



Andreza Nunes Silva Carvalho

**Ventres negros, humanização branca:
uma análise interseccional da resposta jurídica à violência
obstétrica**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em Teoria do
Estado e Direito Constitucional pelo Programa
de Pós-Graduação em Direito na PUC-Rio.

Orientadora: Professora Adriana Vidal de Oliveira

Rio de Janeiro,
Abril de 2024



Andreza Nunes Silva Carvalho

**Ventres negros, humanização branca:
uma análise interseccional da resposta jurídica à violência
obstétrica**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Teoria do Estado e
Direito Constitucional pelo Programa de Pós-
Graduação em Direito na PUC-Rio. Aprovada pela
Comissão Examinadora abaixo:

Prof. Adriana Vidal de Oliveira

Orientadora

Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof. Dr^a. Thula Rafaela de Oliveira Pires

Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof. Dr^a. Ana Paula de Oliveira Sciammarella

UNIRIO

Rio de Janeiro, 08 de abril de 2024

Todos os direitos reservados. A reprodução, total ou parcial, do trabalho é proibida sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Andreza Nunes Silva Carvalho

Graduou-se em Direito na Faculdade Nacional de Direito em 2021. É advogada, interessada nas temáticas dos direitos da mulher, justiça reprodutiva e direitos maternos. Atuou como assessora parlamentar e como assessora de incidência jurídica. Pesquisa justiça reprodutiva e é ativista pela maternidade digna.

Ficha Catalográfica

Carvalho, Andreza Nunes Silva

Ventres negros, humanização branca : uma análise interseccional da resposta jurídica à violência obstétrica / Andreza Nunes Silva Carvalho ; orientadora: Adriana Vidal. – 2024.

92 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito, 2024.

Inclui bibliografia

1. Direito – Teses. 2. Violência obstétrica. 3. Justiça reprodutiva. 4. Dispositivo de racialidade. 5. Racismo obstétrico. 6. Caso Alyne Pimentel. I. Vidal, Adriana. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Direito. III. Título.

CDD: 340

Esta dissertação é um tributo às histórias de minha mãe, minhas avós e minhas tias. As mulheres-mães que tecem, com fios de amor e agulhas de coragem, toda a tapeçaria da minha vida.

(...)
*A brandura de minha fala
na violência de meus ditos
ganhei de mãe,
mulher prenhe de dizeres,
fecundados na boca do mundo.*

(...)
*Foi mãe que me fez sentir as flores
amassadas debaixo das pedras;
os corpos vazios rente às calçadas
e me ensinou, insisto, foi ela,
a fazer da palavra artifício
arte e ofício do meu canto,
da minha fala.*

Conceição Evaristo

Agradecimentos

Antes de tudo, minha gratidão ao Eterno, o Amor que me encontrou e redimiu. Aquele que dá sentido a tudo o que faço. Meu compromisso com a justiça está estritamente vinculado à minha fé em um Deus que diz que “onde há o direito existe paz” (Isaías 32:15) e que “os pobres nunca serão esquecidos, nem se frustrará a esperança dos necessitados” (Salmos 9:18). Obrigada, Senhor, por me afagar com ternura nesse tempo de estudo e escrita, enquanto vivi a perda, o luto e tratei um quadro depressivo. Eu provei e vi como Deus é bom, eu experimentei a relação com El Roi: o Deus que me vê. Este trabalho que agora concluo é a materialização de que Deus providenciou chuva para as sementes que eu plantei (Isaías 30:23), mesmo quando me senti em tempo seco.

Eu agradeço ao Caio, meu marido, maior incentivador, fã e apoiador durante todo este tempo. Obrigada, meu amor, por todas as vezes em que me abraçou carinhosamente e disse que eu seria capaz de ir até o final. Obrigada por cuidar de mim, da casa e dos gatos quando eu não pude estar tão presente. Você é a melhor pessoa com que eu poderia contar, e eu te amo. Eu agradeço a toda a minha família, minha raiz e propósito. Mesmo em cidades diferentes, eu senti tanto amor e cuidado, que foram definitivos para que eu conseguisse. Obrigada ao meu pai, André Luiz, pela referência de esforço e dedicação: meu pai trabalhou como pescador por parte da minha vida, e eu o vi identificando os camaradas como “mestre” em vários momentos, um vocativo comum no contexto da pesca. Pai, a despeito de qualquer título acadêmico que eu venha a ter, você é o mestre mais honrado e o mais importante da minha vida.

Minha gratidão à minha mãe, Alessandra, mulher valente. Nós sabemos bem como foram os últimos anos, e, se eu chego até aqui, é porque essa mulher me embalou em suas orações diárias, me amparou e acolheu. Obrigada, mãe, pela sua braveza para a vida. Obrigada por ter sido tão corajosa quando eu nasci, mesmo sendo tão jovem e com todas as dificuldades que vivemos. O meu desejo é que as minhas palavras honrem a sua história e que você saiba que o nosso amor é o sustentáculo de tudo que posso construir nessa vida. Eu agradeço às demais figuras maternas que tenho. A minha avó Sandra, amor de minha vida, que infelizmente não está mais entre nós, mas foi a primeira para quem confidenciei meu desejo de cursar o mestrado, coisa que ela sequer sabia o que era, mas me incentivou desde o início deste sonho que até então parecia tão distante. Obrigada, meu amor, minha alma gêmea, pelo laço que nos mantém unidas e que me permite chegar até aqui.

Eu agradeço à minha tia Tina, que também não está mais entre nós, mas que me amou tanto em vida, que este afeto ainda reverbera em cada uma das minhas conquistas. Minha gratidão à tia Tiane e tia Aline, duas das mulheres mais fortes que já pisaram neste planeta, eu só sou porque somos. Agradeço à minha avó Lecilda, que me ensina sempre a importância de contar a minha história, com a ousadia de contrariar expectativas. Minha gratidão ao meu tio Diogo, cujo amor é uma pedagogia do sonho para mim. Obrigada aos meus irmãos e primos, amores de minha vida, razão para que eu queira vencer. Eu sou profundamente grata pela

família de onde venho, a eles todo o meu amor, minha lealdade e o meu propósito. E também sou grata pela família que ganhei ao me casar com o Caio: minha gratidão aos meus sogros, Érica e Daniel, pelos cafés, abraços, conversas e acolhimento de sempre. E a toda essa família sempre tão afetuosa comigo.

Aos meus amigos, obrigada pela compreensão com minhas ausências, pelo amor e por acreditarem tanto em mim. Em especial, ao Felipe Santos, meu amigo querido, que partiu antes que esta dissertação ficasse pronta, mas foi quem me ajudou durante o processo de candidatura e início do mestrado. O Felipe foi uma das pessoas mais inteligentes e generosas que eu pude conhecer. A Fernanda Santana e Raphaela Santana, as amigas mais leais que uma mulher poderia desejar ter. Ao Valmir Rodrigues, a amizade inesperada que marca este período. A Letícia Pinho e Carlos Augusto, a leveza e companheirismo de vocês marcam essa fase da minha vida de modo determinante. Aos amigos que deixo de citar para não tornar ainda mais exaustivo, meu amor e carinho, pois sabem quem são. Minha gratidão aos irmãos e irmãs da Mesa Vineyard, minha igreja amada, a casa que me acolheu e tem me permitido experimentar o amor no Reino de modo profundo e comprometido. Este trabalho só é possível porque tive o suporte amoroso de muita gente. Obrigada.

A minha profunda gratidão à minha orientadora, Adriana Vidal, por ser tão compreensiva com minhas questões e, ao mesmo tempo, tão entusiasmada com a pesquisa. Obrigada por me emprestar seu brilhantismo na orientação excelente e no acolhimento tão humano. Eu agradeço às minhas coordenadoras no Projeto DIJURE, Ana Paula Sciammarella e Andrea Catalina León, pela oportunidade para que eu me desenvolvesse enquanto pesquisadora e ativista por justiça reprodutiva. Também às minhas colegas no Projeto DIJURE por serem tão afetuosas, conviver com pessoas tão capazes certamente tem um impacto positivo na minha vida. Enfim, a minha gratidão à PUC Rio, pelo ensino de qualidade e pelo espaço de aprendizado democrático proporcionado neste tempo. A minha gratidão a todos os professores, colegas e funcionários da secretaria, sempre prestativos e atenciosos. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Resumo

Carvalho, Andreza Nunes Silva. **Ventres negros, humanização branca: uma análise interseccional da resposta jurídica à violência obstétrica.** Rio de Janeiro, 2024. 81p. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Janeiro.

A assistência obstétrica é um aparato da biopolítica sobre corpos que gestam, e o direito interage com esse exercício de biopoder, legitimando-o e eventualmente limitando-o. O termo “violência obstétrica” foi criado nos anos 2000 por movimentos de mulheres na América Latina para identificar sofrimentos experimentados pelas mulheres no período gravídico-puerperal e está vinculado aos ideais de humanização do parto. Trata-se de conceito estratégico, que foi introduzido ao debate jurídico recentemente, mas ainda de modo incipiente, sem previsão legislativa e precisão terminológica. Sendo um tema pouco explorado no campo jurídico, é proveitoso investigá-lo no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Direito na PUC-Rio, onde o ensino crítico fomenta pesquisas com estas particularidades. Além disso, pesquisar o tratamento jurídico da violência obstétrica a partir da linha de pesquisa em Direitos Humanos, Cidadania e Democracia viabiliza um olhar menos dogmático e mais dialógico com outras áreas das ciências sociais, o que é imprescindível para tratar um tema com pouco lastro normativo. Neste contexto, essa pesquisa busca entender os conceitos “violência obstétrica” e “humanização do parto” e sua relação histórica com a apropriação do corpo da mulher como máquina reprodutiva, que provoca uma assistência obstétrica violenta e intervencionista, e questioná-los a partir da noção do dispositivo de racialidade, o qual faz com que mulheres negras sofram violências de outra ordem, decorrentes do racismo obstétrico. O trabalho propõe tais discussões à luz do Caso Alyne Pimentel, partindo da análise do julgamento do caso no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro e no Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Em seguida, desenvolve as categorias conceituais com base em pesquisa bibliográfica interdisciplinar em diálogo com marcos normativos internacionais sobre o tema, orientando-se pela noção de justiça reprodutiva. Por fim, utiliza-se do método de reescrita feminista de decisão judicial aplicado a acórdão do Caso Alyne, a fim de inserir uma perspectiva de gênero e raça à decisão, como meio de demonstrar que o direito deve responder ao problema da violência obstétrica tendo em conta que o racismo exerce papel central e estruturante nesse tema, do contrário não promoverá humanização, mas reforçará a desumanização de mulheres negras.

Palavras-chave

Violência obstétrica; justiça reprodutiva; feminismo interseccional; dispositivo de racialidade; racismo obstétrico; reescrita feminista de decisão judicial; caso alyne pimentel.

Abstract

Carvalho, Andreza Nunes Silva. **Black wombs, white humanization: an intersectional analysis of the legal response to obstetric violence**. Rio de Janeiro, 2024. 81p. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Janeiro.

Obstetric care is a biopolitical dispositif on pregnant bodies, and the law interacts with this exercise of biopower, legitimizing it and eventually limiting it. The term “obstetric violence” was created in the 2000s by women's movements in Latin America to identify suffering experienced by women during the pregnancy-puerperal period and is linked to the concept of humanization of childbirth. This is a strategic concept, which was introduced to the legal debate recently, making the moment appropriate to understand the proposed categories of “obstetric violence” and “humanization”. Therefore, this research seeks to understand these concepts and their historical relationship with the appropriation of the woman's body as a reproductive machine, which causes violent and interventionist obstetric care, and to question them based on the notion of the raciality device, which causes that black women suffer violence of another order, resulting from obstetric racism. The work proposes such investigations in light of the Alyne Pimentel Case, starting from the analysis of the case's judgment at the Court of Justice of Rio de Janeiro and at The Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Then, it develops conceptual categories based on interdisciplinary bibliographical research in dialogue with international normative frameworks on the topic, guided by the notion of reproductive justice. Finally, the Feminist Judgments method applied to the trial of the Alyne Case is used, in order to insert a gender and race perspective into the decision, as a means of demonstrating that the law must respond to the problem of obstetric violence taking into account that racism plays a central and structuring role in this issue, on the contrary, it will not promote humanization, but will strengthen the dehumanization of black women.

Key-words

Obstetric violence; reproductive justice; intersectional feminism; raciality dispositif; obstetric racism; feminist judgment-writing; case Alyne Pimentel v. Brazil.

SUMÁRIO

Introdução	12
1 Caso Aylene Pimentel: uma história de (des)assistência obstétrica	15
1.1 Uma história que começa na colonização e termina no leito hospitalar	15
1.1.1 Perspectiva histórica da assistência obstétrica a mulheres negras no Brasil	16
1.1.2 Aylene no hospital: direitos reprodutivos esquecidos em uma maca no corredor	26
1.2 Uma história que começa na colonização e termina no leito hospitalar	29
1.2.1 Caso Aylene no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro	30
1.2.2 Aylene vs. Brasil no Comitê pela Eliminação da Discriminação contra a Mulher	40
2 Violência obstétrica e humanização do parto: categorias entre hierarquias reprodutivas	48
2.1 A humanização do parto em resposta à coisificação reprodutiva do corpo	48
2.1.1 A mulher como máquina de criação de novos trabalhadores: o parto prototípico para expansão da força de trabalho	49
2.1.2 Da morbi-mortalidade materna à humanização do parto	51
2.1.3 Sentidos e limites da categoria violência obstétrica	55
2.2 Ventres negros sob o signo da morte: as diferenças condicionantes entre o nascer branco e o negro	58
2.2.1 O dispositivo de racialidade na assistência ao parto: a humanização que desumaniza mulheres negras	59
2.2.2 O controle da “fábrica de produzir marginais”: genocídio e política de branqueamento engendrados no não-nascer.....	62
2.2.3 A memória de Aylene ecoa que mulheres negras querem justiça reprodutiva	63
2.3 Instrumentos jurídicos sobre violência obstétrica na perspectiva crítica da justiça reprodutiva	66

2.3.1 Tratados e convenções internacionais de direitos humanos das mulheres.....	66
2.3.2 Decisões internacionais sobre violência obstétrica	67
2.3.3 Leis latino-americanas de humanização do parto e violência obstétrica.....	68
3 Experimento de reescrita feminista interseccional de decisão judicial do Caso Alyne Pimentel	70
3.1 A potência epistemológica da reescrita feminista de decisões judiciais	71
3.2 A pergunta por Alyne na decisão da oitava câmara cível.....	75
3.3 Proposta de reescrita da decisão da apelação cível do Caso Alyne ..	76
3.4 Algumas notas sobre a reescrita da decisão judicial.....	80
Conclusão	81
Referências bibliográficas	84

INTRODUÇÃO

O modelo de assistência obstétrica intervencionista e com uso irracional de tecnologias está relacionado ao controle da capacidade reprodutiva da mulher, produzindo “expropriação dos corpos das mulheres”¹. Os movimentos pela humanização do parto se opõem a esse modelo, propondo “uma mudança na compreensão do parto como experiência humana”² e cunhando o termo “violência obstétrica” para capturar a materialidade da intervenção na autonomia da mulher durante o ciclo gravídico puerperal³.

Trata-se de um termo relativamente recente, reivindicado a partir de 2000, na América Latina⁴, que tem sido teorizado como violência estrutural e normativa; abuso no nascimento e violência simbólica; violência vinculada a hierarquia, poder e controle; violência de gênero reproduzindo injustiça epistêmica; violação de direitos humanos e autonomia reprodutiva⁵. Nas políticas de saúde, a Organização Mundial da Saúde prevê:

“o termo violência obstétrica se refere à apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde, na forma de um tratamento desumanizado, medicação abusiva ou patologização dos processos naturais, reduzindo a autonomia da paciente e a capacidade de tomar suas próprias decisões livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, o que tem consequências negativas em sua qualidade de vida.”

As pesquisas produzidas sobre o tema se dedicam majoritariamente a uma perspectiva epidemiológica e, em menor expressão, dedicam-se às áreas da antropologia, psicologia, filosofia, sociologia ou direito⁶. A discussão foi introduzida recentemente ao debate jurídico brasileiro⁷ e, embora alguns países da América Latina tenham incorporado aos seus ordenamentos jurídicos o conceito de violência obstétrica enquanto violência de gênero, o Brasil ainda não possui legislação federal tratando sobre o tema, embora muitos projetos de lei tenham sido apresentados, sobretudo nos últimos anos. Isso coloca a temática da violência obstétrica nos holofotes dos debates jurídicos sobre os direitos das mulheres, tornando relevante compreender o fenômeno no mundo fático, sua tradução para o mundo jurídico e os termos em que isso se dá, especialmente no que diz respeito aos diversos marcadores sociais que diferenciam as mulheres entre si.

Entende-se que a violência obstétrica opera ativamente a partir de uma

¹ FEDERICI, Silvia. *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante, 2017.

² DINIZ, Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10 (3): 627-637. 2005. p. 628.

³ WALL, Rodante van der; MAYRA, Kaveri; HORN, Anna; CHADWICK, Rachelle. *Obstetric Violence: an intersectional refraction through Abolition Feminism*. Feminist Anthropology, Nova Jersey, 2022. p. 5

⁴ SOUZA, Larissa Veslaquez de. *Violência obstétrica no Brasil: construção do termo, seu enfrentamento e mudanças na assistência obstétrica (1970-2015)*. 2022. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022. p. 3. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/53543/2/va_Larissa_Souza_COC_2022.pdf>.

⁵ WALL, Rodante van der et al., op. cit., p. 9.

⁶ WALL, Rodante van der et al., op. cit., p. 5.

⁷ CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de (org). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020. p. 1.

instituição biopolítica de saúde⁸, isto é, promove uma gestão da vida e da morte. A obstetrícia é a articulação do “fazer viver” por excelência, na medida em que mobiliza o processo de nascimento. No entanto, “na biopolítica, gênero e raça se articulam produzindo efeitos específicos”, razão pela qual as tecnologias de controle sobre a reprodução se apresentam de forma diferenciada segundo a racialidade⁹. Logo, o biopoder que instrumentaliza a violência obstétrica não opera apenas segundo critérios de gênero, pois, no esquema da biopolítica, o racismo “é indispensável para que o poder, enquanto biopoder e com função primordial de promover a vida, venha a tirar a vida”¹⁰.

Considerando esses aportes, eu procuro enfrentar, nesta dissertação, os seguintes problemas de pesquisa: as noções de humanização do parto e violência obstétrica contemplam a experiência histórica de mulheres negras? À luz do Caso Alyne Pimentel, como o direito traduz essas noções? Essa tradução contempla a materialidade das mulheres negras? A minha hipótese é de que os discursos que conformam a elaboração terminológica da violência obstétrica e da humanização do parto desconSIDERAM o papel do racismo na biopolítica e, portanto, mobilizam conceitos que ignoram a experiência histórica das mulheres negras no que tange à assistência obstétrica. Assim, pretendo demonstrar a necessidade de repactuação desses conceitos, uma vez que, no Brasil, “o projeto estético e eugênico”¹¹ do embranquecimento exige: que a mulher negra não seja capaz de parir ou maternar suas próprias crias, e que a mulher branca tenha seu partear e maternar altamente controlados e medicalizados, para garantir o sucesso da prole.

Ou seja, eu busco refletir como a dinâmica de assistência obstétrica no Brasil tem em seu centro o pensamento eugenista embranquecedor, de modo que os discursos sobre humanização do parto precisam partir das questões de raça, em lugar de tê-las apenas como apêndice das demandas centradas na branquitude. Neste campo de discursos, o dispositivo de racialidade, como enunciado por Sueli Carneiro, promove “a negação do ser das pessoas negras”¹², cuja vivência não enreda o que se entende por violência ou humanização no parto. O que não é por acaso, vez que o dispositivo de racialidade demarca “a humanidade como sinônimo de brancura”¹³. Para desenvolver essas premissas, eu desenvolvo meu trabalho tendo o Caso Alyne Pimentel como ponto de partida, observando tanto a dimensão fática quanto jurídica como materialização dos debates teóricos propostos.

Alyne foi uma mulher, negra, mãe, da baixada fluminense, que perdeu sua vida em decorrência de negligência médica no momento de sua segunda gravidez. Sua família pleiteou indenização pelos danos sofridos, mas a decisão judicial não reconheceu a responsabilidade direta do Estado pela assistência de saúde prestada. Submetido o caso ao Comitê CEDAW (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher), o órgão convencional entendeu se tratar

⁸ WALL, Rodante van der; MAYRA, Kaveri; HORN, Anna; CHADWICK, Rachelle. *Obstetric Violence: an intersectional refraction through Abolition Feminism*. Feminist Anthropology, Nova Jersey, 2022. p. 10.

⁹ CARNEIRO, Sueli. *Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Rio de Janeiro: Zahar, 2023, p. 61.

¹⁰ CARNEIRO, Sueli. *Ibidem*, p. 64.

¹¹ CARNEIRO, Sueli. *Ibidem*, p. 65.

¹² CARNEIRO, Sueli. *Ibidem*, p. 13.

¹³ CARNEIRO, Sueli. *Ibidem*, p. 31.

de caso de morte materna, relacionada a complicações obstétricas, decorrente de problemas sistemáticos nos serviços de saúde disponibilizados às mulheres no país, sobretudo às pobres e pretas. Alyne morreu por negligência médica, não por experimentar uma assistência obstétrica exagerada que intuiu em sua autonomia.

Partindo deste caso, a pesquisa objetiva demonstrar como o dispositivo de racialidade opera na assistência obstétrica, submetendo as mulheres negras a formas específicas de violência e, a partir disso, tensionar as categorias “violência obstétrica” e “humanização do parto” através do referencial político-epistemológico da justiça reprodutiva. Para essa investigação, este trabalho se desenvolve metodologicamente por meio de estudo de caso, seguindo uma pesquisa documental do Caso Alyne nos autos processuais da ação judicial proposta pelos seus familiares no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro e no Comitê CEDAW, em que busco catalogar os principais atos processuais e características do andamento processual, além de utilizar como fonte para compreensão dos fatos ocorridos. Também, utilizo-me de pesquisa bibliográfica multidisciplinar exploratória, dialogando com aportes teóricos de pesquisas históricas, na saúde pública e em ciências sociais em geral, para além do direito.

Seguindo o percurso metodológico descrito acima, eu divido este trabalho em três capítulos. No primeiro, eu busco elaborar um estudo do Caso Alyne, em correlação com a colonização histórica de corpos de mulheres negras, passando pelo processo judicial e pela decisão do Comitê CEDAW. No capítulo seguinte, eu apresento um estudo bibliográfico dos termos “violência obstétrica” e “humanização do parto” e as construções de seus sentidos segundo a teoria de Silvia Federici. Ainda no segundo capítulo, eu desenvolvo uma crítica a redução dessas categorias à perspectiva liberal da individualidade sob a ótica da mulher branca de classe média, a partir do dispositivo de racialidade de Sueli Carneiro e do referencial da justiça reprodutiva. Então, eu apresento alguns instrumentos jurídicos sobre violência obstétrica, entre convenções e decisões internacionais sobre o tema, bem como leis de países latinos sobre o assunto, mas sob a chave de leitura da justiça reprodutiva. Por fim, no último capítulo eu me proponho o experimento da reescrita feminista interseccional da decisão de um recurso no Caso Alyne, com o fim de ensaiar possíveis deslocamentos epistemológicos sobre o tema em nosso ordenamento jurídico.

1

Caso Alyne Pimentel: uma história de (des)assistência obstétrica

A assistência obstétrica é um aparato da biopolítica sobre corpos que gestam, e o direito interage com esse exercício de biopoder, legitimando-o e eventualmente limitando-o. Isto posto, o objetivo principal desta dissertação é demonstrar como o dispositivo de racialidade opera na assistência obstétrica, de modo que submete as mulheres negras a formas específicas de violência. Ou seja, o racismo é elemento fundacional dessa biopolítica, não apenas um fator colateral ou secundário. Por isso, eu procuro refletir que o direito deve responder ao problema da violência obstétrica tendo em conta que o racismo exerce papel central e estruturante nesse tema, do contrário não promoverá humanização, mas reforçará a desumanização de mulheres negras.

Para desenvolver essa pesquisa, tenho como fio condutor o caso de Alyne Pimentel: mulher, mãe, jovem, negra, moradora da Baixada Fluminense, que perdeu sua vida por negligência médica no momento de sua gravidez. O caso de Alyne foi judicializado pela sua família, que buscava reparação pela perda resultante de uma assistência obstétrica mal prestada. Pela morosidade do judiciário brasileiro em reparar a família de Alyne e responder às violações de seus direitos reprodutivos, seu caso foi levado ao Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), tendo se tornado o primeiro caso de mortalidade materna julgado internacionalmente. A decisão do CEDAW é paradigmática não só por ser um marco na compreensão dos direitos humanos maternos, mas também por reconhecer o papel que a discriminação racial exerce na saúde reprodutiva das mulheres negras.

1.1

Uma história que começa na colonização e termina no leito hospitalar

A decisão do Comitê CEDAW sinaliza que a história de Alyne não é fato isolado, mas resultado de uma estrutura racial que sustenta historicamente mortes evitáveis de mulheres negras. No próximo tópico, eu busco demonstrar como a assistência obstétrica no Brasil tem suas raízes na colonização de corpos negros, o que resulta em uma estrutura de saber-biopoder racialmente implicada, que promove a morte de Alynas ao longo dos séculos. A exposição a seguir se estrutura no estudo bibliográfico de pesquisas históricas direcionadas à maternidade negra no período escravocrata e pós-abolição, as fontes que utilizo se utilizaram predominantemente de pesquisa histórica documental, baseando-se em notícias da época, registros médicos, dentre outros documentos que constituíram suas fontes primárias de pesquisa.

1.1.1

Perspectiva histórica da assistência obstétrica a mulheres negras no Brasil

A história da assistência obstétrica a mulheres negras no Brasil remete ao período da colonização, em que mulheres africanas eram retiradas de seu continente para serem submetidas à escravidão por colonos portugueses. A assistência obstétrica no Brasil se modela, então, a partir da colonização e depreciação de corpos negros. Para compreender essa origem, é importante separar esse momento em alguns períodos: predominância do tráfico de escravos; fim do tráfico de escravos; promulgação da Lei do Ventre Livre e pós-abolição da escravatura. Cada um desses marcos produziu uma dinâmica de dominação diferente sobre a liberdade reprodutiva da mulher negra.

No ambiente urbano das décadas de 1830 e 1840, período de grande intensidade do comércio transatlântico, o tráfico de africanos escravizados fazia com que os preços fossem relativamente baixos. Nessa época, os anúncios de jornais indicavam que as mulheres gestantes tinham um preço diminuído em decorrência da gravidez, sendo equiparadas, para fins de venda, às crianças, anciãos e enfermos. Isso porque, do ponto de vista senhorial, uma mulher gestante tinha sua capacidade de trabalho temporariamente comprometida, o que significava prejuízo¹⁴. A documentação médica da época indica que as mulheres grávidas não eram poupadas do trabalho forçado até o momento do parto, que muitas vezes acontecia a caminho do trabalho ou nas lavouras¹⁵.

Do mesmo modo, as gestantes não eram preservadas de castigos violentos e cruéis pelos seus senhores, principalmente quando se sentiam prejudicados economicamente pelo comprometimento da mulher pelos sintomas físicos da gravidez¹⁶. Nesses casos, as gestantes corriam o risco de serem obrigadas a abortar ou de sofrer um aborto provocado pela violência do senhorio¹⁷. Como se não bastasse, a proximidade às senhoras brancas expunha as gestantes a tratamentos bárbaros, pela mera suspeita em relação à paternidade¹⁸. Nota-se a inexistência de segurança reprodutiva para as mulheres escravizadas, e como o processo gestacional lhes deixava expostas a mais vulnerabilidades e violências, as quais não eram demarcadas somente pelo fator gênero, mas eram predominantemente raciais, dado que senhoras brancas viviam uma dinâmica diferente e também lhes infringiram crueldade.

No período do comércio transatlântico, as mulheres negras não eram reprodutoras de mão de obra, e o interesse dos escravistas estava em seu próprio trabalho, não no trabalho futuro dos seus filhos¹⁹. Com o fim do tráfico

¹⁴ TELLES, Lorena F. S. *Teresa Benguela e Felipa Crioula estavam grávidas: maternidade e escravidão no Rio de Janeiro (século XIX)*. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. p. 88 e 89.

¹⁵ TELLES, Lorena F. *Ibidem*, p. 85 e 86.

¹⁶ TELLES, Lorena F. *Ibidem*, p. 105.

¹⁷ TELLES, Lorena F. *Ibidem*, p. 107.

¹⁸ TELLES, Lorena F. *Ibidem*, p. 105.

¹⁹ ROTH, Cassia Paigen. Reproducing Slavery in Nineteenth-Century Rio de Janeiro. *UCLA Historical Journal*, Los Angeles, v. 24, n. 1, 2013, disponível em: <<https://escholarship.org/uc/item/1fk637b8>>. Acesso em: 04 jan. 2024. p. 3.

transatlântico, em 1850, a expropriação reprodutiva das mulheres negras ganhou novos contornos, isso porque os senhores escravistas, os médicos e autoridades políticas compreenderam que, para a continuação do regime escravista, a capacidade reprodutiva da mulher escrava passou a ser fundamental²⁰. A partir da alteração na forma de obtenção de pessoas escravizadas para a reprodução em solo brasileiro, a relação dos senhores com as gestantes passou a ser de valorização (financeira) e maiores cuidados para garantir o sucesso da reprodução. Assim, foram adotadas medidas como cargas de trabalho mais leves durante a gravidez e um curto período de descanso no pós-parto²¹.

Não se tratava, no entanto, de preservar a saúde das mulheres, mas de assegurar a “reprodução biológica da força de trabalho escrava”²². A historiadora Cassia Roth destaca que, em um dos manuais para cuidados de escravas no período gestacional, menciona-se que “na ocasião do parto a escrava deve merecer a mesma atenção que merece a sua senhora”, contudo, sublinha-se que esse tratamento se destinava a “promover tanto a humanidade quanto o nosso interesse”, referindo-se aos interesses dos escravistas²³. É perceptível que não há qualquer interesse na saúde e na dignidade das mulheres, mas uma relação utilitarista com seus ventres e filhos. Tanto que essas mulheres sequer eram mantidas próximas a seus filhos, uma vez que não houvesse alguém que pudesse cuidar dessas crianças, sem interferir na produtividade de suas mães, esses bebês eram vendidos.

De acordo com Lorena Telles, os jornais das décadas de 1850 e 1860 revelam um mercado de venda de bebês, logo após o fim do tráfico, com anúncios do tipo “compra-se uma negrinha ou pardinha recém-nascida” ou “vende-se uma pardinha de 3 meses de idade”²⁴. Esses mesmos bebês, com a promulgação da Lei do Ventre Livre, perderam o valor para os interesses das classes escravistas, que passaram a abandoná-los e deixá-los à morte, sem qualquer registro ou reconhecimento²⁵. Até esse momento, seguia-se o princípio do *partus sequitur ventrem*, oriundo do direito romano, que determinava que a condição jurídica da criança em um regime de escravidão seguiria a de sua mãe²⁶.

Seguindo esse princípio, “a maternidade tornou-se o veículo pelo qual os significados raciais acabaram se concretizando”²⁷, pois foi pelo ventre das mulheres negras africanas e suas descendentes que a escravidão foi transferida através dos

²⁰ ROTH, Cassia. O trabalho do parto: trabalho escravo, saúde reprodutiva e a influência da Lei do Ventre Livre no pensamento obstétrico, séculos XIX e XX. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

²¹ ROTH, Cassia. Ibidem.

²² ROTH, Cassia. Ibidem.

²³ ROTH, Cassia. Ibidem.

²⁴ TELLES, Lorena Ferres. Mães e amas de leite nas malhas dos interesses escravistas: mercado urbano de aluguel, abandono e morte de bebês ingênuos no Rio de Janeiro (1871-1888). In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

²⁵ TELLES, Lorena Ferres. Ibidem.

²⁶ SOUSA, Caroline Passarini. Escravidão, abolição e gênero: mulheres negras, corpo e reprodução nas Américas. *Revista Eletrônica da ANPHLAC*, ISSN 1679-1061, n. 31, p. 188-222, ago./dez., 2021. Disponível em: <<https://revista.anphlac.org.br/anphlac/article/view/4032>>. Acesso em: 04 jan. 2024. p. 195.

