

# Violência obstétrica: do “silêncio da bioética” à bioética do cotidiano\*

## *Obstetric violence: from the “silence of bioethics” to the everyday bioethics*

Série Especial – BIOÉTICA E ÉTICA EM DIVERSOS CONTEXTOS coordenada por Patrícia Coelho ORCID - <https://orcid.org/0000-0001-8445-5237>

**Carlo Botrugno**

Research Unit on Everyday Bioethics and Ethics of Science, Departamento de Ciências Jurídicas, Universidade de Florença (Italia)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6082-6205> @carlo.botrugno@unifi.it

### Palavras-chave

Violência obstétrica;  
Bioética; Vulnerabilidade;  
Racismo.

### Resumo

**Introdução:** A violência obstétrica é um fenômeno de crescente interesse em escala global, e seu contraste representa uma missão fundamental para a bioética. Apesar disso, a bioética mostrou um desinteresse substancial por esse fenômeno.

**Objetivos:** Refletir sobre as razões que levaram a este desinteresse por parte da bioética e estimular um debate mais amplo sobre o tema.

**Materiais e métodos:** Análise do estado da arte no campo da violência obstétrica e reflexão de natureza teórico-metodológica sobre a possível contribuição que a bioética pode dar em nível teórico e prático, para combater este fenômeno.

**Resultados:** Uma perspectiva de bioética do cotidiano não pode considerar o problema da violência obstétrica apenas como uma questão epidemiológica. Em vez disso, representa uma questão urgente de justiça social, uma dimensão primária para uma bioética que visa “agir”.

**Conclusão:** Educar os profissionais de saúde é essencial para o contraste da violência obstétrica. Neste contexto, é preciso: 1) promover maior sensibilidade no campo educacional para esta questão; 2) reorientar as práticas na prática médica de rotina; 3) adotar boas práticas para melhor gerir a vulnerabilidade das mulheres nos campos obstétrico, ginecológico e neonatal; 4) adotar medidas para garantir os direitos das mulheres sem discriminação com base no fenótipo ou outros fatores sociais ou econômicos.

### Keywords

*Obstetric violence; Bioethics; Vulnerability; Racism.*

### Abstract

**Introduction:** *Obstetric violence is a phenomenon of growing interest on a global scale, and its contrasts represent a fundamental problem for bioethics. As I said, bioethics has shown a substantial lack of interest in this phenomenon.*

**Objectives:** *To reflect on the reasons that would dispel this lack of interest in bioethics and stimulate a broader debate on this topic.*

**Methodology:** *Analysis of the state of the art in the field of obstetric violence and theoretical-methodological reflection on the possible contribution that bioethics can make, at a theoretical and practical level, to combating this phenomenon.*

**Results:** *An everyday bioethical perspective cannot consider the problem of obstetric violence only as an epidemiological problem. Rather, it represents an urgent issue of social justice, a primary dimension for a bioethics that aims at “taking action”.*

**Conclusion:** *The training of health professionals is essential to combat obstetric violence. In this context, it is necessary to: 1) promote greater sensitivity in the educational field to this issue; 2) reorient their practices towards routine medical practice; 3) adopt practical measures to help reduce the vulnerability of women in the obstetric, gynecological and neonatal fields; 4) adopt measures that ensure the targeting of women without discrimination on the basis of phenotypic or other social or economic factors.*

\* Durante a elaboração deste trabalho, o(a)(s) autor(es)(as) declaram não ter utilizado Sistemas de Inteligência Artificial. Esta declaração não se aplica à utilização de ferramentas básicas para verificação gramatical, ortográfica, referências, etc.

## Introdução<sup>a</sup>

A violência obstétrica é um fenômeno de crescente interesse em escala global. Isso é confirmado por um número sempre maior de estudos,<sup>1-6</sup> particularmente estudos qualitativos<sup>7-9</sup> que visam reunir evidências sobre um fenômeno que tem muitas facetas e cujas causas podem ser encontradas em uma série de fatores que são muito mais investigados do que a própria violência obstétrica. Entre estes estão certamente a assimetria na relação de cuidado, as desigualdades socioeconômicas e as disparidades no setor da saúde, os problemas relacionados à igualdade de gênero, ou melhor, o estado de subordinação contra o qual as mulheres ainda muitas vezes têm que lutar para ver seus direitos garantidos nas sociedades contemporâneas.

A crescente atenção ao fenômeno da violência obstétrica se deve ao surgimento de uma nova sensibilidade em relação às condições que as mulheres são forçadas a suportar na relação de cuidado no campo obstétrico. Essa sensibilidade levou à aprovação dos primeiros instrumentos regulatórios para contrastar o fenômeno, incluindo a “Lei Orgânica do Direito da Mulher a uma Vida Livre de Violência” (lei n.º 38.668/2007) adotada na Venezuela em 2007, e a lei sobre a “Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher” (lei n.º 26.485/2009), adotada na Argentina em 2009. As primeiras regulamentações nacionais foram acompanhadas por uma série de instrumentos de *soft law*, incluindo a Declaração da OMS sobre “Prevenção e eliminação do desrespeito e do abuso durante o parto em instituições de saúde”, adotada em 2015<sup>b</sup>, e a Agenda 2030 da ONU para o Desenvolvimento Sustentável, que inclui entre os seus objetivos a igualdade de gênero e a emancipação das mulheres, a eliminação de todas as formas de discriminação e violência contra elas e a garantia do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos<sup>c</sup>.

Vale a pena lembrar que a proteção das mulheres contra todas as formas de discriminação já tinha sido objecto da “Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as

Mulheres” (CEDAW), adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1979<sup>d</sup>. Como antecipado, no entanto, os instrumentos normativos e paranormativos recentemente adotados – alguns dos quais mencionados acima – parecem ser a expressão de uma sensibilidade nova e mais específica, guiada pelo surgimento de evidências científicas resultantes de pesquisas qualitativas de natureza sociológica e antropológica que deram nome e forma ao fenômeno da violência obstétrica. Isso foi acompanhado pelo ativismo de movimentos e associações feministas que se mobilizaram para defender os direitos das mulheres nos campos obstétrico, ginecológico e da maternidade.

Essa sensibilidade, no entanto, não parece ter envolvido o domínio da bioética,<sup>10</sup> apesar de tanto o estudo desse fenômeno quanto o seu contraste serem inegavelmente parte da esfera de conhecimento e ação dessa disciplina. A gravidade das manifestações que podem ser rastreadas até a violência obstétrica, juntamente com seu alcance global, de fato, significa que lidar com esse fenômeno representa uma missão fundamental para a bioética. Apesar disso, metaforicamente falando, pode-se dizer que a bioética permaneceu “silenciosa” diante do fenômeno da VO. Refletir sobre as razões que levaram a um substancial desinteresse por parte da comunidade de estudiosos da bioética em relação ao tema da VO parece, portanto, ser o primeiro passo para estimular um debate mais amplo, não apenas para continuar a acumular conhecimento precioso nessa área, mas também, e acima de tudo, para voltar este último ao contraste desse fenômeno. Para atingir esse objetivo, de fato, parece necessário promover uma nova sensibilidade entre os profissionais de saúde e reorientar as práticas organizacionais para que elas adiram aos princípios e valores morais subjacentes à proteção da mulher que dá à luz e das mulheres em geral. Como já visto em outros trabalhos,<sup>11</sup> no entanto, a mudança nas práticas não pode ocorrer sem uma reflexão crítica sobre o papel do conhecimento, ou sobre o nível epistêmico que informa e molda as crenças, visões, atitudes e, portanto, as práticas cotidianas dos profissionais de saúde e de todos aqueles que desempenham um

a Este artigo foi escrito no contexto do Projeto de investigação PRIN 2022 “Parto com Cuidado. Concepções de Maternidade e Ética Profissional em Obstetrícia e Ginecologia para a Prevenção da Violência Obstétrica”, em colaboração entre a Universidade de Salento, a Universidade da Campânia Luigi Vanvitelli e a Universidade de Florença.

b Veja “The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth” disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf).

c Ver objetivo 5 da Agenda 2030 da ONU, disponível em: <https://unsd.un.org/content/sustainable-development-goals-sdgs>.

d Ver Resolução n.º 34/180 de 18 de dezembro de 1979, disponível em: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw.pdf>.

papel na prestação de serviços de saúde na área da saúde materna.

