamento, visto que na década de 1950 já era conhecido um medicamento eficaz contra a doença – a penicilina. E mais, as instituições de saúde dos Estados Unidos receberam listas com os nomes dos participantes do estudo, com orientações para que não fossem tratados, ainda que buscassem recursos terapêuticos em outras localidades. Quando o caso foi divulgado gerou grande repercussão nos Estados Unidos.

Ressalta-se que nesta época as primeiras diretrizes éticas para pesquisas com seres humanos já haviam sido proclamadas pelo Código de Nuremberg (1947). Ainda, os horrores com pretensões científicas ocorridos nos campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial já eram conhecidos e rechaçados pela comunidade internacional, com forte coro norte-americano. E, no entanto, o Caso Tuskegee ocorreu nos Estados Unidos, com participação de pesquisadores e respaldado por entes do governo americano.

Outro caso conhecido de má conduta ética foi um estudo sobre sífilis realizado com pacientes psiquiátricos, presidiários, soldados e prostitutas na Guatemala. A pesquisa foi desenvolvida pelo Laboratório de Pesquisas em Doenças Venéreas do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, entre os anos de 1946 e 1948. Ocorre que, os participantes do estudo foram propositalmente inoculados com bactérias causadoras de sífilis. Ademais, os participantes sequer sabiam que faziam parte de uma pesquisa (Teixeira, 2011).

Em 1974 o Congresso dos Estados Unidos aprovou a lei conhecida como *National Research Act*, que criou a Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e de Comportamento, responsável por avaliar as questões éticas relacionadas às pesquisas científicas. O Relatório Belmont, publicado em 1979, foi o resultado dos trabalhos desta Comissão, tendo enunciado três princípios gerais que deveriam orientar a realização de pesquisas com humanos a partir de então, são eles: 1) respeito às pessoas, 2) beneficência e 3) justiça.

O princípio do respeito às pessoas enunciado no relatório contém como premissa o reconhecimento da autonomia das pessoas, devendo todas serem tratadas como agentes autônomos. Por outro lado, deve-se proteger aqueles indivíduos com autonomia diminuída ou comprometida. Assim verifica-se que o Relatório Belmont oferece uma proposta autonomista (Ferrer, Álvarez, 2005).

Tom Beauchamp e James Childress, integrantes da Comissão responsável pela elaboração do Relatório Belmont, publicaram em 1979 a obra *Principles of Biomedical Ethics*, em que aprofundam as bases conceituais dos princípios da ética em pesquisas.

Beauchamp e Childress então formularam uma proposta com quatro princípios gerais: 1) beneficência, 2) não maleficência, 3) autonomia e 4) justiça. Tais princípios já eram conhecidos na tradição de filosofia moral ocidental e teologia moral cristã, já tendo sido abordados pelos pensadores Platão, Aristóteles e São Tomás de Aquino (Ferrer, Álvarez, 2005). Entretanto, a proposta principialista, que concentrou as formulações conceituais destes princípios em uma teoria coerente, foi aceita e confirmada por outros pesquisadores da Bioética, como o estadunidense Tristram Engelhardt e o espanhol Diego Gracia.

A partir de então, os Princípios de Georgetown e a Bioética Principialista entraram em expansão global, influenciando o debate bioético em diversos países do

ocidente. A preponderância da teoria principialista no debate bioético foi tamanha, que a certo ponto esta corrente teórica se confundia com a própria bioética.

A predominância da Bioética Principialista diz respeito sobretudo ao contexto biomédico e de pesquisas clínicas, tendo grande influência entre os profissionais de saúde. Utilizando como parâmetro esta teoria,

Recomendava-se aos profissionais de saúde ou pesquisadores que durante as suas práticas respeitassem a liberdade particular de cada indivíduo decidir sobre os aspectos de sua condição de vida (autonomia); que não fosse realizado qualquer tipo de intervenção que prejudicasse os indivíduos, abstendo-se das práticas nocivas (não maleficência); que procurassem sempre agir no sentido de fazer o bem (beneficência); que desenvolvessem suas práticas sem discriminação, agindo de modo justo (justiça) (Garrafa, Martorell, Nascimento, 2016, p. 444).

A simplicidade da proposta, associada à sua aplicabilidade à tomada de decisões no contexto biomédico, podem ser considerados como fatores responsáveis pela disseminação da teoria principialista (Ferrer, Álvarez, 2005). Inobstante, conforme apontado por Juan Carlos Tealdi (2006), em que pese a difusão do Principialismo a níveis globais, esta teoria não obteve aceitação em todo o mundo. Para o autor, o fato dessa teoria ter sido desenvolvida nos Estados Unidos e utilizada pelos organismos reguladores de pesquisa daquele país foram determinantes para transformar os princípios que compõem a teoria em um modelo global de pesquisa.

Segundo Tealdi, “a bioética principialista de Georgetown foi mais bem aceita nos países de língua inglesa, mas, desde o início, sofreu muitas críticas, sendo atacada por seu dedutivismo abstrato e seu fundamentalismo alheio à diversidade de culturas e valores” (2006, p. 51). A crítica do autor à bioética principialista e ao imperialismo moral estadunidense não foi uma voz isolada. Conforme já mencionado, na segunda metade da década de 1990, a bioética passa por uma revisão crítica, cujo ponto focal de análise recai sobre a teoria mais difundida até então, isto é, a bioética principialista.

As críticas ao Principialismo são diversas, razão pela qual adotaremos aqui a classificação sistematizada por Garrafa, Martorell e Nascimento (2016), que relaciona as principais críticas sofridas pela bioética principialista em críticas desde o Hemisfério Norte e críticas desde o Hemisfério Sul.

As críticas desde o Norte recaem, sobretudo, na validade da teoria, analisando seus aspectos conceituais e aprofundamento teórico dentro de seus próprios pressupostos.

A primeira crítica é a de que o Princípioalismo não oferece uma teoria clara a respeito dos princípios, havendo uma utilização equivocada do termo. Os críticos apontam que “houve um esforço para se juntar quatro importantes e diferentes teorias éticas” (Garrafa, Martorell, Nascimento, 2016, p. 444). Assim, o princípioalismo mostra-se mais como uma junção de conceitos já conhecidos e relativamente bem aceitos de outros pensadores, do que uma construção por si mesma. Ademais, desta forma, verifica-se ainda que os princípios apresentam conflitos entre si, sem que a teoria ofereça maior nitidez na forma como estes princípios se relacionam. A teoria carece, portanto, de sistematização.

A segunda crítica relaciona-se à aplicabilidade da teoria. “Não há uma teoria moral que amarre os princípios, não há um guia de ação que seja coerente, claro, compreensivo e que especifique ações e nem justificativa para essas regras” (Garrafa, Martorell, Nascimento, 2016, p. 445). Isto é, diante da ausência de uma teoria capaz de arrematar os princípios, guiando os indivíduos para ações concretas e coerentes, a sua aplicabilidade fica prejudicada.

A quarta crítica trata da não distinção entre regras morais e ideias morais. Isso porque ideias morais não implicam em obrigação de cumpri-los, enquanto regras morais devem ser cumpridas e seu descumprimento deve ensejar punições. O problema é: os quatro princípios são apresentados como deveres, mas tanto aparecem como regras morais, quanto como ideias morais, gerando confusão conceitual dentro da sua própria estrutura teórica.

As críticas desde o Hemisfério Norte concentram-se ainda no aprofundamento filosófico e conceitual de cada um dos quatro princípios. Ressalta-se aqui a crítica ao princípio da justiça, visto que para os críticos, o Princípioalismo somente reproduziu um repertório de teorias sofisticadas acerca do ideal de justiça, sem buscar qualquer aplicabilidade do princípio a ações concretas.

Por fim, Garrafa, Martorell e Nascimento (2016) apresentam, nessa lógica de pensamento do Hemisfério Norte *versus* pensamento do Hemisfério Sul, o que nomeiam como uma situação de fronteira. Essa crítica recai sobre a pretensa universalidade dos seus quatro princípios, desconsiderando as dificuldades de

aplicação dos princípios em diferentes culturas. Embora seja uma perspectiva desde o Norte,

A presente categoria é entendida como uma situação de fronteira porque as críticas apresentadas se esforçam para perceber o principialismo de modo mais contextualizado; entretanto, se limitam a entender como a bioética principialista deve realizar “correções” para ser aplicada a contextos além daqueles nos quais foi criada (Garrafa, Martorell, Nascimento, 2016, p. 446).

Assim, verifica-se que a principal distinção entre o pensamento desde o Norte e o pensamento desde o Sul é que o primeiro considera, sobretudo, critérios formais e conceituais em suas críticas ao principialismo, enquanto o último aponta os problemas de aplicabilidade dos princípios em países com realidades concretas de desigualdades econômicas e sociais.

As críticas desde o Hemisfério Sul retomam a percepção acerca dos processos de colonialidade sofridos pela América Latina, para contextualizar a bioética principialista quando aplicada ao cenário social dos países que compõem essa região.

Conforme visto em Quijano (2005), a colonialidade atravessou as subjetividades dos povos colonizados, distanciando-os das próprias expressões e referências históricas e culturais, reprimindo, silenciando e invalidando formas de conhecimento produzidas fora do eixo Europa e Estados Unidos. A colonialidade do saber indica que além dos aspectos socioeconômicos, o legado do eurocentrismo recai também sobre a produção de conhecimento, desconsiderando as epistemes desenvolvidas pelos povos colonizados, como se não fosse possível conhecer o mundo por meio de outros olhares. Neste processo, as epistemes advindas da Europa e, posteriormente, dos Estados Unidos, foram as únicas consideradas adequadas e universais.

Assim, faz-se necessário apontar que a bioética principialista expressa uma subjetividade específica, pensada desde o Norte e para o Norte. Ainda assim, há pesquisadores cuja origem não é Europa ou Estados Unidos que defendem a hegemonia da Teoria Principialista (Garrafa, Azambuja, 2007).

As principais críticas de pesquisadores que pensam a bioética desde o Sul à teoria principialista são a apropriação e redução da bioética, o universalismo intrínseco à esta teoria e a primazia do princípio da autonomia.

A Bioética pensada por Potter possui um teor amplo e interdisciplinar na discussão de questões acerca da sobrevivência humana e, no entanto, a bioética principialista, desenvolvida em um contexto mais estrito é que foi disseminada como “a bioética”. Houve, portanto, uma apropriação e reducionismo deste campo do conhecimento, passando a ser confundida com uma de suas vertentes. E mais, foi associada justamente com uma vertente pensada e desenvolvida para o contexto médico-paciente e/ou em pesquisas científicas, ou seja, pensada para circunstâncias individuais e não coletivas, como proposto por Potter.

Outro problema apontado é a pretensa universalidade dos princípios. Os críticos apontam que, ao contrário do que defendem Beauchamp e Childress, não existe uma moralidade universal (Garrafa, Martorell, Nascimento, 2016). A própria ideia de universalidade vem sendo fortemente questionada.

De acordo com Bernardino-Costa, Maldonado-Torres e Grosfoguel o universalismo abstrato é um “tipo de particularismo que se estabelece como hegemônico e se apresenta como desincorporado, desinteressado e sem pertencimento a qualquer localização geopolítica” (2019, p. 13). Isto é, ideias propostas como universalmente válidas são, em verdade, pensamentos regionais, propagados como se universais fossem. Assim, modelos da Europa e dos Estados Unidos, tanto de produção de conhecimento, quanto de formas de viver, são trazidos para os países em desenvolvimento do Sul Global, como evoluções e inovações, ao mesmo tempo, negando e silenciando propostas e ideais locais, que poderiam ser mais adequadas à realidade local. Portanto, os princípios propostos por Beauchamp e Childress como universais são, na verdade, regionais, expressando valores e a cultura estadunidense.

É possível apontar ainda o problema com a primazia conferida ao princípio da autonomia em face dos demais princípios, tornando-a um super princípio. A Teoria principialista, marcada pela excessiva valorização do princípio da autonomia, tornou o princípio da justiça em um mero coadjuvante, sem maior importância dentro da sua teoria (Garrafa, Azambuja, 2007).

Para a Teoria Principialista não há hierarquia *prima facie* entre os quatro princípios, de modo que o caso concreto deve oferecer os elementos necessários para definir uma ordem de consideração entre eles (Ferrer, Álvarez, 2005). No entanto, na prática o que se verifica é uma prevalência do princípio da autonomia. Neste sentido,

Ferrer e Álvarez apontam que “embora Beauchamp e Childress não afirmem a existência de uma ordem lexicográfica entre os princípios bioéticos, não há dúvida de que o respeito pela autonomia exerce um papel central em seu sistema” (2005, p.123).

Assim, em que pese a defesa de Beauchamp e Childress de que não há hierarquia entre os princípios, a posição privilegiada conferida ao princípio da autonomia perpassa toda a Bioética Principlista.

Beauchamp e Childress definem a autonomia como:

O governo pessoal do eu que é livre tanto de interferências controladoras por parte de outros como de limitações pessoais que obstam a escolha expressiva da intenção, tais como a compreensão inadequada. O indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano escolhido por ele mesmo, da mesma forma como um governo independente administra seu território e define suas políticas (Beauchamp, Childress, 2002, p. 138).

Tal descrição do conceito demonstra seu conteúdo prescritivo de pessoas individualmente consideradas. Os autores abordam, sobretudo, indivíduos autônomos, ações e decisões autônomas e contextos de redução da autonomia destes indivíduos. É, portanto, um modelo que prioriza o contexto relacional entre indivíduos, pensado para a relação médico-paciente e/ou pesquisador-participante da pesquisa.

O problema desta supervalorização da autonomia reside no fato de que este princípio privilegia a individualidade em detrimento do coletivo e, portanto, não deve ser importada e adaptada de forma acrítica em contextos que demandam uma atenção à coletividade.

Pensando a aplicação irrefletida desta vertente bioética no Brasil, as críticas lançadas à Teoria Principlista concluem que “este olhar que privilegia a autonomia dos agentes morais não é necessariamente o melhor enfoque para a realidade brasileira de acentuada injustiça social” (Serodio, 2008, p. 74).

Neste contexto do Sul Global, sobretudo, da América Latina, insurgem vertentes que deslocam o olhar bioético para contextos mais amplos, retomando o pensamento potteriano e lançando as lentes para os problemas persistentes na região e buscando a construção da paz social.

Não se trata, portanto, de desconsiderar a Teoria Principlista, vez que a mesma possui especial relevância dentro da Bioética. Na verdade, reconhecer a insuficiência dessa teoria para contextos de severa injustiça social identificados no Sul

Global oportuniza a construção de linhas de pensamento desenvolvidas desde o Sul, considerando os valores compartilhados por essa sociedade e a realidade aqui verificada.

Assim, nota-se que as vertentes desenvolvidas na América Latina possuem especial preocupação para as questões coletivas e iniquidades rotineiras e cotidianas que atravessam a população vulnerável da região. No Brasil, destacam-se a Bioética da Proteção e a Bioética da Intervenção.

A Bioética da Proteção é uma vertente formulada por pesquisadores latino-americanos. Parte do entendimento de que a formulação clássica dos quatro princípios não é adequada às demandas verificadas na América Latina, sobretudo no que tange à saúde pública. Assim, para Schramm (2008), esta teoria surgiu como uma adaptação da bioética tradicional às questões de saúde pública enfrentadas pelo Brasil e outros países da América Latina.

Esta vertente é “constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o capacitam para realizar sua vida e quem não os tem” (Schramm, 2008, p. 11). Na Bioética da Proteção, a vulnerabilidade ou, mais especificamente, a vulneração é um conceito chave. Isso porque essa vertente tem seu “foco principal nos indivíduos e populações de afetados, vulnerados e excluídos” (Schramm, 2008, p. 12).

De acordo com esta perspectiva, indivíduos e grupos vulnerados, que não dispõem de meios para proteger a si mesmos, devem receber a proteção necessária à superação das vulnerabilidades que concretamente os afetam. Portanto, faz-se necessário compreender tais vulnerabilidades, seus efeitos e quem são os indivíduos e populações afetadas para, a partir de então, adotar ações concretas para proteção das pessoas e superação/redução das vulnerações. Além disso, prevê a distinção de graus de proteção na medida das necessidades do indivíduo ou grupo (Schramm, 2008).

A seu turno, a Bioética da Intervenção é uma contribuição teórica brasileira elaborada pela Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília. Em seu conteúdo aproxima-se da construção em torno dos Direitos Humanos e das noções de cidadania e dignidade, lançando olhares e discutindo alternativas às situações provocadas pela desigualdade social no Sul Global. Assim, além de questões

biomédicas, temas como pobreza, fome, mobilidade urbana, saúde e educação são debatidos pela Bioética da Intervenção (Santos, Shimizu, Garrafa, 2014).

Essa vertente “constitui uma visão macro da bioética, ampliada e comprometida com o social, mais crítica, politizada e interventiva, com o objetivo de diminuir as disparidades constatadas” (Santos, Shimizu, Garrafa, 2014, p. 272). Assim, verifica-se uma preocupação com os problemas históricos e persistentes, relacionados à coletividade. Há ainda, um compromisso político com a superação/redução das mazelas sociais. Deste modo, as vulnerabilidades sociais e seus efeitos, na saúde pública, por exemplo, são temas centrais para a Bioética da Intervenção.

Ressalta-se ainda, a contribuição de vertentes críticas que abordam com maior ênfase o impacto de opressões como o sexismo e o racismo no debate bioético, como é o caso da Bioética Feminista.

A bioética crítica de inspiração feminista surgiu formalmente na década de 1990, embora as construções em torno de éticas femininas existam desde os idos de 1960. Esta vertente incorpora os pressupostos das teorias feministas, sobretudo a assimetria na distribuição de poder entre os gêneros como categoria analítica, à Bioética, e ainda lança olhares críticos às desigualdades sociais e às inúmeras formas de opressão existentes, defendendo os vulneráveis e buscando a compensação das vulnerabilidades sociais (Diniz, Guilhem, 1999).

De acordo com Débora Diniz e Dirce Guilhem (1999), a Bioética Feminista não defende, tão somente, os interesses das mulheres. Ao contrário, reconhece a pluralidade moral e ética existente na sociedade. Assim,

Mais do que a defesa da condição feminina, dos direitos das minorias raciais ou mesmo dos interesses de grupos socialmente não-hegemônicos, a bioética crítica, e particularmente a bioética crítica de inspiração feminista, traduz e representa esta nova onda reflexiva da bioética em que aqueles(as) historicamente desconsiderados(as) nos estudos éticos, sejam eles(as) mulheres, crianças, minorias étnicas e raciais, deficientes físicos e mentais, idosos, pobres, passam a compor a pauta de discussões (Diniz, Guilhem, 1999, p. 2).

Em reconhecimento às demandas dos mais vulneráveis, que frequentemente se misturam aos oprimidos, a Bioética Feminista demanda um “compromisso compensatório de interesses dos grupos e pessoas socialmente vulneráveis” (Diniz, Guilhem, 1999, p. 2). Nota-se que vulnerabilidades e desigualdades sociais aparecem

como ideias centrais desta vertente da bioética crítica. Autonomia e vulnerabilidade, são importantes referenciais para as teorias feministas, mas a bioética feminista, em específico, considera que o princípio da autonomia, como construído no seio da teoria principialista, desconsidera diferenças e desigualdades individuais e sociais. Assim, frente às desigualdades e vulnerabilidades existentes não pode o princípio da autonomia ser aplicado de forma igual para todas as pessoas.

A Bioética da Proteção, a Bioética da Intervenção e a Bioética Feminista foram aqui mencionadas de forma resumida, sem pretensão de esgotar o debate, no intuito de contextualizar as escolhas teóricas assumidas no desenvolvimento da pesquisa. Tais vertentes contribuíram para a difusão e ascensão do conceito de vulnerabilidade e para o alcance do *status* de princípio, conferido pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos – DUBDH, conforme abordar-se-á nas próximas seções.

2.2 A ASCENSÃO DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE EM BIOÉTICA

A vulnerabilidade não foi direta e explicitamente abordada pela bioética desde seu surgimento, mas foi sendo progressivamente tratada pela disciplina, sobretudo, no contexto da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, relacionada à autonomia e consentimento, mas ainda sem abordar os diversos sentidos da vulnerabilidade (Mannes, 2016).

Aguiar (2016) expõe que, embora não tenha sido expressamente nominada pela Bioética Principialista, a vulnerabilidade é um princípio bioético desde o início da construção deste campo do conhecimento. Para a autora, ao tratar de autonomia e as limitações para a tomada de decisões autônomas, a teoria principialista aborda a vulnerabilidade, em seu aspecto cognitivo-social.

Para Diniz e Corrêa (2001), o crescimento da epidemia de HIV/AIDS entre populações social e economicamente menos favorecidas contribuiu para a consolidação do conceito de vulnerabilidade na bioética. Deste modo, o conceito passou por um resgate político nos últimos anos, passando a figurar junto aos quatro princípios tradicionais como um princípio de grande relevância para o debate bioético.

Para melhor compreender o princípio bioético de respeito à vulnerabilidade, faz-se necessário analisar o tratamento dado a este princípio e ao próprio conceito de vulnerabilidade nos principais documentos de referência internacional da Bioética.

2.2.1 Vulnerabilidade no Código de Nuremberg

No final da primeira metade do século XX, o mundo ouvia sobre os horrores ocorridos nos Campos de Concentração nazistas. Neste período, sobretudo entre 1942 e 1945, pesquisadores desenvolveram “experimentos” cruéis e desumanos em indivíduos tornados prisioneiros em razão de critérios étnicos e políticos. Judeus, ciganos e homossexuais foram as principais vítimas da bandeira ideológica de superioridade que dominava a Alemanha Nazista (Andrade *et al.*, 2013).

Os experimentos realizados tinham diversos objetivos e métodos controversos. Vítimas foram propositalmente contaminadas com doenças para testar medicamentos capazes de agir contra tais doenças, prisioneiros foram submetidos à gases mortais para testar antídotos, outros foram mergulhados em banheiras com água em baixíssimas temperaturas para compreender e combater a hipotermia. Também havia experimentos que buscavam desenvolver métodos baratos e eficazes para realizar esterilização em massa de determinadas “raças” que os nazistas consideravam indesejadas (Andrade *et al.*, 2013).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e a queda formal do Nazismo em 1945, foi instalado um Tribunal Penal Internacional, cujo objetivo era investigar e julgar criminosos nazistas, responsáveis pelo Holocausto. O Tribunal, composto por representantes de diversos países, foi sediado na cidade de Nuremberg, na Alemanha. Dos vinte e três criminosos levados a julgamento, vinte eram médicos envolvidos nas experiências nazistas. Ao final, dezesseis deles foram declarados culpados, dos quais sete foram sentenciados à pena de morte e cinco à prisão perpétua (Andrade *et al.*, 2013).

Os juízes do tribunal de Nuremberg entenderam que os valores do Juramento de Hipócrates realizado por todos os réus não foi o suficiente para proteger os prisioneiros dos experimentos pretensamente científicos realizados, posto que as ações identificadas eram contrárias ao ideal de não fazer mal a nenhum paciente. Ademais, ao identificar que faltava um elenco de diretrizes que pudessem ser utilizados como critério no julgamento das ações dos réus, desenvolveram o conjunto de princípios conhecidos como Código de Nuremberg.

O Código de Nuremberg (1947) foi o primeiro código de conduta em pesquisas internacionalmente aceito (Araújo, 2003). Pondera-se que contexto de má conduta em

pesquisa com seres humanos durante a Segunda Guerra Mundial e os olhos do mundo voltados para as decisões tomadas pelo Tribunal de Nuremberg contribuíram para o desfecho do julgamento e a elaboração dos princípios enunciados a partir disso. No entanto, má conduta em pesquisa não é monopólio nazista. Antes do Código de Nuremberg e, mesmo depois, há diversos registros de infrações éticas em pesquisas (Araújo, 2003), como o caso Tuskegee descoberto em 1972 e a Síndrome da Talidomida na década de 1960, quando mulheres grávidas foram usadas para testar a droga, causando má formação nos bebês gerados.

Em seus dez princípios, o Código de Nuremberg regulamenta as práticas em pesquisa, destacando-se a relevância conferida à autonomia do indivíduo. O primeiro princípio do Código de Nuremberg enuncia que:

O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que a pessoa envolvida deve ser legalmente capacitada para dar o seu consentimento; tal pessoa deve exercer o seu direito livre de escolha, sem intervenção de qualquer desses elementos: força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição ou coerção posterior; e deve ter conhecimento e compreensão suficientes do assunto em questão para tomar sua decisão. Esse último aspecto requer que sejam explicadas à pessoa a natureza, duração e propósito do experimento; os métodos que o conduzirão; as inconveniências e riscos esperados; os eventuais efeitos que o experimento possa ter sobre a saúde do participante. O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento recaem sobre o pesquisador que inicia, dirige ou gerencia o experimento. São deveres e responsabilidades que não podem ser delegados a outrem impunemente.

Assim, este princípio aborda o conceito de consentimento livre e informado, que veio a tornar-se um importante instrumento de expressão do princípio da autonomia. O princípio da não-maleficência também parece estar descrito em alguns dos enunciados do Código. De modo geral, os valores expressos no Código de Nuremberg possuem aproximação com os princípios da autonomia e não-maleficência adotados pela Teoria Principlista. Considerando que o Código de Nuremberg é anterior ao Relatório Belmont, à teoria principlista e ao próprio surgimento da bioética, verifica-se que as teorias desenvolvidas neste campo do conhecimento foram inspiradas pelos valores expressos no Código.

Os termos: “vulnerável” ou “vulnerabilidade” não aparecem expressamente descritos no Código de Nuremberg. Porém, a própria elaboração do documento se deu em razão dos abusos ocorridos durante a Alemanha Nazista contra os prisioneiros do regime, ou seja, indivíduos vulneráveis (Mannes, 2016).

Ademais, autonomia e vulnerabilidade tem se mostrado conceitos ligados um ao outro, de modo que na abordagem que compõe o referido documento são oferecidas algumas pistas de contextos em que um indivíduo não é capaz de consentir, isto é, quando ausente/reduzida sua autonomia.

A respeito do Código de Nuremberg, Diniz e Corrêa (2001, p. 680) ponderam que

Infelizmente, durante os primeiros vinte anos de existência do documento, as diretrizes éticas de Nuremberg não atingiram o alvo desejado, ou seja, não foram capazes de sensibilizar os médicos para o respeito necessário no uso de seres humanos em pesquisas clínicas. [...] Para os médicos e pesquisadores clínicos norte-americanos, por exemplo, o Código de Nuremberg se referia a uma espécie de má medicina ou mesmo a uma medicina do mal, típica e exclusiva do nazismo, distante da prática médica de países com tradição política democrática.

Para as autoras, prevaleceu o entendimento de que os enunciados do Código de Nuremberg seriam destinados aos nazistas, não se relacionando com médicos e pesquisadores de países democráticos. O problema, portanto, seriam os nazistas, isto é, os outros. A ciência médica seguia sendo percebida como pura e imparcial, longe dos horrores nazistas (Diniz, Corrêa, 2001).

2.2.2 Vulnerabilidade na Declaração de Helsinque

Visto que má conduta em pesquisas não pode ser considerada monopólio nazista, até a década de 1970 diversos experimentos com populações vulneráveis foram desenvolvidos nos Estados Unidos, dentre eles o famoso caso Tuskegee que perdurou até 1972 e os testes realizados em custodiados da Prisão de Holmesburg² (1951-1974) (Diniz, Corrêa, 2001). E mais, estima-se que até 1970, cerca de 90% dos produtos comercializados pela indústria farmacêutica americana haviam sido testados em população carcerária (Teixeira, 2006), com graves desvios éticos na condução dos testes.

Seguindo o exemplo dos Estados Unidos, os princípios do Código de Nuremberg, bem como o respeito de direitos humanos no âmbito da medicina e da

² A Prisão Holmesburg, localizada no estado da Pensilvânia nos Estados Unidos, onde centenas de custodiados foram feitos de cobaias em experimentos cruéis e desumanos, relacionados a dermatologia, entre 1951 a 1974 (TEIXEIRA, 2006). O médico responsável pelos experimentos - Albert Kligman - é comparado ao médico nazista Josef Mengele.

pesquisa clínica em países periféricos permaneceram sem a devida relevância. Vale ressaltar que o Sul Global adquiriu mais do que o “*american way of life*” dos Estados Unidos, de modo que os saberes produzidos por norte-americanos eram adotados por outros países com pouca ou nenhuma crítica.

Os desvios em pesquisas clínicas ocorridos nos Estados Unidos demonstraram que os princípios do Código de Nuremberg eram necessários também fora das circunstâncias da guerra e do nazismo e que, aquilo que consideravam uma medicina do mal, não era tão distante assim das práticas médicas e da democracia norte-americana.

Ao serem trazidos à tona, os casos de má conduta ética ocorridos nos Estados Unidos causaram fortes reações na opinião pública, de modo que, os americanos passaram a lidar com o fato de que tais desvios eram uma realidade concreta na medicina praticada nos Estados Unidos e em países democráticos.

Neste contexto de preocupação com ética em pesquisas clínicas, a Associação Médica Mundial³ elaborou, em 1964, a primeira versão da Declaração de Helsinque. O objetivo principal do documento é orientar a atuação de médicos em pesquisas clínicas e, com isso, proteger seus participantes (Figueiredo, 2011).

Embora não seja dotada de força normativa, a Declaração de Helsinque é uma das referências éticas mais importantes para a realização de pesquisas clínicas envolvendo seres humanos, de modo que, diversos países a mencionam como fundamento para a elaboração de suas legislações específicas (Diniz, Corrêa, 2001). Para Garrafa e Lorenzo (2009, p. 517), a Declaração de Helsinque, “acabou se tornando um documento normativo global, tomado como referência moral e colocado muitas vezes acima da própria legislação de países, a partir de sua unânime aceitação mundial.”

De acordo com Diniz e Corrêa (2001, p. 681),

A Declaração de Helsinki representou a tradução e a incorporação, pelas entidades médicas de todo o mundo, dos preceitos éticos instituídos pelo Código de Nuremberg, definindo uma base ética mínima necessária às pesquisas e aos testes médicos com seres humanos.