²⁷ SOUSA, Caroline Passarini. Ibidem, p. 201.

séculos. Nesse contexto, mesmo as mulheres que conseguiam a liberdade sob condição ainda tinham de lidar com a escravização de seus filhos. Nesses casos, as mulheres enfrentavam o dilema para saber se seus filhos nascidos no período do cumprimento da condição seriam considerados libertos ou não. Em geral, interpretava-se o princípio de maneira a garantir a escravização da criança, ou seja, o registro de alforria significava a separação da mãe de seu filho²⁸. Então, mesmo liberta, essa mulher tinha sua maternidade impedida, o que evidencia a inexistência de sua autonomia reprodutiva.

A Lei do Ventre Livre, tal como o fim do tráfico escravista, rotacionou as condições para o maternar das mulheres negras. Dessa vez, embora refira-se a um “ventre livre”, essa lei descorporificou as mulheres escravizadas, “separando seus ventres do restante de seus corpos e vidas”²⁹. O que se seguiu foi um desinteresse dos senhores com relação às vidas dos bebês ingênuos (aqueles nascidos livres de mães escravizadas), tendo por consequência o abandono dos recém-nascidos nas ruas, praças, escadarias de igrejas e, principalmente, na Roda dos Expostos³⁰. As Rodas dos Expostos foram instituições ligadas às Santas Casas de Misericórdia, funcionando como um orfanato de iniciativa filantrópica. Muitos bebês passaram a ser abandonados na Roda, que chegava a receber “bebês negros com cordão umbilical recém-cortado”³¹.

Por outro lado, alguns senhores tinham interesses mais pragmáticos no uso dos ingênuos e pleiteavam a custódia dos bebês, sob o argumento de que dariam a melhor criação e lhes dariam emprego posteriormente³². Desse modo, “os verdadeiros guardiões da infância passavam a ser homens brancos proprietários ou recém-desapossados de escravizados”³³. A historiografia registra diversos casos de proprietários que pleitearam judicialmente a tutela legal de ingênuos filhos de escravas ou ex-escravas suas, com a justificativa de que suas mães não teriam condições de criá-los adequadamente³⁴. Nesse cenário, o direito servia aos interesses da branquitude, impedindo a maternidade daquelas mulheres.

A maternidade impedida das mulheres negras, as quais não tinham nenhuma voz nos destinos de seus filhos³⁵, foi aprofundada pelo mercado de aluguel de

²⁸ MACHADO, M. H. et al. A ideia de liberdade do ventre nas cartas de alforria. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

²⁹ ROTH, Cassia. O trabalho do parto: trabalho escravo, saúde reprodutiva e a influência da Lei do Ventre Livre no pensamento obstétrico, séculos XIX e XX. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

³⁰ TELLES, Lorena Ferres. Mães e amas de leite nas malhas dos interesses escravistas: mercado urbano de aluguel, abandono e morte de bebês ingênuos no Rio de Janeiro (1871-1888). In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

³¹ TELLES, Lorena Ferres. Ibidem.

³² ROTH, Cassia Paigen. Reproducing Slavery in Nineteenth-Century Rio de Janeiro. *UCLA Historical Journal*, Los Angeles, v. 24, n. 1, 2013, disponível em: <<https://escholarship.org/uc/item/1fk637b8>>. Acesso em: 04 jan. 2024. p. 8.

³³ ARIZA, Marília B. A. Ventre, seios, coração: maternidade e infância em disputa simbólicas em torno da Lei do Ventre Livre (1870-1880). In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

³⁴ ARIZA, Marília B. A. Ibidem.

³⁵ ROTH, Cassia, op. cit., p. 8.

escravizadas para amas de leite e outros serviços, sendo a separação entre as mães e seus filhos uma característica dessa prática escravista³⁶. Nesse contexto, as mulheres gestantes atraíam ainda mais interesse da classe escravista, pois poderiam servir aos cuidados e aleitamento de bebês brancos, tanto que seu preço comercial foi valorizado³⁷. A razão para isso seria um discurso médico de que as mulheres brancas não estariam aptas ao aleitamento, por razões de fraqueza, moléstias mentais e histeria³⁸. Assim, a separação das mães negras de suas crias foi sustentada pela crença na fragilidade das mulheres brancas, oposta à ideia de robustez e abundância do leite entre as africanas e suas descendentes³⁹.

É claro que, nessas condições, as crianças nascidas de mulheres negras possuíam poucas chances de sobrevivência, uma vez que dependiam do aleitamento materno para sobreviver⁴⁰. Ou seja, ainda quando conseguiam parir e sobreviver ao parto, essas mulheres eram impedidas de maternar ou criar seus filhos com alguma dignidade. Vê-se a separação retórica entre a mulher e seu próprio ventre provocada pela Lei do Ventre Livre, separando “o seu ventre de seu corpo e de sua experiência encarnada de maternidade”⁴¹. Deixavam, assim, de exercer sua maternidade para nutrir e cuidar de crianças brancas. Se não podiam cuidar de seus filhos, não estavam aptas à sua tutela, o que corrobora os argumentos dos proprietários que buscavam tomar seus ingênuos. Mais uma vez, os senhores escravistas saem ganhando, e aqui em sentido duplo. Ao mesmo tempo, há uma “dupla sujeição da mulher escravizada”, na medida em que sua condição materna não era reconhecida⁴².

Para garantir a utilização da mulher gestante no comércio de aluguel de amas, os senhores precisavam que elas estivessem vivas no pós-parto, e aqui entra a atuação médica, principalmente na segunda metade do século XIX, pois os senhores passaram a internar as parturientes escravizadas nas Casas de Saúde para que ali tivessem seus partos⁴³. Ali, essas mulheres eram confinadas em “sala própria para escravas”, em local distinto do utilizado por mulheres brancas⁴⁴, o que revela o tratamento discriminatório concedido pela obstetrícia à época. Nas Casas de Saúde, as parturientes estiveram expostas às visitas e práticas invasivas de médicos e acadêmicos, onde serviam também como cobaias ao início da prática obstétrica no Brasil⁴⁵. Os senhores conduziam suas cativas nos últimos tempos de gestação para que, no pós-parto, pudessem alugá-las como amas de leite, sobretudo a partir

³⁶ TELLES, Lorena Ferres. Mães e amas de leite nas malhas dos interesses escravistas: mercado urbano de aluguel, abandono e morte de bebês ingênuos no Rio de Janeiro (1871-1888). In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

³⁷ TELLES, Lorena Ferres. Ibidem.

³⁸ TELLES, Lorena Ferres. Ibidem.

³⁹ TELLES, Lorena Ferres. Ibidem.

⁴⁰ TELLES, Lorena Ferres. Ibidem.

⁴¹ TELLES, Lorena Ferres. Ibidem.

⁴² ARIZA, Marília B. A. Ventre, seios, coração: maternidade e infância em disputa simbólicas em torno da Lei do Ventre Livre (1870-1880). In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

⁴³ TELLES, Lorena F. S. *Teresa Benguela e Felipa Crioula estavam grávidas: maternidade e escravidão no Rio de Janeiro (século XIX)*. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. p. 186.

⁴⁴ TELLES, Lorena F. S. Ibidem, p. 188.

⁴⁵ TELLES, Lorena F. S. Ibidem, p. 192.

da regulamentação da maternidade da Santa Casa, que passou a contar com “um núcleo de amas para o serviço particular”⁴⁶.

O próprio regulamento da maternidade previa que as mulheres que fossem servir como amas deveriam ter seus filhos recolhidos à Roda dos Expostos⁴⁷. Parteiras europeias que chegaram à cidade para integrar o serviço obstétrico ficavam também encarregadas de sumir com os filhos das cativas⁴⁸, o que revela que não era um tratamento condicionado pelo gênero, mas por cor. Além disso, as mulheres africanas e crioulas não tinham qualquer garantia de um tratamento digno, pelo contrário, eram muitos os relatos de péssimas condições materiais e de escrutínio aos seus corpos⁴⁹. Ainda assim, essas mulheres encontravam formas de carinho, cuidado e convivência com seus filhos, resistindo aos que buscavam se apropriar do seu maternar⁵⁰.

Muitas delas fugiram às vésperas dos partos, como revelam os anúncios de jornais da época⁵¹, o que mostra os esforços dessas mulheres para que pudessem exercer sua maternagem⁵². Assim, a fuga foi uma forma de aquelas mães lutarem pelo direito de cuidar e tratar dos próprios filhos⁵³. Outro modo de luta pela sua maternidade se deu na seara judicial: muitas mulheres travaram disputas jurídicas pela compra da liberdade de seus filhos, outras buscaram reparação por tratamentos degradantes dados aos seus filhos pelos escravistas⁵⁴. Nessas disputas, as mulheres não eram passivas, mas agentes ativos dentro de suas realidades. As mulheres escravizadas “reclamavam a garantia dos sentimentos e prerrogativas maternos numa linguagem liberal de disputa por direitos”, o que marcou o “abolicionismo sentimental e feminilizado das décadas finais da escravidão atlântica”⁵⁵. Não bastava parir, elas desejavam o direito a maternar.

Essas mulheres cujos corpos fundiam a luta e o luto do seu maternar gestaram também a liberdade. Isso nos leva aos atravessamentos que a abolição da escravatura promoveu sobre sua liberdade reprodutiva. Na década da abolição, tempos finais do regime escravista, a exploração de amas de leite se intensificou,

⁴⁶ TELLES, Lorena F. S. *Teresa Benguela e Felipa Crioula estavam grávidas: maternidade e escravidão no Rio de Janeiro (século XIX)*. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. p. 198.

⁴⁷ TELLES, Lorena F. S. *Ibidem*, p. 198.

⁴⁸ TELLES, Lorena Ferres. *Mães e amas de leite nas malhas dos interesses escravistas: mercado urbano de aluguel, abandono e morte de bebês ingênuos no Rio de Janeiro (1871-1888)*. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

⁴⁹ TELLES, Lorena F. S. *op. cit.*, p. 205.

⁵⁰ ARIZA, Marília B. A. *Ventre, seios, coração: maternidade e infância em disputa simbólicas em torno da Lei do Ventre Livre (1870-1880)*. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

⁵¹ TELLES, Lorena Ferres. *Op. cit.*

⁵² SANTOS, Lucimar F. *Disputas pelos significados da liberdade do ventre escravizado: episódios de fugas de africanas e de suas descendentes*. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

⁵³ SANTOS, Lucimar F. *Ibidem*.

⁵⁴ SILVA, Lúcia H. O. *Estratégias de mulheres escravizadas para obter alforrias e a pedagogia da liberdade*. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

⁵⁵ ARIZA, Marília B. A., *op. cit.*

dada a diminuição do número de cativas na cidade⁵⁶. Paralelamente, surgia “um discurso abolicionista de tom humanitário” que “passou a conceber as cativas como impossibilitadas de exercerem o direito natural à maternidade”⁵⁷. A despeito disso, a “construção alegórica da mãe negra desprovida de capacidades materiais, morais e afetivas adequadas para o cuidado dos filhos”⁵⁸ foi ganhando cada vez mais força e perdurou até o pós-abolição⁵⁹.

Nesse contexto, o sadismo dos senhores escravistas contra gestantes era notável⁶⁰, e muitas das violências eram praticadas pelas senhoras brancas⁶¹. Apesar do avanço do abolicionismo, as violências aumentavam, e o comércio de amas crescia, forçando que mães crioulas abandonassem seus bebês⁶². Embora tivessem seu direito ao maternar continuamente atacado, essas mulheres passaram a disputar suas liberdades e de seus filhos⁶³. Imediatamente após a abolição, muitas mães buscaram por seus filhos, e vice-versa, contexto em que “enfrentaram as lutas contra a pobreza e as dificuldades em prover, muitas vezes sós, a si próprias e aos filhos pequenos”⁶⁴.

Ao mesmo tempo, surgia um discurso médico em prol da melhoria da saúde reprodutiva da mulher “com o objetivo de assegurar o surgimento de uma raça brasileira forte e, é claro, de trabalhadores nacionais”⁶⁵. Nesses discursos, supostamente, a raça não era uma questão⁶⁶, no entanto, as teses de medicina produzidas ao final do século tiveram suporte nas observações e formas de intervenções nos partos das mulheres negras internadas na enfermaria da Santa Casa de Misericórdia⁶⁷. Importante mencionar que apenas nas primeiras décadas do século XIX o ensino regular de medicina no Brasil passou a incorporar a obstetrícia⁶⁸, e apenas a partir de 1850 houve maior interesse profissional na área, época em que os homens brancos aristocratas passaram a disputar mercado com as parteiras informais⁶⁹.

⁵⁶ TELLES, Lorena Ferres. Mães e amas de leite nas malhas dos interesses escravistas: mercado urbano de aluguel, abandono e morte de bebês ingênuos no Rio de Janeiro (1871-1888). In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

⁵⁷ TELLES, Lorena Ferres. Ibidem.

⁵⁸ ARIZA, Marília B. A. Ventre, seios, coração: maternidade e infância em disputa simbólicas em torno da Lei do Ventre Livre (1870-1880). In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

⁵⁹ TELLES, Lorena Ferres. Op. Cit.

⁶⁰ TELLES, Lorena F. S. *Teresa Benguela e Felipa Crioula estavam grávidas: maternidade e escravidão no Rio de Janeiro (século XIX)*. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. p. 107.

⁶¹ TELLES, Lorena F. S. Ibidem, p. 151.

⁶² TELLES, Lorena F. S. Ibidem, p. 237.

⁶³ TELLES, Lorena F. S. Ibidem, p. 312.

⁶⁴ TELLES, Lorena F. S. Ibidem, p. 315.

⁶⁵ ROTH, Cassia. O trabalho do parto: trabalho escravo, saúde reprodutiva e a influência da Lei do Ventre Livre no pensamento obstétrico, séculos XIX e XX. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

⁶⁶ ROTH, Cassia. Ibidem.

⁶⁷ TELLES, Lorena F. S., op. cit., p. 206.

⁶⁸ TELLES, Lorena F. S., op. cit., p. 167.

⁶⁹ TELLES, Lorena F. S., op. cit., p. 169.

Neste momento, os médicos ainda atuavam nas casas senhoriais para prestar assistência a mulheres escravizadas frente a “complicações que colocavam em risco sua vida e a capacidade de trabalho”⁷⁰. Mesmo se tratando de ambiente mais familiar para a gestante, a intervenção do médico com seus novos instrumentos de trabalho (como o fórceps, instrumento metálico utilizado para a retirada forçada do feto) já foi uma ruptura em como essas mulheres lidavam com a gestação e o parto. Não são raros os relatos de mutilação dos fetos nos momentos do parto, dentre outros episódios resultantes em partos traumáticos para as mães que os experimentaram⁷¹. Mesmo nesses casos, a morte dos bebês e o trauma provocado não comprometiam o “sucesso da operação” para os médicos, desde que garantido o restabelecimento da escrava, preservando, assim, a sua força de trabalho⁷².

E quando vinha a fatalidade da morte da gestante, sua utilidade não terminava, pois seu corpo era dissecado e investigado, sem direito a enterro⁷³. Isto é, “seu corpo, despido de sua história e de sua experiência, constituía o suporte para a prática do médico e para o desenvolvimento de saberes científicos”⁷⁴. Assim, “os médicos aperfeiçoavam suas habilidades nos corpos e úteros das mulheres escravizadas”⁷⁵, médicos estes “formados pela faculdade sem experiência, munidos de conhecimentos teóricos, de seus diplomas e do fórceps”⁷⁶, o que, esperava-se, fosse melhorar a saúde reprodutiva de mulheres escravizadas no futuro⁷⁷, não para lhes garantir dignidade, mas em prol do interesse da classe médica e dos senhores ricos.

É perceptível que não há qualquer relação de humanização das gestantes cativas, pois prevalece o ideal objetificador de seus corpos, sobretudo seus úteros, na vida ou na morte. Essa retórica acompanhou o pensamento obstétrico pelo restante do século XIX, mas apenas na segunda metade do século surgiram Casas de Saúde com atendimento especializado em mulheres e partos, época em que os preços das cativas gestantes aumentaram devido ao fim do tráfico escravista⁷⁸. Nesses locais, o objetivo não era garantir o bem-estar e integridade das gestantes, mas sua sobrevivência para preservar o capital dos senhores. No fim do século, as doutrinas do racismo científico alcançaram os médicos brasileiros, informando as práticas de médicos e parteiras europeias quanto às mulheres negras escravizadas⁷⁹.

Assim, eram apresentadas teses como “várias causas atuam sobre a mulher quanto ao parto e suas consequências, a raça, os costumes, a civilização influem naturalmente, nem só quanto à intensidade das contrações uterinas, como também

⁷⁰ TELLES, Lorena F. S. *Teresa Benguela e Felipa Crioula estavam grávidas: maternidade e escravidão no Rio de Janeiro (século XIX)*. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018, p. 169.

⁷¹ TELLES, Lorena F. S., *ibidem*, p. 172.

⁷² TELLES, Lorena F. S., *ibidem*, p. 178.

⁷³ TELLES, Lorena F. S., *ibidem*, p. 173.

⁷⁴ TELLES, Lorena F. S., *ibidem*, p. 172.

⁷⁵ ROTH, Cassia. O trabalho do parto: trabalho escravo, saúde reprodutiva e a influência da Lei do Ventre Livre no pensamento obstétrico, séculos XIX e XX. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

⁷⁶ TELLES, Lorena F. S., *op. cit.*, p. 183.

⁷⁷ ROTH, Cassia. *op. cit.*

⁷⁸ TELLES, Lorena F. S. *op. cit.*, p. 187.

⁷⁹ TELLES, Lorena F. S. *op. cit.*, p. 190.

quanto à dor”⁸⁰, difundindo que as mulheres negras e africanas teriam mais facilidade ao parir e menor sensibilidade à dor. Por outro lado, o uso de anestésicos em mulheres brancas “civilizadas” durante o trabalho de parto seria imprescindível, pois estariam afastadas da selvageria natural e seus partos seriam mais dolorosos⁸¹. Sobre as mulheres negras, a civilização supostamente não havia infundido fraqueza e frouxidão, de modo que nos partos delas “se vale a natureza de seus próprios recursos”, por isso não precisavam de muitos cuidados⁸².

O teor experimental das práticas médicas com as mulheres negras associada à desumanização de seus corpos levou à assistências como a prestada a Cândida, que procurou a Santa Casa de Misericórdia em trabalho de parto. Cândida já havia passado por 5 partos longos e difíceis, dos quais os filhos foram natimortos. Desta vez, após 3 dias de trabalho de parto sem progressão, procurou assistência médica, cujo parecer se deu nos seguintes termos: “com uma bacia tão defeituosa, o único meio que havia para salvar-se ao menos a criança era a operação cesariana”, o que se sabia fatal para a parturiente. Cândida foi cloroformizada (anestésico) e passou pela cirurgia. Seu filho sobreviveu e foi encaminhado à Casa dos Expostos. Cândida morreu, seu corpo foi autopsiado, e sua bacia, conservada “como uma preciosidade patológica”. Este foi o desfecho da primeira cesárea realizada no Brasil, testada em uma mulher negra cativa⁸³.

As más condições da enfermaria destinada aos partos era um consenso da época. São muitos os relatos sobre a falta de higiene das roupas de cama, falta de lavagem do assoalho, a ausência de alimentação disponível às pacientes e a falta de divisão entre mulheres sãs e aquelas acometidas por infecções contagiosas⁸⁴. Segundo o relatório do ano de 1884, 39 mulheres negras (26 pretas e 13 pardas) e apenas uma branca foram recebidas na enfermaria⁸⁵. É inegável o marcador de raça no desenvolvimento da assistência obstétrica no Brasil. Este foi o cenário em foram desenvolvidas as teses de medicina anteriormente mencionadas, firmando os pilares sobre os quais a obstetrícia brasileira se aperfeiçoaria.

Exemplo disso foi a tese derivada de observação clínica das bacias de mulheres negras cativas e livres, a qual pretensamente confirmava a menor sensibilidade à dor entre as mulheres negras, além das especificidades da sua pélvis, que era medida e comparada ao padrão de normalidade da mulher branca. Tais teses eurocêntricas serviram para reforçar os estereótipos de disponibilidade sexual das mulheres negras⁸⁶. Em diversos relatos de acadêmicos, percebe-se a violência de

⁸⁰ FERREIRA, Justo Jansen. Do parto e de suas conseqüências na espécie negra. Rio de Janeiro: Laemmert & C., 1887, p. 33-34 apud TELLES, Lorena F. S. *Teresa Benguela e Felipa Crioula estavam grávidas: maternidade e escravidão no Rio de Janeiro (século XIX)*. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. p. 190.

⁸¹ TELLES, Lorena F. S. *Teresa Benguela e Felipa Crioula estavam grávidas: maternidade e escravidão no Rio de Janeiro (século XIX)*. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018, p. 189 e 190.

⁸² VIANA, Iamara; GOMES, Flávio. *Senzalas e casebres sob sevícias: feminicídios, médicos e corpos*. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

⁸³ TELLES, Lorena F. S., op. cit., p. 201 e 202.

⁸⁴ TELLES, Lorena F. S., op. cit., p. 201 e 202.

⁸⁵ TELLES, Lorena F. S., op. cit., p. 201 e 202.

⁸⁶ TELLES, Lorena F. S., op. cit., p. 206.

apalpamentos invasivos sobre as parturientes, além de aplicação de injeções e explorações manuais em seu útero⁸⁷. Nos mesmos relatos, são frequentes os desfechos de bebês sem vida após extração a fórceps⁸⁸.

Um dos relatos conta a história de Damiana, 17 anos, preta, grávida pela primeira vez, tendo procurado a enfermaria da Santa Casa. Ali, teve seu parto feito a fórceps, que extraiu um bebê sem vida. Dois dias depois, Damiana faleceu à noite em meio a outras mulheres grávidas e puérperas, sem receber qualquer assistência médica⁸⁹. Damiana, como muitas outras, experimentou a desassistência da obstetrícia, resultante da objetificação de seus corpos eivada de percepções racistas. Em seus escritos, os médicos seguiram a lógica fragmentada entre a mulher negra e suas capacidades reprodutivas⁹⁰, esvaziando de qualquer humanidade o tratamento a ela concedido. Nela, não se via uma pessoa a ser cuidada e bem acolhida, mas um útero a ser explorado (para fins econômicos ou científicos).

De acordo com Cassia Roth, “essa separação do ventre da mulher permaneceu como parte importante do pensamento obstétrico depois de 1888”⁹¹. Deste modo, “a capacidade reprodutiva das mulheres escravizadas, e as medidas para protegê-las, continuaram a influenciar o pensamento obstétrico durante boa parte da República Velha”⁹², com incidência sobre a forma como a ginecologia e a obstetrícia viam “a maternidade, o aborto e, finalmente, o estatuto de cidadania de mulheres de todas as cores”⁹³. Ao lançar os fundamentos que formariam a obstetrícia moderna, “a tanto a retórica que separa o útero e o feto da mãe quanto as desigualdades estruturais reais e duradouras resultantes da instituição da escravidão no Brasil continuam a afetar os debates sobre saúde reprodutiva, raça e gênero no Brasil”⁹⁴.

Assim foram lançadas as bases de uma expressão muito requintada do racismo institucional no país, pois é revestida de suposto saber médico. O racismo institucional é o “mecanismo estrutural que garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados”, operando de modo 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”⁹⁵. Jurema Werneck pontua que

O racismo institucional é um dos modos de operacionalização do racismo patriarcal heteronormativo - é o modo organizacional - para atingir coletividades a partir da

⁸⁷ TELLES, Lorena F. S. *Teresa Benguela e Felipa Crioula estavam grávidas: maternidade e escravidão no Rio de Janeiro (século XIX)*. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018, p. 208.

⁸⁸ TELLES, Lorena F. S. Ibidem, p. 209.

⁸⁹ TELLES, Lorena F. S. Ibidem, p. 209.

⁹⁰ ROTH, Cassia. O trabalho do parto: trabalho escravo, saúde reprodutiva e a influência da Lei do Ventre Livre no pensamento obstétrico, séculos XIX e XX. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022. Epub, não paginado.

⁹¹ ROTH, Cassia. Ibidem.

⁹² ROTH, Cassia. Ibidem.

⁹³ ROTH, Cassia. Ibidem.

⁹⁴ ROTH, Cassia. Ibidem.

⁹⁵ GELEDÉS - Instituto da Mulher Negra; CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. *Racismo institucional: uma abordagem conceitual*. S.I.: Ibraphel Gráfica, 2013. p 17.

priorização ativa dos interesses dos mais claros, patrocinando também a negligência e a deslegitimação das necessidades dos mais escuros. E mais, como vimos acima, restringindo especialmente e de forma ativa as opções e oportunidades das mulheres negras no exercício de seus direitos. (...) Podemos perceber que, para que seja efetivo, o racismo institucional deve dispor de plasticidade suficiente para oferecer barreiras amplas - ou precisamente singulares - de modo a permitir a realização da hegemonia branca, privilegiando o interesse dos homens brancos heterossexuais em muitos aspectos, mas das mulheres brancas em vários deles.⁹⁶

A discriminação racial nas bases da assistência obstétrica brasileira engendra um mecanismo que garante a exclusão seletiva de mulheres negras, produzindo uma hierarquia racial no funcionamento da obstetrícia, subsidiando a negligência e a deslegitimação das suas necessidades. Isso é particularmente evidente na racialização da obstetrícia, mas não é exclusivo dela: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra aponta “o racismo e a discriminação como determinantes associados ao adoecimento e à morte precoce de mulheres e homens negros”⁹⁷. Historicamente, o pensamento médico-higienista de corte racial pautou as ações de saúde pública, tendo a saúde reprodutiva um papel fundamental⁹⁸.

Na assistência obstétrica, o racismo institucional toma a forma do que Dána-Ain Davis denomina racismo obstétrico: os mecanismos de subordinação aos quais está sujeita a saúde reprodutiva de mulheres negras, os quais são resultantes do histórico de racismo anti-negro⁹⁹. Davis enuncia que o racismo obstétrico está na interseção entre a violência obstétrica e o racismo médico. Para a autora, a violência obstétrica¹⁰⁰ é um conceito importante para a compreensão dos abusos experimentados no período gravídico puerperal, entretanto, o termo não compreende adequadamente o racismo que se materializa na assistência obstétrica a mulheres negras. O termo “racismo médico” diz respeito à influência do fator raça na percepção médica, tratamento ou conclusões diagnósticas, colocando o paciente negro em risco. Por outro lado, o termo não dá conta do modo como o fator gênero se conjuga à raça no tratamento obstétrico concedido a mulheres negras¹⁰¹.

⁹⁶ GELEDÉS - Instituto da Mulher Negra; CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. *Racismo institucional: uma abordagem conceitual*. S.I.: Ibraphel Gráfica, 2013, p. 17 e 18.

⁹⁷ WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 08 jan. 2024. p. 538.

⁹⁸ GOES, Emanuelle Freitas; SANTOS, Elisa Maria. *Racismo, gênero e saúde no Brasil*. In: 18º Redor: Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2014. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/index.php/18redor/18redor/paper/viewFile/1944/791>>. Acesso em 08 jan. 2024. p. 2534 e 2536.

⁹⁹ DAVIS, Dána-Ain. Reproducing while Black: the crisis of Black maternal health, obstetric racism and assisted reproduction technology. *Reproductive BioMedicine and Society Online*, v. 11, p. 56-64, nov. 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7710503/>>. Acesso em 08 jan. 2024. p. 58.

¹⁰⁰ Esse termo será melhor explicado no capítulo seguinte desta dissertação.

¹⁰¹ DAVIS, Dána-Ain. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical Anthropology*, v. 7, dez. 2018, p. 560-573. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>>. Acesso em 09 jan. 2024. p. 561.

Como exemplo do racismo obstétrico, Davis menciona a predominância do mito da mulher negra como um “super-corpo” capaz de passar pelo trabalho de parto e ser submetido a experimentos ginecológicos, enquanto a mulher em si não vale ser tratada com acolhimento e humanidade¹⁰². A autora afirma que o racismo obstétrico não é uma novidade, uma vez que remete à forma como o regime escravista violou e demonizou corpos de mulheres negras. Deste modo, as interações médicas contemporâneas sinalizam aquilo que se viveu no passado¹⁰³. Para Davis, não é apenas a exportação de práticas racistas do passado para o presente que desperta preocupação, mas a dimensão sensorial intuitiva que persegue mulheres negras continuamente¹⁰⁴.

Essa dimensão sensorial se relaciona ao fato de que os ventres das mulheres negras, as do passado e as do presente, não são uma abstração, mas partes de corpos de mulheres reais, que suportam o peso da materialidade de serem subcategorizadas pela ciência obstétrica. Seus ventres, que não são abstrações destituídas de corporeidade, ganham dimensão material em corpos, os quais não correspondem ao sujeito modelo da obstetrícia. São ventres cuja materialidade está em corpos reais, corpos negros, de mulheres. Ventres em corpos de mulheres negras. Daí que o termo “racismo obstétrico” se mostra essencialmente relevante: proporciona um código de compreensão da materialidade da assistência obstétrica às mulheres negras, isto é, como essa assistência se dá e como pode ser interpretada¹⁰⁵. Seguindo este raciocínio, eu sugiro que o racismo obstétrico é uma chave de leitura imprescindível para compreender a história de Alyne Pimentel, pois ela foi uma mulher que teve seu ventre atravessado pelos eixos gênero e raça, e viveu as consequências disso. A seguir, eu relato os fatos experimentados por Alyne, a partir do que foi documentado no processo judicial junto ao Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro e no Comitê CEDAW.

1.1.2

Alyne no hospital: direitos reprodutivos esquecidos em uma maca no corredor

Alyne da Silva Pimentel tinha 28 anos, mulher negra, da Baixada Fluminense, vendedora de bijuterias, mãe de uma menina de 5 anos à época, grávida de sua segunda filha, com seis meses de uma gestação de alto risco. Em 11 de novembro de 2002, após sentir náusea e dor abdominal importante, Alyne procurou a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, hospital conveniado ao SUS em Belford Roxo. Apesar de apresentar sintomas em uma gravidez de risco, ao ser atendida pela médica obstetra do plantão, Alyne não foi encaminhada a exames imediatos, tendo recebido prescrição de medicação anti-náusea, suplemento vitamínico e medicação para infecção vaginal. Além disso, foi agendada a realização de um exame de sangue e de urina para apenas dois dias depois da consulta.

¹⁰² DAVIS, Dána-Ain. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical Anthropology*, v. 7, dez. 2018, p. 560-573. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>>. Acesso em 09 jan. 2024. p. 561.

¹⁰³ DAVIS, Dána-Ain, *ibidem*, p. 569 e 570.

¹⁰⁴ DAVIS, Dána-Ain, *op. cit.*, p. 58.

¹⁰⁵ DAVIS, Dána-Ain, *ibidem*, p. 58.

Nesse intervalo, o quadro de saúde de Alyne piorou significativamente, de modo que ela se encaminhou ao hospital para realizar os exames e também solicitou nova consulta obstétrica, pois já não sentia os movimentos fetais. Ao ser examinada, o médico obstetra de plantão não conseguiu detectar batimentos cardíacos fetais. Quase 3 horas depois dessa avaliação, Alyne foi submetida a um exame de ultrassom, o qual confirmou o óbito. Em seguida, ela foi informada de que teria que ser medicada para induzir o parto de sua filha já morta, o que só aconteceu de fato 3 horas depois. Quase 6 horas após a indução, Alyne deu à luz uma bebê natimorta e imediatamente ficou desorientada. A desorientação de Alyne é compreensível tendo em vista a perda gestacional que acabara de sofrer associada a horas de estresse entre laudo, indução e parto.

Mas o padecimento de Alyne não terminava ali: no dia 14 de novembro de 2002, aproximadamente 14 horas após o parto, ela ainda não havia expelido a placenta e ainda possuía resíduos fetais em seu útero, razão pela qual foi submetida a uma curetagem. Após o procedimento, seu quadro clínico se agravou: baixa pressão arterial, hemorragia, incapacidade de se alimentar e desorientação prolongada. Mesmo assim, sua família sequer havia sido informada sobre sua piora e por isso não havia ido ao hospital, pois este afirmava que ela estava se recuperando bem. No dia seguinte, Alyne não apresentou nenhuma melhora: sua pressão arterial continuava baixa, a hemorragia persistia, ela estava cada vez mais desorientada e agora tinha dificuldades para respirar.

