

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

RESPONSABILIDADE E REPARAÇÃO:
TESTEMUNHO SOBRE UM CASO DE MORTE MATERNA NA PANDEMIA DE
COVID-19 NO BRASIL

MARIANA SILVINO PARIS

Brasília

2022

MARIANA SILVINO PARIS

**RESPONSABILIDADE E REPARAÇÃO:
TESTEMUNHO SOBRE UM CASO DE MORTE MATERNA NA PANDEMIA DE
COVID-19 NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Direito.
Orientadora: Profa. Dra. Debora Diniz

Brasília

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIANA SILVINO PARIS

**RESPONSABILIDADE E REPARAÇÃO:
TESTEMUNHO SOBRE UM CASO DE MORTE MATERNA NA PANDEMIA DE
COVID-19 NO BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovada em 25 de julho de 2022

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Débora Diniz – Presidente da Banca Universidade de Brasília

Professora Doutora Gabriela Rondon – Membro Efetivo, Externo ao Programa Universidade de Brasília

Professora Doutora Janaína Penalva – Membro Efetivo Universidade de Brasília

Professora Doutora Arbel Griner (Membro suplente)

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada com base em um caso de morte materna durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Trata-se de um testemunho sobre a história de Ariane, cujo objetivo é analisar as possibilidades de responsabilização e reparação em seu caso. Testemunho é um ato de fala feminista para um registro de memória transformador, com o objetivo de interpelar os poderes que contribuíram para o desfecho fatal do caso. Para isso, articulo os verbos feministas lembrar e reparar e, a partir dos relatos de familiares, de registros de saúde e parecer técnico, identifiquei que houve atraso em atender os sintomas dela de forma adequada, desconsideração da condição de puérpera, demora em investigar hipóteses diagnósticas e a prescrição de hidroxicloroquina. Ao testemunhar a história dela, entendo que, escavar o direito é imaginar possibilidades que considerem o cenário de morte materna no Brasil durante a pandemia de COVID-19 como, entre outros fatores, reflexo de condições de maternidade no Sul Global, da ausência de centralidade de questões de saúde sexual e reprodutiva, assim como as disparidades de gênero e raça. Interpreto as possíveis violações de direito no caso como manifestações do patriarcado e do racismo na biomedicina, as quais despertam a problematização da categoria jurídica de erro médico. Minha argumentação é construída da seguinte forma: apresento a demanda posta pela família, as considerações éticas e escolhas metodológicas para o caso; discorro sobre o contexto de mortalidade materna no Brasil e aponto para a importância da justiça reprodutiva e da interseccionalidade como lentes que me permitem interrogar os poderes que contribuíram, entre outros fatores, para o desfecho fatal no caso; na sequência, abordo a biomedicina como um saber e um poder que manifestam e articulam o patriarcado e o racismo; por fim, investigo as possibilidades jurídicas a respeito das violações de direitos no caso, com o objetivo de construir respostas que se afastam das interpretações racistas e patriarcais do direito para desafiá-lo a partir das noções desenvolvidas nos capítulos anteriores. Concluo pela necessidade de leituras das categorias jurídicas a partir da realidade das populações mais afetadas pelas crises sanitárias, através das lentes proporcionadas por testemunhos transformadores das interpretações racistas e patriarcais do direito.

Palavras-chave: Testemunho. Morte materna. COVID-19. Responsabilidade. Reparação.

ABSTRACT

This research was based on a case of maternal death during the COVID-19 pandemic in Brazil. It is a testimony about Ariane's history, aiming to analyze the possibilities of responsibility and reparation in her case. Testimony is a kind of feminist speech act for a transformative memory record, with the aim of questioning the powers that contributed to the fatal outcome in this case. For this, I articulate the feminist verbs remember and repair and, based on the family members interviews, health records and technical opinion, I identified that there was a delay in adequately attending to her symptoms, disregard of her puerperal condition, delay in investigating diagnostic hypotheses and the prescription of hydroxychloroquine. By witnessing her story, I consider that investigating the law is to imagine possibilities that consider the scenario of maternal death in Brazil during the COVID-19 pandemic as, among other factors, a reflection of maternity conditions in the Global South, the absence of centrality of sexual and reproductive health issues, as well as gender and racial disparities. I interpret the possible violations in the case as manifestations of patriarchy and racism in biomedicine, which raise the question of the legal category of medical error. My argument is constructed as follows: I present the demand posed by the family, the ethical considerations and methodological choices for the case; I discuss the context of maternal mortality in Brazil and point out to the importance of reproductive justice and intersectionality as lenses that allow me to question the powers that contributed, among other factors, to the fatal outcome in the case; then, I approach biomedicine as a knowledge and a power that manifest and articulate patriarchy and racism. Finally, I investigate the legal possibilities regarding the violations in the case, aiming to build responses that move away from racist and patriarchal interpretations of the law to challenge it from the notions developed in the previous chapters. I conclude it is necessary to read the legal categories from the reality of the populations most affected by health crises, through the lens provided by testimonies that transform racist and patriarchal interpretations of law.

Keywords: Testimony. Maternal death. COVID-19. Responsibility. Repair.

SUMÁRIO

Prólogo	7
Capítulo 1: A demanda	11
1.1 Lembrar e reparar: verbos feministas para análise de um acontecimento	12
1.2 O acesso ao caso e o conhecimento por demanda.	17
1.3 Nomear a mulher do caso	21
Capítulo 2: O contexto	24
2.1 Mortalidade materna e saúde da mulher negra: dados reveladores de disparidades de gênero, raça e classe	28
2.2 Emergências sanitárias e condições de maternidade no sul global	32
2.3 Lentes que possibilitam interrogar poderes hegemônicos: interseccionalidade e justiça reprodutiva	35
Capítulo 3: Enquadramentos jurídicos do caso: problematizações do erro médico	41
3.1 Erro médico, violência obstétrica e patriarcado	42
3.2 A construção da biomedicina como um saber para Michel Foucault	48
3.3 Uma revisão de literatura sobre o patriarcado na biomedicina	52
Capítulo 4: Responsabilidade e reparação: possibilidades e desafios ao direito	60
4.1 Responsabilidades e reparação	60
4.2 Imprudência: experimentação e violação do dever de cuidado na prescrição de hidroxicloroquina	65
4.3 Negligência: inobservância dos deveres de cuidado e violência obstétrica	73
Epílogo	78
Referências	83

Prólogo

Em 2021, o grupo de pesquisa envolvido no projeto “*Histórias de mulheres em tempos de pandemia: um estudo sobre mortalidade materna*”¹ entrevistou familiares de mulheres que perderam suas vidas durante a gestação, parto ou puerpério, na pandemia de COVID-19 no Brasil. O objetivo das entrevistas foi entender as experiências dessas mulheres buscando atendimento médico. Os achados da investigação foram publicados em abril de 2022 (DINIZ; BRITO; RONDON, 2022). Além de compreender o atendimento em saúde, definimos como agenda de pesquisa responder à questão: *o que fizeram com elas?*

Em abril de 2021, a família de Ariane Sobreira Sato foi ouvida. Conhecemos por intermédio André e Aline, irmãos dela, os detalhes de sua gestação, parto e pós parto. Com base no relato dos familiares, registros de saúde, prontuários médicos² e parecer técnico³ testemunho⁴ a história de Ariane. Faço isso para, ao refletir sobre este *acontecimento*⁵ diante de nós, desafiar o dobramento médico-jurídico que se conjuga em torno do patriarcado e do racismo, investigando as possibilidades de reparação e responsabilização à luz da justiça reprodutiva e da interseccionalidade.

¹ A pesquisa é executada pela Anis – Instituto de Bioética, organização não governamental que é fonte dos dados e gentilmente cedeu-me acesso aos casos e informações, por intermédio de Termo de Compromisso para Acesso a Dados de Pesquisa para Fins de Estudo Derivado. Os direitos autorais correspondentes são reservados à instituição.

² Acessei essa documentação após autorização da família, consubstanciada em Termo de Consentimento para uso de dados em pesquisa. Como advogada, obtive procuração para requerer a documentação médica em nome de Aline, irmã de Ariane. Detalho aspectos relacionados à dupla posição de advogada e pesquisadora na seção “Acesso ao caso e o conhecimento por demanda”.

³ A respeito da literatura médica e demais aspectos técnicos, este trabalho se beneficiou do suporte da médica Ilana Ambrogi, que produziu parecer técnico com base nos documentos médicos do caso, conforme detalhado na seção “Acesso ao caso e o conhecimento por demanda”.

⁴ Compreendo testemunho como um ato de fala feminista para o registro e memória deste caso, com o objetivo de interpelar os poderes e contribuir para a transformação da realidade. Desenvolvo este conceito no Capítulo 1, com base no verbo feminista *falar* pensado por Débora Diniz e Ivone Gebara (DINIZ; GEBARA, 2022), assim como nos elementos constitutivos do testemunho para Paulo Freire (DINIZ, 2021).

⁵ Sinteticamente, para Michel Foucault, o acontecimento é a noção constitutiva da análise problematizadora da realidade diante de nós. É o surgimento de uma singularidade única e aguda, no lugar e no momento de sua produção (FOUCAULT, 2008a). Essa categoria é melhor exposta no Capítulo 1 deste trabalho, seção na qual descrevo e justifico a adoção das categorias de acontecimento, enunciado e arquivo.

Ariane, moradora de uma cidade pequena no interior de São Paulo, mulher negra⁶, tinha 34 anos quando engravidou de seu primeiro filho. Gestação muito desejada, que concretizava a realização de um sonho a ela e sua família, foi considerada de alto risco pelas sentenças da biomedicina⁷. Suas “comorbidades” deveriam ser consideradas como um sinal de alerta para o aumento dos cuidados com sua saúde e jamais como atenuantes do descaso com que foi tratada. Ter sido diagnosticada com condição cardíaca, hipotireoidismo, diabetes gestacional e alteração de pressão deveriam assinalar que sua gestação, parto e pós parto precisavam ser cuidados com ainda mais atenção; essas sentenças jamais deveriam servir como escusa para a brevidade do acontecimento fatal.

Acompanhada por sua irmã e marido, Ariane deu à luz no dia 02 de julho de 2020, em uma cesárea de risco que não impediu a sua alta e a do recém nascido 02 dias depois. Já em casa, os familiares de Ariane relataram que ela passou a sofrer com dores intensas nas costas, motivo pelo qual buscou atendimento no pronto socorro já no dia 05 de julho. Ao ser atendida, recebeu medicamentos para dor e náusea e teve alta do pronto socorro no mesmo dia. Com a piora da dor, Ariane voltou ao pronto socorro dia 9 de julho e seguiu sendo medicada com remédios para os sintomas, não tendo sido realizado qualquer exame laboratorial ou de imagem. Foram duas vezes em que buscou atendimento médico e foi enviada de volta para casa apenas com medicações intensas para dar conta da dor, sem nenhuma explicação do porquê se sentia assim.

No dia seguinte, 10 de julho, ainda com sintomas, seguiu para consulta de pós parto com obstetra, que, diante dos sintomas, encaminhou Ariane para especialista em gastroenterologista. Ao encontrar com esse médico, no mesmo dia, à tarde, ele solicitou a internação de Ariane, com suspeita de pancreatite medicamentosa. Essa hipótese não foi confirmada pelos exames laboratoriais realizados. No dia 11 de julho, foi realizada

⁶ Na certidão de óbito de Ariane, consta “parda” no campo raça. Léila Gonzalez aponta que as estatísticas oficiais brasileiras não dão conta de dimensionar a população negra no país, sendo a população negra no Brasil subnotificada pelos censos que classificam o grupo entre pretos e pardos. O mito da democracia racial e da ideologia do branqueamento são as razões apontadas por ela para esse fenômeno (GONZALEZ, 2020). O mito da democracia racial brasileira é um discurso segundo o qual o país foi construído em bases multi-étnicas que sustentaria uma igualdade entre as pessoas independente de raça, cor, origem, etnia, etc. A autora explora a aceitação e a divulgação desse discurso na cultura brasileira a partir do racismo e do sexismo, assim como argumenta que a construção da identidade nacional partiu das classes dominantes para perpetuação de seu poder, em um constante processo de apropriação e marginalização da cultura negra (GONZALEZ, 1984). A ideologia do branqueamento contribui para a definição de lugares sociais para pessoas negras e brancas, em um processo de hierarquização que “define os afro-brasileiros no nível privado e em duas outras esferas” (GONZALEZ, 2020, p. 68). Assim, neste testemunho, adoto a denominação negra para abordar a raça de Ariane.

⁷ Utilizo o termo biomedicina para me referir aos saberes biomédicos que se constroem a partir do aparecimento da clínica como fato histórico, seguindo o que propõe Michel Foucault (FOUCAULT, 1998). Aprofundo o tema no item 3.2.

tomografia computadorizada de abdome e tórax, que revelou alterações na região, caracterizadas como Vidro Fosco. Achado compatível com Vidro Fosco é uma nomenclatura utilizada para descrever o aspecto observado em tomografias pulmonares, comum em pneumonias virais e descrito como um dos sintomas comuns de COVID-19 (MEIRELLES, 2020, p. 322). Embora o teste rápido para COVID-19 tenha resultado negativo, em razão do achado pulmonar na tomografia, Ariane foi internada na UTI de casos de COVID-19, na ala gerida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em um hospital particular. No dia 12 de julho, foi coletado material para realização de exame PCR-RT, que resultou negativo para COVID-19, porém, essa informação apenas foi conhecida após sua morte.

Nenhuma outra hipótese diagnóstica foi explorada, ainda que seus sintomas pudessem eventualmente ser compatíveis com outras condições concomitantes. Ariane foi medicada com azitromicina e hidroxicloroquina, mesmo que em julho de 2020 esses medicamentos já fossem desaconselhados veementemente pelas melhores evidências científicas. A piora do quadro de Ariane entre os dias 11 e 13 de julho foi pouco documentada em seu prontuário, exceto nas anotações em que frequentemente se caracterizou seu quadro como “ansiedade”. Até seu falecimento no dia 13, ela não foi entubada e permaneceu consciente. A causa de sua morte, em sua certidão de óbito, foi registrada como “Síndrome respiratória aguda grave, insuficiência respiratória grave, suspeita não identificada - COVID-19, parto cesariana”.

Não há qualquer indicativo de que suas queixas tenham sido efetivamente tratadas, inclusive, não há informações se medidas de cuidado foram adequadamente feitas ou sem atraso, tais como intubação ou ressuscitação cardíaca. A família foi pouco informada sobre o que acontecia e sobre o estado de Ariane. As condições de saúde de Ariane foram menosprezadas, e, mesmo com sintomas graves e tendo buscado atendimento médico por duas vezes, é apenas internada 8 dias após o parto, na UTI de COVID-19, sob prescrição de medicamentos sem comprovação científica, ainda que seus exames laboratoriais e de imagem pudessem sugerir a importância de outras investigações diagnósticas. Retratada pelos prontuários médicos como “ansiosa”, condição que se fez justificativa e explicação para sua não responsividade ao tratamento, Ariane faleceu após inúmeras violações de direitos, tanto à sua dignidade, aos deveres de cuidado e, após sua morte, à sua privacidade. Seus dados pessoais e informações de saúde foram discutidas pela mídia local, assim como via redes sociais por profissionais envolvidos em seus cuidados.

Ainda, as ausências em seu prontuário, a paucidade de informações e o silêncio dos registros de saúde são evidências não só do descumprimento do dever ético de cuidado, da

negligência e descaso com o qual foi tratada, mas também é revelador das falhas sistêmicas da saúde no Brasil, impactada definitivamente pelo racismo e pelo patriarcado. A falta de informações em seu prontuário contrasta com a divulgação de seus dados, inclusive de seu teste de COVID-19, na imprensa local e nas discussões sobre seu quadro em redes sociais. O evento abrupto de sua morte expôs a articulação entre poderes médicos que possibilitou, ou, ao menos, não evitou o caso de morte materna durante a crise sanitária de COVID-19.

Os eventos relacionados ao falecimento de Ariane aconteceram em uma janela de tempo muito breve: seu parto foi no dia 02 de julho de 2020 e, apenas 11 dias depois, foi o dia de sua morte. Ela foi internada apenas 08 dias após o parto, mesmo tendo buscado atendimento de saúde duas vezes. Embora sejam poucos os dias que separam o parto de seu óbito, uma série de eventos aconteceu e motivou esse testemunho, em especial porque seus sintomas e sua morte aconteceram em um momento em que se já estava ciente da importância de considerar mulheres gestantes e puérperas como mais afetadas pela crise sanitária causada pela COVID-19, assim como havia maior concretude em relação aos medicamentos comprovadamente ineficazes para o tratamento do vírus.

Assim, o objetivo deste testemunho é investigar as responsabilidades e as possibilidades de reparação para o caso de Ariane. Como advogada e pesquisadora no caso, junto à família e ao grupo de advogadas e pesquisadoras atuantes, coloco-me na posição de mover a institucionalidade para lembrar da história dela e investigar a reparação a sua família de forma a desafiar os poderes que definiriam o arquivo deste caso. Este testemunho busca lembrar sua história, resgatá-la da infâmia⁸ dos registros de saúde e colaborar para reparações que fraturam o poder.

⁸ Infâmia, para Michel Foucault, opõe-se à modalidade universal da fama que, mesmo por atos considerados horríveis, impregna os homens como “lendas gloriosas”. A infâmia, na verdade, é infunde as histórias retratadas sem qualquer ambiguidade, admiração ou complexidades, “perdidas em caminhos desconhecidos” (FOUCAULT, 2003).

Capítulo 1: A demanda

No já mencionado projeto de pesquisa “*Histórias de mulheres em tempos de pandemia: um estudo sobre mortalidade materna*”, as integrantes buscam responder à questão “*o que fizeram com elas?*” a respeito das mulheres gestantes e puérperas cujas famílias foram entrevistadas. Essa investigação leva em conta as demandas apresentadas pelos familiares entrevistados, que provocaram a nos mover em transitividade para estudos derivados. Assim, este trabalho é motivado pelo assombro causado ao grupo de pesquisa pelas histórias de vida das mulheres gestantes e puérperas⁹ que faleceram durante a pandemia de COVID-19 no Brasil.

Por assombro, refiro-me ao assombro criativo definido como um “afeto que ferve em nossos corpos quando praticamos o estranhamento, um exercício político e metodológico de deslocamento do patriarcado em nós” (DINIZ, GEBARA, 2022, p. 229). É este o afeto que move o testemunho sobre o caso Ariane. Nesse sentido, *testemunho* é um ato de *fala feminista* que age contra o silêncio (DINIZ; GEBARA, 2022, p. 245), interpelando regimes de opressão e buscando transformações (DINIZ, 2021). Agir pelo testemunho do acontecimento único de Ariane é assumir a postura ética de quem intenta “mover a palavra valente que diz a verdade e desafia o poder” (DINIZ, GEBARA, 2022, p. 250).

Trata-se de um compromisso político de transformação baseado no registro individual de um evento coletivo, como um documento de memória e reparação, em uma tarefa para preservar a história de vida dela do esquecimento (SELIGMANN-SILVA, 2010). A testemunha pode ser uma terceira que vê os fatos de forma ocular, mas também é testemunha aquela que sobreviveu, que viveria uma experiência-limite não só de ter escapado às violências e à morte, mas também de ter sobrevivido a ela (SELIGMANN-SILVA, 2010). No caso da morte materna por COVID-19 no Brasil, as verdadeiras vítimas sucumbiram e cabe a nós, *sobreviventes*, acionarmos os verbos feministas lembrar e reparar sob a perspectiva de um testemunho (DINIZ, 2021, p. 28).

⁹ No sentido do que propõe Loretta Ross (2017, p. 6 a 8), reconheço as limitações da linguagem hegemônica para tratar de questões de saúde sexual e reprodutiva e opto pela linguagem neutra, utilizando termos como “corpos capazes de gestar e parir” ou “pessoas gestantes e puérperas”. Ou seja, sempre que me referi ao quadro abstrato de pessoas afetadas pela problemática da morte materna e outras relacionadas à sexualidade e reprodução, procuro não adotar apenas “mulher”. Esta escolha serve para reconhecer as variadas possibilidades de existência no que diz respeito à identidade e à diversidade sexual, uma vez que opressões relacionadas à sexualidade e à reprodução não têm origem meramente na anatomia biológica dos corpos. Embora eu compreenda, que o termo “mulher” tenha sido majoritariamente utilizado para tratar de temas como os quais discorro neste trabalho, busco priorizar a linguagem mais inclusiva possível, não para apagar as experiências das mulheres, mas sim para desafiar a binaridade de gênero e contribuir para nomear as existências ocultadas pela norma culta padrão.

Ainda que o uso de histórias de vida seja criticado por Pierre Bourdieu (2006), especialmente se considerados os riscos de que, ao relatar uma história, a investigadora, junto do sujeito e objeto da biografia, justifica o passado, legitima e encadeia os acontecimentos em uma linearidade lógica e cronológica. Argumento que, no caso das mortes maternas durante a pandemia de COVID-19, a disrupção desse acontecimento evitável impede mesmo a formação de uma ilusão biográfica: testemunhar essa história é considerar os vazios e ausências geradas pela perda dessas mulheres e o luto agravado de suas famílias.