³ World Medical Association – WMA é uma instituição não governamental internacional formada por associações médicas profissionais de diversos países, representando os médicos em escala global. Foi fundada em 1947.

Assim, enquanto o Código de Nuremberg teve pouca adesão nas práticas médicas fora do contexto da 2ª Guerra Mundial e do julgamento dos médicos nazistas, a Declaração de Helsinque foi incorporada e difundida por todo o mundo. Ao fim, verifica-se que o Código de Nuremberg foi percebido mais como um enunciado de cunho político, do que um documento técnico de orientações acerca de práticas científicas. Enquanto o Código de Nuremberg estava relacionado ao julgamento de atos do passado, a Declaração de Helsinque foi um documento destinado a produzir efeitos para o futuro (Diniz, Corrêa, 2001).

Em que pese a enorme importância do documento para a bioética e seu indubitável caráter de proteção dos participantes de pesquisas clínicas, em suas primeiras versões, a Declaração de Helsinque não mencionava o termo vulnerabilidade. O referido diploma foi alterado sucessivas vezes após sua elaboração, sem maiores modificações em seu sentido originário, de modo que somente em sua 5ª revisão, no ano de 2000, é que a expressão “vulneráveis” aparece pela primeira vez, embora ainda atrelada à ideia de consentimento e autonomia (Mannes, 2016).

Até os idos da década de 1990, as revisões na Declaração de Helsinque foram realizadas sem maiores controvérsias, em razão da manutenção do seu teor originário. A primeira revisão buscou explicitar ainda mais os princípios que motivaram a sua elaboração, “isto é, que os interesses da ciência e da sociedade nunca deveriam ter precedência sobre o bem-estar dos sujeitos envolvidos nas experiências científicas” (Figueiredo, 2011, p. 5). Mantendo, portanto, o espírito e os valores que inspiraram sua elaboração.

Entretanto, no final dos anos 90 surgiram propostas para redução dos padrões éticos mínimos sustentados pela declaração, gerando controvérsias e debates. Os principais pontos em disputa foram na redação dos artigos 19, 29 e 30 da Declaração. Em suma, as propostas de alteração recaíam sobre os benefícios do resultado do estudo à população envolvida, utilização de placebo em estudos com grupos vulneráveis e sobre a garantia de que ao final da pesquisa, os participantes tivessem acesso aos melhores métodos comprovados, para diagnósticos e tratamentos (Figueiredo, 2011).

A redação anterior da Declaração de Helsinque enunciava o seguinte: “na conclusão do estudo, todo paciente nele incluído deve ter o acesso assegurado aos

melhores métodos profiláticos, diagnóstico e terapêuticos comprovados” (Associação Médica Mundial, 2000). Isso significa que os melhores métodos de tratamento médico conhecidos devem ser ofertados aos participantes de testes clínicos, não podendo tais recursos ou medicamentos ser ignorados ou negados aos pacientes, circunstâncias que, conforme visto, já ocorreram na história das pesquisas com seres humanos.

Após anos de debates acirrados, as alterações foram aprovadas pela Assembleia Geral da Associação Médica Mundial ocorrida na Coreia em 2008. A versão aprovada estabelece “acordos para o acesso pós-estudo às intervenções identificadas como benéficas no estudo aos participantes ou para o acesso a outros cuidados ou benefícios apropriados” (Associação Médica Mundial, 2008).

Com isso, os participantes do estudo não mais teriam direito aos “melhores métodos profiláticos, diagnóstico e terapêuticos comprovados”, ficando disponível o “acesso a outros cuidados ou benefícios apropriados”. A mudança não é apenas questão de semântica, sobretudo ao considerar o histórico de abusos em pesquisas clínicas e o cenário de desigualdade social ao redor do globo. Para Garrafa e Lorenzo, as modificações “reduzem a proteção de sujeitos e comunidades socialmente vulneráveis nos países periféricos e maximizam interesses das grandes empresas farmacêuticas internacionais” (2009, p. 514).

O enunciado sujeita o acesso aos recursos a acordos pós-estudo. Isso significa que, aos participantes não seria garantido o acesso aos melhores métodos identificados pelos testes, passando a depender do conteúdo do acordo firmado entre os participantes de pesquisas e os pesquisadores (Figueiredo, 2011). Assim, a indiscutível exigência anterior foi substituída por acordos, sendo possível até incluir benefícios que não sejam diretamente relacionados aos resultados obtidos no estudo (Garrafa, Lorenzo, 2009).

Foram numerosas as críticas ao novo conteúdo da Declaração de Helsinque. Os estudiosos do Brasil, desde que os debates tiveram início no final da década de 90, mostraram-se contrários à nova redação. Durante a realização do Fórum Nacional Declaração de Helsinki: Perspectivas da Sociedade Brasileira, em Brasília, no ano 2000, foi lançado o documento conhecido como Carta de Brasília, demonstrando repúdio sobre o teor das propostas de modificação da Declaração de Helsinque.

Ademais, métodos de pesquisa que envolvem o uso dos placebos também foram alvo de inúmeras críticas e denúncias. Longe de representar um consenso, para Figueiredo (2011) a alteração da Declaração de Helsinque em 2008 teve como objeto justificar e dar validade às pesquisas que já vinham ocorrendo com o uso de placebos nos países pobres, sobretudo em relação aos testes para tratamento da síndrome de imunodeficiência adquirida - o vírus da HIV, em andamento desde os anos 90.

Neste contexto, Garrafa e Prado (2001) expuseram que

Mais uma vez, alguns países ricos, com o apoio de poderosos complexos empresariais internacionais de medicamentos e bioderivados interessados quase que exclusivamente no mercado e no lucro, tentam fazer valer seu poder (econômico) de pressão e persuasão, em detrimento da priorização pelo social, da inclusão dos sujeitos sociais no campo verdadeiramente democrático com conseqüente usufruto dos benefícios do mundo contemporâneo (p. 1493).

Em 2013, novamente a Declaração de Helsinque sofreu alterações. Em partes, buscando se ajustar às inúmeras críticas enfrentadas desde as modificações de 2008, o texto atual determina que “antes de um ensaio clínico, patrocinadores, pesquisadores e governos de países anfitriões devem fazer provisões para acesso pós-ensaio para todos os participantes que ainda necessitam de uma intervenção identificada como benéfica no ensaio” (Associação Médica Mundial, 2013).

Embora tenha mantido, em linhas gerais, o teor da Declaração de 2008, este enunciado definiu mais detalhadamente o conteúdo dos acordos pós-ensaio, ficando estabelecido que as intervenções identificadas como benéficas pelo estudo devem ser previstas para todos os participantes que delas necessitarem.

No entanto, no que tange à utilização de placebos em estudos relacionados a enfermidades para as quais já existem tratamentos eficazes, a Declaração de 2013 apenas trouxe de forma mais sistemática as circunstâncias em que tais métodos são admitidos, incluindo em seu texto a possibilidade do uso de intervenções menos eficazes e o não tratamento do grupo controle, quando justificado por razões metodológicas e científicas (Passini, Pinheiro, Montagner, 2018), definindo apenas que os participantes não podem arcar com “riscos adicionais de danos graves ou irreversíveis como resultado de não receber a melhor intervenção comprovada” (Associação Médica Mundial, 2013).

Assim, uma das questões mais polêmicas da pesquisa com seres humanos na atualidade, o uso do placebo ou a questão do duplo *standard*, como vem sendo chamada, foi validada pelo texto da Declaração de Helsinque, a partir das revisões de 2008 e 2013. Duplo *standard* significa a adoção de padrões éticos diferenciados para países ricos e países pobres. Isto é, um protocolo de pesquisa considerado eticamente inaceitável em um país rico pode ser considerado aceitável e realizado em um país pobre. Assim, para os defensores do duplo *standard* não seria um desvio ético a utilização de placebo nas pesquisas realizadas em países pobres, mesmo havendo tratamentos comprovados para as doenças em teste, se este tratamento não estiver disponível no país onde ela está sendo realizada, ainda que essa indisponibilidade seja por aspectos puramente econômicos (Garrafa, Lorenzo, 2009).

Diversos autores apontam a injustiça da adoção de padrões éticos diferenciados em protocolos de pesquisa, inclusive a violação dos princípios da bioética. Figueiredo expõe que esse “relativismo ético configura exploração injusta de populações mais pobres” (2011, p. 09). Garrafa e Lorenzo (2009) chamam de imperialismo moral essa imposição de padrões éticos diferenciados conforme poder econômico e posição geopolítica.

Hellmann e Verdi (2014) denunciaram a influência da Associação de Medicina Americana nas deliberações da Associação Médica Mundial, desde a elaboração da Declaração de Helsinque às sucessivas revisões realizadas. Para os autores, a influência norte-americana é sempre no sentido de “garantir padrões éticos mais baixos em pesquisas médicas para facilitar a possibilidade de alocar participantes em pesquisas, sobretudo os de maior grau de vulnerabilidade” (Hellmann, Verdi, 2014, p. 26).

Desde os anos 90 diversos testes clínicos foram realizados utilizando essa lógica do duplo *standard*. Tendo a AIDS como exemplo, mesmo já existindo métodos conhecidos para evitar a transmissão vertical mãe-feto, em pesquisas financiadas por empresas norte-americanas e realizadas em países africanos, os melhores métodos não foram disponibilizados para mulheres gestantes africanas, utilizando o argumento que diante das carências a que elas estavam expostas, qualquer benefício resultante da pesquisa seria considerado um ganho para estas mulheres (Diniz, Corrêa, 2001).

Já em 2020, em meio à Pandemia de Covid-19, pesquisadores franceses ao tratar do desenvolvimento de vacinas contra a doença sugeriram “não deveríamos

estar fazendo este estudo na África, onde não há máscaras ou tratamento ou reanimação, como foi feito em alguns estudos da AIDS?⁴”. Décadas separam os estudos relacionados à AIDS e à Covid-19, mas os fundamentos são os mesmos: realizar, em países pobres, testes que não seriam eticamente aceitáveis em um país rico, garantindo aos participantes apenas os tratamentos limitados já disponíveis no território.

Há países que mantêm adesões parciais à Declaração de Helsinque, cujas legislações são mais rígidas ou mais permissivas quando comparadas à declaração. França, Noruega, Bélgica, Canadá e Índia utilizam as referências éticas da atual declaração como parâmetro. Já a Argentina utiliza a versão de 2004 do documento. Espanha sequer menciona a Declaração de Helsinque em seus parâmetros. No Brasil, a Declaração de Helsinque foi uma referência, mas já não se utiliza sua integralidade, vez que é proibida a utilização de placebos nos casos em que há tratamento eficaz conhecido, por força das Resoluções nº 408/08 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Passini, Pinheiro, Montagner, 2018).

Toda essa problemática aponta para a existência de diversos contextos de vulnerabilidade, não apenas aqueles relacionados à redução de autonomia. Segundo Diniz e Corrêa (2001, p. 686)

Historicamente, subentendeu-se que os vulneráveis seriam os deficientes mentais, físicos, as crianças, os senis e os institucionalizados de qualquer ordem, mas foram deixadas de lado todas as pessoas que se encontram em situações de vulnerabilidade, como ocorre, por exemplo, com as populações subdesenvolvidas.

Mesmo em sua primeira versão, a Declaração de Helsinque nada mencionou sobre as pesquisas clínicas com populações institucionalizadas, como os internos de asilos, prisões e orfanatos. Posteriormente, em meio às sucessivas flexibilizações éticas, seu conteúdo de proteção aos vulneráveis foi substancialmente reduzido, reacendendo as preocupações frente aos abusos éticos do passado.

⁴ <https://www.cartacapital.com.br/saude/oms-critica-cientistas-que-defendem-africa-como-campo-de-testes-contracoronavirus/>

2.2.3 Vulnerabilidade na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos

Conforme visto, a teoria principialista foi fortemente difundida, tornando-se a vertente hegemônica no campo da Bioética. Em que pese essa hegemonia da bioética principialista, os bioeticistas latino-americanos reivindicavam um alargamento do escopo deste campo, para além de parâmetros rasos e do "*check list*" aplicável às práticas clínicas e às pesquisas com humanos (Porto, 2014).

Ainda hoje, a bioética mantém-se majoritariamente focada nas questões clínicas e biomédicas, porém desde o início dos anos 2000, sob influência da América Latina, há uma tendência de reconfiguração da Bioética, que retoma bases do pensamento potteriano, para ampliar o seu conteúdo (Porto, 2014). Desde o final dos anos 90, na América Latina e, especialmente, no Brasil, já se discutia a ampliação e politização dos estudos, reflexão e ação bioética (Garrafa, 2012). Essa tendência é também responsável por influenciar a ascensão e consolidação do conceito de vulnerabilidade na Bioética.

No início do século XXI, a bioética já era reconhecida e consolidada enquanto campo do conhecimento e, na medida em que mais avanços científicos vinham sendo divulgados, as preocupações éticas eram renovadas e retornavam ao debate público. No entanto, até então, os principais documentos de referência da Bioética, eram o Código de Nuremberg e a Declaração de Helsinque. Outros documentos foram elaborados no decorrer do tempo, a exemplo da Declaração de Barcelona (2001), mas com âmbito de aplicação mais restritos quando comparados aos documentos supracitados. No entanto, havia uma perspectiva de elaboração de um documento amplo, emitido por um organismo internacional, a exemplo da Declaração Universal dos Direitos Humanos emitida pela Organização das Nações Unidas - ONU em 1948 e da Declaração Universal sobre Genoma Humano e Direitos Humanos emitida pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - Unesco em 1992.

Neste sentido, a Unesco, através do seu Comitê Internacional de Bioética - IBC, deu início à produção do documento que, em 2005, durante a 33ª Conferência da Unesco, foi aprovado sob o título de Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos - DUBDH, com adesão de 191 países-membros. Embora a aprovação do texto final da referida Declaração tenha sido unânime, sua elaboração foi cercada de

debates entre países ricos e países pobres, de embates entre diferentes vertentes e interpretações da Bioética e pela marcante atuação das redes de bioética latino-americanas e, especialmente, de representantes brasileiros.

Segundo Barbosa (2006, p. 427),

A construção mostrava-se difícil e o consenso parecia cada dia mais distante, sobrepujado pelos desejos dos países ricos do Hemisfério Norte, que queriam um documento enxuto, exclusivamente biomédico e biotecnológico, e as nações pobres e em desenvolvimento do Hemisfério Sul, que almejavam incluir na agenda também as questões sociais, sanitárias e ambientais.

As posições brasileiras divergiram da proposta inicialmente apresentada pelo Comitê Internacional de Bioética. Em 2002, a Sociedade Brasileira de Bioética havia realizado o Congresso Mundial de Bioética, em Brasília, com o tema “Bioética, Poder e Injustiça”. Na ocasião foram aprofundadas as discussões acerca da suposta universalidade dos princípios de Georgetown, da necessidade de respeito à pluralidade e da urgência de ampliação da agenda bioética (Garrafa, 2012). Isto é, a bioética brasileira já pautava a bioética global com outros temas além dos assuntos biomédicos e biotecnológicos, dando visibilidade às questões sanitárias e sociais, sobretudo à temática de saúde pública e coletiva, não podendo o Brasil manter-se silente diante dos rumos que a Declaração vinha tomando durante sua elaboração.

De acordo com Cruz, Oliveira e Portillo (2010) os debates em torno da elaboração da DUBDH foram marcados pela polarização entre o Brasil, defendendo a posição dos países em desenvolvimento e demarcando a necessidade de incluir questões sobre responsabilidade social no documento e a Alemanha, atuante porta-voz dos interesses de países desenvolvidos, demandando que o conteúdo da Declaração fosse mais restrito, trazendo apenas orientações biomédicas.

Dentre as críticas às primeiras minutas da Declaração, formuladas e formalmente remetidas ao IBC pela delegação brasileira, estavam a omissão quanto a questões ambientais, a adoção da tendência estadunidense de bioética reduzida a questões biomédicas e a ausência com relação ao tema do acesso à saúde enquanto direito de cidadania (Barbosa, 2006).

As ideias defendidas pela Sociedade Brasileira de Bioética e pela Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da Unesco - Redbioética foram manifestadas através da *Carta de Buenos Aires sobre Bioética y Derechos Humanos* (2004), repudiando o teor de uma das minutas da DUBDH, que trazia somente

conteúdo biotecnológico. A Carta de Buenos Aires foi traduzida e distribuída por todo mundo, tendo sido decisiva para a aprovação de uma declaração com conteúdo amplo, contemplando os Direitos Humanos (Barbosa, 2006; Garrafa, 2012).

Assim, após diversas reuniões entre os entes que compõem o Comitê Internacional de Bioética - IBC e o Comitê Intergovernamental de Bioética - IGBC, vinculados à Unesco, a demanda por inclusão das questões sobre responsabilidade social e proteção de direitos humanos recebeu apoio do então diretor-geral da Unesco - Koïchiro Matsuura (Cruz, Oliveira, Portillo, 2010). Posteriormente, a redação da proposta foi concluída e submetida à apreciação da 33ª Conferência Geral da Unesco, ocasião em que foi aprovada com unanimidade.

Acerca de todo o processo até a aprovação da Declaração, Garrafa (2012, p. 28) expôs:

Embora setores mais tradicionais e conservadores da bioética internacional tenham protestado ruidosamente contra este “novo estado das coisas”, em defesa de seus interesses particulares por uma suposta ampliação desnecessária e desordenada, segundo eles, dos conhecimentos que já detinham em seus nichos monopólicos fundados nos quatro princípios, inicialmente propostos, outros apenas ficaram em absoluto silêncio, desdenhoso e crítico, perante a ideia-força de uma bioética ampliada, mais livre e libertadora, que venceu o embate e começa a se difundir mundo afora.

A descrição do processo de elaboração da DUBDH e dos embates ocorridos durante todo o andamento dos trabalhos, conforme exposto pelo professor Volnei Garrafa, demonstra que apesar da aprovação da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, que já em seu título demonstra seu teor político, os países ricos e desenvolvidos defendem o conforto da bioética principialista, pois funciona para a realidade social identificada em seus territórios e para seus intentos colonialistas em relação às populações vulneráveis dos países em desenvolvimento. No entanto, a matéria contida na DUBDH demonstra a força da bioética pensada e construída pelos países em desenvolvimento e, em particular, pelo Brasil.

A Declaração Universal de Bioética e de Direitos Humanos inaugura um novo momento para a bioética global, redimensionando o teor e abrangência deste campo do conhecimento. “O teor da Declaração muda profundamente a agenda da bioética do Século XXI, democratizando-a e tornando-a mais aplicada e comprometida com as populações vulneráveis, as mais necessitadas” (Unesco, 2005, p. 1). Deste modo, embora seja uma norma vinculante, isto é, não obriga as Nações a cumprirem seus

mandamentos e princípios, a DUBDH figura como um dos mais relevantes documentos de referência da Bioética, cujo valor jurídico, reside no caráter orientador do documento (Garrafa, 2012)

A Declaração fortaleceu o entendimento de que a Bioética é um “campo interdisciplinar de produção de saberes relacionados à ideia de saúde, considerada na dimensão social” (Porto, 2014, p. 66). Vincula a Bioética aos Direitos Humanos, definindo o respeito à dignidade humana e às liberdades fundamentais como elementos da bioética.

Ainda no preâmbulo, a DUBDH reconhece que o desenvolvimento científico e tecnológico deve ser utilizado em benefício da humanidade como um todo. Reconhece que a saúde está relacionada também a fatores psicossociais e culturais e não somente a questões biológicas. Dá ênfase às “necessidades específicas dos países em desenvolvimento, das comunidades indígenas e das populações vulneráveis” (Unesco, 2005, p. 4). A Declaração ainda expõe nos considerandos “o desejo de desenvolver novos enfoques relacionados à responsabilidade social de modo a assegurar que o progresso da ciência e da tecnologia contribua para a justiça, a equidade e para o interesse da humanidade” (Unesco, 2005, p. 4).

A Declaração convoca para a proteção aos vulneráveis. Na DUBDH o Respeito pela Vulnerabilidade é um princípio explicitamente tratado no Artigo 8, ressaltando que “indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada”.

Ademais, o art. 14 da DUBDH ao estabelecer que “promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade” e que “usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social” chancela a inegável relação entre promoção de saúde e desenvolvimento social (Cruz, Oliveira, Portillo, 2010).

Corgozinho e Montagner (2018) apontam que o art. 14 da DUBDH introduz, de forma incontestável, o acesso universal à saúde, a responsabilidade social e a saúde como direito de cidadania à agenda da bioética. Para os autores, faz-se necessário considerar a influência de condicionantes sociais na saúde das pessoas, pois aqueles que “estão em vulnerabilidade social adoecem mais e morrem precocemente quando

comparados com os cidadãos socialmente privilegiados” (Corgozinho, Montagner, 2018, p. 12).

Cruz, Oliveira e Portillo (2010, p. 103) expõem que

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos inicia com forte apelo à proteção aos vulneráveis e estende-se, em seus princípios, ressaltando o respeito à autonomia dos indivíduos e à necessidade de completos, claros e adequados esclarecimentos para a obtenção de consentimento dos indivíduos submetidos, entre outros, a pesquisas biomédicas. Dedicar especial artigo à proteção de indivíduos ou grupos vulneráveis e avigora a orientação de respeito à sua integridade. Rechaça a atuação que reflita um duplo padrão e reafirma a responsabilidade social do Estado frente à saúde. Esmera-se em declarar o princípio do compartilhamento de benefícios e amplia toda a ótica de respeito e proteção ao futuro da humanidade e do planeta.

A Declaração celebra o entendimento ampliado de vulnerabilidade humana, considerando as condicionantes sociais, que vai além do modelo da bioética de tradição principialista. De acordo com Corgozinho e Montagner (2018, p. 15),

A DUBDH pode ser considerada como uma expressão normativa da bioética, por fornecer instrumentos éticos na elaboração de políticas públicas, principalmente no enfrentamento das questões relacionadas às desigualdades sociais relativas a grupos vulneráveis. Torna-se, então, um compromisso enxergar as fontes geradoras de vulneração humana, identificando a possível inação ou o fracasso do Estado em responder às condições que criam e agravam as situações de desigualdades, ligadas diretamente com as negações dos direitos mínimos dos indivíduos.

O bioeticista Volnei Garrafa (2005), na apresentação da tradução para o português da DUBDH, afirma que a Declaração é “mais um instrumento à disposição da democracia no sentido do aperfeiçoamento da cidadania e dos direitos humanos universais” (Unesco, 2005).

Atualmente, próxima a completar 20 anos de existência, a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos ainda demanda esforços de divulgação e implementação, ainda mais diante das mudanças ocorridas na Declaração de Helsinque em 2008, que abriu espaço para a prática de duplo *standard*, colocando em risco as populações mais vulneráveis, situação contrária aos valores expressos na DUBDH. Ademais, as desigualdades sociais persistentes, agravadas em tempos de crise, a exemplo da Pandemia de Covid-19, demandam uma bioética dinâmica, socialmente comprometida e implicada na redução das injustiças.

2.3 VULNERABILIDADES - NOÇÕES CONCEITUAIS

O termo vulnerabilidade pode ser utilizado em diversos contextos, para referir-se a condições de fragilidade, exposição a riscos, suscetibilidade. Em seu sentido originário, derivado do latim, vulnerabilidade significa ferida. Assim, verifica-se a utilização de expressões como vulnerabilidade física, vulnerabilidade social, vulnerabilidade emocional, vulnerabilidade de saúde, em diversas áreas do conhecimento, porém, invariavelmente, descreve o potencial para perda (Cutter, 2011), ou a possibilidade de ser ferido (Neves, 2006). Em linguagem corrente, é possível caracterizar como vulnerável tanto objetos, quanto indivíduos e grupos.

No entanto, na reflexão ética e, mais especificamente, na bioética, vulnerabilidade é um conceito com sentidos técnicos. Para Mannes “a vulnerabilidade enquanto referencial ético antecede o surgimento propriamente dito da bioética” (2016, p. 17). Entretanto, desde o início das bases da bioética, enquanto campo do conhecimento, até a contemporaneidade, o conceito de vulnerabilidade teve diferentes especificações, a depender do contexto e das diversas vertentes da reflexão bioética.

2.3.1 Os sentidos da vulnerabilidade na obra de Maria do Céu Patrão Neves

Conforme a vulnerabilidade ia, aos poucos, tornando-se um conceito de grande relevância para a Bioética, sobretudo, a partir do final da década de 1990, com o aumento crescente da utilização deste termo no discurso bioético, amplia-se a demanda por uma definição conceitual mais rigorosa para a vulnerabilidade.

Dentre os estudiosos que se empenharam na definição de vulnerabilidade, no campo da Bioética destaca-se a produção da bioeticista portuguesa Maria do Céu Patrão Neves (2006). A autora, retomando a reflexão ética contemporânea, apresenta os três sentidos técnicos em que a vulnerabilidade é referida no campo da Bioética: como característica, como condição e como princípio.

Retomando a origem da palavra vulnerabilidade, do latim *vulnus*, que significa “ferida”, Neves (2006) aduz que o significado etimológico da palavra se mantém em toda a utilização do termo, tanto na linguagem corrente, quanto em campos mais técnicos. Por outro lado, segundo ela, no campo da bioética, embora mantenha o seu

significado originário, o emprego do termo vulnerabilidade assume diferentes sentidos conforme a evolução das teorias bioéticas.

Não por acaso, a noção de vulnerabilidade surge na bioética no contexto de experimentação envolvendo seres humanos, sendo apresentado como característica de certas populações, como idosos, órfãos, prisioneiros e minorias étnicas (negros, judeus). Conforme visto, os termos vulnerabilidade e/ou vulnerável não aparecem expressamente no Código de Nuremberg, que é considerado o primeiro código de conduta em pesquisas com seres humanos. Porém, o contexto de sua elaboração e seu conteúdo expressam a necessidade de proteção de indivíduos e populações vulneráveis.

No Relatório Belmont (1978) a noção de vulnerabilidade é inserida, vinculada aos seus três princípios básicos⁵: Respeito às pessoas, Beneficência e Justiça. Em sequência, a Teoria Principlista reforça a ideia desenhada pelo Relatório Belmont, da vulnerabilidade enquanto característica de indivíduos ou populações, que têm sua autonomia diminuída e que devem ser protegidos através da obtenção do consentimento informado. Isto é, fortemente vinculado ao princípio da autonomia.

Esta concepção é o que Neves (2006) chama de vulnerabilidade como característica ou o sentido adjetivante da noção de vulnerabilidade, que é aplicado a classes e grupos de indivíduos, em caráter contingente e provisório, no contexto da experimentação humana. “Em síntese, a noção de vulnerabilidade é introduzida e persiste no vocabulário bioético numa função adjetivante, como característica, particular e relativa, contingente e provisória” (Neves, 2006, p. 163).

Neste sentido é que a vulnerabilidade aparece mais frequentemente no discurso bioético e nos documentos de referência da Bioética, a exemplo da Declaração de Helsinque (a partir da versão de 1996) e da Declaração Universal sobre Genoma Humano e Direitos Humanos (1997).

Na década de 1990 o discurso bioético passou a assimilar um entendimento de vulnerabilidade advindo da reflexão de filósofos europeus, sobretudo Emmanuel Lévinas e Hans Jonas. Para a filosofia, a vulnerabilidade é inerente à condição humana, cuja existência é finita e frágil (Morais, Monteiro, 2017).

⁵ A Não-Maleficência não aparece como um princípio no Relatório Belmont, sendo incluído posteriormente na Teoria Principlista.

Todos são vulneráveis, visto que todos estão sujeitos a ser feridos de alguma forma (Hossne, 2009). Para Miguel Kottow (2012) a vulnerabilidade da vida reside na sua eventual e inevitável extinção. Assim, a vulnerabilidade passa a ser entendida como condição universal da humanidade.

Ademais, considerando que não apenas o ser humano é suscetível a ser ferido, mas todos os seres vivos o são, nota-se que a vulnerabilidade é comum a todos os viventes.

A vulnerabilidade é pois, agora, reconhecida como constitutiva do humano (e até mesmo do existente). Deste modo, a noção de vulnerabilidade surge sempre como substantivo e nunca como adjetivo. Por isso não pode ser compreendida e utilizada como um fator de diferenciação entre pessoas e populações, tal como se verificava na sua aceção como característica (Neves, 2006, p. 165).

Por ser intrínseca ao ser humano, a vulnerabilidade é universal e irreduzível. Não está, portanto, restrita ao âmbito das pesquisas com humanos. Ademais, ao identificar a vulnerabilidade como parte constitutiva da natureza humana, verifica-se que não é possível eliminá-la através da obtenção de consentimento esclarecido.

“Ao se reconhecerem como vulneráveis, as pessoas compreendem a vulnerabilidade do outro, assim, como a necessidade do cuidado, da responsabilidade e da solidariedade, e não a exploração dessa condição por outrem” (Morais, Monteiro, 2017, p. 312). Para Hossne (2009) é a percepção de que somos vulneráveis que leva a sociedade a elaborar leis e normas de conduta. “A possibilidade de vulnerabilidade de um ser humano frente ao outro é que leva, talvez, ao estabelecimento de balizamentos éticos [...]. Isto é, a ética se impõe, entre outras razões, porque existe vulnerabilidade” (Hossne, 2009, p. 42).

Assim, diante da constatação de que a vulnerabilidade exprime a natureza humana, deve a humanidade conduzir suas ações de forma responsável e solidária, no encontro de cada um com o outro. Desta forma, é “a nossa comum vulnerabilidade que instaura um sentido universal do dever na ação humana” (Neves, 2006, p. 166).

Atualmente, a bioética agrega ambas as noções de vulnerabilidade, tanto em sentido mais restrito, como característica, advindo da bioética estadunidense, quanto numa perspectiva mais ampla, como condição, em função nominal, fundamentada na reflexão ética e filosófica europeia. Neste sentido, comparando estas duas tendências de reflexão acerca da vulnerabilidade, Neves expõe:

De função adjetivante, qualificadora de alguns grupos e pessoas, a vulnerabilidade passa a ser assumida como substantivo, descrevendo a realidade comum do homem; de característica contingente e provisória, passa a condição universal e indelével; de fator de diferenciação entre populações e indivíduos, passa a fator de igualdade entre todos; da consideração privilegiada do âmbito da experimentação humana, passa para uma atenção constante também no plano da assistência clínica e das políticas de saúde; de uma exigência de autonomia e da prática do consentimento informado, passa à solicitação da responsabilidade e da solidariedade (Neves, 2006, p. 166).