Em razão do aumento de volume do seu abdômen, Alyne passou por uma punção, mas não foi encontrado sangue no líquido contido ali. Visto isso, as medidas terapêuticas adotadas foram administração de oxigênio e uso das medicações: cimetidina, um antiácido; manitol, que tem efeito diurético; decadron, com funções anti-inflamatórias; e antibióticos. Ainda sem um laudo resolutivo, os médicos informaram à família que os sintomas de Alyne eram os de uma mulher que sequer passou por um pré-natal, e que ela necessitava de transfusão de sangue. Entretanto, Alyne havia cumprido todo o cronograma de consultas e exames estipulados para o pré-natal, o que ocorreu é que os profissionais da Casa de Saúde não conseguiram encontrar os prontuários de pré-natal de Alyne, que provavelmente se perderam em meio a demais documentos do estabelecimento.

Os médicos da Casa de Saúde concluíram que Alyne precisava ser transferida para um hospital de maior complexidade, e assim iniciaram a busca por vagas em hospitais próximos. O único hospital com disponibilidade era o Hospital Geral de Nova Iguaçu, que possuía apenas uma ambulância, tendo sido negada a sua disponibilização imediata para o transporte de Alyne. Tampouco a Casa de Saúde em que ela estava internada disponibilizou transporte. Uma vez que sua família não tinha condições financeiras para custear uma ambulância particular, Alyne precisou esperar por 8 horas até ser transferida, tudo isso em estado crítico de saúde, com sintomas clínicos de coma nas duas últimas horas de espera. Vale destacar que o hospital fica em outra cidade, de modo que Alyne passaria ainda por um tempo em transporte no qual ela ficaria vulnerável contando com o suporte limitado da ambulância caso seu estado se agravasse no ínterim.

Alyne chegou ao Hospital Geral de Nova Iguaçu na noite do dia 15 de novembro, ela apresentava hipotermia, desconforto respiratório agudo e um quadro clínico que indicava coagulação intravascular disseminada, um distúrbio

hemorrágico. Nessas condições, sua pressão arterial foi a zero, de modo que ela precisou ser reanimada. Apesar do seu estado grave, Alyne foi acomodada em uma maca no corredor da emergência clínica, onde foi improvisada a estrutura de UTI, pois o hospital alegava não ter leito disponível para recebê-la no momento. Ainda, seus prontuários médicos não foram encaminhados pela Casa de Saúde, de maneira que seu quadro clínico foi repassado apenas informalmente com a informação de seus sintomas por meio de uma conversa entre profissionais. Ou seja, não havia nenhum detalhamento do quadro, medicamentos utilizados, suspeitas diagnósticas ou histórico de exames.

No dia 16 de novembro, ao visitá-la, sua mãe a encontrou ainda na maca no corredor, pálida, com sangue em sua boca e roupas. A equipe do hospital pediu que sua mãe fosse à Casa de Saúde buscar o prontuário com o histórico clínico de Alyne. Chegando lá, foi questionada a razão de sua mãe solicitar esses documentos e não atenderam o pedido de imediato. Esse documento não chegou a tempo, pois Alyne veio a falecer na noite do dia 16, ainda na maca no corredor. A causa de sua morte foi hemorragia digestiva, que, de acordo com os médicos do hospital, havia decorrido do parto de sua filha já em óbito. A hemorragia é uma das causas mais frequentes de mortalidade materna no país. Entretanto, Alyne não corresponde ao grupo de risco de hemorragia, uma vez que realizou regularmente seu pré-natal, sem indícios de gravidade, sua gravidez não era precoce e ela já havia passado por uma gestação anteriormente, com progresso e parto plenamente saudáveis.

Por solicitação do hospital, a mãe de Alyne retornou à Casa de Saúde no dia seguinte, insistindo na tentativa de recuperar seus documentos médicos. No local, os médicos afirmaram que, no dia 13 de novembro (quando foi detectado o óbito fetal), sua filha já estava morta há dias em seu útero e isso foi a causa da sua morte. Ou seja, caso o óbito fetal tivesse sido identificado no dia 11 de novembro, Alyne muito possivelmente sobreviveria. No entanto, suas queixas de enjoo e dor não foram consideradas dignas de atenção. Quando o óbito fetal foi diagnosticado, Alyne experimentou uma sucessão de negligências: horas de espera até a indução do parto; horas até realizarem a curetagem para retirada da placenta e resíduos fetais; horas até a disponibilização de ambulância para levá-la a um hospital de maior complexidade; uma vez lá, foram 21 horas deixada em uma maca improvisada no corredor do hospital, até que sua vida fosse terminada pela omissão sistemática.

Naquela maca improvisada, não havia uma imposição da fisiologia incontornável pela medicina, ou um erro médico fruto da falibilidade humana. Não havia qualquer obra do acaso. Ali, deixada em uma maca no corredor, estava a materialização de séculos de expropriação dos ventres de mulheres negras. Alyne padeceu a dor da perda de sua filha e a dor física de ser um corpo considerado menos digno de cuidado. O que será que a primeira médica a atender Alyne enxergou ao testemunhar suas queixas de dor? Será que ela viu em Alyne um “super-corpo” pretensamente mais resistente à dor e, portanto, suas queixas seriam menos alarmantes? Por que foi considerada aceitável a imagem de uma mulher deixada em uma maca improvisada, suja de sangue e desorientada? Por que o sofrimento dessa mulher não provocaria consternação?

Porque corpos como os de Alyne são historicamente compreendidos como uma subcategoria de humanidade. São corpos cujas necessidades não chamam

atenção e nem instigam cuidado. Tanto que nem mesmo seus prontuários foram encaminhados, sequer constam nos documentos o registro de um plano terapêutico estruturado. Alyne pagou com a vida o preço de ser uma mulher negra diante de uma assistência obstétrica que se articulou ao longo do tempo às custas da desumanização sistêmica dessas mulheres. Como as mulheres africanas e crioulas do passado, Alyne teve seu materno impedido, na perda de sua filha ainda no útero e na maternidade de sua filha mais velha da qual não poderia mais desfrutar. Como Damiana, que pariu um filho sem vida e dias depois morreu sem receber assistência médica, Alyne recebeu da obstetrícia apenas desassistência. Se os direitos reprodutivos visam garantir uma vida reprodutiva livre de violência, discriminações e imposições¹⁰⁶, os de Alyne foram esquecidos naquela maca improvisada no corredor do Hospital Geral de Nova Iguaçu.

1.2

A história de Alyne traduzida para a gramática do direito

A família de Alyne reconheceu que sofreu um dano indizível decorrente de sua morte evitável, por isso acionou o Poder Judiciário para a reparação dos danos e responsabilização das pessoas e instituições que participaram da rede de negligências que resultaram na morte de Alyne. A priori, o marido de Alyne e sua filha apresentaram, no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, Ação Indenizatória em face do Estado do Rio de Janeiro e da Prefeitura de Belford Roxo. Após anos de morosidade, sem qualquer resposta satisfatória à família, o caso foi levado ao Comitê pela Eliminação da Discriminação contra a Mulher, onde o estado brasileiro foi apontado como o responsável pelas violações aos direitos de Alyne.

É relevante investigar os trâmites em ambos os processos, pois podem apontar alguns limites e potenciais do tratamento jurídico que o direito proporciona em casos como esse, sobretudo na perspectiva de compreender o quanto o direito pode ser tencionado para incorporar as perspectivas raciais e de gênero necessárias para compreensão do todo dos fatos. Por isso, nos tópicos seguintes eu apresento uma relatoria de ambos os processos, no TJRJ e no CEDAW, com o objetivo de, ao final, ter um retrato de como o Caso Alyne, enquanto concretização do racismo obstétrico, foi traduzido para o direito. O processo no TJRJ foi acessado virtualmente por meio do sistema PJE – Processo Judicial Eletrônico¹⁰⁷, no qual os autos processuais constam integralmente digitalizados. Em posse do documento digital com a íntegra do processo, todos os atos foram lidos, e registrados em diário de pesquisa. A partir do diário de pesquisa, eu pude analisar o todo processual em uma visão mais global, o que me permitiu consolidar os principais fatos processuais, termos utilizados, provas produzidas e desfechos, originando a síntese relatada a seguir.

¹⁰⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.

¹⁰⁷ RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Processo nº 0015253-21.2003.8.19.0001, da 9ª Vara de Fazenda Pública do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro.

1.2.1

Caso Alyne no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro

No dia 10 de fevereiro de 2003, Adriano Teixeira e Alice Pimentel, respectivamente marido e filha de Alyne, ajuizaram uma Ação Indenizatória contra o Estado do Rio de Janeiro e o Município de Belford Roxo. A ação indenizatória se deu por danos materiais e morais decorrentes da assistência médico-hospitalar prestada a Alyne. Na petição inicial, os autores narraram os fatos experimentados por Alyne resultando em sua morte, enfatizando a inadequação da estrutura dos estabelecimentos hospitalares para situações de emergência. Além disso, a petição pontua as dificuldades financeiras experimentadas desde o falecimento de Alyne, pois ela contribuía com a renda familiar, de modo que o viúvo passou a ter que sustentar sua filha sozinho, contando apenas com o apoio da sogra nos cuidados da neta. Por fim, narra-se o sofrimento profundo vivido por Adriano, tanto pela perda de uma filha e de sua esposa, quanto por ter que mediar o luto da filha mais velha, que também sofria muito.

Terminada a narrativa dos fatos, a petição se debruçou sobre o fenômeno da mortalidade materna, com dados da época, sublinhando que, no Estado do Rio de Janeiro, a mortalidade materna era a 9ª causa de morte entre mulheres em idade fértil. Nos argumentos jurídicos, a petição começa citando o artigo 12 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, o qual preconiza a responsabilidade dos Estados-membros na garantia de igualdade no acesso aos serviços de saúde, inclusive no que diz respeito ao período de gravidez, parto e pós-parto. Destaca-se que, de acordo com o §2º do artigo 5º da Constituição Federal, a Convenção teria natureza de norma constitucional após incorporada ao ordenamento. A fundamentação jurídica da petição baseou-se na obrigação estatal de proteger o direito à saúde e o direito à vida das mulheres e crianças.

Neste raciocínio, foram relacionadas as previsões constitucionais referentes ao direito à saúde e a regulamentação infraconstitucional do Sistema Único de Saúde. Sobre este aspecto, ressalta-se a previsão de que instituições privadas participem de forma complementar ao SUS, por meio de contrato de direito público ou convênio. Este é o caso da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, instituição privada, que prestava atendimento público em saúde à população na condição de conveniada. A petição argumentou, então, a responsabilidade do Poder Público na fiscalização e garantia do bom serviço, pois a prestação por instituição privada continuada não os exime da obrigação. O tópico seguinte tratou do direito à especial proteção da família e da criança, o que teria sido violado na perda da bebê e também na morte evitável de Alyne, fragmentando a família e impondo sofrimento a crianças.

No tópico, a fundamentação jurídica pautada consta na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente. Em seguida, considerando as violações perpetradas, foram trazidos os institutos da responsabilidade civil e da teoria do risco administrativo, com menção ao §6º do artigo 37 da Constituição Federal, além de alguns precedentes referentes à responsabilização estatal em casos de mortalidade materna. Reiterou-se que se trata de caso de responsabilidade objetiva, por não pressupor a necessidade de comprovação de dolo ou culpa, assim foi fundamentado o pedido de indenização por dano moral em razão da perda

irrecuperável porém minimamente reparável sofrida pelos autores. Quanto ao dano material, a petição elencou as dificuldades financeiras experimentadas pela família, uma vez que Alyne cooperava com o sustento da casa, além disso, foram mencionados os custos com serviços funerários.

Por último, pede-se a tutela antecipada da concessão liminar determinando o pagamento mensal de três salários mínimos, considerando a condição financeira em que se encontra a família. Ademais, a petição apresentou os pedidos: gratuidade de justiça; citação das rés; condenação ao pagamento de pensão alimentícia à autora no valor de três salários mínimos até sua maioridade; indenização por danos morais e materiais a ser arbitrada em liquidação de sentença. Como instrumento probatório, foram apresentados: certidão de óbito; exames do pré-natal; prontuários¹⁰⁸ do Hospital Geral de Nova Iguaçu desde a chegada de Alyne até seu falecimento; documentos médicos da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória; nota fiscal dos serviços funerários; lista de material escolar e recibos da escola da segunda autora.

No prontuário do Hospital Geral de Nova Iguaçu, é curioso observar que na folha de resumo de alta hospitalar, no espaço dedicado à descrição do tratamento, consta apenas a informação “tratamento clínico” e, em seguida, “óbito”. O único exame da Casa de Saúde é a ecografia que detectou o óbito fetal, e a receita médica que consta é a da consulta realizada em 11 de novembro de 2002, quando foram receitados remédio para enjoo, suplemento vitamínico e medicação para infecção vaginal. Passados os atos processuais de movimentação, os autores apresentaram nova petição, desta vez para juntar uma matéria da Revista Época sobre mortalidade materna, na qual o caso de Alyne é relatado.

O Município de Belford Roxo apresentou contestação em 25 de junho de 2003. Como a petição inicial apontava a Prefeitura de Belford Roxo como ré, foi apresentada a preliminar para retificação do polo passivo, vez que a prefeitura não possui personalidade jurídica, devendo ser endereçado ao município. Outras preliminares aduzidas: incompetência absoluta do juízo, pois tramitava em Vara de Fazenda Pública, e o Município alegava que a Vara Cível era competente; chamamento à autoria da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória e o Município de Nova Iguaçu; ilegitimidade passiva, requerendo a exclusão do Município do feito, sob o argumento de que não participou do evento de que trata a inicial. No mérito, argumentou que os autores não demonstram nenhum dano provocado pelo Município, uma vez que a Casa de Saúde é de natureza particular, e o Hospital Geral do segundo atendimento não fica no município de Belford Roxo.

Acerca do pedido por dano material, o município argumentou que não há provas de que Alyne auferia rendimentos, de modo que se mostra descabido e sem amparo legal. Sobre o dano moral, afirma que não há nexo causal e consistiria em enriquecimento ilícito. Ato contínuo, os autores apresentaram petição informando que os custos financeiros da família aumentaram devido aos cuidados médicos especiais que se tornaram necessários para a Alice, de 5 anos de idade, que passou a apresentar problemas de desenvolvimento em decorrência do luto. Após, o Estado do Rio de Janeiro apresentou contestação, com preliminar de ilegitimidade passiva do estado, afirmando que os hospitais que prestaram atendimento a Alyne não integram a rede pública estadual de saúde. O Estado também argumentou que

¹⁰⁸ No prontuário, Alyne é descrita como de raça “mestiça”, escolaridade 1º grau completo e de religião evangélica tradicional.

inexiste responsabilidade do Estado porque não há prova de falta do serviço público, sendo esta uma argumentação de natureza subjetiva.

Sobre os danos materiais pleiteados na inicial, repetiu o argumento de que não há prova de que Alyne exercesse atividade remunerada que contribuísse para o sustento de sua filha, bem como não haveria prova de outros danos de ordem material decorrentes do óbito de Alyne. Quanto ao dano moral, alegou apenas que o arbitramento deve ser feito conforme o nível socioeconômico do autor e com moderação. Por fim, pontuou a inadmissibilidade da antecipação da tutela porque não haveria risco de dano irreparável. Em momento seguinte, o Estado requereu a expedição de ofícios às unidades de saúde para que informassem se integravam a rede estadual de saúde, sua pretensão foi comprovar sua ilegitimidade passiva.

O Município de Belford Roxo solicitou a produção de provas: depoimento pessoal do Autor e expedição de ofícios para requisição de boletins médicos de atendimento e assistência médica das unidades de saúde, além de seus estatutos e contratos sociais, estes visavam demonstrar a ilegitimidade passiva do município. O Autor se manifestou requerendo a oitiva de duas testemunhas e a expedição de ofício à Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória para obtenção do prontuário integral de Alyne. O juízo indeferiu o pedido de antecipação da tutela e afirmou que as preliminares trazidas pelas rés se confundem com o próprio mérito. Além disso, deferiu a expedição de ofício solicitada pelo Estado do Rio de Janeiro. A Casa de Saúde juntou aos autos o prontuário médico de Alyne, com a entrada em 13 de novembro de 2002, às 08h25, onde consta como causa da internação a morte fetal. Nos documentos que integram o prontuário de Alyne, o espaço destinado à sua identificação étnica/racial foi deixado em branco.

No documento de evolução do pré-parto, observa-se que o secundamento, ou expulsão, consta como “incompleto”, tendo ocorrido no dia 13 de novembro de 2002, às 19h55, ou seja, quase 12 horas após sua internação. Consta, também, o diagnóstico de “restos placentários”, com indicação para cirurgia “revisão de cavidade uterina”, que ocorreu em 14 de novembro de 2002, iniciada às 10h50 e finalizada às 11h05. A operação foi caracterizada como média, tendo o uso de anestesia geral. O resumo do ato cirúrgico foi relatado sem intercorrências. Um segundo boletim do centro cirúrgico informa que Alyne passou por outra operação média, no dia 15 de novembro, às 18h, tendo sido submetida à anestesia local. Entretanto, as informações do diagnóstico estão incompreensíveis, bem como resumo do ato cirúrgico. Os documentos de prescrição e relatório apontam que, após a primeira operação, Alyne estava desorientada e não aceitava a dieta.

Sobre o dia 15 de novembro, consta que Alyne mantinha o quadro de desorientação, com hipotensão e não respondia às solicitações verbais. Há anotações de transfusão de sangue durante o dia. Às 11h40 deste dia, consta que Alyne apresentou hemorragia digestiva. A próxima anotação informa sua transferência para o Hospital Geral de Nova Iguaçu. Na ficha de cadastro do recém-nascido, a filha de Alyne não tem nome, no espaço onde deveria ser identificada consta apenas a palavra “morto”, e no campo de observação a informação é replicada: “feto morto”. Mediante a apresentação dos documentos, os autores solicitaram a prorrogação do prazo para se manifestarem, pois acionaram uma assistência técnica para melhor compreensão dos termos médicos. O Hospital Geral de Nova Iguaçu respondeu ao ofício emitido pelo Poder Judiciário, apresentando

relatório médico de Alyne, onde consta que ela deu entrada no hospital às 21h45 do dia 15 de novembro de 2002, apresentando quadro clínico grave de choque e hemorragia digestiva.

O hospital afirmou que, desde a admissão de Alyne, foi iniciada conduta médica visando reverter sua instabilidade hemodinâmica, de modo que Alyne foi imediatamente transferida para a unidade de pacientes críticos da emergência e só após iniciou a investigação da história obstétrica, pois até então se sabia apenas da gestação interrogada, sem mais detalhes, o que corrobora que Alyne foi transferida desacompanhada de seu prontuário. Passados os documentos médicos, o Município de Belford Roxo tornou a argumentar sua ilegitimidade passiva, considerando os estabelecimentos que foram responsáveis pelo atendimento de Alyne. O Estado do Rio de Janeiro reiterou seu pedido para que as unidades de saúde informem se integram a rede estadual de saúde pública.

Nas fls. 207, os autores elencaram comentários sobre os documentos apresentados pelas unidades de saúde, com ênfase no fato de que no atendimento do dia 11 de novembro de 2002 não foram solicitados exames complementares, ao menos não constam no prontuário, embora o tipo de queixa apresentada por Alyne fosse indicativo de um quadro de pré-eclâmpsia ou síndrome HELLP, o que poderia ter sido diagnosticado preliminarmente no pré-natal e principalmente no dia 11, quando Alyne já apresentava quadro grave. Observa-se como o pré-natal de Alyne foi mal documentado, evidenciando uma defasagem no cuidado obstétrico recebido. Em seguida, destaca-se que não há no prontuário a solicitação de exames complementares ao que detectou o óbito fetal, sendo que, uma vez que não se sabia há quanto tempo o feto estava morto, fazia-se necessária a realização de hemograma, coagulograma, dentre outros exames que permitiriam uma intervenção precisa anterior ao agravamento do quadro de Alyne.

Além disso, pontua-se que não consta no prontuário alguma investigação dos sintomas de Alyne pós-parto, como a desorientação, dificuldade de reação aos estímulos verbais, dentre outros. Mesmo após a constatação de hemorragia digestiva alta, não há menção a exames para investigação do quadro. A petição segue apontando uma série de procedimentos médicos negligenciados, além da transferência tardia para o Hospital Geral de Nova Iguaçu. Conclui, então, enunciado que a morte de Alyne era totalmente evitável, assim como a grande maioria dos casos de mortalidade materna. Ato contínuo, o Hospital Geral de Nova Iguaçu juntou aos autos o prontuário médico de Alyne. Nele, é possível notar a anotação de que a paciente foi encaminhada “sem nenhuma outra informação ou hemograma realizado”, e seu estado é descrito como “gravíssimo”. Dentre os documentos encaminhados, consta a guia de encaminhamento ao IML, no qual a cor de Alyne é anotada pela primeira vez no prontuário.

Chama atenção a “ficha de investigação de óbito materno decorrente da gestação, parto ou puerpério”, em que, para além dos dados pessoais de Alyne, as informações não foram devidamente inseridas. Tanto que a área destinada à descrição do parto recebeu a anotação “não houve parto”. Quanto à história patológica pregressa, anotou-se “ignorado”. O pré-natal também consta como “ignorado”. Apenas a causa do óbito foi preenchida: hemorragia digestiva alta. No andamento processual seguinte, o diretor técnico da Casa de Saúde informou que Alyne foi transferida imediatamente após evoluir com quadro agudo de hemorragia

digestiva alta grave, de modo que seria indicado exame de endoscopia. Entretanto, cumpre frisar que Alyne não foi imediatamente transferida e quando foi não teve encaminhamento de prontuário indicando procedimentos médicos necessários. Ainda, na classificação de óbito, não se considera morte materna obstétrica, sob o argumento de que a causa básica não está relacionada à gravidez e/ou seu manejo.

O próximo evento processual que se destaca é a produção de prova pericial. Em 27 de agosto de 2004, os autores apresentaram os quesitos formulados por seu assistente técnico do autor, e foram seguidos pelos quesitos dos réus. No entanto, somente em julho de 2007 o resultado do exame médico-pericial foi apresentado. Nesse ínterim, o curso processual seguiu apenas em rotinas de substabelecimentos e de substituição de peritos, até que finalmente houve acordo sobre os honorários, com a médica Mirian de Castro Pinto aceitando atuar como perita no caso. Em seu laudo, a perita iniciou a discussão pontuando que se trata de morte materno fetal e ressalta que o tratamento de Alyne foi realizado às cegas, uma vez que não foi realizado nenhum exame complementar pertinente ao quadro clínico. A médica destacou que foram aplicados plasma e outros derivados do sangue, antibióticos e manitol, sem qualquer parâmetro de laboratório.

A perita também sublinhou a demora para transferir Alyne para uma Unidade de Tratamento Intensivo, e nota que, mesmo em um hospital de referência, o atendimento não foi diligente, pois se repete a mesma falta de exames complementares, que, mesmo solicitados, não constam seus laudos nos prontuários médicos. A médica é categórica ao afirmar que “não se pode deixar de caracterizar o nexo de causalidade pelo tratamento pouco diligente recebido”. Da análise dos documentos, ela concluiu que os prontuários são mal confeccionados e que não houve investigação diagnóstica, além do acompanhamento clínico e laboratorial insatisfatórios, vez que “o atendimento praticamente se resumiu à expulsão do feto natimorto”. A conclusão médico pericial apontou: há nexo causal, uma vez que o quadro clínico era de alta morbidade e mortalidade; o acompanhamento à gestante foi pouco diligente; houve erro de diagnóstico; houve demora na transferência para o Hospital Referência.

O Estado do Rio de Janeiro impugnou o laudo pericial, afirmando que houve “franca parcialidade” da perita, que assim atuou, segundo o Estado, para garantir os seus honorários. O Estado afirmou que não há que se falar em erro médico, tendo em vista que “já havia prenúncio de intercorrência obstétrica ao procurar o hospital pela primeira vez, em outras palavras, estando o feto em estado de decomposição”. Na mesma oportunidade, apresentou alguns questionamentos trazidos por seu assistente técnico, que indaga se algum achado no pré-natal poderia justificar o quadro clínico de Alyne, o que seria a causa de sua morte a despeito da assistência médica prestada pelo hospital. Seu assistente técnico informa que Alyne foi tratada clinicamente e medicada muitas vezes, e que os exames complementares eventualmente são deixados em segundo plano segundo a prática e experiência do médico assistente. Isto posto, concluiu que não há nexo de causalidade entre a atividade médica e a morte de Alyne, além de que o Estado do Rio de Janeiro não pode ser responsabilizado pelo Hospital de Nova Iguaçu.

A perita respondeu às provocações do Estado e destacou que, no que se refere à Saúde, deve prevalecer o princípio da máxima efetividade, de maneira que o máximo de direitos devem ser prestados, o que abrange tanto a saúde preventiva

quanto a curativa. Cabe destacar que essa resposta da perita é datada de outubro de 2008, isto é, já havia se passado mais de um ano desde a juntada do laudo pericial. Apenas em março de 2009 foi publicado despacho para que as partes se manifestassem sobre as colocações da perita. O Estado do Rio de Janeiro se manifestou em abril de 2009, afirmando que a perita supostamente seria parcial em todos os feitos em que atua contra o Estado, além de se imiscuir sempre em aspectos jurídicos que não lhes competem.

Os autores não se manifestaram desde a apresentação de seus quesitos, tendo deixado de opinar sobre o laudo pericial. Em julho de 2009, os autos foram encaminhados ao Ministério Público, o qual requereu a expedição de ofícios para esclarecer se algum dos hospitais pertence ao Estado do Rio de Janeiro, bem como a resposta de quesitos complementares. Em dezembro de 2009, o Hospital Geral de Nova Iguaçu respondeu ao ofício informando que integra o Sistema Único de Saúde na condição de unidade da Rede Municipal de Saúde. Em julho de 2010, os autores juntaram petição requerendo o andamento do feito, tendo em vista que alguns ofícios haviam sido digitados, mas não expedidos. Na peça, destacou-se a morosidade do processo, que já tramitava há 7 anos àquela altura. Em seguida, os autores apresentaram uma petição com informações extraídas do Ministério da Saúde a respeito da administração das unidades de saúde, e enfatizaram que todas fazem parte do Sistema Único de Saúde, ainda que por meio de convênio.

Em novembro de 2010, a perita se manifestou nos autos em resposta aos quesitos complementares do Estado, enfatizando que não há nos documentos algum histórico de condição prévia que justificasse o quadro clínico de Alyne, de modo que ela ratificou o laudo apresentado anteriormente. A Casa de Saúde respondeu ao ofício que possui credenciamento com o Sistema Único de Saúde. Em janeiro de 2011, os autores se manifestaram sobre o laudo pericial, com apoio de sua assistência técnica, destacando que a postergação para a revisão da cavidade uterina após a identificação de eliminação incompleta da placenta, como ocorreu com Alyne, infringe as recomendações do Ministério da Saúde. Além disso, frisa-se que a não investigação da síndrome HELLP, considerando os sintomas apresentados por Alyne, contraria o que preconiza o Ministério da Saúde no manual “Urgências e Emergências Maternas”, haja vista que em 25% dos casos provoca mortalidade materna. Assim, evidencia-se que o atendimento recebido por Alyne foi negligente e não mostram conformidade com as boas práticas obstétricas.

Em dezembro de 2010, os autores se manifestaram apresentando o termo de guarda e responsabilidade da avó materna da autora Alice. Já em fevereiro de 2011, os autores juntaram petição pontuando a legitimidade passiva do Município de Belford Roxo e do Estado do Rio de Janeiro, pois o funcionamento do Sistema Único de Saúde é de responsabilidade solidária dos entes federativos. Ato contínuo, em abril de 2011 o Estado do Rio de Janeiro juntou aos autos uma manifestação do órgão técnico da Procuradoria Geral do Estado, no qual aponta, em termos gerais, que os autores reconhecem que houve atendimento médico no Hospital Geral de Nova Iguaçu, tanto que afirmam que foi instalada UTI básica no corredor para atendimento de Alyne. Deste modo, defende que não houve omissão ou negligência.

A Procuradoria Geral do Estado afirma que “não existe lugar para atendimento médico, pois para salvar uma vida qualquer lugar é lugar para o

profissional de saúde” como defesa ao fato do atendimento ter ocorrido em um corredor de forma improvisada. Seu argumento é que há um crescimento geométrico da procura pelos serviços de saúde, o que provoca limitações ao serviço ofertado à população. Reitera-se que não há omissão, pois Alyne foi medicada e acompanhada até que uma “situação clinicamente sem problemas”, de acordo com a Procuradoria, passou a “uma situação aguda e emergencial do hospital em tela”. Sobre a síndrome de HELLP, trazida pelos autores como hipótese clínica negligenciada, o parecerista afirma que não conhecia e por isso não se ateria a ela em sua manifestação técnica. No documento, reiteradamente a capacidade técnica da perita é questionada, e discorda que houve negligência, pois “assim deixaria a paciente sangrar até morrer”. Em resposta, a perita apenas ratificou integralmente o laudo técnico da Procuradoria do Estado, enfatizando que o próprio assistente técnico afirmou desconhecer a síndrome HELLP.

Após, o Estado do Rio de Janeiro informou que tomou ciência dos esclarecimentos da perita, mas reitera o pedido de improcedência do pleito, em especial quanto à sua legitimidade passiva. Em seguida, os autores se manifestaram a respeito parecer apresentado pelo Estado do Rio de Janeiro, sublinhando que os sucessivos requerimentos e manifestações técnicas buscam procrastinar o feito ainda mais, sem trazer informações adicionais, mas desvirtuando a exposição dos fatos, tanto que o próprio assistente técnico do Estado desconhecia até o momento a síndrome HELLP, então como não teria condições de avaliar adequadamente o teor do laudo pericial. Em agosto de 2011, o juízo abriu às partes se desejavam produzir prova oral, as quais responderam negativamente. No mês seguinte, os autores levaram aos autos a decisão do Comitê CEDAW sobre o Caso Alyne, que será analisada no próximo tópico deste trabalho. O Estado do Rio de Janeiro deu ciência dos documentos do Comitê CEDAW, mas reiterou seu posicionamento anterior. Os autores responderam também reiterando suas razões: os entes federativos são solidariamente responsáveis pela garantia do direito à saúde.

O Ministério Público do Rio de Janeiro se manifestou nos autos, com o argumento de que os réus são ilegítimos e ausência de nexo de causalidade, tendo opinado pela improcedência dos pedidos. Em maio de 2012, o juízo emitiu despacho em que ponderava a necessidade de inclusão do Município de Nova Iguaçu no feito, haja vista que o hospital onde Alyne faleceu integrava a rede pública de saúde daquele município. Foi determinado o prazo de 3 dias para que os réus opinassem sobre o despacho, tendo o juízo enfatizado a necessidade de celeridade processual, pois o processo em questão passou a integrar a meta do Conselho Nacional de Justiça¹⁰⁹. O Estado do Rio de Janeiro se manifestou favoravelmente à inclusão, e o Município de Belford Roxo se manteve silente, o que foi considerado anuência. Então, determinou-se a inclusão do Município de Nova Iguaçu no polo passivo da ação e a expedição de carta precatória para citação. Em agosto de 2012, a citação ainda não havia sido concretizada, pois foi devolvida com irregularidade pela falta de folhas do processo em cópia.

Em outubro de 2012, o Município de Nova Iguaçu alegou haver nulidade na citação, pois sua inclusão como réu teria ocorrido por arbitrariedade do juízo, além

¹⁰⁹ Depois da decisão do Comitê CEDAW o processo passou a integrar a meta do Conselho Nacional de Justiça em prol de maior celeridade processual. No entanto, é possível notar que o reconhecimento disso nos autos se deu apenas como formalidade, pois o trâmite prosseguiu com ineficiência.

de que ocorreu após o esgotamento da dilação probatória. Por fim, indica que haveria prescrição da pretensão autoral. Em fevereiro de 2013, os autores se manifestaram sobre a contestação em oposição ao que alegou o Município de Nova Iguaçu. Apenas 3 meses depois, o juízo encaminhou os autos ao Ministério Público, que acompanhou a réplica da parte autora. Dando seguimento ao feito, o juízo abriu prazo para produção de provas. O Município de Nova Iguaçu pugnou pela reciprocidade das provas requeridas pelos autores, os demais réus solicitaram o julgamento antecipado da lide. Os autores apontaram que a prova pericial já havia sido realizada e que pretendiam produzir prova documental superveniente e suplementar e prova oral. O calendário avançava sem conclusão do processo, de modo que, em agosto de 2013, o Ministério Público Federal atravessou documento para providências, uma vez que a condenação do Brasil no Comitê CEDAW havia se justificado também pela demora na prestação judicial.