Na continuação deste trabalho, portanto, tentarei me aprofundar na “disputa epistêmica” pela definição da violência obstétrica à luz das evidências fornecidas pela literatura disponível e dos primeiros instrumentos de proteção que surgiram no âmbito legislativo e de *soft law*. Posteriormente, tentarei destacar os fatores que podem ter alimentado o desinteresse da bioética pelo tema da violência obstétrica, cujo surgimento parece estar ligado a uma sensibilidade desenvolvida em outras disciplinas. Finalmente, concentrar-me-ei em alguns elementos-chave que emergem como essenciais na perspectiva da construção de uma perspectiva de “bioética cotidiana”<sup>12-14</sup> para a violência obstétrica.

### A disputa epistêmica pela definição de violência obstétrica

Conforme mencionado no início deste capítulo, inúmeros estudos demonstram que a violência obstétrica é um fenômeno global. Por exemplo, como destacado por Martínez-Galiano *et al.*<sup>15</sup> em um estudo recente, «a prevalência de mulheres que perceberam tratamento inadequado ou violência obstétrica durante o parto varia dependendo do tipo de estudo e de como a violência obstétrica é conceituada. Apesar disso, a prevalência de violência obstétrica relatada em diferentes estudos é alta, variando de 25 a 78%. Além disso, uma maior incidência de morbidade materna e neonatal tem sido associada à percepção da mulher de vivenciar violência obstétrica durante o parto».<sup>15</sup> Outros autores destacaram que a violência obstétrica se tornou ainda mais grave durante a pandemia da COVID-19, que serviu de pretexto para o cancelamento dos direitos fundamentais das mulheres.<sup>16</sup> Evidências mostram que comportamentos “violentos” no campo obstétrico são causados por «sobrecarga de trabalho, escassez de recursos humanos, esgotamento físico e mental dos profissionais, precariedade das condições de prestação de cuidados e falta de infraestrutura adequada nas instituições».<sup>17</sup> Dentre as repercussões negativas da violência obstétrica, a literatura de referência relata danos físicos, mentais e emocionais permanentes nas parturientes,<sup>17</sup> necessidade de auxílio à saúde mental no pós-parto,<sup>2</sup> problemas na estrutura física do recém-nascido,<sup>18,19</sup> altas taxas de mortalidade materna e morbidade perinatal.<sup>20</sup>

Apesar das evidências coletadas até o momento nessa área, ainda não existe uma definição unívoca

de violência obstétrica; de fato, o debate registra inúmeras divergências justamente quanto à adequação do uso dessa expressão. Em confirmação disso, considere, entre outros, o fato de a OMS ter – deliberadamente ou não – evitado usar o termo “violência” em seus documentos, o que parece ser atribuível a uma certa relutância em legitimar uma expressão que, no entanto, possui forte carga emocional. A este respeito, em Espanha, um dos países europeus onde o debate sobre a violência obstétrica é particularmente vivo,<sup>16</sup> tem havido um choque de opiniões entre algumas sociedades científicas, em particular, entre a Sociedade Espanhola de Ginecologia e Obstetrícia (SEGO) e a Federação das Associações de Parteiros de Espanha (FAME). Como Ramallo-Castillo *et al.*<sup>2</sup> destacam num estudo recente, a SEGO afirmou que a utilização da expressão “violência obstétrica” deve ser totalmente rejeitada por ser considerada inadequada, parcial e injusta e pelo seu presumível significado jurídico de natureza maliciosa, ou então porque evoca «a intenção de causar dano, a intenção de ferir, o uso da força ou ameaças, puníveis por lei».<sup>21</sup> Por outro lado, a FAME afirmou que é necessário deixar de lado qualquer “eufemismo” e começar a considerar a violência obstétrica pelo que ela realmente é – violência – e, portanto, combatê-la com firmeza e determinação.<sup>2,22</sup>

Esse tipo de disputa sobre a existência de violência obstétrica também foi registrado no Brasil,<sup>23</sup> país onde em 2019 o Ministério da Saúde emitiu uma nota declarando-se contrário ao uso da expressão violência obstétrica, seguido pelo Conselho Federal de Medicina<sup>24</sup>, que na mesma nota considerou o uso dessa terminologia “agressivo” para com os profissionais de saúde, em particular ginecologistas e obstetras. Essas declarações levantaram uma onda de protestos de associações e movimentos sociais, aos quais foi adicionado um documento do Ministério Público Federal<sup>25</sup> que convidava o Governo e o CFM a iniciarem uma ampla reflexão sobre o fenômeno da violência obstétrica em vez de se entrincheirarem na agressividade dessa expressão. Como sublinhado por Lima *et al.*<sup>9</sup> deve-se considerar que o Brasil é um país onde esse debate se faz particularmente urgente diante da alta taxa de mortalidade materna – dados de 2017 apontam 59 óbitos por 100 mil recém-nascidos no país<sup>26,27</sup> – e da alta taxa de partos cirúrgicos – dados de 2011-2012 apontam 52% de partos cirúrgicos contra a taxa de 15% que a

OMS<sup>e</sup> recomenda não exceder. Como Lima *et al.*<sup>9</sup> destacam a esse respeito, «entre as que tiveram seus filhos por via vaginal, apenas 5,6% das parturientes não sofreram nenhuma intervenção. Vale frisar que esse percentual retrata uma atenção que se mostra intervencionista, ou seja, que o uso de técnicas, manobras ou medicações não estão ocorrendo com a justa necessidade».<sup>9</sup>

A literatura que trata da violência obstétrica tem buscado classificar os comportamentos que podem ser considerados atribuíveis a esse fenômeno. Por exemplo, Jardim e Modena<sup>17</sup> identificam cinco formas de violência obstétrica: «1 – intervenções rotineiras e desnecessárias e medicalização (da mãe ou do bebê); 2 – abuso verbal, humilhação ou agressão física; 3 – falta de material e instalações inadequadas; 4 – práticas realizadas por residentes e profissionais sem a permissão da mulher, após lhe fornecerem informações completas, verdadeiras e suficientes; 5 – discriminação por motivos culturais, econômicos, religiosos e étnicos».<sup>17</sup>

Entre os comportamentos mais frequentemente atribuídos pela literatura de referência<sup>2,9,17,18,28,29</sup> ao contexto violência obstétrica estão: a alta prevalência de intervenções obstétricas e a percepção de cuidados inadequados durante o parto, com referência particular às cesáreas de emergência, partos instrumentais e, mais genericamente, quando a paciente percebe que perdeu o controle durante o parto;<sup>2</sup> episiotomias desnecessárias, palpções vaginais sem consentimento ou intervenções dolorosas realizadas na ausência de anestesia;<sup>28</sup> exames e intervenções realizados na ausência de privacidade;<sup>28</sup> abuso e violência física e verbal;<sup>9</sup> comportamento sexista ou desrespeitoso de profissionais de saúde para com as mulheres em trabalho de parto;<sup>28</sup> esterilização forçada e aborto forçado;<sup>28</sup> restrição da liberdade de movimento, parto na posição de litotomia e a estratégia de empurrar o bebê para acelerar o parto;<sup>9</sup> imobilização de mulheres já privadas de liberdade pessoal;<sup>28</sup> negação da presença do companheiro da mulher, privação de alimentação e da possibilidade de deambular;<sup>28</sup> uso frequente de ocitocina para acelerar o trabalho de parto;<sup>28</sup> ingestão forçada de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto;<sup>9</sup> uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor.<sup>9</sup>

Em 2007, a Venezuela promulgou a “Lei Orgânica dos Direitos da Mulher a uma Vida Livre de Violên-

cia”, a primeira lei nacional do mundo a definir a violência obstétrica e adotar uma série de garantias destinadas a combater e sancionar esse fenômeno.