Há uma reflexão acerca da vulnerabilidade produzida por bioeticistas estadunidenses e outra, distinta, produzida por filósofos europeus. Portanto, verifica-se que há perspectivas diversas surgidas em contextos geopolíticos diversos.

Há ainda, segundo a autora, um terceiro sentido para a vulnerabilidade, que articula as duas acepções já apresentadas. Isto é, a vulnerabilidade enquanto princípio bioético internacional apresentado pelo artigo 8º da Declaração de Bioética e Direitos Humanos, que enuncia o respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade pessoal.

Na DUBDH a vulnerabilidade é acolhida com o *status* de princípio, expressando, ao mesmo tempo, a concepção de vulnerabilidade enquanto condição inerente ao ser humano e enquanto característica particular de alguns indivíduos e/ou grupos populacionais. O art. 8º da DUBDH estabelece que “a vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração” e que “indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos”. Os trechos referidos, demonstram que na elaboração do princípio, estão combinadas, sem conflitos, as duas acepções de vulnerabilidade.

Enquanto princípio ético, a vulnerabilidade expressa obrigação moral. “O princípio exprime uma obrigação que, como tal, se impõe à consciência moral sob a expressão de um dever, de um dever a ser cumprido” (Neves, 2006, p. 169). Deste modo, a efetivação da vulnerabilidade enquanto princípio deve reverberar também no campo das ações concretas (Neves, 2006), nos diversos âmbitos em que a bioética se desenvolve e não somente na experimentação humana. Ressalta-se que o teor da DUBDH contou com expressiva influência da Bioética Latinoamericana e, portanto, agrega um conteúdo mais amplo, não podendo ser interpretada de forma restritiva.

Para Neves, a vulnerabilidade enquanto princípio expressa uma “ética dos deveres, firmada na responsabilidade do outro e desenvolvida pelo reforço da solidariedade” (Neves, 2006, p. 171).

Por fim, a bioeticista portuguesa pondera que, na contemporaneidade, a noção de vulnerabilidade somente pode ser compreendida quando considerados os seus três sentidos, que são distintos, porém articulados entre si.

2.3.2 Vulnerabilidade como Referencial da Bioética em William Hossne

Tema com especial relevância para a bioética latino-americana, a vulnerabilidade vem sendo abordada por diversos pesquisadores bioeticistas brasileiros. Considerado o pai da bioética brasileira, o professor William Hossne ofereceu importantes contribuições à temática, dando destaque à vulnerabilidade dentro de sua Teoria dos Referenciais.

Partindo do pressuposto de que a Teoria dos Princípios é insuficiente para a complexidade da reflexão bioética, Hossne (2006), propôs como alternativa manter os clássicos do princípalismo: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, não como princípios, mas como referenciais da Bioética. Além disso, propôs incluir outros valores, como vulnerabilidade, prudência, alteridade, solidariedade, dignidade, equidade, privacidade e confidencialidade.

Para o autor, uma vez que os princípios da Teoria Princípalista já eram postulados pela filosofia desde longas datas e que os 4 princípios foram considerados relevantes e úteis dentro da perspectiva de uma parte da Bioética, isto é, da ética biomédica, porém, quando equacionados do ponto de vista de outros campos da Bioética, a insuficiência da Teoria dos Princípios fica evidenciada.

Segundo Hossne, diante da forma como foi construída a Teoria Princípalista, torna-se inviável incluir valores também importantes como vulnerabilidade, dignidade e prudência. Desta forma, decide por “elaborar as questões da bioética (entendida em seu sentido abrangente, além da ética biomédica) à luz de referenciais e não à luz de princípios. Os “princípios” passam a ser “referenciais” (Hossne, 2006, p. 675).

Sobre este ponto, o autor esclarece:

Não se trata de mera questão semântica de jogo de palavras. Os referenciais seriam como o próprio nome indica, as pontes de referências para a reflexão bioética; assim, os “princípios” deixam de ser princípios (direito e ou deveres) e passam a ser pontos de referência, aliás importantíssimos, porém, não só eles (Hossne, 2006, p. 675).

Deste modo, dentro da Teoria dos Referenciais, valores que extrapolam a construção clássica dos quatro princípios, ganham força. Trata-se de uma construção teórica consideravelmente simples, mas com efeitos importantes que vão além da modificação nos termos utilizados.

A bioética considerada por Hossne é uma bioética ampla, no sentido potteriano. Na visão do autor, a bioética principialista é representada por um quadrado, fechado, com seus princípios figurando em cada um dos lados. Já a Teoria dos Referenciais seria desenhada como um círculo aberto, e os valores de referência, por sua vez, estariam dentro deste círculo, interagindo livremente entre si, conforme o caso concreto e a correspondente reflexão bioética.

Segundo Wunsch e Souza (2022, p. 154) em síntese, “os referenciais [...] abrangem deveres, direitos, valores, compromissos e senso ético e se relacionam em plena liberdade de atuação pluralista para a reflexão sobre as questões bioéticas e de valorização da vida humana”.

Apresentada a Teoria dos Referenciais de Hossne, faz-se necessário ainda abordar o conceito e os alcances da vulnerabilidade dentro desta teoria. Vulnerabilidade figura dentre os Referenciais da Bioética destacados por Hossne. Para ele, “vulnerabilidade deve ser necessariamente um referencial em toda e qualquer avaliação bioética, seja no campo das ciências da saúde (não apenas na área da pesquisa), das ciências da vida e do meio ambiente” (Hossne, 2009, p. 43).

Para ilustrar sua concepção de vulnerabilidade, Hossne (2009) pondera que o ser humano não pode ser visto como um elemento isolado, mas como parte de um sistema formado por diversos elos. A vulnerabilidade de um destes elos, pode atingir e ferir outro elo. Neste desenho, indivíduos são elos, a sociedade é um elo, políticas sociais são elos, protocolos de atenção em saúde são elos, etc. Deste modo, a vulnerabilidade de uma política social pode atingir um indivíduo, por exemplo. A questão trazida por Hossne é que as vulnerabilidades de todos estes elos devem ser levadas em consideração e não apenas a vulnerabilidade do elo final. Para ele,

A vulnerabilidade é uma condição (situação, estado) sindrômica. Metaforicamente, vulnerabilidade é uma síndrome, isto é, estado (em medicina, estado mórbido) caracterizado por um conjunto de sintomas de sinais e que pode ser produzido por diferentes causas. É uma síndrome que pode atingir não apenas um ponto ou uma área, mas que pode atingir o sistema. É uma síndrome que pode ser localizada a uma ou mais áreas, mas que pode também ser sistêmica e pode ter várias causas (Hosnee, 2009, p. 48).

Deste modo, considerando que o referencial da vulnerabilidade atravessa todo o sistema de elos, deve ser analisada de forma detalhada e abrangente pela reflexão bioética. Neste contexto, Hossne critica as abordagens comumente realizadas no âmbito da bioética acerca da vulnerabilidade, sempre a vinculando à autonomia, à justiça e até à não-maleficência. Para o autor, vulnerabilidade é um referencial necessário para a ponderação de valores dentro da reflexão bioética e, portanto, é um referencial por si só, não devendo ser limitado às interações com outros referenciais.

Por fim, resta esclarecer que o entendimento de vulnerabilidade enquanto elemento intrínseco ao ser humano, em sentido substantivo conforme apresentado por Neves (2006) é ponto já pacificado no debate bioético. No entanto, diversos autores, dentre eles o próprio Hossne, abordam a diferença entre “ser” e “estar” vulnerável. Esta distinção, encontrada na Bioética da Proteção de Miguel Kottow (2012) e Fermin Schramm (2006), possui relevância para o debate atual, conforme abordado a seguir.

2.3.3 Vulnerabilidade, Vulneração e Suscetibilidade

A bioética enquanto campo de conhecimento é composta por diversas vertentes e linhas de pensamento, de modo que ao se considerar a bioética à nível global, há poucos consensos e muitos debates em aberto. O conceito de vulnerabilidade, conforme já visto, abarca diversos sentidos. Entretanto, a vulnerabilidade em seu sentido substantivo (Neves, 2006), isto é, como elemento constitutivo do humano, é considerado consenso entre os bioeticistas.

Neste ponto, ressalta-se que embora o consenso quanto à vulnerabilidade esteja restrito à sua condição intrínseca e universal, os diversos sentidos e interpretações dadas a este conceito coexistem, com maior ou menor aceitação a depender da vertente bioeticista, do âmbito da reflexão bioética ou até mesmo da localização geopolítica. Assim, a Teoria Principlista adota prioritariamente a vulnerabilidade enquanto característica, em seu sentido adjetivante. A reflexão bioética realizada no âmbito da experimentação humana também adere a esse sentido da vulnerabilidade, que tem maior prevalência no pensamento estadunidense.

Por outro lado, as bioéticas latino-americanas adotam sentidos mais amplos para vulnerabilidade, assim, nestas vertentes, ele é abordado também como princípio e/ou como referencial.

Neste contexto, Fermin Schramm (2006) aponta que a vulnerabilidade é uma categoria *sui generis*, isto é, singular, peculiar. Para o autor, o conceito de vulnerabilidade não é uma obviedade e, apesar da grande aceitabilidade entre os eticistas e bioeticistas, há imprecisões conceituais na utilização do termo.

Empenhados na elucidação deste mal-estar conceitual acerca da vulnerabilidade, Schramm (2006) e Kottow (2012) oferecem distinções aos conceitos de vulnerável e vulnerado, também abordam a perspectiva de suscetibilidade.

Schramm (2006) adverte que embora qualquer ser vivo seja vulnerável e, portanto, pode ser “ferido”, isso não significa que este ser, de fato, será ferido. A questão é: o potencial de ser atingido ou vulnerado conferido pela noção de vulnerabilidade não deve ser confundido com o estado de vulneração, que é a vulnerabilidade concreta. Para Schramm,

Todos são potencialmente (ou virtualmente?) vulneráveis enquanto seres vivos, nem todos são vulnerados concretamente devido a contingências como o pertencimento a uma determinada classe social, a uma determinada etnia, a um dos gêneros ou dependendo de suas condições de vida, inclusive seu estado de saúde. [...] Parece razoável considerar mais correto distinguir a mera vulnerabilidade da efetiva “vulneração”, vendo a primeira como mera potencialidade e a segunda como uma situação de fato, pois isso tem consequências relevantes no momento da tomada de decisão (Schramm, 2006, p.192).

A distinção entre os dois termos reside, sobretudo, na questão da potencialidade. Enquanto vulnerabilidade diz respeito ao potencial universalmente compartilhado pelos seres vivos de serem atingidos ou feridos, a vulneração aponta para a concretude das circunstâncias. Uma é potencial, a outra é fato concreto. Na mesma linha, William Hossne expõe:

O ser humano é sempre vulnerável; ele pode ou não estar em situação de vulnerabilidade. Portanto, ser vulnerável o ser humano é sempre; estar vulnerável pode ser sim ou não. Trata-se de ir de uma situação latente a uma situação manifesta; de uma situação de possibilidade para uma situação de probabilidade, do ser vulnerável ao estar vulnerável (Hossne, 2009, p. 42).

Assim, verifica-se que há uma diferença prática entre ser vulnerável e estar vulnerável, não se tratando de mera semântica. Levando em conta a vulnerabilidade intrínseca, já que todos os seres são vulneráveis por natureza, não podendo ser

solucionada ou reduzida, a noção de vulnerabilidade poderia restar esvaziada de sentido. Se todos são vulneráveis, ninguém é, e não haveria o que se falar quanto à proteção “especial” aos vulneráveis. Por outro lado, aquele que se encontra em estado de vulneração, está vulnerado (além de ser inerentemente vulnerável), devendo ter proteção especial diante da sua vulneração.

Morais e Monteiro (2017) apontam que vulnerável designa “característica universal de qualquer organismo, vista como potencialidade, fragilidade, e não estado de dano. [...] Vulnerado se refere à situação de fato, de dano atual que tem consequências relevantes no momento da tomada de decisões.

Outra categoria relevante ao debate é a suscetibilidade ou vulnerabilidade secundária. Para Schramm (2008), a suscetibilidade diz respeito àqueles que “embora afetados negativamente ou suscetíveis de serem concretamente afetados – conseguem enfrentar essa condição existencial com seus próprios meios ou com os meios oferecidos pelas instituições vigentes e atuantes” (2008, p. 17).

De acordo com Almeida,

A diferença entre suscetibilidade e vulnerabilidade como processos existenciais distintos considera vulnerável a pessoa intacta, mas sob o risco intrínseco de ser ferida, e suscetível como a situação na qual efetivamente sofre por deficiência ou desvantagem, o que a predispõe a sofrer ainda um dano suplementar (Almeida, 2010, p. 540).

Ressalta-se que indivíduos ou populações suscetíveis, podem vir a ser diretamente afetados e, neste contexto, estando inviabilizados de exercer suas potencialidades, passam a ser vulnerados e não mais suscetíveis (Schramm, 2008). Isso porque, suscetíveis são aqueles que, sob o risco de serem afetados por condições diversas, podem estar a um passo da efetiva vulneração.

Assim, alguns indivíduos são mais suscetíveis à vulneração que outros, o que enseja a elaboração e execução de formas de proteção adequadas às suas necessidades específicas (Morais; Monteiro, 2017).

Miguel Kottow (2012) define vulnerabilidade como dano potencial e vulneração como dano instalado. Para o autor, a imprecisão conceitual que cerca o termo vulnerabilidade implica em um apagamento das desvantagens e dos danos concretos que atingem os vulnerados, visto que incontáveis questões são definidas genericamente como vulnerabilidade. Assim, defende o reconhecimento e difusão do termo vulneração, para definir aqueles que sofrem ou já sofreram os danos,

reservando o termo vulnerabilidade como atributo antropológico geral, para descrever a vulnerabilidade existencial e inerente à humanidade (Kottow, 2012).

Em síntese, a vulnerabilidade é definida como a condição inerente e universal aos seres vivos, que é o risco ou a possibilidade de vir a ser ferido. Já a vulneração é “condição existencial dos humanos que não estão submetidos somente a riscos de vulneração, mas a danos e carências concretas, constatáveis por qualquer observador racional e imparcial” (Schramm, 2008, p. 11). A suscetibilidade, por sua vez, é uma propensão ao risco, diz respeito à uma desvantagem, que predispõe o indivíduo ou população ao dano concreto, ou seja, à vulneração.

As definições e diferenciações apresentadas são importantes para a bioética não apenas em sentido teórico, mas também para guiar a interpretação dos documentos de referência deste campo e orientar a tomada de decisões em diversas questões e problemas bioéticos.

Tomando como exemplo os diversos documentos internacionais utilizados como referência da bioética, a Declaração de Helsinque utiliza o termo vulnerabilidade com sentido adjetivante, no entanto, a utilização deste termo no documento parece indicar não somente condições potenciais, mas também condições atuais identificadas em grupos e populações específicas. Assim, além da condição genérica de vulnerável, o documento abrange também a vulneração e os vulnerados (Almeida, 2010).

Considerando os dilemas éticos no âmbito da saúde pública, para os quais o pensamento bioético tradicional fundado na Teoria Principlista, mostra-se insuficiente e, considerando as populações suscetíveis e vulneradas, sobretudo no contexto da América-Latina, Schramm e Kottow (2001) propõem a Bioética da Proteção.

Para os autores, a vulnerabilidade que demanda uma “proteção” do Estado é somente aquela que impede o cidadão de buscar o atendimento de suas necessidades e interesses. Ou seja, o Estado, deve realizar intervenções para proteger, no âmbito da saúde pública, as populações suscetíveis e vulneradas.

Assim, verifica-se que tais definições implicam em repercussões de natureza prática, sobretudo, na definição de políticas públicas para proteção dos atingidos pelos elementos produtores de vulneração.

2.3.4 Vulnerabilidade Especial, Social e Moral

Dentre as diversas classificações propostas para o conceito de vulnerabilidade até então apresentadas, carece ainda de mencionar a vulnerabilidade especial e duas de suas faces: a vulnerabilidade social e a vulnerabilidade moral.

Vulnerabilidade intrínseca, existencial ou primária são denominações dadas ao mesmo sentido de vulnerabilidade, isto é, como elemento constitutivo da natureza humana, o que torna todos vulneráveis. Em oposição a esta concepção, a vulnerabilidade especial é aquela que não é compartilhada entre toda humanidade, são elementos ou circunstâncias que ao atingir o indivíduo, grupo ou população tornam os vulnerados. É a diferença entre ser e estar vulnerável. Nota-se que tal definição foi anteriormente abordada, utilizando, no entanto, outras nomenclaturas.

Vulnerabilidade especial é o termo utilizado pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura - Unesco, tanto na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (2005), quanto no Relatório do Comitê Internacional de Bioética sobre o Princípio do Respeito à Vulnerabilidade Humana e Integridade Individual (2013).

O Artigo 8º da DUBDH estabelece que “indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada”. Assim, mais do que reconhecer a vulnerabilidade intrínseca ao ser humano, a Declaração aborda a vulnerabilidade especial, específica a alguns indivíduos e grupos.

Essa interpretação é confirmada pelo Relatório do Comitê Internacional de Bioética da Unesco (2013), segundo o qual o objetivo específico do artigo 8º da DUBDH é abordar vulnerabilidades especiais que ocorrem, seja como consequência de incapacidade pessoal, encargos ambientais ou injustiça social, nos contextos de saúde, pesquisa e aplicação de tecnologias emergentes nas ciências biomédicas. Salienta-se que o referido relatório se dedica integralmente à abordagem do Princípio do Respeito à Vulnerabilidade Humana e Integridade Individual.

O mencionado relatório admite que vulnerabilidade não pode ser vista como um conceito único, devendo sempre ser considerada de forma contextualizada. Assim, na seara das vulnerabilidades especiais, o documento estabelece diferenciação entre determinantes naturais e determinantes sociais. As determinantes naturais são

incapacidades, doenças e limitações, temporárias ou permanentes, que recaem sobre a vida humana. Condições estas que podem prejudicar ou inviabilizar a autodeterminação do indivíduo.

Já as determinantes sociais, que causam a chamada vulnerabilidade social, são mais amplas e complexas, envolvendo aspectos de injustiça social, acesso desigual a recursos e exposição a riscos. De acordo com Garrafa,

O significado de vulnerabilidade social leva ao contexto de fragilidade, desproteção, debilidade, (des)favorecimento - populações desfavorecidas - e, inclusive, de abandono, englobando diferentes formas de exclusão social, de distanciamento ou isolamento de grupos populacionais com relação aos benefícios propiciados pelo desenvolvimento. (Garrafa, 2012, p. 31)

No mesmo sentido, o Comitê Internacional de Bioética da Unesco descreve vulnerabilidade social como:

Um fenômeno determinado pela estrutura cotidiana das pessoas e comunidades. Situações de vulnerabilidade social geralmente interferem na autodeterminação dos indivíduos e levam a uma exposição significativamente aumentada a riscos causados por exclusão social. A vulnerabilidade social desempenha um papel não apenas na pesquisa biomédica, mas também no ambiente de saúde e no desenvolvimento, implementação e aplicação de tecnologias emergentes em ciências biomédicas e é um fato da vida para uma parcela considerável da população mundial. (Unesco, 2013, p. 14) **(tradução nossa)**

Assim, verifica-se que vulnerabilidade social diz respeito a circunstâncias relevantes não apenas para a bioética, mas para diversas áreas do conhecimento, sendo amplamente utilizada em estudos relacionados a políticas públicas, como saúde, direito, serviço social e ciências sociais, por exemplo.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2018), vulnerabilidade social frequentemente é associada à pobreza, no entanto, esta correlação é imprecisa, pois há outros elementos além da renda, capazes de expor à vulnerabilidade, como a indisponibilidade de serviços públicos ou a má qualidade do meio ambiente, por exemplo.

Zulma Ortiz (2008) aponta que a pobreza, de fato, contribui para a vulnerabilidade. Quando se pensa em saúde da população, por exemplo, verifica-se que a pobreza é um determinante para adoecimento e mortalidade. Entretanto, a autora pondera que vulnerabilidade social não é reservada somente a contextos de pobreza, estando relacionada ainda a outras questões, como marcadores raciais, de gênero e de idade, conforme se verifica em relação às gestantes negras aqui

abordadas, em que a intersecção gênero e raça pode implicar em vulnerabilidades e violências.

Para Corgozinho e Oliveira, vulnerabilidade social diz respeito “ao contexto de desproteção, de pessoas ou populações excluídas socialmente e, conseqüentemente, atingidas pelas iniquidades em saúde” (2016, p. 436).

A vulnerabilidade social se dá em contextos de exclusão de pessoas e grupos das políticas sociais, em razão da organização política e econômica de determinada sociedade (Sanches, Mannes e Cunha, 2018). Nota-se que “vulnerabilidades sociais decorrem de processos sociais mais amplos contra os quais o indivíduo, por si só, não tem meios para agir e cujos rumos só o Estado, por meio de políticas públicas, tem condições de alterar” (Ipea, 2018, p.16). Verifica-se, portanto, que as vulnerabilidades sociais demandam políticas públicas adequadas, elaboradas e implementadas em conformidade com a realidade identificada.

Neste contexto, salienta-se que embora existam populações e grupos identificados como vulnerados, a vulnerabilidade não atinge a todos os indivíduos que compõem o grupo de igual modo (Mannes, 2016). Isto é, indivíduos do mesmo grupo podem ser tratados de forma distinta, sendo necessário observar as condicionantes que afetam os indivíduos na concretude de suas vidas.

Embora a vulnerabilidade social esteja presente em todo o mundo, mesmo em países desenvolvidos, este conceito é abordado, sobretudo, considerando aspectos geopolíticos e a colonialidade, razão pela qual as bioéticas latino-americanas têm especial enfoque em temas conectados à contextos de vulnerabilidade social identificados na região. “A vulnerabilidade social resulta das estruturas políticas e econômicas, não raramente construídas por processo histórico injusto que cumulativamente direciona favores e privilégios a determinados grupos, negando-os a outros grupos sociais” (Sanches, Mannes e Cunha, 2018, p. 44).

De forma exemplificativa, a Unesco (2013) cita como situações de vulnerabilidade social a discriminação de gênero, privação da liberdade pessoal, relações hierárquicas, exploração de recursos em países em desenvolvimento, guerras, mudanças climáticas etc.

No entanto, conforme assevera Mannes (2016) há circunstâncias que impõem fragilidades a indivíduos e grupos que não estão vinculadas a aspectos econômicos. Neste caso, trata-se de vulnerabilidade moral, que atinge aqueles que não se

enquadram na moralidade esperada, causando estigmatização, segregação e exclusão (Sanches, Mannes e Cunha, 2018). Os moralmente vulnerados são alvos de opressão e intolerância, sustentadas em padrões ideológicos.

A partir do conceito de “vulnerabilidade moral” é possível elucidar a situação de exclusão e discriminação de pessoas em nome de determinado *ethos*. Essas pessoas ou grupos sociais, moralmente fragilizados, são colocados nesta condição a partir de argumentos claros, teóricos e elaborados a partir de determinada tradição cultural, não raramente com ampla fundamentação filosófica, teológica e científica (Sanches, Mannes e Cunha, 2018, p. 42).

Assim, mulheres negras, por exemplo, são comumente, representadas de forma hipersexualizada, associando-as a estereótipos e comportamentos sexuais moralmente reprováveis (Carmo, Rodrigues, 2021). Tais representações podem ser exemplificadas por meio da “mulata exportação” ou da “globeleza”. Neste caso, ser associada a uma conduta sexual, ainda que imaginada, que rompe com paradigmas morais, implica e reforça aspectos discriminatórios sofridos por mulheres negras.

A seu turno, a população LGBTQIA+ também é discriminada por alguns setores da sociedade, cuja visão de mundo é sustentada, sobretudo, em aspectos religiosos. Dependentes químicos também são podem ser submetidos à discriminação ou exclusão baseada em estigmas associados a estes indivíduos (Valério e Nascimento, 2017). Nota-se que a vulnerabilidade aqui apresentada não está necessariamente vinculada a aspectos econômicos ou à falta de acesso à educação e outras políticas públicas.

Mas há circunstâncias em que as vulnerabilidades se somam, como por exemplo crianças e adolescentes em situação de rua, que são estigmatizadas, sobretudo se forem negras. Sobre elas pesam a evidente vulnerabilidade social, mas também o peso do estigma e da exclusão.

A estigmatização quase sempre está ligada a uma questão moral, seja ela no campo social ou da saúde, na medida em que criam-se rótulos, negando a identidade do indivíduo ou do grupo, a partir de padrões de conduta e comportamentos pré-estabelecidos, desconsiderando-se o atual contexto de pluralismo moral, e os novos conceitos morais existentes (Mannes, 2016, p. 46).

Estigmas podem causar negação de acesso a direitos. No campo do acesso à saúde, Diniz (2014) retrata que mulheres que buscam assistência em serviços de aborto legal são estigmatizadas, em razão de ideologia moral que opera no controle dos corpos de mulheres, mesmo dentro das hipóteses de aborto legalmente aceitas

no Brasil. Em relação às gestantes negras, estereótipos e estigmas quanto à conduta sexual, idade e número de filhos são evidenciados nos contextos de violência obstétrica, conforme será abordado na seção 04. Assim, essas mulheres estão moralmente vulneradas, a tal ponto, que o acesso à saúde pode ser dificultado ou mesmo negado.

Sanches, Mannes e Cunha (2018) ressaltam que a sociedade ainda exclui e discrimina os mesmos grupos tradicional e historicamente discriminados, assim, negros, mulheres, pobres e indivíduos LGBTQIA+ seguem sendo os alvos prioritários de discriminação e exclusão e, portanto, de vulnerabilidade moral.

De acordo com Mannes “o caráter moral do estigma e da discriminação tem implicações para o campo da bioética” (2016, p.47), visto que em razão de diversos elementos estruturas sociais e culturais, os moralmente vulneráveis podem ter seus direitos negados. Assim, a bioética, interdisciplinar por natureza e, em perspectiva ampla, deve também estar atenta às repercussões da vulnerabilidade moral.

As mulheres conhecem as múltiplas faces da vulnerabilidade. Nota-se que as experiências de mulheres podem ser utilizadas como exemplo dos mais diversos sentidos da vulnerabilidade. Os diferentes conceitos e classificações de vulnerabilidade abordados no campo da Bioética aproximam-se do componente gênero, bem como do elemento cor/raça. Isto é, gênero e raça são condicionantes de vulnerabilidade social. Também podem ser elementos da construção de estigmas geradores de vulnerabilidade moral. Por outro lado, mesmo condicionantes naturais de vulnerabilidade, como doenças, quando associadas a componentes sociais como gênero e raça, geram consequências específicas para mulheres, sobretudo mulheres negras.

Nesta conjuntura, salienta-se a vulnerabilidade de mulheres negras no campo da saúde sexual e reprodutiva, em razão das múltiplas faces da vulnerabilidade que podem atingir essa parcela da população. Essa vulnerabilidade reprodutiva (Davis, 2020) é um aspecto relacionado à experiência feminina, recaindo sobre meninas e mulheres⁶, em contextos de acesso à informação e métodos contraceptivos, aborto, assistência adequada à gestação, parto e pós-parto, etc.

⁶ Novamente esclarecemos que embora homens transgênero possam vivenciar estes eventos, não fazem parte do recorte metodológico do presente trabalho, razão pela qual suas experiências e atravessamentos específicos não foram aqui abordados.

Assim, a abordagem interseccional – isto é, considerar os efeitos específicos da intersecção raça, gênero e classe - mostra-se adequada e necessária para compreensão das vulnerabilidades específicas que recaem sobre mulheres negras, contribuindo com o olhar amplo e multidisciplinar, que deve ser característico à bioética. Conforme ponderam Diniz e Guilhem “ignorar as experiências, os interesses e mesmo a vida moral dos tradicionalmente postos à parte das reflexões bioéticas, sejam eles os vulneráveis, os oprimidos, os desiguais ou meramente os imorais, fará com que o fantasma do elitismo, do absolutismo e do imperialismo rondem cada vez mais intensamente a bioética (1999, p. 183).

Portanto, tendo como horizonte uma bioética engajada como o fim das desigualdades e opressões, não pode estar imune às evoluções identificadas no próprio conceito de vulnerabilidade, mantendo-a atrelada somente ao princípio da autonomia, como nas origens da Teoria dos Princípios. Ademais, não pode a bioética pensada nos países da América Latina, sobretudo no Brasil - o país mais negro fora da África - desconsiderar os fenômenos produzidos pelo racismo antinegro e pela colonialidade, que se arrastam até a atualidade.

3 MULHERES-MÃES NEGRAS: UM OLHAR SOBRE GÊNERO E RAÇA NA BIOÉTICA

Ao tratar da maternidade de mulheres negras e pobres no Brasil, faz-se necessário abordar o conjunto de vulnerabilidades que atravessam as vivências destas mulheres, tendo em vista a conjuntura social a que estas mulheres-mães estão expostas.

Conforme visto, vulnerabilidade é um princípio de grande relevância para a Bioética, em suas mais diversas vertentes, mas assume importância ímpar nas teorias bioéticas de inspiração crítica, ressaltando-se as vertentes feministas e antirracistas. Estas teorias inserem fundamentos críticos à Bioética tradicional de forte influência norte-americana, do individualismo liberal e marcada por princípios erigidos em uma sociedade com realidade e contradições diferentes daquelas vivenciadas em nosso país. Neste sentido, as teorias críticas da Bioética buscam a redução de toda e qualquer forma de opressão social, através da proteção de pessoas e/ou comunidades socialmente vulneráveis (Diniz, Guilhem, 1999).

Na América Latina e, de forma mais localizada no Brasil, a complexidade das desigualdades sociais torna a bioética principialista deslocada, culturalmente, da realidade da região, apesar de sua importância nesse campo do conhecimento. As bioéticas da intervenção e da proteção, mostram-se mais adequadas para análise de nossa complexidade social, posto que foram desenvolvidas a partir das demandas da região e retomam a perspectiva do criador da Bioética, Potter, que pensou esse campo como “conhecimento de como usar o conhecimento para o bem social” (2016, p. 21).