A Procuradoria da República sublinhou a condenação do Brasil decorrente de graves falhas na assistência à saúde materna e expôs que visitou as unidades de saúde relacionadas no mês de março de 2013, ocasião em que foram constatadas várias irregularidades, de modo que o Ministério Público Federal instaurou inquérito civil público para apurar as deficiências dos serviços de atenção obstétrica e neonatal na Baixada Fluminense. Seguido disso, o juízo indeferiu a prova oral requerida pelos autores, porém deferiu a prova documental, o que estendeu ao Município de Nova Iguaçu, o qual requereu a reciprocidade de provas. O Estado do Rio de Janeiro apresentou seus memoriais reafirmando sua ilegitimidade passiva. Do mesmo modo, o Município de Belford Roxo ratificou sua ilegitimidade, sob os mesmos argumentos. O Município de Nova Iguaçu não produziu provas e em suas alegações finais repisou que foi citado sem o pedido da parte autora, além de que haveria prescrição da pretensão autoral. Os autores também ratificaram seus argumentos anteriores em seus memoriais.

Por sua vez, o Ministério Público opinou pela extinção do processo sem resolução de mérito com relação ao Estado do Rio de Janeiro e ao Município de Belford Roxo, bem como a procedência parcial do pedido para condenar o Município de Nova Iguaçu a pagar indenização por dano moral no valor de R\$100.000,00 (cem mil reais) para cada autor. Finalmente, o processo chegou à sua sentença, em novembro de 2013, 11 anos após o falecimento de Alyne. A juíza, após o relatório, iniciou a decisão rejeitando a alegação de nulidade arguida pelo Município de Nova Iguaçu. Em relação à alegação de prescrição da pretensão pelo Município de Nova Iguaçu, a juíza entendeu que deveria ser parcialmente acolhida, segundo a compreensão de que a pretensão de Adriano, viúvo de Alyne, em face do Município de Nova Iguaçu, já se encontrava fulminada pela prescrição. Quanto a Alice, considerou descabida a prescrição, uma vez que ela era absolutamente incapaz durante o curso da ação, o que mudou apenas quando o Município de Nova Iguaçu já compunha o polo passivo.

Quanto ao mérito, sublinhou a responsabilidade objetiva, no entanto, afirmou que não se estende ao Estado do Rio de Janeiro e ao Município de Belford Roxo por não haver qualquer ato ilícito que lhes possa ser atribuído, vez que as unidades de saúde não integram sua administração direta. Como o mesmo não ocorre em relação ao Município de Nova Iguaçu, a juíza passa a verificar os elementos da responsabilidade objetiva: existência do evento, do dano e do nexo causal entre eles. Nesse raciocínio, destaca-se que o atendimento prestado no

Hospital Geral de Nova Iguaçu foi pouco diligente, de maneira que há nexo de causalidade entre o dano e o vento. Partindo disso, a sentença passou a analisar os pedidos formulados na inicial. Em relação ao pedido de pensionamento mensal, considera que merece ser acolhido independentemente da existência de comprovação do exercício de atividade laboral, acompanhando entendimento do Superior Tribunal de Justiça. Entretanto, como não há comprovação de rendimentos no patamar pedido (três salários mínimos), a juíza estipulou a pensão no valor de um salário mínimo mensal até a maioridade da Autora.

Quanto ao pedido de ressarcimento por danos morais, a juíza considerou devido, tendo em vista os traumas suportados pela Autora em decorrência da perda de sua mãe, mas sublinhou que deve ser fixado segundo o prudente arbítrio do julgador, dentro da lógica do razoável. A partir desses parâmetros, a sentença fixou a indenização por danos morais em valor equivalente a 600 salários mínimos à época. No que tange ao dano material, a juíza considerou que não há provas de sua existência, de modo que foi considerado improcedente. Em suma, a sentença foi no sentido de julgar: improcedentes os pedidos em face do Estado do Rio de Janeiro e do Município de Belford Roxo; extinto o processo em face do Município de Nova Iguaçu em relação ao Autor Adriano da Conceição; procedente em parte os pedidos formulados pela Autora Alice Pimentel para condenar o Município de Nova Iguaçu ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 406.800,00 e ao pagamento de pensão mensal no valor de um salário mínimo à autora.

Os autores apresentaram recurso de apelação em face da sentença repisando o argumento da responsabilidade solidária dos entes federativos na prestação dos serviços de saúde, de modo que qualquer um dos entes tem legitimidade para figurar no polo passivo da ação. O Estado do Rio de Janeiro apresentou recurso adesivo pedindo a redução do valor de indenização, caso a apelação dos autores fosse provida. Em abril de 2017, os desembargadores da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, por unanimidade, decidiram negar provimento ao recurso interposto pelos autores, não conhecer do recurso adesivo e retificar, em Remessa Necessária, o julgado para reduzir a indenização por dano moral para R\$150.000,00. Quanto ao recurso dos autores, a relatora ratificou o argumento da sentença segundo o qual as unidades de saúde não possuem vinculação com o Município de Belford Roxo ou com o Estado do Rio de Janeiro. Em remessa necessária, ao apreciar o valor da indenização imposta ao Município de Nova Iguaçu, a relatora afirmou a necessidade de adotar critérios de prudência e bom senso, levando em consideração que a quantia fixada representa um valor simbólico.

O argumento é que a quantia a ser indenizada não tem por objetivo pagar o dano, vez que os direitos da personalidade não têm preço, mas a compensação moral, por isso o valor é meramente simbólico. Por isso, em remessa necessária, o voto foi no sentido de reduzir a indenização por dano moral para R\$150.000,00. O Município de Nova Iguaçu interpôs Recurso Extraordinário ao Supremo Tribunal Federal (STF) e Recurso Especial ao Superior Tribunal de Justiça (STJ), os quais não prosseguiram. Depois disso, o Município de Nova Iguaçu apresentou outros recursos, que também não foram conhecidos, protelando ainda mais a finalização do processo. Por isso, os autores, em agosto de 2020, requereram a condenação do Município na multa por litigância de má-fé, tendo em vista o caráter meramente protelatório de seus atos processuais.

Em maio de 2021, após silêncio das partes, o processo foi arquivado. No mês seguinte, os autores requereram o desarquivamento e suspensão do feito, pois as partes estavam em tratativa para a realização de autocomposição a fim de encerrar o litígio. Por fim, em setembro de 2021, as partes comunicaram ao juízo a celebração de transação nos seguintes termos: pagamento de R\$ 113.699,28 (cento e treze mil, seiscentos e noventa e nove reais e vinte e oito centavos) a título de pensão alimentícia e o pagamento de R\$ 585.920,72 (quinhentos e oitenta e cinco mil, novecentos e vinte reais e dois centavos) a título de danos morais, em favor da autora Alice. O acordo foi homologado, e o processo, arquivado em definitivo em janeiro de 2022, condição em que permanece atualmente, sem documentação de cumprimento do acordo. Ao todo, foram quase 20 anos de tramitação até o desfecho com o acordo entre as partes. Nesse curso, o caso de Alyne foi retratado pelo direito como uma questão de erro médico¹¹⁰, sendo a sua morte o resultado adverso de uma má conduta profissional. Isto é, uma questão de responsabilidade civil, no campo do direito privado, a depender da demonstração de culpa do profissional que atuou em seu caso.

No entanto, a morte de Alyne não resulta de fatores privados, mas estruturais: não foi a ação ou omissão isolada de um profissional de saúde que levou à morte de Alyne, e sim uma conjuntura de fatores que passa por desvalorização de sintomas, atendimento displicente, precariedade dos serviços de saúde pública, tratamento inadequado, dentre outros. Portanto, trata-se de um problema sistêmico, superando as noções de omissão, descaso ou desrespeito médico¹¹¹. Alyne, enquanto mulher, negra, jovem e pobre, foi vítima de mais do que mera negligência, seu corpo foi atravessado por uma lógica de violência que opera ativamente a partir de uma instituição biopolítica de saúde¹¹². Instituição essa que, como visto, historicamente subjuga mulheres negras. Mais precisamente, Alyne foi vítima de racismo obstétrico. E como o direito responde a isso? No esforço para traduzir sua história para a gramática jurídica, Alyne tem sua vivência esvaziada. No curso processual, muito pouco se fala da dignidade de Alyne, pois o sofrimento a ela imposto não parece capaz de provocar escândalo a essas instituições.

O Caso Alyne Pimentel, no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, tem por cerne discussões repetitivas sobre legitimidade processual e uma litigância visando a protelação da solução do caso. Em um processo judicial que tratava de fatos ocorridos a Alyne, não é ela a protagonista, e talvez seja essa a maior serventia da narrativa integral desse curso processual: evidenciar como os direitos fundamentais de Alyne são parcamente discutidos, além de que não há qualquer senso de urgência diante dos fatos narrados. Tanto é que, em determinado momento, o processo vira palco para desentendimentos pessoais entre a perita e o procurador. Em outro, o

¹¹⁰ Entende-se por erro médico “a conduta (omissiva ou comissiva) profissional atípica, irregular ou inadequada, contra o paciente durante ou em face de exercício médico que pode ser caracterizada como imperícia, imprudência ou negligência, mas nunca como dolo.” (GOMES, F. C. Erro Médico e responsabilidade civil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí, 2012. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/errormedicoresponsabilidadecivil.pdf>>. Acesso em 23 jan. 2024. p. 19).

¹¹¹ WALL, Rodante van der; MAYRA, Kaveri; HORN, Anna; CHADWICK, Rachelle. *Obstetric Violence: an intersectional refraction through Abolition Feminism*. *Feminist Anthropology*, Nova Jersey, 2022. p. 9.

¹¹² WALL, Rodante van der; MAYRA, Kaveri; HORN, Anna; CHADWICK, Rachelle, *ibidem*, p. 10.

assistente médico do réu afirma que não houve negligência, pois, se houvesse, teriam apenas deixado Alyne sangrar até a morte, como se a ela restassem apenas duas opções: atendimento precário ou completo abandono, sem se vislumbrar a oportunidade de um atendimento digno.

Em sua marcha notadamente arrastada, o processo chega ao acórdão que viria a ser a decisão final de mérito, caso não houvesse transação homologada posteriormente. No acórdão, a desembargadora relatora trata do papel simbólico da indenização por dano moral, o que leva à reflexão: qual é o valor simbólico da vida de Alyne Pimentel? E mais: qual é o valor simbólico da vida de uma mulher negra mediante um saber obstétrico que se construiu a partir da sua exploração? Este segundo questionamento é fundamental, tendo em vista que o saber médico influi sobre todo o processo, desde a centralidade da prova pericial para a decisão de mérito até o papel dos assistentes técnicos das partes. Sendo assim, é preciso discutir a dimensão estrutural da obstetrícia no país e superar os paradigmas jurídicos do direito privado, de modo a trazer o debate para o campo dos direitos fundamentais. E a análise do Caso Alyne pelo Comitê CEDAW, constituindo o primeiro caso de mortalidade materna julgado no âmbito internacional, é o primeiro passo nessa direção, como procuro demonstrar no tópico a seguir.

1.2.2

Alyne vs. Brasil no Comitê pela Eliminação da Discriminação contra a Mulher

A descrição contida neste tópico deriva exclusivamente da leitura da decisão do Comitê CEDAW a respeito do Caso Alyne¹¹³, uma vez que a íntegra processual não está disponível para consulta. A decisão em questão explana a petição que deu início à análise do Comitê, bem como as manifestações do Estado Brasileiro e a decisão final do órgão. A Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - CEDAW é um acordo internacional aprovado pela Organização das Nações Unidas em 1979, tendo sido ratificado pelo Brasil em 1984¹¹⁴, que também ratificou seu protocolo facultativo¹¹⁵, submetendo-se à competência do Comitê CEDAW no monitoramento do cumprimento da Convenção por parte dos Estados signatários. Em 30 de novembro de 2007, após anos sem resposta da justiça brasileira, a mãe de Alyne, Maria de Lourdes Pimentel, representada pelo Centro de Direitos Reprodutivos e pela Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos, endereçou ao Comitê CEDAW a alegação de que Alyne foi vítima de violação por parte do Brasil de seu direito à vida e à saúde previstos nos artigos 2 e 12 da CEDAW. O Comitê recebeu *amici curiae* da Latin American and Caribbean Committee for the Defence of Women's Rights, International Commission of Jurists e Anistia Internacional.

¹¹³ CEDAW. *Communication No. 17/2008*. New York: CEDAW, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3t8OR2J>. Acesso em: 30 jan. 2024.

¹¹⁴ BRASIL. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, de 1979, e revoga o decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 31 jul. 2002a.

¹¹⁵ BRASIL. Decreto nº 4.316, de 30 de julho de 2002. Promulga o Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2002b.

Após a narrativa dos fatos experimentados por Alyne culminando em sua morte em uma maca improvisada em um corredor do Hospital Geral de Nova Iguaçu, a autora apresentou suas alegações ao Comitê. Em primeiro lugar, a autora argumentou que o artigo 2º da CEDAW impõe ação imediata quando uma mulher é vítima de discriminação e seu direito à vida é violado pela falha em garantir seu bem-estar e integridade durante o período gravídico-puerperal. Essa alegação está fundada no entendimento de que o artigo 2, “c”, prevê que os Estados-parte não apenas garantam medidas legislativas de combate à discriminação, mas que também garantam a realização dessas medidas e a concretização de direitos de modo imediato, o que inclui o direito à assistência em saúde. Ao falhar nessas medidas, constitui-se violação ao artigo 12 da CEDAW.

A petição destacou a ênfase do Comitê a respeito da atenção necessária aos direitos e demandas de saúde das mulheres em vulnerabilidade, cabendo ao Estado eliminar a discriminação no acesso à saúde, o que passa necessariamente por reconhecer e suprimir a maneira como aspectos sociais afetam a assistência a saúde recebida, provocando distinções entre as mulheres. A autora defendeu que os direitos derivados dos artigos 2 e 12 do CEDAW possuem eficácia imediata, de modo que qualquer violação deve provocar uma pronta resposta dos governos. Sua alegação é que o Brasil falhou em garantir o acesso à saúde de qualidade em sua gestação, violando, assim, os artigos 2 e 12 do CEDAW, pois há uma manifesta correlação entre a má assistência prestada a Alyne e o desfecho de seu caso, vez que uma assistência de qualidade evitaria a deterioração de seu quadro de saúde. Neste sentido, enfatiza-se a demora na remoção da placenta, bem como na sua transferência para a unidade de alta complexidade e o abandono de Alyne no corredor do hospital após transferência, revelando a precariedade da assistência prestada.

A denúncia ao Comitê CEDAW não trata os fatos como caso isolado, mas como resultado de problemas sistêmicos no acesso à assistência médica de qualidade, o que passa pela qualidade profissional de quem presta a assistência obstétrica, por meios de transporte e condução de casos emergenciais e boas estruturas físicas para o atendimento. Deste modo, ao não garantir essa assistência, o Brasil violou a CEDAW à medida em que deixou de eliminar mortes maternas evitáveis, como a de Alyne. Para comprovar suas alegações, foram elencados diversos dados que apontam o descumprimento pelo Brasil das obrigações de providenciar cuidado materno adequado: as unidades de emergência obstétrica não são distribuídas geograficamente de maneira proporcional, os indicadores de mortes obstétricas e o número de mulheres desassistidas estão em níveis superiores ao tolerável. O caso de Alyne exemplifica isso, pois, pela distribuição inadequada de emergências obstétricas, ela precisou ser transportada para outra cidade, o que atrasou o atendimento necessário. Ainda, ao chegar lá, não havia vaga de UTI, deixando-a em uma maca improvisada, além de que sequer haviam enviado seus prontuários médicos, o que revela a desassistência sistêmica.

A autora também enunciou que a demora na reparação judicial para a família de Alyne evidencia o caráter sistêmico da falha do estado brasileiro em reconhecer a necessidade de adotar medidas de reparação em casos de discriminação das mulheres. A esse respeito, destaca-se a morosidade da ação ajuizada pela sua família, evidente na demora de mais de 3 anos para indicar um perito, o que prejudica o acesso à justiça. Diante das alegações, o Brasil se manifestou quanto à

admissibilidade e mérito da comunicação endereçada ao Comitê CEDAW. A priori, o estado brasileiro elencou algumas questões que considera relacionadas ao caso: a eliminação da discriminação contra mulheres no acesso aos serviços de saúde, em especial os relacionados à gravidez e ao parto; a adoção de políticas públicas e outras medidas que garantam o fornecimento de serviços de saúde reprodutiva; a responsabilidade primária do Estado pela saúde da mulher; o dever de garantir serviços de saúde da mulher pautados no respeito à dignidade, ao consentimento e à confidencialidade, além de profissionais da saúde atentos às demandas específicas das mulheres.

Após essa introdução temática, o estado brasileiro prosseguiu explicando as previsões constitucionais a respeito da saúde, delineando que o direito à saúde pressupõe a organização e a operação de serviços de assistência, os quais eventualmente podem ser prestados pelo setor privado, cabendo ao Estado nessas hipóteses o dever de regulação e fiscalização. Acerca das alegações de que o Brasil violou os artigos 2 e 12 da Convenção, o Estado ressaltou a existência de políticas públicas voltadas às necessidades das mulheres, particularmente aquelas em situação de vulnerabilidade social. No entanto, afirmou que o tratamento experimentado por Alyne, apesar de precário, não procede da discriminação de gênero, como alegado pela autora, mas da deficiência de serviços de saúde prestados à população em geral. Apesar de reconhecer que Alyne não foi devidamente assistida, o estado brasileiro argumentou que não há correlação com a falta de políticas públicas voltadas para as mulheres, havendo apenas a potencial falha de uma instituição privada de saúde, o que sinaliza as falhas do estado em fiscalizar e contratar bem esses serviços, mas não uma discriminação contra a mulher.

Para corroborar sua alegação, o Estado apresentou o relatório do Comitê Estadual de Mortalidade Materna que afirma que o caso de Alyne não se trata de caso de morte materna, uma vez que a causa de sua morte foi hemorragia digestiva, de modo que sua morte sequer seria contabilizada para as estatísticas de mortalidade materna no país. Quanto à ação judicial proposta pela família de Alyne e as alegações de impedimento no acesso à justiça, o estado brasileiro afirmou que não havia morosidade injustificada, pois a ação é complexa, envolve múltiplas partes e o mérito depende da avaliação de especialistas técnicos. No que diz respeito à alegação de que a morte de Alyne resulta da falta de compromisso do Brasil com a redução da mortalidade materna e que há uma falha sistêmica em proteger os direitos básicos das mulheres, o Brasil negou sob a justificativa de que os dados apontavam uma redução nos índices de mortalidade materna, o que refletia o compromisso da gestão em priorizar a saúde da mulher. O Estado rejeitou a existência de discriminação às mulheres negras de periferias urbanas, pois relatórios técnicos do departamento de auditoria do SUS não haviam identificado evidência de discriminação. Assim, reiterou que o caso de Alyne se trata de negligência profissional e infraestrutura inadequada, mas não se insere em um quadro sistêmico de violação massiva de direitos.

Em suas razões, o estado brasileiro chegou a mencionar que a discriminação pode até ter contribuído para a morte de Alyne, mas não de modo decisivo. Em sua defesa, o Estado reafirmou seu compromisso com as políticas de saúde para as mulheres, particularmente as negras, no que concerne à humanização da obstetrícia, que se revela nas políticas e diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde sobre o

tema, além da ênfase dada pelo governo à assistência de saúde no campo reprodutivo e planejamento familiar. Concluiu, enfim, que não é indiferente às obrigações de implementar cuidados específicos em saúde para as mulheres, de modo que seus esforços são voltados não só a direitos reprodutivos e sexuais, mas abrange o bem-estar físico e mental das mulheres, isto é, sua saúde de modo integral. Em janeiro de 2009, a autora se manifestou sobre as alegações do estado brasileiro junto ao Comitê CEDAW. Em primeiro lugar, destacou que o Estado reconheceu que as mortes maternas evitáveis são um problema grave no Brasil e que constituem violação aos direitos humanos. Entretanto, sua retórica não produz efeitos práticos: os dados da época apontavam os altos níveis de mortalidade materna no país.

A autora reiterou que a morte de Alyne constituiu violação à proteção dos direitos das mulheres e do direito à saúde previstos na Convenção. Do mesmo modo, ratificou que a incapacidade do estado brasileiro em prover reparação à família viola o direito à proteção efetiva. A autora discorda que o processo judicial não tramitou além do normal, pois, após 8 anos de tramitação, a movimentação processual ainda era mínima. E aproveitou para reforçar suas alegações segundo precedentes do próprio Comitê CEDAW em que este se opõe à ausência de perspectiva de gênero na condução judicial de casos de violência contra a mulher. A condição de vulnerabilidade da família foi afetada pela demora no processo judicial, pois, enquanto não havia decisão de mérito, a família seguiu sofrendo perdas financeiras e os efeitos do luto. A autora argumentou que os indicadores do Brasil não demonstram medidas concretas e resultados nos termos previstos pela Convenção, e citou um relatório de acompanhamento do próprio Comitê que atestou que as políticas de saúde promovidas pelo Brasil eram insuficientes para cumprir a Convenção no âmbito da saúde materna.

Em relação à alegação de que a morte de Alyne não tem viés de gênero, a autora afirmou que é incompatível com a definição de discriminação da Convenção. Segundo a CEDAW, o direito à saúde das mulheres depende do acesso a serviços de saúde materna sem discriminação. Uma vez que essa prescrição não é meramente formal, os efeitos práticos implicam na consideração dos fatores que diferem homens e mulheres¹¹⁶, inclusive fatores biológicos relacionados à saúde reprodutiva. A precariedade em um serviço que afeta especialmente as mulheres, como os de saúde materna, implica em violação à saúde por um critério de gênero. Ainda, a autora sublinhou que há uma violação ao direito à não discriminação por critérios urbanos e raciais, uma vez que existe uma falha explícita na distribuição territorial das unidades de saúde e que a população dos territórios mais desfavorecidos é majoritariamente negra, como é o caso da cidade de Alyne, Belford Roxo, que não contava com unidade intensivista. Quanto à alegação de que o caso de Alyne não trata de morte materna, a autora aduziu que é inconsistente com a conceituação da Organização Mundial da Saúde, além de que desconsidera evidências médicas claras que indicam que a morte resultou de causas relacionadas à gravidez e era evitável. Isso porque a hemorragia está relacionada à morte fetal intrauterina não tratada, como explicou a autora.

¹¹⁶ Aqui, vale destacar que a decisão opera no sistema da cisnormatividade, desconsiderando homens e mulheres trans nas suas enunciações.

A partir disso, a autora sugeriu que há subnotificação dos números de mortalidade materna no país, haja vista que a morte da Aylene foi classificada erroneamente e outros casos podem ter sido interpretados através dos mesmos erros. Por fim, apontou que essas falhas no monitoramento de indicadores de mortalidade materna constituem em si uma falha na garantia do direito à saúde, sendo mais uma evidência de violação à Convenção. Em julho de 2011, o Comitê decidiu sobre o caso, começando pela declaração da admissibilidade da comunicação da autora, pois considera que suas alegações de violação à Convenção são suficientemente fundamentadas, especialmente porque até então não havia resposta da justiça brasileira sobre o caso, apesar dos anos de tramitação do feito. No mérito, o Comitê iniciou a sua análise ponderando sobre dois pontos que considera as premissas para o restante da decisão: se a morte de Aylene foi morte materna; e em que medida os artigos 2 e 12 da Convenção impõem aos Estados-parte o dever de efetivar serviços apropriados para o período gravídico-puerperal, pois essa é a aplicação convencional apresentada pela a autora. Isto é, há um pressuposto fático a ser avaliado - classificação da morte de Aylene - e um pressuposto relacionado à hermenêutica da CEDAW.

O Comitê define que a sequência de eventos que levaram à sua morte demonstra sua relação com complicações obstétricas vinculadas à gravidez. Cita-se a Recomendação n. 24¹¹⁷ do Comitê CEDAW, a qual preconiza o dever dos Estados na garantia do direito das mulheres à maternidade segura e serviços obstétricos de emergência, bem como o dever de efetivar medidas que eliminem a discriminação de gênero no acesso à saúde das mulheres, o que passa por concretizar serviços voltados à prevenção, diagnóstico e tratamento de condições de saúde específicas das mulheres¹¹⁸. A partir dessas observações, o Comitê estabeleceu que Aylene foi vítima de morte materna e rejeita a alegação do estado brasileiro que aduz que sua morte não está relacionada ao seu gênero. Em seguida, o Comitê concluiu que Aylene não recebeu os serviços apropriados relacionados no período da gravidez e na emergência obstétrica e assinala que o estado brasileiro não refuta essas alegações, antes admite que o quadro de Aylene demandava um tratamento qualificado que não foi fornecido. O estado reconhece isso, porém limita sua responsabilidade ao dever de fiscalização, uma vez que os danos ocorreram em instituição privada.

No entanto, o Comitê entendeu que o estado brasileiro é diretamente responsável pelas ações cometidas por instituições privadas de saúde quando delega a elas seu dever de prestação de saúde pública, vez que o artigo 2, “e”, da Convenção atribui aos Estados-parte a obrigação de garantir a adequabilidade dos serviços de saúde privada prestados em seu território, o que também está previsto na Constituição do país. Por conseguinte, o Comitê CEDAW entendeu que o Brasil falhou no cumprimento das obrigações previstas no artigo 12, parágrafo 2, da Convenção. Depois, o Comitê sublinhou a alegação da autora de que a falta de acesso a serviços médicos de qualidade é um problema sistêmico no Brasil, também considera o argumento do estado brasileiro sobre a deficiência no serviço não resultar da falta de políticas, uma vez que a gestão elaborou políticas diversas

¹¹⁷ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Recomendação Geral n. 24 (mulheres e saúde)*, Comitê CEDAW, 2015.

¹¹⁸ Mais uma vez, a gravidez é posta desconsiderando homens trans, a decisão está circunscrita aos limites da cisnormatividade.

voltadas às necessidades específicas das mulheres. Sobre isso, o Comitê citou sua Recomendação n. 28¹¹⁹, que fixa que as políticas dos Estados-parte devem ser pautadas em ações e resultados adequadamente estruturados.

Assim, aponta a ineficiência das políticas governamentais brasileiras, o que constitui violação ao artigo 12, parágrafo 1, e artigo 2 da Convenção, vez que a falta de serviços de saúde materna adequados tem um impacto diferenciado sobre a vida das mulheres, ou seja, é uma condição discriminatória de gênero. Além disso, o Comitê destacou a alegação de que Alyne sofreu por múltiplas discriminações, por ser uma mulher negra e devido às suas condições socioeconômicas, concordando com tal afirmação e, para corroborar, remontou ao seu relatório de observações sobre o Brasil, produzido em 2007, em que constatou empiricamente a vulnerabilidade específica de mulheres negras, além da discriminação por disparidades econômicas, sociais e regionais. Em termos de obrigações jurídicas, o Comitê voltou a citar a Recomendação n. 28, a qual reconhece que a discriminação sexual e de gênero contra mulheres é indissociável de outros fatores que as afetam, tais como raça, etnia, religião ou crença, saúde, status, idade, classe social, orientação sexual e identidade de gênero. Com base nisso, o Comitê concluiu que Alyne sofreu discriminação não só por ser mulher, mas por ser mulher negra e também por sua condição socioeconômica.

Por fim, o Comitê concluiu que o Brasil falhou com sua obrigação de garantir acesso efetivo à justiça para a família de Alyne. Por tudo isso, o Comitê reconheceu o dano moral sofrido pela autora, a mãe de Alyne, e o dano moral e material experimentado pela filha de Alyne, que, àquela altura, havia sido abandonada pelo pai e passou a ser criada por sua avó, autora do pleito, em condições precárias. O Comitê passou, então, às recomendações frente ao caso, pautado no artigo 7, parágrafo 3º, do Protocolo Opcional da CEDAW, considerando que o Estado Brasileiro violou: o artigo 12 da CEDAW, referente ao acesso à saúde; o artigo 2, “c”, que trata do acesso à justiça; e o artigo 2, “e”, quanto à obrigação do Estado-parte regular as atividades de instituições privadas de saúde. A decisão do Comitê se fundamenta também na leitura conjunta da Convenção com as Recomendações n. 24 e 18. Concernente à autora e sua família, o Comitê recomendou ao Brasil: proporcionar reparação apropriada, inclusive de natureza financeira, à autora e à filha de Alyne, tendo em conta a gravidade das violações contra ela.

O Comitê também definiu recomendações de natureza geral para o Brasil: assegurar às mulheres o direito a uma maternidade segura e o acesso aos cuidados de emergência obstétrica adequados para todas as mulheres, em observância à Recomendação n. 24 do Comitê CEDAW; promover formação adequada para os profissionais da saúde, especialmente no que tange aos direitos reprodutivos da mulher, sobretudo a qualidade do tratamento médico obstétrico; garantir o acesso a medidas judiciais apropriadas para mulheres que tiveram seus direitos reprodutivos violados, promovendo adequação e treinamento do Poder Judiciário sobre o tema; assegurar a aplicação de sanções apropriadas aos profissionais da saúde que violarem direitos reprodutivos das mulheres; e reduzir os percentuais de mortes maternas evitáveis a nível estadual e municipal, estabelecendo comitês de

¹¹⁹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Recomendação Geral n. 28 (obrigações fundamentais dos estados partes)*, Comitê CEDAW, 2010.

mortalidade materna onde estes ainda não existem, em atenção às recomendações elencadas pelo Comitê no relatório sobre o cumprimento da Convenção pelo Brasil. Cabe ao estado brasileiro publicar as recomendações e divulgá-las aos setores relevantes da sociedade, além de levar ao Comitê uma resposta escrita com medidas e informações à luz das recomendações.

Em agosto de 2014, o governo brasileiro apresentou seu relatório de cumprimento das recomendações contidas nas decisões finais do Comitê CEDAW¹²⁰. No relatório, o governo elenca as medidas adotadas para efetivar as reparações preconizadas pelo Comitê. Sobre a reparação financeira, aponta-se que foi realizado pagamento de indenização por intermédio da Secretaria de Direitos Humanos à mãe de Alyne Pimentel, após a realização de um evento para o reconhecimento público sobre a morte de Alyne. Quanto à reparação financeira à filha de Alyne, acompanhando parecer da Advocacia-Geral da União, fixou-se a atuação subsidiária por parte do governo federal, isto é, a União pagaria a indenização caso fosse extinto o processo judicial que tramitava no TJRJ ou caso dele não derivasse reparação financeira à interessada. No âmbito das reparações simbólicas, o governo informou que foi reinaugurada a Maternidade Municipal de Nova Iguaçu, em que a Unidade de Terapia Intensiva foi denominada “Alyne Pimentel”, onde uma placa foi afixada com os dizeres “reparação simbólica e reconhecimento de sua morte evitável, pela melhoria da qualidade do atendimento à saúde das mulheres”. Também foi colocada uma placa no espaço de convivência da Maternidade Estadual do Rio de Janeiro, que diz: “À Aline Pimentel, (...) damos o seu nome a este espaço, como reparação simbólica do Estado brasileiro e como nosso compromisso na redução da morte materna e qualidade no atendimento”.

Sobre o cumprimento da recomendação relacionada à garantia dos direitos das mulheres a uma maternidade segura e a cuidados obstétricos de emergência adequados e acessíveis, o governo pontuou o início da implementação da Rede Cegonha, que objetiva fomentar um novo modelo de atenção à saúde integral da mulher¹²¹. O governo também elencou medidas voltadas ao treinamento profissional adequado para trabalhadores, como formação de enfermeiras obstetras, realização de seminários de boas práticas etc. Quanto ao treinamento para os operadores do direito, o governo relatou a realização do Seminário Caso Alyne Pimentel. Quanto à recomendação voltada a assegurar a adequabilidade das instituições privadas de saúde, o governo citou a atuação da vigilância sanitária, que é orientada pelo Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, publicada em junho de 2008. A respeito da garantia de que as sanções adequadas sejam impostas aos profissionais de saúde que violem os direitos reprodutivos das mulheres, o relatório aponta a competência do Conselho Federal de Medicina, que, no âmbito do Caso Alyne, concluiu que não havia indícios de infração ao Código de Ética Médica.