A Argentina também adotou legislação voltada à proteção da mulher durante a gravidez e o parto com a lei denominada “Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher” (lei n.º 26.485 de 2009).

Ainda na América Latina, entre 2007 e 2017, alguns estados do México, o estado de Santa Catarina no Brasil e o Uruguai em 2017 também promulgaram leis específicas contra a violência obstétrica.

### Do “silêncio da bioética” à perspectiva da bioética do cotidiano para a violência obstétrica

Como afirmado na introdução, a sensibilidade que se desenvolveu até agora em torno do tema da violência obstétrica não parece ter afetado – se não marginalmente – o campo da bioética, e, no entanto, este fenômeno, em sua gravidade e proporções, certamente representa um tema de fundamental importância para nossa disciplina. Este substancial “silêncio da bioética”, portanto, parece ser atribuível a vários fatores. Em primeiro lugar, pode-se hipotetizar que, assim como alguns setores da medicina moderna – veja-se, por exemplo, os exemplos relatados acima relativos à Espanha e ao Brasil ou a omissão em usar esta expressão pela própria OMS –, o atraso da bioética em abordar o fenômeno da violência obstétrica pode ser atribuído, pelo menos em parte, à “falta de conforto” em usar uma expressão altamente evocativa – em sentido negativo – como violência obstétrica. Obviamente, isso não pode ser uma justificativa, ainda mais se considerarmos que lidar com “questões incômodas”, isto é, eticamente complexas e divisivas, é uma missão inevitável para a bioética.

Um segundo fator, talvez mais decisivo, que pode ter favorecido a inércia da bioética em relação ao fenômeno da violência obstétrica é certamente o “desconforto” que nossa disciplina sofre ao adaptar seus conhecimentos e métodos a um objeto cuja investigação exige certo domínio de metodologias de pesquisa qualitativa. Como destacado em outro lugar,<sup>30</sup> de fato, a bioética permaneceu por muito tempo presa à distinção – hoje antiquada – entre fatos e valores, que é a contrapartida daquela visão segundo a qual a sociologia, como ciência essencial-

e Veja as recomendações da OMS “Intrapartum care for a positive childbirth experience” em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.

mente descritiva, seria aquela que fornece os “fatos”, enquanto a bioética, como área de conhecimento eminentemente prescritiva (ou normativa), prepara o arcabouço moral por meio do qual avaliá-los.<sup>31,32</sup> Essa separação tem sido contestada por diversos autores (Nelson, 2000). Entre eles estão também Tom Beauchamp e James Childress, que nas versões mais recentes de seus *Princípios de Ética Biomédica*<sup>33</sup> distinguem uma “ética descritiva” (como é o caso) de uma “ética normativa” (como deveria ser o caso). No entanto, os autores admitem que a principal tarefa da ética continua sendo a de encontrar uma justificativa moral para certas ações, e que a ética descritiva ainda ocupa um lugar marginal na pesquisa bioética.<sup>33,34</sup>

Mais recentemente, alguns autores têm evocado o advento de uma “virada empírica” na bioética,<sup>32,35,36</sup> isto é, uma interpenetração bem-sucedida de perspectivas, temas e teorias bioéticas e os métodos de pesquisa empírica, que sempre tiveram uma conexão privilegiada com disciplinas como a sociologia e a antropologia.<sup>37,38</sup> Por outro lado, tal interpenetração é certamente fruto de uma expansão progressiva da bioética, que tem trazido à tona a necessidade de produzir conhecimento autônomo, isto é, guiado pelas questões e perspectivas de pesquisa que mais interessam aos membros dessa comunidade. Em outras palavras, a bioética hoje não se contenta mais em simplesmente “importar” evidências empíricas produzidas em outras áreas do conhecimento para então analisá-las e reutilizá-las em sua própria perspectiva – ou melhor, na multiplicidade de perspectivas que a compõem. A bioética, hoje, parece cada vez mais capaz de “promover” e “produzir” conhecimento empiricamente orientado. No entanto, como demonstrado pela ausência da bioética na pesquisa sobre o fenômeno da violência obstétrica, a integração de métodos de pesquisa empírica em nossa disciplina continua sendo uma necessidade concreta. Tal integração é de fundamental importância para reorientar as práticas profissionais e estimular uma mudança capaz de envolver toda a estrutura organizacional dos sistemas de saúde, especialmente onde dela dependem a proteção de direitos e o respeito às preferências, necessidades, valores e expectativas dos pacientes.

Nesse sentido, Leigh Turner destacou que, diferentemente de disciplinas como a sociologia e a antropologia, a bioética não tem sido capaz de cultivar adequadamente suas conexões com a esfera da saúde pública.<sup>37</sup> Isso explicaria por que a bioética hoje parece amplamente obcecada por questões de

vanguarda e dominada por preocupações e medos típicos da classe média.<sup>37</sup> Sem negar a importância dessas questões, Turner faz questão de sublinhar como isso levou a bioética a perder o interesse no contexto social, político e econômico no qual algumas questões éticas importantes são determinadas, incluindo saúde, doença, vida social e experiência moral.<sup>37</sup>

A visão de Turner nos leva a um terceiro fator que pode ter contribuído para a falta de interesse da bioética em evidência, a saber, o fato de que esse fenômeno tem sido muito mais comumente rastreado até contextos geográficos de países de baixa renda,<sup>4</sup> ou seja, a países nos quais a reflexão bioética parece ser menos desenvolvida do ponto de vista teórico e a penetração da bioética nos sistemas de saúde mais fraca do que em países ocidentais. Este ponto é certamente de crucial importância se considerarmos que, como descrito acima, os primeiros instrumentos regulatórios para contrastar a violência obstétrica foram adotados na América Latina, ou seja, precisamente em um contexto de países de baixa renda. Isso certamente pode derivar de um maior escopo e maior gravidade da violência obstétrica nesses países. Não se deve esquecer, contudo, que a bioética que se desenvolveu no contexto latino-americano – ou seja, um contexto marcado por injustiça social, desigualdades econômicas e sanitárias, dificuldades e disparidades no acesso aos serviços de saúde – parece muito dissonante daquela “bioética branca”<sup>11,39-40</sup> que expressa visões, teorias e abordagens típicas de algumas elites acadêmicas e científicas, e que, em última análise, refletem valores, preferências e crenças que, longe de serem universais, são típicos daquela bioética “mainstream” praticada e ensinada nas áreas mais ricas do planeta. Por outro lado, a bioética latino-americana e caribenha desenvolveu-se na esteira de uma identidade precisa, mais politizada do que em outros lugares, e não é por acaso que assumiu o rótulo de “bioética crítica” ou “bioética do Sul Global”.<sup>41-45</sup> A conceituação de tal bioética parte, de fato, do reconhecimento das profundas desigualdades sociais existentes na área da saúde e no acesso aos serviços de saúde oferecidos à população. Ao mesmo tempo, a bioética latino-americana e caribenha enfatiza a responsabilidade política da comunidade internacional pela persistência de mecanismos com raízes históricas e que ainda hoje alimentam a discriminação e a injustiça social, fenômenos que impactam negativamente a saúde de muitas pessoas em seus países.