Alguns processos relacionados à maternidade são frequentemente pensados pela bioética, sobretudo as tecnologias reprodutivas e aborto. No entanto, em que pese estes temas de grande relevância, propõe-se aqui um outro olhar para a maternidade e o processo de tornar-se mãe, considerando as iniquidades sociais históricas, o racismo e o sexismo, que recaem sobre algumas mulheres durante a gestação, vulnerando-as nesta etapa da vida.

Nessa perspectiva, a bioética aqui abordada rejeita um ser humano abstrato, genérico e universal, buscando analisar o indivíduo em sua rede de relações sociais, considerando sempre as condições de vulnerabilidade que o atravessam e, com isso, inviabilizam ou reduzem o exercício de sua autonomia pessoal.

A maternidade, desde a gestação, o parto e a criação dos filhos são temas vinculados à figura da mulher e os papéis de gênero determinam parte dessa vivência, desde a decisão de tornar-se ou não mãe. Assim, faz-se necessário apontar o contexto de vulnerabilidade gerado pela intersecção das opressões de gênero, raça e classe social e o impacto disso na vida e, mais especificamente, na maternidade das mulheres negras.

3.1 FAZENDO GÊNERO: BREVE ABORDAGEM SOBRE O CONCEITO

A compreensão do conceito de gênero tornou-se necessária para abordar as experiências, vivências e problemas relacionados à categoria “mulher”. Inobstante, faz-se necessário esclarecer que desde a construção deste conceito até os dias atuais, diversas críticas e outros tantos consensos foram estabelecidos acerca do tema, de modo que a abordagem aqui apresentada é um recorte, cujo objetivo é contextualizar e historicizar o conceito, sem pretensão de esgotá-lo.

Gênero tornou-se uma noção com grande relevância para o pensamento atual. Característico da modernidade, teve seu alcance ampliado, sobretudo, por meio da produção científica de mulheres que compuseram a segunda onda do movimento feminista, que se desenvolveu a partir da década de 1960 (Louro, 1997).

A partir desse movimento político, em um momento marcado por contestação e transformação social, observou-se que a figura da mulher era escassa no meio científico, historicamente construído por homens, de modo que as mulheres não figuravam como sujeitos da ciência. Havia a necessidade de “dar estatuto de saber à vivência e estudos sobre a mulher. Era a época de visibilizar um segmento que se encontrava embutido sempre no geral” (Guedes, 1995, p. 07). Com essa percepção de cunho político, aos poucos verifica-se uma inserção das pautas feministas nas universidades, por meio de militantes do movimento vinculadas a estas instituições (Louro, 1997).

No Brasil, a produção acadêmica centrada na mulher se desenvolve no final da década de 1970, com foco, sobretudo, na inserção da mulher nas relações de produção e no mundo do trabalho. Ademais, não por acaso, nesse período ocorria uma aproximação das mulheres, autodeclaradas feministas ou não, com sindicatos e outros movimentos sociais (Silva, 2000).

Neste íterim, promove-se uma modificação nos parâmetros teórico-metodológicos, da pesquisa sobre a mulher e as causas da opressão feminina. Passa a haver um enfoque nas mulheres enquanto objeto empírico (Conceição, 2009), bem como uma maior propagação do conceito de gênero.

Em seu sentido mais usual, a categoria gênero relaciona-se à mulher. Os primeiros estudos do feminismo acadêmico costumavam trazer em seu título o termo “mulher”, como pode ser observado em obras como “A Mulher na Sociedade de Classes” de Heleieth Saffioti ou “Mulheres, Raça e Classe” de Angela Davis. No entanto, tornou-se convenção utilizar o “gênero” como substituto de “mulher” em pesquisas científicas, de modo que, atualmente, o primeiro é utilizado com maior frequência. Isso porque “gênero” parece se encaixar na terminologia científica utilizada nas ciências sociais, pois “tem uma conotação mais objetiva e neutra do que “mulheres”” (Scott, 1989, p. 06). A substituição de “mulher” por “gênero” configura, portanto, uma busca por legitimidade acadêmica e científica.

Conforme lições de Joan Scott,

O “gênero” era um termo proposto por aquelas que defendiam que a pesquisa sobre mulheres transformaria fundamentalmente os paradigmas no seio de cada disciplina. As pesquisadoras feministas assinalaram muito cedo que o estudo das mulheres acrescentaria não só novos temas como também iria impor uma reavaliação crítica das premissas e critérios do trabalho científico existente (1989, p. 03).

Essas pesquisadoras identificaram a necessidade de abordar as pautas políticas do movimento feminista e, ao mesmo tempo, atender aos critérios da racionalidade científica moderna. Deste modo, reforçar a utilização de gênero enquanto categoria analítica foi estratégico para abordar “mulheres” sem demonstrar maior proximidade política com o feminismo, posto que este movimento social despertava desconfiças no meio científico.

Neste sentido, Judith Butler (2021) aduz:

Para a teoria feminista, o desenvolvimento de uma linguagem capaz de representá-las completa ou adequadamente pareceu necessário, a fim de promover a visibilidade política das mulheres. Isso parecia obviamente importante, considerando a condição cultural difusa na qual a vida das mulheres era mal representada ou simplesmente não representada (Butler, 2021, p.18).

Para Joan Scott, “gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, [...] é uma forma primeira de significar as relações de poder” (1989, p. 21). Assim, gênero enquanto categoria de análise tem como objetivo lançar olhares e inserir no debate teórico-científico as desigualdades entre homens e mulheres, pouco explicadas pelas teorias até então utilizadas (Scott, 1989, p. 19).

Guedes, ao comentar os sentidos conferidos pela linguagem às palavras, aponta que há “mais do que uma dualidade de sentidos: nós temos, na verdade, um diferencial de pesos/poderes para os termos Mulher e Homem” (1995, p. 06). Assim, mais do que apenas uma modificação terminológica, a utilização do conceito de gênero traz consigo o sentido de abordar as relações desiguais no binômio homem/mulher.

Gênero é, portanto, um conceito utilizado para buscar compreender como as diferenças sexuais impactam nas relações sociais (Heilborn, Rodrigues, 2018, p. 12). Deste modo, verifica-se que o termo gênero, além de ser empregado como um termo substitutivo para mulher ou mulheres, implica em considerar a relação, sobretudo, a distribuição desigual de poder, entre homens e mulheres.

Importa salientar ainda que o conceito de gênero carrega em si uma rejeição a determinantes biológicos como explicação para fenômenos e dinâmicas sociais, especialmente no que diz respeito aos papéis destinados a homens e a mulheres. Isso porque, o destino biológico das mulheres vêm sendo alvo de questionamentos, ao menos, desde Simone de Beauvoir e seu “Segundo Sexo”. Para esta autora, características historicamente associadas à natureza feminina, não são biologicamente determinadas, mas aprendidas e até impostas pela sociedade. Isto é, ser mulher não é um dado natural, mas engloba diversos elementos socialmente construídos (Beauvoir, 2009).

Ademais, o conceito de gênero viria a assumir a forma como o conhecemos atualmente a partir de uma premissa: a distinção entre sexo e gênero. Deste modo, sexo passa a ser encarado como um elemento natural e biológico, enquanto gênero diz respeito aos elementos socialmente construídos em torno dos sexos masculino e feminino.

A partir da dessemelhança sexo/gênero, delineiam-se os argumentos para pensar a diferença sexual como produto da cultura e não como substrato natural ou essência que informaria a modelação dos chamados papéis sexuais. [...] Indivíduos nascidos e classificados como homens e mulheres

seriam socializados para agir, pensar e sentir segundo roteiros culturalmente construídos em posições vinculadas ao sexo anátomo-biológico (Heilborn, Rodrigues, 2018, p. 10).

Assim, tal utilização do conceito de gênero “pressupõe todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado pelo sexo” (Guedes, 1995, p. 09). Ademais, verifica-se que “não basta estudar as mulheres é preciso estudar as relações sociais entre os sexos” (Silva, 2000, p. 06).

Neste contexto, gênero se consolidou como uma relevante categoria de análise, que pode ser associada diretamente à mulher ou ao homem, mas que remete ainda “às condições de desigualdade, a manifestações e a ideias sobre sexualidade, maternidade, paternidade; às relações familiares ou de trabalho; às ideias veiculadas pelos meios de comunicação” (Pinsky, 2009, p. 164). Neste sentido, Carla Pinky aduz:

Tomado como uma categoria, ou seja, um modo de perceber e analisar relações sociais e significados, gênero pode ser empregado como uma forma de afirmar os componentes culturais e sociais das identidades, dos conceitos e das relações baseadas nas percepções das diferenças sexuais. Em outras palavras, a categoria de gênero remete à ideia de que as concepções de masculino e de feminino possuem historicidade (Pinsky, 2009, p. 163).

A partir da distinção entre estes conceitos, gênero passa a ser associado à construção social das identidades masculinas e femininas. Evidenciando, com isso, o caráter arbitrário e desigual da distribuição de poder que marca a relação entre homens e mulheres. Assim, ao demarcar que tais distinções são socialmente moldadas, sustenta-se ainda o argumento de que seria possível superar as condições de subordinação a que as mulheres estão submetidas.

Ademais, importa trazer o conceito de gênero de forma contextualizada, demonstrando o caráter histórico da elaboração desse conceito. Conforme explicita Scott “as palavras, como as ideias e as coisas que elas significam, têm uma história” (Scott, 1989, p. 02). Isso porque, as próprias bases que deram margem à construção deste conceito já vêm sendo questionadas. De igual modo, os movimentos feministas também vêm passando por modificações em suas bases epistemológicas.

Nesta senda, os pressupostos teóricos iniciais de diferenciação sexo/gênero têm sido criticados, posto que ao classificar sexo como natural/biológico, este, assim como o corpo, é considerado ahistórico. Porém, conforme lições de Joan Scott (1989), todas estas teorias possuem uma historicidade, que não pode ser desconsiderada. Assim, o principal ponto das críticas reside no fato de “ao afirmarmos que o sexo está

para a biologia, assim como gênero está para cultura estamos fazendo uma construção de gênero” (Conceição, 2009, p. 743).

Embora a compreensão do conceito de gênero seja necessária para a abordagem de temas que atravessam as experiências das mulheres, salienta-se que tal categoria analítica não pode ser utilizada de forma isolada, posto que o gênero não esgota a complexidade das experiências das mulheres, tampouco a dos homens. Ademais, destaca-se que “mulher”, não é uma categoria universal, devendo ser sempre considerada a pluralidade existente dentro do gênero feminino.

Neste sentido, salienta-se ainda que o próprio

Movimento feminista constitui-se um agrupamento com uma dimensão teórica e política e que não apresenta explicações e interpretações fechadas sobre a realidade e relações de gênero. Daí podemos inferir que não existe uma única definição do ser mulher, e qualquer pretensão neste sentido torna-se quase impossível (Conceição, 2009, p. 739).

Assim, considerando que as experiências vinculadas ao ser mulher são atravessadas por outros marcadores, conforme será abordado de forma mais aprofundada a seguir, verifica-se que gênero deve ser pensado sempre de forma associada a outras categorias analíticas, como raça e classe, tal como será discutido nas seções seguintes.

3.2 COLONIALIDADE, RACISMO E GÊNERO

Colonialidade é um conceito pertinente para compreender a complexidade das relações sociais na América Latina. Segundo Aníbal Quijano (2009), este fenômeno indica a existência de uma classificação racial/étnica da população que funciona como elemento constitutivo do padrão de poder e dominação imposto pelo ocidente.

A um olhar menos atento, colonialidade pode parecer um termo equivalente a colonialismo, porém, embora sejam conceitos correlatos, não possuem o mesmo significado. Colonialismo é uma estrutura de dominação/exploração imposto a populações e territórios, mas que não implica necessariamente em relações racistas. Enquanto que a classificação racial de determinadas populações como critério de dominação é elemento central e intrínseco à colonialidade (Quijano, 2009).

Para Maldonado-Torres, enquanto o colonialismo diz respeito à formação histórica dos territórios coloniais, “colonialidade pode ser compreendido como uma lógica global de desumanização que é capaz de existir até mesmo na ausência de colônias formais” (2019, p. 36).

Embora não se deva confundir os dois conceitos, salienta-se que eles são interligados, de modo que ao falar da América Latina, é possível afirmar que a colonial-modernidade foi engendrada no seio do colonialismo, visto que na dominação/exploração perpetrada pelos Estados-Nações europeus nesta região verificou-se a conjunção de colonialismo e colonialidade.

A relação colonial ou colonial-modernidade é ainda interligada ao conceito de modernidade, isto porque, esta última tem sido delineada nos últimos quinhentos anos, não por acaso, conectada à dominação/exploração da América Latina (Quijano, 2009). De acordo com Ramón Grosfoguel, “não existe civilização ocidental antes da expansão colonial europeia. A modernidade é a civilização que se cria a partir da expansão colonial em 1492 e que se produz na relação de dominação do “Ocidente” sobre o “não Ocidente” (2019, p. 62).

Conforme salienta Quijano (2005, p. 122), a modernidade está associada às ideias de racionalidade científica, novidade, laicidade e secularidade e, portanto, não seria um fenômeno exclusivo da Europa, visto que poderia ocorrer em todas as culturas e momentos históricos. Ainda assim, os europeus consideravam a si próprios como a representação da modernidade, mais ainda, como detentores exclusivos dessa perspectiva e difundiram essa visão ao redor do mundo. Assim se consolidava a dicotomia moderno/primitivo, em que, conseqüentemente, os primitivos seriam os povos colonizados.

Neste sentido, “a pretensão eurocêntrica de ser a exclusiva produtora e protagonista da modernidade, e de que toda modernização de populações não-europeias é, portanto, uma europeização, é uma pretensão etnocentrista e além de tudo provinciana” (Quijano, 2005, p. 123). Deste modo, embora tal percepção eurocêntrica tenha sido dominante em todo o pensamento ocidental, pensadores da atualidade, sobretudo os teóricos decoloniais, rejeitam tal concepção.

A longa tradição do eurocentrismo e da racionalidade científica moderna, inaugurada por Descartes, marca não somente a produção de conhecimento científico, mas diversas outras esferas da vida, de modo que os modelos advindos da

Europa e, posteriormente, também dos Estados Unidos, são descritos como ápice do desenvolvimento humano, ao passo em que os demais, são considerados atrasados, primitivos, subdesenvolvidos (Grosfoguel, 2019). Deste modo, “a modernidade não existe sem a colonialidade; elas são duas caras da mesma moeda, e o racismo organiza a partir de dentro todas as relações sociais e hierarquias de dominação da modernidade” (Grosfoguel, 2019, p. 60)

Conforme já mencionado, o racismo é parte integrante e indissociável da colonialidade, visto que o conceito de raça foi utilizado como critério de dominação, como um fundamento para legitimar a exploração dos povos colonizados. Deste modo, sobre a ideia de raça foi forjado um padrão de validação do poder europeu sobre os demais (Maia, Melo, 2020). A própria construção teórica do conceito de raça, embora tenha sido inicialmente desenvolvida a partir de critérios fenotípicos, “foi biologicamente imaginada para naturalizar os colonizados como inferiores aos colonizadores” (Maia, Melo, 2020, p. 232).

Neste sentido, de acordo com Kabengele Munanga (2004, p. 06) “o conceito de raça tal como o empregamos hoje, nada tem de biológico. É um conceito carregado de ideologia, pois como todas as ideologias, ele esconde uma coisa não proclamada: a relação de poder e de dominação”.

Ademais, como ensina Silvio de Almeida “não se pode desprezar a importância dos filósofos e cientistas para a construção do colonialismo, do nazismo e do *apartheid*. O racismo é, no fim das contas, um sistema de racionalidade” (2019, p.71). Para sustentar a ordem colonial, foram atribuídos critérios de superioridade de um povo sobre os demais. Neste caso, o colonizador tomava os demais povos como inferiores e esse entendimento era invocado como elemento de legitimação para as inúmeras formas de subjugação empregadas pela colonial-modernidade. Neste sentido,

A posterior constituição da Europa como nova entidade depois da América e a expansão do colonialismo europeu ao resto do mundo conduziram à elaboração da perspectiva eurocêntrica do conhecimento e com ela à elaboração teórica da ideia de raça como naturalização dessas relações coloniais de dominação entre europeus e não-europeus. Historicamente, isso significou uma nova maneira de legitimar as já antigas ideias e práticas de relações de superioridade/inferioridade entre dominantes e dominados. [...] Desse modo, raça converteu-se no primeiro critério fundamental para a distribuição da população mundial nos níveis, lugares e papéis na estrutura de poder da nova sociedade. Em outras palavras, no modo básico de classificação social universal da população mundial. (Quijano, 2005, p. 118).

Nota-se que as relações de dominação não foram inauguradas pela colonialidade, porém a utilização do conceito de raça como critério para classificação da população mundial legitimou a expansão do colonialismo europeu ao resto do mundo, de modo que esta elaboração de superioridade/inferioridade por meio do critério racial mantém-se até a atualidade.

A própria “ideia de raça, em seu sentido moderno, não tem história conhecida antes da América” (Quijano, 2005, p. 117). Novas formas de identificação foram elaboradas a partir das relações na América, pois termos como índio, negros e mestiços não faziam parte das identidades sociais existentes na Europa. Posteriormente, termos que designavam origens territoriais, como “francês” ou mesmo “europeu”, passaram a se relacionar também com marcadores étnico-raciais. Neste contexto, o colonizador definiu a si mesmo como branco, utilizando os outros termos para se referir aos povos colonizados (Quijano, 2005). Portanto, ser branco ou ser negro são construções sociais (Almeida, 2019).

Nesta seara, Kabengele Munanga (2004, p.09) expõe:

O racismo nasce quando faz-se intervir caracteres biológicos como justificativa de tal ou tal comportamento. É justamente, o estabelecimento da relação intrínseca entre caracteres biológicos e qualidades morais, psicológicas, intelectuais e culturais que desemboca na hierarquização das chamadas raças em superiores e inferiores.

Deste modo, o conceito de colonialidade nos convida à compreensão do racismo como princípio organizador, parte estruturante das relações de dominação da modernidade e não apenas como uma ideologia coadjuvante, que é derivada de relações econômicas, porém sem a mesma centralidade que o capitalismo, como vinha sendo entendido pela “esquerda ocidentalizada” (Grosfoguel, 2019, p. 59). Para Quijano,

A classificação racial da população e a velha associação das novas identidades raciais dos colonizados com as formas de controle não pago, não assalariado, do trabalho, desenvolveu entre os europeus ou brancos a específica percepção de que o trabalho pago era privilégio dos brancos. A inferioridade racial dos colonizados implicava que não eram dignos do pagamento de salário (Quijano, 2005, p.120).

Assim, verifica-se que as relações econômicas do sistema capitalista estão interligadas à dominação imposta a partir da classificação racial da população. Isto é, o sistema capitalista como conhecemos no Ocidente, está vinculado às relações coloniais. Um dos seus efeitos na atualidade, é que mesmo em sociedades que

pregam universalidade de direitos, indivíduos negros, mulheres, indígenas continuam sendo menos protegidos e mais precarizados nas relações de trabalho (Almeida, 2019).

A colonial-modernidade não produziu efeitos somente nas relações econômicas. Também as subjetividades dos povos colonizados passaram por uma reidentificação histórica a partir das identidades forjadas pelos colonizadores (Quijano, 2005). Isto é, o colonizador dedicou esforços para garantir sua hegemonia, atuando também no controle e na invalidação da cultura e da produção de conhecimento fora do território europeu.

Para Maia e Farias, “a colonialidade do poder foi a lógica que operou na América iniciada no processo de colonização, oprimindo, reprimindo e apagando populações e suas culturas em um contexto de racismo e dominação” (2020, p. 586). Daí advém a percepção de que os povos colonizados eram “primitivos”. Em verdade, “os europeus geraram uma nova perspectiva temporal da história e re-situaram os povos colonizados, bem como a suas respectivas histórias e culturas, no passado de uma trajetória histórica cuja culminação era a Europa” (Quijano, 2005, p. 121). Trata-se aqui de mais uma forma de estabelecer relações de superioridade/inferioridade.

Conforme salienta Maldonado-Torres (2019) a dominação colonial tem três componentes: a colonialidade do ser, colonialidade do saber e colonialidade do poder. A colonialidade do ser diz respeito à incorporação da lógica colonial na subjetividade, na visão de mundo do sujeito colonial. A colonialidade do saber relaciona-se com a produção de conhecimento, a negação dos saberes e a percepção do sujeito colonial como “objeto” do conhecimento produzido pelos colonizadores. A colonialidade do poder está relacionada ao domínio de todas as estruturas de poder, inclusive o Estado, mantendo-se a estrutura de privilégios para os colonizadores e, com isso, naturalizando as posições sociais ocupadas pelos colonizados.

Para garantir o controle exercido sobre os povos colonizados, os colonizadores utilizaram das seguintes estratégias: a) expropriação das riquezas dos territórios colônias, inclusive culturais; b) violência e repressão para minar as subjetividades dos povos colonizados; c) imposição da cultura dos dominadores para perpetuar o domínio. A longo prazo, tais processos implicaram em “uma colonização das perspectivas cognitivas, dos modos de produzir ou outorgar sentido aos

resultados da experiência material ou intersubjetiva, do imaginário, do universo de relações intersubjetivas do mundo; em suma, da cultura” (Quijano, 2005, p. 121).

Salienta-se que a colonial-modernidade é violenta. Segundo Achille Mbembe “a fúria da conquista colonial, que teve em considerações racistas de superioridade civilizacional seu principal alicerce ideológico [...], produziu vítimas em número maior que os holocaustos europeus do século XX” (2018, p. 105).

Nesta conjuntura imposta pela colonialidade, pondera-se que a colonização por meio do apagamento do conhecimento e da cultura dos povos colonizados, da imposição da cultura dos dominadores e do emprego de violência contra o sujeito colonizado são processos que não se encerraram com a conquista de autonomia política pelas antigas colônias. Desse modo, os efeitos da colonial-modernidade se mantêm até a atualidade. Em outras palavras, trata-se de um fenômeno ainda atual.

Assim, a partir da colonialidade o mundo foi dividido entre aqueles que fazem parte da raça branca e os demais indivíduos que não fazem parte, havendo uma valorização ou desvalorização dos indivíduos, conforme a sua cor. Neste padrão colonial, o branco e o negro têm posições sociais predeterminadas. Para Maia e Melo (2020, p. 235),

A criação da ideia de raça permanece viva e é base para que sejamos expostos aos mais variados preconceitos e dicotomias, bem como a naturalização desses padrões estabelecidos pelo colonizador e que perpassaram a colonização e a independência dos povos colonizados.

De acordo com Silvio de Almeida, considerando que “raça e racismo são conceitos relacionais, a condição de negro e de branco depende de circunstâncias históricas e políticas específicas” (2019, p. 80). Assim, verifica-se que, ainda hoje, ser considerado branco no Brasil não significa ser visto como branco na Europa. Neste sentido, Maldonado-Torres (2019, p. 28) aduz:

Grupos colonizados e outrora colonizados tendem a experimentar partes dessa história não como um passado que existe como um traço, mas sim um presente vivo. Essa transformação do tempo em si, de um tempo histórico cronológico para o que parece ser uma forma de temporalidade anacrônica por meio da qual grupos são expostos a lógicas e conflitos que são considerados como não mais existentes, é parte dos legados da colonização e um alvo central dos esforços decoloniais.

Assim, considerando a colonialidade como um evento em andamento, visto que seus efeitos ainda reverberam entre os países outrora colonizados, é notória a necessidade de abordar o impacto deste fenômeno nos contextos sócio-políticos e

culturais observados nos países do sul global, sobretudo naqueles que compõem a América-Latina. Deste modo, conforme explanação de Maia e Farias (2020, p. 594):

Não é possível analisar e explicar os determinantes das sociedades latino americanas, assim como suas transformações, sem incluir o condicionante do processo de dependência, que está diretamente relacionado com o modo de colonização ao qual os países foram submetidos, sendo esse um fator já integrado à matriz histórica das sociedades nacionais.

Visto que a América Latina foi utilizada para abastecer e enriquecer os colonizadores com suas riquezas naturais, servindo sempre aos interesses dos dominadores, mantendo uma estrutura de dependência econômica e cultural com estes, as sociedades atuais ainda enfrentam diversas consequências históricas diretamente ligadas à dominação colonial.

Ademais, faz-se necessário considerar que os Estados latino-americanos são compostos, em maioria, por grupos étnicos tornados “não brancos” nesse processo colonial. No entanto, o processo civilizatório de matriz colonial desconsidera a pluralidade étnica e cultural, atuando como se as epistemes advindas da Europa fossem as únicas consideradas adequadas e universais. Com isso, determinados segmentos da sociedade foram excluídos da seara pública de tomada de decisões, sendo relegados a posições estruturalmente consideradas subalternas (Maia, Farias, 2020, p. 578).

Para Lélia Gonzalez,

As sociedades que vieram a constituir a chamada América Latina foram herdeiras históricas das ideologias de classificação social (racial e sexual) e das técnicas jurídico-administrativas das metrópoles ibéricas. Racialmente estratificadas dispensaram formas abertas de segregação, uma vez que as hierarquias garantem a superioridade dos brancos enquanto grupo dominante (Gonzalez, 2020, p. 131).

Em suma, o racismo se configura como parte inseparável da colonialidade, devendo ser levado em consideração em análises que recaiam sobre a conjuntura socioeconômica e cultural da América Latina. Salienta-se ainda que o racismo, enquanto sistema que promove a dominação dos povos outrora colonizados, sob argumentos de inferioridade racial, não afeta somente a população negra de origens africanas. Outros grupos, como os diferentes povos indígenas do Brasil e de outros países da América Latina também são histórica e sistematicamente afetados por discriminação e segregação de caráter racista, relacionada à dominação colonial

(hooks⁷, 2019; Ribeiro, 2022). Entretanto, embora o racismo seja descrito como um fenômeno comum a grupos étnicos diversos, os efeitos e impactos nestes grupos possuem características próprias do seu contexto histórico e cultural.

No Brasil, com o histórico de “escravidão durante quase quatro séculos, abandono social no pós-emancipação e a maioria da população carcerária negra. São violências físicas, sociais, psíquicas e culturais registradas na alma brasileira” (Mota, 2019, p. 42). Esta conjuntura, forma o chamado “complexo cultural” (Singer, 2004), que é uma categoria utilizada pela psicologia analítica, na abordagem de conflitos persistentes em temas como gênero, etnia, religião, etc. (Araújo, 2002).

Assim,

Complexos culturais são assentados em situações conflituosas repetitivas, em outras palavras, experiências históricas que possuem raízes na psique coletiva de um grupo e indivíduo. Eles contêm uma espécie de sociologia interna de um grupo. Dessa maneira, a argamassa da psique coletiva dos europeus colonizadores e de seus descendentes brancos do Brasil possuem registrado em sua cartografia psíquica de nível cultural: os estupros das mulheres negras/indígenas, as crueldades infligidas contra os não brancos, o genocídio do povo negro/indígena e as tentativas de aculturação. Esses registros são potencialidades, que a qualquer momento, podem ser ativadas na psique coletiva tanto de nível grupal como individual (Mota, 2019, p. 42).

Desta forma, verifica-se que a classificação racial da população e as ideologias racistas engendradas no seio da colonialidade, foram incorporadas e permanecem vivas na psique coletiva, de modo que o racismo se constitui como um complexo cultural.

Neste contexto, Silvio de Almeida descreve o Brasil como “um típico exemplo de como o racismo converte-se em tecnologia de poder e modo de internalizar as contradições” (2019, p. 107). Inobstante, outras categorias de análise também devem ser observadas neste contexto da colonialidade, como é o caso do gênero.

É consenso entre os teóricos decoloniais a inseparabilidade entre o racismo e a colonial-modernidade. Acerca de gênero, no entanto, observa-se que há abordagens diversas dentro das teorias da decolonialidade.

Aníbal Quijano (2005) expôs que a ideia de raça nem mesmo era conhecida antes da colonial modernidade, para demonstrar a inegável junção entre a matriz colonial e o racismo. O autor peruano admite que outros marcadores, como gênero,

⁷ bell hooks aparece escrito em letras minúsculas, em respeito à posição política da autora, que preferia enfatizar suas obras e não seu próprio nome.

são cronologicamente anteriores à raça, no entanto, para ele, a classificação social da população por meio da raça tornou-se a mais duradoura e eficaz. De igual modo, Maldonado-Torres (2019) entende que já existia a divisão entre homem e mulher no Ocidente antes da dominação colonial, mas o autor admite que “há uma operação complexa referente a sexo e gênero na modernidade/colonialidade”. (Maldonado-Torres, 2019, p. 39)

Embora gênero seja uma categoria relevante na atualidade, não está imune a perspectivas diversas e tampouco significa que mulher e/ou homem são categorias universais. Oyeronke Oyewumi (2016), pensadora nigeriana, entende que gênero é uma imposição de natureza colonial, isso porque, para a autora existem paradigmas de vida que não se adequam à lógica moderna de classificação do mundo. É o caso da civilização Yorubá antiga, em cuja cosmologia não havia as figuras do homem e da mulher, tampouco a categoria gênero, em seu sentido moderno.

Maria Lugones (2014) compartilha deste entendimento de que não existia gênero no mundo pré-colonial. A autora considera que a conjunção gênero e raça forma o elemento fundamental da colonialidade, de modo que estes fenômenos não podem ser analisados separadamente. Isto é, o racismo é inseparável da colonial-modernidade, mas também o gênero compõe essa equação. Assim, qualquer análise que considere o racismo, porém relegue a opressão de gênero a um papel secundário, produzirá uma visão parcial e incompleta.

Há, ainda, outra posição teórica relevante, defendida por Rita Segato (2012), de que no mundo pré-colonial existia o que a autora chama de patriarcado de baixa intensidade. Segundo a autora,

Dados documentais, históricos e etnográficos do mundo tribal, mostram a existência de estruturas reconhecíveis de diferença semelhantes ao que chamamos relações de gênero na modernidade, que incluem hierarquias claras de prestígio entre a masculinidade e a feminilidade, representados por figuras que podem ser entendidas como homens e mulheres. Apesar do caráter reconhecível das posições de gênero, nesse mundo são mais frequentes as aberturas ao trânsito e à circulação entre essas posições que se encontram interditas em seu equivalente moderno ocidental (Segato, 2012, p. 117).