No que tange à redução de mortes maternas evitáveis, sublinha-se que no ano de 2010 foi registrada uma queda percentual nos casos, no entanto, pontua-se que a redução da mortalidade materna permanecia um desafio, para o qual a Rede Cegonha tem papel central nas políticas públicas para melhorar a qualidade da

¹²⁰ BRASIL. *Caso Alyne da Silva Pimentel*: relatório do governo brasileiro. Brasília, DF: Comitê para a eliminação da discriminação contra a mulher, 2014.

¹²¹ BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema único de Saúde –SUS – a rede Cegonha. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 24 jul. 2011.

assistência. O relatório sobre mortalidade materna publicado em 2015 pela Plataforma de Direitos Humanos - Dhesca Brasil, em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas, atesta essa realidade. O relatório foi elaborado a partir de visita às instalações das unidades de saúde em que Alyne fora atendida, revelando um cenário dramático apesar dos anos passados, revelando a urgência na implementação das políticas de saúde baseadas em direitos humanos conforme elencou a decisão do Comitê CEDAW¹²². É perceptível a repercussão da decisão do Comitê CEDAW enquanto marco para as noções de direitos maternos. De acordo com Rebecca Cook, “esta decisão legitimou e legalizou padrões transnacionais de proteção de saúde materna”¹²³.

Em um período em que os conceitos de “violência obstétrica” e “humanização do parto” ainda estavam em desenvolvimento, o Caso Alyne propôs um marco inédito, pois “consolidou o significado do direito das mulheres grávidas de estarem livres de todas as formas de discriminação, para assegurar o seu acesso a assistência a saúde, de que somente elas necessitam”¹²⁴. É importante evidenciar que, embora a terminologia “violência obstétrica” ainda não estivesse inserida ao léxico jurídico e não tenha sido utilizada no Comitê CEDAW, foram utilizados como fundamento diversos precedentes que tratam de violência de gênero, enquadrando, ainda que indiretamente, o Caso Alyne como um caso de violência. Além disso, o governo brasileiro, em sua defesa no Comitê, já apresenta premissas voltadas à ideia de humanização do parto.

Ou seja, em alguma medida, o Caso Alyne no Comitê CEDAW incorpora de forma inovadora as bases das categorias teóricas que pautam o debate sobre direitos maternos na atualidade. E o mais significativo é que a decisão introduz essas categorias mostrando sua indissociabilidade primária das perspectivas interseccionais dos direitos das mulheres. Isto é, as discussões de humanização do parto e violência obstétrica necessariamente devem ser feitas conjuntamente à percepção das desigualdades entre as mulheres, sejam elas por critérios econômicos, raciais, regionais ou outros. No próximo capítulo, eu busco investigar as construções conceituais dos termos “violência obstétrica” e “humanização do parto”, a partir da assimilação da categoria “mortalidade materna”, e começo a propor uma leitura racializada dos seus usos discursivos.

¹²² Relatório sobre mortalidade materna no contexto do processo de implementação da decisão do Comitê CEDAW contra o Estado brasileiro no caso Alyne da Silva Pimentel / [redação Beatriz Galli, Helena Rocha e Jandira Queiroz]. -- 1. ed. -- Brasília : UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas, 2015.

¹²³ COOK, Rebecca. “Direitos humanos e mortalidade Materna: Explorando a Eficácia da Decisão do Caso Alyne”. Tradução de Maria Elvira Vieira de Mello e Beatriz Galli. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, v. 41, n. 1, p. 103-123, 2013.

¹²⁴ COOK, Rebecca, *ibidem*.

2

Violência obstétrica e humanização do parto: categorias entre hierarquias reprodutivas

Paralelamente à ocorrência e ao julgamento do Caso Alyne Pimentel, surgiam, especificamente no contexto latino-americano, duas categorias teóricas voltadas a pensar os direitos maternos: violência obstétrica e humanização do parto. Até então, o principal marcador para se pensar os direitos no período gravídico-puerperal era a mortalidade materna, tanto que o Caso Alyne foi identificado como um caso de mortalidade, não tendo utilizado a terminologia “violência obstétrica”. Diante de um modelo de assistência obstétrica intervencionista e com uso irracional de tecnologias, os movimentos pela humanização do parto propõem “uma mudança na compreensão do parto como experiência humana”¹²⁵, fixando o termo “violência obstétrica” para capturar a materialidade da intervenção na autonomia da mulher durante o ciclo gravídico puerperal¹²⁶.

Acerca desses temas, as pesquisas produzidas se concentram majoritariamente em uma perspectiva epidemiológica e, em menor expressão, dedicam-se às áreas da antropologia, psicologia, filosofia, sociologia ou direito¹²⁷, sendo que o tema da violência obstétrica foi introduzido recentemente ao debate jurídico brasileiro¹²⁸ e vem ganhando importância exponencial, tanto que apenas em 2023 foram apresentados 11 projetos de lei federal tratando sobre o assunto. É necessário, então, compreender quais aspectos político-epistemológicos são mobilizados por esses conceitos, sobretudo considerando que a assistência obstétrica no Brasil se organiza a partir de hierarquias reprodutivas, nas quais as mulheres negras ocupam um lugar histórico de desumanização e subcategorização reprodutiva de seus corpos, como argumentei no capítulo anterior. Por isso, eu passo agora ao exame desses conceitos, partindo de sua construção desde a morbi-mortalidade materna.

2.1

A humanização do parto em resposta à coisificação reprodutiva do corpo

Eu iniciei o capítulo 1 desta dissertação situando a assistência obstétrica enquanto aparato da biopolítica sobre corpos que gestam, no próximo tópico eu busco esmiuçar tal entendimento e localizá-lo na elaboração dos conceitos de violência obstétrica e humanização do parto.

¹²⁵ DINIZ, Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10 (3): 627-637. 2005. p. 628.

¹²⁶ VAN DER WALL, Rodante; MAYRA, Kaveri; HORN, Anna; CHADWICK, Rachelle. *Obstetric Violence: an intersectional refraction through Abolition Feminism*. Feminist Anthropology, Nova Jersey, 2022. p. 5

¹²⁷ VAN DER WALL, Rodante et al, *ibidem*, p. 5.

¹²⁸ CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de (org). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020. p. 1.

2.1.1

A mulher como máquina de criação de novos trabalhadores: o parto prototípico para expansão da força de trabalho

No livro *O Calibã e a Bruxa*, Silvia Federici discorre sobre as noções marxistas do desenvolvimento das relações capitalistas em função da acumulação primitiva na perspectiva do gênero feminino, isto é, como as mudanças no sistema econômico afetaram a posição social das mulheres e a produção da força de trabalho¹²⁹. A autora defende que nos sistemas de exploração há uma associação entre capitalismo e patriarcado, a fim de disciplinar e apropriar-se dos corpos de mulheres em relações de poder¹³⁰. Neste enfoque feminista, Federici argumenta que “na sociedade capitalista, o corpo é para as mulheres o que a fábrica é para os homens trabalhadores assalariados: o principal terreno de sua exploração e resistência”¹³¹. Para corroborar seu argumento, ela faz um apanhado histórico que remonta à “grande caça às bruxas” dos séculos XVI e XVII, época em que, concomitantemente, os índices populacionais caíam e surgia uma ideologia da centralidade do trabalho da vida econômica¹³².

Neste contexto, a capacidade reprodutiva da mulher ganha centralidade política, na medida em que protagoniza a solução às duas questões: aumento da população e consequentemente da força de trabalho. Federici relata que essa conjuntura levou à criação de diversos códigos legais europeus sancionando crimes reprodutivos (como aborto e infanticídio)¹³³. Além disso, houve uma mudança na dinâmica experimentada pela mulher no contexto da gestação e do parto, pois “foram adotadas novas formas de vigilância para assegurar que as mulheres não interrompessem a gravidez”¹³⁴. Foi então que o parto deixou de ser um evento protagonizado por mulheres, entre parturientes e parteiras, dando lugar a um cenário de domínio masculino com a entrada de médicos homens nas salas de parto¹³⁵. A autora relata que essa mudança se deu não por uma preocupação pela suposta incompetência das parteiras ou pelo bem estar das gestantes, mas sim em evitar qualquer possibilidade de infanticídio¹³⁶.

Essa transformação do cenário do parto aconteceu no Brasil no final do século XIX, junto da inauguração de um campo da medicina voltado especificamente para o corpo da mulher: a ginecologia¹³⁷. Apesar da temporalidade distinta em relação à sociedade europeia, aqui no Brasil os fatos seguiram o mesmo curso: os homens adentraram um domínio que até então havia sido exclusivo das mulheres¹³⁸, uma vez que a medicina obstétrica se tornou uma “profissão alicerçada

¹²⁹ FEDERICI, Silvia. *Calibã e a Bruxa*: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017. p. 26.

¹³⁰ FEDERICI, Silvia. *Calibã e a Bruxa*: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017, p. 32.

¹³¹ FEDERICI, Silvia, *ibidem*, p. 34.

¹³² FEDERICI, Silvia, *ibidem*, p. 170.

¹³³ FEDERICI, Silvia, *ibidem*, p. 170.

¹³⁴ FEDERICI, Silvia, *ibidem*, p. 176.

¹³⁵ FEDERICI, Silvia, *ibidem*, p. 177.

¹³⁶ FEDERICI, Silvia, *ibidem*, p. 178.

¹³⁷ MARTINS, A. P. V. *Visões do Feminino*: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. Epub, não paginado.

¹³⁸ MARTINS, A. P. V., *ibidem*.

pela autoridade da linguagem técnica e educação universitária”¹³⁹. Desde então, segundo Silvia Federici, os “úteros se transformaram em território político, controlados pelos homens e pelo Estado: a procriação foi colocada diretamente a serviço da acumulação capitalista”¹⁴⁰. De acordo com Ana Paula Vonse Martins, o corpo das mulheres passou a ser um território a ser sucessivamente conquistado¹⁴¹, o que se mascara sob um discurso humanitário de resgate das mulheres em meio aos sofrimentos do parto¹⁴².

O resultado do controle sobre o parto é o que Silvia Federici identifica como “escravização das mulheres à procriação”¹⁴³, isto é, “o corpo feminino foi transformado em instrumento para a reprodução do trabalho e para a expansão da força de trabalho, tratado como uma máquina natural de criação”¹⁴⁴. Este argumento se materializa na realidade brasileira a partir de meados do século XX, com o fortalecimento da medicalização dos nascimentos, processo que resulta da concepção de que o parto configura um evento médico potencialmente perigoso e, por isso, dependente da intervenção médica¹⁴⁵. Assim, no início do século XX, a questão que mais ocupou o saber obstétrico brasileiro foi a “busca por meios e recursos que suavizem o parto, tornando-o mais rápido e diminuindo os incômodos”¹⁴⁶. Ou seja, havia a busca incessante pela substituição do fisiologismo característico do parto para dar lugar a uma eficiência de natureza quase industrial.

A assistência obstétrica projetou que “o corpo da mulher é uma máquina, por muitas vezes falha, o útero seria uma bomba mecânica mais ou menos adequada para a expulsão do feto, (...) e o médico, o mecânico que irá consertar qualquer falha nesta máquina”¹⁴⁷. Com os partos deixando o ambiente doméstico e passando para os espaços hospitalares, a administração dessas instituições adaptou uma compreensão industrial à assistência, culminando em uma visão desumanizada e mecanizada que se reproduz na formação obstétrica até hoje, a qual tradicionalmente adota a metáfora “motor-objeto-trajeto” como explicação dos mecanismos do parto¹⁴⁸. Esse modelo de administração hospitalar coaduna com o que Silvia Federici identifica como a “filosofia mecanicista”, segundo a qual o corpo passou a ser considerado uma “um recipiente de força de trabalho, um meio

¹³⁹ CURI, Paula L.; BAPTISTA, Júlia G. B. A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade - ECOS*, Rio de Janeiro, ano 8, v. 1, p. 123-136, 2018. Disponível em: <[A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica | Curi | ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade](#)>. Acesso em 24 fev. 2024. p. 128.

¹⁴⁰ FEDERICI, Silvia. *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante, 2017, p. 178.

¹⁴¹ MARTINS, A. P. V. *Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. Epub, não paginado.

¹⁴² CURI, Paula L.; BAPTISTA, Júlia G. B., op. cit., p. 130.

¹⁴³ FEDERICI, Silvia, op. cit., p. 178.

¹⁴⁴ FEDERICI, Silvia, op. cit., p. 178.

¹⁴⁵ SILVA, F. et al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 3, p. 171–184, set. 2019. Disponível em: <[medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX](#)>. Acesso em 25 fev. 2024. p. 172 e 173.

¹⁴⁶ SILVA, F. et al, ibidem, p. 174.

¹⁴⁷ SILVA, F. et al., ibidem, p. 180.

¹⁴⁸ RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. suppl 1, p. 595–602, 2009. Disponível em: <[Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico](#)>. Acesso em 25 fev. 2024. p. 596 e 597.

de produção, a máquina de trabalho primária”¹⁴⁹.

Assim, a assistência médica serviria para intervir para a manutenção desse meio de produção, isto é, “o corpo tinha que viver para que a força de trabalho pudesse viver”¹⁵⁰. O desenvolvimento da “máquina humana” foi um salto tecnológico fundamental para “o desenvolvimento das forças produtivas”, levando à abstração de um “indivíduo prototípico”¹⁵¹, ou seja, um modelo ideal de ser humano que funcionasse segundo a lógica mecanicista de produtividade. Partindo dessas premissas, eu entendo que, no âmbito da medicina obstétrica, a racionalização científica disciplina o corpo no parto de modo a formatar um parto prototípico: um modelo de parto mecanizado e pautado em eficiência, ao qual toda mulher deve se ajustar, altamente controlado pelas instituições médicas, buscando atender às demandas de expansão da força de trabalho e correspondendo ao ideal da mulher enquanto máquina de criação de novos trabalhadores. É a esse modelo de assistência obstétrica que o movimento de humanização do parto se opõe. Os sentidos conferidos à humanização por esse movimento são abordados no tópico seguinte.

2.1.2

Da morbi-mortalidade materna à humanização do parto

Como mencionado anteriormente, a ideia de humanização do parto surge enquanto movimento político-epistemológico nos anos 2000. Até então, o principal marcador para avaliar a qualidade da assistência obstétrica eram os níveis de mortalidade materna, que é definida como “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta”¹⁵², podendo ser classificada como morte materna por causas obstétricas indiretas ou diretas, sendo que estas são as prevalentes no cenário brasileiro, tendo por causa dominante a síndrome hemorrágica¹⁵³. A razão de mortalidade materna é considerada um indicador de saúde preciso para o grupo populacional feminino, enquanto “indicador sensível da adequação da assistência obstétrica e neonatal”¹⁵⁴. Trata-se do indicador de saúde utilizado para aferir: “o risco de morte na gravidez, parto e puerpério; as condições de saúde da população feminina; a adequação do sistema em responder às necessidades sanitárias das mulheres; e as desigualdades sociais”¹⁵⁵.

¹⁴⁹ FEDERICI, Silvia. *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante, 2017, p. 249.

¹⁵⁰ FEDERICI, Silvia, *ibidem*, p. 257.

¹⁵¹ FEDERICI, Silvia, *ibidem*, p. 266 e 267.

¹⁵² SCARTON, J. et al. Mortalidade materna: causas e estratégias de prevenção. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 5, p. 1-16, 28 mar. 2020. Disponível em: <[Maternal mortality: causes and prevention strategies | Research, Society and Development](#)>. Acesso em 25 fev. 2024. p. 3.

¹⁵³ SCARTON, J. et al., *ibidem*, p. 9.

¹⁵⁴ SANTOS NETO, E. T. D. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 107–119, jun. 2008. Disponível em: <[Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil](#)>. Acesso em 25 fev. 2024. p. 113.

¹⁵⁵ MOTTA, C. T.; MOREIRA, M. R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 10, p. 4397–4409, out. 2021. Disponível em: <[O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018](#)>. Acesso em 25 fev. 2024. p. 4399.

iatrogênicos¹⁶⁵. Ou seja, há uma correlação entre o modelo de assistência obstétrica disponível e os altos índices de morbi-mortalidade materna, principalmente considerando os casos de morbidade e *near-miss* materno (casos em que as mulheres passam por uma condição ameaçadora de vida¹⁶⁶).

Os casos de morbidade e mortalidade estão relacionados ao uso indiscriminado ou inoportuno de medicamentos, exames e procedimentos, levando a danos físicos, emocionais e sociais às mulheres e seus filhos¹⁶⁷. A compreensão de que é preciso reorganizar todo o modelo de assistência obstétrica, em vez de combater causas específicas, é o que levou ao início do movimento pela humanização do parto. A expressão “humanização do parto” é usada há muitas décadas nos mais diversos sentidos, e se coloca, então, como polissemia, podendo assumir significados variados: assistência baseada em evidências científicas e adesão às recomendações da OMS; assistência baseada nos direitos humanos das mulheres; redução de intervenções iatrogênicas; redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto; racionalidade no uso dos recursos; participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde; direito ao alívio da dor¹⁶⁸.

É importante reconhecer que o uso do termo se difere a depender dos atores sociais, “cada um deles faz sua interpretação e recriação do termo, aplicado para outras formas de assistência”¹⁶⁹. Em alguma medida, todos os sentidos elencados acima desvelam uma rejeição à medicalização do parto. Pesquisadores constatarem em revisão de literatura que, em geral, a humanização é tida como um modelo de assistência que se opõe às grandes intervenções médicas desnecessárias, busca promover uma assistência respeitosa e de qualidade, preconizando o parto como evento natural, a ser conduzido por uma assistência baseada em evidência, sem desvalorizar métodos de alívio da dor (preferencialmente naturais)¹⁷⁰. Neste sentido, a humanização do parto contrapõe o parto prototípico e o paradigma da mulher enquanto máquina de parir a ser agenciada pelo saber-poder médico. Em termos de mobilização política, no Brasil, o movimento de humanização começou a se formar na década de 80, a partir da combinação dos modelos de parto ativo, sem dor e violência com princípios da contracultura e do naturalismo inspirados no

¹⁶⁵ DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Journal of Human Growth and Development*, v. 19, n. 2, p. 313-326, 1 ago. 2009. Disponível em: <[Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal | Journal of Human Growth and Development](#)>. Acesso em 25 fev. 2024, p. 316.

¹⁶⁶ AGUIAR, C. D. A.; FELICIANO, R. G.; TANAKA, A. C. D’ANDRETTA. Near-miss materno e violência obstétrica: uma relação possível? *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, n. 38, p. 1-22, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872022000100208&tlng=pt>. Acesso em 25 fev. 2024, p. 5.

¹⁶⁷ AGUIAR, C. D. A. et al, *ibidem*, p. 3.

¹⁶⁸ DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005. Disponível em: <[Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento](#)>. Acesso em 25 fev. 2024, p. 628.

¹⁶⁹ DINIZ, C. S. G., *ibidem*, p. 632.

¹⁷⁰ MARQUES DE ALMEIDA, N. A. et al. A humanização no cuidado à parturição. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 7, n. 3, 28 dez. 2006. Disponível em: <[A humanização no cuidado à parturição | Revista Eletrônica de Enfermagem](#)>. Acesso em 26 fev. 2024, p. 356-357.

ecofeminismo¹⁷¹.

Tais ideais resultaram em um movimento multifacetado formado por mulheres de classe média, médicos, enfermeiras, parteiras e doulas¹⁷², que coincidiu com o contexto de reivindicações pela redemocratização política, quando se fortaleceram os pleitos pela reestruturação do sistema de saúde, os quais confluíram com as demandas dos movimentos de mulheres por direitos reprodutivos. Essa convergência culminou “nas primeiras políticas de apoio e humanização à saúde materno-infantil”¹⁷³. Neste escopo, destaca-se o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - PNHPN, implementado pela Portaria nº 569/2000, com o objetivo de reduzir as altas taxas mortalidade materna¹⁷⁴, ou seja, é um documento contemporâneo à morte de Alyne. O PNHPN define que a humanização compreende dois aspectos: acolhimento digno a mulher, seus familiares e o recém-nascido nas unidades de saúde e a adoção de “medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam”¹⁷⁵.

No Brasil, a expressão “humanização do parto” está atrelada “ao respeito e promoção dos direitos da mãe e da criança à assistência baseada em evidências, incluindo segurança, eficácia e satisfação”¹⁷⁶. Também está pautada na intervenção mínima, segundo preconizam as evidências científicas, para que o parto seja assistido com o “mínimo de interferência compatível com a segurança”, pois este é o paradigma de melhor assistência¹⁷⁷. Há uma correspondência com o “movimento internacional que aborda a humanização da atenção a nascimentos e partos como uma resposta à mecanização na organização do trabalho profissional e à violência institucional”¹⁷⁸. A Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), quicá o maior expoente do movimento pela humanização do parto no país, define-se a partir da pretensão de “diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação baseado na

¹⁷¹ TEMPESTA, G. A.; FRANÇA, R. L. D. Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. *Horizontes Antropológicos*, v. 27, n. 61, p. 257–290, dez. 2021. Disponível em: <[Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica](#)>. Acesso em 26 fev. 2024. p. 268.

¹⁷² TEMPESTA, G. A.; FRANÇA, R. L. D., ibidem, p. 268.

¹⁷³ SANTOS NETO, E. T. D. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 107–119, jun. 2008. Disponível em: <[Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil](#)>. Acesso em 25 fev. 2024. p. 110.

¹⁷⁴ SANTOS NETO, E. T. D. et al, ibidem, p. 112.

¹⁷⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de humanização no pré-natal e nascimento*: informações para gestores e técnicos. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2024. p. 5 e 6.

¹⁷⁶ DINIZ, Carmen Simone Grilo e CHACHAM, Alessandra S. *O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo*. Questões de Saúde Reprodutiva, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: <[O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo](#)>. Acesso em: 26 fev. 2024. p. 88.

¹⁷⁷ DINIZ, Carmen Simone Grilo e CHACHAM, Alessandra S., ibidem, p. 81.

¹⁷⁸ RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. suppl 1, p. 595–602, 2009. Disponível em: <[Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico](#)>. Acesso em: 26 fev. 2024. p. 601.

compreensão do processo natural e fisiológico”¹⁷⁹.

Assim, busca-se enfrentar o paradoxo perinatal e a medicalização do parto. Entretanto, é imprescindível observar que “se a medicalização do parto é uma realidade para quase todas as mulheres brasileiras, mulheres de diferentes classes sociais foram submetidas a diferentes formas de medicalização e de assistência inapropriada”¹⁸⁰. No parto, essa diferenciação entre as formas de medicalização se materializa no tipo de corte que a mulher recebe no parto: as mulheres brancas de classe média tendem a passar pela cesárea sem indicação, e as mulheres negras e pobres recebem episiotomia em partos vaginais, sendo que as mulheres negras possuem maior tendência a problemas de cicatrização e formação de queloides¹⁸¹. É evidente que o fator raça promove repercussões distintas, portanto é central que os sentidos de humanização confirmem a dimensão racial. Ainda assim, tanto a episiotomia quanto a cesárea sem indicação são apontadas como violência obstétrica, enquanto argumento discursivo para alcançar a humanização. Cabe, portanto, compreender o que é a violência obstétrica e verificar se o fator raça é contemplado em sua elaboração discursiva.

2.1.3

Sentidos e limites da categoria violência obstétrica

O termo “violência obstétrica” foi cunhado por ativistas na América Latina para descrever a violência sofrida no período gravídico-puerperal¹⁸². Apesar de ser um termo recente, o “sofrimento das mulheres com a assistência ao parto é registrada em diferentes momentos históricos, ainda que sob denominações diversas”¹⁸³. No Brasil, o tema já era abordado em trabalhos feministas desde a década de 80, dentro e fora da academia, identificando “o parto institucionalizado como uma vivência violenta”¹⁸⁴. Em 1993, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) sinalizou que sua fundação parte do reconhecimento das “circunstâncias da violência e constrangimento em que se dá a assistência”, mas deliberou não falar abertamente em termos de violência, preferindo a expressão

¹⁷⁹ Informação disponível no site da rede: <<https://rehuna.org.br/nossa-historia/>>.

¹⁸⁰ DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Journal of Human Growth and Development*, v. 19, n. 2, p. 313-326, 1 ago. 2009. Disponível em: <[Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal | Journal of Human Growth and Development](#)>. Acesso em 25 fev. 2024. p. 319.

¹⁸¹ DINIZ, Carmen Simone Grilo e CHACHAM, Alessandra S. *O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo*. Questões de Saúde Reprodutiva, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: <[O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo](#)>. Acesso em: 26 fev. 2024. p. 87-88.

¹⁸² VAN DER WAAL, R. et al. Obstetric Violence: An Intersectional Refraction through Abolition Feminism. *Feminist Anthropology*, v. 4, n. 1, p. 91-114, maio 2023. Disponível em: <<https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/fea2.12097>>. Acesso em: 26 fev. 2024. p. 1.

¹⁸³ DINIZ, S. G. et al. ABUSE AND DISRESPECT IN CHILDBIRTH CARE AS A PUBLIC HEALTH ISSUE IN BRAZIL: ORIGINS, DEFINITIONS, IMPACTS ON MATERNAL HEALTH, AND PROPOSALS FOR ITS PREVENTION. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 3, p. 377, 25 out. 2015. Disponível em: <[ABUSE AND DISRESPECT IN CHILDBIRTH CARE AS A PUBLIC HEALTH ISSUE IN BRAZIL: ORIGINS, DEFINITIONS, IMPACTS ON MATERNAL HEALTH, AND PROPOSALS FOR ITS PREVENTION | Journal of Human Growth and Development](#)>. Acesso em: 26 fev. 2024. p. 2.

¹⁸⁴ DINIZ, S. G. et al., *ibidem*, p. 2.

“humanização do parto”, de modo a evitar a resistência dos profissionais da saúde¹⁸⁵. Por outro lado, o uso da terminologia “violência obstétrica” se mostra estratégico, por nomear violências estruturais, sistêmicas e institucionais é um meio para demandar reconhecimento e responsabilização pelos danos causados, pois um problema não nomeado não é endereçado para soluções¹⁸⁶.

Isso porque a violência obstétrica é identificada como uma “violência institucional e de gênero, que faz parte da cultura médica hegemônica acerca do parto”¹⁸⁷, considerada um resultado do paradigma médico vigente, ou seja, a patologização do parto de baixo risco¹⁸⁸. De modo mais descritivo, são considerados violência obstétrica: abuso físico; imposição de intervenções não consentidas; cuidado não confidencial ou não privativo; cuidado indigno e abuso verbal; discriminação baseada em certos atributos; abandono, negligência ou recusa de assistência e detenção nos serviços¹⁸⁹. Assim, “a violência obstétrica constitui um problema de saúde pública complexo e multifatorial, de crescente importância e potencial explicativo, e de grande repercussão sobre a saúde de mães e nascidos”¹⁹⁰. A definição normativa mais difundida, inclusive prevista na previsão jurídica pioneira sobre o tema, é que descreve a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres através de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização¹⁹¹.

A dinâmica entre medicalização e apropriação reprodutiva desvela o processo de submissão da mulher ao parto prototípico, pois evidencia a “alienação da mulher com o seu corpo, sua fisiologia e sua experiência de gestação e parto”¹⁹², reduzindo-a a uma máquina de produção de novos trabalhadores, a ser agenciada e mantida sob controle interventivo. Por isso, a violência obstétrica é em si uma violação aos direitos humanos das mulheres, enquanto violência de gênero e

¹⁸⁵ DINIZ, S. G. et al. ABUSE AND DISRESPECT IN CHILDBIRTH CARE AS A PUBLIC HEALTH ISSUE IN BRAZIL: ORIGINS, DEFINITIONS, IMPACTS ON MATERNAL HEALTH, AND PROPOSALS FOR ITS PREVENTION. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 3, p. 377, 25 out. 2015. Disponível em: <[ABUSE AND DISRESPECT IN CHILDBIRTH CARE AS A PUBLIC HEALTH ISSUE IN BRAZIL: ORIGINS, DEFINITIONS, IMPACTS ON MATERNAL HEALTH, AND PROPOSALS FOR ITS PREVENTION | Journal of Human Growth and Development](#)>. Acesso em: 26 fev. 2024. p. 3.

¹⁸⁶ SALTER, C. L. et al. Naming Silence and Inadequate Obstetric Care as Obstetric Violence is a Necessary Step for Change. *Violence Against Women*, v. 27, n. 8, p. 1019–1027, jun. 2021. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801221996443>>. Acesso em 03 fev. 2024. p. 1.

¹⁸⁷ PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cadernos Pagu*, n. 49, 7 dez. 2017. Disponível em: <[Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violencia obstétrica no Brasil](#)>. Acesso em 03 fev. 2024. p. 7.

¹⁸⁸ BELLI, L. F. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, ano 4, 1 (7): 25-34, jan.-jun., 2013. Disponível em: <[La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos](#)>. Acesso em: 26 fev. 2024. p. 28.

¹⁸⁹ TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Família Comunidade*, 10(35):1-12, 2015. Disponível em: <[Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade](#)>. Acesso em: 26 fev. 2024.

¹⁹⁰ DINIZ, S. G. et al., op. cit., p. 6.

¹⁹¹ DINIZ, S. G. et al, op. cit., p. 3.

¹⁹² PALHARINI, L. A., op. cit., p. 30.

violação ao direito à saúde e à vida¹⁹³. Há registros de violência obstétrica em ao menos 34 países¹⁹⁴, com a ressalva de que é praticada em todo o mundo, com variações sobre as modalidades em que é construída, exercida e percebida¹⁹⁵. No Brasil, a primeira pesquisa empírica sobre o tema ocorreu em 2010 e revelou que uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre algum tipo de violência na assistência ao parto¹⁹⁶, um número que pode estar subnotificado.

Posteriormente, foi realizada a pesquisa Nacer no Brasil, um estudo mais complexo, de âmbito nacional e base hospitalar, que demonstrou que a taxa de cesarianas era de 52% (sendo que, no setor privado, a proporção chegava a 88%, e a 46% no setor público), contrariando o percentual máximo preconizado pela OMS de 15%¹⁹⁷. Contudo, as taxas no setor público não são indicativo de uma assistência mais humanizada e menos intervencionista, uma vez que o parto normal disponibilizado é comumente traumático e marcado por intervenções dolorosas que geram danos iatrogênicos¹⁹⁸. Os dados da Nacer no Brasil corroboram essa afirmativa, pois revelam que apenas 5% dos partos vaginais que integraram a amostragem decorreram sem nenhuma intervenção. Nos demais, aproximadamente 55% das mulheres foram impedidas de se locomover no trabalho de parto e não tiveram o progresso monitorado pelo partograma; cerca de 40% tiveram uso de ocitocina e amniotomia (métodos artificiais de indução e aceleração do parto); 92% de incidência de litotomia (sem escolha de posição para parir); 37% foram submetidas à manobra de Kristeller e houve incidência de episiotomia em 56% dos partos¹⁹⁹.

Ainda, menos de um terço das mulheres pôde se alimentar durante o trabalho de parto e tiveram acesso a métodos não farmacológicos de dor²⁰⁰. Ou seja, não basta apenas rejeitar o parto cirúrgico, é preciso discutir o que se colocará no lugar²⁰¹. Um caminho para essa elaboração é superar a dimensão individual do parto para se pensar em termos estruturais dos direitos reprodutivos, pois o que substituirá

¹⁹³ BELLI, L. F. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, ano 4, 1 (7): 25-34, jan.-jun., 2013. Disponível em: <[La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos](#)>. Acesso em: 26 fev. 2024. p. 30.

¹⁹⁴ BOHREN, Meghan A., et al. *The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review*. PLoS Medicine, 12, 2015.

¹⁹⁵ QUATTROCHI, Patrizia. Violência obstétrica: aportes desde América Latina. *Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito*, Edição Especial - Health, Gender and Human Rights, v. 7, n. 1, 2018.

¹⁹⁶ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. 2010. Disponível em: <[MULHERES BRASILEIRAS E GÊNERO NOS ESPAÇOS PÚBLICO E PRIVADO](#)>.

¹⁹⁷ LEAL, Maria do Carmo. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*, 9:15, 2012. Disponível em: <[Birth in Brazil: national survey into labour and birth | Reproductive Health | Full Text](#)>. Acesso em 27 fev. 2024.

¹⁹⁸ PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cadernos Pagu*, n. 49, 7 dez. 2017. Disponível em: <[Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil](#)>. Acesso em 03 fev. 2024. p. 7.

¹⁹⁹ LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 (suppl 1), ago. 2014. Disponível em: <[Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual](#)>. Acesso em 27 fev. 2024. p. 4-5.

²⁰⁰ LEAL, Maria do Carmo et al, *ibidem*, p. 4-5.