Assim, para este testemunho, busquei, como problema de pesquisa, analisar as possibilidades de responsabilização e reparação nesse caso de morte materna durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Para isso, descrevo, no segundo capítulo, o contexto em que está inserido o caso, considerando o indicador de mortalidade materna como revelador de disparidades de gênero e raça, as condições de maternidade no Sul Global e a importância da justiça reprodutiva e da interseccionalidade para leitura desse contexto. No terceiro capítulo, apresento os enquadramentos jurídicos sobre o erro médico e intento problematizá-lo a partir de suas relações com a violência obstétrica e a construção da biomedicina como um poder. No quarto capítulo, busco investigar o direito e as possibilidades de responsabilidade e reparação para o caso, debruçando-me sobre as possibilidades de reconhecer as violações do caso como imprudência e negligência.

Antes disso, porém, utilizei esta seção para descrever as escolhas metodológicas e o percurso ético que envolve a *demanda*, uma retomada do termo proposto por Rita Segato (2021). Para isso, argumento sobre os verbos feministas lembrar e reparar como provocações metodológicas para analisar um acontecimento; em seguida, descrevo o meu acesso ao caso e detalho a concepção do grupo de pesquisa acerca do conceito de Rita Segato sobre *antropologia por demanda*, ou seja, de um *conhecimento por demanda* cujo objetivo é focar a interface entre vários saberes com o direito; e, por fim, explico minha escolha em nomear a mulher do caso por seu nome verídico.

1.1 Lembrar e reparar: verbos feministas para análise de um acontecimento

Este *testemunho* partiu da pergunta “*o que fizeram com ela?*” e, ao buscar um registro de memória transformador, evoca dois verbos feministas propostos por Débora Diniz e Ivone

Gebara, os quais busco articular em conjunto neste trabalho: lembrar e reparar. A respeito de lembrar, reconhecendo os perigos da história única¹⁰, Débora Diniz (2022, p. 112) aponta o quão imersas no patriarcado e nos regimes de opressão estão as narrativas contadas com base nos arquivos oficiais. Esse poder de definição de verdades apaga as histórias de mulheres e impede a formulação de perguntas que desafiam os silêncios das histórias únicas. Ivone Gebara (2022, p. 121) nos explica que lembrar de si e das outras é subverter a história contada sobre nós.

Assim, lembrar, sob a perspectiva feminista, desperta reflexões sobre a reparação que, no campo do direito, pressupõe a responsabilidade por um dano. Responsabilidade e reparação, juridicamente, são conceitos conectados e mencionar ambos os termos pode parecer uma repetição. Porém, ainda que os dois conceitos estejam ligados, reparar, em um testemunho que se coloca além do campo jurídico e posiciona-se segundo o verbiário feminista, adquire uma concepção mais ampla e profunda: para Débora Diniz (2022, p. 134), a reparação surge no ato de escutar uma a outra do qual decorre a subversão das narrativas silenciadas ou esquecidas; para Ivone Gebara, reparar é um ato de perdão em relação a nós mesmas, para que a violência cesse primeiro em nós (2022, p. 147).

As autoras não desprezam a relevância das respostas institucionais, na verdade, indicam a importância da função histórica da reparação: casos emblemáticos decididos nos tribunais servem como paradigmas para evitar a repetição dessas violências contra outras meninas e mulheres¹¹ (DINIZ, GEBARA, 2022). Lembrar e reparar são atos de cuidado, memória e registro da história da outra. Não ignoro que, para delinear a responsabilidade em termos jurídicos, é necessária uma investigação específica ao campo¹². Porém, ao buscar outros sentidos para a reparação, reconheço a importância de ir além do proposto pelo léxico jurídico institucional. Provocamos a transformação da institucionalidade ao demandar a

¹⁰ O perigo de uma história única é uma palestra de Chimamanda Ngozi Adichie, transformada em livro em 2019. A autora trata dos riscos das narrativas singulares, que ocultam outras possibilidades de existência e limitam nossa imaginação aos estereótipos correspondentes aos regimes de poder.

¹¹ No caso Guzmán Albarracín e outras Vs. Equador (2020), a Corte Interamericana de Direitos Humanos julgou o Estado do Equador responsável pela violência sexual sofrida pela adolescente Paola do Rosário Guzmán Albarracín, cometida pelo Vice-Reitor da escola em que estudava. Após a violência sexual, Paola suicidou-se. O seu caso foi o primeiro em que a Corte Interamericana reconhecer a violência sexual contra uma menina no âmbito escolar. No caso Alyne Pimentel Vs. Brasil, julgado pelo Comitê das Nações Unidas para Eliminação das Discriminações (CEDAW), o Brasil foi condenado pela morte materna de Alyne. Este caso é melhor detalhado na terceira seção deste trabalho.

¹² Para tratar de responsabilidade e reparação no campo do direito, é necessária uma investigação sobre as condutas inadequadas, os danos e os nexos causais entre eles (elementos fundamentais para caracterizar a responsabilidade civil, por exemplo). Esse tema é objeto da terceira seção deste trabalho. Há outras possibilidades de responsabilização: ética e criminal, por exemplo, porém, escapam ao objeto principal deste testemunho.

reparação nos tribunais, em possibilidades de recriação vividas e pensadas coletivamente, tal qual propõem Débora Diniz e Ivone Gebara (2022). Porém, neste testemunho, contribuir para atender demandas como essa é um exercício de criatividade e estranhamento.

Para realizar essa tarefa, busco articular os verbos feministas propostos por Débora Diniz e Ivone Gebara na escolha de produzir um testemunho sobre um acontecimento único. Mover-se em torno desse caso como um acontecimento único significa concentrar-se na pergunta sobre *o que fizeram com ela*. Essa é uma tarefa diferente daquela proposta por um estudo de caso, em que se perguntam os comos e os porquês (YIN, 2016)¹³. A história dela não foi por mim escolhida porque é um exemplo limítrofe do que poderia descrever os casos de morte materna ocorridos no Brasil durante a crise sanitária de COVID-19. Em vez disso, busquei refutar o interesse lascivo diante da dor da outra (SONTAG, 2003, p. 80) e evitei tratar da história de Ariane como uma mera ilustração ou uma descrição de um contexto. Elegi seu caso porque, embora estudos de caso único não possam ser generalizados estatisticamente, suas características permitem informar outras situações, em uma espécie de *generalização analítica* (YIN, 2016). Isto é, ao escolher desenvolver este estudo como um testemunho sobre um acontecimento único, intento desafiar os regimes de arquivo para testemunhar a dor da outra de forma transformadora, seguindo a pista do acontecimento proposta por Michel Foucault.

Ao indagar-se sobre o lugar do esclarecimento no domínio do humanismo, Michel Foucault entende o acontecimento como um lugar de análise privilegiada, lendo-o como uma problematização que permite o questionamento sobre a atualidade. Quando está se debatendo sobre as críticas à historiografia tradicional, especialmente em suas ideias de continuidade, globalidade e causalidade, o autor repensa a “episteme” - ou seja, as configurações que permitem um determinado saber existir numa determinada época - não a partir de objetos cognoscíveis como fontes pré-existentes do conhecimento, mas sim, como *acontecimentos*. Ou seja, como um conjunto de informações que uma determinada época é capaz de dizer sobre algo em virtude dos arranjos que possui entre as consequências discursivas e as condições não discursivas (FOUCAULT, 2008a).

¹³ Luciana Brito (2016), Gabriela Rondon (2016) e Luna Borges (2017) desenvolveram trabalhos com escolhas metodológicas semelhantes às que proponho nesta dissertação. Respectivamente, são tese e duas dissertações cujos temas são: o caso do homem louco bandido há mais tempo internado em manicômio judiciário brasileiro, realizado a partir de dossiê de seu caso e noticiários; o caso de um padre internado em manicômio judiciário com diagnóstico psiquiátrico exclusivo de pedofilia, a partir de processo judicial e dossiê do caso; estudo sobre o processo judicial arquivado de uma mulher presa por infanticídio, com base nos autos do processo e dossiê do caso.

Por isso, a relação causal entre sujeito e objeto, especialmente no pensamento historiográfico, perde prestígio a favor da relação entre validade e invalidade das proposições sobre um determinado acontecimento, em virtude da relação de atos linguísticos, à medida que o binômio sujeito/objeto deixa de ser pensado sob o binômio verdadeiro/falso, possível/impossível, certo/errado, para ser visualizado, a partir de jogos linguísticos, sob o binômio validade/invalidade. Esta perspectiva desloca a ideia de *acontecimento* do campo científico do verdadeiro/falso, para o do *válido/inválido* discursivamente.

Por esta natureza discursiva do *acontecimento*, e não factual, rejeita-se a ideia de “referência”, típica da causalidade sujeito/objeto, baseada exclusivamente em “proposições” em prol da formulação de *enunciado*. Essa natureza proporciona o abandono da ideia de referência, que marca a identidade entre signo e pensamento, e a substitui pelo conceito de *enunciado*, a unidade do discurso capaz de estabelecer uma condição de existência, da qual derivam as frases e as proposições lógicas. Os enunciados, cujo conjunto, em parte, estabelecem a noção de *acontecimento*, não são meras estruturas, mas sim unidades que se diferem das proposições, pois não se sujeitam aos limites e relações de dependência, mas são parâmetros capazes de dizer se a frase, a proposição, o ato de linguagem estão certos ou errados. É uma função que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis, permitindo que estas venham à tona (FOUCAULT, 2008a).

Os acontecimentos, portanto, poderiam ser compreendidos não a partir da busca pelo eterno jogo entre certo e errado, mas pela dimensão discursiva que atravessa sua construção a partir de sua própria episteme, gravada não pela unidade, pelo progresso, mas pelas discontinuidades, rupturas, involuções. A reflexão de Michel Foucault nos mostra que nada pode ser universalmente compreendido, tudo está inserido em práticas, em discursos, e, portanto, cada acontecimento tem sua singularidade epistêmica e histórica. A descrição dos acontecimentos discursivos e de seus enunciados permite que o sujeito seja retirado de sua sustentação, posto que as grandes sínteses realizadas na história teriam tido sempre o objetivo de fundar o sujeito, por isso é que privilegiavam uma história contínua, capaz de lhe garantir sempre o que lhe é seu.

Por isto, uma reflexão não implica enunciação do verdadeiro e do falso, mas uma espécie de “acontecimentalização” (*événementialisation*), isto é, uma consciência do acontecimento, capaz de colocar em evidência as singularidades e as condições de aceitabilidade no jogo das interações e das estratégias múltiplas. O acontecimento em Michel Foucault se apoia num olhar que distingue, reparte, dispersa, deixa operar as separações e as

margens. Dissocia, não se apoiando em qualquer constância, ao reintroduzir o descontínuo em seu próprio ser. Essa história efetiva, em sendo um olhar perspectivo, inverte a relação normalmente feita entre a irrupção do acontecimento e a necessidade contínua; ela faz ressurgir o acontecimento no que ele pode ter de único e agudo (FOUCAULT, 2008a).

Esta noção do *acontecimento* pelo jogo dos *enunciados*, que está nos horizontes da arqueogenealogia de Michel Foucault, leva ao tema do *arquivo* (*archives*), alocando o pensamento historiográfico para noção de monumentos, de acontecimentos que estão na superfície, e não na região profunda e obscura dos fatos, dos documentos. Dessa maneira, o autor expurga a noção de interpretação, instrumento epistemológico capaz de ir às profundezas dos documentos para lhes encontrar um sentido presente, de que a interpretação seria manifestação da vontade de saber, e, por conseguinte, de poder. Valoriza assim o método arqueológico, capaz de detectar na superficialidade das coisas, dos monumentos, o que estava no campo da invisibilidade (FOUCAULT, 2008a).

No pensamento de Michel Foucault, o enunciado é sempre um *acontecimento* singular, por isso um livro é sempre um emaranhado de enunciados, que se apresentam apenas uma vez, ao contrário de suas reproduções, ditas sempre novas e possíveis “enunciações”. A enunciação é espaço-temporal, repetível numa constância e num campo de estabilização ou mesmo de utilização, já o *enunciado* se apresenta numa materialidade repetida, não muito visível, ora quase-visível, pois não se apresenta apenas nas frases, mas no momento em que são enunciadas, e do modo como o são. Por esta vinculação ao momento da produção, o *enunciado* se relaciona com uma posição de sujeito, um campo associado a uma materialidade, logo, é a partir dele que a formação discursiva se define. Aí se apresenta originalmente a sua noção de *arqueologia* como um método capaz de buscar na origem, no momento inicial das fundações, no campo das instaurações com a presença do sujeito enunciador, os fundamentos dos enunciados e os próprios enunciados, mas, igualmente a existência manifesta de suas regras. Não se trata de uma simples atividade subjetiva, mas uma existência objetiva de quem está na iminência de participar de um discurso (FOUCAULT, 2008a).

Esta é a noção essencial de *arquivo*, como um conjunto de enunciados efetivamente pronunciados, não simples *acontecimento*. Qualquer pesquisa, nesta perspectiva, parte de uma sociedade em que os conhecimentos existentes não envolvem apenas saberes explícitos e científicos, logo de teorias, mas implícitos, numa espécie de saber ativo, de um movimento visto a partir de um grupo de conceitos, os quais formam discursos, que, por sua vez,

constituem o *arquivo* de uma determinada época, por isso, a arqueologia seria a “ciência deste arquivo” (FOUCAULT, 2008a).

É justamente esta noção de *arquivo*, que tanto serviu a Foucault para investigar as *lettre-des-cachets* com Arlette Farge (FOUCAULT, FARGE, 1982), que o leva a ideia posterior de *dispositivo* para além do campo discursivo, já no campo do não-dito, das práticas e relações de poder nela inseridas. No texto *A Vida dos Homens Infames* (FOUCAULT, 2003), o autor põe em prática sua noção de arquivo, procurando reunir documentos capazes de compreender discursivamente, como a vida de “homens obscuros” se apresentou, de pessoas cujas vidas passaram despercebidas, e cujo único chamado ao tido como real, pelas vias da institucionalidade, era quando pediam ao rei para que intercedesse contra outros infelizes, colocando-lhes ordens em suas vidas, o que se fazia através das *ordres du roi*, mas, principalmente, das *lettres de cachet*.

É neste ponto em que a concepção de Michel Foucault sobre acontecimento, enunciado e arquivo se costuram como ferramentas metodológicas para este testemunho. Busco “vidas que são como se não tivessem existido, vidas que só sobrevivem do choque com um poder que não quis senão aniquilá-las, ou pelo menos apagá-las, vidas que só nos retornam pelo efeito de múltiplos acasos” para lembrar a história da mulher do caso e encontrar em sua infâmia, uma “espécie de fama universal” (FOUCAULT, 2003).

1.2 O acesso ao caso e o conhecimento por demanda.

A mim interessou a possibilidade de construir um testemunho sobre a história de Ariane, em especial pelas possibilidades abertas pelo caso para investigar intersecções entre poder, biomedicina, racismo e patriarcado, em uma moldura capaz de colocar perguntas sobre a responsabilidade e reparação. Para isso, obtive o consentimento dos irmãos de Ariane, André e Aline, expressa em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Conversei com eles a respeito da pesquisa e apresentei o documento, informando-os sobre a natureza do estudo, a possibilidade de acesso a qualquer tempo aos dados e ao desenvolvimento da pesquisa e os consultei sobre a utilização de seus nomes e de sua irmã. Informei que a sua participação no estudo não prejudicaria a assistência jurídica que tem recebido de minha parte, uma vez que, além de pesquisar o caso com vistas à elaboração desta dissertação, também contribuo para formular demanda judicial em favor da família¹⁴. No documento, eles

¹⁴ Há a possibilidade de uma demanda judicial cujo objetivo seria buscar a reparação dos danos causados à Ariane e à sua família, considerando as falhas em sua assistência de saúde, nas modalidades de imprudência e

declararam que foram informados sobre a realização da pesquisa e manifestaram-se livremente por participar. Mantenho-me em contato constante com a família via grupo de *whatsapp*. A respeito dos resultados finais, enviei a eles uma carta, em que além de um resumo expandido das conclusões deste trabalho, descrevi o que é e quais os objetivos de um trabalho de dissertação de mestrado, o rito de avaliação ao qual me submeti e o link no qual o texto estaria disponível se aprovado.

Assim, desenvolvo esta pesquisa com base nos relatos da família de Ariane assim como nos registros de saúde de sua internação. Esses documentos (prontuários, exames, e todas as informações de saúde) são revestidos pelo sigilo médico (Art. 73, do Código de Ética Médica)¹⁵ e, por isso, o acesso a eles foi obtido via requerimento realizado no hospital em que ela esteve internada, com fundamento no artigo 5º, inciso XXXIV da Constituição Federal¹⁶, no artigo 88 do Código de Ética Médica¹⁷, no artigo 72 do Código de Defesa do Consumidor¹⁸ e na Recomendação n. 3/2014 do Conselho Federal de Medicina¹⁹.

Realizei esse requerimento mediante anuência expressa da família obtida no mencionado termo de consentimento livre e esclarecido. Coletei, além do termo, procuração para requerer documentos junto ao hospital em que Ariane foi atendida. Com a procuração assinada por Aline, solicitei ao Hospital, sediado no interior de São Paulo, o envio de cópias integrais do prontuário, tanto da internação de Ariane no pós parto quanto de tratamento realizado em 2009 sobre a condição cardíaca dela, esse último em outro hospital, também no estado de São Paulo. Esses pedidos foram atendidos pelas instituições, as quais

negligência. Há outras possibilidades de responsabilização no caso que não foram diretamente tratadas neste testemunho, tais como as possíveis violações éticas.

¹⁵ Sobre o sigilo médico, o Código de Ética Médica dispõe: “É vedado ao médico: Art. 73 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.”

¹⁶ Sobre o direito de petição e certidão, direito fundamental garantido pela CF e fundamento para acessar os documentos médicos no caso: “Art. 5º (...) XXXIV - são a todos assegurados, independentemente do pagamento de taxas: a) o direito de petição aos Poderes Públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder; b) a obtenção de certidões em repartições públicas, para defesa de direitos e esclarecimento de situações de interesse pessoal.”

¹⁷ Sobre os documentos médicos, dispõe o Código de Ética Médica que: “É vedado ao médico: Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.”

¹⁸ O Código de Defesa do Consumidor (CDC) define como crime, passível de pena de detenção de seis meses a um ano ou multa “Impedir ou dificultar o acesso do consumidor às informações que sobre ele constem em cadastros, banco de dados, fichas e registros” (art. 72).

¹⁹ A Recomendação nº. 3/2014 do CFM tem por objetivo: “Recomendar aos profissionais médicos e instituições de tratamento médico, clínico, ambulatorial ou hospitalar no sentido de: a) fornecerem, quando solicitados pelo cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, os prontuários médicos do paciente falecido: desde que documentalmente comprovado o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária”.

encaminharam a mim a documentação médica das respectivas internações e tratamentos. Minha prerrogativa como advogada autorizada pela família foi o fator decisivo que franqueou o acesso aos documentos médicos sigilosos de Ariane.

Assim, foram analisados por mim a documentação fornecida pelo hospital referente aos cuidados prestados a Ariane durante o parto, sua hospitalização no pós parto até sua morte, prontuários referentes à investigação de taquicardia em 2009, e alguns documentos relativos aos cuidados pré-natais como documento de imagem da caderneta da gestante de Ariane; esses últimos fornecidos pela família. Ao todo, o arquivo de saúde de seu caso reúne cerca de 150 páginas - entre documentos fornecidos pelos hospitais e pela família - aos quais se somam as entrevistas com sua irmã e irmão, o parecer técnico elaborado pela médica assistente e as notícias divulgadas na mídia local sobre o caso²⁰, constituindo os documentos analisados para esse testemunho. As ausências em seu prontuário, a paucidade de informações e o silêncio dos registros de saúde são evidências do descumprimento do dever ético de cuidado e da negligência com o qual foi tratada e, por isso, considero elemento relevante para a leitura dos dados.

Portanto, partindo de um estudo mais abrangente para o caso singular de Ariane, investigar o que fizeram com ela é compreender de que forma poderes médicos articularam-se para seu desfecho fatal. Ao identificar que a história dela desafia o léxico jurídico hegemônico e considerando o ajuste dos poderes médicos que contribuíram, ou ao menos não evitaram a morte de Ariane, o problema de pesquisa neste trabalho - ou minha *pergunta feminista* (DINIZ, GEBARA, 2022) - é analisar as possibilidades de responsabilização e reparação nesse caso de morte materna durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Trata-se, portanto, de estudo de um caso a partir de documentos médicos e entrevistas com familiares, cujo objetivo é, ao identificar as violações de direitos sofridas por Ariane, *imaginar* as possibilidades jurídicas de responsabilidade e reparação.