Assim, embora existissem relações hierárquicas entre masculino e feminino em civilizações pré-coloniais, tais posições eram menos inflexíveis, quando comparadas ao paradigma da colonialidade. Daí o conceito de patriarcado de baixa intensidade utilizado pela autora.

Embora existam posições diversas acerca da questão, conforme apresentado, contextualizar gênero no cenário das relações estabelecidas a partir da colonialidade demonstra que as relações de gênero, da forma como conhecemos hoje, estão essencialmente interligadas a esse fenômeno. Ademais, vislumbrar essa conexão nos afasta de visões eurocêtricas, que consideram que o patriarcado e a desigualdade de gênero são fenômenos experienciados de forma universal por todas as mulheres (Segato, 2012), armadilha comumente compartilhada por algumas vertentes feministas.

Verifica-se que as percepções eurocêtricas não são adequadas para abordar as experiências de mulheres diversas. Conforme apontam Ferrara e Carrizo trata-se de expor o “caráter colonial de um feminismo que se pressupõe universal, mas que parte de uma perspectiva limitada que não se atenta às experiências díspares das mulheres” (2021, p.09).

Neste contexto, a divergência entre as teorias feministas decoloniais apresentadas, referenciadas em Maria Lugones e em Rita Segato, não invalidam uma à outra, posto que o dissenso diz respeito somente à origem do gênero. “Ambas convergem ao postularem que a colonialidade do poder apresenta um sistema racializado de gênero, isto é, gênero e raça se entrelaçam e são inseparáveis para se pensar as experiências das mulheres não-brancas” (Ferrara e Carrizo, 2021, p. 10). Há, portanto, convergência no ponto central, de que relações existentes nas civilizações pré-coloniais foram alteradas pelo advento da colonial-modernidade.

Assim, em se tratando da América Latina, gênero e raça devem ser simultaneamente considerados. Para Ferrara e Carrizo (2021, p.07),

Os corpos e a constituição das subjetividades das mulheres latino americanas não podem ser apagados por um movimento homogeneizante; é necessário que se vá além, investigando como as políticas de racialização e empobrecimento da América Latina estão, desde o século XVI, definindo os corpos e as subjetividades nesses espaços.

Deste modo, as desigualdades de gênero vivenciadas pelas mulheres na América Latina foram e ainda são construídas em uma base de colonialidade e racismo, razão pela qual a compreensão destes fenômenos é necessária para abordar as inúmeras dificuldades estruturais que marcam as trajetórias de mulheres negras no Brasil.

3.3 O OUTRO DO OUTRO: A INTERSECÇÃO DE OPRESSÕES

O conceito de gênero não é capaz de esgotar as experiências das mulheres ou dos homens, tampouco é uma categoria livre de questionamentos. Conforme exposto, gênero é uma categoria de análise útil, quando associada a outras categorias de análise, como raça e classe. No entanto, quando considerado isoladamente, pode produzir percepções parciais e controversas.

Neste sentido, não existe uma mulher universal. Conforme a lição de Judith Butler,

Se alguém “é” uma mulher, isso certamente não é tudo o que esse alguém é; o termo não logra ser exaustivo, não porque os traços predefinidos de gênero da “pessoa” transcendam a parafernália específica de seu gênero, mas porque o gênero nem sempre se constituiu de maneira coerente e consistente nos diferentes contextos históricos, e porque o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas. Resulta que se tornou impossível separar a noção de gênero das interseções políticas e culturais em que invariavelmente ela é produzida e mantida (Butler, 2021, p.21).

Assim, verifica-se que a experiência de gênero não é homogênea. Há diversos outros marcadores que influenciam as experiências de determinados grupos. A colonialidade definiu e, ainda define, a trajetória das populações do sul global, de modo que, mulheres não-brancas dessas localidades experimentam vivências diversas de mulheres brancas europeias ou norte-americanas.

Além de gênero, as categorias raça e classe, bem como outros determinantes históricos e geopolíticos, confluem para definir as conjunturas sociais das populações. Por esta razão, não é possível falar em um “ser universal”, isso vale para mulheres quanto para homens, pois embora existam diversas experiências compartilhadas no interior de um mesmo grupo, há diversas outras expressões que atravessam os indivíduos, tornando as experiências heterogêneas.

A categoria mulher, enquanto ente universal, foi utilizada como sujeito pelas teorias feministas, sobretudo em suas primeiras ondas. No entanto, “o próprio sujeito das mulheres não é mais compreendido em termos estáveis ou permanentes” (Butler, 2021, p. 18). Ademais, a divisão didática utilizada para abordar o pensamento feminista, isto é, através da classificação em primeira, segunda e terceira onda, é uma categorização que considera somente o feminismo branco, eurocentrado, não

abarcando outras abordagens, como o feminismo negro estadunidense⁸ ou os movimentos de mulheres negras brasileiras⁹, por exemplo. No entanto, atualmente percepções universalistas sobre a mulher vem sendo questionadas mesmo no interior dos discursos feministas.

Acerca do tema, Judith Butler, pensadora crítica feminista, assevera que “a noção de um patriarcado universal tem sido amplamente criticada em anos recentes, por seu fracasso em explicar os mecanismos da opressão de gênero nos contextos culturais concretos em que ela existe” (Butler, 2021, p. 21). Assim, verifica-se que a opressão de mulheres se apresenta de diversas formas e a tentativa de traçar uma base universal para o feminismo equivale aos esforços da colonialidade, responsável pela subjugação de mulheres não-brancas do sul global.

Neste sentido, para Rita Segato essa linha de pensamento feminista revela “uma posição de superioridade moral das mulheres europeias ou eurocentradas, autorizando-as a intervir com sua missão civilizadora-colonial/modernizadora” (Segato, 2012, p. 116). Desta forma, observa-se que tais percepções não se adequam à análise dos fenômenos sociais e à produção de conhecimento na contemporaneidade, sobretudo no sul global, profundamente marcado pela colonialidade.

Neste contexto de sub-representação de mulheres em geral, observou-se que mulheres racializadas sequer eram consideradas no debate público. Se o pensamento feminista teorizou uma mulher universal, partindo da experiência de mulheres brancas europeias ou norte-americanas, não abarcando a mulher negra, também o debate de raça concentrou sua narrativa na condição do homem negro.

Para Grada Kilomba, “a maior parte da literatura sobre o racismo falhou em abordar a posição específica das mulheres negras e as formas pelas quais questões de gênero e sexualidade se relacionam a questões de raça” (Kilomba, 2019, p. 96). Desta forma, a mulher negra foi duplamente excluída, visto que a construção da

⁸ O feminismo negro estadunidense surgiu a partir do acesso de mulheres afro-americanas oriundas de movimentos sociais à Universidade, introduzindo percepções e experiências sobre raça, gênero e classe ao ambiente acadêmico. Tem como expoentes as autoras Angela Davis, Audre Lorde, Patricia Hill Collins e bell hooks.

⁹ O feminismo negro brasileiro remonta ao processo de reabertura democrática do país, sobretudo nos anos de 1980, como interface entre os movimentos feministas e o movimento negro. Como eixos de mobilização política, reivindicava sobretudo redução das desigualdades de gênero e de raça. Lélia Gonzalez, Beatriz Nascimento, Luiza Bairros e Sueli Carneiro são importantes nomes de pensadoras do feminismo negro brasileiro.

mulher era de uma mulher branca, enquanto o sujeito negro era masculino. Assim, para mulheres negras restaria o vazio conceitual.

Simone de Beauvoir (2009) utilizou o conceito de “outro” para descrever a posição da mulher na sociedade. Isto porque o homem é o referencial, a regra através da qual a mulher é definida. Já que a mulher não é definida em si mesma, fica sempre com a posição de “segundo sexo” e de “outro”. Por outro lado, Grada Kilomba (2019) entende que o esquema gênero e raça torna essa Outridade ainda mais complexa.

As mulheres negras, por não serem nem brancas nem homens, passam a ocupar uma posição muito difícil dentro de uma sociedade patriarcal de supremacia branca. Nós representamos um tipo de ausência dupla, uma Outridade dupla, pois somos a antítese tanto da branquitude quanto da masculinidade. Nesse esquema, a mulher negra só pode ser a/o Outra/o e nunca o eu. [...] Ela só poderia ser a/o Outra/o da Outridade. [...] As mulheres brancas têm um status oscilante, como o eu e como a “Outra” dos homens brancos, porque elas são brancas, mas não homens. [...] As mulheres negras, no entanto, não são brancas nem homens, e servem, assim, como a “Outra” da alteridade (Kilomba, 2019, p. 190-191).

Assim, há um isolamento da mulher negra, já que esta ocupa a posição de “Outra” dos outros (Kilomba, 2019). É “Outra” para homens, brancos ou negros e é “Outra” para mulheres brancas.

Neste sentido, Sueli Carneiro (2011) aponta que as temáticas relacionadas às mulheres negras foram secundarizadas sob a bandeira da universalidade do gênero, de modo que as pautas específicas eram consideradas subitens ou recortes de menor importância dentro do tema mulher. Lélia Gonzalez (2020) também demonstra esse esquecimento da questão racial dentro da teoria e das práticas feministas, evidenciando que as mulheres negras, ao indicar tais ausências dentro do movimento, chegaram a ser apontadas como agressivas, não feministas e até divisionistas.

O apagamento das mulheres negras não ocorre somente no âmbito conceitual e teórico, mas sobretudo nas relações sociais que se desenvolvem na vida concreta. Para Lélia Gonzalez, “a discriminação de sexo e raça faz das mulheres negras o segmento mais explorado e oprimido da sociedade brasileira, limitando suas possibilidades de ascensão” (2020, p. 160).

Um caso marcante para expressar tal conjuntura é o processo judicial movido por trabalhadoras negras estadunidenses contra a General Motors em 1976, por práticas segregadoras em razão de critérios de raça e gênero. Isso porque a empresa contratava homens negros para a linha de montagem e mulheres brancas para a

função de secretárias. Portanto, ficaram as mulheres negras excluídas das vagas de trabalho (Crenshaw, 1993). Estas mulheres não se encaixavam na função destinada às mulheres brancas e, tampouco se encaixavam no trabalho a ser desempenhado pelos homens negros, demonstrando a complexidade de sua condição social.

Situação similar no mercado de trabalho brasileiro é exposta por Sueli Carneiro, “mulheres negras são preteridas (no acesso, em promoções e na ocupação de bons cargos) em função do eufemismo da “boa aparência”, cujo significado prático é: preferem-se as brancas, melhor ainda se forem louras” (Carneiro, 2011, p. 121).

Assim, tendo em vista o cenário em que mulheres negras estão inseridas, faz-se necessário pensar categorias de análise capazes de abordar tal complexidade. Neste sentido, Grada Kilomba (2019) expõe:

O impacto simultâneo da opressão racial e de gênero leva a formas de racismo únicas que constituem experiências de mulheres negras e outras mulheres racializadas [...]. Portanto, é útil falar em racismo genderizado para se referir à opressão racial sofrida por mulheres negras como estruturada por percepções racistas de papéis de gênero (Kilomba, 2019, p. 99).

Kilomba (2019) expõe ainda a existência de uma tentativa de equiparação entre racismo e sexismo, que embora sejam opressões ideologicamente construídas a partir de referências à critérios biológicos, para a autora, não podem ser considerados como fenômenos similares, visto que “ambos afetam e posicionam grupos de pessoas de forma diferente e, no caso das mulheres negras, eles se entrelaçam” (Kilomba, 2019, p. 100).

Neste contexto, insurge o conceito de interseccionalidade. Esta teoria é considerada como uma abordagem interpretativa de fenômenos sociais, é “teoria, metodologia e instrumento prático” (Akotirene, 2018, p. 30).

Interseccionalidade é um conceito desenvolvido pela pesquisadora feminista negra Kimberlé Crenshaw (1993), para demonstrar como as experiências das mulheres negras não são adequadamente apresentadas dentro das fronteiras tradicionais da discriminação de gênero e de raça, quando analisadas separadamente, vez que a intersecção entre racismo e machismo afeta indissociavelmente a vida destas mulheres.

De acordo com Carla Akotirene (2018),

A interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado –

produtor de avenidas identitárias onde mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais (Akotirene, 2018, p. 14).

Para a autora, a adoção da interseccionalidade enquanto ferramenta pode evitar desvios analíticos e “saberes narcísicos” oriundos da matriz colonial eurocêntrica. Ademais, é capaz de levar as análises sobre as mulheres para além das ondas feministas que desconsideram a matriz colonial, não possuem preocupações antirracistas e invisibilizam mulheres negras. Assim, “a interseccionalidade estimula o pensamento complexo, a criatividade e evita a produção de novos essencialismos” (Akotirene, 2018, p. 40).

Definição similar é encontrada nas lições de Collins e Bilge (2021),

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas (Collins, Bilge, 2021, p. 16-17).

A partir de tais caracterizações, verifica-se que a interseccionalidade traz em si o entendimento de que as relações de poder e as desigualdades ensejadas por opressões de raça, classe e gênero se sobrepõem umas às outras, recaindo sobre indivíduos e grupos de forma unificada. Traz a compreensão de que tais opressões recaem sobre os corpos e experiências dos indivíduos de forma indissociável.

Ressalta-se que não se trata de somar identidades, mas de analisar os efeitos causados pela interação entre as estruturas de opressão. Assim, utilizar a ferramenta da interseccionalidade é considerar que a conjunção de racismo e sexismo, por exemplo, oferecem experiências específicas, diversas destas opressões quando isoladamente consideradas.

Para Grada Kilomba (2019), embora existam diversas concepções de que mulheres negras vivenciam um duplo ou triplo fardo, em razão da sobreposição de opressões que recaem sobre elas, tais percepções falham ao tratar dessas opressões como se fossem cumulativas, quando na realidade elas se intersectam, produzindo efeitos específicos.

Neste sentido, Luiza Bairros (1995, p. 461) aduz:

Considero essa formulação particularmente importante não apenas pelo que ela nos ajuda a entender diferentes feminismos mas pelo que ela permite pensar em termos dos movimentos negro e de mulheres negras no Brasil. Este seria fruto da necessidade de dar expressão a diferentes formas da experiência de ser negro (vivida através do gênero) e de ser mulher (vivida através da raça) o que torna supérfluas discussões a respeito de qual seria a prioridade do movimento de mulheres negras luta contra o sexismo ou contra o racismo? - já que as duas dimensões não podem ser separadas. Do ponto de vista da reflexão e da ação políticas uma não existe sem a outra.

A perspectiva de Luiza Bairros traz para uma abordagem acerca de mulheres negras brasileiras, visto que na realidade do Brasil, com maior parte da população composta por negros (IBGE, 2019), a utilização de tal ferramenta adquire especial relevância.

A interseccionalidade afasta a tendência de argumentar que uma opressão é mais dura do que outra, ou que uma pauta seria mais urgente que outra, debates frequentemente identificados em discursos de militância. Isto é, afasta perspectivas que hierarquizam opressões (Akotirene, 2018).

Salienta-se ainda que a interseccionalidade é ferramenta útil não apenas para analisar a conjuntura de mulheres negras, mas demonstra que a intersecção de opressões também molda as experiências de outros grupos (Collins, 2019). Assim,

Em vez de ver as pessoas como uma massa homogênea e indiferenciada de indivíduos, a interseccionalidade fornece estrutura para explicar como categorias de raça, classe, gênero, idade, estatuto de cidadania e outras posicionam as pessoas de maneira diferente no mundo. [...] Ao focar raça, gênero, idade e estatuto de cidadania, a interseccionalidade muda a forma como pensamos emprego, renda e riqueza, todos os principais indicadores de desigualdade econômica (Collins, Bilge, 2021, p. 35).

É possível utilizar das lentes interseccionais, não somente para caracterizar as “avenidas identitárias” (Akotirene, 2018), mas pode, como ferramenta analítica, oferecer contribuições relevantes para o desenvolvimento de políticas públicas com objetivo de redução das desigualdades sociais (Collins, Bilge, 2021).

Resta ainda esclarecer que, embora o conceito de interseccionalidade tenha sido cunhado e difundido por feministas negras estadunidenses, diversas pesquisadoras e militantes feministas utilizaram suas lentes, com outros termos, para analisar a matriz de dominação imposta a grupos fora dos limites geopolíticos dos Estados Unidos. Grada Kilomba (2019) cita a intersecção de opressões, mas ao analisar a conjuntura de mulheres negras, utiliza o termo “racismo genderizado”.

Entretanto, não são abordagens díspares. De igual modo, Lélia Gonzalez (2020), Sueli Carneiro (2011) e Luiza Bairros (1995), pesquisadoras brasileiras que se debruçaram sobre a conjuntura de mulheres negras, também elaboraram abordagens com caráter interseccional, ainda que sem utilizar este termo.

Neste sentido, verifica-se que interseccionalidade é uma teoria relevante na atualidade e, embora este termo tenha sido difundido de forma recente no Brasil, há tempos pesquisadoras brasileiras vêm utilizando das lentes interseccionais para analisar a realidade das mulheres brasileiras.

Ademais, a relevância desta teoria pode residir justamente na sua capacidade de ampliar e enriquecer a produção de conhecimento, inserindo pontos de vista não hegemônicos aos conhecimentos legitimados. Ao fim, toda produção de conhecimento é suscetível à falseabilidade (Popper, 2004), de modo que “as epistemologias alternativas colocam em xeque todos os conhecimentos legitimados, questionando se aquilo que se acreditava ser verdade seria capaz de resistir ao teste dos métodos alternativos de validação da verdade” (Collins, 2019, p. 432).

Assim, a interseccionalidade é capaz de oferecer instrumentos teóricos e metodológicos para movimentos feministas, antirracistas e defensores de direitos humanos, a fim de pautar demandas de mulheres negras, historicamente excluídas diante de pautas universalistas (Akotirene, 2018).

3.4 RACIALIDADE NA EXPERIÊNCIA MATERNA

Gestação e parto são eventos naturais e biológicos, experiências tipicamente vinculadas à figura da mulher cisgênera. Embora homens transgênero possam vivenciar estes eventos, não fazem parte do recorte metodológico do presente trabalho, razão pela qual suas experiências e atravessamentos específicos não foram aqui abordados. Assim, em que pese a sua natureza biológica, tais eventos são marcados por diversas construções sociais.

Há uma crença difundida socialmente de que a maternidade seria uma função feminina por excelência, característica da natureza e a essência das mulheres, razão pela qual estariam destinadas a cumprir este papel. No entanto, esta visão sobre a maternidade e a natureza da mulher são construções sociais firmadas em torno das

características biológicas relacionadas à capacidade de gestar e amamentar (Moura, Araújo, 2004). Há, portanto, contribuições do saber médico-científico na consolidação dessa construção social, que não devem passar despercebidas.

Assim como a noção de raça, as construções sociais acerca do feminino, partem de dados biológicos, no entanto, as elaborações engendradas a partir disso vão muito além de considerações acerca do que seria natural. Neste sentido, conforme visto, mesmo percepções que à primeira vista aparentam considerar apenas critérios naturais e biológicos, como o sexo por exemplo, são também socialmente construídos. Deste modo, não é possível desconsiderar o caráter social da maternidade.

São diversas as construções sociais acerca da maternidade, de modo que, historicamente, tais papéis sociais variam conforme o extrato social da mulher-mãe. De acordo com Luiza Bairos (1995), há tendência de algumas vertentes feministas em considerar a “maternidade como a experiência central na identidade das mulheres” (Bairos, 1995, p. 459). Essa caracterização se insere em um contexto de tentativa de “definir a mulher com base em experiências tidas como universais” (Bairos, 1995, p. 459). Assim, a maternidade seria uma experiência universalmente compartilhada entre mulheres.

No entanto, Angela Davis (2016) aponta que a construção em torno da maternidade de mulheres negras é bem diversa daquela destinada à maternidade de mulheres brancas. A experiência materna é, portanto, racializada.

Desta forma, há construções do imaginário social em torno da maternidade de mulheres brancas e outras, bem diversas, para mulheres mães negras. As mães brancas foram associadas a uma construção de origem judaico-cristã, relacionadas à figura de Maria, mãe de Jesus, cuja imagem é de uma mulher inocente, pura e virgem. Neste contexto, observa-se uma exaltação do amor materno, em que a mãe é devotada ao bem-estar de seus filhos, tendo sua criação como principal atividade.

Além da construção dessa imagem de mãe, há ainda diversos critérios econômicos envolvidos, visto que dedicação exclusiva à criação dos filhos é condição específica do modo de vida de classes sociais mais abastadas. Assim, além de nutrir, essa mulher-mãe exerce a função de educar seus filhos, contexto em que há uma valorização do sacrifício feminino em benefício da família (Moura, Araújo, 2004).

A clivagem entre economia doméstica e economia pública provocada pelo capitalismo industrial, instituiu a inferioridade das mulheres com mais força do que nunca. Na propaganda vigente, “mulher” se tornou sinônimo de “mãe” e “dona de casa”, termos que carregavam a marca fatal da inferioridade. Mas entre mulheres negras escravas, esse vocabulário não se fazia presente (Davis, 2016, p. 25).

Tal conjuntura delimitou a essas mulheres um papel social vinculado ao âmbito privado, à vida doméstica. Não à toa, as reivindicações feministas de mulheres brancas no século XIX, relacionavam-se à maternidade voluntária, visto que a liberdade das mulheres era obstaculizada pela clausura da vida doméstica e criação dos filhos (Davis, 2016).

As mulheres negras tiveram trajetória diversa no exercício de sua maternidade, desde o período da escravidão até os dias atuais. Para estas mulheres a reivindicação pela maternidade voluntária não era uma prioridade, visto que o papel social determinado para as mulheres brancas era profundamente diverso daquele imposto às mulheres negras.

Em discurso proferido na *Women’s Rights Convention*, em 1851, nos Estados Unidos, Sojourner Truth indagou “e eu não sou uma mulher?”, considerando o tratamento destinado à mulheres brancas, consideradas frágeis, fadadas à maternidade, enquanto as mulheres negras não eram consideradas frágeis ou delicadas, haja vista que trabalhavam e suportavam o açoitamento de forma semelhante aos homens negros e, tampouco tinham sua maternidade reconhecida, visto que tinham seus filhos vendidos como escravos, sem poder clamar a dor de mãe ao serem separadas deles.

Ademais, Angela Davis (2016) relata que mulheres escravizadas quando gestantes eram obrigadas a trabalhar nas lavouras, como também estavam sujeitas a castigos físicos mesmo em estado avançado de gravidez. Nos casos em que o tratamento dispensado a estas mulheres era mais indulgente, tratava-se de uma equação simples “os proprietários valorizavam uma criança escrava nascida com vida do mesmo modo que valorizavam bezerros ou potros recém-nascidos” (Davis, 2016, p. 22).

Neste sentido, de acordo com Maria Lugones (2014), no contexto de dominação colonial apenas o colonizador era classificado como homem ou mulher, aos colonizados restava a categorização biológica, eram macho ou fêmea. Portanto, somente brancos eram homens e apenas brancas poderiam ser consideradas

mulheres. Neste sentido, Angela Davis afirma que “mulheres negras dificilmente eram “mulheres” no sentido corrente do termo” (2016, p. 20).

Ademais, o discurso de Sojourner Truth aborda as opressões interseccionais experienciadas por mulheres negras estadunidenses (Akotirene, 2018) que, em grande medida, podem ser identificadas nas experiências de mulheres negras ao redor do globo, visto que “as opressões interseccionais não param nas fronteiras dos Estados Unidos” (Collins, 2019, p. 374).

Angela Davis (2016) relata ainda a situação de mulheres negras escravizadas que realizavam abortos inseguros para evitar produzir filhos que viveriam também escravizados e pertenceriam a um senhor. Tal circunstância, apropriada pelo olhar e narrativa branca, ensejou falas de que as mulheres negras não teriam instintos maternos ou não seriam cuidadosas com seus filhos. Nota-se que esse discurso se mantém até os dias atuais, adaptado à realidade social contemporânea.

Assim, são diversos os desafios da maternidade que as mulheres negras enfrentam hoje. A esse respeito, Patricia Hill Collins comenta que:

A necessidade de creches para os filhos das trabalhadoras negras, a educação de baixa qualidade oferecida às crianças negras nas escolas públicas sub financiadas dos bairros centrais pobres das grandes cidades, o número desproporcional de jovens negros fichados ou encarcerados e o grande número de crianças afro-americanas acolhidas temporariamente pelo Estado são novas versões dos velhos problemas que afetam as mulheres afro-americanas (Collins, 2019, p. 297).

A autora fala da experiência de maternidade das mulheres negras estadunidenses, porém observa-se que os desafios apontados na escrita de Collins são similares a problemas verificados por diversas mulheres-mães negras aqui no Brasil.

Vale ressaltar ainda, como o lugar do cuidado foi associado às mulheres negras numa condição de exploração. Nota-se como esse lugar social associado às babás, racialmente marcadas, são naturalizados em nosso país devido ao processo histórico de colonização. Não à toa, que existe no imaginário social do nosso país a figura da “mãe-preta” conforme exposto pela socióloga Lélia Gonzalez (1984). A “mãe-preta” é mulher negra, duplamente explorada, que exerce uma dupla maternidade sendo mãe dos próprios filhos e assumindo o lugar do cuidado dos filhos das patroas.

Ademais, o próprio exercício da maternidade relaciona-se com a vulnerabilidade econômica de mulheres negras. Isso porque, o trabalho de cuidado

com os filhos e filhas, frequentemente sem apoio masculino, empobrece as mulheres (Collins, 2019).

Neste sentido, verifica-se que a experiência materna é marcada pela racialidade, em que mulheres negras encontram-se vulneráveis pela combinação de opressões históricas, que se atualizam, adquirem novas roupagens, mas se mantêm em suas trajetórias.

4 RACISMO OBSTÉTRICO NA ASSISTÊNCIA PÚBLICA À SAÚDE GESTACIONAL NO BRASIL

As vulnerabilidades relacionadas à condição de gênero perpassam a vida das mulheres como um todo. No entanto, os processos relacionados ao tornar-se mãe, como o período gestacional, o parto e o pós-parto, embora sejam eventos naturais, cercados de significados para a experiência das mulheres, da família e da comunidade em que estão inseridas, representam também um momento de sobreposição de diversas vulnerabilidades.

Embora o ciclo gravídico-puerperal não seja um processo de adoecimento, a tradição de atenção à saúde no Brasil preconiza que o cuidado obstétrico deve ser realizado em instituições médico-hospitalares. Neste sentido, a saúde pública brasileira, através do Sistema Único de Saúde - SUS, oferece cobertura integral às mulheres no período gestacional, o parto e o pós-parto.

A intersecção de opressões, sobretudo sexismo, racismo e condições de classe, causam impactos específicos na vida, no adoecimento e na morte de mulheres negras e pobres. Estas opressões fundantes da sociedade brasileira, são reproduzidas pelo Estado, pelas instituições, por indivíduos e grupos de pessoas. Também estão presentes e atuantes nos equipamentos públicos de saúde e recaem sobre estas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, quando, já vulneráveis pelas condições sociais e econômicas, tornam-se ainda mais vulneradas pela associação destes aspectos à condição de gestante, parturiente ou puérpera.

Para compreensão destes fenômenos nas instituições públicas brasileiras e na saúde obstétrica, bem como seus impactos nas experiências e nas mortes de gestantes, passaremos a analisar o contexto em que se dá a saúde pública no Brasil e suas interfaces com o racismo e o sexismo.

4.1 UM DIÁLOGO ENTRE BIOÉTICA, DIREITOS HUMANOS E SAÚDE PÚBLICA

Na América Latina há uma aproximação entre bioética e saúde pública, visto que os bioeticistas da região se dedicaram mais intensamente à investigação sobre

questões coletivas relacionadas às desigualdades sociais, pobreza, alocação de recursos escassos, políticas sanitárias e de saúde (Fortes, Zoboli, 2004).

De forma mais específica, as investigações e teorias bioéticas desenvolvidas no Brasil, foram influenciadas pela Reforma Sanitária (Porto, Garrafa, 2011). Este movimento incorporou aspectos sociais na análise dos processos de saúde e adoecimento da população, tendo como bandeira o acesso universal aos serviços de saúde. A universalidade de acesso à saúde, proposta pelo Movimento Sanitarista, foi oficializada como direito na Constituição Federal de 1988 e utilizada como fundamento na criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Deste modo, no Brasil atual há uma correlação entre bioética, saúde pública e SUS.

Saúde pública é campo do saber científico e é também prática na medida em que seu objeto de análise recai sobre os processos saúde-doença da coletividade. Pode ser assim conceituada: “é o que a sociedade faz coletivamente para assegurar as condições nas quais as pessoas podem ser saudáveis, o conjunto de práticas e saberes que objetivam um melhor estado de saúde possível das populações” (Fortes, Zoboli, 2004, p. 14).

Com foco na saúde da coletividade, a saúde pública é interdisciplinar por natureza, agregando conhecimentos de ciências exatas, biológicas e humanas. Interdisciplinaridade esta que compartilha com a bioética. Ademais, questões de saúde pública podem ensejar conflitos morais de interesse da bioética, como por exemplo a limitação de liberdades ocasionada pela emergência sanitária da Pandemia de Covid-19, em que a liberdade de ir e vir dos cidadãos sofreu limitações com o objetivo de reduzir a circulação do vírus. Esta situação, fundada na supremacia do interesse público, foi muito discutida após a decretação da emergência sanitária no Brasil, estando presente no debate teórico no campo da saúde pública e da bioética.

Neste contexto, Porto e Garrafa (2011) apontam para a interface entre bioética e saúde pública, que possuem similaridades conceituais, no objeto de estudo e no campo de atuação. Os autores pontuam ainda que ambos os campos buscam a fundamentação dos direitos humanos, sobretudo, do princípio da dignidade humana e, ainda, demonstra especial preocupação com os mais vulneráveis.