²⁰¹ PALHARINI L. A., *op. cit.*, p. 4.

o parto cesáreo depende da garantia de uma infraestrutura de saúde, sobretudo para as usuárias do SUS (das quais a maioria é composta por mulheres negras). É preciso, então, pensar o parto de modo interseccional, mas a redução do debate ao conflito binário entre medicalização e parto natural impede esse desenvolvimento, principalmente porque esse raciocínio binário parte de posições socialmente privilegiadas²⁰². Pensar a humanização do parto apenas em oposição à medicalização ou a violência obstétrica apenas enquanto apropriação da autonomia reprodutiva da mulher coloca no cerne do problema o agenciamento das escolhas reprodutivas da mulher, quando muitas mulheres são afetadas por questões estruturais e não pela sua agência individual.

Isto é, limitar o debate a uma questão de exercício de autonomia exclui da análise o fato de que as condições sócio-materiais de vida também condicionam as escolhas que podem ser feitas por cada mulher dentro de sua própria realidade. A medicalização do parto é um fato, mas que existe em articulação com outras formas de poder, logo, é reducionista discutir humanização e violência obstétrica a partir da ideia “desincorporada” e neoliberal da autonomia da mulher²⁰³. Para que esses conceitos sejam responsivos a uma realidade diversa e ultrapassem os limites da classe média branca, é imprescindível pensar que o parto acontece em dimensões concretas afetadas por múltiplas formas de poder e política²⁰⁴. Dentre elas, eu destaco a política racial, que é tema do próximo tópico.

2.2

Ventres negros sob o signo da morte: as diferenças condicionantes entre o nascer branco e o negro

O objetivo aqui é aprofundar o debate iniciado no primeiro capítulo, buscando identificar “continuidades no campo da reprodução desde os primórdios da colonização”²⁰⁵, o que reverbera na história de Alyne. Anteriormente, discutiu-se como a apropriação reprodutiva é um instrumento de subordinação das mulheres mobilizado pelo patriarcado. Então, o argumento de expropriação do corpo da mulher é válido quando se trata da assistência obstétrica, pois de fato há uma coisificação dos seus corpos à produção da força de trabalho. Entretanto, isso não dá conta do todo, diante de uma sociedade complexa e das dinâmicas variadas de poder. Por isso, eu me alinho a Sueli Carneiro, que enuncia que “na biopolítica, gênero e raça se articulam produzindo efeitos específicos”, razão pela qual as tecnologias de controle sobre a reprodução se apresentam de forma diferenciada segundo a racialidade²⁰⁶. Portanto, é preciso observar a “distribuição racializada das tecnologias reprodutivas”²⁰⁷ e o modo como a dinâmica reprodutiva não só é alimentada pelo racismo, mas o retroalimenta, ou seja, “reitera continuamente a

²⁰² CHADWICK, R. *Bodies that Birth: Vitalizing Birth Politics*. Londres: Routledge, 2018. p. 14.

²⁰³ CHADWICK, R, *ibidem*. p. 21.

²⁰⁴ CHADWICK R., *ibidem*, p. 21.

²⁰⁵ ACÁCIA TEMPESTA, G. et al. Ventres livres? Pensando sobre cesariana, violência obstétrica e histerectomia no horizonte da justiça reprodutiva. *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares*, v. 24, n. 3, 10 fev. 2023. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/73136>>. Acesso em 25 fev. 2024. p. 478.

²⁰⁶ CARNEIRO, Sueli. *Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Rio de Janeiro: Zahar, 2023, p. 61.

²⁰⁷ ACÁCIA TEMPESTA, G. et al, *op. cit.*, p. 480.

hierarquia racial”²⁰⁸. Para tanto, o dispositivo de racialidade, segundo Sueli Carneiro, é central para a compreensão dessa dinâmica.

2.2.1

O dispositivo de racialidade na assistência ao parto: a humanização que desumaniza mulheres negras

A intelectual Sueli Carneiro se vale da noção foucaultiana de dispositivo, enquanto “dispositivo de poder, que opera em um determinado campo e se desvela pela articulação que se engendra a partir de uma multiplicidade de elementos e pela relação de poder que entre eles se estabelece”²⁰⁹. Para a autora, o que mais interessa nessa noção é a maneira como o dispositivo “instaura uma divisão que tem efeitos ontológicos, constituindo sujeitos a partir da enunciação sobre o Outro”²¹⁰ e destaca que há um “não dito na formulação de Foucault”²¹¹: a maneira como a racialidade produz uma dualidade que hierarquiza a partir da cor da pele. Assim, o racismo funciona como “dispositivo de poder de sociedades multirraciais de passado escravocrata”²¹². Ao pensar sobre assistência obstétrica, é fundamental considerar que “o racismo e suas manifestações (des)organizam as trajetórias reprodutivas das mulheres pretas e pardas (...), contribuindo para desfechos negativos à saúde sexual e reprodutiva”²¹³.

A pesquisa Nacer no Brasil, realizada entre 2011 e 2012, comprova as hierarquias reprodutivas em função da raça: 45% das gestantes atendidas no SUS são vítimas de maus tratos e destaca que mulheres pretas e pardas, de baixa classe social e escolaridade estão mais expostas a procedimentos insatisfatórios na assistência ao parto, em que pese o fato de que todas as mulheres brasileiras, mesmo as com alto poder aquisitivo, estejam vulneráveis à violência obstétrica²¹⁴. Outro artigo originado da pesquisa Nacer no Brasil revela que as mulheres pretas e pardas possuem maior risco de acessar um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, além de mais chances de passar pelo parto sozinha e peregrinar em busca de leito. Também, são as que mais sofrem com o menor acesso à anestesia e maior ocorrência de episiotomia, além de receberem menos informações no pré-natal²¹⁵. A mesma pesquisa evidencia que as mulheres pretas e pardas, quando

²⁰⁸ ACÁCIA TEMPESTA, G. et al. Ventres livres? Pensando sobre cesariana, violência obstétrica e histerectomia no horizonte da justiça reprodutiva. *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares*, v. 24, n. 3, 10 fev. 2023. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/73136>>. Acesso em 25 fev. 2024. p. 474.

²⁰⁹ CARNEIRO, Sueli. *Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Rio de Janeiro: Zahar, 2023, p. 27.

²¹⁰ CARNEIRO, Sueli, ibidem, p. 28.

²¹¹ CARNEIRO, Sueli, ibidem, p. 31.

²¹² CARNEIRO, Sueli, ibidem, p. 58.

²¹³ GÓES, E. F.; FERREIRA, A. J. F.; RAMOS, D. Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 9, p. 2501–2510, set. 2023. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023000902501&tlng=pt>. Acesso em 26 fev. 2024. p. 2509.

²¹⁴ PESQUISA NASCER NO BRASIL. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 30, supl. 1. Rio de Janeiro, 2014. p.7. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/sumario_executivo_nacer_no_brasil.pdf>.

²¹⁵ LEAL, MC et. al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde pública*, v. 33, n. 13, p. 1-17, 2017. Disponível em: <[A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil](#)>.

comparadas às mulheres brancas, recebem uma assistência de pior qualidade, tendo maiores índices de mortalidade materna e estão mais expostas à depressão pós-parto e desfechos negativos para o recém-nascido²¹⁶.

Os dados preliminares da pesquisa Nascer no Brasil II, com dados mais atualizados, indicam que, na última década, essa realidade não mudou. Quanto à razão de mortalidade materna, a pesquisa demonstra que, no período entre 2015 e 2022, as mulheres brasileiras pretas tiveram duas vezes mais risco de morrer em comparação com as brancas, sendo que 60% dos óbitos maternos se deram por causas evitáveis, sobretudo por transtornos hipertensivos, causa pela qual o risco de morrer da mulher preta corresponde à proporção de três óbitos registrados para cada óbito entre as brancas. Destaca-se que a ocorrência desses óbitos se relaciona ao acesso e da qualidade da assistência ao pré-natal e parto, sendo resultado de uma cadeia de intervenções, omissões e tratamentos incorretos. Portanto, a mortalidade aumentada entre mulheres pretas está diretamente relacionada à desigualdade no acesso à saúde. O estudo também sublinha que, além da população de mulheres negras concentrar historicamente maiores índices de mortalidade materna, também têm maior prevalência de gestação na adolescência e internação por abortos²¹⁷.

Em relação aos antecedentes obstétricos, a Nascer no Brasil II pontua que as mulheres pretas concentram maior frequência de hipertensão crônica e história de pré-eclâmpsia. Também são as gestantes com mais baixa escolaridade, ausência de trabalho remunerado e solidão conjugal, marcadores relacionados a desfechos negativos na pesquisa. As mulheres pretas e pardas possuem os maiores percentuais de *near-miss* materno, morbidade materna grave, prematuridade e natimortalidade quando comparadas às mulheres brancas. Tais condições estatisticamente têm relação com início tardio do pré-natal. O que faz sentido, considerando que a pesquisa aponta que as mulheres pretas têm o menor percentual de início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação e têm menor número de consultas em comparação com gestantes brancas. Assim, a pesquisa exprime que as desigualdades raciais na assistência obstétrica se estendem ao longo de todo o período gravídico-puerperal, de modo que, além de um pré-natal com menos consultas e exames, as mulheres pretas e pardas vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, de modo que peregrinam mais por leitos para parir²¹⁸.

Fica evidente que “a experiência de engravidar e parir tem sido uma prática de risco para adolescentes, mulheres e pessoas negras que gestam”²¹⁹. A assistência obstétrica opera segundo a subcategorização de corpos negros, criando um “abismo que separa as mulheres negras da posição que, embora ainda precária em muitos

²¹⁶ LEAL, MC et. al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde pública*, v. 33, n. 13, p. 1-17, 2017. Disponível em: <[A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil](#)>.

²¹⁷ Dados preliminares disponíveis no site da pesquisa: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil-2>.

²¹⁸ O relatório preliminar destaca que os números exatos ainda podem sofrer alterações até o final da consolidação dos dados.

²¹⁹ XAVIER, L.; MANSO, L. Morte materna é a mais cruel expressão do racismo no Brasil. *Criola*, 2022. Disponível em: <[Artigo: Morte materna é a mais cruel expressão do racismo no Brasil – Criola](#)>. Acesso em 25 fev. 2024.

sentidos, já foi alcançada pelas mulheres brancas de classe média”²²⁰. O dispositivo de racialidade é a chave de compreensão para esse abismo, pois desvela que o controle sobre a reprodução se manifesta de maneira diversa a partir da racialidade²²¹. Sueli mobiliza o conceito foucaultiano de biopoder, como o poder de “fazer viver e deixar morrer”, cuja função primordial deve ser promover a vida, para demonstrar que o racismo é o elemento no esquema da biopolítica que atribui o direito de matar, fazendo com que o poder venha tirar a vida²²². Segundo Sueli, “o biopoder aciona o dispositivo de racialidade para determinar quem deve morrer e quem deve viver”²²³. Compreende-se, então, que o biopoder aciona o dispositivo de racialidade para determinar quais gestantes devem morrer e quais devem viver, fazendo com que as gestantes negras sofram maiores riscos de mortalidade materna.

O agenciamento do biopoder sobre o parto não é equânime, mas responde a uma agenda racista de distribuição de saber-poder. Logo, não cabe falar em humanização do parto sem considerar a racialidade, pois essa pretensa neutralidade racial mascara a centralidade das experiências da branquitude na elaboração dos sentidos do que se considera humanizar. Segundo Sueli Carneiro, o dispositivo de racialidade elabora as múltiplas interdições das pessoas negras, que “são interditadas enquanto seres humanos e sujeitos morais, políticos e de direito”²²⁴. Este artifício do dispositivo de racialidade opera desqualificando a humanidade das mulheres negras, localizando-as na zona do não-ser da obstetrícia e também da humanização do parto. Pois, se a humanidade é “sinônimo de brancura”, tal como demarcado pelo dispositivo de racialidade²²⁵, resulta que a humanização tende a centrar seus sujeitos de referência nos corpos que correspondem ao que é humano, quais sejam: corpos brancos.

A teoria de Silvia Federici mobiliza a ideia de biopoder no seu sentido fundamental de promoção da vida, pois o cerne de seu argumento consiste na ideia de que o biopoder agencia a liberdade reprodutiva das mulheres para garantir a natalidade, ou seja, promove vida, em prol da produção de mais força de trabalho. Entretanto, as mulheres negras, com suas altas taxas de morbi-mortalidade materna e natimortalidade, experimentam o biopoder que tira a vida. O que, segundo Sueli Carneiro, ocorre em função do racismo, o qual “cumpr[e] o papel para fragmentar o campo biológico, do qual o poder tomou conta, para dividi-lo conforme “raças” e assim introduzir um corte entre quem deve viver e quem deve morrer”²²⁶. É nessa perspectiva que a autora inscreve “a negritude sob o signo da morte”, segundo as distinções entre o processo nascer-adoecer-morrer de negros e brancos na sociedade brasileira²²⁷. A racialidade é o que determina as “condicionantes diferentes quanto

²²⁰ BATISTA, L. E. et al. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 689–702, set. 2016. Disponível: <[uma proposta de intervenção Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais](#)>. Acesso em 25 fev. 2024. p. 697 e 698.

²²¹ CARNEIRO, Sueli. *Dispositivo de racialidade*: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. Rio de Janeiro: Zahar, 2023. p. 61.

²²² CARNEIRO, Sueli, *ibidem*, p. 63 e 64.

²²³ CARNEIRO, Sueli, *ibidem*, p. 65.

²²⁴ CARNEIRO, Sueli, *ibidem*, p. 14.

²²⁵ CARNEIRO, Sueli, *ibidem*, p. 31.

²²⁶ CARNEIRO, Sueli, *ibidem*, p. 63.

²²⁷ CARNEIRO, Sueli, *ibidem*, p. 64.

ao viver e ao morrer”²²⁸, e por todo o exposto, eu acrescento que é possível demarcar condicionantes diferentes quanto ao nascer entre negritude e branquitude no Brasil.

São essas condicionantes que inscrevem os ventres negros sob o signo da morte, submetendo-os a um outro tipo de controle biopolítico em relação aos ventres brancos. Por isso, sem considerar a racialidade como elemento central para construção da violência obstétrica, é impossível produzir uma crítica efetiva à apropriação reprodutiva. A plena compreensão da violência obstétrica só é viável em sua dimensão interseccional²²⁹, identificando o racismo obstétrico como seu sustentáculo institucional. A violência obstétrica, enquanto parte do modelo de assistência obstétrica moderna²³⁰, é mais uma ferramenta a serviço do embranquecimento enquanto “projeto estético e eugênico”, utilizada na “estratégia de eliminação do Outro indesejável”²³¹, como desenvolvo a seguir.

2.2.2

O controle da “fábrica de produzir marginais”: genocídio e política de branqueamento engendrados no não-nascer

Com o fim do regime escravista, a população negra deixa de possuir valor econômico para a branquitude, o que causou a “mudança de definição ou do *status* conferido aos corpos das mulheres e aos frutos concebidos por eles”²³². Isso porque, embora se mantivesse a mesma perspectiva “da inferioridade racial e de gênero das mulheres negras”²³³, não havia mais interesse econômico na subsistência da população negra, pois as ideias eugenistas preconizavam a sua redução até a extinção em prol do desenvolvimento e supremacia da população branca²³⁴. Abdias do Nascimento explica as políticas racistas voltadas à “obliteração dos negros como entidade física e cultural”²³⁵, na intenção de garantir o triunfo do embranquecimento do povo brasileiro. Essa política de branqueamento se deu por políticas demográficas de branqueamento populacional, com o estímulo da migração de trabalhadores brancos para o Brasil, mas, demonstrado seu risco de falha, deu-se início a uma “eugenia negativa”, a qual diz respeito a um “conjunto de ações tanto biológicas, quanto materiais e simbólicas que permitiriam a

²²⁸ CARNEIRO, Sueli. *Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Rio de Janeiro: Zahar, 2023. p. 66.

²²⁹ VAN DER WAAL, R. et al. Obstetric Violence: An Intersectional Refraction through Abolition Feminism. *Feminist Anthropology*, v. 4, n. 1, p. 91–114, maio 2023. Disponível em: <<https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/fea2.12097>>. Acesso em: 26 fev. 2024. p. 3.

²³⁰ CHADWICK, R.; JACE MAVUSO, J. M.-J. On reproductive violence: Framing notes. *Agenda*, v. 35, n. 3, p. 1–11, 3 jul. 2021. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10130950.2021.1987074>>. Acesso em: 26 fev. 2024. p. 8.

²³¹ CARNEIRO, Sueli, op. cit., p. 65.

²³² WERNECK, Jurema. Ou belo ou o puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias. In: *Sob o Signo das Bio - Vozes Críticas da Sociedade Civil*. Rio de Janeiro: E-papers, 2004. p. 2.

²³³ WERNECK, Jurema, ibidem, p. 2.

²³⁴ WERNECK, Jurema, ibidem, p. 3.

²³⁵ NASCIMENTO, Abdias do. *O Genocídio do Negro Brasileiro: processo de um racismo mascarado*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1978. p. 136.

eliminação daqueles indivíduos e grupos considerados inferiores”²³⁶.

É a eugenia que se efetiva através da aniquilação e do genocídio do povo negro brasileiro. Neste aspecto, os métodos de controle de fecundidade são um instrumento nas mãos de racistas eugenistas, por meio de controle compulsório de fertilidade e esterilização forçada de mulheres negras, sendo que esses métodos foram celebrados pelo feminismo branco enquanto “revolução sexual”²³⁷. Do mesmo modo, a percepção essencialista da humanização do parto pelo feminismo branco de classe média, sem atinar à interseccionalidade, pode legitimar um discurso de desassistência às mulheres negras, que já são deixadas à própria sorte sob a égide da assistência menos interventiva. Quando os métodos de controle de fecundidade e esterilização falham, o projeto eugênico busca eliminar os indesejáveis com formas de impedir seu nascimento. Não por acaso, em 2007, Sérgio Cabral, então governador do estado do Rio de Janeiro, defendeu o aborto como política de controle da violência, associando moradores da periferia ao crime e argumentando que o aborto naquelas localidades seria positivo pois se tratam de “fábricas de produzir marginais”²³⁸.

É aqui, no controle da “fábrica de produzir marginais”, incumbindo-se do não-nascer dos indesejáveis, que a violência obstétrica está a serviço da política de branqueamento da população brasileira, fazendo-se assim instrumento de genocídio do povo negro, uma vez que as mães e os bebês negros são aqueles que estatisticamente mais morrem neste modelo de assistência obstétrica. A este respeito, é salutar considerar que não se trata de uma exceção, mas constitui a lógica segundo a qual o saber obstétrico se desenvolveu, pois há um vínculo de continuidade entre o colonialismo e os métodos modernos de apropriação reprodutiva das mulheres negras. Nessa dinâmica de biopolítica, não cabe ponderar sobre assistência obstétrica no campo das escolhas individuais, pois não se trata somente de violação de autonomia corporal, mas de uma lógica de funcionamento “em relação à racialidade negra que enreda essas mulheres num círculo vicioso de violação sistemática de seus direitos reprodutivos”²³⁹. Portanto, é preciso alargar o horizonte político-epistemológico dessa discussão.

2.2.3

A memória de Alynne e o que mulheres negras querem justiça reprodutiva

Ao analisar em retrospecto a história de Alynne Pimentel, é possível observar que ela foi vítima de muitos fatos que hoje são identificados como violência obstétrica, tais como negligência, cuidado indigno, abandono e recusa de assistência. No entanto, estes não foram atos passíveis de individualização em um único agente, isto é, não foram atos promovidos por um profissional de saúde que se apropriou de seus processos reprodutivos. Antes, toda uma infraestrutura e uma

²³⁶ WERNECK, Jurema. Ou belo ou o puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias. In: Sob o Signo das Bio - Vozes Críticas da Sociedade Civil. Rio de Janeiro: E-papers, 2004. p. 6.

²³⁷ WERNECK, Jurema, op. cit., p. 7.

²³⁸ FREIRE, Aluizio. Cabral defende aborto contra violência no Rio de Janeiro. *GI*, Rio de Janeiro, 24 out. 2007. Disponível: <[G1 > Política - NOTÍCIAS - Cabral defende aborto contra violência no Rio de Janeiro](#)>. Acesso em 27 fev. 2024.

²³⁹ CARNEIRO, Sueli. *Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Rio de Janeiro: Zahar, 2023. p. 71.

lógica de assistência foram as causas do desfecho sofrido por Alyne e sua filha. Portanto, o conceito usualmente atribuído à violência obstétrica não dá conta do que Alyne experimentou. Por outro lado, Alyne e sua filha personificam os dados trágicos de mortalidade materna e natimortalidade em gestações de mulheres negras, pois estavam inscritas entre aquelas que deveriam morrer, segundo o dispositivo de racialidade acionado pelo biopoder. Não foi a autonomia reprodutiva de Alyne a ser usurpada, mas sua vida. Alyne não foi impedida de escolher sobre seu parto, Alyne foi impedida de continuar vivendo. E sua história nos convoca a pensar em outras categorias epistêmicas sobre parto e nascimento.

O caminho para essa construção está em deslocar o debate da esfera da autonomia individual para a noção de justiça reprodutiva: conceito elaborado por feministas negras para pontuar que as realidades desiguais entre as mulheres provocam desigualdade na fruição dos seus direitos reprodutivos²⁴⁰. O que se apresenta é que, para as mulheres negras, as demandas reprodutivas não se concentram na liberdade de não ter filhos, mas incluem também a possibilidade de escolher quando e como ter filhos, além de poder criá-los²⁴¹. Ou seja, a justiça reprodutiva traz o paradigma da maternidade digna para as mulheres negras, as quais historicamente enfrentam impedimentos ao seu maternar, como vimos no primeiro capítulo. Trata-se de

Um enquadramento epistemológico e um movimento político que se apoia nas abordagens interseccional e decolonial e nas contribuições do feminismo negro para evidenciar as disparidades nas experiências reprodutivas e sublinhar a necessidade de aliar a luta dos direitos sexuais e reprodutivos à luta mais ampla por justiça social²⁴².

A justiça reprodutiva parte da premissa de que “as mulheres pretas e pardas não conseguem realizar a escolha plena de uma maternidade sem opressão, hierarquias e violências, ver filhas/os crescerem com saúde e bem viver”²⁴³. Significa reconhecer que, embora a defesa de direitos sexuais e reprodutivos seja crucial, este léxico pode não ser suficiente para promover mudanças substantivas nos campos discursos normativos em perspectiva interseccional, tendo em vista que a retórica dos direitos humanos tende a ser modulada em uma perspectiva liberal segundo a branquitude²⁴⁴. Trazer a justiça reprodutiva para o debate significa

²⁴⁰ ROSS, Loretta. “What is Reproductive Justice?”. 2017. Disponível em: <https://www.law.berkeley.edu/php-programs/courses/fileDL.php?fID=4051>. Acesso em: 20 fev. 2024.

²⁴¹ ROSS, Loretta. “What is Reproductive Justice?”. 2017. Disponível em: <https://www.law.berkeley.edu/php-programs/courses/fileDL.php?fID=4051>. Acesso em: 20 fev. 2024.

²⁴² ACÁCIA TEMPESTA, G. et al. Ventres livres? Pensando sobre cesariana, violência obstétrica e histerectomia no horizonte da justiça reprodutiva. *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares*, v. 24, n. 3, 10 fev. 2023. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/73136>>. Acesso em 25 fev. 2024. p. 482.

²⁴³ GÓES, E. F.; FERREIRA, A. J. F.; RAMOS, D. Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 9, p. 2501–2510, set. 2023. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023000902501&tlng=pt>. Acesso em 26 fev. 2024. p. 2509.

²⁴⁴ CHADWICK, R.; JACE MAVUSO, J. M.-J. On reproductive violence: Framing notes. *Agenda*, v. 35, n. 3, p. 1–11, 3 jul. 2021. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10130950.2021.1987074>>. Acesso em: 26 fev. 2024. p. 4.

considerar a complexidade das dinâmicas interseccionais de classe, raça e gênero²⁴⁵, de modo que se coloca “no centro dos debates sobre justiça social e democracia”²⁴⁶.

A justiça reprodutiva traz para reflexão “as experiências coletivas ou comunitárias, focalizando os impactos das políticas públicas ou sua ausência para uma comunidade, não apenas para os indivíduos isoladamente”²⁴⁷. Ao propor essa virada narrativa, possibilita pensar “as condições sociais estruturais em que as experiências pessoais são vivenciadas”²⁴⁸. Isto é, pensando em termos concretos, é a justiça reprodutiva a chave hermenêutica que nos permite refletir sobre o Caso Alyne em termos complexos e estruturais, percebendo como sua morte e de sua filha não decorrem de uma exceção ao acaso ou da liberalidade de um profissional, e sim de um construto histórico que subjuga mulheres negras. Ao possibilitar tal deslocamento epistemológico, “o referencial da justiça reprodutiva nos convida a revisar os pressupostos liberais dos direitos reprodutivos”, pois os conjuga à saúde reprodutiva, a fim de formular “direitos reprodutivos substantivos”²⁴⁹.

Para complexificar o conceito de violência obstétrica de modo responsivo ao papel do dispositivo de racialidade na biopolítica da assistência ao parto, é preciso trazê-lo para o panorama da justiça reprodutiva. É imprescindível “avançar na agenda da saúde sexual e reprodutiva numa perspectiva interseccional, pela justiça reprodutiva, para superar o racismo obstétrico e tudo que ele promove”²⁵⁰. Uma referência para avançar nessa agenda no âmbito jurídico está nos instrumentos normativos e decisões de cortes internacionais de direitos humanos. A própria decisão do Caso Alyne no Comitê CEDAW é exemplo disso, uma vez que, embora não se utilize do termo da justiça reprodutiva, constrói uma perspectiva hermenêutica equivalente, no sentido de um olhar interseccional para os direitos reprodutivos. A análise de outras decisões em sentido semelhante evidencia o potencial da incidência jurídica que se desloca do paradigma da liberdade reprodutiva para uma ênfase na justiça reprodutiva²⁵¹.

²⁴⁵ FONSECA, C.; SCALCO, L. Maternidades interditadas: A (in)justiça reprodutiva em circunstâncias de radical desigualdade. *Revista del Museo de Antropología*, p. 317–326, 31 ago. 2023. Disponível em: <[Maternidades prohibidas: La \(in\)justicia reproductiva en circunstancias de desigualdad radical | Revista del Museo de Antropología](#)>. Acesso em 26 fev. 2024. p. 318.

²⁴⁶ LOUZADA, G. R. R.; BRITO, L. S. Justiça reprodutiva e democracia: reflexões sobre as estratégias antigênero no Brasil. *Revista Em Pauta*, v. 20, n. 50, 29 jun. 2022. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/68516>>. Acesso em 25 fev. 2024. p. 140.

²⁴⁷ ACÁCIA TEMPESTA, G. et al. Ventres livres? Pensando sobre cesariana, violência obstétrica e histerectomia no horizonte da justiça reprodutiva. *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares*, v. 24, n. 3, 10 fev. 2023. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/73136>>. Acesso em 25 fev. 2024. p. 482.

²⁴⁸ ACÁCIA TEMPESTA, G. et al, op. cit., p. 483.

²⁴⁹ ACÁCIA TEMPESTA, G. et al, op. cit., p. 482 e 483.

²⁵⁰ GÓES, E. F.; FERREIRA, A. J. F.; RAMOS, D. Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 9, p. 2501–2510, set. 2023. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023000902501&tlng=pt>. Acesso em 26 fev. 2024. p. 2509.

²⁵¹ COOK, R. J.; DICKENS, B. M. From reproductive choice to reproductive justice. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 106, n. 2, p. 106–109, ago. 2009. Disponível em: <[From reproductive choice to reproductive justice - Cook - 2009 - International Journal of Gynecology & Obstetrics - Wiley Online Library](#)>. Acesso em 25 fev. 2024. p. 106.

2.3

Instrumentos jurídicos sobre violência obstétrica na perspectiva crítica da justiça reprodutiva

Elaborar a violência obstétrica na perspectiva crítica da justiça reprodutiva implica em reconhecê-la como violação aos direitos humanos, demovendo o tema do âmbito do direito privado e dos direitos da personalidade. Nestes termos, não cabe confundir violência obstétrica com erro médico, pois este instituto está subordinado ao direito privado e se vincula a um ato médico (praticado com imprudência, negligência ou alguma imperícia), enquanto a violência obstétrica não está necessariamente relacionada ao ato de um indivíduo, mas às dimensões estruturais da assistência obstétrica, o que permite a crítica da infraestrutura, protocolos profissionais, dentre outros aspectos. É possível que, em um mesmo caso, a violência obstétrica e o erro médico estejam associados a um mesmo desfecho negativo, entretanto, não são necessariamente inerentes. No Caso Alyne, há presença de erro médico, à medida que existe o elemento do tratamento negligente, mas há também o fator estrutural da violência obstétrica. Neste último aspecto, trata-se de violação de direitos humanos. No presente tópico, eu me proponho a verificar alguns diplomas jurídicos que remetem à justiça reprodutiva e exemplos de normas referentes à violência obstétrica.

2.3.1

Tratados e convenções internacionais de direitos humanos das mulheres

No âmbito dos direitos humanos das mulheres, destaca-se a Convenção Internacional Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (1979), por meio da qual os Estados-Partes se obrigam a tomar todas as medidas necessárias ao combate à discriminação contra a mulher, em todos as esferas. O Comitê CEDAW monitora o cumprimento da Convenção e, nesta competência, emite recomendações aos Estados. Dentre estas, cumpre sublinhar a Recomendação Geral nº 24, que preconiza que negligenciar o acesso a serviços de saúde específicos para as mulheres é uma forma de discriminação. Para a temática da violência obstétrica, a Recomendação Geral nº 35 também é relevante, pois responsabiliza os Estados-Partes no combate à violência de gênero contra as mulheres.

Em 1994, foi realizada a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo²⁵², em que a saúde reprodutiva foi reconhecida como direito humano e elemento fundamental da igualdade de gênero. Na ocasião, a comunidade internacional pactuou metas de redução de mortalidade materna e de acesso a serviços de saúde reprodutiva. Torna-se assim um importante instrumento de responsabilização dos Estados pelos direitos reprodutivos em uma perspectiva coletiva, pois posiciona a saúde reprodutiva enquanto um direito social oponível, capaz de gerar obrigações aos países. Em 1995, ocorreu a 4ª Conferência Mundial sobre as Mulheres, em Pequim, quando os direitos reprodutivos foram

²⁵² ONU (Organização das Nações Unidas). Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo; 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em 25 fev. 2024.

reafirmados em seus aspectos de direitos sociais. Também em 1995, o Brasil ratificou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção Belém do Pará), que reconhece a violência contra a mulher como grave violação aos direitos humanos e impõe aos signatários o dever de assegurar às mulheres uma vida livre de violências. Tais documentos internacionais são importantes instrumentos normativos para pleitear juridicamente o acesso à justiça reprodutiva.

2.3.2

Decisões internacionais sobre violência obstétrica

Mais recentemente, com a introdução do termo violência obstétrica ao léxico jurídico, foram prolatadas algumas decisões aplicando as normas citadas acima a partir desse conceito. A primeira foi em 2020, no Comitê CEDAW, no caso *S. F. M. vs. Espanha*²⁵³. A autora relata que, em setembro de 2009, foi a um hospital público com contrações, apenas para receber orientações, pois ainda não estava em trabalho de parto ativo. Entretanto, foi submetida a uma série de intervenções desnecessárias: foram 10 exames de toque, indução artificial do parto com ocitocina, sem indicação clínica para tanto, e episiotomia. O desfecho foi que a autora e sua filha recém-nascida tiveram um quadro de infecção, muito provavelmente decorrente dos exames de toque. A autora levou o caso à justiça espanhola, cuja decisão asseverou que cabia ao médico as decisões clínicas, além de que a autora não teria condições de manifestar consentimento durante o trabalho de parto. Tendo esgotado as instâncias domésticas, o caso foi levado ao Comitê CEDAW.