A bioética do Sul Global compartilha os mesmos pressupostos da bioética do cotidiano,<sup>11,14</sup> uma perspectiva que se inspira no trabalho pioneiro do filósofo italiano Giovanni Berlinguer<sup>12,13</sup> com o objetivo de estimular a pesquisa e a análise aprofundada de questões que muitas vezes são “esquecidas” pelo debate bioético dominante em favor de questões consideradas “de ponta” e que abrem “dilemas éticos”. Como destacado acima, Leigh Turner também compartilhou esse tipo de preocupação ao sublinhar o distanciamento da bioética de alguns interesses de pesquisa e, conseqüentemente, também da metodologia de pesquisa qualitativa.<sup>37</sup> A bioética cotidiana, portanto, visa privilegiar questões que impactam a maioria da população das sociedades contemporâneas, como equidade em saúde, acesso a serviços de saúde, desigualdades e discriminação em saúde, atenção primária à saúde e saúde pública. Da perspectiva da bioética cotidiana, portanto, a violência obstétrica deixa de ser apenas uma “questão epidemiológica”, tornando-se também e acima de tudo um problema de justiça social global, uma questão urgente para uma bioética que visa “agir”<sup>46</sup> para proteger os direitos das mulheres no campo obstétrico. Em virtude do exposto, portanto, a seguir, analisarei alguns fatores que emergem do estado da arte da violência obstétrica e que parecem essenciais na construção de uma visão crítica bioética nesse domínio. Esses fatores são: a vulnerabilidade das mulheres no campo obstétrico, a relação entre autonomia e consentimento informado em relação a violência obstétrica e o impacto do racismo médico no campo obstétrico. Embora estejam extremamente interligados, esses fatores serão tratados separadamente a seguir com o único propósito de simplificar sua análise. Este último, obviamente, não pretende ser exaustivo, mas pretende ser um estímulo tanto para a discussão teórica quanto para a pesquisa empírica conduzida no campo da bioética.

### **Da vulnerabilidade à vulnerabilização das mulheres no campo obstétrico**

A condição de vulnerabilidade em que as mulheres se encontram no campo obstétrico parece ser um ponto de partida incontornável na perspectiva de uma bioética cotidiana. No entanto, esse fator não parece ter encontrado respaldo adequado na literatura de referência sobre a violência obstétrica até o momento. Esses dados contrastam com o fato de que tanto a tensão moral dos bioeticistas em relação ao tema da vulnerabilidade quanto a atenção

à condição de vulnerabilidade no contexto da ética aplicada à saúde têm assumido uma dimensão progressivamente crescente, especialmente no contexto europeu.<sup>47,48</sup> Nesse contexto, pode ser útil lembrar que a noção de vulnerabilidade representa um pilar da Declaração de Helsinque sobre a proteção dos seres humanos na pesquisa biomédica e também foi expressamente incluída na Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos, adotada pela UNESCO em 2005 (ver Art. 8).

As tentativas de definir vulnerabilidade em bioética são muitas e têm dado origem a um debate acalorado, visando esclarecer seus contornos e focar nos fatores que a influenciam e no papel que indivíduos, instituições e sociedade devem assumir para neutralizar ou mitigar seus efeitos. Alguns estudiosos<sup>49</sup> questionaram a própria capacidade heurística do conceito de vulnerabilidade, considerado muito amplo e potencialmente onipresente. Por outro lado, outros o criticaram por ser muito restrito, uma vez que reduziria a vulnerabilidade a uma questão de competência para dar o consentimento informado à pesquisa, achatando-a, assim, na avaliação de fatores que podem alterar essa capacidade.<sup>50</sup> Segundo outros,<sup>48</sup> um indivíduo é vulnerável quando sua autonomia, dignidade e integridade são ameaçadas. Nesse sentido, a vulnerabilidade pode ser considerada uma condição ontológica, ou seja, uma condição que surge das características intrínsecas do nosso ser no mundo, portanto, do condicionamento do nosso corpo e da própria finitude do ser humano.<sup>51</sup> O conceito de vulnerabilidade é, no entanto, frequentemente utilizado pela literatura especializada para evocar um *quid plus*, ou seja, o fato de os indivíduos estarem expostos a diferentes fatores de risco e possuírem diferentes recursos para reagir a eles.

A ausência de um debate bioético mais amplo sobre o tema da vulnerabilidade de gestantes e puérperas parece ser atribuível ao fato de que esse conceito frequentemente assumiu uma conotação de exploração dos mais fracos. Essa dimensão encontra confirmação concreta em pelo menos duas dimensões diferentes: a primeira é a da vulnerabilidade dos participantes de pesquisas científicas, noção consagrada sobretudo na já mencionada Declaração de Helsinque sobre pesquisa biomédica. O segundo refere-se aos atos de disposição do próprio corpo, ou a uma série de situações em que um indivíduo autoriza a doação ou o uso de seus próprios órgãos ou partes deles para permitir que outros se beneficiem deles – este é o caso típico da gestação para outrem ou da doação de órgãos. Com relação a

tais atos, de fato, é evidente que, especialmente no contexto dos chamados países “em desenvolvimento”, a vontade dos doadores pode se basear mais na possível condição de necessidade econômica do que em uma determinação efetiva de disposição do próprio corpo.

Essa predileção da bioética por uma conotação de vulnerabilidade em termos de potencial exploração traduziu-se na grande influência adquirida ao longo do tempo pelo princípio da autonomia, dentro de um contexto mais amplo que elevou a teoria dos princípios<sup>33</sup> como uma das teorias mais influentes de todos os tempos no campo da bioética e da ética médica nos países industrializados.<sup>52,53</sup> O favor incontestável que essa teoria desfruta há muito tempo levou à disseminação de uma visão voluntarista-contratualista, na qual o indivíduo – entendido como um “agente autônomo” – afirma seu “livre-arbítrio” por meio da expressão de consentimento informado ao tratamento que lhe diz respeito. Como foi sublinhado,<sup>54</sup> a predominância dessa visão levou a um achatamento da complexidade que inspira a bioética a uma espécie de lista de verificação, ou seja, a uma verificação da existência de alguns requisitos formais.<sup>55</sup> Por outro lado, a grande influência adquirida por essa visão parece estar inextricavelmente ligada às tendências de mercantilização e medicalização,<sup>47,56,57</sup> ou seja, a um contexto em que o indivíduo torna-se hiper-responsável pelas escolhas relativas à sua própria saúde e doença (sobre o qual ver mais detalhadamente no parágrafo 5).

Essa dimensão do conceito de vulnerabilidade – a da exploração dos mais fracos – é acompanhada por outra, que surge da análise das desigualdades sociais, que trazem à tona a questão da justiça em saúde. Nessa perspectiva, a vulnerabilidade é descrita como o nível de exposição a um determinado risco para a proteção ou manutenção da saúde.<sup>58</sup> Nesse sentido, a “população vulnerável” é aquela que, devido a uma série de fatores sociais, econômicos e culturais, não consegue prover a satisfação de suas necessidades de forma adequada.