A Constituição Federal estabelece em seu artigo 196 que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário

às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O dispositivo constitucional aponta, portanto, para saúde enquanto direito de cidadania e para a responsabilidade do Estado, evidencia o processo promoção de saúde e atenção ao adoecimento da população, estabelece que o acesso à saúde, além de universal deve ser igualitário e, ainda, expõe o dever do Estado de propor e manter políticas públicas para garantir o acesso à saúde.

Salienta-se que para garantia do direito à saúde, em suas dimensões biológica, psíquica e social, faz-se necessário considerar outros direitos como alimentação, meio ambiente, trabalho, habitação, educação, entre outros. Seguindo esta linha, o direito à saúde foi enunciado na Declaração Universal de Direitos Humanos (1948) em seu artigo XXV, segundo o qual “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar” (ONU, 1948).

O direito à saúde é também destacado pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos - DUBDH. O artigo 14 da DUBDH é denominado responsabilidade social e saúde e demonstra que a promoção de saúde deve ser objetivo central dos governos. Estabelece que “usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social” (Unesco, 2005). Determina ainda, especial atenção para a saúde de mulheres e crianças. A DUBDH também adota o conceito de saúde ampliada, englobando outros direitos, como acesso à alimentação adequada, por exemplo.

O direito à saúde é, portanto, um direito humano. É também um direito fundamental¹⁰ previsto na Constituição Brasileira. Neste aspecto, embora dotado de legitimidade e legalidade, o direito à saúde não possui efetividade imediata (Monteiro, 2019), fazendo-se necessário a implementação de políticas públicas para sua garantia.

No entanto, conforme exposto por Garrafa (2004), em aspectos legislativos a saúde pública brasileira teve importantes evoluções desde 1988, no entanto, as

¹⁰ Direitos Humanos tem relação direta com os documentos de Direito Internacional, p.ex.: a Declaração Universal de Direitos Humanos ou a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, já os Direitos Fundamentais são os direitos reconhecidos e assegurados de maneira constitucional por um determinado Estado, como é o caso da Constituição Brasileira de 1988.

práticas coletivas na área ficaram muito aquém das previsões legais. Neste sentido, para Monteiro (2019, p. 16)

As políticas em saúde podem promover ou violar os direitos humanos, incluindo o direito à saúde, dependendo da forma como elas são concebidas e/ou executadas. Assim, discriminações no acesso ou mesmo na prestação de serviços de saúde violam os direitos humanos. [...] É responsabilidade precípua dos Estados, a fim de corrigir desigualdades, iniquidades e práticas discriminatórias, garantindo saúde de qualidade para todos.

A garantia do direito à saúde demanda a promoção de outros direitos. Além do acesso à alimentação, moradia, trabalho, entre outros, o direito à saúde perpassa a superação de desigualdades, a não-discriminação, a busca por equidade. Deste modo, devem as políticas públicas em saúde considerar esses elementos, desde sua elaboração, implementação e avaliação.

Assim, o diálogo entre bioética e saúde pública mostra-se necessário para a tomada de decisões éticas, levando em conta as demandas da coletividade, sobretudo no cenário de escassez de recursos *versus* acúmulo de desigualdades identificados na sociedade brasileira.

Considerando a intersecção gênero, raça e classe, verifica-se que mulheres negras e pobres formam o grande contingente de usuárias dos serviços de atenção à saúde pública no Brasil. Tendo em vista o cenário de desigualdades sociais, no Brasil “os oprimidos mesclam-se aos vulneráveis” (Diniz, Guilhem, 2000, p. 238), devendo a bioética, isto é, uma bioética que se pretenda crítica e preocupada com questões coletivas e suas vulnerabilidades, adotar um olhar específico para as necessidades e opressões que recaem sobre estas mulheres.

Em se tratando de questões relacionadas à saúde da mulher, a associação com os direitos sexuais e reprodutivos é quase imediata. Ocorre que, a atenção à saúde da mulher, em suas origens, está vinculada mais à sua capacidade de reprodução do que ao seu bem-estar.

A noção de biopolítica em Foucault (1999) expõe que uma das formas de controle sobre a vida, isto é, de exercício de biopoder, centrou-se na análise de processos biológicos da população como nascimentos, duração da vida, longevidade e mortalidade. Para o autor, o controle sobre a mulher “que levou a uma medicalização minuciosa de seus corpos, de seu sexo, fez-se em nome da responsabilidade que elas teriam no que diz respeito à saúde de seus filhos, à solidez da instituição familiar e à salvação da sociedade (Foucault, 1999, p. 136).

No início do século XX, existia a crença de que a grandeza e riqueza da nação se relacionavam com a quantidade de habitantes (Mott, 2002), razão pela qual a medicina e o próprio Estado passam a se preocupar com a “saúde da mulher”. Antes, os detalhes da vida reprodutiva das mulheres (leia-se mulheres brancas) eram considerados assunto de família, algo privado e íntimo. Neste contexto, surgem a ginecologia e obstetrícia como especialidades médicas.

Para Martins (2004, p. 141),

A produção dos saberes da medicina da mulher fornece evidências dos principais procedimentos por meio dos quais reduziram-se a subjetividade e as diferenças das mulheres a um conjunto de sintomas pré-fixados pelo saber médico; da transformação das mulheres em objetos de análise devido à determinação do aparelho reprodutivo sobre suas vidas e, por fim, da construção de uma representação naturalizada da mulher.

Verifica-se que a investigação médica e a própria assistência à saúde da mulher se iniciam vinculados aos aspectos reprodutivos da mulher, tendo em vista as especificidades anatômicas e a capacidade de gerar filhos saudáveis. No entanto, salienta-se que este processo médico-científico reforçou a redução da mulher à sua fertilidade, conforme pensamento hegemônico à época.

Em que pese as suas origens, na atualidade a saúde reprodutiva é reconhecida como um direito humano. De acordo com a Declaração de Beijing, aprovada durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995),

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença. A saúde reprodutiva implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência (1995, p.178)

Saúde reprodutiva não é um direito somente das mulheres. Homens também são destinatários destes direitos, mas a capacidade reprodutiva associada a posições sociais de inferioridade em relação ao homem e às condições de vulneração de mulheres ao redor do mundo tornam necessário que os direitos das mulheres sejam destacados.

O próprio conceito de direitos reprodutivos foi difundido a partir da década de 1980 pelo movimento feminista ao reivindicar liberdade e dignidade no exercício da sexualidade e da função reprodutiva (Maia, 2010).

A Declaração de Beijing estabelece ainda que no âmbito dos direitos reprodutivos se inclui “o direito de acesso a serviços apropriados de atendimento à saúde que permitam às mulheres o acompanhamento seguro durante a gravidez, bem como partos sem riscos” (1995, p.178).

Assim, a atenção adequada à saúde das mulheres durante a gestação e no momento do parto, configura-se enquanto um direito reprodutivo e, portanto, um direito humano. Entretanto, como já mencionado, as políticas públicas em saúde são capazes de promover e/ou violar direitos humanos (Monteiro, 2019). Na conjuntura brasileira, marcada por profundas desigualdades, pela herança colonial do racismo e pela feminização da pobreza, mesmo diante de um sistema de saúde pública universal e gratuito, as vulnerabilidades se intersectam na vida de gestantes negras e pobres.

4.1.1 Assistência à saúde gestacional no Brasil

Gestar, nascer e parir são eventos naturais com diversos significados sociais e culturais, e como tal, passaram por diversas mudanças no decorrer da história. O nascimento e os modelos de assistência ao parto utilizados no Brasil também sofreram diversas modificações nos últimos cem anos. Entretanto, “o caráter excludente e desigual da assistência sempre foi uma marca da saúde no Brasil, bem como das práticas de assistência ao parto” (Maia, 2010, p. 19).

Até o final do Século XIX as mulheres davam à luz em casa, assistidas por parteiras (Mott, 2002), que geralmente, eram mulheres da própria comunidade. O parto era um ritual entre mulheres, íntimo e familiar, não era considerado um ato médico. Médicos somente eram chamados para situações fora da normalidade, diante de complicações (Maia, 2010).

Na época, o parto fora de casa estava relacionado às condições sociais da parturiente. Neste sentido, segundo Mott (2002, p. 198)

Dar à luz fora de casa era uma situação anormal, considerada apavorante e procurada somente em casos extremos, sobretudo por pessoas consideradas desclassificadas socialmente. Nos casos dos partos complicados, apenas as mulheres mais pobres, indigentes, prostitutas e mães solteiras recorriam às Santas Casas, mantidas por caridade religiosa.

Embora fossem atendidas por cirurgiões nas Santas Casas, o espaço hospitalar não era um ambiente seguro para mulheres e para os bebês, pois além de

áreas precárias, no mesmo espaço onde eram realizados os partos ficavam acolhidos os doentes, causando infecções e mortes (Mott, 2002).

Por volta de 1930, com as descobertas científicas ocorridas no início do Século XX, as maternidades e casas de parto deixaram, aos poucos, de ser consideradas perigosas. No entanto, o parto hospitalar ainda era algo relacionado a mulheres de classes sociais mais baixas, que não possuíam condições e estrutura para partos domiciliares (Leister, 2011). Ademais, de acordo com Martins (2004) a presença da autoridade médica no parto estava restrita às mulheres brancas oriundas de famílias abastadas.

Nota-se que as experiências de gestação e parto estavam envoltas por diversas questões sociais e econômicas. Deste modo, o extrato social da mulher-mãe era critério para definição do modelo de assistência utilizado. Além disso, a assistência às parturientes pobres e àquelas consideradas indignas, isto é, que não correspondiam aos padrões de moralidade vigentes, era marcada pela precariedade extrema, expondo-as a riscos adicionais de adoecimento e morte. Ademais, ao considerar o contexto gestacional e o trabalho de parto de mulheres escravizadas, as condições eram ainda mais inseguras e arriscadas. Conforme exposto por Lopes e Werneck (2010), durante todo o período escravista, os afro-brasileiros tiveram que lidar com altas taxas de mortalidade materna e infantil.

No Brasil, a hospitalização do parto tornou-se predominante na década de 1960. Neste período, o parto medicalizado e hospitalar passou a ser considerado moderno e seguro (Maia, 2010). A transformação do parto em um evento médico está associada ao desenvolvimento de instrumentos próprios para esse momento, como fórceps, sondas, agulhas e ganchos, bem como à adoção de práticas cada vez mais intervencionistas, em contraposição às parteiras que detinham apenas conhecimento e realizavam algumas poucas manobras com as mãos (Maia, 2010).

No Brasil atual, 97,85% dos partos são realizados em ambiente hospitalar (Datusus, 2010). Assim, “de evento fisiológico, familiar e social, o parto e nascimento transforma-se em ato médico, no qual o risco de patologias e complicações se torna a regra, e não a exceção” (Maia, 2010, p. 34). Com o tempo, a modificação do parto “do domicílio ao hospital” (Mott, 2002), atingiu a situação atual de hegemonia do modelo tecnocrático na assistência à gestação e ao parto.

O modelo tecnocrático na medicina é baseado nos fundamentos mecanicistas de separação corpo-mente e do corpo associado à máquina (Davis-Floyd, 2001). Assim, o modelo tecnocrático é marcado pelo atendimento médico com forte utilização de meios tecnológicos e fármacos e pelo distanciamento do profissional em relação ao paciente.

Para ilustrar o modelo tecnocrático na obstetrícia, utiliza-se a seguinte metáfora: o hospital equipara-se a uma fábrica, o corpo da mulher-mãe a uma máquina e o bebê seria o resultado da produção (Davis-Floyd, 2011). Assim, a mulher é reduzida ao seu útero-máquina e o parto é encarado como resultado das contrações do útero (Maia, 2010). Aguiar e D'Oliveira (2011, p. 84) afirmam que a

Paciente vai à procura de um conhecimento técnico científico que o profissional detém. Contudo, o encontro entre esses dois sujeitos não se deve resumir a este processo de objetivação do paciente, visto que isso anularia sua subjetividade, transformando-o em mero objeto de análise diagnóstica e intervenção. Isto é o que ocorre no modelo hegemônico de parto medicalizado, no qual a mulher é vista como uma 'máquina de fazer bebês'.

O modelo tecnocrático é responsável por uma alteração emblemática na parturição: a posição da mulher deitada durante o trabalho de parto. Conforme exposto por Maia (2010) esta posição atende à conveniência médica, mesmo que ofereça dificuldades para o processo fisiológico. Assim, a figura do médico torna-se central no momento do parto, mais do que a mulher. Portanto, neste modelo a mulher-mãe, a parturiente, deixa de ser a protagonista do parto.

De acordo com Oliveira e Albuquerque (2018, p. 38),

O parto hospitalizado responde a uma lógica industrial de produção, em que há uma série de prazos a serem cumpridos pelos profissionais, dentro de um período delimitado de tempo. Desta forma, se a mulher não concluir o trabalho de parto no tempo previsto, serão realizadas intervenções desnecessárias para que ela dê à luz no prazo determinado.

Assim, as autoras associam a hegemonia do modelo tecnocrático no Brasil com a escalada do fenômeno da violência obstétrica. Outro estudo desenvolvido por Backes *et al* (2021) identificou a presença hegemônica do paradigma tecnocrático na assistência obstétrica brasileira como um dos fatores causadores de violências às gestantes. De acordo com esta pesquisa, a lógica intervencionista e o protagonismo do profissional médico, características do modelo tecnocrático, estão relacionadas a essa violência.

4.1.2. Racismo Institucional na Saúde Obstétrica

O racismo tem caráter sistêmico. Isso significa que este fenômeno não é formado por atos isolados, mas faz parte de um processo histórico em que grupos, distribuídos conforme critérios raciais, são mantidos em posição de subalternidade, em diversos âmbitos da vida (Almeida, 2019).

Neste sentido, para Jurema Werneck (2016, p.541),

O racismo pode ser visto também como um sistema, dada sua ampla e complexa atuação, seu modo de organização e desenvolvimento através de estruturas, políticas, práticas e normas capazes de definir oportunidades e valores para pessoas e populações a partir de sua aparência.

Diante de sua complexidade, para operacionalizar os estudos acerca do racismo, Almeida (2019) utiliza a classificação em três concepções: racismo individualista, racismo estrutural e racismo institucional. A concepção individualista ressalta os aspectos comportamentais e psicológicos do indivíduo ou grupo racista, desconsiderando os aspectos políticos determinantes do fenômeno. “É uma concepção que insiste em flutuar sobre uma fraseologia moralista inconsequente - “racismo é errado”, somos todos humanos”, [...] “tenho amigos negros” (Almeida, 2019, p. 37).

Em sua concepção estrutural, resgatando todo o processo histórico e político do colonialismo, da colonialidade e da própria construção da ideia de raça, considera-se que o racismo é regra e não exceção. Assim, “é uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo “normal” com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional” (Almeida, 2019, p. 50).

Por sua vez, a dimensão institucional do racismo, aspecto que foi primeiro apontado por integrantes dos Panteras Negras - importante grupo do movimento negro estadunidense (Werneck, 2016), implica em analisar o racismo para além dos comportamentos individuais e reconhecer que é também “resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça” (Almeida, 2019, p. 37).

De acordo com Werneck (2016, p. 542), o racismo institucional

Atua de forma a induzir, manter e condicionar a organização e a ação do Estado, suas instituições e políticas públicas – atuando também nas

instituições privadas – produzindo e reproduzindo a hierarquia racial. Atualmente, já é possível compreender que, mais do que uma insuficiência ou inadequação, o RI é um mecanismo performativo ou produtivo, capaz de gerar e legitimar condutas excludentes.

Deste modo, verifica-se que o racismo está presente no interior das instituições. Assis (2018) chama atenção para a sutileza e particularidades com as quais o racismo institucional se apresenta, estando implícito nas organizações, o que dificulta sua identificação, mas resulta em “desigualdades não só na prestação de serviços, mas também na possibilidade de distribuição de benefícios e oportunidades aos variados grupos a partir do caráter racial” (Assis, 2018, p. 549).

Ana Luiza Flauzina menciona “o ranço das práticas escravocratas” ainda presente “na condução política da máquina administrativa” (2006, p. 94).

Portanto,

Podemos entender o racismo institucional como a existência de um sistema de discriminação operado e mantido pelas estruturas sociais de poder, que sobrepõe às ações de discriminação racial individuais. Ou ainda, como a gerência do poder do Estado na manutenção do racismo ou inação deste para o enfrentamento do racismo nas estruturas institucionais da sociedade. (Cunha, 2017, p. 42)

Nota-se que na realidade brasileira, traços de herança colonial e escravocrata ainda residem na atuação do Estado e de diversas instituições públicas e privadas, resultando na manutenção da exclusão e segregação social com base no elemento raça/cor.

Kalckmann *et al.* (2007, p. 146) definem a dimensão institucional do racismo como

Fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. [...] Pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causa desvantagens a pessoas de minoria étnica.

No Brasil, diante da correlação entre raça, racismo e condição de classe, a assistência à saúde da população negra e, mais especificamente, das mulheres negras é realizada majoritariamente no Sistema Único de Saúde - SUS. Operando nas organizações e nas políticas públicas de saúde, o racismo institucional causa impactos à saúde da população negra, mantendo e atualizando as condições de

vulnerabilidade a que este grupo está exposto desde o período da escravidão (Werneck, 2016).

Oliveira e Kubiak (2019) afirmam que os efeitos do racismo institucional na saúde pública geram diferenças significativas no desenvolvimento de pesquisas, no cuidado ofertado e também na prestação de serviços, resultando em restrições no acesso às instituições e em conflitos na relação com os profissionais de saúde.

Kalckmann *et al.* (2007) abordam a invisibilidade e a ausência de questões raciais na formação dos profissionais de saúde, o que os distancia das populações que serão efetivamente atendidas nos espaços públicos de saúde. Assim, as populações negra e indígena, historicamente excluídas, tornam-se ainda mais vulneradas diante de um sistema de saúde despreparado, pouco acessível e precário.

O racismo institucional tem sido citado em abordagens sobre saúde da população negra e, de forma mais recente, vem sendo relacionado à violência obstétrica quando os abusos recaem sobre mulheres negras. Neste âmbito, pesquisas apontam para a manifestação de vieses raciais na atenção à saúde prestada pelo SUS, em diversos âmbitos e, de forma particular, na assistência prestada pelas maternidades públicas (Assis, 2018).

O Sistema Único de Saúde - SUS, previsto nas Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, está assentado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. A universalidade reconhece a saúde como um direito de cidadania, devendo ser garantida a todos e todas, sem distinções. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, na medida de suas necessidades, assim, para reduzir as desigualdades sociais, este princípio estabelece que se deve investir mais onde há maior carência. O princípio da integralidade define que o sistema de saúde deverá cobrir todas as demandas das pessoas de forma integral, desde a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com foco no bem-estar das pessoas.

Apesar da universalidade, equidade e integralidade serem princípios do SUS, este sistema tem se mostrado impregnado por ideologias e práticas racistas. Instituições são construídas por pessoas no interior das sociedades, deste modo, as instituições são racistas, porque a sociedade é racista (Almeida, 2019). Dito isto, ressalta-se que a constatação de que o racismo é um fenômeno sistêmico e estrutural, e de que as instituições mantêm e reproduzem o racismo, não isenta de

responsabilidade os indivíduos, grupos ou organizações, por suas práticas de discriminação racial.

Assim, as iniquidades sofridas por mulheres negras durante a gestação, o parto e pós-parto vem sendo associadas ao racismo presente nas instituições públicas de saúde. O problema vai desde a elaboração das políticas públicas de saúde, quando estas não levam em consideração o impacto do elemento raça/cor na assistência obstétrica; passa pela insuficiência e/ou precariedade de equipamentos públicos e acessíveis destinados ao atendimento das demandas de gestantes negras e, pode implicar também em práticas violentas durante o atendimento a estas mulheres nas maternidades e outros espaços de saúde pública. Deste modo, o racismo

Está embutido nas escolhas institucionais feitas a priori e que determinam o funcionamento de políticas, procedimentos, operações e a cultura das instituições públicas ou privadas. Pode ser descrito como os trilhos (a estrutura, as decisões a priori) a partir de que os diferentes destinos e caminhos (as políticas e ações) são desenvolvidos (Lopes, Werneck, 2010, p. 17).

Os caminhos escolhidos pela sociedade brasileira, que se expressam nas políticas públicas em saúde, resultaram, na prática, em diversas vulnerabilidades para as gestantes negras, como dificuldades de acesso aos equipamentos e serviços de atenção à saúde gestacional, insuficiência e má-qualidade de consultas pré-natal, não vinculação à maternidade e peregrinação para o parto, violência e racismo obstétrico, etc (Leal *et al.*, 2017). Em verdade, este panorama de vulnerabilidades pode ser observado desde as deficiências na promoção de saúde sexual e reprodutiva, bem como nas fragilidades da educação para prevenção às infecções sexualmente transmissíveis - ISTs e acesso a métodos contraceptivos.

O próprio Estado Brasileiro reconheceu a presença e impactos do racismo institucional. Em 2006, o então Ministro da Saúde afirmou publicamente a presença de racismo institucional no SUS. Também em 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde Integral à População Negra. Ademais, foi estabelecido o Programa de Combate ao Racismo Institucional/PCRI (2001-2007), com participação do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e diversas organizações da sociedade civil, cuja intenção era fortalecer as políticas públicas de saúde para redução das iniquidades raciais (Lopes, Werneck, 2010).

Em que pese a existência de políticas públicas que reconhecem o racismo como fator determinante para as condições de saúde da população negra e que buscam reduzir estas iniquidades, as experiências de mulheres negras nos equipamentos públicos de saúde “Brasil adentro” expõem que a realidade ainda está distante dos princípios expostos na Declaração Universal de Direitos Humanos e outros documentos internacionais, na Constituição Federal, bem como nas leis que dispõem sobre o funcionamento do SUS.

4.2 PARA DAR NOME AO PROBLEMA: DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA AO RACISMO OBSTÉTRICO

Embora sejam eventos naturais, que existem desde que “o mundo é mundo”, gestação e parto são também construções sociais e históricas. Deste modo, no início século XXI, isto é, nas últimas duas décadas, muitas mulheres têm compartilhado suas experiências com estes eventos. Rodas de conversas, grupos de apoio e relatos de parto tornaram-se termos comuns, sobretudo no contexto da internet e no trânsito de comunicação entre mulheres com maior formação educacional.

Se por um lado este movimento proporcionou maior fluxo na oferta de informações, visto que o ciclo gravídico-puerperal pode ser assustador e causar inúmeras dúvidas nas mulheres, também oportunizou o compartilhamento de suas dores e de práticas abusivas experienciadas durante este período. Assim, embora o tratamento hostil destinado às mulheres durante a gestação, parto e pós-parto seja relatado há pelo menos cem anos, a utilização dos termos violência obstétrica e racismo obstétrico têm crescido nos últimos anos, sobretudo no contexto dos direitos reprodutivos e do movimento de mulheres.

4.2.1 “Na hora de fazer, você gostou, né?": A Violência Obstétrica

“Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”
“Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.”
“Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”
“Na hora de fazer, você gostou, né?”
“Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.”
(Senado Federal, 2012, p. 02)

Violência obstétrica é um tema que vem ganhando relevância no debate contemporâneo. O surgimento de vítimas famosas, isto é, mulheres-mães conhecidas publicamente, dentre elas artistas e influenciadoras digitais¹¹, que expuseram as situações vivenciadas e abordaram este tema, contribuíram para o alcance do debate.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2014), a violência obstétrica está disseminada nas práticas de saúde, de modo que mulheres do mundo todo experimentam abusos, desrespeito e negligência durante a assistência ao parto em instituições de saúde.

Oliveira e Albuquerque (2018, p. 37) conceituam a violência obstétrica como:

Apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde, que se exterioriza por meio do tratamento violento, o abuso de medicalização e da patologização dos processos naturais, que acarretam na perda de autonomia da paciente e na capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade de forma negativa.

Assim, violência obstétrica é o termo utilizado para expressar abusos sofridos por mulheres em serviços de atenção à saúde durante a gestação, o parto e o pós-parto. Pode abranger violência física e/ou psicológica, incluindo a realização de intervenções sem o consentimento da mulher.

Tempesta e França (2021, p. 260) descrevem violência obstétrica como “uma modalidade específica de violência que ocorre no âmbito da assistência prestada a uma mulher ou pessoa trans ao longo da gestação, trabalho de parto, eventual abortamento e período pós-parto”. Assim, observa-se que pessoas trans - homens trans e indivíduos não binários - podem sofrer estes abusos, uma vez que dotados de útero, podem vir a gestar e parir. Ademais, salienta-se que abusos ocorridos em contextos de abortamento, espontâneo ou provocado, são considerados violência obstétrica.

No final do século XX e início do século XXI, algumas pesquisas abordaram este fenômeno, porém utilizando termos diversos como: crueldade no parto, violência institucional de gênero no parto e aborto, violência no parto, violência de gênero no parto e aborto, abuso obstétrico, desrespeito e abuso, assistência desumana/desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto

¹¹ Em 2022, a violência obstétrica sofrida pela influenciadora digital Shantal Verdelho teve grande repercussão, impulsionando debates nas mídias sociais, jornais e televisão em todo Brasil. Leia mais em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/01/10/shantal-quem-e-a-influenciadora-que-denunciou-violencia-obstetrica-durante-parto.ghtml>>

abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto (Diniz *et al.*, 2015). As narrativas das mulheres, as práticas mencionadas e os fundamentos médicos hospitalares permitem a afirmação de que se trata de violência obstétrica.

Diniz *et al.* (2015) expõem que as práticas atualmente enquadradas como violência obstétrica são antigas, havendo relatos sobre “crueldade em maternidades” em revista feminina dos Estados Unidos na década de 1950, bem como a fundação de um movimento para prevenção de crueldade contra grávidas na Inglaterra em 1958. As pesquisadoras citam ainda a produção de escritos feministas desde 1960 abordando a questão. Ademais, o termo violência obstétrica já era utilizado por abordagens feministas desde a década de 1980 no Brasil.

Assim, embora a violência obstétrica pareça ser um fenômeno recente, verifica-se que estas práticas são antigas, sendo associadas à própria medicalização e hospitalização do parto. Além disso, a abordagem crítica com relação a estas práticas abusivas já vem ocorrendo há algum tempo dentro do movimento feminista e em produções destinadas ao público feminino, a exemplo da revista americana supracitada.

Em 2012, como parte dos resultados dos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Mista de Inquérito Parlamentar - CPMI que investigou a situação da violência contra a mulher no Brasil, o Senado Federal divulgou o Dossiê Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Neste documento, a violência obstétrica é caracterizada como os atos “praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas” (Senado Federal, 2012, p. 60). Ainda segundo o dossiê, estes atos podem ter caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático.

Violência obstétrica de caráter físico é caracterizada diante de “ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas” (Senado Federal, 2012, p. 60). Em caráter psicológico se configura através da ação verbal ou comportamental que cause sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional e medo, a exemplo de ameaças, xingamentos, grosseria, desrespeito, chantagens e omissão de informações.

Configura violência obstétrica de caráter sexual ações que violem a intimidade ou pudor, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do corpo da mulher. Episiotomia, assédio, exames de toque invasivos ou agressivos e cesariana sem consentimento informado são exemplos desse tipo de abuso. Tem caráter institucional as “ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada” (Senado Federal, 2012, p. 61).

O caráter material da violência obstétrica ocorre diante de ações com a finalidade de obter vantagens financeiras de mulheres em processos reprodutivos, como cobranças indevidas e indução à contratação de serviços privados para obter atendimento. Por fim, o caráter midiático são condutas praticadas por profissionais por meio de mensagens e imagens, bem como a apologia ou defesa de práticas cientificamente contraindicadas.

Assim, violência obstétrica constitui-se enquanto um fenômeno social complexo, que envolve diversas condutas e práticas no âmbito da assistência à saúde gestacional, pública ou privada. Em síntese, Curi, Ribeiro e Marra (2020, p. 158) afirmam que a violência obstétrica “se expressa por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, que levam à perda de autonomia das mulheres e às violações de direitos humanos, sexuais e reprodutivos”.

Neste contexto, salienta-se que a utilização do termo violência obstétrica é marcada por diversos debates, sobretudo em relação à categoria médica. Isso porque o termo “obstétrico” poderia levar ao entendimento de que as práticas violentas durante o ciclo gravídico-puerperal seriam causadas somente pelo profissional médico (Lima, Pimentel, Lyra, 2021). No entanto, salienta-se que o termo diz respeito às práticas abusivas relacionadas à assistência obstétrica, que não é realizada somente pela figura do(a) médico(a), de modo que todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde da gestante/parturiente podem ser responsáveis por tal violência.

No campo deste debate, em 2019, o Ministério da Saúde - MS manifestou-se, em nota, contrário à utilização do termo, sugerindo sua abolição, por ter “conotação inadequada”. Na sequência, o Conselho Federal de Medicina - CFM lançou uma nota expondo que a utilização do termo violência obstétrica “agridera a comunidade médica”. Em resposta, o Ministério Público Federal - MPF lançou a recomendação nº 29/2019,

expondo que o Ministério da Saúde estava indo na contramão da Organização Mundial de Saúde - OMS, reiterando a necessidade de combater a violência obstétrica no Brasil, antes da preocupação semântica com o uso do termo.

Na referida recomendação, o MPF expõe que negar a violência obstétrica “equivale a enfraquecer as ações positivas do Estado e de toda a sociedade para que a violência no parto seja combatida”, além de dar margem a argumentações visando a impunidade dos profissionais responsáveis pelo cometimento de tal violência.

Em que pese a controvérsia mencionada, verifica-se que os debates acadêmico e público contribuem para conscientização dos profissionais de saúde, das mulheres e da população em geral quanto ao tema e, com isso, é possível obter avanços em direção a melhorias na assistência obstétrica, a fim de alcançar um tratamento respeitoso e de qualidade para todas as gestantes, parturientes e puérperas.

De acordo com Aguiar e D'Oliveira (2011) os maus-tratos vivenciados pelas mulheres nos serviços de saúde estão relacionados à discriminação de gênero, de raça e de classe, não podendo ser explicados somente pelas limitações econômicas e estruturais em serviços públicos de saúde. Mesmo mulheres ricas, com acesso a serviços privados de saúde, podem sofrer práticas abusivas, como ocorreu no caso de grande repercussão da influenciadora digital Shantal Verdelho, que sofreu violência durante seu parto em 2021.