Segundo Débora Diniz (2022, p. 48), “a imaginação sem o real se torna ficção”. Ao desenvolver o verbo feminista *imaginar*, a autora nos indica que o conhecimento dos livros precisa do encontro com a outra. Essa provocação despertada pelo encontro é que nos permite ampliar a imaginação para além das histórias únicas. O exercício de *imaginar* para esperança feminista é, a partir dos encontros refletir formas de nos relacionar às demandas, vivências e necessidades da outra. Assim, este testemunho visa investigar o direito em possibilidades

²⁰ Embora tenham integrado o arquivo deste testemunho, não insiro as referências e link de acesso às notícias para preservar a privacidade da família, já que a divulgação por esses veículos não foi autorizada à época.

pouco imaginadas, produzindo uma pesquisa a partir do rastreamento de documentos médicos e dos relatos de familiares. Esse esforço caminha atrelado à construção de uma demanda judicial. O objetivo deste trabalho conjunto é desafiar o poder da história única que desfoca o que fizeram com ela.

A partir de meu acesso ao caso, passei a considerar as demandas propostas pela família. No texto “Colonialidade do poder e antropologia por demanda”, Rita Segato explica como suas análises, compiladas no livro “Crítica da Colonialidade em oito ensaios”, são “respostas a demandas de setores afetados da sociedade e de organizações que atuam em sua defesa”. São textos em que a autora exemplifica as possibilidades de uma “antropologia por demanda e litigante, que com sua caixa de ferramentas realiza a escuta etnográfica indispensável para responder aos problemas dos povos e da vida no tempo presente”. Essa coletânea de textos está envolta pela perspectiva crítica da colonialidade (SEGATO, 2021, p. 40).

Inspirada por essa coletânea e por seu texto introdutório, compreendo que, neste testemunho, busco a produção de conhecimento em demanda, uma adaptação do termo criado por Rita Segato. Para ela, este é o ofício de “uma antropologia interpelada, solicitada, demandada pelos povos que durante um século lhe serviram de objeto” (2021, p. 17). De uma maneira mais ampla, assumo a proposta de Segato como um método que serve à reflexão em outras áreas, em especial as interfaces de diversos campos com o direito. Antropologia por demanda passa a conhecimento por demanda: uma forma de produzir conhecimento a partir da convocação feita pela outra, servindo à busca de respostas solicitadas por quem antes ocupava a posição apenas de “objeto”.

Nesta pesquisa, portanto, busco construir minha atuação alinhada à ideia de conhecimento por demanda: investigo o caso na dupla posição de pesquisadora e advogada, procurando escavar o direito em sua institucionalidade para propor enquadramentos que, ao reconhecer os injustos praticados contra Ariane, viabilizem possibilidades criativas de responsabilidade e reparação. Faço isso considerando o impacto desproporcional da pandemia de COVID-19 sobre pessoas gestantes e puérperas e a consequente necessidade de indagar o direito a respeito desse cenário.

Os irmãos de Ariane, na entrevista concedida em abril de 2021, relataram sua indignação com os cuidados dispensados a ela, ressaltando em especial a negligência e o descaso com que consideram ter sido tratada. Relataram terem sido mal informados sobre as

condições de saúde da irmã que, mesmo com teste negativo para COVID-19, foi mantida em isolamento no hospital, sem qualquer contato com familiares, tampouco com o filho recém nascido. As notícias que receberam eram confusas, pouco detalhadas e sempre via telefone.

Ao receberem o prontuário de sua irmã, após o falecimento, ainda que as cópias obtidas por eles fosse quase ilegível, eles puderam identificar que houve prescrição de hidroxicloroquina. A indignação da família é também porque não conhecem a causa da morte da irmã. Ainda que em seu atestado de óbito conste “Síndrome respiratória aguda grave, insuficiência respiratória grave, suspeita não identificada - COVID-19, parto cesariana”, não houve qualquer explicação sobre esse diagnóstico, já que o teste para COVID-19 resultou negativo. Impedidos de ver o corpo da irmã, Aline e André sentem-se sem respostas e interditados para dar um desfecho ao luto.

Os irmãos perguntaram, assim como o grupo de pesquisa, *o que fizeram com ela?* e apresentaram a nós demandas sobre as violações de direitos no caso. Há, nos relatos, pistas sobre a violação da privacidade de Ariane e de sua família, com a divulgação de dados de saúde dela, inclusive na mídia e em redes sociais, a prescrição de medicamentos com caráter experimental sem autorização, a negligência em considerar os sintomas e uma investigação diagnóstica para além da COVID-19; essa última questão que impede que a família conheça até hoje a causa da morte dela. Diante dessas demandas da família de Ariane, procuro investigar as possibilidades jurídicas relacionadas à responsabilidade e reparação pelo que fizeram com ela, em um esforço de *lembrar e reparar* sua história.

1.3 Nomear a mulher do caso

Optei por nomear Ariane por seu nome verídico, assim como de seus irmãos. Todos os demais dados a respeito do caso são propositalmente omitidos, como medida de proteção da privacidade da família, em especial de seu filho e de seu marido, que não participaram de forma alguma desta pesquisa. A respeito dessa decisão, alinho-me ao argumento desenvolvido por Débora Diniz no artigo “Ela, Zefinha - o nome do abandono” sobre o anonimato e a preservação da confidencialidade em pesquisa. A autora problematiza o dever ético do anonimato em pesquisa, que pode ser suspenso quando a pesquisa é “testemunho único de grave violação de direitos humanos” (DINIZ, 2015). Assim, nomear os sujeitos envolvidos é uma escolha ética e política de proteção de seus interesses, direitos e de sua memória.

Zefinha foi a mulher mais antiga em manicômio judiciário brasileiro e deixá-la no anonimato seria reproduzir as técnicas de invisibilização e precarização de sua existência (DINIZ; BRITO, 2016). Ainda que a ética em pesquisa demande o anonimato e a confidencialidade²¹, Débora Diniz problematiza esses dois estatutos ao argumentar que manter Zefinha anônima seria uma ampliação dos regimes de poder que a mantiveram no abandono. Não se trata da implosão completa desses estatutos: há pesquisas para as quais o sigilo importa para a preservação da honra, da intimidade ou mesmo da integridade dos participantes. Porém, no caso de Zefinha, nomeá-la é parte do resgate de sua história (DINIZ, 2015).

No caso de Ariane, omitir seu nome poderia representar relegá-la ao anonimato, mantendo-a na obscuridade da história. Em vez disso, nomeá-la significa respeitar a autonomia de sua família ao participar desse estudo e sua demanda para lembrar e reparar sua história. Especialmente em seu caso, além das possíveis falhas em sua assistência de saúde, houveram violações de sua privacidade e dos deveres éticos de sigilo sobre seus dados pessoais e de saúde. Seu quadro foi amplamente discutido na mídia local, o teste de COVID-19 em que constava o resultado negativo foi exibido em *lives* nas redes sociais, sem qualquer consentimento da família para que assim o fosse. Até a conclusão deste trabalho, seus familiares não souberam como esses dados chegaram à imprensa. Segundo relatos de Aline e André, a divulgação dos dados pessoais e das condições de saúde de Ariane à mídia foi um dos momentos mais complicados de seu luto: a cidade se mobilizou para discutir a causa de sua morte e os cuidados em saúde que ela recebera, inclusive com a discussão de seu caso via redes sociais por parte de profissionais que atuaram em seus cuidados.

Considero que, diante desse cenário de espoliação de sua privacidade e perturbação do luto de sua família momentos após sua morte, nomear Ariane neste testemunho é contribuir para que sua memória seja resgatada e ressignificada. Sua família sofreu a despossessão do nome de Ariane e, neste testemunho, considero relevante restituí-los em parte dessa história. Dado este contexto, ainda que a proteção da privacidade seja um dever ético relevante em muitos casos de pesquisa, não considero que nomeá-la seja um uso indevido de seus dados pessoais. Além do contexto de violação de sua privacidade, há outro motivo pelo qual opto por testemunhar seu nome verídico: especificamente no caso de violações de direitos sexuais e reprodutivos parece ser fundamental resgatar o caráter

²¹ As diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais são reguladas pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510 de 2016 e Resolução nº. 466 de 2012.

subjetivo das histórias de vida de mulheres que morreram, já que muitas delas foram “apagadas da memória burocrática, do agir das políticas públicas e da garantia de direitos” (LÓPEZ, 2016, p. 148). Opto por testemunhar a sua história nomeando-a, como uma escolha ética e política de narrar o que os números denunciam, individualizando sua história.

Busquei envolver os irmãos de Ariane neste processo decisório e apresentei a eles esta reflexão, com a qual anuíram primeiro oralmente e depois em termo de consentimento livre e esclarecido. Eles foram informados de que poderiam retirar a permissão para o uso de seus nomes e de Ariane até a finalização deste trabalho, caso assim desejassem, e assim seus nomes poderiam ser substituídos por nomes fictícios. Assim, com a anuência da família de Ariane, compreendo que, nesta dissertação, testemunhar sua história, nomeando-a, contribui para inscrever no léxico jurídico possibilidades desafiadoras de poderes hegemônicos que colaboraram, ou ao menos não evitaram, sua morte.

Capítulo 2: O contexto

Aproximo-me deste caso de morte materna como o ofício feminista proposto por Débora Diniz (2022): um movimento de estranhamento e deslocamento das interpelações do patriarcado sobre o que poderia construir essa história, para aproximar-me das formas diversas das minhas de viver as iniquidades postas pelas discriminações de raça e gênero. Neste testemunho, aproximar-me e aproximar a leitora *do que fizeram com ela* não pode prescindir de uma compreensão marcada pela relevância histórica do cenário de morte materna no Brasil e pela valência da interseccionalidade (DINIZ; GEBARA 2022, p. 74), associada à noção de justiça reprodutiva.

O Brasil é o epicentro da mortalidade materna pela COVID-19 (SOUZA; AMORIM, 2021). No estudo produzido por Débora Diniz, Luciana Brito e Gabriela Rondon (2022), foram identificadas três barreiras que impediram um atendimento de saúde que considerasse a relevância de questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de pessoas gestantes e puérperas: a) houve demora na identificação dos sintomas relacionados à COVID-19; b) houve demora na hospitalização; c) houve demora na adoção de medidas eficazes para combater a infecção, como a antecipação do parto e a internação em unidade de terapia intensiva. De acordo com as pesquisadoras, essas barreiras estiveram fundadas em discriminação racial e de gênero, assim como em falhas sistêmicas do sistema de saúde brasileiro. As conclusões das autoras apontam para a importância da centralidade de questões de saúde sexual e reprodutiva nas respostas às crises sanitárias, assim como para análises interseccionais que considerem a justiça reprodutiva.

O Grupo Brasileiro de Estudos de COVID-19 e Gravidez acompanha o fenômeno desde abril de 2020 e divulgou estudos sobre a tragédia vivida no país. O primeiro deles foi lançado em julho de 2020, no *International Journal of Gynecology*, revelando que, entre 26 de fevereiro de 2020, quando foi registrado o primeiro caso no país, e 18 de junho de 2020, 124 pessoas gestantes e puérperas morreram por COVID-19 no Brasil — o que corresponde a 77% dessas mortes no mundo. Entre as mulheres que morreram, 23% não tiveram acesso a um leito de UTI e 36% não chegaram a ser intubadas (TAKEMOTO; MENEZES; ANDREUCCI; NAKAMURA-PEREIRA; AMORIM; KATZ; KNOBEL, 2020).

Em agosto de 2020, as pesquisadoras identificaram que a cada 10 óbitos de gestantes no mundo, 8 aconteceram no Brasil e chamaram a atenção para o fato de que, embora seja difícil mensurar o impacto da pandemia de COVID-19 na realidade de mortalidade materna

no Brasil, é possível identificar uma concentração de óbitos maternos no país, além de expor que a falha em cumprir as metas do milênio para diminuição desse índice. Além disso, as pesquisadoras apontaram a importância do fortalecimento das políticas de saúde e atendimento à mulher durante a pandemia de COVID-19 (NAKAMURA-PEREIRA; AMORIM; PACAGNELLA; TAKEMOTO; PENSO; REZENDE-FILHO; LEAL, 2020).

No mesmo sentido, o Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19 (OOBr COVID-19)²² identificou, entre os meses de março de 2020 a março de 2021, um total de 1.031 mortes maternas (680 mortes entre pessoas gestantes e 351 faleceram no período pós parto). O estudo também destaca que, entre os casos analisados, 22,5% não tiveram acesso à Unidade de Tratamento Intensivo e conclui que esse quadro se deve, entre outros fatores, à precariedade do acesso ao sistema de saúde (FRANCISCO; LACERDA; RODRIGUES, 2021).

Esse cenário impulsionou a elaboração do Manual de Recomendações para Assistência à Gestante e Puérpera frente à pandemia de COVID-19 (BRASIL, 2021), com uma primeira edição em agosto de 2020 e a segunda em abril de 2021, os quais atribuem às “modificações próprias da gestação” (2021, p. 4)²³ o agravamento rápido do quadro de COVID-19 em pessoas gestantes e puérperas. Os documentos não explicitam quais seriam as alterações próprias do estado gravídico e puerperal que poderiam agravar o quadro de COVID-19, apenas indicam que poderiam haver alterações na resposta imunológica relacionadas à gestação.

No documento “Assistência pré-natal - Manual Técnico” (BRASIL, 2000), do Ministério da Saúde (MS), extrai-se a compreensão de que a gestação afeta de maneira integral a saúde física e emocional das pessoas gestantes, influenciando seu metabolismo, questões hormonais, sanguíneas e outras, impondo uma série de medidas relevantes para uma atenção pré-natal qualificada. Durante a pandemia de COVID-19, porém, ao menos nos documentos lançados pelo Governo Federal brasileiro durante a crise sanitária, não são evidentes quais alterações próprias da gestação poderiam favorecer um quadro mais grave, senão menções genéricas a supostas modificações.

²² O OOBr COVID-19 é um painel dinâmico com análises dos casos de gestantes e puérperas notificados no SIVEP-Gripe e tem por objetivo disponibilizar uma plataforma interativa de monitoramento, análise de dados públicos cientificamente embasadas e disseminação informações de qualidade e relevantes da área de Saúde materno-Infantil. Até novembro de 2021, o painel indicava o número de 1477 mortes maternas por Covid apenas neste ano. Para acessar: <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/>

²³ Para mais sobre as políticas de saúde pública para gestantes durante a pandemia, ver a Coletiva de Imprensa do Governo Federal em 28 de agosto de 2020, quando do lançamento do referido Manual, disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=sbYsqDDgqmQ&ab_channel=Minist%C3%A9riodaSa%C3%BAde.

O posicionamento genérico do governo federal brasileiro não refletiu a abundância de evidências científicas no sentido de que o vírus oferece maior risco a gestantes e puérperas (VILLAR; ARIFF; GUNIER; THIRUVENGADAM; RAUCH; KHOLIN; ROGGERO; PREFUMO; VALE; CARDONA-PEREZ, 2021). Este fato deveria impor a priorização do grupo entre os mais afetados pelo vírus no que diz respeito à vacinação e à políticas de prevenção e resposta à pandemia, reconhecimento realizado tardiamente pelo governo federal brasileiro²⁴.

Identificar que pessoas gestantes e puérperas são um grupo de risco para a COVID-19 é, além de incluir esse grupo como prioritário para vacinação, formular e implementar políticas públicas que possibilitem o isolamento social, condições de pré natal e atendimento precoce dos sintomas, assistência social, emprego, entre outras iniciativas de atendimento integral. Encarar a necessidade de políticas públicas de atendimento integral às necessidades de pessoas gestantes e puérperas é levar em consideração a justiça reprodutiva, o que destaca a necessidade das análises que desenvolvo na seção a seguir. O alarmante cenário de morte materna por COVID-19 vivido no Brasil não se explica somente por causas biológicas ou médicas relacionadas à gestação e ao puerpério.

Em vez disso, esses índices podem estar relacionados a problemas crônicos da assistência à saúde, entre eles disparidades raciais e a violência obstétrica (SOUZA; AMORIM, 2021). Além disso, estudo que investigou, sob a perspectiva do racismo estrutural, a alta concentração de mortes maternas no Brasil concluiu que é necessário analisar os índices de morte materna por COVID-19 conscientes de que tanto o “racismo quanto o sexismo são determinantes estruturais que moldam piores condições de vida, assim como falta de acesso à saúde pública e de oportunidades entre a população negra,

²⁴ Mulheres gestantes e puérperas foram consideradas grupo de risco para a COVID-19 ainda em 2020, mas, no Brasil, apenas foram incluídas no Plano Nacional de Imunização como grupo prioritário para vacinação somente em abril de 2021 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Porém, em 14 de maio, o Ministério da Saúde publicou a NOTA TÉCNICA Nº 627/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS, suspendendo a vacinação de mulheres grávidas e puérperas sem comorbidades. No dia 19 de maio, a medida foi ratificada pela NOTA TÉCNICA Nº 651/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS. A justificativa apresentada foi a ocorrência de um evento adverso considerado extremamente raro em uma mulher gestante que recebeu o imunizante da fabricante AstraZeneca. No entanto, o Ministério desconsiderou a disponibilidade dos outros imunizantes já disponíveis no país, da Pfizer e da Sinovac, ao retirar todas as gestantes e puérperas sem comorbidades do Plano Nacional de Imunização. Esse contexto ensejou a propositura da Ação de Descumprimento Fundamental (ADPF) n. 846, ao Supremo Tribunal Federal (STF), a qual demandava a retomada da vacinação contra a COVID-19 na totalidade de mulheres gestantes e puérperas. O STF decidiu, em 24 de junho de 2021, por extinguir a ação sem julgamento de mérito por ausência do requisito legal da subsidiariedade (art. 21, § 1º, RISTF). Inobstante, a vacinação para esse grupo retornou em julho de 2021, em um contexto de insegurança e desinformação (GARCIA, 2021)

particularmente mulheres negras” (SANTOS; MENEZES; ANDREUCCI; NAKAMURA-PEREIRA; KNOBEL; KATZ; SALGADO; AMORIM; TAKEMOTO, 2020).

Assim, em análise de casos de mulheres brancas e negras gestantes ou puérperas, com idades similares e perfis de comorbidade aproximados, as pesquisadoras identificaram que mulheres negras apresentavam não só um índice maior de mortes (o índice de mortalidade para as mulheres negras é duas vezes maior), como também acesso mais precário ao atendimento. As mulheres negras eram minoria entre aquelas internadas em Unidades de Tratamento Intensivo e eram hospitalizadas com quadros mais graves. O estudo concluiu, então, que dados clínicos ou biológicos não podem explicar o impacto desproporcional da COVID-19 entre as mulheres gestantes e puérperas negras. Na verdade, essa vulnerabilização se inicia em processos anteriores ao adoecimento dessa população, relacionados ao racismo e ao patriarcado. Essas desigualdades aprofundam dificuldades enfrentadas no acesso à saúde, às condições de vida e trabalho e vulnerabilizam a população negra, em especial mulheres negras (SANTOS; MENEZES; ANDREUCCI; NAKAMURA-PEREIRA; KNOBEL; KATZ; SALGADO; AMORIM; TAKEMOTO, 2020).

Estudos como os citados permitem compreender as desigualdades em saúde e embasar demandas judiciais. São, afinal, um lastro empírico de um fenômeno muito significativo em termos de direitos humanos e violações constitucionais. Porém, confiar apenas em números pode significar “despersonalizar e alienar, disfarçar o lado humano da mortalidade materna, e assim, perder de vista as mulheres propriamente ditas”, tendo por consequência apagar as histórias de vidas das pessoas envolvidas, deslocar responsabilidades e conferir à morte materna uma “existência simples e objetiva” (COOK, 2013, p. 4).

Por essa razão, este estudo dedica-se a analisar o caso Ariane, mulher negra cuja história de vida rompe com a frieza dos números para mostrar além do impacto desproporcional da pandemia entre gestantes e puérperas, revelar a dor do luto e o desamparo provocados pela desassistência às questões de saúde sexual e reprodutiva na pandemia. Esse impacto desproporcional é resultado, entre outros fatores, dos regimes de poder patriarcais, racistas e coloniais constituintes da desigualdade no Brasil, assim como é decorrente da negligência a questões de saúde sexual e reprodutiva como parte das respostas formuladas à crise sanitária; fatores que se cruzam e produzem efeitos similares em outros países do Sul Global. A história de Ariane está inserida em um contexto de violações de direitos e busco investigá-la a partir das lentes propostas nesta seção.

Por isso, este segundo capítulo tem por objetivo contextualizar a problemática da morte materna por COVID-19 no Brasil, e, por isso busco descrever os índices de mortalidade materna como um importante objeto sanitário porque revelador das disparidades de gênero, raça e classe (2.1); argumentar pela importância de analisar o desproporcional efeito da pandemia sobre corpos gestantes e puérperos no Brasil como um cenário que se repete no Sul Global (2.2) e que aponta para a importância da ferramenta analítica da interseccionalidade e para a centralidade da justiça reprodutiva nas respostas à pandemia (2.3). Essas considerações iniciais são importantes para localizar os referenciais teóricos adotados para analisar o caso de Ariane.