As alegações remeteram à violação ao direito de acesso a serviços de saúde livres de violência e discriminação, além da violação à sua autonomia e dos danos físicos e psicológicos experimentados. O Comitê acolheu as alegações da autora e, pela primeira vez, adotou a terminologia “violência obstétrica” para caracterizar um caso. Sobre o termo, o Comitê CEDAW definiu como a violência experimentada por mulheres no parto, incluindo condições para o parto, limites de recursos e dinâmicas de poder na relação médico-paciente, que são afetadas por hierarquias de gênero. Além disso, foi ressaltado o teor do julgamento espanhol sobre o tema, com ênfase nos estereótipos de gênero acarretados, sendo dever do Estado-Parte eliminar estas formas de discriminação no acesso à justiça. As recomendações do Comitê incluíram: a garantia de serviços obstétricos apropriados, em observância à Recomendação Geral nº 24; a produção de pesquisas sobre violência obstétrica para basear políticas públicas locais sobre o tema e o estabelecimento de medidas judiciais apropriadas para casos de violência obstétrica.

Foi uma decisão inovadora no âmbito do CEDAW, e definitivamente relevante para a incidência jurídica no tema. Contudo, nota-se que o conceito mobilizado opera no escopo da autonomia individual, em que pese a previsão do dever estatal em garantir as condições para usufruto desses direitos. É importante observar como o tema seguirá se desenvolvendo no Comitê, sobretudo considerando o pioneirismo da análise interseccional do Caso Alyne Pimentel na

²⁵³ CEDAW. *Communication No. 138/2018*. New York: CEDAW, 2020. Disponível em: <<https://atlas-of-torture.org/en/entity/5wbyuwj5ith?page=2>>. Acesso em: 27 fev. 2024.

mesma instância julgadora. Uma observação a este respeito é que tanto o olhar interseccional no Caso Alyne quanto a nomeação da violência obstétrica neste caso foram inicialmente provocadas pelas partes reclamantes, não partiram do próprio Comitê. Em ambos os casos, as análises se construíram a partir de aportes teóricos propostos pelas reclamantes, daí a importância de tencionarmos na própria academia viradas político-epistemológicas sobre o tema, pois paulatinamente os conceitos são ampliados a partir de incidência estratégica até que cheguem à juridicidade.

Outra decisão inovadora sobre violência obstétrica se deu no âmbito da Corte Interamericana de Direitos Humanos - Corte IDH, no Caso Brítez Arce e Outros vs. Argentina. Brítez Arce foi uma mulher de origem paraguaia, de 38 anos, que estava com mais de 40 semanas de gestação no momento de seu falecimento. Ao longo de toda a gestação, ela buscou atendimento médico no sistema de saúde argentino, devido a alguns fatores de risco gestacional, como hipertensão, mas não foi atendida como paciente de alto risco. Em junho de 1992, Brítez procurou um hospital público com quadro de dores lombares, febre e perda de líquido. Após ecografia, foi identificada a morte fetal, de modo que ela foi encaminhada para indução de parto, tempo em que ela aguardou em uma cadeira. Menos de uma hora após o fim do trabalho de parto, Brítez faleceu em decorrência de uma parada cardiorrespiratória não traumática. Posteriormente, foram instaurados três processos penais e um civil, e todos foram julgados improcedentes.

Em novembro de 2022, a Corte IDH julgou o caso e reiterou que a violência obstétrica “abrange todas as situações de tratamento desrespeitoso, abusivo, negligente ou negação de tratamento, durante a gravidez ou na fase anterior, e durante o parto ou puerpério, em centros de saúde públicos ou privados”. Portanto, a Corte considerou a Argentina responsável pelas violações dos direitos à vida, à integridade pessoal e à saúde de Brítez Arce, nos termos da Convenção. O Estado Argentino foi condenado a indenizar a família de Brítez, bem como a adotar medidas educativas e de conscientização sobre direitos maternos e violência obstétrica. À primeira vista, parece que a Corte IDH maneja o conceito de violência obstétrica em uma perspectiva mais sistêmica do que o Comitê CEDAW. A impressão que fica é que essa análise mais arrojada é possibilitada porque o é um conceito que nasce no contexto latino-americano e é mobilizado aqui há mais tempo, tanto que há alguns anos a própria Argentina possui uma lei de âmbito nacional tratando sobre violência obstétrica, como se vê a seguir.

2.3.3

Leis latino-americanas de humanização do parto e violência obstétrica

A Argentina trata sobre o tema em duas legislações distintas. A *Ley* 26485/2009²⁵⁴ prevê a proteção integral para prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos de suas relações interpessoais. No artigo 6º, são elencadas as modalidades e formas em que se manifestam os diversos tipos de

²⁵⁴ ARGENTINA. *Lei n° 26.485, de 11 de março de 2009*. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ambitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Buenos Aires, [2009]. Disponível em: <<http://www.refworld.org/docid/4a016dd62.html>>. Acesso em: 27 fev. 2024.

violência de gênero. Na alínea “e”, está prevista a violência obstétrica como aquela exercida pelo profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, que se manifesta por meio de cuidado desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais do parto, nos termos da *Ley 25929/2004*²⁵⁵, que trata da humanização do parto. Nela, estão previstos uma série de direitos da gestante, parturiente e puérpera, tais como: direito à informação e à autonomia; a ser tratada com respeito; a ser protagonista do seu parto; ao parto natural, respeitoso e evitando práticas invasivas; direito à presença de acompanhante, dentre outros. Há uma prevalência da perspectiva da liberdade reprodutiva na previsão da violência obstétrica, conceituando-a como apropriação do corpo e dos processos reprodutivos, enquanto sinônimo de medicalização e patologização.

A previsão jurídica argentina da humanização está em oposição à medicalização e opera na dualidade entre parto cesáreo e parto natural, em que este é o modelo ideal de parto. A lei não prevê qualquer complexificação destes conceitos, o que incorre nas críticas elaboradas anteriormente. A Venezuela também tratou da violência obstétrica em sua *Ley 38668/2007*²⁵⁶, que trata do direito das mulheres a uma vida livre de violência. No artigo 15, há a previsão da violência obstétrica nos mesmos termos da lei argentina, com o acréscimo de que prevê que a violência obstétrica provoca a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. As mesmas críticas referentes à lei argentina são pertinentes aqui. Como o Brasil não possui lei federal tratando do tema, embora haja diversos projetos de lei protocolados, cabe acompanhar atentamente para que a mesma tendência não se replique aqui, sob o risco de reproduzir os paradigmas apontados no tópico 2.2. No próximo capítulo, eu me proponho a um experimento de reescrita feminista interseccional de uma das decisões judiciais de mérito do Caso Alyne Pimentel, na expectativa de tensionar os limites do nosso próprio ordenamento jurídico para tratar do tema.

²⁵⁵ ARGENTINA. *Lei n° 25.929, de 25 de agosto de 2004*. Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida, [2004]. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4975278/mod_resource/content/1/Ley%2025.929-2004%20-%20Lei%20do%20Parto%20Humanizado%20-%20Argentina.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2024.

²⁵⁶ VENEZUELA. *Lei n° 38.668, de 23 de abril de 2007*. Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela, [2007]. Disponível em: <<http://www.derechos.org/ve/pw/wpcontent/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-VidaLibre-de-Violencia.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2024.

3

Experimento de reescrita feminista interseccional de decisão judicial do Caso Alyne Pimentel

O experimento ao qual me proponho neste capítulo tem por objetivo reescrever a decisão judicial de fls. 961-965, proferida em sede de apelação cível, no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, no processo judicial referente ao Caso Alyne Pimentel. Conforme detalhado no primeiro capítulo, após muitos anos de tramitação, foi prolatada decisão de mérito julgando parcialmente procedentes os pedidos apresentados na petição inicial. Àquela altura, já havia transcorrido o prazo prescricional dos pedidos elaborados pelo viúvo de Alyne, restando para o julgamento de mérito apenas os pedidos de sua filha. As controvérsias jurídicas se referiam à hipótese de responsabilidade solidária entre os entes federativos, a legitimidade passiva das partes rés, sobretudo no que diz respeito à responsabilidade do Município de Belford Roxo e do Estado do Rio de Janeiro pelo serviço prestado por unidade de saúde privada (ainda que conveniada ao SUS), bem como a determinação do valor razoável para a indenização.

No primeiro capítulo, eu ressaltei como a desembargadora que julgou a apelação decidiu reduzir o valor indenizatório, sob o argumento de que o valor deve ser meramente simbólico. Tanto que eu indaguei qual seria o valor simbólico da vida de Alyne. Entretanto, esta não é a única razão de estranhamento a me mobilizar diante desta decisão. Pois, a decisão em momento algum sensibiliza qualquer reflexão acerca dos direitos humanos de Alyne violados na ocasião. Antes, limita-se ao léxico do erro médico, concepção que abordei no capítulo anterior, partindo da premissa de que em casos de violação estrutural de direitos, como o de Alyne, o erro médico não compreende toda a complexidade dos fatos. Alyne não sofreu apenas negligência médica a ser imputada a um único agente, ela foi vítima de uma cadeia de descasos na infraestrutura e no modelo de assistência obstétrica que deram, conjuntamente, causa à sua morte e de sua filha.

Diante de tantas lacunas, penso que a reescrita da decisão judicial em comento pode ser um experimento potente para tensionar as possibilidades de guinada epistêmica na direção da justiça reprodutiva dentro dos limites do nosso ordenamento jurídico. A ideia deste experimento veio por sugestão da banca de qualificação, e desenvolvi com apoio no material coordenado pela professora Fabiana Severi, com base no projeto “Reescrita de Decisões Judiciais em Perspectivas Feministas no Brasil”, que, por sua vez, inspirou-se em um conjunto de iniciativas desenvolvidas há mais de uma década em país estrangeiros, as quais são identificadas como “*Feminist Judgments Projects - FJPs*” (Projetos de Julgamentos Feministas), em que a proposta é mostrar como decisões judiciais podem ser reestruturadas a partir de uma metodologia jurídica feminista²⁵⁷, como explico abaixo.

²⁵⁷ SEVERI, Fabiana. Introdução. In: SEVERI, Fabiana (Org.). *Reescrevendo decisões judiciais em perspectivas feministas: a experiência brasileira*. Ribeirão Preto: IEA/FDRP-USP, 2023. p. 34.

3.1

A potência epistemológica da reescrita feminista de decisões judiciais

A experiência dos Projetos de Julgamentos Feministas foi concebida por acadêmicas, advogadas e ativistas feministas canadenses, com a intenção de mostrar que as decisões da Suprema Corte poderiam ter sido escritas de maneira diferente sem perder sua legitimidade e capacidade persuasiva. Essa ideia foi replicada em outros países, com características próprias e complexidades distintas²⁵⁸, mas mantendo o propósito de um trabalho colaborativo em rede, de modo a “favorecer o adensamento da produção de saberes críticos feministas sobre o direito e sobre a justiça”²⁵⁹. A proposta é desvelar “a fragilidade com que a noção de imparcialidade tem sido sustentada na maioria dos tribunais” e desconstruir a falácia de que a perspectiva parcial feminista sobre a realidade é incompatível com a prática judiciária²⁶⁰. A reescrita de sentença é uma prática que, ao mesmo tempo em que

Perturba as certezas jurídicas que sustentam as decisões originárias, ela também pode aumentar os compromissos éticos e políticos entre acadêmicas e profissionais do sistema de justiça ao sugerir outros modelos de decisões, que podem ser construídos por meio de um exercício de diálogo e de alteridade²⁶¹.

Quando eu reflito sobre a tarefa de construir uma resposta jurídica à violência obstétrica que dê conta da complexidade do problema, considerando uma elaboração interseccional e coletiva, isso me soa muito desafiador. E penso que muito do desafio vem dessas “certezas jurídicas que sustentam as decisões originárias”, da rigidez inerente à pretensa neutralidade do direito branco e patriarcal. Entretanto, se não queremos ter nossas pautas sequestradas por esse *modus operandi* jurídico sem deixar também de disputá-las nos espaços formais de poder, é preciso ousar provocar fissuras nessa rigidez, estar disposta a perturbar algumas certezas jurídicas. Essa possibilidade é o que me intriga nesse experimento. Não me proponho, então, a formular a melhor das decisões, pois pretendo apenas sugerir alguma fissura na rigidez jurídica, conjecturando novas possibilidades.

Fabiana Severi destaca que um dos grandes benefícios desse exercício é que os resultados podem funcionar como “um poderoso suporte para que juízas e juízes oficiais se comprometam a testar abordagens feministas e antirracistas na apreciação dos casos sob sua responsabilidade”²⁶², uma vez que a reescrita serviria como referencial de possibilidades. Outra razão para a reescrita feminista é a possibilidade de produzir impacto acadêmico com abordagens feministas e antirracistas na comunidade jurídica, algo que é fundamental, se desejamos romper com a lógica individualista e liberal dos direitos reprodutivos. Trata-se, enfim, de

²⁵⁸ SEVERI, Fabiana. Introdução. In: SEVERI, Fabiana (Org.). *Reescrevendo decisões judiciais em perspectivas feministas: a experiência brasileira*. Ribeirão Preto: IEA/FDRP-USP, 2023. p. 35 e 36.

²⁵⁹ SEVERI, Fabiana, *ibidem*, p. 39.

²⁶⁰ SEVERI, Fabiana, *ibidem*, p. 39.

²⁶¹ SEVERI, Fabiana, *ibidem*, p. 46.

²⁶² SEVERI, Fabiana, *ibidem*, p. 47.

uma forma de dar relevo e desafiar os “legados coloniais e as hierarquias por eles engendradas na produção do conhecimento acadêmico”²⁶³. Em se tratando da violência obstétrica, fenômeno intimamente vinculado aos legados coloniais e às hierarquias de gênero e raça, a reescrita de decisões judiciais tratando do tema se mostra um meio de deslocamento epistêmico imprescindível para reivindicar as narrativas jurídicas que se constroem.

Historicamente, os movimentos feministas e antirracistas estiveram aplicados na incidência sobre leis, o que contrasta com o propósito da reescrita feminista de decisões judiciais²⁶⁴. É de se esperar, então, que a maior preocupação dos movimentos de humanização do parto esteja centrada na criação de leis de combate à violência obstétrica. Isso se reflete no aumento recente do número de projetos de lei apresentados no Congresso Nacional visando à regulamentação do tema, justamente por pressão dos movimentos sociais interessados, embora até o momento não haja legislação federal discutindo o assunto. No entanto, eu entendo que não significa que o assunto esteja em um vácuo normativo, uma vez que a própria Constituição Federal prevê uma série de direitos aplicáveis: saúde, vida, dignidade, igualdade, princípio da não-discriminação, dentre outros. Nota-se, então, a urgência de se pensar, tanto quanto a norma em si, a forma como ela é aplicada. Nesse sentido, o projeto de reescrita de decisões judiciais visa refletir a implementação de conquistas legais progressistas que, quando feita por poderes autocráticos, produzem efeitos frustrantes²⁶⁵.

O que quero dizer é que não é suficiente reivindicar uma norma que formalize o direito a um atendimento obstétrico digno sem que haja uma reflexão crítica sobre a aplicação que o Poder Judiciário dará a essa norma. Isso porque, em teoria, os direitos previstos constitucionalmente seriam suficientes para garantir de modo indiscutível que a mulher deve receber assistência obstétrica segura, humanizada e com dignidade, mas as decisões judiciais determinam a articulação entre a norma e o fato concreto. Então, ainda que seja promulgada uma lei brasileira de humanização do parto, não haverá efeitos concretos no âmbito judicial se as decisões continuam centradas no laudo pericial e na noção de erro médico, pois o cerne da decisão ainda estará submetido à biopolítica do saber obstétrico. Pensar a política judiciária e o método jurídico relacionados à violência obstétrica é indispensável para reposicionar o debate da humanização do parto.

É preciso considerar o “Poder Judiciário como espaço de criação de direito”, o que desvela a importância da crítica feminista a essa atuação, ao que se propõe a reescrita feminista de decisões judiciais²⁶⁶. Isto é, uma vez que, atualmente, a principal fonte do tratamento jurídico da violência obstétrica está nas decisões judiciais, o exercício de reescrita feminista se mostra estratégico para provocar novos percursos teóricos para a garantia dos direitos das mulheres à maternidade digna. Assim, “os julgamentos feministas disputam as relações de poder no campo

²⁶³ SEVERI, Fabiana. A reescrita de decisões judiciais em perspectivas feministas no Brasil como política de tradução translocal. In: SEVERI, Fabiana (Org.). *Reescrevendo decisões judiciais em perspectivas feministas: a experiência brasileira*. Ribeirão Preto: IEA/FDRP-USP, 2023. p. 69.

²⁶⁴ SEVERI, Fabiana, *ibidem*, p. 89.

²⁶⁵ SEVERI, Fabiana, *ibidem*, p. 89.

²⁶⁶ PUSCHEL, Flavia P. Reescritas feministas brasileiras: desafios locais de tradução. In: SEVERI, Fabiana (Org.). *Reescrevendo decisões judiciais em perspectivas feministas: a experiência brasileira*. Ribeirão Preto: IEA/FDRP-USP, 2023. p. 115.

em que as mulheres têm sido estruturalmente excluídas”²⁶⁷, colocando-as na condição de sujeitos que dizem de si, anunciadoras dos próprios direitos, uma verdadeira virada de perspectiva de produção jurídica. Isso sem abandonar o compromisso com a lisura processual e a integridade jurídica, uma vez que “os julgamentos feministas dão provas de que uma abordagem feminista do direito é credível, imparcial, objetiva e ancora-se em métodos que podem gerar processos mais íntegros e justos”²⁶⁸.

Este esforço surge justamente do reconhecimento de que “as decisões judiciais constroem significados na vida das mulheres e impactam sua realidade”²⁶⁹. No Caso Alyne, embora a decisão judicial não fosse capaz de lhe restituir a vida, existe uma dimensão simbólica de valoração do custo da sua morte, de modo que a minoração dos danos experimentados por Alyne e as consequências para sua família implicam na repetição do estigma que a assistência obstétrica já havia lhe imposto: o de pessoa subcategorizada, cuja humanidade é menos digna. É preciso pensar o direito como um sustentáculo das instituições biopolíticas que produzem e reproduzem o racismo e a violência obstétrica, de maneira que se construa uma perspectiva crítica sobre a atuação judicial e legislativa sobre o tema. A reescrita feminista de decisões é um caminho para essa construção crítica, à medida em que utiliza “as teorias feministas para abrir novos caminhos de interpretação e aplicação do direito”²⁷⁰.

O feminismo é uma teoria enquanto lente para produzir conhecimento e interpretar determinados contextos ao mesmo tempo que se coloca como práxis política, caracterizando-se pela integração entre prática e teoria. Este aspecto prático do feminismo faz com que o movimento tenha interlocução com disputas jurídicas consideradas relevantes para as mulheres, o que resulta no surgimento das teorias feministas do direito, as quais convergem principalmente no questionamento da presunção de neutralidade de gênero do direito, que toma a forma da “pergunta pela mulher” (“*woman question*”). Isto é, questiona-se como um tratamento jurídico pretensamente neutro pode trazer justiça satisfatória às mulheres atravessadas pela diferença de gênero. Assim, o feminismo como método de análise jurídica desloca a percepção do direito como instituição neutra para compreendê-lo como parte do patriarcado enquanto estrutura²⁷¹.

Segundo Catharine Mackinnon, o direito está moldado à forma patriarcal de pensar o mundo, incorporando, sob o pretexto de neutralidade, o *modus operandi* da dominação masculina. Para a autora, é necessário estabelecer uma nova relação entre a vida e o direito, que seja capaz de produzir uma jurisprudência feminista, ou seja, que não institucionalize a dominação masculina. Para tanto, não cabe meramente enunciar normativamente a neutralidade ou a igualdade, é preciso

²⁶⁷ LAURIS, Élida. FARRANHA, Ana Cláudia. O que aprendemos com a reescrita das decisões? Da letra à práxis. In: SEVERI, Fabiana (Org.). *Reescrevendo decisões judiciais em perspectivas feministas: a experiência brasileira*. Ribeirão Preto: IEA/FDRP-USP, 2023. p. 152.

²⁶⁸ LAURIS, Élida. FARRANHA, Ana Cláudia. Ibidem, p. 153.

²⁶⁹ LAURIS, Élida. FARRANHA, Ana Cláudia. Ibidem, p. 158.

²⁷⁰ LAURIS, Élida. FARRANHA, Ana Cláudia. Ibidem, p. 161.

²⁷¹ FINEMAN, Martha Albertson. Symposium: feminist legal theory. *Journal of Gender, Social Policy & the Law*, Volume 13, Issue 1, 2005.

incorporar a realidade material das mulheres à forma de articular o direito²⁷². A reescrita feminista combina a prática jurídica à teoria feminista exatamente para incorporar a perspectiva de gênero às decisões que afetam as vidas de mulheres. É como se a reescrita se formasse como resposta às ausências detectadas ao se fazer “a pergunta pela mulher” às decisões judiciais reescritas.

Tal pergunta está no âmago dos métodos jurídicos feministas, articulados por Katharine Bartlett, a qual apresenta perguntas metodologicamente implicadas que objetivam evidenciar as ausências do ordenamento jurídico²⁷³, sendo a pergunta pela mulher um método primário de crítica feminista, que possibilita identificar os efeitos reais de regras e práticas que poderiam parecer neutros ou objetivos²⁷⁴. A partir da pergunta pela mulher, busca-se descobrir a desvantagem baseada no gênero²⁷⁵, o que faz da reescrita feminista um método politicamente implicado. Utilizando-se da metodologia jurídica feminista, a reescrita torna possível

Descolonizar as abordagens jurídicas na teoria e na prática, buscando, nas muitas histórias recontadas, buscando, nas muitas histórias recontadas, as referências de uma nova epistemologia que traduza significados sobre a experiência de viver subalternizado num país tão plural e desigual.

Para dar conta da descolonização das abordagens jurídicas, é preciso ir além da perspectiva de gênero, uma vez que as mulheres são afetadas por diversos marcadores sociais. Por isso, eu identifico que, no Caso Alyne, cabe a reescrita feminista interseccional, a partir do conceito de interseccionalidade entre eixos de subordinação, tal como desenvolvido por Kimberle Crenshaw, que enuncia a interseccionalidade enquanto

Uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras²⁷⁶.

De acordo com Crenshaw, os eixos de subordinação se atravessam mutuamente e formam uma “discriminação interativa”²⁷⁷, o que causa problemas e “vulnerabilidades exclusivos de subgrupos específicos de mulheres”²⁷⁸. No caso de Alyne, podemos observar os eixos raça e classe atrelados ao gênero engendrando uma discriminação interativa que submeteu Alyne a uma vulnerabilidade específica. A história de Alyne só teve o desfecho trágico já narrado neste trabalho porque ela era uma mulher negra, pobre, em uma periferia urbana e, portanto, estava exposta à precariedade destas condições. E, no entanto, nenhum destes fatores foi

²⁷² MACKINNON, Catharine. *Toward Feminist Jurisprudence*. In: *Toward a feminist theory of the state*. Boston: Harvard University Press, 1991.

²⁷³ BARTLETT, Katharine. “Métodos Juristas Feministas” in F. Morales & M. Fernandez (orgs.) *Métodos feministas en el derecho: aproximaciones críticas a la jurisprudencia peruana*. Lima: Palestra: 2012. p. 21.

²⁷⁴ BARTLETT, Katharine, *ibidem*, p. 32.

²⁷⁵ BARTLETT, Katharine, *ibidem*, p. 47.

²⁷⁶ CRENSHAW, Kimberle. “Documento para Encontro de Especialistas em Discriminação Racial Relativos ao Gênero”. *Estudos Feministas*. Ano 10. 1º semestre de 2002.

²⁷⁷ CRENSHAW, Kimberle, *ibidem*, p. 171.

²⁷⁸ CRENSHAW, Kimberle, *ibidem*, p. 173.

considerado na decisão da apelação cível sobre seu caso. Antes, a decisão está estruturada a partir de três elementos: a responsabilidade solidária dos entes federativos; a legitimidade passiva dos réus e a função simbólica da indenização por danos morais. Não há menção às vulnerabilidades experimentadas por Alyne evidenciadas na infraestrutura precária do serviço prestado, como eu explico mais detalhadamente no tópico seguinte.

3.2

A pergunta por Alyne na decisão da oitava câmara cível

Como introduzido anteriormente, a decisão judicial escolhida para ser reescrita foi prolatada em Apelação Cível, com voto relator da Desembargadora Norma Suely Fonseca Quintes da Oitava Câmara Cível do TJRJ. Tal decisão se deu em resposta aos recursos apresentados pela família de Alyne Pimentel, pelo Estado do Rio de Janeiro e pelo Município de Nova Iguaçu. Ou seja, a decisão julgou conjuntamente três recursos de polos opostos na ação. A família de Alyne apelou pleiteando a condenação solidária dos réus, enquanto o Estado do Rio de Janeiro e o Município de Nova Iguaçu pleitearam, respectivamente, a redução do valor da indenização e preliminares de nulidade de incompetência e nulidade da sentença. A desembargadora inicia seu voto com um resumo dos fatos processuais que levaram à apelação em julgamento. Em seguida, define que o recurso do Estado do Rio de Janeiro não deve ser conhecido por falta de interesse recursal na redução do valor da indenização, uma vez que a parte sequer havia sido condenada ao pagamento. Depois, a apelação apresentada pelo Município de Nova Iguaçu foi julgada improcedente, pois a desembargadora considerou que as preliminares alegadas não deveriam ser acolhidas.

Então, a decisão passou a tratar do mérito alegado pelos familiares de Alyne. A priori, a desembargadora pontua que o Poder Público possui responsabilidade objetiva quanto aos danos decorrentes de falha na prestação do serviço público. É apenas neste momento que a decisão menciona o que ocorreu a Alyne, porém, na perspectiva da perícia médica. A desembargadora replicou o laudo pericial e afirmou que os fatos poderiam ser evitados se os profissionais de saúde tivessem prestado atendimento mais diligente e cuidadoso. Assim, decidiu que havia o dever de indenizar pelos danos causados uma vez que a morte de Alyne decorreu de conduta negligente e imperita dos profissionais da saúde. Contudo, a desembargadora pontuou que o dano moral deve representar um valor simbólico, sem pretensão de pagar o dano, “não se justificando venha constituir estímulo à inobservância de dever de cuidado e cautela por parte do prestador de serviço e nem enriquecimento sem causa por parte do consumidor, com abusos e exageros”. A desembargadora fundamenta seu argumento em alguns precedentes do TJRJ referentes a casos de erro médico. Por fim, nega provimento ao recurso dos autores e, em Remessa Necessária, retifica o julgado para diminuir o valor de indenização.

A dignidade da Alyne não é mencionada na decisão, nem o sofrimento que ela e sua família experimentaram. Alyne aparece na decisão apenas na replicação do laudo pericial, sem qualquer menção direta aos seus direitos e sua própria vida. A pergunta por Alyne nesta decisão faz eco e não encontra resposta. Pois, a voz que se alia ao direito é a da instituição médica representada pelo exame pericial. Ou seja, a biopolítica do saber obstétrico é legitimada pelo direito e, mesmo no campo

jurídico, sustenta seu poder regulador sobre os processos de viver-morrer. O silêncio à pergunta por Alyne é em si uma resposta de que o direito precisa ser tensionado pois está construindo significados para as vidas das mulheres segundo noções objetificadoras de suas existências. Alyne não é um sujeito da decisão judicial, é apenas um objeto que foi alvo de análise do saber-poder médico. Ao me desafiar à reescrita da decisão, busco revisar estes pressupostos e inserir uma nova lente para análise do caso.

3.3

Proposta de reescrita da decisão da apelação cível do Caso Alyne

Trata-se de apelações interpostas por ADRIANO TEIXEIRA DA CONCEIÇÃO, ALICE DA SILVA PIMENTEL, ESTADO DO RIO DE JANEIRO e MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU contra sentença que reconheceu a prescrição do pedido formulado por ADRIANO TEIXEIRA DA CONCEIÇÃO, julgou improcedente o pedido formulado por ALICE DA SILVA PIMENTEL em face de ESTADO DO RIO DE JANEIRO e MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO e julgou procedente, em parte, o pedido formulado por ALICE DA SILVA PIMENTEL, condenado MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU ao pagamento de indenização por dano moral no valor de R\$406.800,00 e pensão mensal de um salário mínimo até que a beneficiária atinja a maioridade. Enquanto ADRIANO TEIXEIRA CONCEIÇÃO e ALICE DA SILVA PIMENTEL interpuseram apelação pretendendo a condenação solidária também de ESTADO DO RIO DE JANEIRO e de MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO, ESTADO DO RIO DE JANEIRO interpôs recurso adesivo objetivando a redução do quantum indenizatório e MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU interpôs recurso adesivo arguindo preliminares de incompetência da Justiça Estadual e de nulidade da sentença por error in procedendo e cerceamento de defesa.

Inicialmente, cumpre salientar que o pedido foi julgado improcedente em face de ESTADO DO RIO DE JANEIRO e de MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO. Inexistindo sucumbência, ESTADO DO RIO DE JANEIRO carece de interesse recursal de ver reduzida a verba indenizatória arbitrada pelo juízo a quo. Assim, não merece ser conhecido o recurso adesivo interposto por ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Por outro lado, as preliminares de incompetência da Justiça Estadual e de nulidade da sentença arguidas por MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU não merecem acolhida. Com efeito, o pedido indenizatório não exige a formação de litisconsórcio passivo necessário com a UNIÃO FEDERAL, nos termos do art. 114, do C.P.C., de molde a impor a remessa do feito à Justiça Federal. Além disso, não se vislumbra error in procedendo ou cerceamento de defesa a ensejar a invalidação do julgado. A rigor, MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU foi incluído no polo passivo da relação processual em função de requerimento formulado por MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO em sua contestação.

Aliás, a decisão que deferiu a inclusão do apelante no polo passivo não foi alvo de recurso por parte do apelante, tendo precluído a possibilidade de impugnação. Além disso, a ele foi dada oportunidade para requerer as provas que entendia necessárias e se manifestar a respeito da prova pericial produzida, inexistindo qualquer impugnação a respeito. Na verdade, o recorrente não apontou qualquer prejuízo ao exercício do contraditório e da ampla defesa, merecendo

aplicação do princípio "*pas de nullite sans grief*", que significa que a alegação de nulidade depende da demonstração de prejuízo experimentado pela parte. Assim, a desobediência a qualquer formalidade exigida por lei conduzirá à invalidade somente quando a finalidade do ato não for atingida e houver prejuízo, o que não ocorreu, na espécie, uma vez que a parte deixou de aproveitar as oportunidades que recebeu para sua defesa. Por não haver prova de prejuízo, não merece acolhida, portanto, o recurso adesivo interposto por MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU.

No mérito, assiste razão aos apelantes ADRIANO TEIXEIRA CONCEICÃO e ALICE DA SILVA PIMENTEL. Como se sabe, o Poder Público possui responsabilidade objetiva quanto aos danos decorrentes de falha na prestação do serviço público, na forma do art. 37, § 6º, da Constituição da República. E para que se configure a responsabilização do Estado, basta a ocorrência de três pressupostos, a saber, o fato administrativo, o dano e o nexo causal, sendo despidienciada qualquer consideração sobre dolo ou culpa do agente. No caso concreto, ALYNE DA SILVA TEIXEIRA, esposa/genitora dos autores, estava grávida de 27 semanas quando deu entrada na Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo em 13/11/2002, com dor abdominal e vômitos.

Realizada ultrassonografia, foi diagnosticada a morte do feto e realizado parto induzido e curetagem uterina. A vítima persistiu com dor abdominal e passou a apresentar quadro grave de hemorragia, o que exigiu sua transferência para hospital com Unidade de Terapia Intensiva, razão pela qual foi transferida para o Hospital Geral de Nova Iguaçu, por volta das 21h do dia 15/11/2002, vindo a óbito às 19h do dia 16/11/2002. Analisando a documentação médica, a perita do juízo asseverou que o fato poderia ter sido evitado se os profissionais de saúde tivessem prestado atendimento mais diligente e cuidadoso. Confira-se:

Há de se ressaltar, que embora internada há dois dias, nenhum exame complementar pertinente ao quadro clínico foi realizado. O tratamento realizado foi às cegas, aplicando-se plasmas e outros derivados do sangue, antibióticos e manitol, sem qualquer parâmetro de laboratório. Seu estado era gravíssimo e necessitava de Unidade de Tratamento Intensivo, mas apenas por volta de 21h de 15/11/2002, foi transferida para o Hospital geral de Nova Iguaçu onde recebeu cuidados intensivos. Porém, mesmo estando num Hospital referência, o atendimento também foi pouco diligente. Os exames até foram solicitados, mas nenhum resultado consta no prontuário, o que deixa dúvidas quanto à sua realização. O óbito se deu no dia 16/11/2002.