Para Backes *et al* (2021, p. 2) a violência obstétrica compõe um cenário da saúde em que

A formação dos profissionais foi estruturada sob uma base misógina, ou seja, de aversão ao feminino, traduzida em uma prática comportamental machista, fundamentada na crença de superioridade do poder e da figura masculina e na manutenção das desigualdades e da hierarquia entre os gêneros. Dessa maneira, no histórico de saúde das mulheres, nota-se que as práticas de saúde exigiam a passividade delas.

A violência obstétrica é, portanto, uma prática com bases misóginas. A assimetria médico-paciente, no caso da assistência obstétrica, está ancorada também na assimetria de poder homem *versus* mulher. O conhecimento é atravessado pela visão, os valores e o contexto de quem o produz (Lima, Pimentel, Lyra, 2020). Lembrando que as ciências e a medicina, mesmo a ginecologia e a obstetrícia, foram elaboradas por homens, que pouco conheciam de seu objeto de estudo, ou seja, pouco entendiam de mulheres (Martins, 2004). Deste modo, considerando o modelo

hegemônico ensinado e reproduzido, mesmo profissionais do gênero feminino podem produzir práticas violentas na assistência obstétrica.

Ainda que seja capaz de afetar mulheres brancas e ricas em serviços privados de saúde, verifica-se que as mulheres negras e pobres, usuárias de serviços públicos de atenção à saúde gestacional são as maiores vítimas de violência obstétrica no Brasil. Por esta razão, faz-se necessário abordar aspectos étnico-raciais, bem como o racismo nas instituições de saúde para a compreensão da violência obstétrica no Brasil e da produção do fenômeno do Racismo Obstétrico.

4.2.2. Racismo Obstétrico

Falas como “mulheres negras são parideiras por excelência”, negras são fortes, mais resistentes à dor, negras têm mais leite”, “negras são mais resistentes à anestesia”, elas não fazem o pré-natal direito” dentre outras são reiteradamente pronunciadas, determinam a assistência oferecida, sem qualquer crítica ou mesmo constrangimento. Reverberam entre as instituições, entre os profissionais. Ecoam na sociedade (Curi, Ribeiro, Marra, 2020, p. 160).

Têm crescido o número de trabalhos acadêmicos que abordam a violência obstétrica. Entretanto, até então, a grande maioria dos trabalhos relaciona tais práticas à violência de gênero associada à pobreza e baixa escolaridade, embora esteja demonstrado que mulheres negras são as maiores vítimas de violência obstétrica (Leal *et al*, 2017).

Neste contexto, as abordagens que relacionam violência obstétrica a aspectos raciais no Brasil também cresceram, sobretudo, nos últimos 15 anos, mas a análise ainda se relaciona primeiro à gênero e posteriormente realiza-se o recorte de raça. Entretanto, conforme explicitado na Seção 3, para abordar a realidade de mulheres no Brasil, gênero e raça devem ser entendidos na sua intersecção, isto é, devem ser considerados os resultados específicos produzidos pela associação destas opressões. A análise de raça separada de gênero e de classe gera resultados parciais e imprecisos, além de invisibilizar mulheres não-brancas, como as mulheres negras e as mulheres indígenas, por exemplo.

A partir de uma abordagem interseccional, Lima, Pimentel e Lyra (2020) expõem que raça, gênero e condição econômica estabelecem uma hierarquia no acesso e na qualidade da assistência obstétrica, de modo que utilizar gênero como categoria central de análise é insuficiente para a abordar o contexto de violências a

que estão expostas as mulheres negras no Brasil. Para Resende e França (2021) a violência obstétrica é, sobretudo, uma violência interseccional.

Assim, salienta-se que a violência obstétrica não atinge as mulheres de forma homogênea, havendo hierarquias entre as mulheres, bem como o estabelecimento de hierarquias reprodutivas.

Para Curi, Ribeiro e Marra (2020) as hierarquias reprodutivas estabelecem as dinâmicas do tratamento que será ofertado à mulher, baseando-se em características consideradas positivas e características consideradas negativas. Para as autoras, são elementos positivos: ser branca, casada, com idade considerada adequada (nem jovem demais, nem velha demais). São negativos: ser negra, pobre, adolescente etc.

Neste sentido, Diniz *et al.* (2015, p. 380) apontam “a existência de uma hierarquia sexual, de modo que quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais rude e humilhante tende a ser o tratamento oferecido a ela”. Deste modo, “mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro” (Diniz *et al.*, 2015, p. 380).

Assim, considerando o estabelecimento de tais hierarquias, uma adolescente negra, pobre e solteira, por exemplo, está mais suscetível a receber um tratamento hostil ou violento quando comparada a uma mulher adulta e branca. Neste exemplo, a adolescente mostra-se vulnerada – isto é, com vulnerabilidades concretas – em razão de condicionantes sociais e também morais, por conta da gestação e do próprio exercício da sexualidade, consideradas precoces. Neste campo das hierarquias é possível identificar outras combinações de vulnerabilidades, como ser LGBTQIA+ ou viver em situação de rua, por exemplo, que na vida concreta devem ser lidas de forma interseccional com outros marcadores presentes.

De acordo com o Dossiê Mulheres Negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil, a mulher negra apresenta os piores índices de escolaridade e acesso a bens e serviços (Ipea, 2013), ocupando a base da pirâmide das hierarquias sociais (hooks, 2018). As mulheres negras também apresentam desvantagens na hierarquia reprodutiva.

No que tange à assistência reprodutiva às mulheres indígenas, pesquisas apontam para um cenário assemelhado ao das mulheres negras, no entanto, ressalta-se que ainda são poucas as abordagens acerca do tema, sendo que mesmo a

pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e Nascimento (2010-2011), trabalho de abrangência nacional que avaliou a assistência obstétrica, falhou em obter dados suficientes para realizar esta análise (Leal *et al.* 2017).

Pesquisas relacionadas à assistência obstétrica desenvolvidas no Brasil, sobretudo de caráter regional, apresentam piores resultados para mulheres negras - pretas e pardas - quando comparadas às mulheres brancas (Lima, Pimentel, Lyra, 2020; Ramires *et al.* 2021; Resende, França, 2021). São as piores taxas de morte materna, segundo Martins (2006, p. 2477), citando uma variedade de pesquisas e bases de dados, “as [mulheres] pretas sempre apresentam a maior razão de mortalidade materna”.

Outro estudo, elaborado por Lima (2016), 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.

Oliveira e Kubiak (2019) em revisão de literatura, apontam que todos os artigos analisados são unânimes ao afirmar que as mulheres negras têm o pior atendimento à saúde.

Diversos trabalhos foram elaborados a partir das bases de dados da pesquisa “Nascer no Brasil” (2010-2011), obtidos em maternidades públicas de todas as regiões do país. Neste contexto, Leal *et al.* (2017, p. 02) expõem que “apesar da centralidade da questão da saúde da mulher e da criança nas políticas de saúde no Brasil, até o momento foram conduzidas poucas pesquisas voltadas para a análise das influências da raça/cor no tocante à experiência de gestação e parto”. Assim, em estudo elaborado por diversos pesquisadores sob a coordenação da Professora Maria do Carmo Leal, denominado “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”, publicado em 2017, identificou-se um “gradiente de pior para melhor cuidado entre mulheres pretas, pardas e brancas” (Leal *et al.*, 2017, p. 06).

O referido trabalho realizou análise comparativa dos resultados obtidos na pesquisa “Nascer no Brasil”, relacionando mulheres pretas *versus* brancas, pretas *versus* pardas e pardas *versus* brancas. Para seleção dos indivíduos analisados utilizou-se o método de pareamento do vizinho mais próximo, na intenção de analisar puérperas em condições similares, isolando o quesito cor/raça como marcador da diferença, para que fosse possível identificar os resultados comparativos. Assim, os

dados foram tratados, equiparando as mulheres com características mais próximas e, com isso, neutralizando as disparidades sociais e econômicas. (Leal *et al.*, 2017).

Além da importância do referido estudo, optou-se por apresentar os resultados obtidos, sobretudo, em razão da análise desagregada dos dados, o que permitiu apresentar resultados comparativos entre mulheres brancas, pretas e pardas. Em geral, a categoria “mulheres negras” abrange pretas e pardas, conforme categorização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. No entanto, há muito se aponta que o racismo causa desvantagens distintas para indivíduos pretos e pardos.

Deste modo, na comparação entre puérperas pretas vs brancas, a pesquisa identificou que mulheres pretas têm maior risco de pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante e peregrinação para o parto, menor orientação sobre o início do trabalho de parto e complicações da gravidez. Ademais, mulheres pretas recebem menos anestesia local quando da realização de episiotomia (Leal *et al.*, 2017).

Na comparação puérperas pardas vs brancas verificou-se que as mulheres pardas são mais propensas a um pré-natal inadequado e ausência de acompanhante. Por outro lado, o risco de cesariana e uso de ocitocina no parto vaginal foi menor do que o das puérperas brancas (Leal *et al.*, 2017).

Este dado sobre o risco de cesariana e uso de ocitocina, deve ser analisado de forma cuidadosa. Tal cenário relaciona-se aos estereótipos segundo os quais mulheres brancas seriam mais frágeis se comparadas às mulheres negras, devendo ser resguardadas das dores e dificuldades do parto vaginal. Há, ainda, no imaginário social uma ideia de que mulheres negras e indígenas teriam maior aptidão para o parto vaginal. Ademais, no Brasil há uma associação entre condição de classe e modalidade de parto, em que mulheres com maior condição econômica realizam cesarianas eletivas, enquanto o SUS tende a priorizar o parto vaginal.

Na comparação entre pretas vs pardas, identificou-se que as puérperas pretas apresentam maior risco quanto à inadequação no pré-natal, não vinculação à maternidade, ausência de orientações durante. Nos demais desfechos estudados, pretas e pardas apresentaram resultados similares (Leal *et al.*, 2017).

Em conclusão ao estudo, Leal *et al.* (2017, p. 06) expõem:

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 segundo a raça/cor, com prejuízo para as de cor mais escura. Mesmo após controle das variáveis sociodemográficas através do pareamento pelos escores de propensão, as mulheres de raça/cor preta e parda, quando comparadas às brancas, apresentaram, de maneira geral, piores indicadores de atenção pré-natal e atenção ao parto.

Em um país cuja história é marcada pela colonialidade e por séculos de escravização da população negra, os resultados apontados não surpreendem, mas causam espanto, sobretudo no que diz respeito à menor utilização de anestésicos em mulheres pretas.

As disparidades na atenção obstétrica apresentadas indicam que as desigualdades de raça e classe produzem desfechos reprodutivos distintos (Davis, 2020). Os altos índices de mortalidade materna entre mulheres negras e depressão pós-parto estão relacionados a este cenário (Lima, Pimentel, Lyra, 2020).

Estereótipos racistas sobre mulheres negras, reforçados durante séculos e somados às argumentações “científicas”, sedimentaram ideias negativas no imaginário social e na própria comunidade médico-científica. Falas como “negras são fortes, mais resistentes à dor”, “negras têm mais leite”, “negras são mais resistentes à anestesia”, “elas não fazem o pré-natal direito”, “negras não cuidam de seus filhos”, representam mais do que entendimentos do senso comum, ao contrário, estão fundadas em saberes “científicos” de caráter racista.

Diversas proposições científicas difundiram ideias sobre superioridade racial, estes argumentos, até então considerados científicos, foram utilizados como eixo de sustentação da colonialidade, do nazismo e do *apartheid* (Almeida, 2019). No Brasil, o racismo científico, além de questões econômicas, sustentou séculos de escravidão e, no pós-escravidão ainda teve grandes expoentes, como Nina Rodrigues, médico que associou tendências criminológicas a homens negros, com base em determinações biológicas.

Acerca do tema ciência e racismo, Munanga (2004, p. 06) expõe que se tratava de

Conteúdo mais doutrinário do que científico, pois seu discurso serviu mais para justificar e legitimar os sistemas de dominação racial do que como explicação da variabilidade humana. Gradativamente, os conteúdos dessa doutrina chamada ciência, começaram a sair dos círculos intelectuais e acadêmicos para se difundir no tecido social das populações ocidentais

dominantes. Depois foram recuperados pelos nacionalismos nascentes como o nazismo para legitimar as exterminações que causaram à humanidade durante a Segunda guerra mundial.

Para Almeida (2019), a difusão do racismo no Brasil teve importantes contribuições das faculdades de medicina e escolas de direito. No entanto, para permanência do racismo faz-se necessária uma constante atualização de estereótipos e determinantes biológicos associados a grupos raciais. Deste modo, embora o racismo científico seja apresentado como uma teoria ultrapassada, ressalta-se que estes argumentos de bases ideológicas racistas ainda são utilizados na sociedade brasileira e, na atenção à saúde da população negra. Neste sentido, cita-se aqui o caso ocorrido em junho de 2023, em que uma médica ginecologista afirmou, durante consulta de uma paciente negra, que “a maioria das mulheres negras tem cheiro forte nas partes íntimas”¹².

No contexto da assistência à gestação e ao parto, o racismo científico se faz presente através de associações como “mulheres negras são mais fortes” e, com isso, mulheres negras recebem menos anestésicos do que mulheres brancas durante procedimentos que, reconhecidamente, causam dor. Salienta-se que no século XIX, um médico estadunidense, considerado “pai da ginecologia moderna” realizou inúmeras experiências ginecológicas, sem utilização de anestésicos, em mulheres escravizadas. Este médico costumava mencionar que indivíduos negros apresentavam especial tolerância à dor.

Ademais, Diniz *et al.* (2015) expõem que em instituições de saúde algumas mulheres são deliberadamente escolhidas, de acordo com seu valor na hierarquia social e não em razão de necessidades técnicas, para o treinamento dos profissionais em procedimentos como episiotomia, fórceps ou até mesmo cesariana. Tais práticas, identificadas no Brasil atual, podem ser comparadas ao famoso caso Tuskegee e aos horrores nazistas.

Tais práticas demonstram a persistência de racismo na atenção à saúde, que “ocorre quando a raça da paciente influencia as percepções do médico, bem como do tratamento e/ou decisões relativas ao diagnóstico, colocando a paciente em risco” (Davis, 2020, p. 754).

¹² Notícia completa em: <<https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2023/06/11/medica-e-acusada-de-racismo-contra-paciente-disse-que-mulheres-pretas-tem-mais-probabilidade-de-ter-cheiro-forte-nas-partes-intimas.ghtml>>

Em síntese, dados obtidos em diversas pesquisas demonstram que mulheres negras são as maiores vítimas de violência obstétrica e de morte materna. Mulheres negras também recebem menos anestésias, menos atenção pré-natal e menos orientações quanto ao parto. Ainda, mulheres negras ocupam posições de desvantagem social e gozam de menor valor na hierarquia reprodutiva.

Verifica-se, com isso, que a violência obstétrica no Brasil tem cor, assim como a mortalidade materna. Deste modo, na intersecção entre violência obstétrica e o racismo na atenção à saúde, situa-se o conceito de racismo obstétrico (Davis, 2020).

Racismo obstétrico é o conceito utilizado por Dána-Ain Davis (2020), pesquisadora estadunidense, para descrever os contornos do racismo nos processos de assistência à saúde materna. Para a autora, embora violência obstétrica seja uma importante ferramenta analítica, ela não é suficiente para expressar adequadamente os efeitos da discriminação sofrida por mulheres negras neste âmbito. Além disso, considerando que mulheres negras são o alvo majoritário destes abusos, sendo o grupo mais vulnerável, faz-se necessário abordar de forma específica o fenômeno experienciado por estas mulheres.

A ideia de racismo obstétrico também contribui para a compreensão de que o racismo determina os resultados reprodutivos, isto é, os desfechos obtidos após o parto. Para Davis (2020) as práticas em saúde desvelam um cenário de racismo obstétrico persistente que atinge mulheres negras, mesmo mulheres negras em boas condições econômicas.

As histórias de mulheres negras marcam as formas como o racismo paira e perturba seus encontros durante a gestação, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. Negligência, falta de informação, indiferença, desrespeito e intervenções sem explicação permeiam a assistência materna e se amalgamam no racismo obstétrico (Davis, 2020, p. 770).

Mais do que um fenômeno novo ou de práticas distintas da violência obstétrica, o racismo obstétrico é um enquadramento analítico, que posiciona mulheres negras no centro do debate. “O racismo obstétrico chama atenção para as interações das mulheres negras com profissionais que exibem um poder que intensifica sua vulnerabilidade reprodutiva” (Davis, 2020, p. 771).

Conforme já exposto, não são apenas as mulheres negras que estão sujeitas a abusos durante atendimentos em maternidades públicas. No entanto, mais uma vez ressalta-se que mulheres negras são as maiores vítimas de abusos no âmbito

reprodutivo em instituições públicas de saúde no Brasil. Na comparação, mesmo diante de condição socioeconômica similar à de mulheres brancas, mulheres negras ainda recebem piores cuidados (Leal *et al.*, 2017). Assim, resta evidente a prevalência do racismo nesta equação.

No entanto, alguns estudos insistiam em relacionar estes resultados às condições socioeconômicas das mulheres negras e o fato da população negra brasileira ser o maior contingente de usuários do Sistema Único de Saúde - SUS. Assim, as mulheres negras ou são invisibilizadas no debate ou o contexto de violência e morte prematura que recai sobre este grupo é apresentado com uma naturalidade alarmante.

Embora a saúde da população negra seja uma questão desde a travessia transatlântica, dos então escravizados de países africanos até o Brasil (Lopes, Werneck, 2010) e, mesmo diante dos dados sobre saúde reprodutiva no Brasil, a saúde da mulher negra não parece ser um campo relevante para as ciências da saúde, visto que este grupo tem baixa presença em publicações da área (Werneck, 2016).

Ademais, salienta-se que a noção de racismo obstétrico se relaciona abertamente com a ferramenta da interseccionalidade e a abordagem do feminismo negro. Este trabalho dedica-se a abordar as condições de vulnerabilidade a que estão expostas as gestantes negras diante do racismo obstétrico, razão pela qual, ocupou-se da perspectiva do racismo antinegro. No entanto, ressalta-se que ao considerar a intersecção raça, gênero, classe e sexualidade, diversos contextos de racismo podem ser analisados. A conjuntura dos direitos reprodutivos de mulheres indígenas no Brasil, por exemplo, perpassa por esses aspectos e, como já mencionado, é um tema pouco discutido.

Assim, conforme exposto por Silvio de Almeida “em um mundo em que a raça define a vida e a morte, não a tomar como elemento de análise das grandes questões contemporâneas demonstra a falta de compromisso com a ciência e com a resolução das grandes mazelas do mundo” (2019, p. 57).

4.2.3 O ápice da vulnerabilidade: a morte materna de mulheres negras como expressão do racismo obstétrico

Gestação e parto são eventos que remetem ao nascimento e à vida. Porém, para muitas mulheres estes eventos significam a morte.

No contexto da saúde, a morte é considerada a consequência mais grave para o indivíduo afetado (Souza, Amorim, 2021). A morte materna significa a perda da vida em um contexto marcado pela promessa de perpetuação, pela continuidade através dos descendentes. Ademais, o ciclo gravídico é cercado de simbologias e valores culturais e religiosos. Contudo, tal simbologia não vem refletindo em maiores cuidados para com a mulher-mãe na conjuntura que se apresenta no Brasil atual.

Para a Organização Mundial de Saúde - OMS, o termo “morte materna” descreve as mortes que acontecem durante a gravidez, durante o parto e em até quarenta e dois dias no pós-parto. Por tratar-se de um grave problema de saúde a nível global, sobretudo nos países em desenvolvimento, a redução da mortalidade materna é um dos objetivos de desenvolvimento sustentável que compõem a proposta das Nações Unidas. Em 2015, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil foi estimada em 62 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Assim, para o Brasil, a meta é reduzir a mortalidade materna pela metade, até o ano de 2030.

Segundo dados do Observatório Obstétrico Brasileiro, embora as taxas tenham se mantido elevadas, até 2019 houve uma redução, computando uma razão de mortalidade materna de 55,3 óbitos por 100.000 nascidos vivos naquele ano.

Jurema Werneck (2010) expôs que a mortalidade materna no Brasil é uma questão entre as mulheres negras desde o período da escravidão. Além disso, pesquisas recentes no Brasil vêm abordando a tragédia da morte materna entre as mulheres negras (Curi, Ribeiro, Marra, 2020; Leal *et al.*, 2017; Martins, 2006). “No Brasil, as mortes maternas de mulheres negras são cerca de duas vezes maiores em comparação às de mulheres brancas” (Lima, Pimentel, Lyra, 2021, p. 4911). Dados do Observatório Obstétrico Brasileiro - OOB (2023) demonstram que, entre os anos de 2016 e 2020, 64% das puérperas que vieram a óbito eram mulheres negras. De acordo com dados apresentados no Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva (Criola, 2021), no ano de 2019 o percentual de morte materna que vitimou mulheres negras chegou a 65,93%.

Assim, nota-se que estas mulheres são afetadas por vulnerabilidades adicionais, quando comparadas a mulheres brancas, sendo as maiores vítimas da morte materna no Brasil. Neste sentido, Lima, Ribeiro e Lyra (2020) alertam para a existência de uma vulnerabilidade interseccional que se expressa nestes dados de mortalidade materna.

Para Sueli Carneiro (2005, p. 81) “O descaso em relação à proteção ao parto é parte de uma dinâmica negativa em relação à racialidade negra que enreda as mulheres negras num círculo vicioso de violação sistemática de seus direitos reprodutivos”.

Diniz et al. (2015) mencionam que a maioria das mortes maternas ocorre em ambiente hospitalar, durante o parto e no pós-parto. Ou seja, ocorrem em um contexto em que estas mulheres chegaram a ter acesso aos equipamentos de saúde, havendo indícios de precariedade nos cuidados ofertados. Neste sentido, ressalta-se a frequência das chamadas mortes evitáveis. “As causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época” (Malta *et al.*, 2007, p. 233).

Deste modo, conforme dados de 2016 a 2020 do Observatório Obstétrico (2023), 63% dos óbitos maternos foram considerados evitáveis. Causados por complicações durante gravidez, parto ou puerpério, em intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou o próprio acúmulo dessas causas e, portanto, poderiam ser evitados pela adequada administração dos cuidados. De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS, no contexto da América Latina, “9 em cada 10 mortes maternas são evitáveis”. Assim, para a OMS, a adoção de providências como assistência materna de qualidade, acesso universal a métodos contraceptivos e combate às desigualdades no acesso à saúde são, comprovadamente, capazes de evitar tais mortes.

A ideia de evitabilidade ou de mortes evitáveis é utilizada como uma espécie de termômetro, que avalia a adequação do atendimento prestado em serviços de saúde, não sendo utilizado somente na atenção obstétrica, mas no âmbito das políticas públicas de saúde como um todo. Desde modo, acerca da correlação deste marcador com a questão racial, Sueli Carneiro expõe que “negros morrem antes do tempo no Brasil em todas as faixas etárias, por causas preveníveis e evitáveis,

portanto, a mortalidade precoce dos negros desnuda o racismo na (des)atenção à saúde” (2005, p. 87).

A morte materna evitável é uma face do racismo institucional nos serviços de assistência à saúde reprodutiva. Nestes casos em que se verifica a evitabilidade do desfecho óbito, evidencia-se, ainda, a perpetuação das hierarquias reprodutivas, em um grupo específico de mulheres, cuja maternidade é considerada de menor valor, que deixa de receber os cuidados existentes e capazes de mantê-las vivas.

Além de diversas violências perpetradas contra mulheres racializadas durante o ciclo gravídico-puerperal nas instituições públicas de saúde, o racismo obstétrico alcança as últimas consequências, levando-as à morte. Assim, a numerosa ocorrência de mortes maternas evitáveis em mulheres negras no Brasil relaciona-se com as heranças da colonialidade, do racismo e da escravidão que, incorporadas pelas instituições públicas de saúde, produzem violências e morte.

Neste sentido, as pesquisadoras Curi, Ribeiro e Marra afirmam que nas maternidades públicas, onde “o imaginário social inunda de ideias de cuidado e felicidade para as futuras mães [...], que presenciamos escancaradamente os efeitos da escravidão colonizadora e do laço bem tecido entre preconceito e ciência” (2020, p. 159).

Salienta-se ainda que durante a Pandemia de Covid-19, dados evidenciam um panorama de extrema vulnerabilidade enfrentado pelas gestantes no Brasil, sendo que até junho de 2020, o Brasil apresentou um número de morte materna em razão do Covid-19 mais alto do que o número reportado no resto do mundo (Takemoto *et al.*, 2020). Em 2021, verificou-se um aprofundamento da tragédia, visto que o número de óbitos de gestantes e puérperas registrados no banco de dados do Ministério da Saúde dobrou em relação a 2020.

No contexto da pandemia, as disparidades raciais no acesso à saúde também se mostraram um fator determinante no índice de mortalidade materna no Brasil (Takemoto *et al.*, 2020).

Numa síntese à ideia de biopoder, Foucault afirmou que “o direito de soberania é, (...) o de fazer morrer ou de deixar viver. E depois, este novo direito é que se instala: o direito de fazer viver e de deixar morrer” (Foucault, 2002, p. 287). Assim, na formulação foucaultiana, biopoder relaciona-se com a divisão entre quem pode viver e quem deve morrer. Este mecanismo está inserido na soberania dos

Estados modernos. Ademais, o racismo tem lugar próprio na dinâmica do biopoder. “Em termos foucaultianos, racismo é acima de tudo uma tecnologia destinada a permitir o exercício do biopoder” (Mbembe, 2016, p. 128).

Em comentário acerca do biopoder foucaultiano, Almeida afirma:

A soberania torna-se o poder de suspensão da morte, de fazer viver e deixar morrer. A saúde pública, o saneamento básico, as redes de transporte, abastecimento, a segurança pública, são exercícios do poder estatal sobre a manutenção da vida, sendo que sua ausência seria o deixar morrer. (2019, p. 114)

Deste modo, as políticas públicas e mesmo a ausência delas funcionam como uma expressão do controle estatal sobre a vida e a morte, isto é, do biopoder. Além disso, a morte aqui pode ser entendida em seu sentido literal, como a perda ou retirada da vida, mas também deve ser considerada a ameaça e o risco de morte, bem como “a morte política, a expulsão e a rejeição” (Foucault, 2002, p. 306).

Incorporando as noções de biopolítica e biopoder formuladas por Foucault, bem como a ideia de outridade, Carneiro expõe:

Passa a atuar o biopoder como estratégia de eliminação do Outro indesejável. O biopoder aciona o dispositivo de racialidade para determinar quem deve morrer e quem deve viver. Nesse sentido, o Brasil assistirá também, a partir do século XIX, a emergência de novos procedimentos de saúde pública, em que a racialidade intervirá introduzindo uma orientação eugenista corretora da presumida promiscuidade, sobretudo sexual, instaurada na escravidão. Articulam-se técnicas disciplinares a essa nova tecnologia de poder, com a originalidade de que elas exercem o poder de fazer viver e deixar morrer sem precisar institucionalizar a raça, mas dispendo de mecanismos capazes de alcançá-la onde quer que ela se esconda, para distribuir vida e morte (Carneiro, 2005, p. 76).

Assim, a morte de mulheres negras no âmbito da saúde pública se inscreve numa conjuntura ampla de “deixar morrer” como estratégia racista de eliminação do Outro. Deste modo, estas mulheres, consideradas “o outro do outro”, tornam-se estatísticas de mortalidade materna.

O intelectual camaronês Achille Mbembe propõe os conceitos de necropoder e necropolítica, por entender que a noção foucaultiana de biopoder “é insuficiente para explicar as formas contemporâneas de subjugação da vida ao poder da morte” (2016, p. 146). Assim, necropolítica são formas contemporâneas de subjugar a vida, criando “mundos de morte”, em que a vida de alguns indivíduos e mesmo populações inteiras, nada vale.

O autor relaciona a necropolítica às estruturas do sistema colonial e à desumanização para dominação e escravização de populações, baseadas em critérios raciais. Pois, no contexto da colonialidade, “os conquistados foram condenados violentamente a viver na zona do não ser, desprovidos de humanidade, direitos e determinação” (Mendoza, 2021, p. 306). “O colonialismo não mais tem como base a decisão sobre a vida e a morte, mas tão somente o exercício da morte, sobre as formas de ceifar a vida ou de colocá-la em permanente contato com a morte” (Almeida, 2019, p. 117). Para Mbembe, “a política de raça, em última análise, está relacionada com a política de morte” (2016, p. 128).

Em resumo, de acordo com Mbembe “a soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer” (2016, p. 123).

Por sua vez, Berenice Bento (2018), defende a ideia de Necrobiopoder que se configura como

Um conjunto de técnicas de promoção da vida e da morte a partir de atributos que qualificam e distribuem os corpos em uma hierarquia que retira deles a possibilidade de reconhecimento como humano e que, portanto, devem ser eliminados e outros que devem viver (2018, p. 07).

Neste âmbito de produção da vida e da morte, a autora apresenta críticas à expressão “deixar morrer”, pois, para ela “o verbo ‘deixar’ sugere que o Estado não irá desenvolver políticas de morte. Ao contrário, [...] há uma reiterada política de fazer morrer, com técnicas planejadas e sistemáticas” (Bento, 2018, p. 04).

Assim, Arán e Peixoto Jr. abordam a existência “de uma valorização diferenciada da vida das pessoas, que promove a instauração de fronteiras biopolíticas entre vidas politicamente relevantes e vidas de menor valor” (2007, p. 856).

Neste sentido, de acordo com Flauzina

É o racismo que vai sustentar a produção da morte. A partir das distinções de tipo biológico que atravessam a população será possível ao Estado recrutar os indivíduos a serem eliminados, numa perspectiva que garante a manutenção de uma sociedade pura e saudável. Dentro do esquema assumido pela modernidade, o racismo passa a ser a condição para o direito de matar, daí toda a sua centralidade para o funcionamento do Estado (2006, p. 99).