2.1 Mortalidade materna e saúde da mulher negra: dados reveladores de disparidades de gênero, raça e classe

Ainda que dados estatísticos não deem conta de expressar a dimensão da tragédia posta por todos os casos de morte materna no Brasil, em especial durante a emergência sanitária de COVID-19, descrever e analisar os dados oficiais, assim como os discursos hegemônicos sobre esses indicadores, é relevante para compreender a magnitude do problema e seu agravamento durante a pandemia. Isso porque os indicadores de mortalidade materna são importantes sinais da garantia de direitos sexuais e reprodutivos, além de revelarem a desproporcionalidade de violações de direitos conforme região, classe e raça (COTTINGHAM, 2008). É uma questão de saúde pública em que 90% desses óbitos são decorrentes de causas evitáveis (VIANA, R. da C., NOVAES, M. R. C. GCALDERON, I. M. P, 2011).

Para compreensão desse quadro, é importante delimitar alguns conceitos. O Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (BRASIL, 2009) define que

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

O documento ainda lista as “causas maternas”²⁵ que levam à morte materna, assim como distingue as mortes maternas obstétrica e não obstétrica; essas últimas não ingressam

²⁵ O Manual conta com o Anexo A - Capítulo XV da CID 10, no qual constam as causas maternas que podem levar à morte e seus respectivos códigos.

nos dados de mortalidade materna²⁶. As mortes maternas obstétricas são diretas ou indiretas. A direta é “aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas”. A indireta é “resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez”.

Segundo o Ministério da Saúde (2009, p. 10), “em 2003, a razão de mortalidade materna no Brasil obtida a partir de óbitos declarados foi de 51,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, e a razão de mortalidade materna corrigida é de 72,4 por 100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1.572 óbitos maternos”. O documento segue ao informar que os maiores índices são encontrados nas regiões Nordeste e Centro Oeste e o menor na região Sudeste. Os óbitos de mulheres da população parda apresentaram maior participação entre aqueles decorrentes de causas maternas no período de 2000 e 2003, seguido de mulheres brancas e depois pretas. Segundo a pasta, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação e o sub-registro das declarações das causas de óbito.

As subnotificações impactam com ainda mais gravidade o dimensionamento do problema quanto à raça. Há o quesito “cor” na declaração de óbito, porém, há uma constatada imprecisão no registro dessa informação, que leva à dificuldades quanto à compreensão da saúde da mulher negra no país. Ainda segundo o órgão, os números de casos entre mulheres pretas se deve à “predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão arterial; fatores relacionados à dificuldade de acesso; à baixa qualidade do atendimento recebido e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas” (2009. p. 11).

Segundo Laura Lopez (2016), a construção da mortalidade materna como um objeto sanitário no Brasil tem origem em pactos e ações transnacionais. A autora cita a Conferência Internacional sobre a Maternidade sem Risco em Nairóbi, Quênia, em 1987; a qual culminou na iniciativa chamada Maternidade Segura, cujo objetivo era planejar a redução da mortalidade materna como uma meta global de saúde pública; a XXIII Conferência Sanitária Pan-Americana em Washington, em 1990, que aprovou o *Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en la Región de las Américas* e, por fim, a inclusão da

²⁶ Conforme o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (2009, p. 12): “Morte materna não obstétrica é a resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Também chamada por alguns autores, como morte não relacionada. Esses óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna”.

redução da mortalidade materna nas Metas de Desenvolvimento do Milênio – MDM das Nações Unidas (constituindo a 5ª MDM).

Em 1990, o MS reconheceu os Comitês Municipais de Morte Materna, primeiro no Estado de São Paulo e depois nos estados do Paraná, Goiás e Rio de Janeiro. A definição adotada pela pasta é compatível com o conceito desenvolvido, em 1994, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), além de ser também aceita pela International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (VIANA, R. da C., NOVAES, M. R. C. GCALDERON, I. M. P, 2011).

As movimentações internacionais e nacionais sobre o tema provocaram a formação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para apurar a mortalidade materna no Brasil, iniciada em 1996 e cujo relatório foi lançado em 2001²⁷. O documento expôs o perfil das mulheres vítimas de morte materna, com a revelação de fatores de risco relacionados a situações de vulnerabilidade social (níveis de escolaridade e renda, acesso à assistência de saúde, raça/cor, idade, estado civil e situações de violência doméstica). O relatório concluiu que todos esses fatores não estão conectados por uma relação de causa e efeito à morte materna, mas sim atuam conjuntamente para produzir esse resultado, vulnerabilizando mulheres.

No que diz respeito à raça, Laura López (2016) argumenta por uma “subvalorização” da dimensão racial das mortes maternas no Brasil, já que o Relatório somente menciona alguma influência desse quesito em uma suposta predominância racial de algumas doenças. Para a autora, a ausência de uma perspectiva que considere as assimetrias raciais nas políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva é um fator premente na produção de mortes maternas no Brasil. Essa perspectiva se repete no Manual dos Comitês de Morte Materna que, como visto anteriormente, aponta para as dificuldades de constatação sobre a saúde da mulher negra, porém, apenas menciona alguma predisposição biológica para alguns quadros; sem mencionar expressamente as consequências do racismo no acesso à saúde das mulheres negras.

Esse argumento é repetido pela literatura, conforme Vianna, Novaes e Calderón (2011): ainda que a revisão de artigos nacionais realizada por essas autoras aponte para um maior coeficiente de mortalidade materna entre as mulheres negras, a explicação encontrada

²⁷ Relatório final CPI Mortalidade Materna. 1996. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2022.

por elas para esse dado permanece relacionada à patologias hipertensivas e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e baixa qualidade de assistência; sem contudo relacionar esses últimos fatores ao racismo. Os autores mantiveram ocultos os impactos do racismo nos índices de mortalidade materna, apontando que esse dado revela as disparidades entre países “desenvolvidos” e “em desenvolvimento”²⁸ (2011). Essa análise prioriza aspectos socioeconômicos e demográficos e sua ação em face de populações vulneráveis, sem, contudo, explicitar os impactos das disparidades raciais.

Por outro lado, Simone Monteiro (2004) apontou que grupos vulnerabilizados pela raça e classe social experienciam taxas de mortalidade e morbidade mais altas, consequência de fatores históricos e econômicos que perpetuam as desigualdades. As dificuldades de acesso à saúde, emprego, habitação, etc, somam-se aos efeitos do racismo e geram um quadro de iniquidade social, inclusive em saúde. Especificamente quanto às mulheres negras, o impacto desse entrecruzamento de regimes de opressão em sua saúde sexual e reprodutiva ainda é pouco explorado pela literatura; o entrelaçamento da raça e outras formas de discriminação na experiência dessas mulheres “retroalimenta um sistema perverso de omissões e práticas discriminatórias que atingem a maternidade negra” (CARDOSO, COCKWELL, 2016, p. 113). No mesmo sentido, Alaerte Martins (2006) explorou a constatação do racismo como um fator importante na produção de mortes maternas. A enfermeira e ativista do movimento de mulheres negras expôs que esse grupo é mais vulnerável socioeconomicamente, com menor renda e menor escolaridade, sendo também as mais acometidas pela morte materna (MARTINS, 2006).

O estudo “Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira” (OLIVEIRA, KUBIAK, 2019) identificou não só a escassez de estudos sobre a saúde da mulher negra, mas também uma lacuna na literatura sobre o tema: os estudos falham em evidenciar as desigualdades raciais que influenciam no atendimento e no acesso à saúde, omitindo as disparidades raciais ou, ainda quando são consideradas, em geral são associadas exclusivamente ao fator socioeconômico. Segundo as autoras, a ausência dessa temática e a falha em analisar o racismo institucional, - definido por elas como a falha de um organismo em prover serviço adequado a uma parcela da população por conta de sua cor, cultura, origem étnica -, são fatores relevantes na saúde das mulheres negras e uma reprodução das violências e discriminações. O impacto do racismo institucional na saúde da

²⁸ Conforme se verá adiante, atualmente, é mais adequado - e também se relaciona com mais precisão aos objetivos deste trabalho - identificar estes países como pertencentes à região do Sul Global, uma vez que há regimes de desigualdade característicos e compartilhados entre os países, entre eles o colonialismo, o racismo e outros; estes sim fatores fundamentais nas desigualdades e dificuldades de acesso a recursos na região.

população negra é descrito em detalhes por Jurema Werneck, em 2016, segundo quem o racismo institucional “equivaleria a ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos” (2016, p. 543), atuando, junto com outros eixos de subordinação para a produção de quadros de destituição e vulnerabilidades.

Em sendo assim, Beatriz Oliveira e Fabiana Kubiak (2019) argumentam que o racismo na saúde, além de institucional, é epistêmico²⁹. Isso porque não levar em consideração os impactos do racismo e do sexismo na saúde das mulheres negras contribui para que elas sejam as mais afetadas pela violência obstétrica e mortalidade materna, problemas que não se explicam apenas pelo acesso precário à saúde ou fatores socioeconômicos. Assim, a morte materna é um dado revelador de disparidades importantes na saúde de mulheres negras, quadro que tende a se agravar durante emergências sanitárias e, em especial, na região do Sul Global.

2.2 Emergências sanitárias e condições de maternidade no sul global

Busquei discorrer sobre como a literatura hegemônica e documentos oficiais sobre saúde de mulheres negras, assim como a própria constituição da morte materna como objeto sanitário ocultam o racismo estrutural e priorizam análises exclusivamente biológicas ou socioeconômicas. Por outro lado, estudos recentes denunciam esse silenciamento epistêmico e desvelam as desigualdades ocultadas por essas análises, finalmente identificando que o racismo e o patriarcado são importantes fatores para os índices elevados de mortes maternas, uma vez que definidores da qualidade e do acesso à saúde para mulheres negras. Esses regimes de opressão tendem a operar de forma ainda mais perversa com a vulnerabilização das políticas e serviços de saúde sexual e reprodutiva durante emergências sanitárias; é o que revelaram crises globais como as epidemias de Ebola e Zika e, inevitavelmente, a pandemia de COVID-19. Procuro, assim, argumentar sobre o impacto desproporcional dessas crises na região do Sul Global.

Em Serra Leoa, durante o enfrentamento à epidemia de Ebola, a população conviveu com restrições severas dos serviços de atendimento pré-natal e de planejamento familiar, tendo por consequência o aumento da mortalidade materna na região entre os anos de

²⁹ Isabel Cruz (2004), argumenta que as epistemologias tradicionais reforçam a produção de conhecimento hegemônico e ocultam as violências e discriminações operadas contra a população negra. Esse *racismo epistemológico* tem por consequência a produção de conhecimento sobre populações hegemônicas e afeta o acesso à saúde sexual e reprodutiva de mulheres negras. Essa reflexão remete ao conceito de *epistemicídio*, apresentado na epígrafe ao texto *Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira* de Lélia Gonzalez, intitulada “Cumé que a gente fica?” (1984).

2014-2015 (LOKOT; AVAKYAN, 2020). Esse cenário foi também observado na Libéria, por exemplo, e a confluência desses dois fatores (aumento da mortalidade materna e epidemia) revela a importância de perspectivas de gênero sobre emergências sanitárias, tanto do ponto de vista dos serviços de saúde quanto do impacto desproporcional que esses episódios têm sobre aspectos socioeconômicos da vida das mulheres (DIGGINS, MILLS, 2015)³⁰.

No Brasil, epicentro da epidemia de Zika Vírus, o perfil de famílias afetadas revela vulnerabilidades semelhantes: foi o nordeste a região com maior número de casos de crianças com microcefalia notificados até 2015 (DINIZ, 2016); e, em estudo realizado com 25 famílias afetadas, 74% das mulheres e mães se declararam não brancas (FREITAS, MOCELIN, LACERDA, PRADO, SALES, 2019). A epidemia do vírus transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti* deixa marcas na vida de mulheres vulnerabilizadas pela raça e classe social, em especial por conta da ausência de políticas públicas para apoiá-las na tarefa de cuidado³¹.

Mais uma vez, o desamparo experienciado na epidemia e depois dela é também consequência da falta de centralidade das políticas de saúde sexual e reprodutiva nas respostas à emergência sanitária. Em contextos como os causados pelo vírus Zika, direitos como acesso à contracepção, planejamento familiar e aborto seguro, que deveriam assumir importância fundamental, foram minimizados (DINIZ, 2016). Com a pandemia de COVID-19 não foi diferente: as respostas à emergência sanitária levaram à redução de serviços de saúde sexual e reprodutiva³² e conduziram a um impacto desproporcional na vida

³⁰ Para mais dados sobre saúde materna após a epidemia de Ebola: Elston, Danis, Gray, West, Lokuge, Black, Stringer, Jimmisa, Biankoe e Sanko (2019).

³¹ Considerando esse contexto, a Associação Nacional de Defensores Públicos (ANADEP) e a Anis - Instituto de Bioética impetraram a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5581. Ajuizada junto com uma ADPF, as entidades alegaram diversas omissões do Poder Público no acesso à informação, cuidados de planejamento familiar, serviços de saúde para famílias afetadas pelo Zika vírus e pleitearam, entre outras políticas públicas de saúde, seguridade social, assistência e prevenção, a declaração de inconstitucionalidade do enquadramento da interrupção da gestação da mulher infectada pelo Zika vírus como o crime de aborto previsto pelo artigo 124, do Código Penal. Por unanimidade, os Ministros julgaram os pedidos improcedentes diante de óbices processuais sem analisar o mérito. O colegiado do STF acompanhou a Min. Cármen Lúcia, relatora da ação, que considerou a perda do objeto diante da revogação da Medida Provisória 894/2019, a qual instituía pensão vitalícia a crianças com microcefalia decorrente do zika vírus, um dos principais pontos questionados pela ação. Além disso, a Relatora entendeu que a ANADEP não tem legitimidade para a propositura da ação, porque a jurisprudência da Corte somente reconhece legitimidade das entidades de classe nacionais para o ajuizamento de ação de controle abstrato quando há nexo de afinidade entre os objetivos institucionais da entidade e o conteúdo dos textos normativos. No caso da ANADEP, a Relatora decidiu que não há afinidade ou interesse jurídico dos Defensores Públicos em relação às normas e políticas públicas questionadas. A despeito dessa conclusão, merece destaque o posicionamento do Min. Luís Roberto Barroso, que, muito embora tenha acompanhado a maioria ao reconhecer os óbices processuais dessa ação, reiterou a importância do enfrentamento da temática nos tribunais superiores, além de destacar a centralidade dos direitos e autonomia das mulheres, concluindo que o direito penal não deve ser a resposta à interrupção da gestação em sociedades democráticas.

³² A publicação, pelo MS, em 27 de agosto de 2020, da Portaria 2.282, é um dos indicativos da vulnerabilização desses serviços. O documento “dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da

de meninas e mulheres (FISSEHA; SEN; GHEBREYESUS; BYANYIMA; DINIZ; FORE; KANEM; KARLSSON; KHOSLA; LASKI, 2021). Essas continuidades nos quadros provocados pela epidemia de Zika e pela pandemia de COVID-19 não são ao acaso: as respostas às emergências sanitárias causaram impactos desproporcionais em populações vulneráveis, em especial meninas e mulheres negras, e compreender de que forma os regimes de desigualdade estruturantes do Sul Global tem um papel importante nessa realidade parece tarefa fundamental, tanto para desvelar as falhas do Poder público quanto para interpelar as narrativas que contribuíram para essas consequências.

A expressão Sul Global se diferencia dos conceitos pensados entre as décadas de 1980 e 1990, em que a ideia de “países desenvolvidos” vs. “em desenvolvimento e subdesenvolvidos”, ou “países do centro” vs “periferia”, ou, ainda, “países do primeiro mundo” vs “terceiro mundo” ainda estava muito presente. Adotá-la significa de alguma forma um alinhamento às perspectivas dos movimentos descoloniais, no que diz respeito à compreensão do eurocentrismo/norte-americanismo cultural, à marginalização das periferias, a subalternização interna dos países, toda uma costura que considera o colonialismo e é atrelada aos movimentos sociais tais como o feminismo, luta contra o racismo e o capacitismo, entre outros (BALLESTRIN, 2013; BALLESTRIN, 2020).

Sob a perspectiva do Sul Global, a ideia de “Sul” se amplia e passa a ir muito além da perspectiva do desenvolvimento ou do progresso, mas sim abarca países que geograficamente podem estar no Norte, ou ainda, engloba ideias, movimentos, forças, projetos políticos num ambiente multipolar, tendo como mote a construção de uma sociedade mais justa, igualitária. A ideia de Sul Global prevê, enfim, uma revisão substancial da ideia de humanidade construída por aquele antigo Norte colonial, imperialista e centrífugo. Trata-se de uma nova agenda, costurada pelas epistemologias do Sul (SANTOS, 2011), cujo objetivo é revelar as feridas deixadas nos últimos dois séculos por este modelo que uniu capitalismo, modernidade e imperialismo, ao mesmo tempo que revela questões que nos são peculiares.

Neste sentido, a ideia de Sul Global, com toda a sua tecitura de marginalização, exclusão e subalternização de várias subjetividades, inclusive no caso de pessoas gestantes e puérperas, serve a mostrar porque o caso da pandemia de COVID-19 têm seu trágico eco

Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde” e impôs a obrigatoriedade da notificação de meninas e mulheres que buscam serviços de aborto legal. O documento foi promulgado logo após o caso de aborto legal de uma menina capixaba de 10 anos, que, a despeito da situação de violência e abuso sexual em que vivia, enfrentou dificuldades inúmeras para concretização de seu direito à interrupção da gestação. Esse documento foi revogado e substituído pela Portaria nº 2.561/2020, que manteve a mesma redação sobre a obrigatoriedade de notificação. Sobre o caso da menina de dez anos, ver Oliveira (2020). Sobre as portarias do MS, ver Haje (2020).

amplificado, seja no espectro físico do número e gravidade das doenças, seja no espectro político e na quase inexistente política sanitária, seja, enfim, na completa desregulamentação ou a sua ausência em termos institucionais e especialmente jurídicos. No caso do Brasil, traços próprios como a escravidão, o colonialismo, o mito da democracia racial³³, os períodos ditatoriais e anti democráticos e suas reminiscências, entre outros, impuseram interações complexas entre raça, gênero, classe social e outros regimes de opressão que impactam definitivamente as políticas e condições de maternidade, assim como o acesso à saúde sexual e reprodutiva de meninas e mulheres.

Por isso, descrevi o cenário de morte materna por COVID-19 no Brasil, assim como expus a construção do indicador de mortalidade materna como revelador de desigualdades de raça e gênero no país. Considerando esse quadro, busquei discorrer sobre os impactos dos regimes de desigualdade compartilhados pela região do Sul Global como fatores relevantes para compreender o impacto desproporcional da pandemia sobre pessoas gestantes e puérperas. Dessa forma, identifiquei as influências dos regimes de poder e dominação fundados na raça, gênero e classe social nas questões de saúde sexual e reprodutiva são conhecidas e amplamente exploradas pela literatura. Porém, ainda são poucas as investigações sobre como esses regimes se interconectam e produzem efeitos cotidianos na vida de meninas e mulheres (SANSONE, 2004). Para amenizar essa lacuna e analisar especificamente um caso de morte materna por COVID-19 no Brasil, parece importante descrever e analisar os sentidos da interseccionalidade (HILL COLLINS; BILGE, 2020) e de justiça reprodutiva (ROSS; SOLINGER, 2017), lentes pelas quais argumento ser possível interrogar os poderes hegemônicos que contribuem para essas desigualdades.

2.3 Lentes que possibilitam interrogar poderes hegemônicos: interseccionalidade e justiça reprodutiva

Diante dos regimes de desigualdade compartilhados na região do Sul Global, emergem como ferramenta analítica de compreensão desse fenômeno a **interseccionalidade** e o conceito de **justiça reprodutiva**. Os dados mencionados anteriormente, acerca do impacto desproporcional das crises sanitárias em populações vulnerabilizadas, evidenciam o quanto a pandemia de COVID-19 agravou iniquidades já existentes. No que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, é necessário investigar os impactos dessas crises sobre meninas e mulheres, assim como analisar a forma como o gênero se conecta a múltiplas

³³ Para mais sobre o mito da democracia racial, ver nota 5.

formas de discriminação e desigualdade, revelando que “meninas e mulheres” não é um grupo homogêneo (LOKOT; AVAKYAN, 2020).

As análises que centralizam as intersecções dos regimes de poder postos pelo gênero, classe, raça e sexualidade são comumente denominadas como interseccionais. Segundo Patrícia Hill Collins:

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas (COLLINS, BILGE, 2020, p. 20).