Ambas as dimensões descritas, no entanto, não parecem ser capazes de contribuir de forma decisiva para uma reflexão bioética sobre o fenômeno da violência sexual. Por essa razão, é apropriado recorrer à perspectiva daqueles<sup>50</sup> que distinguem três possíveis camadas de vulnerabilidade, que se sobrepõem: vulnerabilidade inerente, vulnerabilidade situacional e vulnerabilidade patogênica. A vulnerabilidade inerente refere-se aos fatores que são coessenciais à condição humana, a partir de nossos corpos e

da necessidade relacionada de satisfazer uma série de necessidades, tanto físicas quanto emocionais, estas últimas derivadas de nossa natureza intrinsecamente social. A vulnerabilidade situacional, por outro lado, é aquela que pode ser rastreada até um contexto específico, isto é, aquela que surge da exposição a uma série de fatores sociais, culturais, políticos e econômicos, que podem afetar tanto o indivíduo em si quanto um grupo social. Esse tipo de vulnerabilidade é aquele de onde se origina o imperativo moral de oferecer suporte àqueles que estão expostos a tais fatores, reduzindo seu impacto e, ao mesmo tempo, adotando ações e medidas que, na medida do possível, coloquem esses sujeitos fora da condição de vulnerabilidade.<sup>50</sup> Por fim, há a vulnerabilidade de natureza patogênica, que ocorre quando a exposição aos fatores mencionados anteriormente é ignorada ou não é adequadamente combatida e quando ações e políticas paternalistas ou mesmo discriminatórias agravam essa condição, tornando-a uma espécie de círculo vicioso que se auto-perpetua.<sup>50</sup>

Os comportamentos acima classificados como atribuíveis ao fenômeno da violência obstétrica parecem ser relevantes para todas as três camadas de vulnerabilidade. A vulnerabilidade da gestante e da parturiente é, em certo sentido, “inerente” à condição de subordinação em que as mulheres ainda se encontram hoje, em sociedades industrializadas e não industrializadas.<sup>9,59</sup> A vulnerabilidade de tipo situacional está claramente ligada à situação da gestante e da parturiente, que requer uma necessária “confiança” no cuidado oferecido por terceiros. Em contextos industrializados, isso equivale especialmente a lidar com trajetórias de cuidado que podem ser caracterizadas por um alto nível de despersonalização e padronização, com o corpo da mulher exposto e privado de sua autonomia,<sup>10</sup> o que se traduz em uma desumanização do cuidado obstétrico.<sup>2,7</sup> Por fim, a vulnerabilidade patogênica emerge quando situações de abuso e negação de direitos – como as atribuíveis à violência obstétrica – são completamente ignoradas e “normalizadas” na rotina de cuidado, assumindo contornos de “violência institucional”.<sup>8,18</sup>

Esses três níveis de vulnerabilidade estão muito claramente interligados no trabalho de Lima *et al.*<sup>9</sup>, que relembram o processo de passivização das mulheres como um elemento rotineiro, “normal” e qualificam a não identificação da experiência de dor e desconforto por parte das mulheres que dão à luz como uma “estratégia de silenciamento”: «A

rotina hospitalar exige que as mulheres sejam dóceis em suas condutas, a fim de receber as intervenções médicas rotineiras sem muitos questionamentos. Uma das condutas passadas às mulheres, de forma velada ou abertamente, vista na fala “Não faça escândalo!”, é de que devem obedecer e cooperar. Essa é a lógica institucional imposta: médico/protagonista/poder ilimitado e parturiente/papel de cooperar/poder limitado.<sup>9</sup> A combinação de silenciamento e passivização parece emergir como um elemento caracterizador na literatura sobre a violência obstétrica.<sup>8</sup> Neste contexto, com efeito foi destacado que «as mulheres se calam diante da dor a fim de se protegerem da violência institucional, uma vez que há o pressuposto de que se a parturiente permanecer quieta, será mais bem assistida».<sup>18</sup> A passivização das mulheres que dão à luz também parece ser atribuída à falta de consciência sobre seus direitos sexuais e reprodutivos: «Na realidade, as mulheres não conseguem perceber se sofreram ou não atos de violência porque confiam nos cuidadores e também pela própria fragilidade física e emocional que os processos obstétricos acarretam. Acabam aceitando os procedimentos sem qualquer questionamento, não expressam seus desejos, suas dúvidas e sofrem em silêncio sem sequer saber que foram violadas».<sup>17</sup>

Essas evidências proporcionadas pela pesquisa qualitativa evidenciam, portanto, que a vulnerabilidade das mulheres no campo obstétrico, longe de ser uma condição ontológica, parece ser o resultado de processos que se desenvolvem ao longo dos três níveis anteriormente expostos – vulnerabilidade inerente, situacional e patogênica – e que as tornam estrutural e institucionalmente vulnerabilizadas.

### **Violência obstétrica, autonomia e consentimento informado**

A vulnerabilização das mulheres no campo obstétrico está intimamente relacionada à fragilidade intrínseca do consentimento informado como ferramenta de proteção e garantia de direitos no campo da saúde<sup>60-62</sup> e, especialmente, no campo obstétrico.<sup>10,63,64</sup> Um estudo que coletou depoimentos narrativos de algumas parteiras<sup>10</sup> destacou que a autonomia das mulheres no campo obstétrico é ameaçada pela consideração inadequada da ferramenta do consentimento informado. Nesse contexto, destacou-se que às vezes «os profissionais têm fracas competências de comunicação (não se trata de dar explicações longas, mas sim de garantir que as mulheres compreendem o que lhes é dito), fornecem informações tendenciosas

ou manipuladas (para direcionar as respostas das mulheres) e até mesmo falta de informação».<sup>10</sup> Outros testemunhos de parteiras<sup>65</sup> revelam que o sistema de saúde é percebido por elas como um sistema «sexista e paternalista», onde os profissionais são frequentemente levados a tomar decisões em nome das pacientes.

A bioética sempre esteve atenta aos problemas que afetam a relação médico-paciente nos sistemas de saúde dos países industrializados. Em particular, as repercussões negativas da assimetria na relação de cuidado são conhecidas há muito tempo,<sup>66,67</sup> bem como a existência de diferentes linguagens de comunicação.<sup>68-71</sup> Esses fatores representam um sério obstáculo para promover um encontro entre o que pode ser considerado o “mundo vital” do paciente, com seu sofrimento, significados e o contexto social em que está imerso, e o sistema de conhecimento técnico, padronizado, altamente burocratizado e expresso formal e jargonicamente do qual o médico é portador. Além disso, desde a década de 1980, uma literatura sociológica e filosófica de peso tem destacado – a partir de perspectivas teóricas extremamente distintas – que o que se estabelece entre médico e paciente pode ser considerado, em todos os aspectos, como uma “relação de poder”.<sup>72-77</sup> Isso ajuda a explicar as razões pelas quais o paciente frequentemente se encontra em uma condição de subordinação não apenas na presença do médico, mas, de forma mais geral, na busca por seu caminho através das complexidades dos sistemas de saúde contemporâneos.<sup>79,80</sup>

Essas considerações são amplificadas ao se considerar a condição de subordinação frequentemente sofrida pelas mulheres nos sistemas de saúde dos países industrializados, onde seu corpo aparece cada vez mais “redefinido” em um sentido puramente biológico, que tende a reduzi-lo a um instrumento de reprodução humana. Evidências qualitativas mostram, de fato, que a relação de cuidado no campo obstétrico é frequentemente caracterizada por um sentido paternalista, o que implica que a mulher «vista como o sexo frágil, precisa ser mantida sob a autoridade patriarcal»<sup>17</sup> e que o ato do parto é cada vez mais compreendido como um «ato centrado no profissional e sujeito a práticas violentas».<sup>17</sup> A assimetria na relação de cuidado e o abuso de autoridade médica em relação às mulheres emergem como elementos-chave neste depoimento sobre práticas obstétricas cotidianas na saúde brasileira: «Os profissionais de saúde, revestidos de sua autoridade técnico-científica e respaldados por relações

desiguais de poder perante as usuárias, utilizam a autoridade para manter a obediência a regras, rompendo as interações humanas e levando ao enfraquecimento dos vínculos entre suas pacientes e à crise de confiança no cuidado prestado, uma vez que tal abordagem acarreta a perda da autonomia da mulher e de seu direito de decidir sobre questões relacionadas ao seu corpo.<sup>17</sup>