Concluiu, assim, pela ocorrência de erro médico nos seguintes termos:

O acompanhamento à gestante foi pouco diligente. Houve erro de diagnóstico, por não identificação da patologia apresentada. Houve demora na transferência para o Hospital de Referência da região.

Comprovado, portanto, que a morte de ALYNE DA SILVA TEIXEIRA decorreu de conduta negligente e imperita dos profissionais de saúde, caracterizando o dever de indenizar pelos danos causados. E não só pelo erro médico, as irregularidades na infraestrutura de saúde, tais como a falta de ambulância para transferência imediata de Alyne para a o hospital de alta complexidade, a indisponibilidade de leito de terapia intensiva, dentre outras, são violações manifestas aos seus direitos constitucionais à vida e à saúde. Por conseguinte, não há que se falar apenas em dano provocado por erro médico, isto

é, dano derivado da conduta dos profissionais de saúde envolvidos, tendo em vista que as condições estruturais do serviço de saúde ofertado foram igualmente determinantes para o desfecho.

Alyne recebeu atendimento precário por estar em uma periferia urbana, uma vez que os recursos de saúde não são distribuídos geograficamente de forma isonômica. Além disso, seu tratamento foi prejudicado por sua condição socioeconômica, tendo em vista que diversas deficiências da assistência recebida poderiam ser supridas caso houvesse recurso financeiro para tanto. A título de exemplo, a demora na transferência para a unidade de tratamento intensivo poderia ser sanada pela contratação de ambulância particular, de modo que uma mulher de outra classe econômica dificilmente estaria exposta a este infortúnio. E mais: o tratamento deficitário não se articula apenas por injustiça urbana e socioeconômica, mas também pelo racismo institucional.

Mesmo sendo uma mulher negra, o que a insere em grupo de risco obstétrico para diversas patologias como a eclâmpsia, Alyne não teve suas queixas e sintomas avaliados com atenção, uma vez que no primeiro atendimento não passou por exames e não recebeu diagnóstico adequado. Posteriormente, já internada, seu diagnóstico foi defasado e não há registro de plano terapêutico apropriado. Além disso, seus prontuários médicos não foram preenchidos adequadamente e sequer a acompanharam na transferência de unidade de saúde. Toda essa trama de negligências se constitui pelo racismo institucional, fator já reconhecido em políticas públicas brasileiras, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que delinea como as hierarquias raciais no bojo da sociedade brasileira afeta de modo determinante a saúde de pessoas negras. Para a mulher negra, a desigualdade racial afeta a qualidade da assistência obstétrica recebida, pois historicamente o racismo obstétrico submete as mulheres negras a tratamentos que negligenciam suas dores e queixas.

Os dados revelam que disparidades raciais, sociais e regionais impactam na assistência obstétrica recebida pelas mulheres. Portanto, Alyne teve seu direito à igualdade violado, na condição de: mulher, haja vista que o serviço obstétrico é via de regra um parâmetro de saúde enviesado pelo gênero; negra, pois integrava o grupo populacional que mais apresenta fatores de risco para complicações obstétricas; vulnerabilidade socioeconômica, pois sua localização urbana e suas condições financeiras foram determinantes para o tratamento recebido. Isto reitera que há mais do que a falha de serviço de um agente público no caso em comento, há uma cadeia de violações estruturais à dignidade humana de Alyne. Nota-se a negligência do estado brasileiro, em todas as suas esferas governamentais, em garantir serviços adequados de saúde reprodutiva para Alyne. Os fatos comprovados nos autos revelam que Alyne recebeu tratamento precário desde o primeiro momento, não apenas no hospital onde veio a falecer.

Isto evidencia que há, no mínimo, responsabilidade concorrente entre os municípios de Nova Iguaçu e Belford Roxo, bem como o Estado do Rio de Janeiro, pois: em Belford Roxo, em clínica particular conveniada ao SUS, ocorreu o primeiro atendimento, em que o primeiro atendimento foi negligente, não houve investigação ampla das queixas e o tratamento foi aquém do necessário; como seria necessária a transferência entre unidades de saúde de municípios diferentes, caberia ao Estado do Rio de Janeiro a regulação deste trâmite e a garantia do recurso, o que

não ocorreu, visto que houve atraso demasiado na transferência pela indisponibilidade de ambulâncias; no hospital em Nova Iguaçu, houve imprevisto para instalação de UTI, falta de leito apropriado e investigação precária do estado de saúde de Alyne. Assim, todos estes fatos concorrem simultaneamente para a consumação do desfecho trágico de Alyne. Haja vista que não se trata de dano provocado pela conduta individual de um só agente, esta cadeia de eventos foi determinante de modo global, o que atrai a responsabilidade concorrente dos entes federativos envolvidos.

Ademais, a saúde é matéria de competência comum aos entes federativos, sendo que o direito à saúde (art. 196 da Constituição Federal de 1988). O Sistema Único de Saúde é financiado pela União, pelos Estados-membros, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 198, §1º, da Constituição Federal, de modo que é solidária a responsabilidade dos referidos entes no cumprimento dos serviços de saúde prestados à população. Deste modo, como o funcionamento do SUS é de responsabilidade solidária, qualquer um dos entes tem legitimidade *ad causam* para figurar no polo passivo da demanda. Este entendimento foi fixado pelo Supremo Tribunal Federal com repercussão geral reconhecida (Tema 793), preconizando que os entes públicos são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais de saúde. Frise-se: caso se tratasse de negligência ou imperícia de um agente em particular na prestação do serviço de saúde, a demanda seria individualizada ao ente federativo responsável pela falha no serviço público segundo os ditames da responsabilidade objetiva. No entanto, em se tratando de fatos concorrentes vinculados a entes federativos variados, a responsabilidade deve ser compartilhada, o que, como exposto, coaduna o entendimento da responsabilidade solidária na prestação de saúde. Assim sendo, assiste razão aos apelantes no que diz respeito à condenação solidária.

Ainda, é preciso avaliar o valor fixado para indenização, em observância ao reexame necessário, para confirmar ou corrigir a condenação estipulada. A este respeito, cumpre salientar a gravidade das violações sofridas por Alyne: o tratamento oferecido, marcado por negligência e abandono, atenta contra a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da Constituição Federal de 1988), além de que consiste em descumprimento de um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: promover o bem de todos, sem discriminação (art. 3, IV, da Constituição Federal de 1988). Pois, conforme demonstrado, seu tratamento foi afetado por desigualdade de gênero, raça e socioeconômica. A compensação indenizatória deve ser correspondente à gravidade das violações aos direitos fundamentais suportadas por Alyne. Deste modo, o valor da indenização deve ser fixado tendo em conta a razoabilidade e a proporcionalidade ao dano sofrido, sem minimizá-lo, compreendo a conjunção de violações combinadas no caso.

Vale salientar que a morte de Alyne implica no descumprimento de documentos internacionais de direitos humanos, tais como: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma do Cairo (1994), que reconhece a saúde reprodutiva como um direito humano e na qual o Brasil se comprometeu com metas de redução de mortalidade materna e ampliação do acesso a serviços de saúde reprodutiva. Além disso, o Brasil é signatário da Convenção Internacional Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (1979), que, em seu artigo 12, estabelece que os Estados Pares devem tomar todas as medidas para eliminar a discriminação contra as mulheres no domínio dos

cuidados de saúde, o que inclui serviços apropriados durante a gravidez, parto e pós-parto. Aplicando o artigo 12 da Convenção, o Comitê CEDAW emitiu a Recomendação Geral nº 24 aos estados signatários, em que preconiza que negligenciar o acesso a serviços de saúde específicos para as mulheres é uma forma de discriminação. Ou seja, a negligência em serviços de obstetrícia é uma forma de discriminação, vez que se trata de um déficit em saúde pública experimentado especificamente pelas mulheres, o que imputa um prejuízo decorrente do gênero.

Nota-se a violação sistêmica aos direitos constitucionais e aos direitos humanos de Alyne. Por todas essas violações e danos, os entes respondem solidariamente e com responsabilidade objetiva, cabendo o dever de indenizar. Em relação ao *quantum* indenizatório, o valor estipulado na sentença é proporcional à medida do dano, haja vista que a importância arbitrada é justa, mediante o prejuízo sofrido pela família de Alyne e a gama de direitos e garantias constitucionais infringidos conjuntamente pelos entes relacionado, o que não pode ser subestimado e quantificado como dano meramente simbólico. Assim, o valor a ser indenizado deve ser, também, pedagógico para provocar que os entes federativos estejam comprometidos na concretização e na realização dos direitos humanos de seus cidadãos, pelos quais são solidariamente responsáveis. Por ser assim, DOU PROVIMENTO à apelação interposta por ADRIANO TEIXEIRA CONCEIÇÃO e ALICE DA SILVA PIMENTEL, para condenar solidariamente o ESTADO DO RIO DE JANEIRO, o MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO e o MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU ao pagamento de indenização por dano moral no valor de R\$406.800,00 e pensão mensal de um salário mínimo até que a beneficiária atinja a maioridade.

3.4

Algumas notas sobre a reescrita da decisão judicial

Em termos processuais, eu basicamente mantive o voto da desembargadora, apenas alterei o mérito, de modo a condenar solidariamente os entes federativos e manter o valor da indenização. Minha proposta de alteração foi simples: somente acrescentar de modo resumido a existência de violação aos direitos humanos, o que atrai a responsabilidade solidária, uma vez que não se trata de encontrar um agente público de um ente em específico para responsabilizar, mas sim de uma cadeia sucessiva de ações e omissões que culminaram na morte de Alyne, nas quais todos os réus concorrem. Outro ponto foi a manutenção do valor a indenizar, considerando a gravidade das violações. Apesar de serem alterações que parecem muito pontuais, colocá-las como se fossem de fato parte de uma decisão judicial me soou quase cômico, tamanha a minha descrença diante das “certezas jurídicas”. Também notei a dificuldade de reformular a linguagem utilizada e ser mais assertiva em alguns posicionamentos, justamente pela descrença mencionada anteriormente. Por se tratar de uma reescrita politicamente implicada, eu pude experimentar os conflitos e tensões de trazer isso para a gramática jurídica devido à rigidez da prática jurídica. Esta foi a primeira vez que me propus a este experimento e pude notar como ele é desafiador, mas também proveitoso para provocar os operadores do direito sobre nossas práticas cotidianas. A reescrita feminista de fato é um desafio hermenêutico e de elaboração de compromissos políticos, cujo exercício amplia os horizontes dialógicos e as construções jurídicas possíveis.

Conclusão

A pesquisa teve como mote algumas indagações a respeito das noções de violência obstétrica e humanização do parto, tendo o Caso Alyne Pimentel como paradigma para a investigação da hipótese proposta. Por isso, o ponto de partida do estudo foi a história de Alyne, a qual foi apresentada em conjunto com um olhar histórico da assistência obstétrica para mulheres negras no Brasil, o que evidenciou que a discriminação racial nas bases da assistência obstétrica brasileira engendra um mecanismo que garante a exclusão seletiva de mulheres negras, produzindo uma hierarquia racial no funcionamento da obstetrícia, subsidiando a negligência e a deslegitimação das suas necessidades. Assim, a história de Alyne Pimentel corporifica essa continuidade na lógica de colonização de corpos de mulheres negras. A desvalorização de suas queixas, os atravessamentos socioeconômicos que levaram à péssima infraestrutura do atendimento, a negligência e o abandono experimentados por Alyne desvelam séculos de expropriação dos ventres de mulheres negras, historicamente compreendidas como subcategoria de humanidade.

E nessa reflexão eu chego à noção de racismo obstétrico, enunciada por Dána-Ain Davis, que consubstancia a intersecção entre a violência obstétrica e o racismo institucional, o que proporciona um código de compreensão da materialidade sem o qual a ideia de violência obstétrica se limita às experiências da branquitude. Esta percepção me provocou inquietações acerca da ideia de humanização do parto que se tem construído concomitantemente à noção de violência obstétrica, de modo que, no capítulo seguinte, a pesquisa passa por essa investigação. A partir da pesquisa bibliográfica exploratória, observei que a violência obstétrica é compreendida como resultado de um modelo de assistência intervencionista e com uso irracional de tecnologias, enquanto aparato da biopolítica sobre os corpos que gestam. A teoria de Silvia Federici é muito importante para esta compreensão, uma vez que mobiliza a ideia de biopoder no seu sentido fundamental de promoção da vida, pois o cerne de seu argumento consiste na ideia de que o biopoder agencia a liberdade reprodutiva das mulheres para garantir a natalidade, ou seja, promove vida, em prol da produção de mais força de trabalho.

Assim, entende-se que a obstetrícia estabelece um modelo de parto prototípico, isto é, um modelo de parto mecanizado e pautado em eficiência, altamente controlado pelas instituições médicas, buscando atender às demandas do capital para a expansão da força de trabalho, colocando a mulher na função de máquina de criação de novos trabalhadores. No entanto, as mulheres negras não experimentam o biopoder na perspectiva de promoção da vida, mas enquanto agente que tira a vida, tendo em vista as altas taxas de morbi-mortalidade materna e natimortalidade. O que confirma as inquietações surgidas no estudo do Caso Alyne, e também a hipótese de pesquisa, suscitando a importância de superar a ideia de humanização do parto centrada apenas na intervenção mínima em contraponto ao parto prototípico. Aqui, eu me encontro com o conceito de dispositivo de racialidade, enunciado por Sueli Carneiro, o qual constitui um dispositivo de poder que distingue a partir do marcador raça o processo nascer-adoecer-morrer de negros e brancos na sociedade brasileira, inscrevendo a negritude sob o signo da morte.

Entendo, então, que o papel do dispositivo de racialidade precisa ser incorporado ao que se entende por violência obstétrica. Pois, o racismo estrutura as trajetórias reprodutivas das mulheres pretas e pardas segundo a lógica da morte, o que leva aos desfechos negativos em sua saúde reprodutiva. A racialidade determina as condicionantes quanto ao viver e ao morrer, de modo que é possível demarcar condicionantes diferentes quanto ao nascer entre negritude e branquitude no Brasil. O dispositivo de racialidade está vinculado ao passado escravocrata do Brasil e no âmbito da medicina obstétrica isso se acentua, uma vez que a obstetrícia se desenvolve no país no período da colonização, tendo sua gênese em relações desumanizadoras das mulheres negras, as quais eram submetidas a maus tratos e consideradas sub-humanas, indignas de cuidado e alívio da dor, além de serem utilizadas como cobaias em nome do desenvolvimento de uma ciência visando à prevalência da branquitude. Esta percepção convoca a pensar em outras categorias sobre parto e nascimento, no horizonte da justiça reprodutiva, tendo em conta o efeito das hierarquias raciais e pleiteando não só uma autonomia individual, mas dignidade no ponto de vista da justiça social.

A história de Alyne materializa isso: embora tenha sido vítima de fatos que hoje são identificados como violência obstétrica, não foram atos passíveis de individualização em um único agente, isto é, não foram atos promovidos por um profissional de saúde que se apropriou de seus processos reprodutivos. Antes, toda uma infraestrutura e uma lógica de assistência foram as causas do desfecho sofrido por Alyne e sua filha. Portanto, o conceito usualmente atribuído à violência obstétrica não dá conta do que Alyne experimentou. É preciso complexificar esse conceito de modo responsivo ao papel do dispositivo de racialidade na biopolítica da assistência ao parto, a partir do horizonte epistêmico da justiça reprodutiva, trazendo uma perspectiva interseccional aos debates sobre a assistência obstétrica. No âmbito jurídico, após perceber como o Caso Alyne foi pautado nas noções do direito privado, entendo que é preciso deslocar o tratamento da violência obstétrica do âmbito do direito privado e dos direitos da personalidade, situando-a como violação aos direitos humanos.

Não cabe confundir violência obstétrica com erro médico, pois este instituto está subordinado ao direito privado e se vincula a um ato médico (praticado com imprudência, negligência ou alguma imperícia), enquanto a violência obstétrica não está necessariamente relacionada ao ato de um indivíduo, mas às dimensões estruturais da assistência obstétrica, o que permite a crítica da infraestrutura, protocolos profissionais, dentre outros aspectos. É possível que, em um mesmo caso, a violência obstétrica e o erro médico estejam associados a um mesmo desfecho negativo, entretanto, não são necessariamente inerentes. No Caso Alyne, há presença de erro médico, à medida que existe o elemento do tratamento negligente, mas há também o fator estrutural da violência obstétrica. Após essa análise, movida pela curiosidade para entender como articular juridicamente estes fatores, apresentei alguns exemplos de normatização de direitos reprodutivos, violência obstétrica e direito ao parto humanizado. Deste apanhado, concluí que uma referência para avançar nessa agenda no âmbito jurídico está nos instrumentos normativos e decisões de cortes internacionais de direitos humanos. A própria decisão do Caso Alyne no Comitê CEDAW é exemplo disso, uma vez que, embora não se utilize do termo da justiça reprodutiva, constrói uma perspectiva hermenêutica equivalente, no sentido de um olhar interseccional para os direitos reprodutivos.

Por fim, eu me propus o desafio da reescrita feminista de uma decisão judicial do Caso Alyne, exatamente para experimentar a articulação do direito em uma perspectiva mais dos direitos humanos e menos na ideia individualista de autonomia sobre o parto. Nesta proposta, observei como a reescrita feminista se apresenta como um exercício potente e pedagógico para tensionar as possibilidades de guinada epistêmica na direção da justiça reprodutiva dentro dos limites do ordenamento jurídico. Trata-se de uma forma de desafiar as certezas jurídicas que permeiam o tratamento jurídico da violência obstétrica, as quais remetem à pretensa neutralidade do direito branco e patriarcal. Assim, é preciso provocar fissuras nessa rigidez, conjecturando novas perspectivas feministas e interseccionais com um olhar à materialidade dos corpos implicados nas discussões. No que diz respeito à violência obstétrica, há o protagonismo judicial do laudo pericial e do instituto do erro médico, fazendo com que o cerne da decisão esteja submetido à biopolítica do saber obstétrico. Portanto, o direito se coloca como um sustentáculo das instituições biopolíticas que produzem e reproduzem o racismo e a violência obstétrica, de modo que não basta pleitear normas jurídicas de proteção à gestante sem pensar a política judiciária e o método jurídico relacionados à violência obstétrica.

Referências Bibliográficas

ACÁCIA TEMPESTA, G. et al. Ventres livres? Pensando sobre cesariana, violência obstétrica e histerectomia no horizonte da justiça reprodutiva. *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares*, v. 24, n. 3, 10 fev. 2023. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/73136>>. Acesso em 25 fev. 2024.

AGUIAR, C. D. A.; FELICIANO, R. G.; TANAKA, A. C. D'ANDRETTA. Near-miss materno e violência obstétrica: uma relação possível? *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, n. 38, p. 1-22, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872022000100208&tlng=pt>. Acesso em 25 fev. 2024.

ARGENTINA. *Lei nº 26.485, de 11 de março de 2009*. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres em los ambitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Buenos Aires, [2009]. Disponível em: <<http://www.refworld.org/docid/4a016dd62.html>>. Acesso em: 27 fev. 2024.

ARGENTINA. *Lei nº 25.929, de 25 de agosto de 2004*. Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida, [2004]. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4975278/mod_resource/content/1/Ley%2025.929-2004%20-%20Lei%20do%20Parto%20Humanizado%20-%20Argentina.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2024.

ARIZA, Marília B. A. Ventre, seios, coração: maternidade e infância em disputa simbólicas em torno da Lei do Ventre Livre (1870-1880). In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022.

BARTLETT, Katharine. “Métodos Juristas Feministas” in F. Morales & M. Fernandez (orgs.) *Métodos feministas en el derecho: aproximaciones críticas a la jurisprudência peruana*. Lima: Palestra: 2012.

BATISTA, L. E. et al. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 689–702, set. 2016. Disponível: <[uma proposta de intervenção Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais](#)>. Acesso em 25 fev. 2024.

BELLI, L. F. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, ano 4, 1 (7): 25-34, jan.-jun., 2013. Disponível em: <[La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos](#)>. Acesso em: 26 fev. 2024.

- BOHREN, Meghan A., et al. *The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review*. PLoS Medicine, 12, 2015.
- BRASIL. *Caso Alyne da Silva Pimentel: relatório do governo brasileiro*. Brasília, DF: Comitê para a eliminação da discriminação contra a mulher, 2014.
- BRASIL. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, de 1979, e revoga o decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 31 jul. 2002a.
- BRASIL. Decreto nº 4.316, de 30 de julho de 2002. Promulga o Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos*. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.
- BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS – a rede Cegonha. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 24 jul. 2011.
- CARNEIRO, Sueli. *Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.
- CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de (org). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020.
- CEDAW. *Communication No. 17/2008*. New York: CEDAW, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3t8OR2J>. Acesso em: 30 jan. 2024.
- CEDAW. *Communication No. 138/2018*. New York: CEDAW, 2020. Disponível em: <<https://atlas-of-torture.org/en/entity/5wbyuwj5ith?page=2>>. Acesso em: 27 fev. 2024.
- CHADWICK, R. *Bodies that Birth: Vitalizing Birth Politics*. Londres: Routledge, 2018.
- CHADWICK, R.; JACE MAVUSO, J. M.-J. On reproductive violence: Framing notes. *Agenda*, v. 35, n. 3, p. 1–11, 3 jul. 2021. Disponível em:

<<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10130950.2021.1987074>>.
Acesso em: 26 fev. 2024.

COOK, Rebecca. “Direitos humanos e mortalidade Materna: Explorando a Eficácia da Decisão do Caso Alyne”. Tradução de Maria Elvira Vieira de Mello e Beatriz Galli. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, v. 41, n. 1, 2013.

COOK, R. J.; DICKENS, B. M. From reproductive choice to reproductive justice. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 106, n. 2, p. 106–109, ago. 2009. Disponível em: <[From reproductive choice to reproductive justice - Cook - 2009 - International Journal of Gynecology & Obstetrics - Wiley Online Library](#)>.
Acesso em 25 fev.

CURI, Paula L.; BAPTISTA, Júlia G. B. A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade - ECOS*, Rio de Janeiro, ano 8, v. 1, p. 123-136, 2018. Disponível em: <[A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica | Curi | ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade](#)>. Acesso em 24 fev. 2024.

DAVIS, Dána-Ain. Reproducing while Black: the crisis of Black maternal health, obstetric racism and assisted reproduction technology. *Reproductive BioMedicine and Society Online*, v. 11, p. 56-64, nov. 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7710503/>>. Acesso em 08 jan. 2021.

DAVIS, Dána-Ain. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical Anthropology*, v. 7, dez. 2018, p. 560-573. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>>. Acesso em 09 jan. 2024.

DINIZ, Carmen Simone Grilo e CHACHAM, Alessandra S. *O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo*. Questões de Saúde Reprodutiva, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: <[O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo](#)>. Acesso em: 26 fev. 2024.

DINIZ, S. G. et al. ABUSE AND DISRESPECT IN CHILDBIRTH CARE AS A PUBLIC HEALTH ISSUE IN BRAZIL: ORIGINS, DEFINITIONS, IMPACTS ON MATERNAL HEALTH, AND PROPOSALS FOR ITS PREVENTION. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 3, p. 377, 25 out. 2015. Disponível em: <[ABUSE AND DISRESPECT IN CHILDBIRTH CARE AS A PUBLIC HEALTH ISSUE IN BRAZIL: ORIGINS, DEFINITIONS, IMPACTS ON MATERNAL HEALTH, AND PROPOSALS FOR ITS PREVENTION | Journal of Human Growth and Development](#)>. Acesso em: 26 fev. 2024.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Journal of Human Growth and Development*, v. 19, n. 2, p. 313-326, 1 ago. 2009. Disponível em: <[Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal | Journal of Human Growth and Development](#)>. Acesso em 25 fev. 2024.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627–637, set. 2005. Disponível em: <[Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento](#)>. Acesso em 25 fev. 2024.

FEDERICI, Silvia. *Calibã e a Bruxa*: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017.

FERREIRA, Justo Jansen. Do parto e de suas conseqüências na espécie negra. Rio de Janeiro: Laemmert & C., 1887.

FINEMAN, Martha Albertson. Symposium: feminist legal theory. *Journal of Gender, Social Policy & the Law*, Volume 13, Issue 1, 2005.

FONSECA, C.; SCALCO, L. Maternidades interditadas: A (in)justiça reprodutiva em circunstâncias de radical desigualdade. *Revista del Museo de Antropología*, p. 317–326, 31 ago. 2023. Disponível em: <[Maternidades prohibidas: La \(in\)justicia reproductiva en circunstancias de desigualdad radical | Revista del Museo de Antropología](#)>. Acesso em 26 fev. 2024.

FREIRE, Aluizio. Cabral defende aborto contra violência no Rio de Janeiro. *GI*, Rio de Janeiro, 24 out. 2007. Disponível: <[G1 > Política - NOTÍCIAS - Cabral defende aborto contra violência no Rio de Janeiro](#)>. Acesso em 27 fev. 2024.

FREITAS-JÚNIOR, R. A. D. O. Avoidable maternal mortality as social injustice. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 20, n. 2, p. 607–614, jun. 2020. Disponível em: <[Avoidable maternal mortality as social injustice](#)>. Acesso em 25 fev. 2024.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. 2010. Disponível em: <[MULHERES BRASILEIRAS E GÊNERO NOS ESPAÇOS PÚBLICO E PRIVADO](#)>.

GELEDÉS - Instituto da Mulher Negra; CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. *Racismo institucional: uma abordagem conceitual*. S.I.: Ibraphel Gráfica, 2013.

GOES, Emanuelle Freitas; SANTOS, Elisa Maria. *Racismo, gênero e saúde no Brasil*. In: 18º Redor: Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2014. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/index.php/18redor/18redor/paper/viewFile/1944/791>>. Acesso em 08 jan. 2024.

GÓES, E. F.; FERREIRA, A. J. F.; RAMOS, D. Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 9, p. 2501–2510, set. 2023. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023000902501&tlng=pt>. Acesso em 26 fev. 2024.

LAURIS, Élida. FARRANHA, Ana Cláudia. O que aprendemos com a reescrita das decisões? Da letra à práxis. In: SEVERI, Fabiana (Org.). *Reescrevendo decisões judiciais em perspectivas feministas: a experiência brasileira*. Ribeirão Preto: IEA/FDRP-USP, 2023.

LEAL, Maria do Carmo. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*, 9:15, 2012. Disponível em: <[Birth in Brazil: national survey into labour and birth | Reproductive Health | Full Text](#)>. Acesso em 27 fev. 2024.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 (suppl 1), ago. 2014. Disponível em: <[Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual](#)>. Acesso em 27 fev. 2024.

LEAL, MC et. al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde pública*, v. 33, n. 13, p. 1-17, 2017. Disponível em: <[A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil](#)>.

LOUZADA, G. R. R.; BRITO, L. S. Justiça reprodutiva e democracia: reflexões sobre as estratégias antigênero no Brasil. *Revista Em Pauta*, v. 20, n. 50, 29 jun. 2022. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/68516>>. Acesso em 25 fev. 2024.

MACHADO, M. H. et al. A ideia de liberdade do ventre nas cartas de alforria. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022.

MACKINNON, Catharine. Toward Feminist Jurisprudence. In: *Toward a feminist theory of the state*. Boston: Harvard University Press, 1991.

MARQUES DE ALMEIDA, N. A. et al. A humanização no cuidado à parturição. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 7, n. 3, 28 dez. 2006. Disponível em: <[A humanização no cuidado à parturição | Revista Eletrônica de Enfermagem](#)>. Acesso em 26 fev. 2024.

MARTINS, A. P. V. *Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MOTTA, C. T.; MOREIRA, M. R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 10, p. 4397–4409, out. 2021. Disponível em: <[O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018](#)>. Acesso em 25 fev. 2024.

NASCIMENTO, Abdias do. *O Genocídio do Negro Brasileiro: processo de um racismo mascarado*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1978.

ROTH, Cassia. O trabalho do parto: trabalho escravo, saúde reprodutiva e a influência da Lei do Ventre Livre no pensamento obstétrico, séculos XIX e XX. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022.

ROSS, Loretta. “*What is Reproductive Justice?*”. 2017. Disponível em: <https://www.law.berkeley.edu/php-programs/courses/fileDL.php?fid=4051>. Acesso em: 20 fev. 2024.

ROTH, Cassia Paigen. Reproducing Slavery in Nineteenth-Century Rio de Janeiro. *UCLA Historical Journal*, Los Angeles, v. 24, n. 1, 2013, disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/1fk637b8>>. Acesso em: 04 jan. 2024.

SALTER, C. L. et al. Naming Silence and Inadequate Obstetric Care as Obstetric Violence is a Necessary Step for Change. *Violence Against Women*, v. 27, n. 8, p. 1019–1027, jun. 2021. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801221996443>>. Acesso em 03 fev. 2024.

SANTOS, Lucimar F. Disputas pelos significados da liberdade do ventre escravizado: episódios de fugas de africanas e de suas descendentes. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres? Gênero, maternidade e legislação*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022.

SANTOS NETO, E. T. D. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 107–119, jun. 2008. Disponível em: [Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil](#)>. Acesso em 25 fev. 2024.

SCARTON, J. et al. Mortalidade materna: causas e estratégias de prevenção. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 5, p. 1-16, 28 mar. 2020. Disponível em: [Maternal mortality: causes and prevention strategies | Research, Society and Development](#)>. Acesso em 25 fev. 2024.

SEVERI, Fabiana. Introdução. In: SEVERI, Fabiana (Org.). *Reescrevendo decisões judiciais em perspectivas feministas: a experiência brasileira*. Ribeirão Preto: IEA/FDRP-USP, 2023.

SEVERI, Fabiana. A reescrita de decisões judiciais em perspectivas feministas no Brasil como política de tradução translocal. In: SEVERI, Fabiana (Org.). *Reescrevendo decisões judiciais em perspectivas feministas: a experiência brasileira*. Ribeirão Preto: IEA/FDRP-USP, 2023.

SILVA, F. et al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 3, p. 171–184, set. 2019. Disponível em: [medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX](#)>. Acesso em 25 fev. 2024.

SILVA, Lúcia H. O. Estratégias de mulheres escravizadas para obter alforrias e a pedagogia da liberdade. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres?* Gênero, maternidade e legislação. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022.

SOUSA, Caroline Passarini. Escravidão, abolição e gênero: mulheres negras, corpo e reprodução nas Américas. *Revista Eletrônica da ANPHLAC*, ISSN 1679-1061, n. 31, p. 188-222, ago./dez., 2021. Disponível em: <<https://revista.anphlac.org.br/anphlac/article/view/4032>>. Acesso em: 04 jan. 2024.

TELLES, Lorena Ferres. Mães e amas de leite nas malhas dos interesses escravistas: mercado urbano de aluguel, abandono e morte de bebês ingênuos no Rio de Janeiro (1871-1888). In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres?* Gênero, maternidade e legislação. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022.

TELLES, Lorena F. S. *Teresa Benguela e Felipa Crioula estavam grávidas: maternidade e escravidão no Rio de Janeiro (século XIX)*. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

TEMPESTA, G. A.; FRANÇA, R. L. D. Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. *Horizontes Antropológicos*, v. 27, n. 61, p. 257–290, dez. 2021. Disponível em: <[Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica](#)>. Acesso em 26 fev. 2024.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Família Comunidade*, 10(35):1-12, 2015. Disponível em: <[Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade](#)>. Acesso em: 26 fev. 2024.

VAN DER WAAL, R. et al. Obstetric Violence: An Intersectional Refraction through Abolition Feminism. *Feminist Anthropology*, v. 4, n. 1, p. 91–114, maio, 2022. Disponível em: <<https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/fea2.12097>>. Acesso em: 26 fev. 2024.

VENEZUELA. *Lei nº 38.668, de 23 de abril de 2007*. Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela, [2007]. Disponível em: <<http://www.derechos.org/ve/pw/wpcontent/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-VidaLibre-de-Violencia.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2024.

VIANA, Iamara; GOMES, Flávio. Senzalas e casebres sob sevícias: feminicídios, médicos e corpos. In: Machado, M. H. et al. *Ventres livres?* Gênero, maternidade e legislação. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 08 jan. 2024.

WERNECK, Jurema. Ou belo ou o puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias. In: *Sob o Signo das Bio - Vozes Críticas da Sociedade Civil*. Rio de Janeiro: E-papers, 2004.

XAVIER, L.; MANSO, L. *Morte materna é a mais cruel expressão do racismo no Brasil*. Criola, 2022. Disponível em: <[Artigo: Morte materna é a mais cruel expressão do racismo no Brasil – Criola](#)>. Acesso em 25 fev. 2024.