Por isso, ainda que a autora realize uma distinção da interseccionalidade como ferramenta analítica e práxis crítica, Patrícia Hill Collins ressalta que é mais importante compreender as possibilidades de ação propostas pela interseccionalidade do que propriamente discorrer sobre o que ela é. Diante das críticas de que essa é uma terminologia imprecisa, a autora norte americana argumenta que o próprio campo está em formação e “ativamente engajado em processo de autodefinição” e que essa ausência de precisão não significa algo ruim. Dessa forma, para a autora, ainda que haja dissidências em sua conceituação e críticas ao seu uso, a interseccionalidade parte de uma fundamental sinergia entre investigação crítica e práxis, servindo como um elo que pode conectar ideias e ações (COLLINS, BILGE, 2020).

Como ferramenta analítica, a interseccionalidade permite interpretar além da raça e do gênero, para proporcionar análises sobre as interações dos regimes de hierarquização da vida e a forma como produzem violências de forma desproporcional. Este uso analítico da interseccionalidade garante uma investigação das características específicas de determinado contexto social, de forma que as peculiaridades de cada realidade importam para desenvolver análises interseccionais. Por isso, os aspectos analisados na seção anterior a respeito dos regimes de poder compartilhados na região do Sul Global são relevantes para refletir acerca do contexto específico de mortalidade materna discutido neste trabalho. Além disso, a interseccionalidade não só é uma proposta de investigação crítica, mas também “estratégia de intervenção para o trabalho de justiça social”, além de ser uma importante ferramenta na defesa dos direitos humanos, possibilitando formas inovadoras de refletir sobre fenômenos sociais (COLLINS, BILGE, 2020).

O conceito de interseccionalidade se popularizou com mais intensidade a partir de um caso defendido pela ativista e advogada norte-americana Kimberle Crenshaw. No caso, Crenshaw levantou o argumento de que mulheres negras eram desproporcionalmente impactadas pelas desigualdades de raça e gênero, as quais se articulavam de forma interseccional para produzir violações de direitos no ambiente de trabalho em questão (CRENSHAW, 1991). Porém, ainda que a jurista seja apontada como precursora na temática, a interseção entre as dinâmicas de raça, gênero, classe social e seu papel para fundar desigualdades e violências contra mulheres negras já era um argumento levantado dentro do movimento feminista negro, tal qual explica Patricia Hill Collins (2017)³⁴.

Nesse sentido, Patrícia Hill Collins aponta que o trabalho de Crenshaw foi responsável por fornecer “um registro útil do momento de transição da formação de um cânone contemporâneo, em que as traduções de interseccionalidade da academia se afastaram do movimento feminista e da compreensão de interseccionalidade do movimento social como uma forma de pesquisa prática e práxis.” Porém, a apropriação pela academia da interseccionalidade aproximou o conceito de perspectivas neoliberais, que privilegiam soluções individuais a coletivas e, ao mesmo tempo, afastou o termo do ethos de justiça social que lhe parecia inerente. Os desafios para pensar as pesquisas interseccionais e também as políticas emancipatórias parecem ser, portanto, refratárias às perspectivas neoliberais e deveriam comprometer-se com a justiça social em seu cerne (COLLINS, 2017).

No Brasil, as intersecções entre os regimes de poder postos pelo gênero, raça, sexualidade e classe também foram objeto de análise de teóricas e ativistas do feminismo negro, que buscaram denunciar tanto nos movimentos sociais quanto na academia a precariedade das análises sobre as desigualdades. Lélia Gonzalez, em 1984, apontava para as precariedades das análises feitas pelas Ciências Sociais no que diz respeito à posição da mulher negra, cujas opressões não se explicam somente pela questão socioeconômica ou de

³⁴Patrícia Hill Collins identifica como o movimento negro adotou perspectivas de raça, classe, sexualidade e gênero como intersecções do poder, rastreando desde a década de 1970 publicações pioneiras que levantaram questões interseccionais, ainda que de forma implícita. A autora ainda destaca o papel importante de mulheres latinas e indígenas, que compunham o movimento de mulheres neste mesmo contexto e estavam à frente nos debates sobre as intersecções entre gênero, classe, sexualidade e raça. No tema, a autora destaca o trabalho precursor de Gloria Anzaldúa e marca os desafios enfrentados por mulheres afro-americanas e mexicanas para que os argumentos sobre a intersecção de raça/ classe/ gênero/ sexualidade fossem forçados na intersecção de múltiplos movimentos sociais. Essa articulação teve um impacto importante no discurso interseccional posterior, inclusive a partir do ingresso desse tema na academia. Então, ainda que o texto de Kimberle Crenshaw tenha reunido de forma adequada o que se pretendia com a articulação de ideias e práticas, o protagonismo atribuído a ela mostra o apagamento da origem do termo entre os movimentos sociais e a apropriação acadêmica de seu uso. O argumento da autora é de que compreensões equivocadas do artigo de Kimberle Crenshaw e a imprecisão levaram à denominar a jurista como a responsável por “cunhar” o termo interseccionalidade.

classe. Além disso, Gonzalez aponta a importância de um “feminismo afro-latino-americano” e denuncia o fato de que mulheres negras sofrem “exploração de classe e discriminação racial” e também “discriminação sexual”, inclusive dentro dos movimentos políticos dos quais fazem parte, cujos membros reproduzem práticas “patriarcais e sexistas” (GONZALEZ, 1988).

Por isso, apenas as chaves propostas por uma análise do racismo atrelado ao sexismo é que permitem explorar a fundo o mito da democracia racial brasileira e identificar que as violências simbólicas operadas por esse regime de poder afetam com mais intensidade mulheres negras (GONZALEZ, 1984, p. 229). É com essa articulação entre raça, sexo e classe, propondo os impactos do racismo, do sexismo e da exploração capitalista sobre as mulheres negras que Gonzalez desenvolve análises que antecedem aquilo que mais tarde se denominou interseccionalidade (RIOS, RATTS, 2016, p. 400)³⁵.

A perspectiva proposta pela interseccionalidade é fundamental para a compreensão do impacto desproporcional da COVID-19 entre pessoas gestantes e puérperas no Brasil. Isso porque o tema do acesso e garantia de direitos sexuais e reprodutivos é impactado, de forma articulada, pelos regimes de poder impostos pela raça, gênero, sexualidade, classe social e outras opressões e resultam em assimetrias na assistência à saúde da mulher negra. Não à toa o tema da saúde reprodutiva das mulheres negras foi relevante para a estruturação do movimento feminista negro, em especial as denúncias sobre as formas de controle de natalidade através das esterilizações forçadas e em massa dessa população³⁶.

A compreensão de como as discriminações impostas por esses regimes de poder e desigualdade impactam as decisões sobre reprodução e sexualidade de meninas e mulheres é o que preconiza a ideia de justiça reprodutiva, um conceito criado e desenvolvido por ativistas norte-americanas, entre as quais se destacam Loretta Ross e Rickie Solinger. Ou seja, para que meninas e mulheres se desenvolvam em pleno bem estar físico, mental, espiritual, social e econômico é necessária a garantia e proteção integral de seus direitos humanos, em especial seus direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, decisões sobre reprodução e sexualidade não podem ser vistas como dissociadas da comunidade em que estão inseridas meninas e mulheres, assim como das iniquidades enfrentadas por elas no

³⁵ Luiza Bairros, Jurema Werneck e Sueli Carneiro também são expoentes nas análises que articulam raça, gênero e classe (GOES, 2019).

³⁶ Na década de 1990, foi instaurada a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) sobre laqueadura involuntária, originada por denúncias sobre o uso de métodos contraceptivos irreversíveis especialmente contra populações vulnerabilizadas. O relatório da CPMI está disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/85082>.

acesso à saúde, educação, assistência social, além das disparidades no acesso a oportunidades. A justiça reprodutiva muda o foco dos direitos sexuais e reprodutivos: em vez de evidenciar a importância de decisões individuais, enfrenta como os diferentes regimes de opressão impactam a saúde sexual e reprodutiva de meninas e mulheres e prioriza a organização coletiva para demandar direitos e políticas públicas fundamentais ao exercício livre e autônomo da sexualidade (ROSS, 2006).

Segundo Ross, a justiça reprodutiva se organiza em torno de três principais demandas: o direito de ter filhos, o direito de não ter filhos e o direito de cuidar dos filhos que tivermos. Essas demandas se articulam em três enquadramentos possíveis: a saúde reprodutiva, os direitos reprodutivos e a justiça reprodutiva, as quais correspondem a três atuações importantes da justiça reprodutiva (serviços, *advocacy* e organização coletiva). No Brasil, o conceito vem sendo incorporado por movimentos e organizações não governamentais do movimento de mulheres negras³⁷.

Classe, raça, deficiência, idade, religião, etnia, sexualidade e outros regimes de desigualdade são definidores do acesso à saúde e determinam o grau de autonomia com o qual é possível tomar decisões sobre a sexualidade e a reprodução. Por isso, interseccionalidade e justiça reprodutiva são conceitos que se articulam, em especial para analisar questões relacionadas à saúde materna e infantil, à autonomia sexual e à gestação, questões que recaem com mais intensidade sobre meninas e mulheres (COLLINS, 2020, p. 166). Assim, a ferramenta analítica da interseccionalidade e a justiça reprodutiva levam a interpretar o fenômeno de mortalidade materna no Sul Global como expressão da articulação entre discursos e práticas de poder hegemônicas (patriarcais e racistas), entre elas o direito e a biomedicina. Então, procuro nesses dois conceitos - justiça reprodutiva e interseccionalidade - as ferramentas capazes de refinar as lentes para interrogar essas práticas hegemônicas - o direito e a biomedicina -, possibilitando perguntas que as desafiam, tarefa que adquire especial relevância para mobilizar os direitos de Ariane.

Isso porque da mesma forma como os números da epidemia de Zika esconderam mulheres e recém-nascidos (DINIZ, 2016), os índices de mortalidade materna no Brasil

³⁷ Para mais sobre o conceito de justiça reprodutiva: ROSS, Loretta J.; SOLINGER, Rickie (2017). Para acessar dados que evidenciam as violações do Estado contra direitos sexuais e reprodutivos, sobretudo o quanto essas iniquidades impactam em todas as dimensões dos direitos humanos, ver o dossiê “Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva”, produzido pela ONG Criola em outubro de 2021 (Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1eHGSM3DmKx1m9NbXEqrFBKRQnZgeoBx/view>), assim como o Guia de Defesa Popular da Justiça Reprodutiva, produzido pelo Coletivo Margarida Alves - Assessoria Popular, em 2020 (Disponível em: <https://coletivomargaridaalves.org/wp-content/uploads/2020/03/CARTILHA-Guia-de-Defesa-Popular-da-Justi%a7a-ReprodutivaWEB.pdf>).

tornam distantes as histórias de vida de pessoas gestantes e puérperas afetadas pela tragédia. Por isso, neste trabalho, busco analisar o caso de Ariane a partir das lentes propostas neste capítulo, para assim testemunhar a história de vida dela e desafiar os poderes hegemônicos que operaram um papel importante no desfecho de seu caso, contribuindo, por fim, para mobilizar seus direitos. Na próxima seção, à luz dos conceitos aqui desenvolvidos, tenho por objetivo compreender como se articularam os discursos médicos, o racismo e o patriarcado para promover as violações de direitos sofridas por Ariane e de que forma essas interpretações relacionam-se ao conceito jurídico de erro médico.

Capítulo 3: Enquadramentos jurídicos do caso: problematizações do erro médico

Nas seções a seguir, busco evidenciar como o léxico típico do direito no que diz respeito à reparação no caso de Ariane precisa ser complexificado para “remexer as estruturas patriarcais em suas entranhas” (DINIZ; GEBARA, 2022, p. 140). Procuo, portanto, nomear as condutas aplicáveis ao caso, em busca de formas de *reparação feminista*, ou seja, para além da quadratura típica do direito, buscando subverter narrativas e mirando os efeitos do patriarcado no corpo dela. Mais do que buscar a compensação pensada estritamente em termos de doutrina jurídica, este testemunho reflete o *reparar feminista* como uma forma de reconhecimento de práticas injustas, de nomeação da vítima e de “fazer voltar no instante o que foi espoliado pelo patriarcado” (DINIZ, GEBARA, p. 140, 2022).

Este exercício levou-me a refletir como o contexto da pandemia pôs desafios aos institutos jurídicos tradicionais, tais como as limitações do erro médico, as possibilidades de responsabilidade civil dos médicos diante de condutas inadequadas e resultados danosos às populações, assim como a possibilidade de reparação internacional do estado brasileiro nesse cenário. Por isso, neste capítulo, considero importante compreender os contornos do direito sobre erro médico, responsabilidades possíveis, assim como possibilidades de desafio a essas respostas majoritárias à luz das categorias anteriormente desenvolvidas. Perguntar *o que fizeram com ela* me levou a pensar os enquadramentos possíveis para a responsabilidade da classe médica, diante das violações de direitos e abusos de poder que levaram a resultados como os da mulher do caso, sem excluir eventual responsabilização do estado brasileiro por, por exemplo, negligência.

No caso de Ariane, há condutas médicas e falhas sistêmicas em saúde que possivelmente contribuíram ou, ao menos, não evitaram sua morte. Investigo esses elementos buscando possibilidades desafiadoras dos regimes de poder participantes neste desfecho fatal, como uma evasão de sofrimentos operados pelo regime hegemônico de poder patriarcal e racista na biomedicina. Com esse testemunho, pretendo abrir caminhos para a comoção no direito (DINIZ; GEBARA, 2022, p. 135); para que a questão da responsabilidade por erro médico e reparação no caso seja delineada como uma demanda por justiça reprodutiva no país epicentro de morte materna na pandemia de COVID-19.

Assim, busco explorar as duas possibilidades de enquadramento naquilo que pode ter sido operado pela biomedicina no caso de Ariane: erros médicos sob a modalidade da imprudência e da negligência; essa última com relações mais evidentes à violência obstétrica.

Por isso, considero importante, antes de tratar especificamente sobre essas modalidades e escavar as possibilidades de responsabilidade, apresentar a definição de erro médico, suas limitações e uma compreensão problematizadora dessa categoria jurídica à luz de uma perspectiva crítica sobre a biomedicina.

Isto é, contribuir para a moldura jurídica do caso de Ariane é analisar conceitos do direito possivelmente aplicáveis ao caso, à luz não só da legislação, da doutrina e da jurisprudência, mas principalmente sob perspectivas sociais e filosóficas que permitem a problematização do enquadramento jurídico típico. Ou seja, o caso pode propor discussões sobre erro médico e violência obstétrica, assim como sobre as responsabilidades e reparações decorrentes dessas condutas, porém, argumento que, para escavar o direito e imaginar novas possibilidades, em especial associadas à ideia de justiça reprodutiva, é preciso analisar essas categorias sob a perspectiva da hegemonia das ciências médicas e sua construção como um saber e um poder, capaz de manifestar o patriarcado e o racismo.

Assim, nesta seção, primeiro exponho o enquadramento jurídico a respeito do erro médico (3.1); na sequência, exploro as contribuições de Foucault sobre a construção da ciência médica como um saber e um poder e seus usos biopolíticos (3.2); em terceiro lugar, procuro investigar o conceito de patriarcado como uma dominação entre os gêneros, sob uma perspectiva interseccional, a fim de identificar os impactos e manifestações desses regimes de governo da vida nas ciências médicas. (3.3) Argumento que essas reflexões colocam novos olhares sobre a categoria do erro médico, fundamentais para também escavar a responsabilidade e a reparação dele decorrentes.

3.1 Erro médico, violência obstétrica e patriarcado

O erro médico é uma conduta pautada por negligência, imprudência ou imperícia, sem observância do cuidado em saúde, que gera um dano a um paciente, podendo esse dano ser uma lesão, uma seqüela definitiva ou temporária, a limitação de movimentos, a morte ou outras consequências da intervenção médica equivocada. Trata-se de um instituto jurídico do qual decorre a responsabilidade civil e as possibilidades de reparação. São processos judiciais que desafiam advogadas e os órgãos julgadores, exatamente por exigir a tradução de laudos, evidências médicas e científicas, para informar a lógica do processo judicial e garantir uma decisão sobre o caso (KFOURI, 2021).

Embora seja um campo complexo do direito, justamente por provocar as tensões na relação entre a biomedicina e o campo jurídico, o erro médico e as responsabilidades dele

decorrentes são pouco analisados sob o prisma de conceitos filosóficos e sociais, em especial os relacionados às questões de gênero. Esse hiato é ainda maior no campo de violações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, o que impede que o erro médico e a responsabilidade dele decorrente sejam vistos, por exemplo, sob o prisma da justiça reprodutiva. Complementar essa lacuna é objetivo desta seção que se propõe a analisar o erro médico à luz da hegemonia da biomedicina e as possibilidades de que ela, como um discurso e um poder, reproduza o patriarcado e o racismo.

No que diz respeito à incidência de erro médico e responsabilidade de profissionais da medicina, Suellyn Aragão e Marcelo Maggio (2020) realizaram a revisão das características técnicas dos casos de suposto “erro médico” analisados pelo Setor Médico do Ministério Público Estadual do Paraná nos anos de 2016-2017. Os autores investigam o desfecho clínico e jurídico dos episódios e concluem pela importância de uma análise técnica e individuada para definição dos erros médicos e consequentes responsabilidades. O estudo aponta que, nos casos analisados, a ocorrência de casos no setor de obstetrícia e ginecologia ocupa a terceira posição de incidências (11,4%), sendo que situações de urgência/emergência (20,7%) e neurologia/neurocirurgia (10,7%) ocupam o primeiro e segundo lugares respectivamente³⁸ (ARAGÃO, MAGGIO, 2020, p. 128).

Dado semelhante revela estudo que analisou acórdãos em segunda instância disponíveis no site do TJDFR no período de 2013 a 2015, utilizando os termos “erro médico” no campo disponibilizado para pesquisa resultando um total de 204 processos. Desta análise, 97% dos processos foram julgados pela justiça comum e 3% por juizados especiais; 1% tratavam de dano material, 46% sobre danos morais e 53% relacionados a danos morais e materiais; as especialidades de menor participação nos pleitos de erro médico foram endocrinologia, dermatologia, fisioterapia, pneumologia, proctologia e erros provenientes da farmácia enquanto as com maior número de processos foram gineco-obstetrícia, cirurgia geral e plástica; encontramos ações cujo o réu foi o setor privado em 51%, o setor público 44% e individual em 5% dos processos analisados; as sentenças foram improcedentes em 57%, procedentes em 22%, parcialmente procedentes em 19% e extintos em 2% dos processos analisados (GOMES, 2017)³⁹. No mesmo sentido são as conclusões de um estudo descritivo

³⁸ O estudo ainda reúne as especialidades de Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hepatologia, Nefrologia, Oncologia, Oftalmologia, Psiquiatria, Reumatologia, Anestesiologia, Cardiologia, Infectologia, etc, sob a designação “outras”, as quais reúnem 18,9% dos casos analisados.

³⁹ São julgados improcedentes os casos em que não são reconhecidos os pedidos feitos pela parte autora da ação judicial, por outro lado, procedentes são as decisões que reconhecem esses pedidos. Os processos são extintos sem julgamento de mérito quando o órgão julgador não analisa o conteúdo dos pedidos, mas sim considera que a

realizado sobre as características dos Processos Ético-Profissional (PEP)⁴⁰ com denúncia de infração por erro médico, julgados no Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Creneb) de 2000 a 2004. Os autores concluíram que o erro médico é uma frequente causa de denúncias contra médicos no órgão administrativo, entre as quais a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia é uma das mais frequentes (BITENCOURT A.G.V. et al, 2007). Estes estudos sugerem, nos contextos analisados, maior recorrência de erros médicos na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia.

O tema do erro médico nas especialidades suscita o debate a respeito das violações que têm sido denominadas violência obstétrica. A discussão é ainda mais relevante se considerado o cenário de mortalidade materna por COVID-19 no Brasil. O termo é usado para descrever as diversas formas de violências na gestação, parto, pós parto e abortamento. A violência obstétrica se manifesta em formas de desrespeito e abuso, como abuso físico, imposição de intervenções não consentidas, discriminação, abandono, negligência e violações respectivas, como ofensas ao direito à dignidade, à integridade física, à igualdade e não discriminação, à confidencialidade e à privacidade, entre outros (DINIZ; SALGADO; ANDREZZO; CARVALHO; CARVALHO; AGUIAR; NIY, 2015)

No contexto da crise sanitária causada pela COVID-19, também a violência obstétrica foi um fator relevante. Algumas intervenções e restrições implementadas durante o atendimento pré-natal, parto e pós-parto, na pandemia, não eram necessárias, tampouco baseadas em evidências científicas. Na verdade, o tratamento obstétrico durante a crise sanitária teve, em muitos casos, por consequência violações de direitos e da dignidade de mulheres gestantes e puérperas, ao passo que desproporcionais para atingir o objetivo de contenção ao vírus. São exemplos dessas medidas a proibição de acompanhante, intervenções desnecessárias sem indicação médica, afastamento entre a mulher e o recém nascido, impedimento de amamentação, entre outros. Segundo as autoras, os cuidados após o nascimento (amamentação, contato pele a pele, habitar o mesmo quarto) não devem ser mitigados durante crises sanitárias, ainda que houvesse suspeita ou confirmação de

ação judicial contém algum problema formal, isto é, alguma inadequação de ordem processual, descritas nas hipóteses do artigo 485 do Código de Processo Civil.