De um ponto de vista diferente, a biologização do corpo feminino é acompanhada por uma medicalização significativa, ou seja, uma extensão do olhar médico a todas as áreas de seu funcionamento. Os processos de inovação tecnológica e a hiperespecialização do conhecimento médico nos sistemas de saúde modernos alimentam a tendência à fragmentação dos corpos das pacientes e à objetivação de categorias médicas.<sup>56</sup> Esses processos têm o efeito final de reforçar um imperativo de saúde<sup>57</sup> dentro do qual o paciente em geral, e as mulheres em particular, tornam-se hiper-responsáveis por suas escolhas no setor de saúde.<sup>47</sup> Essa responsabilidade pela gestão da própria saúde – e possivelmente da própria doença – ocorre por meio da adesão proativa a um complexo de atividades, benefícios e serviços cujo efeito final é questionar a relação convencional entre o uso de cuidados de saúde tradicionalmente compreendidos e o cuidado com o bem-estar pessoal.<sup>47</sup> Essa tendência parece extremamente controversa, uma vez que é realizada sob a égide de um maior empoderamento da autonomia do paciente, um objetivo certamente louvável “no papel”. No entanto, atribuir ao paciente um grau tão alto de autonomia e agência muitas vezes parece incompatível com a condição de sofrimento que tipicamente acompanha a doença – às vezes até mesmo a simples suspeita de estar doente – ou, em qualquer caso, com a condição daqueles que estão prestes a se beneficiar dos cuidados de saúde. Este tipo de autonomia de inspiração individualista-contratual, de fato, caracteriza o paciente como um ser independente e autossuficiente,<sup>78</sup> relegando a um plano secundário a importância das relações sociais e de outros fatores que influenciam e condicionam a autonomia individual e, portanto, a adoção de determinadas escolhas no campo da saúde. Nesse sentido, Martín-Badia *et al.*<sup>10</sup> destacam que «acompanhar adequadamente as mulheres durante o parto significa que a autoridade deve ser, pelo menos, compartilhada entre mulheres e profissionais».

Em outras palavras, o respeito à autonomia do paciente não pode ser reduzido apenas ao respeito à sua vontade – como poderia ser na perspectiva de

uma autonomia individualista. Pelo contrário, reside em processos de negociação e coconstrução de uma vontade pelo paciente, nos quais a informação, a conscientização e a empatia desempenham um papel fundamental. Não é por acaso que, em outras áreas além da obstetria, abordagens de tomada de decisão compartilhada<sup>79</sup> e empoderamento do paciente<sup>62</sup> representam elementos coessenciais da prática médica. A responsabilidade excessiva do indivíduo no campo da saúde corre o risco de fazer com que o cerne da proteção da saúde deslize do nível da questão social para o da responsabilidade pessoal. Esse processo pode exacerbar o reducionismo do paradigma biomédico, transformando a epistemologia médica em uma “epistemologia do indivíduo”.<sup>47</sup>

### Violência obstétrica, racismo e bioética

Uma vasta literatura tem demonstrado que o racismo é um fator decisivo para a manutenção dos níveis de saúde e para a possibilidade de acesso a cuidados adequados. Com efeito, o racismo e a discriminação na área da saúde são considerados determinantes sociais da saúde e da doença.<sup>81</sup> Por exemplo, evidências empíricas relacionadas ao sistema de saúde brasileiro apresentam dados muito claros a esse respeito: «No Brasil, as mortes maternas de mulheres negras são cerca de duas vezes maior em comparação às de mulheres brancas. (...) Uma análise sobre as disparidades raciais nos cuidados obstétricos observou que, quando comparadas às brancas, as mulheres que se autotransferem como pardas (a partir da classificação do IBGE) apresentam maior risco de pré-natal com menos consultas e ausência de acompanhante. As que se classificam como pretas, além dos riscos anteriores, são maioria entre as que relatam ausência de vínculo com a maternidade de referência, peregrinação e que apresentam riscos mais elevados de não receber anestesia local quando realizada a episiotomia».<sup>9</sup>

O racismo não é um fenômeno em si, mas se alimenta e, por sua vez, alimenta outros fenômenos discriminatórios, gerando assim uma espiral sociopatogênica<sup>14</sup> que agrava ainda mais a vulnerabilidade da pessoa discriminada. Estudos que analisam a interseção entre diferentes fatores de discriminação se cristalizaram a partir do trabalho teórico de Kimberly Crenshaw<sup>82</sup> sobre interseccionalidade, que hoje representa um arcabouço teórico de referência para pesquisas nessa área.<sup>9,59</sup> Nesse sentido, Brah<sup>59</sup> lembra como estruturas de classe, racismo, gênero e

sexualidade não podem ser tratados como “variáveis independentes”, pois a opressão de cada um está inscrita no outro. O racismo também parece ser um elemento central na análise do fenômeno da violência contra a mulher. Isso surge com muita clareza na literatura de alguns contextos – especialmente na América Latina, onde a miscigenação é particularmente marcante e a atenção dada a esse tema é certamente maior do que em outros lugares.<sup>9,17</sup> No entanto, não se pode excluir que, mesmo onde a violência obstétrica é menos investigada, o racismo possa ter um impacto decisivo.

O ponto de convergência da literatura que traçou uma conexão entre racismo e violência obstétrica é muito claro: o risco de sofrer violência obstétrica é maior para mulheres negras<sup>9</sup> ou, em qualquer caso, para grupos de mulheres que podem ser considerados mais vulneráveis.<sup>17</sup> Entre elas estão: «aquelas pertencentes a minorias étnicas, adolescentes, pobres, com baixa escolaridade, usuárias de drogas, mulheres em situação de rua, mulheres sem acompanhamento pré-natal e sem acompanhante no momento do atendimento». Por exemplo, o trabalho de Lima *et al.*<sup>9</sup> no contexto brasileiro relata que «analisando os percentuais de mulheres que relataram violência verbal, física ou psicológica no atendimento ao parto, esses foram maiores para as negras, de menor escolaridade, com idade entre 20 e 34 anos e nordestinas. No pós-parto, as mulheres negras são mais vulneráveis ao risco de infecção no sítio cirúrgico após a cesariana, agravo que tem íntima relação com a baixa qualidade dos cuidados puerperais». Na perspectiva adotada por esses autores, a maior exposição de mulheres negras ao fenômeno da violência obstétrica pode ser atribuída à relação altamente assimétrica entre paciente e médico,<sup>9</sup> uma relação que – em consonância com o que foi descrito no parágrafo anterior – deve ser considerada uma relação de “saber-poder”. Nessa relação, «o conhecimento formal e perito ocupa um lugar privilegiado, conformando assim uma hierarquização de saberes». A assimetria na relação se agrava na medida em que a essa hierarquia se somam outros fatores de discriminação, como raça, classe social, condições econômicas: «Nesses encontros, quando “o paciente” é uma mulher negra, tal assimetria é reforçada não apenas pelos mecanismos de opressão de gênero, mas pela raça».<sup>9</sup>

Uma das principais contribuições para o estudo da relação entre violência obstétrica e racismo é certamente a da antropóloga americana Dana-Ain Davis.<sup>83</sup> Segundo Davis, «embora a violência obstétrica


seja uma análise potente para compreender como o abuso é vivenciado em qualquer momento durante os processos de assistência à saúde materna, ela não leva em conta adequadamente os contornos do racismo que se materializam durante os atendimentos médicos de mulheres negras».<sup>83</sup> Em primeiro lugar, o trabalho de Davis é útil na medida em que relembra uma matriz histórica de evidências empíricas que mostram o corpo feminino negro cercado por preconceitos e estereótipos racistas.<sup>84-87</sup> Como Davis efetivamente aponta, de fato, «o racismo médico está entrelaçado na narrativa histórica das práticas reprodutivas, ginecológicas e obstétricas, nas quais os corpos das mulheres negras foram valorizados como “supercorpos médicos”». Davis então combina a expressão “racismo obstétrico” como um fenômeno na intersecção entre racismo médico e violência obstétrica, e distingue sete dimensões possíveis: erros de diagnóstico; negligência, indiferença ou desrespeito; causar dor intencionalmente; coerção; cerimônias de degradação; abuso médico.<sup>83</sup>

A caracterização “folclórica” do corpo da mulher negra demonstrou ser funcional à perpetração de abusos não apenas na assistência à saúde cotidiana, mas também na experimentação biomédica, visto que esse corpo era considerado “imune” à dor, portanto suscetível a ser submetido a cirurgia mesmo na ausência de anestesia.<sup>7</sup> Nesse sentido, Santana *et al.*<sup>7</sup> lembram: «É importante compreender que muito do conhecimento médico em obstetrícia adquirido e praticado ainda hoje, foi desenvolvido a partir da experiência com mulheres pobres ou escravizadas da época. Um exemplo conhecido é a respeito do médico americano James Marion Sims, considerado como “pai da ginecologia moderna”. Sims realizava cirurgias nas mulheres sem anestesia, pois, segundo ele, as mulheres pretas tinham uma tolerância fisiológica incomum para a dor. O mito de que a mulher negra é resistente à dor surge através dessas experiências de intervenções cruéis e desumanas. Essa teoria é usada até hoje para refutar a execução de condutas abusivas e violentas na prestação de assistência às mulheres negras no parto».