A morte de mulheres negras durante o ciclo gravídico puerperal nos equipamentos de saúde é resultado das diversas vulnerabilidades da população negra

na realidade brasileira, demonstrando a “atuação estatal na produção da morte” (Flauzina, 2006, p. 100). Neste caso, a morte é um evento representativo de inúmeras vulnerabilidades, indo muito além do seu sentido existencial, que considera a finitude da vida humana, como fonte do “ser vulnerável”.

Para Flauzina (2006), a negligência com a saúde da mulher negra, exposta nos dados de morte em âmbito reprodutivo, é uma das matrizes do extermínio da população negra brasileira. Para a autora, “a categoria raça cumpre uma função estratégica na produção da morte materna” (2006, p 104).

Na mesma linha, Nascimento e Garrafa (2011) apontam para um “escalonamento de valores entre as vidas”, em que algumas vidas são consideradas mais importantes do que outras. Os autores nomeiam essa lógica de colonialidade da vida, que expressa

O processo de criar uma ontologia da vida que autorize pensar que algumas vidas são mais importantes do que outras, desde o ponto de vista político, fundando assim uma hierarquia e uma justificativa para dominação, exploração e submissão, sob o pretexto de ser esse um caminho para o desenvolvimento da vida menos desenvolvida (2011, p. 292).

No Brasil, a correlação entre o passado colonial e a escravização da população negra vinda de África com o racismo e suas dimensões contemporâneas, como o racismo institucional, propiciam expressões discriminatórias específicas no âmbito da vida e da morte de pessoas negras. Estes entrelaçamentos, associam-se também às vulnerabilidades e violências interseccionais, produzindo o racismo obstétrico e os altos índices de morte materna de mulheres negras.

Deste modo, na realidade brasileira,

Da saúde pública à educação, passando pela distribuição espacial urbana, pela manipulação da pobreza e por todas as vedações impostas como forma de impedir uma reação que transforme a paisagem social do país, dentre tantas outras facetas da atuação institucional, podemos visualizar alguns dos âmbitos em que a produção da morte material e simbólica vai sendo arquitetada enquanto projeto dirigido para a população negra e vai se naturalizando enquanto estética que entra pelos olhos no ordinário do cotidiano. (Flauzina, 2006, p. 111)

Assim, a autora aponta, em consonância com a abordagem de Abdias do Nascimento (2016), que o segmento negro no Brasil está submetido ao genocídio. Neste sentido, o âmbito institucional tem funcionado como um espaço voltado para a

materialização do extermínio, tanto no sentido ativo, através de homicídio, quanto pelos mecanismos da omissão (Flauzina, 2006).

Deste modo, a realidade brasileira demonstra a correlação entre o corpo, a vida e o poder, que se expressam através das dinâmicas do biopoder (Foucault, 1999), do necropoder (Mbembe, 2016) ou, ainda do necrobiopoder (Bento, 2018), produzindo fenômenos como o racismo obstétrico que atinge gestantes negras e pobres no sistema de saúde pública do país, tornando-as mais suscetíveis a violências e morte.

Assim, a análise dos fenômenos que impactam a vida das mulheres no Brasil, perpassa a investigação das iniquidades sociais que recaem sobre esse grupo. Pois mesmo os eventos biológicos, quando somados às desigualdades sociais, causam impactos desproporcionais nos indivíduos afetados.

5 CONCLUSÃO

A argumentação trazida ao longo da dissertação buscou demonstrar a vulnerabilidade das gestantes negras que buscam acesso às políticas públicas de saúde no Brasil diante de um projeto de matriz colonial em andamento, marcado pelo racismo e sexismo como estruturantes da sociedade brasileira.

Foram apresentados os sentidos que conformam o conceito de vulnerabilidade em bioética, contextualizando-os à realidade brasileira. Os principais documentos de referência da Bioética foram examinados a fim de mostrar o tratamento dado a esta concepção. Identificou-se as classificações da noção de vulnerabilidade, expondo-a como característica, como condição e como princípio a partir da obra da bioeticista Maria do Céu Patrão Neves. Demonstrou-se as diferenciações entre vulnerável e vulnerado, entre vulnerabilidade e vulneração, utilizadas pela Bioética da Proteção. Também evidenciou as formas com as quais a vulnerabilidade se apresenta, demonstrando que, na realidade concreta, essas modalidades podem estar associadas e atingir determinados grupos, causando consequências específicas.

Assim, no caso das gestantes negras e pobres que acessam o sistema de saúde pública brasileira, as vulnerabilidades sociais e morais, correlacionam-se com a vulnerabilidade especial causada por determinantes naturais, isto é, os eventos do ciclo gravídico-puerperal, causando consequências específicas. Verificou-se, portanto, que as mulheres negras conhecem as múltiplas faces da vulnerabilidade.

Explicitou-se ainda que a intersecção entre os marcadores de gênero, raça e classe que atravessa as experiências de mulheres negras, correlaciona-se às heranças da colonialidade, experimentadas pela América-Latina como um passado vivo e atuante nas dinâmicas socialmente estabelecidas e que, como tal, afetam os eventos relacionados à maternidade e, numa lógica estrutural, atuam no sistema de saúde pública brasileira, interferindo no acesso à saúde e no atendimento prestado a estas mulheres.

Em razão do histórico geopolítico, as correntes bioéticas latino-americanas – Bioética da Intervenção e Bioética da Proteção, bem como as perspectivas críticas, como a feminista e a antirracista, conferem especial relevância à noção de vulnerabilidade, utilizando-a como referencial em suas análises, o que confere um

exame mais completo dos fenômenos e dificuldades vivenciadas na América Latina e, em específico, no Brasil.

Ao examinar o contexto em que se dá a saúde obstétrica no Brasil e suas interfaces com o racismo, o sexismo e classismo, foram identificados os impactos nas experiências e nas mortes de gestantes, tendo sido apresentada a noção de violência obstétrica e, considerando a majoritária presença de mulheres negras como vítimas de violências nos dados apresentados, introduziu-se o conceito de racismo obstétrico, a fim de demonstrar que a raça – na intersecção com gênero e classe - opera como um fator determinante nos resultados identificados. Pois mesmo os eventos biológicos, quando somados às desigualdades sociais, causam impactos desproporcionais nos indivíduos afetados.

Por fim, restou demonstrado que a conjuntura trágica de morte materna de mulheres negras no sistema de saúde pública brasileira – um cenário em que mulheres negras estão morrendo ao trazer a vida – é parte do genocídio da população negra, como vem sendo denunciado pelo movimento negro e diversos (as) intelectuais negros e negras.

Deste modo, este trabalho dedicou-se a evidenciar e dar visibilidade as condições de vulnerabilidade de mulheres negras, durante um momento simbólico e significativo representado pelo ciclo gravídico-puerperal, que as torna vítimas de violências e morte.

O recorte e a abordagem utilizada buscaram ainda contribuir para uma bioética centrada nos problemas persistentes, politicamente comprometida com a redução das opressões e desigualdades sociais e, considerando que, para superá-los ou mesmo atenuá-los, faz-se necessário dar visibilidade e debruçar-se sobre estes fenômenos.

A percepção destas opressões como atuais e responsáveis por grande parte das mazelas enfrentadas pela sociedade contemporânea é condição necessária para o enfrentamento das desigualdades e na busca por equidade e justiça social. O discurso pode contribuir para a mudança. Já negar e/ou invisibilizar significa contribuir com o problema.

Assim, embora a abordagem acerca do racismo e do sexismo enquanto opressões estruturais os façam parecer insuperáveis, salienta-se que a partir da compreensão destes fenômenos como complexos culturais é possível identificar

caminhos, sobretudo, através da gradual transformação do pensamento individual e coletivo. A superação destas opressões é um horizonte utópico, que mesmo com o alcance incerto, garante que a caminhada seja contínua.

Expor o termo racismo obstétrico é, portanto, uma decisão teórica e prática, visto que a produção científica acerca desta problemática e a difusão deste conceito pode contribuir para a conscientização acerca da conjuntura vivenciada pelas mulheres negras brasileiras, para a elaboração e adequada execução de políticas públicas no âmbito da saúde e da educação e para a luta coletiva por mudanças sociais. Por fim, é pela vida e bem viver das mulheres negras!

REFERÊNCIAS

AGUIAR, JM; D'OLIVEIRA, AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface**: v.15, n.36, p.79-91, jan./mar. 2011.

AGUIAR, M N. O Paradoxo entre a Autonomia e a Beneficência nas Questões de Saúde: Quando o Poder Encontra a Vulnerabilidade. **Revista de Biodireito e Direitos dos Animais**. Brasília, v. 2, n. 1, 2016.

ALMEIDA, LD. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. **Revista Bioética**; 18(3): 537 - 48, 2010.

ALMEIDA, S. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

ANDRADE, M L *et al*. Código de Nuremberg e Declaração de Helsinki: transformações e atualidades. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Año 18, Nº 183, Agosto de 2013. Disponível em <<https://www.efdeportes.com/efd183/codigo-de-nuremberg-e-declaracao-de-helsinki.htm>> Acesso em: 04 de agosto de 2023

AKOTIRENE, C. **O que é Interseccionalidade?** Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2018.

ARÁN, M; PEIXOTO JR, CA. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. **Revista Saúde Pública**; 41 (5): 849-857, 2007.

ARAUJO, F C de. Da Cultura ao Inconsciente Cultural: Psicologia e Diversidade Étnica no Brasil Contemporâneo. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**, 22(4), 24-33, 2002.

ARAÚJO, L Z S de. Aspectos éticos da pesquisa científica. **Pesqui. Odontol. Bras.**;17(Supl1):57-63, 2003.

ASSIS, J F de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, 2018.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Declaração de Helsinque - 2000. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/declaracao_de_helsinque.pdf Acesso em 15.05.2023.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Declaração de Helsinque - 2008. Disponível em: <https://www.pgoftalmologiausp.com.br/wp-content/uploads/2014/09/declaracao-de-helsinque-2008.pdf> Acesso em 15.05.2023.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Declaração de Helsinque - 2013. Disponível em: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf Acesso em 15.05.2023.

- BACKES, M T S; CARVALHO, K M; RIBEIRO, L N; AMORIM, T S; SANTOS, E K A; BACKES, D S. A prevalência do modelo tecnocrático na atenção obstétrica na perspectiva dos profissionais de saúde. **Rev Bras Enferm**, 74 (Suppl4), 2021.
- BAIRROS, L. Nossos feminismos revisitados. **Revista Estudos Feministas**, v. 3, n. 2, p. 458-458, 1995.
- BARBOSA, S N. A participação brasileira na construção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO. **Revista Brasileira de Bioética**. Volume 2 - número 4: 423-436, 2006.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.
- BENTO, B. Necrobiopoder: quem pode habitar o estado-nação? **Cadernos Pagu** (53), 2018.
- BERNARDINO-COSTA, J; MALDONADO-TORRES, N; GROSGOUEL, R. **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. Belo Horizonte: Autêntica editora, 2019.
- BIRRI, F. **Para que serve a utopia?** In: GALEANO, Eduardo. As palavras andantes. Porto Alegre: L&PM, 1994.
- BUTLER, J. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. 21ª ed. tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2021.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). **Óbitos maternos** [página na Internet]; 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def> Acesso em 01.03.2023].
- BRASIL. **Lei nº 8.080/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.
- BRASIL. **Lei nº 8.142/1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra** : uma política para o SUS. 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017

CARMO, N. A. do; RODRIGUES, O. da S. “Minha carne não me define”: a hipersexualização da mulher negra no Brasil. **O Público e o Privado**, n 40, 73-100, 2021.

CARNEIRO, A S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Acesso em: 03 set. 2023.

CARNEIRO, A S. **Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

COLLINS, PH. **Pensamento feminista Negro**. Tradução de Jamille Pinheiro Dias. São Paulo: Boitempo, 2019.

COLLINS, PH; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Tradução de Rane Souza. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONCEIÇÃO, ACL. Teorias feministas: da “questão da mulher” ao enfoque de Gênero. **RBSE** 8(24): 738-757, ISSN 1676-8965, 2009.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher** - Pequim, 1995 (Declaração de Beijing). Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf Acesso em 01.08.2023

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). CFM apoia MS em decisão sobre o termo violência obstétrica [página na Internet]. Acesso em 15.05.2023. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28210:2019-05-09-18-50-35&catid=3

CORGOZINHO, MM; MONTAGNER, MA. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: perspectiva de ação moral diante das macrodesigualdades sociais e saúde. Corgozinho, Montagner. **Rev Bras Bioética**;14(e19):1-17, 2018.

CRENSHAW, K. **Mapping the margins**: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. 1993. Disponível em: <https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/mapping-the-margins15intersectionalityidentity-politics-and-violence-against-women-of-color-kimberlecrenshaw1.pdf> . Acesso em: 17 nov. 2022.

CRIOLA. **Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva**. Org. Lia Maria Manso Siqueira. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://criola.org.br/criola-lanca-dossie-mulheres-negras-e-justica-reprodutiva-nesta-sexta-feira-01-10-as-19h/?doing_wp_cron=1697664767.0268061161041259765625 Acesso em: 01.10.2023

CRUZ, MR; OLIVEIRA, SLT; PORTILLO, JAD. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – contribuições ao Estado brasileiro. **Revista Bioética**; 18 (1): 93 - 107, 2010.

- CUNHA, L do C de O. **Racismo Institucional**: desafios e perspectivas na implementação de políticas públicas antirracistas na Faetec. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- CUNHA, T; GARrafa, V. Vulnerability: A Key Principle for Global Bioethics? **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, 25, 197 – 208, 2016.
- CURI, P L; RIBEIRO, M T A; MARRA, C B. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, 72, p. 156-169, 2020.
- CUTTER, S L. A ciência da vulnerabilidade: modelos, métodos e indicadores. **Revista Crítica de Ciências Sociais** [Online], 93 | 2011, publicado a 01 outubro 2012, consultado a 04 agosto 2023. URL: <http://journals.openedition.org/rccs/165>; DOI: <https://doi.org/10.4000/rccs.165>
- DAVIS, A. **Mulheres, Raça e Classe**. Trad. Heci Regina Candiani. 1 ed - São Paulo: Boitempo, 2016.
- DAVIS, D A. Racismo Obstétrico: a política racial da graidez, do parto e do nascimento. Tradução de Tempesta, GA; Almeida, MET de. Amazônica: **Revista de Antropologia**, v. 12 (2), p. 751-778, 2020.
- DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics** , v.71, supl.1, p.S5-S23. Disponível em: <<http://www.davis-floyd.com/wp-content/uploads/2017/02/Davis-Floyd-2001-The-Technocratic-Humanistic-and-Holistic-Models-of-Birth.pdf>>. Acesso em 25.08.2023
- DINIZ, D; CORRÊA, M. Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(3):679-688, mai-jun, 2001
- DINIZ, D; GUILHEM, D. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Revista de Bioética**. v.7,n.2. 1999.
- DINIZ, D; GUILHEM, D. Feminismo, bioética e vulnerabilidade. **Estudos Feministas**. ano 8: 237-244, 2000.
- DINIZ, D; VELEZ, A C. Bioética Feminista: a emergência da diferença. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 6, n. 2, 1998.
- DINIZ, D. *et al.* A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Rev. Bioética**. v. 22. n. 2. pp 291-298, 2014.
- DINIZ, S G et al. Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, 25(3): 377-376, 2015.
- FERRARA, JA; CARRIZO, SL. Caminhos para um feminismo decolonial. **Cadernos Pagu** (62), ISSN 1809-4449, 2021.

FERRER, J J; ÁLVAREZ, J C. **Para Fundamentar a Bioética**: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. Edições Loyola: São Paulo, 2005.

FIGUEIREDO, A M de. Diretrizes Éticas Internacionais em Pesquisa: Crítica à Declaração de Helsinque. **Derecho y Cambio Social**, Año 8, Nº. 24, 2011.

FLAUZINA, A L P. **Corpo Negro Caído no Chão**: o sistema penal e o projeto genocida do estado brasileiro. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília - DF, 2006.

FORTES, P A C; ZOBOLI, E L C P. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: **Bioética e Saúde Pública**. Orgs. Paulo Antônio de Carvalho Fortes, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli. São Paulo: Edições Loyola, 2ª ed., 2004.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: A vontade de saber, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13ª ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1999.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo : Martins Fontes, 2002.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Disponível em:
https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil Acesso em 05.06.2023.

GARRAFA, V. Reflexões sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: **Bioética e Saúde Pública**. Orgs. Paulo Antônio de Carvalho Fortes, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli. São Paulo: Edições Loyola, 2ª ed., 2004.

GARRAFA, V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista de Bioética**, v.13, n.1, 2005.

GARRAFA, V. O Congresso Mundial de 2002, a declaração da Unesco de 2005 e a ampliação da agenda bioética internacional no século XXI. In: **Bioéticas, Poderes e Injustiças**: 10 anos depois. Orgs. Dora Porto, Volnei Garrafa, Gerson Zafalon Martins e Swendenberger do Nascimento Barbosa. Brasília: Cátedra Unesco de Bioética, 2012.

GARRAFA, V; AZAMBUJA, L E O. Epistemología de la bioética - enfoque latino-americano. **Revista Brasileira de Bioética**; 3 (3): 344-59, 2007.

GARRAFA, V; LORENZO, C. Helsinque 2008: Redução de proteção e maximização de interesses privados. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v.55, n. 5, p. 497-520, 2009. p. 516/7.

GARRAFA, V; PRADO, M. M. Mudanças na Declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(6):1489-1496, nov-dez, 2001

GARRAFA, V; MARTORELL, L B; NASCIMENTO, W F. Críticas ao princípalismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.2, p.442-451, 2016.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. Orgs. Flavia Rios, Marcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GROSGOQUEL, R. Para uma visão decolonial da crise civilizatória e dos paradigmas da esquerda ocidentalizada. In: **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. Orgs. Bernardino-Costa; Maldonado-Torres; Grosfoguel. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

GUEDES, M E F. Gênero: o que é isso? **Revista Psicologia**, Ciência e Profissão, 1995.

HEILBORN, M L; RODRIGUES, C. Gênero: breve história de um conceito. Aprender - **Cad. de Filosofia e Psic. da Educação**. Vitória da Conquista. Ano XII n. 20 p. 9-21 jul./dez.2018

HELLMANN, F; VERDI, M. 50º Aniversário da Declaração de Helsinque e as críticas questionáveis de bioeticistas do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América. **Revista Brasileira de Bioética**;10 (1-4):23-34, 2014.

hooks, b. **Olhares Negros**: raça e representação. Tradução de Stephanie Borges. São Paulo: Elefante, 2019.

HOSSNE, W S. **Bioética**: princípios ou referenciais. Mundo Saúde, 30:673-6, 2006.

HOSSNE, W S. **Dos referenciais da Bioética - a vulnerabilidade**. Bioethikos; 3(1): 41-51, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Notas Metodológicas, Volume 1. IBGE. Rio de Janeiro, 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil** : 120 anos após a abolição / Mário Theodoro (org.), Luciana Jaccoud, Rafael Osório, Sergei Soares – Brasília : Ipea, 2008.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Dossiê mulheres negras**: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil / organizadoras: Mariana Mazzini Marcondes *et al.*- Brasília : Ipea, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Vulnerabilidade Social no Brasil: Conceitos, Métodos e Primeiros Resultados Para Municípios e Regiões Metropolitanas Brasileiras**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

KALCKMANN, S; SANTOS, CG; BATISTA; LE et al. Racismo Institucional: um desafio para equidade no SUS? **Saúde Soc.** São Paulo, 2007, v.16, n.2, p.146-155,

KILOMBA, G. **Memórias de Plantação**: episódios de racismo cotidiano. Tradução de Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

KOTTOW, M. Vulnerabilidad entre derechos humanos y bioética. Relaciones tormentosas, conflictos insolutos. **Derecho PUCP**, N° 69, 2012 / ISSN 0251-3420.

LEAL, MC; GAMA, SGN; PEREIRA, APE; PACHECO, VE; CARMO, CN; SANTOS, RV. A Cor da Dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 33, 2017.

LIMA, KD; PIMENTEL, C; LYRA, TM. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência e Saúde Coletiva**, 26 (supl.3): 4909-4918, 2021.

LEISTER, N. **Transformações no Modelo Assistencial ao Parto**: História oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

LOPES, F; WERNECK, J. Saúde da População Negra: da conceituação às políticas públicas de direito. In: **Mulheres negras**: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro, Criola, 2010.

LORDE, Audre. **Irmã outsider**. Belo Horizonte, Autêntica, 2020.

LOURO, G L. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós estruturalista. Petrópolis - RJ, Vozes, p.14-36, 1997.

LUGONES, M. Rumo a um feminismo descolonial. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 22(3): 320, setembro-dezembro/2014.

MAIA, B S R; MELO, V D S de. A colonialidade do poder e suas subjetividades. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - UFJF**, v. 15, n. 2, 2020, ISSN 2318-101x (on-line).

MAIA, F J F; FARIAS, M H V. Colonialidade do poder: a formação do eurocentrismo como padrão de poder mundial por meio da colonização da América. **Interações**, Campo Grande, MS, v. 21, n. 3, p. 577-596, jul./set. 2020.

MAIA, MB. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 19-49.

MALDONADO-TORRES, N. Analítica da Colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas. In: **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. Orgs. Bernardino-Costa; Maldonado-Torres; Grosfoguel. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

MALTA, DC, *et al.* Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 16(4):233-244, out-dez, 2007.

MANNES, M. **Vulnerabilidade Moral**: uma proposta de fundamentação teórica em bioética na perspectiva latino americana. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2016.

MARTINS, A L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.22 no.11, Rio de Janeiro, 2006.

MARTINS, APV. A obstetrícia e a ginecologia no Brasil. In: **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004: 139-170.

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra**. São Paulo: N-1, 2018.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Revista do PPGAV/EBA/UFRJ**, 32. Rio de Janeiro, 2016.

MENDOZA, B. A colonialidade do gênero e poder: da pós-colonialidade à decolonialidade. Tradução de Letícia Pilger da Silva, Sueliton de Oliveira Silva Filho. **Revista X**, v. 16, n. 1, p. 290-318, 2021.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **MPF recomenda ao Ministério da Saúde que atue contra a violência obstétrica em vez de proibir o uso do termo**. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atuecontra-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo> Acesso em 15.08.2023.

MONTEIRO, P J C. **Bioética e Saúde Pública**: justiça e equidade no acesso aos cuidados de saúde. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

MORAIS, TCA de; MONTEIRO, PS. Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. **Rev. bioét.** (Impr.). 2017; 25 (2): 311-9.

MOTA, B C da. **Na teia do racismo**: trauma coletivo e complexo cultural... marcas do Brasil negro! Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Seropédica - RJ, 2019.

MOTT, ML. Do domicílio ao Hospital (1830-1960). **Projeto História**, São Paulo (25): 197-219, 2002

MOURA, S. M.S.R.; ARAÚJO, M.F. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. **Revista Psicologia**: Ciência e Profissão. Brasília, vol. 24, n. 1, 44-55, 2004

MUNANGA, K. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira. (Tradução). Niterói: EDUFF, 2004. Disponível em: [<biblio.fflch.usp.br/Munanga_K_UmaAbordagemConceitualDasNocoosDeRacaRacis moldentidadeEEtnia.pdf >](http://biblio.fflch.usp.br/Munanga_K_UmaAbordagemConceitualDasNocoosDeRacaRacis moldentidadeEEtnia.pdf) Acesso em: 31.08.2023.

NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro: processos de um racismo mascarado**. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2016.

NASCIMENTO, WF, GARRAFA, V. Por uma Vida não Colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.2, p.287-299, 2011.

NEVES, MCP. Os sentidos da Vulnerabilidade: característica, condição e princípio. **Revista Brasileira de Bioética**. 2006; 2: 157-72.

OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BRASILEIRO. **Óbitos de puérperas representaram 63% dos óbitos maternos do período de 2016 a 2020**. Disponível em: <https://observatorioobstetricobr.org/publicacoes/obitos-de-puterperas-representam-63-dos-obitos-maternos-do-periodo-de-2016-a-2020/> Acesso em: 20.08.2023.

OLIVEIRA, B M C; KUBIAK, F. Racismo Institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde Debate** - Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 939-948, 2019.

OLIVEIRA, L G S M; ALBUQUERQUE, A. Violência Obstétrica e Direitos Humanos dos Pacientes. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XXII, n. 75, p. 36-50, maio/ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?ua=1>. Acesso em 25.08.2023

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal de Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos> . Acesso em 10.07.2023

ORTIZ, Z. Epidemiología y vulnerabilidad social. In: **Diccionario latinoamericano de bioética** / dir. Juan Carlos Tealdi. – Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008.

OYĚWÙMÍ, Oyèrónké. **Matrpotency: Ìyá** in philosophical concepts and sociopolitical institutions. What Gender is Motherhood? Nova Iorque: Palgrave Macmillan, 2016.

PASSINI, RP; PINHEIRO, MS; MONTAGNER, MA. Declaração de Helsinque: flexibilização do uso do placebo, um interesse do mercado farmacêutico. **Rev Bras Bioética**;14(e):1-20, 2018.

PINSKY, C. Estudos de Gênero e História Social. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 17(1): 296, janeiro-abril/2009.

POPPER, K. **A lógica das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; Brasília: 2004 - 3ª ed.

PORTO, D. A importância da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos para a América Latina. **Revista Redbioética / UNESCO**. Año 5, Vol. 1, No. 9: 65-70, 2014.

PORTO, D; GARRAFA, V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (Supl.1):719-729, 2011.

POTTER, VR. **Bioética: ponte para o futuro**. São Paulo: Edições Loyola, 2016.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais**. Perspectivas latino-americanas. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Buenos Aires, 2005.

QUIJANO, A. Colonialidade do Poder e Classificação Social. In: **Epistemologias do Sul** / org. Boaventura de Sousa Santos, Maria Paula Meneses. Edições Almedina, Coimbra, 2009.

RESENDE, ACL; FRANÇA, JML. Racismo e Violência obstétrica: a proteção interseccional da mulher. **Interfaces Científicas**, Aracaju, v. 8, n. 3: 37-54, 2021.

RIBEIRO, RB. O racismo contra os povos indígenas: panorama dos casos nas cidades brasileiras entre 2003 e 2019. **Revista Mana** nº 28 (2). Rio de Janeiro - 2022.

SANCHES, MA; MANNES, M; CUNHA, TR. Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. **Rev. bioét.** (Impr.); 26 (1):39-46, 2018.

SANTOS, I. L.; SHIMIZU, H. E.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção e pedagogia da libertação: aproximações possíveis. **Rev. bioét.** (Impr.). 22 (2): 271-81, 2014.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Tradução: Christine Rufino Dabat, Maria Betânia Ávila. **Columbia University Press**, New York, 1989.

SCHRAMM, FR. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. **Revista Brasileira de Bioética**. Volume 2 - número 2: 187-200, 2006.

SCHRAMM, FR. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, 16 (1): 11 - 23, 2008.

SEGATO, R L. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial», **e-cadernos CES** [Online], 18 | 2012 <<http://journals.openedition.org/eces/1533>> DOI:<<https://doi.org/10.4000/eces.1533>> Acesso em 04.09.2022

SENADO FEDERAL. **Dossiê da Violência Obstétrica** - "Parirás com dor". Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Brasília, 2012.

SERODIO, A. Revisitando o Princípio do Princípio: aplicações e insuficiências na abordagem dos problemas bioéticos nacionais. **Revista Brasileira de Bioética**;4(1-2):69-79, 2008.

SILVA, E K A et al. Racismo Obstétrico vivenciado por mulheres negras: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, ISSN 2525-3409, 2022.

SILVA, JM *et al.* Violência obstétrica: racismo estrutural e patriarcalismo como fatores que inviabilizam o sofrimento de mulheres negras. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 4, p. 13313-13333, 2022.

SILVA, S V da. Os estudos de gênero no Brasil: algumas considerações. **Biblio 3W: Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales**. Universidad de Barcelona [ISSN 1138-9796] N° 262, 2000.

SINGER, Thomas **The cultural complex and archetypal defenses of the group spirit: Baby Zeus, Elian Gonzales, Constantine's Sword, and other holy wars (with special attention to "the axis of evil")**. In: SINGER, Thomas; KIMBLES, Samuel. (Orgs.). **The Cultural Complex: Contemporary Jungian Perspectives on Psyche and Society**. New York: Routledge, 2004.

TAKEMOTO, Maira L.S. *et al.* The Tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, 2020. Disponível em <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13300>> Acesso em: 28.09.2020.

TAKEMOTO, Maira L.S. *et al.* Disproportionate Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Among Pregnant and Postpartum Black Women in Brazil Through Structural Racism Lens. **Oxford University Press for the Infectious Diseases Society of America**, 2020.

TEALDI, JC. **Os Princípios de Georgetown: análise crítica**. In: Bases Conceituais da Bioética: enfoque latino-americano. Orgs. Volnei Garrafa, Miguel Kottow, Alya Saada. São Paulo: Gaia, 2006.

TEIXEIRA, M. **Os experimentos da Guatemala: infecção intencional de presos, soldados e insanos pelo Laboratório de Pesquisa em Doença Venérea dos EUA**. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 690-698, dezembro 2011

TEMPESTA, G A; FRANÇA, RL. Nomeando o inominável: a problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. **Horizonte Antropológico**, Porto Alegre, ano 27, n. 61, p. 257-290, 2021.

TRIBUNAL INTERNACIONAL DE NUREMBERG. **Código de Nuremberg**, 1947. Disponível em:

<http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=2> . Acesso em 10.01.2023.

UNESCO. Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos - 2005. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por Acesso em 04.06.2023.

UNESCO. **The principle of respect for human vulnerability and personal integrity**: report of the International Bioethics Committee of UNESCO - IBC. Paris, 2013.

VALÉRIO, ALR; NASCIMENTO, WF. Drogas, direitos humanos e bioética: dupla vulnerabilidade do usuário de drogas em situação de rua. **Revista Latinoamericana de Bioética**, 17(2), 63-75, 2017.

WERNECK, J. Nossos passos vêm de longe! Movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo. In: **Mulheres negras**: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro, Criola, 2010.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.3, p. 535-549, 2016.

WUNSCH, V L; SOUZA, W. Referenciais bioéticos na interface dos cuidados paliativos: um olhar sobre a família do paciente em tempos de pandemia da COVID-19. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo. v.62, n. 01.p.141-160. Jan./Jun.2022.