⁴⁰ Processo Ético Profissional (PEP) é um procedimento previsto pelo Código de Processo Ético Profissional, um conjunto de normas processuais que regulamenta também as sindicâncias (procedimento de apuração anterior ao PEP) e o rito dos julgamentos nos Conselhos Federal (CFM) e Regionais de Medicina (CRM). Tratam-se de processos administrativos para investigação e julgamento de infrações éticas, ou seja, violações ao Código de Ética Médica. Não são processos judiciais e são julgados pela própria classe médica, por intermédio do CFM e/ou CRM. Os mesmos atos podem gerar processos éticos profissionais e também processos judiciais cíveis ou criminais. Por isso, a responsabilidade por um dano pode ser aferida em instâncias diversas sem prejuízo uma da outra.

COVID-19 entre mulher e recém nascido. Não há respaldo científico para fundamentar a proibição dessas práticas; ao contrário, elas são fundamentais para a garantia de direitos das mulheres e seus filhos (SADLER; LEIVA; OLZA, 2020).

Em termos jurídicos, não há uma lei federal que define o que é violência obstétrica. Não há qualquer previsão no Código Penal sobre a conduta de profissionais que violem os direitos de pessoas gestantes, no puerpério ou pós parto. Há em alguns estados brasileiros (Paraná, Tocantins e Minas Gerais, por exemplo) leis estaduais que estabelecem as circunstâncias nas quais acontecem a violência obstétrica, prevêm conceitos e definem sanções na esfera cível. Essa dificuldade de enquadramento jurídico do problema faz com os casos de violência obstétrica submetam-se a outras modalidades de responsabilidade no direito, como por exemplo a responsabilidade civil por erro médico.

Porém, nem toda violência obstétrica pode ser considerada um erro médico, já que ela é justamente a manifestação de “violência institucional e de gênero, que faz parte da cultura médica hegemônica acerca do parto” (PALHARINI, 2017). Ou seja, a violência obstétrica nem sempre se apresenta na forma típica preconizada pelo direito civil (atos ilícitos, sem observância do dever de cuidado, que geram um dano) e se manifestam em uma série de possibilidades que escapa à definição jurídica do “erro médico” e mais alinhada ao que se poderia denominar violência de gênero ou institucional. Este inclusive é o argumento, por exemplo, da Defensoria Pública Estadual do Paraná (DPE/PR), ao ingressar com uma série de ações judiciais pleiteando indenizações para casos de violência obstétrica no Estado, que conta com uma lei estadual definidora da violência obstétrica, apta a embasar a abordagem das violações de direito no caso sob a perspectiva da violência de gênero (ANÍBAL, 2022).

A disputa sobre o termo não é apenas no âmbito de sua definição jurídica, mas também entre a comunidade médica preponderante. Luciana Palharini (2017) revela a vocação intervencionista da medicina e da formação médica, a qual atua para não respeitar as escolhas da pessoa gestante e justificar suas práticas a partir de uma “autoridade científica”. Argumenta, outrossim, que o discurso médico hegemônico, por intermédio das publicações de conselhos, associações e federações, desvia da problemática da violência obstétrica e está focado em casos específicos de defesa profissional.

Contudo, argumento que muitas das falhas na assistência e violações de direitos na atenção à saúde sexual e reprodutiva encaixam-se em um amplo conjunto de manifestações do patriarcado e do racismo na biomedicina, os quais motivam a escavação do direito para formular respostas que contribuam para a reparação dos casos; o que não significa mitigar a

importância do conceito de violência obstétrica, mas sim reconhecer que há casos em que essas práticas associam-se a condutas inadequadas dos profissionais de saúde em perspectiva mais ampla. No caso de Ariane, há possibilidades mais evidentes de adequação à categoria do erro médico, seja pela via da imprudência e da negligência, essa última que melhor se relaciona ao conceito de violência obstétrica. Por isso, dada a insuficiência da categoria do erro médico para analisar essas violações de direito a partir do patriarcado e do racismo, proponho investigar o conceito de patriarcado para compreender como, em sua associação ao racismo, esse regime de hierarquização da vida manifesta-se contra corpos de pessoas gestantes e puérperas para violações de direitos operacionalizadas pelos saberes e poderes médicos.

O patriarcado é um regime de poder e subalternização de mulheres, que impõe a elas diferentes “regimes de governo da vida, entre eles o gênero”. Isto é, ainda que o conceito de patriarcado seja alvo de críticas, em especial sobre a estaticidade da categoria e a pouca sensibilidade dela às diferenças entre culturas, nomear o marco de poder governado pelo gênero como patriarcado é reconhecer “a subalternização, a vigilância e o castigo por ele operado”. Há outros marcos de poder que hierarquizam e governam a vida, tais como a cor, a raça e a classe (DINIZ, et al, 2015, p. 226) e, considerar o conceito de patriarcado não pode prescindir de uma análise interseccional tal qual propus na seção anterior.

Reconhecendo o patriarcado como um regime de poder pautado pelo gênero, bell hooks (2004, s/p) define a categoria como um “sistema sociopolítico segundo o qual homens são inerentemente dominantes, superiores a tudo e todos considerados fracos, especialmente mulheres, e dotados do direito de dominar e governar os fracos, assim como manter a dominação por meio de várias formas de terrorismo psicológico e violência”⁴¹. A autora narra como o patriarcado é legitimado e reproduzido por estruturas sociais, tais como a família, a escola e a religião.

A autora aponta que o termo patriarcado pode parecer ultrapassado mas, para ela, trata-se de nomear o sistema de opressão no qual estão fundadas as relações políticas e sociais. Na verdade, a própria dificuldade de nomear o fenômeno é parte do trato patriarcal das relações sociais, já que muitos homens e mulheres têm dificuldade em reconhecer ou nomear a natureza patriarcal de suas relações de dominação. Isso significa que, ainda que a

⁴¹ No original: “*Patriarchy is a political-social system that insists that males are inherently dominating, superior to everything and everyone deemed weak, especially females, and endowed with the right to dominate and rule over the weak and to maintain that dominance through various forms of psychological terrorism and violence.*” (2004, s/p).

maioria das pessoas se mostre contrária à, por exemplo, violência contra a mulher e que o movimento feminista tenha atingido muitas conquistas ao longo dos anos, a opinião delas pode ser diferente quando se fala em erradicar o patriarcado ou acabar com a dominação dos homens sobre as mulheres. Para bell hooks (2004) o patriarcado permanece intacto e, entre muitas pessoas, ele é inclusive um sistema importante para a manutenção das espécies; uma ironia destacada pela autora, uma vez o patriarcado é justamente o sistema responsável por violências, assassinatos, danos psicológicos, físicos e emocionais a mulheres e homens no planeta.

O patriarcado define as qualidades humanas que devem ser exaltadas e aquelas que devem ser diminuídas, atribuindo papéis aos homens e mulheres desde a infância. Assim, a inadequação ou o desvio dos padrões estabelecidos geram atos de reprovação, permeados pela violência e repressão da autoridade patriarcal. Essa reprovação, cujo intuito é “pedagógico” dentro da ordem patriarcal, gera danos psicológicos a homens e mulheres, ainda que os primeiros se beneficiem ou possam crer se beneficiar dessa ordem social. Para bell hooks (2004), é importante, em primeiro lugar, nomear esse sistema de dominação, problematizá-lo em teoria e nas práticas cotidianas para assim considerar os efeitos do patriarcado e efetivamente refletir sobre soluções capazes de desmantelá-lo.

Dessa forma, bell hooks (2004), ainda que não trate explicitamente nesses termos, sugere o impacto do patriarcado na formação dos sujeitos. Sobre este tema, as contribuições Judith Butler são relevantes, porque expõem a relação entre gênero, poder e subjetividade. Segundo a autora, o poder é paradoxal e ambivalente, uma vez que torna o sujeito possível ao mesmo tempo em que é retomado e reiterado no próprio agir do sujeito. Ou seja, o poder não só age sobre o sujeito, mas também o constitui. Essa reflexão abre margem para discutir quais as possibilidades de oposição e subversão desses poderes que estão reconhecidamente implicados na própria constituição do sujeito. Em outras palavras, a autora nos provoca a pensar a ambivalência do poder, que, segundo ela, é inescapável, mas não determinante. Nos atos de resposta à interpelação do poder patriarcal estão as possibilidades de desafio aos regimes de governo da vida com base no gênero (BUTLER, 2020).

Judith Butler utiliza o conceito de interpelação, baseado em Althusser, para descrever como o status de sujeito é conferido e assumido através do ato pelo qual a pessoa responde à chamada dos regimes de poder. Rememorando o exemplo althusseriano, Judith Butler resgata o momento em que um policial interpela um homem e este homem responde ao policial. É neste momento de reconhecimento da autoridade e pela assunção da ideologia é que ele se

torna sujeito. De forma semelhante, o momento em que o médico enuncia o sexo do recém nascido no nascimento é a interpelação do poder a este corpo, um enunciado interpelativo performativo em que a linguagem que parece apenas descrever o corpo, na verdade o constitui. Para Judith Butler, as possibilidades de reação, desafio e subversão a essa interpelação variam conforme os regimes de poder que governam a vida: o racismo, a classe, o gênero, etc (BUTLER, 2020). A compreensão do patriarcado como um regime de poder que atua sobre, constitui e interpela os sujeitos é útil para a análise empreendida nas seções seguintes. Isso porque esse poder é legitimado e reproduzido por diversas instâncias cotidianas e, especificamente no que diz respeito ao caso analisado, cumpre analisar os impactos desse regime de hierarquização nas ciências médicas, um discurso potente para perpetuar a subordinação entre os gêneros.

Assim, a violência obstétrica é um elemento importante para analisar o cenário de mortalidade materna no Brasil, inclusive durante a crise sanitária da pandemia de COVID-19. Nesse contexto, como já exposto em seção anterior, as conclusões de Alex Souza e Melania Amorim (2021) sugerem que a maior mortalidade em gestantes no Brasil acontece por “problemas crônicos da assistência à saúde da mulher no país, como recursos insuficientes, baixa qualidade pré-natal, leitos disponíveis menores que a real necessidade, dificuldade no acesso aos serviços, disparidades raciais e violência obstétrica”. Por isso, ainda que as respostas típicas do direito possam parecer imprecisas para nomear a complexidade da violações de direito e das manifestações patriarcais que a biomedicina é capaz de operacionalizar, é o erro médico e suas modalidades de imperícia, negligência ou imprudência que viabilizam delinear a responsabilidade civil e a reparação no caso de morte materna analisado. A insuficiência do erro médico como categoria jurídica em casos de violações de direito em saúde sexual e reprodutiva é motor para que, neste trabalho, eu tenha optado por articular e desafiar a doutrina hegemônica a partir da problematização das ciências médicas como um poder que articula o patriarcado e o racismo.

3.2 A construção da biomedicina como um saber para Michel Foucault

Para problematizar a categoria jurídica do erro médico, considero necessária uma análise sobre a construção da medicina como uma ciência e o poder a ela relacionado, na perspectiva de Michel Foucault. Com essa análise, pretendo investigar de que forma a medicina se construiu como uma ciência capaz de atuar para a docilização dos corpos, na normalização das experiências de vida, e na moralização, estratificação, e patologização da

subjetividade e da sociedade, construindo um espaço privilegiado de manifestação dos regimes de hierarquização da vida.

Michel Foucault explica a constituição das ciências biomédicas na modernidade como um poder sobre os discursos e os significados da experiência médica. Trata-se de uma marca da "reorganização em profundidade não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença". O autor, diante da ruptura que se deu nas ciências biológicas no início do século XIX com a formação da medicina moderna, procura demonstrar a racionalização que se processou no conhecimento médico, e a sua vital importância para a transformação do conhecimento científico. Afirma que tal alteração antes de ser uma modernização dos instrumentos técnicos utilizados, ou mesmo um refinamento dos conceitos, foi, sem dúvida, uma mudança nos objetos, nas instituições, nos conceitos e nos métodos (FOUCAULT, 1998).

Com a medicina moderna surgiu um novo modo de se olhar as relações estabelecidas entre doentes e médicos, doentes e familiares e cientistas, dando-se origem a novas formas de conhecimento e práticas institucionais. Formas que permitiram a passagem, assim como da História Natural à Biologia, da Medicina Clássica à Medicina Moderna, antes meramente argumentativa, agora anátomo-clínica e classificatória. Com esse movimento, o saber médico desliza de uma análise abstrata das doenças, para a uma análise mais concreta, inserindo-se como conhecimento que se produz sobre o corpo doente, e não sobre a alma ou o corpo da doença. Assim, a medicina moderna ou a biomedicina, é uma medicina do espaço social, um biopoder que se opera no nível estatal, transformando a doença, antes mero intruso a ser extirpado da individualidade, em problema político e de administração urbana, que atinge as cidades e as suas instituições (FOUCAULT, 1998).

O autor aprofunda essa concepção no texto "Crise da medicina ou crise da antimedicina?" (2010) no qual narra que a afirmação do direito à saúde como um direito fundamental no período pós guerra fez com que o indivíduo se convertesse em um dos objetivos principais da intervenção do Estado. As pessoas passaram a ser um "dos grandes objetos de que o próprio Estado deve encarregar-se". Esse estado de *somatocracia*, ou seja, um regime "em que uma das finalidades da intervenção estatal é o cuidado do corpo, a saúde corporal, a relação entre as doenças e a saúde" é um estado que esteve em crise desde o seu início (FOUCAULT, 2010, p. 171).

A modernização da medicina impulsionou grandes progressos nas tecnologias em saúde, um avanço que surge junto com os sistemas de Seguridade Social europeus. Porém,

paradoxalmente, esse progresso, junto com o funcionamento econômico e político da medicina, não conduziram ao maior bem-estar sanitário. Neste ponto, Michel Foucault argumenta que a prática da medicina, ao menos desde o século XVIII, é uma prática social, sendo um mito a ideia de exercício privado da profissão, de forma que os impactos sociais do exercício desse saber não são uma novidade, tampouco a crise exposta pelo progresso de suas tecnologias e a paradoxal estagnação no campo da saúde pública e do bem estar sanitário. O autor então aponta que a constituição da medicina como um saber é associada ao desenvolvimento econômico, político e social, ao menos nos países europeus, e indaga se este modelo pode ser corrigido e aplicado em outros lugares.

O filósofo inicia sua análise ponderando que embora a medicina sempre tenha tido consciência de seu potencial letal, desde o século XX, essa capacidade de matar e sua periculosidade decorre não da ignorância ou da desorganização de suas práticas como outrora, mas justamente pelo fato de constituir uma ciência. Essa concepção revela os perigos da medicina, assim como a nova compreensão do que Michel Foucault denomina “riscos médicos”, em um “liame difícil de romper entre os efeitos positivos e negativos da medicina” (FOUCAULT, 2010, p. 176-177). Esse fenômeno inaugura a era da “bio-história”: “uma nova dimensão de possibilidades médicas que chamarei de questão da bio-história. O médico e o biólogo já não trabalham no nível do indivíduo e de sua descendência; começam a fazê-lo no da própria vida e de suas ocorrências fundamentais” (FOUCAULT, 2010, p. 178).

Outra marca da crise da medicina apontada por Michel Foucault é intervenção médica em todas as demandas dos pacientes, seus sintomas, sofrimentos, mal-estar, etc, e todos os quadros são chamadas doenças, nomenclatura que garante a elas um estatuto médico e demandam uma medicalização. “A saúde se converteu em um objeto de intervenção médica” e todos os campos relacionados a isso são objeto da medicina que já não está mais vinculada exclusivamente às doenças. O autor chama essa intervenção de autoritária e identifica que a medicina está “dotada de um poder autoritário com funções normalizadoras que vão bem além da existência das doenças e da demanda do doente” (FOUCAULT, 2010, p. 181).

A este respeito, Michel Foucault apresenta o ponto de intersecção entre direito e medicina:

Se é certo que os juristas dos séculos XVII e XVIII inventaram um sistema social que deveria ser dirigido por um sistema de leis codificadas, pode-se afirmar que, no século XX, os médicos estão inventando uma sociedade não da lei, mas da norma. O que rege a sociedade não são os códigos, mas a perpétua distinção entre o normal e o anormal, o perpétuo empreendimento de restituir o sistema de normalidade (FOUCAULT, 2010, p. 181).

Assim, a principal característica da medicina a partir do século XX é funcionar não só com base na demanda dos pacientes e das doenças, mas em um campo mais amplo, coletivo e social, o qual inclusive não contém mais nenhuma externalidade: quando se apontam as problemáticas da medicina, argumenta-se em favor de um saber médico mais completo e mais refinado (FOUCAULT, 2010, p. 184). Essa construção abre caminhos para o que Michel Foucault denomina como uma “Economia política da medicina”. Ou seja, se antes a função da medicina era garantir corpos saudáveis e fortes para a manutenção e reprodução da força de trabalho e essa era a marca do encontro entre medicina e economia, a partir do Século XX, essa vinculação se dá por outra via. A saúde e o bem-estar constituem um objeto de desejo para uns e de lucro para outros, e assim a medicina produz diretamente a riqueza.

A revisão da história da medicina na perspectiva do autor francês não tem por objetivo um regresso à antimedicina tampouco defende um tipo de medicina correta ou melhor. Michel Foucault defende essa empreitada como uma forma de problematizar o modelo de desenvolvimento histórico da medicina como ciência, desde o século XVIII, para compreender de que forma esse saber pode ser modificado e como poderia essa análise ser aplicada em países que não compartilharam do mesmo desenvolvimento político e econômico que os países europeus, seja pela colonização ou outros fatores que os individualizam (FOUCAULT, 2010, p. 192). Ou seja, Michel Foucault argumenta que:

a medicina não deve ser rechaçada nem adotada enquanto tal; que a medicina faz parte de um sistema histórico; que ela não é uma ciência pura; que faz parte de um sistema econômico e de um sistema de poder; e que é necessário trazer à luz os vínculos entre a medicina, a economia, o poder e a sociedade para determinar em que medida é possível retificar ou aplicar o modelo (FOUCAULT, 2010, p. 193).

A análise da história da medicina não é um tema novo na obra de Michel Foucault. Na verdade, o autor dedica-se a compreender de que forma o saber médico se insere em todos os aspectos da vida humana desde seus estudos sobre as dicotomias entre patologia e normalidade, e, conseqüentemente, terapêutica e dominação/moralização/exclusão a partir da doença mental (FOUCAULT, 2008). Portanto, no que diz respeito à construção da medicina como um saber e um poder, Michel Foucault argumenta que doença mental e doença orgânica seriam também expressões culturais. Nesse sentido, Michel

Michel Foucault (2008, p. 69) questiona: “Não há na doença todo um núcleo de significações que releva o domínio no qual ela apareceu – e inicialmente o simples fato de que ela aí é caracterizada como doença?”. Com esta reflexão, expõe brevemente que nas entrelinhas estaria o fato de como uma doença efetivamente aparece. Por isso é objeto de estudo do filósofo, seja em sua obra sobre doença mental, seja mesmo da história da loucura,

investigar como a produção do conceito de patologia e de loucura representam, sempre, um elemento social, histórico e cultural.

É esta compreensão que permite entender a medicina como um saber a partir do surgimento de um novo olhar médico, um olhar clínico “como um ato perceptivo subentendido por uma lógica das operações”, conjugando um domínio hospitalar, da prática, e um domínio pedagógico, do conhecimento (FOUCAULT, 2000, p. 111); um olhar que escuta e um olhar que fala, permitindo um equilíbrio entre a palavra e o espetáculo (FOUCAULT, 2000, p. 116); surge, enfim, uma nova epistemologia da doença, uma nova análise do visível e do invisível, uma nova luminosidade, que permitiu a formação de uma medicina clínica, e, portanto, de uma importante disposição do saber (FOUCAULT, 2000, p. 202).

Assim, o que a este testemunho parece relevante é que o saber médico se apresenta cientificamente nos últimos dois séculos, mas, especialmente no séc. XX, como um saber clínico e moralizador da sociedade e a forma com a qual vai se enraizando no saber humano, como uma ciência capaz de manifestar e reproduzir regimes de poder. Exemplo disso são os primeiros penalistas, desde o médico Cesare Lombroso aos discípulos Enrico Ferri e Raffaele Garofalo, os quais desenvolveram teorias que fundamentam uma predisposição biológica ao crime, valendo-se de um paradigma médico. Essa é apenas uma das intersecções entre o saber médico e o direito, a qual revela a articulação de discursos discriminatórios sob o véu científico.