## Conclusões

A violência obstétrica representa uma ameaça concreta à saúde reprodutiva das mulheres e de seus filhos ainda não nascidos, ameaça que se agrava no caso de grupos de mulheres racializadas ou particularmente vulneráveis. Uma perspectiva de bioética do cotidiano, como a que tentamos desenvolver

aqui, não pode considerar a violência obstétrica meramente como uma questão epidemiológica e de saúde. Em vez disso, a violência obstétrica deve ser entendida como uma expressão de opressão e exploração, ou uma questão de injustiça social de natureza global. Isso implica que a violência obstétrica esteja entre as áreas do conhecimento nas quais a bioética precisa “entrar em ação” para reunir conhecimento valioso nessa área, mas, acima de tudo, para transformar esse conhecimento em contraste com esse fenômeno.

Educar os profissionais de saúde é essencial para atingir esse objetivo. Com base na análise proposta neste trabalho, parece oportuno propor algumas recomendações essenciais dirigidas à comunidade de pesquisadores e docentes de bioética, mas também aos profissionais de saúde envolvidos nas áreas obstétrica, ginecológica e neonatal: 1) promover maior sensibilidade no campo educacional para a questão da violência obstétrica, suas formas e suas repercussões na saúde da mulher; 2) reorientar as práticas adotadas pelos profissionais na prática médica de rotina, estimulando o diálogo com suas pacientes; 3) adotar boas práticas nas instituições de saúde para melhor gerir a condição de vulnerabilidade das mulheres nos campos obstétrico, ginecológico e neonatal; 4) adotar medidas para garantir os direitos das mulheres sem discriminação com base no fenótipo ou outros fatores sociais ou econômicos. 

## Conflitos de interesse

O autor declara não ter conflitos de interesses.

## Financiamento

O autor não recebeu qualquer financiamento para o desenvolvimento deste texto científico.

## Referências

- Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):65-73.
- Ramallo-Castillo RM, et al. Violencia obstétrica, una visión actual. Definición, percepción por parte de profesionales y propuestas de mejora. *Revisión narrativa. Ginecol Obstet Mex*. 2024;92(2):85-96.
- Leite T, et al. Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2014;29:e12222023.
- García LM. Obstetric violence in the United States and other high-income countries: an integrative review”. *Sex Reprod Health Matters*. 2024;31:1:1-26.
- Castrillo B. Tell me by whom is defined and I'll tell if it is violent: a reflection on obstetric violence. *Sex Salud Soc (Rio J)*. 2016;24:43-68.
- Zanardo GL, et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*. 2017;29: e155043.
- Santana AT, et al. Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica. *Cien Saude Colet*. 2024;29(9): 1-8.
- Oliveira MC, Mercês MC. Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*. 2017;11(6):2483-2489.
- Lima KD, Pimentel C, Lyra TM. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Cien Saude Colet*. 2021;26(Supl. 3): 4909-4918.
- Martín-Badia J, Obregón-Gutiérrez N, Goberna-Tricas J. Obstetric Violence as an Infringement on Basic Bioethical Principles. Reflections inspired by focus groups with midwives. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3): 12553.
- Botrugno C. The racial epistemicide of bioethics. In: Botrugno C, Raymundo MM; Re L (Eds.). *Bioethics and racism: Practices, conflicts, negotiations and struggles*. Berlin: De Gruyter; 2023.
- Berlinguer G. *Bioetica quotidiana*. Firenze: Giunti; 2000.
- Berlinguer G. *Everyday Bioethics: Reflections on Bioethical Choices*. New York: Baywood Publisher; 2003.
- Botrugno C. Healthcare, migrations and everyday bioethics: Weighing the difference. *L'altro Diritto*. 2018; 1: 91-118.
- Martínez-Galiano JM, et al. Obstetric Violence from a Midwife Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20: 4930.
- Massó-Guijaro E. La violencia obstétrica como injusticia epistémica: el parto en disputa. *Salud Colect*. 2023;19:e4464.
- Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3069.
- Matos MG, et al. Violência Obstétrica e Trauma no Parto: O Relato das Mães. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2021;41:e219616.
- Simpson M, Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*. 2016;29(3): 203-207.
- Pasche D, et al. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2010;4(4):105-117.
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. *Violencia obstétrica*. 2019. <https://www.fundacionvoto.org.ar/noticias-novedades/docs/comunicadosego-julio2021.pdf>.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. *Manifiesto FAME contra la violencia obstétrica en España*. 2019. <https://matronasextremadura.org/manifiesto-fame-contra-la-violencia-obstetrica-en-espana/>.
- Brasil, Ministério da Saúde. *Despacho*. 2019. [https://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&codigo\\_verificador=9087621&codigo\\_crc=1A6F34C4&hash\\_download=3a1a0ad9a9529cf66ec09da0eaa100f43e3a-71dadcb400a0033aeade6e480607ee223e8f2fb1395ed3ce25c6062032968378cd9f7a37a4dc6dfb5a3aa708709d&visualizacao=1&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=3a1a0ad9a9529cf66ec09da0eaa100f43e3a-71dadcb400a0033aeade6e480607ee223e8f2fb1395ed3ce25c6062032968378cd9f7a37a4dc6dfb5a3aa708709d&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0).
- Conselho Federal de Medicina. CFM apoia MS em decisão sobre o termo violência obstétrica. 2019. [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28210:2019-05-09-18-50-35&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28210:2019-05-09-18-50-35&catid=3).
- Ministério Público Federal. MPF recomenda ao Ministério da Saúde que atue contra a violência obstétrica em vez de proibir o uso do termo. 2019. <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atuecontra-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>.
- Brasil, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. *Óbitos maternos*. 2017. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>.
- Brasil, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. *Nascidos vivos Brasil*. 2017. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.