3.3 Uma revisão de literatura sobre o patriarcado na biomedicina

Às reflexões problematizadoras da história da medicina em Michel Foucault considero relevante acrescentar os impactos do patriarcado, associado ao racismo, nas ciências médicas. Sob as lentes da interseccionalidade, exponho os resultados de revisão de literatura realizada em periódicos da área da saúde pública e da antropologia, nacionais e internacionais, sobre os impactos e manifestações do patriarcado na biomedicina, com fundamento nas críticas de teóricas do feminismo ao suposto caráter de neutralidade da ciência, em especial, das ciências médicas. Essa revisão foi baseada na busca pelos termos “patriarcado e biomedicina” e “patriarcado médico” em periódicos nacionais e internacionais da área da saúde e antropologia. Tem por objetivo explorar o que tem desenvolvido a literatura desses campos sobre os impactos dos regimes de desigualdade na atenção à saúde de meninas e mulheres, em especial no que diz respeito à sexualidade e à reprodução.

O impacto do feminismo nas ciências levou ao questionamento da hegemonia de produção dos saberes e é um tópico com longa tradição nos estudos de gênero, de forma que a crítica feminista à ciência é um campo bastante explorado. Porém, a crítica feminista à ciência não é objeto central deste estudo, senão no que diz respeito às ciências médicas e a reprodução por elas do patriarcado. Assim, especificamente no campo das ciências médicas, as histórias da ciência e da medicina ignoraram toda a realidade de dominação dos homens sobre as mulheres, o que ensejou investigações críticas e problematizadoras da hegemonia científica (CASTRO; BRONFMAN, 1993) Por isso, analisam a contribuição das teorias feministas para a sociologia da medicina e concluem que as ciências médicas negligenciaram conceitos sociais tais como o patriarcado e gênero e seus impactos na saúde das mulheres. Apontam que a dominação de gênero influencia na produção de ciência sobre saúde de mulheres, de forma que a crítica feminista à medicina é capaz de problematizar os conceitos de saúde e doença e evidenciar a prevalência da ordem patriarcal. Segundo os autores, o patriarcado explica a exclusão das mulheres das ciências médicas, assim como a medicalização da sexualidade e da reprodução.

Ainda para desafiar a hegemonia e a suposta neutralidade das ciências médicas, assim como problematizar questões relacionadas à saúde da mulher, Kary L. Moss organizou o livro “Man-Made Medicine: women’s health, public policy and reform” (MOSS, 1996), no qual constam uma série de ensaios sobre o efeito dos estereótipos de gênero e raça nos serviços de saúde dos Estados Unidos. No livro “O feminismo mudou a ciência?”, Londa Schiebinger (2001) analisa os impactos das disputas políticas do feminismo na produção da ciência, seja pelo incremento da participação de mulheres como pesquisadoras seja pela avaliação do quanto as pautas feministas de fato impactam e são capazes de transformar campos diversos. Especificamente no que diz respeito à Medicina, Londa Schiebinger descreve as origens androcêntricas dos estudos sobre a saúde e o corpo humano, de forma que a saúde da mulher foi, desde sua origem, tida como um desvio ou então focada nos aspectos da sexualidade e reprodução. A Medicina, durante muitos anos, adotou o masculino como norma e o feminino como um “caso especial de desvio dessa norma”. Essa negligência de outros fatores de saúde tem por consequência um hiper controle dos aspectos relacionados à sexualidade e o ocultamento de quaisquer outras questões de saúde específicas da mulher (SCHIEBINGER, 2001).

Porém, considerar supostos aspectos biomédicos que diferenciam as mulheres dos homens não é suficiente - é o que argumenta Londa Schiebinger ao expor o debate entre o

modelo biomédico e o modelo ecossocial para discutir a atenção à saúde da mulher. Segundo esse último, é preciso considerar que sexo e raça são mais do que variáveis biológicas, mas sim aspectos sociais relevantes na interpretação da saúde, que deve ser considerada conectada ao ambiente e à comunidade. Ou seja, diferenças na saúde entre os gêneros, raças, classes sociais e origens étnicas são fenômenos que além de relacionados a fatores biomédicos, de estilo de vida e outros, estão conectados com o contexto social em que meninas e mulheres estão inseridas - e muitas de suas condições fisiológicas sofrem um impacto importante pelos regimes de desigualdade em que estão inseridas (SCHIEBINGER, 2001).

No campo da antropologia, Marcia Inhorn (2006) argumenta que a análise das questões relacionadas à saúde da mulher pode se beneficiar de enfoques etnográficos. Para elucidar essa contribuição na definição das agendas sobre saúde das mulheres, a autora desafia a hegemonia das ciências biomédicas e resume doze mensagens que considera importantes sobre saúde de mulheres extraídas a partir da produção etnográfica sobre o tema, especificamente estudos desenvolvidos desde a década de 1980. Nos trabalhos analisados por ela, os antropólogos ouviram e documentaram as preocupações das mulheres sobre sua saúde e, em seu texto de 2006, é possível analisar as contribuições da antropologia para definir e entender a saúde das mulheres a partir da perspectiva delas mesmas.

A pesquisa de Marcia Inhorn analisa mais de 150 volumes sobre saúde das mulheres, os quais consideram temas, além da pandemia de HIV/AIDS, esterilização feminina, violência contra a mulher, aborto, e outras questões relacionadas à saúde de mulheres em diversos países do mundo. O esforço da autora se justifica porque, apesar da saúde das mulheres ter se desenvolvido como um tema predominantemente biomédico, a antropologia tem muito a colaborar, especialmente se considerados cenários como a já mencionada pandemia de HIV/AIDS e as taxas de mortalidade e morbidade relacionadas à reprodução em algumas regiões do mundo. Marcia Inhorn buscou analisar os temas desenvolvidos nesta literatura, perguntando-se como os registros etnográficos sobre saúde das mulheres contribuíram para a produção de conhecimento sobre o tema. A autora tem por objetivo destacar as percepções específicas sobre saúde das mulheres proporcionadas pelo enfoque etnográfico, diversas das agendas definidas pelos estudos em saúde pública e biomédicos.

Para isso, identifica, primeiramente, que as pesquisas etnográficas tornam possíveis verificar as prioridades de saúde das próprias mulheres. Ainda que haja um incentivo à participação em pesquisas e uma perspectiva mais comunitária de saúde, não é raro que prioridades de saúde ainda sejam definidas de “cima para baixo” (2006, p. 347). Em segundo

lugar, a antropóloga destaca a importância do contexto social para analisar questões de saúde, um argumento desenvolvido com muita intensidade no campo da antropologia. Condições estruturais tais como o patriarcado e a globalização são condicionantes para analisar a saúde das mulheres e esses fatores devem ser considerados na definição de políticas públicas e das prioridades em saúde. Assim, para a autora, a antropologia contribui para a biomedicina e para os estudos em saúde pública porque auxilia na delimitação das pesquisas em saúde das mulheres, possibilita contextualizar os problemas de saúde delas e, por fim, permite avaliar os serviços de saúde de forma a proporcionar novas políticas e melhoramento das práticas.

Considerando a importância dessa revisão etnográfica para o campo da saúde das mulheres, destaco algumas das mensagens relevantes trazidas por Marcia Inhorn, pertinentes ao objeto de estudo deste trabalho. A revisão da literatura etnográfica da autora permite reconhecer que os estudos sobre saúde das mulheres, entre outros aspectos identificados pela autora, são focados na essencialização da reprodução, identificam o aumento da medicalização sobre o corpo feminino e também argumentam pelo fortalecimento da hegemonia biomédica sobre a saúde delas, assim como pelos efeitos degradantes do patriarcado na saúde. A autora ainda destaca a interseccionalidade entre raça, classe e gênero e seus impactos na saúde das mulheres.

O estudo revela que as questões de saúde das mulheres são focadas na essencialização da reprodução, ocultando outros aspectos relevantes da saúde delas. Priorizar as demandas de saúde relacionadas à reprodução pode ser importante porque garante acesso à direitos básicos e, segundo Márcia Inhorn, “empoderador”, porém, é limitante e contribui para condicionar os papéis sociais já que a reprodução não tem o mesmo impacto nos estudos sobre saúde masculina. Inclusive, a autora destaca que a priorização de aspectos relacionados à reprodução leva à falta de informações sobre como outros aspectos da vida impactam essa área e obscurece fatores relevantes para a definição da agenda em saúde das mulheres.

No que diz respeito à medicalização da saúde das mulheres, Márcia Inhorn identifica que há estudos antropológicos argumentando pela excessiva patologização dos eventos reprodutivos da vida das mulheres, fenômeno cujo ápice são as tecnologias e intervenções do parto. Segundo a autora, os estudos antropológicos concluem que essas intervenções nem sempre melhoram a qualidade de vida das mulheres. Assim, ainda que os avanços na biomedicina tenham o poder de salvar vidas, é necessária atenção para o excesso de medicalização e de controle sobre a vida das mulheres. Esse fenômeno se relaciona diretamente com o crescimento da hegemonia biomédica sobre seus corpos, expressa, entre

outras, por formas de intervenção nem sempre respaldadas pela garantia de direitos e pelo bem estar. O aumento dessa hegemonia e da dominação dos corpos das mulheres provocou também o crescimento de movimentos de resistência tais como as reivindicações pelo parto natural, domiciliar e não medicalizado, por exemplo.

Além dos argumentos anteriores, a autora aponta para os efeitos do patriarcado⁴² na vulnerabilização da saúde de meninas e mulheres. A autora destaca que o patriarcado deve ser analisado como uma estrutura de dominação localizada e situada em um tempo e espaço. Ou seja, o patriarcado pode ter características específicas de cada região e manifestar-se de formas diversas conforme a cultura e o tempo. Diante dessa consideração, a autora destaca que ao focar nas forma com as quais o patriarcado opera em diferentes níveis na vida das mulheres, seja de forma estrutural, seja nas relações interpessoais, é possível verificar como as opressões de gênero impactam a saúde delas, agravando cenários como os causados pela violência doméstica, mortalidade materna, falta de acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva, entre outros. Embora os estudos etnográficos tenham sucesso no diagnóstico de experiências relacionadas ao patriarcado de uma maneira geral, Márcia Inhorn identificou uma lacuna no que diz respeito aos impactos dessa dominação na degradação da saúde das mulheres.

Por fim, Marcia Inhorn argumenta que há poucos textos etnográficos sobre a interseccionalidade entre gênero, raça, classe, idade, nação, religião, orientação sexual, deficiências ou aparência nas questões de saúde das mulheres. Segundo ela, é fundamental desenvolver análises considerando os diferentes regimes de opressão que se interseccionam para vulnerabilizar o acesso à saúde e impactar a vida das mulheres de formas distintas, assim como argumento na seção anterior deste texto.

No mesmo sentido, questões de gênero, conjugadas ou não a outros “determinantes de iniquidade” influenciam fundamentalmente as interações entre equipes de saúde e pacientes, tendo por consequências, por exemplo: diferentes padrões de atendimento entre homens e mulheres, abuso físico, verbal e sexual de pacientes, abuso econômico e hipermedicalização de pacientes, entre outros. Dessa forma, os vieses de gênero e as dinâmicas díspares de poder

⁴² Marcia Inhorn é autora do livro “Infertility and Patriarchy: The Cultural Politics of Gender and Family Life in Egypt” (1996), no qual descreve como mulheres egípcias que vivem a infertilidade experienciam o patriarcado nas relações com seus maridos, familiares e com a comunidade. Segundo ela, a noção de patriarcado deve ser localizada e varia conforme o contexto cultural, porém, ela oferece algumas diretrizes gerais sobre o que considera ser o patriarcado, que é marcado por relações de poder e autoridade dos homens sobre as mulheres, as quais são apreendidas por meio da socialização de gênero dentro da família; expressa-se em todas as relações interpessoais; é legitimada pela fortemente arraigada supremacia e privilégios heterossexuais e está institucionalizado em vários níveis, seja no âmbito político, educacional, jurídico, religioso, entre outros.

entre equipes de saúde e pacientes são questões importantes, que demandam intervenções e estratégias nas legislações e políticas públicas nos sistemas de saúde e também a inserção de perspectivas de gênero em programas de saúde e instituições, assim como no treinamento de profissionais da saúde (GOVENDER; PENN-KEKANA, 2008).

Segundo as autoras, essas discriminações em decorrência de gênero acontecem, majoritariamente, de forma inconsciente, em reflexo das normas sociais nas quais equipes de saúde e pacientes estão inseridas. Nesse sentido, especificamente os serviços de saúde sexual e reprodutiva são particularmente impactados por esses vieses de gênero e, por isso, a inserção do gênero nas políticas e legislações de saúde são tão relevantes. Da mesma forma, é fundamental a capacitação contínua de profissionais da saúde, para que conheçam o impacto da reprodução das normas de gênero e também para que sejam sensibilizados a atuar de forma acessível, solidária e livre de julgamentos (GOVENDER; PENN-KEKANA, 2008).

Todavia, não apenas a formação dos profissionais de saúde parece ser um caminho, mas, uma vez que instituições de saúde são centrais para a organização social, é necessário também desafiar as normas de gênero prejudiciais à saúde de mulheres e homens dentro desses espaços. Ou seja, as autoras concluem que o sistema de saúde e profissionais envolvidos no cuidado de meninas e mulheres precisam não só deixar de reproduzir vieses de gênero das normas sociais, mas também passar a desafiá-las (GOVENDER; PENN-KEKANA, 2008).

Há na literatura uma preocupação - que não pode ser ignorada - sobre o incremento na busca por medicinas alternativas como consequência da negligência da biomedicina à saúde da mulher (NISSSEN; MANDERSON, 2013). Autoras como Arianne Shahvisi (2018) apontam que buscar recursos diversos das práticas científicas tradicionais é problemático porque terapias alinhadas à medicina alternativa nem sempre estão baseadas em evidências científicas claras, plausíveis e verificáveis. Essas práticas não raro podem oferecer riscos à saúde das mulheres, oferecendo um serviço inadequado que deixa as pacientes vulneráveis à exploração e não concretiza a autonomia da paciente de forma significativa.

Além do argumento central sobre o alerta em relação às práticas alternativas, a autora destaca que as origens dessa desconfiança não são desarrazoadas. Populações vulnerabilizadas duvidam da biomedicina porque muitos dos avanços científicos da área foram realizados às custas dessas pessoas, em práticas que hoje se enxergam como violações éticas. Descobertas no campo da ginecologia, por exemplo, somente foram possíveis por conta de experimentações, incluindo cirurgias sem anestesia, em mulheres negras

escravizadas nos Estados Unidos. Ou seja, os avanços no campo da biomedicina foram fundamentados na exploração de pessoas negras, pobres, mulheres e meninas e expõe a questão de quem esteve no centro do desenvolvimento desse saber.

No que diz respeito às mulheres, a biomedicina continua sendo fonte de suspeitas, já que as mulheres são vistas como “seres reprodutivos” e prova disso é a hiper medicalização da reprodução, da concepção, e as questões de saúde não relacionadas à reprodução são pouco estudadas, embora importantes para a saúde e bem estar delas, tais como a menopausa e o orgasmo feminino. No mesmo sentido, as mulheres não foram, por muitos anos, sujeitos de pesquisa farmacêuticas ou biomédicas e, por isso, os diferentes impactos de medicamentos ou condições biológicas nos corpos das mulheres foram pouco explorados pela biomedicina.

Somam-se a esses fatores outros aspectos contemporâneos, tais como discriminações de gênero no atendimento pelas equipes de saúde, que levam a disparidades graves entre os gêneros: em geral, equipes médicas tendem a fazer pressuposições sobre a saúde das mulheres com base em estereótipos de gênero. Como consequência disso, as queixas de mulheres são, em geral, diagnosticadas como questões de saúde mental, elas recebem menores doses de analgesia mesmo quando expressam o mesmo grau de dor que homens e aguardam mais tempo para receber as medicações.

Essas discriminações são ainda mais impactantes quando levada em consideração a raça das pacientes: mulheres negras recebem menos tratamentos para, por exemplo, condições cardíacas, o que as faz ter um índice de mortalidade maior. De uma maneira geral, as questões de saúde das mulheres são tidas como questões psicológicas ou emocionais e a elas são oferecidas medicações sedativas ou conselhos sobre estilo de vida, ao passo que aos homens são recomendados raio-x e outros exames. As mulheres também têm experiências ruins com o atendimento dos sistema de saúde: são desacreditadas, sentem que não foram ouvidas e/ou são desrespeitadas. A autora conclui, por fim, que a Medicina, como uma estrutura de poder na sociedade, reflete as dinâmicas de desigualdade de maneira geral, de forma que valores patriarcais são predominantes também no sistema de saúde. Dessa forma, a desconstrução das relações patriarcais na medicina devem passar pela valorização da autonomia da paciente, porém, problematizam a medicina alternativa como uma possibilidade.

Por fim, Belén Nogueiras García (2019) analisa a saúde na teoria feminista e argumenta que o feminismo sempre esteve vinculado à questões de saúde das mulheres. As investigações feministas, de uma forma ou de outra, encarregaram-se de desarticular o caráter

neutro, universal e científico das ciências médicas, apontando seus vieses androcêntricos e misóginos, os quais contribuem definitivamente para a subordinação e discriminação das mulheres, assim como para naturalizar as desigualdades, legitimando o sistema global e estrutural de dominação dos homens sobre as mulheres. Isto é, as ciências médicas são fontes potentes de legitimação do patriarcado, justificando uma suposta debilidade das mulheres sob o manto de neutralidade da ciência. Assim, as investigações analisadas interpelam os discursos filosóficos e científicos da medicina para expor o caráter biopsicossocial das questões de saúde das mulheres, além de argumentar que as políticas sanitárias do patriarcado são ferramentas para a manutenção do controle e subordinação das mulheres. Identificar o patriarcado como um fator de risco para a saúde de populações vulneráveis no sistema capitalista neoliberal possibilita organizar os desafios a esse poder hegemônico em lutas coletivas e problematizadoras da ordem vigente (NOGUEIRAS, 2019).

Argumento, portanto, que embora haja limitações para a categoria de erro médico, especialmente na nomeação da violência obstétrica, considerando as violações no caso analisado, é necessário investigá-la para demandar responsabilidades e reparações. Evidentemente, não se trata de um enquadramento típico do erro médico: considero que toda a compreensão desenvolvida nas seções anteriores é importante para imaginar formas mais completas de erro médico e responsabilidade, as quais efetivamente considerem a complexidade das violações de direito fundadas nos regimes de hierarquização da vida.

Por isso, na seção seguinte, procuro especificar as condutas e os tipos de erro médico possivelmente aplicáveis ao caso, nomeando as violações de direitos contra Ariane. Ciente de que a resposta dada pela medicina hegemônica poderia ser replicada pelo direito, argumento que ambos os discursos são capazes de operacionalizar o patriarcado para subjugar mulheres gestantes e puérperas. No caso da medicina, as respostas já foram dadas e podem ter contribuído para o desfecho fatal da mulher do caso. Porém, as possibilidades de reparação e enquadramento jurídico seguem em aberto e em disputa. Considerando a minha posição de pesquisadora e advogada no caso - resguardadas as decisões éticas e metodológicas expostas em seção específica deste trabalho - arrisco refletir sobre os desafios e possibilidades para a reivindicação dos direitos de Ariane e sua família, em possibilidades transformadoras e contramajoritárias às eventuais respostas jurídicas hegemônicas. As noções de interseccionalidade, justiça reprodutiva e os impactos do patriarcado na problematização do discurso médico são definidores para pensar a moldura jurídica do caso.

Capítulo 4: Responsabilidade e reparação: possibilidades e desafios ao direito

A partir da nomeação das supostas violações de direito no caso como possibilidades erros médicos, tenho por objetivo, a partir dessa seção, defini-las como as modalidades de imprudência e negligência, explorando as hipóteses de responsabilidade e reparação no caso. Para isso, desenvolvo as seguintes etapas: (4.1) descrever os contornos jurídicos sobre a responsabilidade civil por erro médico no direito brasileiro; analisar as condutas inadequadas no caso, sob as modalidades de imprudência (4.2) e negligência (4.3). No primeiro caso, identificar de que forma a conduta imprudente dos envolvidos no caso encontrou respaldo nas orientações do CFM, encorajando o rompimento dos limites do cuidado para a experimentação e, no último ponto, comparar o caso de Ariane ao de Alyne Pimentel, esse último considerado o primeiro caso em que se reconheceu uma vítima do estado brasileiro pelo descaso ao atendimento em saúde.

4.1 Responsabilidades e reparação

O direito prevê diferentes tipos de responsabilidades: civil, administrativa, penal e ética, pelo menos. Um ato apenas pode gerar responsabilidades diversas, a depender dos danos e das violações que promove. Em linhas muito gerais, a responsabilidade administrativa diz respeito ao serviço público e a sua administração, o âmbito criminal ocupa-se da prática de um ilícito penal, ou seja, um crime tal qual lesão corporal, omissão de socorro, homicídio, entre outros. A responsabilidade ética tem natureza disciplinar e surge diante de uma violação do Código de Ética Médica ou de outros estatutos profissionais. Optei por dedicar essa seção do trabalho à análise das possibilidades de reparação possíveis no caso, com foco na responsabilidade civil por erro médico e as possibilidades de responsabilização e reparação do Estado brasileiro, tendo o caso de morte materna de Alyne Pimentel como parâmetro para os fundamentos jurídicos no combate à morte materna, à negligência e às falhas sistêmicas no sistema de saúde brasileiro.