28. Perez EB. Nacer en casa. Una reflexión sobre bioética y derechos humanos. *Cuad Bioet.* 2022;33(107): 67-86.
29. Leal MC, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica.* 2014;30: S17-S47.
30. Botrugno C. Bioetica ed etnografia: note riflessive sui dilemmi etico-metodologici nella conduzione di ricerca in ambito medico-sanitario. *Ragion Pratica.* 2023; 1:205-218.
31. Haimes E. What can the social sciences contribute to the study of ethics? Theoretical, empirical and substantive considerations. *Bioethics.* 2002;16(2):89-113.
32. Musschenga AW. Empirical Ethics, Context-Sensitivity, and Contextualism. *J Med Philos.* 2005;30(5):467-490.
33. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* Oxford: Oxford University Press; 2001.
34. Hedgecoe AM. Critical bioethics: Beyond the social science critique of applied ethics. *Bioethics.* 2004;18(2):120-143.
35. Borry P, Schotsmans P, Dierickx K. The Birth of the Empirical Turn in Bioethics. *Bioethics.* 2005; 19:49-71.
36. Hurst S. What 'Empirical turn in bioethics?'. *Bioethics.* 2010;24(8):439-444.
37. Turner L. Bioethics, Social Class, and the Sociological Imagination. *Camb Q Healthc Ethics.* 2005;14:374-378.
38. Turner L. Bioethics needs to rethink its agenda. *BMJ.* 2004;328:7432.
39. Myser C. Differences from Somewhere: The Normativity of Whiteness in Bioethics in the United States. *Am J Bioeth.* 2003;3(2):1-11.
40. Raymundo MM, Lorenzo C. The whiteness of bioethics and racism in healthcare. In: Botrugno C, Raymundo MM, Re L (Eds.), *Bioethics and Racism. Practices, Conflicts, Negotiations and Struggles.* Berlin: De Gruyter; 2023.
41. Cunha T, Lorenzo C. Bioética global na perspectiva da bioética crítica. *Rev. Bioét.* 2014;22(1):116-125.
42. De Lopez VC, Sánchez D, Garrafa V, Peralta-Corneille A. The Impact of the UNESCO International Bioethics Committee on Latin America: Respect for Cultural Diversity and Pluralism. In: Bagheri A. et al. (Eds.). *Global Bioethics: The Impact of the UNESCO International Bioethics Committee.* Advancing Global Bioethics. Cham: Springer; 2016.
43. García Alarcón RH. A bioética na perspectiva latino-americana, sua relação com os direitos humanos e a formação da consciência social de futuros profissionais. *Rev Latinoam Bioet.* 2012;12(2):44-51.
44. Hall BL, Tandon R. Decolonization of knowledge, epistemicide, participatory research and higher education. *Research for All.* 2017;1(1):6-19.
45. Lorenzo C, Garrafa V. Ensayos clínicos, Estado y sociedad: ¿dónde termina la ciencia y empieza el negocio?. *Salud Colectiva.* 2011; 7(2):166-170.
46. Botrugno C. Diritto alla salute e migrazioni internazionali: per una bioetica in azione. *Jura Gentium.* 2019; 16(2):102-126.
47. Botrugno C, Re L. Homo Medicus e Commodification: una prospettiva bioetica? *Jura Gentium.* 2020; 17(1): 7-28.
48. Rendtorff JD. Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability. *Med Health Care Philos.* 2002;5(3):2352-44.
49. Luna F. "Elucidating the concept of vulnerability: Layers, not labels". In: *Int J Fem Approaches Bioeth.* 2012;2(1):121-139.
50. Rogers W, et al. Why Bioethics Needs a Concept of Vulnerability. *Int J Fem Approaches Bioeth.* 2021;5(2): 11-38.
51. O'Neill O. *Towards Justice and Virtue.* New York: Cambridge University Press; 1996.
52. Dawson A, Garrard E. In defence of moral imperialism: Four equal and universal prima facie principles. *J Med Ethics.* 2006;32(4):200-204.
53. Harris J. In praise of unprincipled ethics. *J Med Ethics.* 2003;29(5):303-306.
54. Demény E. The principle of vulnerability and its potential applications in bioethics. *Ethics & Bioethics (in Central Europe).* 2016;6(3-4):181-186.
55. Botrugno C. Information technologies in healthcare: Towards a new geography of right to health. *Italian Journal of Legal Philosophy.* 2021;1:163-188.
56. Botrugno C. Innovazione tecnologica in salute e commodification: verso un nuovo dovere di protezione dell'individuo?. *Jura Gentium.* 2020;17(1):140-167.
57. Evans A, Riley S, Robson M. Postfeminist healthism: Pregnant with anxiety in the time of contradiction. *Jura Gentium.* 2020;17(1):95-118.
58. Flaskerud JH, Winslow BJ. Conceptualizing vulnerable population's health-related research. *Nurs Res.* 1998;47(2):69-78.
59. Brah A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu.* 2006; 26:329-376.
60. Cocanour CS. Informed consent. It's more than a signature on a piece of paper. *Am J Surg.* 2017;214(6):993-997.
61. Grady C. Enduring and emerging challenges of informed consent. *N Engl J Med.* 2016;372(9):855-862.
62. Hagopian COP. From informed to empowered consent. *Nurs Philos.* 2024;25(1):e12475.
63. Jolly Y, et al. "We are the ones who should make the decision". Knowledge and understanding of the rights-based approach to maternity care among women and healthcare providers". *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19:42-49.
64. Kingma E. Harming one to benefit another: The paradox of autonomy and consent in maternity care. *Bioethics.* 2021;35:456-464.
65. Newnham E, Kirkham M. Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nurs Ethics.* 2019;26:2147-2157.
66. Osorio JH. Evolution and changes in the physician-patient relationship. *Colomb Med.* 2011;42(3):400-405.
67. Cazzullo C, Poterzio F. *Paziente e medico: fenomenologia e prassi della relazione terapeutica.* Roma: Edizioni internazionali; 2007.
68. Clark JA, Mishler EG. Attending to patients' stories: referencing the clinical task. *Sociol Health Illn.* 1992;14:344-372.
69. Dowrick C. Rethinking the doctor-patient relationship in general practice. *Health Soc Care Community.* 1997;5:11-14.
70. Ha FJ, Longnecker N. Doctor-patient communication. A review. *Ochsner J.* 2010;10:38-43.
71. Silverman D. *Communication and medical practice: social relations in the clinic.* London: Sage; 1987.
72. Szasz T. *The Medicalization of Everyday Life.* Syracuse, New York: Syracuse University Press; 2007.
73. Conrad P. *The Medicalization of Society.* Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press; 2007.
74. Foucault M. *Naissance de la biopolitique.* Paris: Hautes Etudes Seuil; 1979.
75. Foucault M. *Naissance de la Clinique: Une Archéologie du Regard Médical.* Paris: Presses Universitaires de France; 1963.
76. Foucault M. *Surveiller et punir. Naissance de la prison.* Paris: Gallimard; 1975.
77. Illich I. *Medical Nemesis: The expropriation of health.* New York: Pantheon; 1976.
78. Zwijsen SA, et al. Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: An overview of the literature. *Aging Ment Health.* 2011;15:419-427.
79. Da Gama AD. La crise de la médecine contemporaine ou la second mort d'Hippocrate. *J Mal Vasc.* 2001;5(26):287-289.
80. Fairman B, Tariman JD. Shared Decision Making: Improving Patient Outcomes by Understanding the Benefits of and Barriers to Effective Communication. *Clin J Oncol Nurs.* 2019;23(5):540-542.
81. Donati P. Le trasformazioni del rapporto comunicativo nella relazione interpersonale medico-paziente. *Rass Ital Sociol.* 1984;4:547-571.
82. Oppel RA, et al. The Fullest Look Yet at the Racial Inequity of Coronavirus. *New York Times.* 2020. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/07/05/us/coronavirus-latinos-african-americans-cdc-data.html>.

83. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista estudos feministas*. 2002; 10(1):171-188.
84. Davis DA. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Med Anthropol*. 2019;38(7):560-573.
85. Berry DR. *Their Price for Their Pound of Flesh: The Value of the Enslaved from Womb to Grave in the Building of a Nation*. Boston, MA: Beacon Press; 2017.
86. Cooper Owens D. *Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology*. Athens, GA: University of Georgia Press; 2017.
87. Hoberman J. *Black and Blue: The Origins and Consequences of Medical Racism*. Berkeley, CA: University of California Press; 2012.
88. Wilkie L. *The Archaeology of Mothering: An African-American Midwife's Tale*. New York: Routledge; 2013.

**Submissão** 17.05.2025

**Aceitação** 30.05.2025

**Publicação** 30.06.2025