A responsabilidade civil e o dever de indenizar dela decorrente está baseada nos artigos 186⁴³, 927⁴⁴ e 951⁴⁵ do Código Civil de 2002. Os pressupostos fundamentais para a caracterização da responsabilidade civil médica são assim definidos: conduta humana omissiva ou comissiva, danos materiais ou imateriais e nexo de causalidade entre a conduta e o dano. Ou seja, não é necessário haver intencionalidade de provocar o dano, mas sim culpa. Por isso, a responsabilidade por erro médico é sempre subjetiva, com fundamento na culpa. Não se trata de dolo porque essa categoria se define pela intencionalidade em provocar o dano de forma consciente.

A culpa trata de casos em que a pessoa que gerou o dano o faz sem intenção, porém, viola o dever de cuidado que juridicamente é dotado. Ou seja, na culpa por erro médico, o profissional comete ou deixa de fazer um ato necessário à observância de seu dever de cuidado, de cumprimento da boa-fé, em atitudes negligentes, imprudentes ou imperitas e assim gera um dano a uma pessoa. (KFOURI, 2021). A respeito das modalidades de culpa, o autor explica que a negligência é definida como um ato omissivo de “inação, indolência, inércia, passividade” (2021, p. 159). A imperícia, por outro lado, caracteriza-se por ações comissivas “injustificadas, açodadas, precipitadas, sem usar de cautela” (2021, p. 168). Por fim, a imprudência é “a falta de observação das normas, a deficiência de conhecimentos técnicos da profissão, o despreparo prático” (2021, p. 171).

Ainda sobre os pressupostos da responsabilidade civil por erro médico (conduta humana, dano e nexo causal), o primeiro deles pode se expressar por meio de uma ação ou de uma omissão, ou seja, de um agir ou não agir quando necessário, mas necessariamente pressupõe a voluntariedade da conduta. O agente não precisa ter conhecimento de que pratica um ato ilícito e desejar seus resultados, mas tão somente conhecer os atos materiais que pratica e agir conforme sua livre autodeterminação. O dano é um prejuízo, um mal, causado pelo agente. Pode ser um dano individual ou coletivo, moral ou material, econômico ou não. Os danos materiais atingem o patrimônio daquela pessoa afetada, ao passo que o dano imaterial ou moral causa prejuízo aos direitos de personalidade (à honra, à intimidade, à dignidade, etc). A conduta humana voluntária e o dano causado devem estar vinculados pelo

⁴³ Art. 186, CC: *Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.*

⁴⁴ Art. 927, CC: *Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.*

⁴⁵ Art. 951, CC: *O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.*

nexo de causalidade, que trata da relação de causa e efeito entre a ação e o dano, de forma que sem a conduta humana, não haveria o prejuízo causado.

A responsabilidade civil do médico fundamenta o dever de reparar os males causados. O erro médico gera o dever de reparar o dano, ao qual a doutrina brasileira majoritariamente atribui duas funções: compensatória e punitiva. A reparação deve fazer jus às violações de direitos fundamentais causadas, e no que diz respeito aos danos morais, a reparação deve considerar aquilo que atinge à vítima e no que distingue sua humanidade: a dignidade e os fundamentos jurídicos que a compõem (BODIN, 2019). Luís Roberto Barroso argumentou por um “conteúdo essencial mínimo” para a dignidade humana, qual seja: valor intrínseco; autonomia; valor comunitário. O autor defende que a dignidade humana não é apenas uma fórmula vazia ou um guarda chuva sob o qual se abrigam direitos fundamentais desconectados entre si. O valor intrínseco refere-se ao valor decorrente da condição humana ou do reconhecimento de que “a humanidade tem uma dignidade contida na ética da espécie”. A autonomia é o “elemento ético” da dignidade humana, centrada em torno da autodeterminação e da cidadania, a qual adquire especial relevância em relação às mulheres (BARROSO, 2012)⁴⁶.

No campo da constitucionalização do direito civil⁴⁷, Bodin (2019) argumenta que a reparação pelos danos morais deve se vincular a noções jurídicas consolidadas, e nesse caso, o dano moral será sempre consequência da lesão a algum dos fundamentos da dignidade humana que, para ela, são liberdade, igualdade, solidariedade e integridade psicofísica de uma pessoa. Nessa perspectiva, ainda que o dano causado deva atingir os princípios que conformam a dignidade humana e não uma análise meramente subjetiva, a reparação deve sim ser considerada de maneira individualizada e singular e assim a devida fundamentação da decisão judicial é impositiva. Assim, reparar violações aos preceitos fundamentais, tal qual a dignidade, deve considerar além da proteção de uma percepção individual e inatingível de “sofrimento” ou de “sentimentos”.

⁴⁶ A compreensão sobre dignidade humana de Luís Roberto Barroso, aliada à noção defendida por Carmén Lúcia Antunes Rocha (2004) a respeito da dignidade, centrada na vida digna e na existência digna como chaves de leitura sobre a constitucionalidade em casos difíceis, foi um dos fundamentos para o enquadramento jurídico adotado pela petição inicial da Ação de Descumprimento Fundamental nº. 442 (ADPF 442), proposta em 2017, requerendo a descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação. A peça judicial evidencia como a dignidade humana é um preceito constitucional importante para fundamentar a promoção e a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, em especial as noções de autonomia e a cidadania das mulheres.

⁴⁷ A constitucionalização do direito civil é um movimento teórico e filosófico, baseado baseia-se em uma visão unitária do ordenamento jurídico segundo a qual o direito privado deve ser lido à luz dos princípios constitucionais, em especial a dignidade da pessoa humana, a solidariedade social e, por fim, da isonomia ou igualdade lato sensu (LOBO, 1999).

Mesmo no que diz respeito à indenização por danos morais, o direito define a reparação como uma restituição pecuniária. Chama-se liquidar o dano o processo em que se determina o valor pecuniário da reparação. Os órgãos julgadores consideram uma série de aspectos para determinar esse *quantum* (KFOURI, 2021, p. 264). Em especial o desafio de estabelecer um valor em dinheiro para reparação de um dano como a morte e o luto de uma família são aspectos que tornam esse campo muito sensível. Ainda que eu argumente pela reparação em perspectiva *feminista*, a qual aponta para sentidos mais amplos além da definição de valores para recomposição de um dano, é importante mencionar que a doutrina jurídica indica que, em casos de morte, “a indenização consistirá nas despesas de tratamento que tenha tido o falecido, seu funeral, luto da família, assim como nos alimentos a quem a vítima os devia, sem excluir outras reparações. Aplicam-se as disposições do art. 948 do CC e do art. 533 do CPC/2015.” (KFOURI, 2021, p. 266)

No que diz respeito à responsabilidade civil por erro médico no contexto da crise sanitária causada pela Covid-10, juristas já defendem a ressignificação do conceito de culpa no exercício das atividades médicas. Miguel Kfour (2021, p. 205) considera que “a conduta médica deve ser valorada em conformidade com as possibilidades de atuação frente às adversidades do contexto excepcionalíssimo”. Nesse sentido, a aplicação do artigo 944, do Código Civil, serviria para sopesar o grau de culpa médica em relação às circunstâncias extraordinárias da pandemia. O agir culposo, ou seja, a imperícia, negligência ou imprudência no exercício profissional da medicina deveria, em razão da pandemia, ser avaliada conforme um juízo de gradação, relativo à maior ou menor previsibilidade do resultado ou maior ou menor falta de cuidado objetivo. Nesses casos, a culpa do agente seria levíssima, leve ou grave. Esses graus determinariam não só a individualização da culpa, mas também a extensão da reparação. A ressignificação da culpa defendida por Miguel Kfour justifica-se apenas a partir da excepcionalidade da situação posta pela pandemia, motivo pelo qual o autor defende que o foco da responsabilidade civil torne-se à análise profunda das circunstâncias que levaram à conduta do suposto ofensor, em vez da reparação à vítima ou a extensão do dano como é usualmente definido no direito brasileiro (KFOURI, 2021, p. 208).

Isto é, para o autor, os graus de culpa não devem ser medidos pela extensão do dano apurada a partir da configuração da existência de um ato tido como ilícito, amparada em um nexos causal bem definido, mas sim haveria a necessidade de avaliar a sobrecarga a qual os médicos estiveram submetidos, a ausência de infraestrutura e de respostas adequadas à nova infecção, a indefinição das evidências científicas e outras consequências da excepcionalidade

postas pela pandemia que poderiam impedir ou dificultar que o profissional agisse com a diligência e o cuidado exigidos. Tula Wesendonck (2021) argumenta que ainda que a excepcionalidade da pandemia reformule algum aspecto da responsabilidade, essas dificuldades não isentam integralmente o dever de reparar dos profissionais da saúde e do hospital. Ou seja, ainda que excepcional, a pandemia de COVID-19 não pode ser considerada como excludente de responsabilidade⁴⁸, nem servir para reduzir eventuais indenizações tampouco para romper o nexo de causalidade em um ato tido como ilícito.

A temporalidade da pandemia de COVID-19 é um dado relevante para este testemunho. Ariane foi submetida à cesariana de urgência no dia 02 de julho, quando deu à luz ao seu filho. Ambos foram para casa dois dias após o parto, porém, ela começou a sentir fortes dores e buscou novamente o hospital. Foi enviada para casa por duas vezes antes de ser internada apenas no dia 10 de julho. São ao menos oito dias de buscas por cuidados em saúde, até que, após exame de imagem, ela foi diagnosticada com COVID-19, ficou isolada e medicada com hidroxicloroquina. Nenhuma outra hipótese diagnóstica foi explorada. O mês era julho de 2020, quando as incertezas sobre o vírus já não eram tão abundantes quanto na fase inicial da crise sanitária e a sobrecarga dos serviços de saúde não poderia mais justificar ações de negligência ou imprudência. Exemplo disso é que desde 15 de junho o uso da hidroxicloroquina já era desaconselhado pela agência reguladora de medicamentos estadunidense (FDA, 2020), que revogou a autorização no país por falta de evidências de sua efetividade, assim como pelos sérios eventos cardíacos adversos. No Brasil, em maio de 2020, o CNS já alertava para o uso desses medicamentos (CONEP/CNS, 2021). Além disso, tratava-se também um momento de certezas sobre a importância de considerar o grupo de mulheres gestantes e puérperas como afetadas desproporcionalmente pelo vírus.

Assim, no caso, parece relevante analisar as possibilidades de responsabilidade civil por erro médico⁴⁹, uma escolha que emergiu da análise dos arquivos do caso, já que possíveis condutas inadequadas foram por mim identificadas a partir dos relatos dos familiares, dos registros de saúde, da literatura médica e parecer técnico do caso. Portanto, à luz do que define a doutrina no campo da responsabilidade civil por erro médico, investigo as possibilidades de enquadramento para o caso, buscando afastar as compreensões pouco

⁴⁸ São considerados excludentes de responsabilidade as hipóteses em que o dano foi causado por culpa exclusiva da vítima e força maior. São casos em que essas circunstâncias impossibilitam a formação do nexo de causalidade entre o dano causado e a conduta inadequada. O argumento aqui é de que a pandemia de COVID-19 não configura por si só uma excludente.

⁴⁹ Sem prejuízo de outras possibilidades de responsabilização no caso, por exemplo, por violações éticas ao Código de Ética Médica, escopo que foge das pretensões deste trabalho mas que certamente é relevante.

complexas e insensíveis à realidade de populações mais afetadas por crises sanitárias como a da COVID-19.

Luís Alberto Warat denomina senso comum teórico dos juristas o conjunto de interpretações e atos baseados em preconceitos dentro do campo do direito. Trata-se de uma “constelação de representações, imagens, pré-conceitos, crenças, ficções, hábitos de censura enunciativa, metáforas, estereótipos e normas éticas que governam e disciplinam anonimamente os atos de decisão [judiciária] e de enunciação [do direito]” (WARAT, 1994, p. 13). Isto é, ao discorrer sobre o senso comum teórico dos juristas, o autor tem por objetivo denunciar a influência velada dos preconceitos na atividade do jurista e evidenciar a importância de um senso crítico e transformador do campo jurídico. Dessa forma, o conceito de senso comum teórico dos juristas pode ser útil para pensar o conjunto de interpretações racistas e patriarcais responsáveis pelo silenciamento do direito ao testemunhar o que aconteceu com ela. Considero, assim, que alterar o foco das lentes de análise do caso para considerar a interseccionalidade e a justiça reprodutiva permite que, dentro da estrutura jurídica, sejam reconhecidas formas de responsabilidade e reparação para o caso.

Assim, entendendo que as compreensões patriarcais e racistas do direito podem impor uma dessensibilização diante das violações operadas contra mulheres gestantes e puérperas na pandemia de COVID-19, busco na história de Ariane a possibilidade de desafiar esses discursos jurídicos, mirando uma reflexão crítica sobre responsabilidade e reparação.

4.2 Imprudência: experimentação e violação do dever de cuidado na prescrição de hidroxicloroquina

Conforme documentam os prontuários de Ariane, ela foi medicada com hidroxicloroquina e azitromicina⁵⁰. A administração desses medicamentos foi realizada em um momento mais tardio da pandemia, em que seu uso já era desaconselhado. Não há registro de qualquer monitoramento cardíaco ou de que tenham sido consideradas as condições relatadas por Ariane e sua família (de que ela havia tratado, alguns antes antes, condição de cardiopatia). Foi apenas prescrito um outro medicamento indicado para insuficiência cardíaca. Além do quadro específico de saúde de Ariane, à época da internação de Ariane, a administração desses medicamentos só seria justificada como um tratamento

⁵⁰ No caso de Ariane, os medicamentos administrados integram o coquetel que se convencionou chamar “kit covid”, indicados para supostamente tratar e/ou prevenir a nova infecção, sem eficácia comprovada no combate à doença e, mais tarde, com efeitos prejudiciais identificados. Além dos medicamentos prescritos a ela, o kit covid também apareceu em outras combinações, incluindo, por exemplo, a ivermectina.

experimental que, para ser realizado, deveria cumprir um estrito protocolo de pesquisa, com autorização informada, livre e esclarecida da paciente ou representante legal, o que definitivamente não foi o caso.

Não há nos documentos fornecidos pelo hospital qualquer autorização específica para utilização de hidroxicloroquina, não atendida, portanto, as exigências do dever de informação consubstanciada em Termo de Esclarecimento e Responsabilidade ou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para a administração desses medicamentos. Autorizações genéricas e termos de responsabilidade nos quais não há informações específicas sobre a prescrição de medicamentos *off label* não tem força para afastar a violação ética do dever de informar e não suprem a falta de um documento próprio atestando autorização livre e esclarecida, exigida inclusive por Nota Técnica do MS (2020). Esses medicamentos foram utilizados durante a urgência sanitária causada pela COVID-19 como uma prescrição *off label*, ou seja, a prescrição de medicamento fora de seu propósito original, mas que já havia sido testado e aprovado pelas autoridades sanitárias, ainda que para propósito diverso. Em tese, esse tipo de prescrição se justificaria a partir da expectativa de que haveria benefícios ainda desconhecidos no combate à doença.

Para isso, porém, seria necessário haver indicações científicas confiáveis que apontassem para o uso seguro dessas substâncias nos casos em que não se aplicariam aos seus propósitos originais. Segundo Miguel Kfoury (2021), medicamentos prescritos dessa forma possuiriam um grau de segurança maior em relação às substâncias ainda em fase de ensaios clínicos ou em fase experimental e, por isso, a prescrição *off label* tornaria-se antijurídica apenas quando “forem transgredidos os limites ao direito de prescrever, conforme não sejam observados os ditames da boa-fé, do fim econômico e social dos bons costumes” (KFOURI, 2021, p. 211).

Como a prescrição *off label* não é ilícita em si mesma, para caracterizar elemento constitutivo da responsabilidade civil (e ética) seria necessário o descumprimento de requisitos que justifiquem a adoção dessas substâncias, e, ressalta Miguel Kfoury, considerada a excepcionalidade da pandemia. Entre os requisitos propostos pelo autor está o fundamental dever de informar sobre a natureza da medicação e a consequente autorização do paciente para a administração da substância, de forma livre e esclarecida. O paciente deve ser informado sobre os riscos e, em decisão compartilhada junto ao médico, deve ponderar se os benefícios são capazes de superar os riscos decorrentes da utilização da medicação *off label*. Todos esses aspectos devem ser registrados no prontuário médico, assim como as

justificativas para a prescrição e não de outras, em cumprimento ao dever ético de informação.

Assim, diante das prescrições de kit covid, parte da doutrina jurídica argumenta que, no início da pandemia, no período em que Miguel Kfoury denomina “1ª Era da COVID-19”, era justificável a prescrição de medicamentos reunidos sob o nome de kit covid, desde que respeitado o dever de informação e que o paciente consentisse de forma livre e informada a respeito desse uso. Isso porque a alternativa seria não agir diante de uma doença potencialmente mortal e, assim, a prescrição de medicamentos sem comprovação ou indicativo científico, era justificada. Nesse sentido, Miguel Kfoury (2021, p. 213) aponta o surgimento da denominada “teoria da alteração das circunstâncias no contexto sanitário”, argumentam que havia decisões que se justificavam no início da pandemia, mas cuja contraindicação tornou-se contundente poucos meses depois.

Segundo os autores, diversas circunstâncias, tais como a excepcionalidade da ocasião e a ausência de medicamentos para tratar a nova infecção, tornaria legítima a prescrição do kit covid nos primeiros meses da pandemia. Porém, após alguns meses do início de crise sanitária, tornaram-se frequentes e notórios os casos de intoxicação, lesões no fígado e outras sequelas do uso desses medicamentos⁵¹. Nesse sentido, estudos⁵² revelaram que o kit covid não impedia o agravamento da doença, mas sim piorava o caso infeccioso e causava uma série de sequelas⁵³. A atualização das evidências científicas tornou insustentável o uso dessa combinação de medicamentos e, atualmente, seu uso é veementemente desaconselhado. Ou seja, como ao menos no início da pandemia, o uso desses medicamentos foi incentivado, uma

⁵¹ Notícias sobre o tema foram amplamente divulgadas. Ver: BIERNATH, André. 'Kit covid é kit ilusão': os dados que apontam riscos e falta de eficácia de tratamento precoce. **Bbc News**. Online, p. 1-2. 27 jan. 2021. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/bbc/2021/01/27/kit-covid-e-kit-ilusao-os-dados-que-apontam-riscos-e-falta-de-eficacia-de-tratamento-precoce.htm>. Acesso em: 26 jun. 2022.; CAMBRICOLI, Fabiana. Após uso de kit covid, pacientes vão pra fila do transplante de fígado; pelo menos 3 morrem. **O Estadão**. Online, p. 1-2. mar. 2021. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,apos-uso-de-kit-covid-pacientes-vaio-para-fila-de-transplante-ao-menos-3-morrem,70003656961>. Acesso em: 26 jun. 2022.

⁵² De acordo com o protocolo estadunidense de tratamento de COVID-19 pelo Instituto Nacional da Saúde (NIH - National Institute of Health), estudos sobre a hidroxicloroquina mostraram que entre os pacientes hospitalizados com COVID-19 que não estavam em ventilação mecânica invasiva no início do estudo e que receberam de forma randomizada a hidroxicloroquina, tiveram mais chances de precisar de intubação ou morrerem durante a internação do que aqueles que receberam cuidado padrão, isto é, sem hidroxicloroquina (HORBY et al., 2020).

⁵³ Segundo a médica Carmen Valente Barbas, do Hospital das Clínicas e no Albert Einstein, em matéria da BBC, "*Esses remédios não ajudam, não impedem o quadro de intubação, e trazem efeitos colaterais, como hepatite, problema renal, mais infecções bacterianas, diarreia, gastrite. E a interação entre esses medicamentos pode ser perigosa*" (PASSARINHO, 2021).

parte significativa da doutrina sugere que eventual antijuridicidade ou culpa na conduta médica seja avaliada conforme o período em que foi realizada a prescrição.

No mesmo sentido, concluem Júlia Bagatini e Diego Albrecht (2021), os quais pretendem uma análise estritamente jurídica a respeito das possibilidades de responsabilização médica pela prescrição do kit covid, condensando a discussão ao seguinte dilema: haveria ou não culpa (imprudência ou negligência) do profissional médico ou se estaria diante de um erro de técnica? No último caso, haveria causa de exclusão da responsabilização civil do médico. Segundo eles, o erro de técnica seria um equívoco motivado pela ausência de certezas ou segurança sobre o estado da arte de determinada prescrição e, por isso, justificaria a exclusão da culpa e da responsabilidade.

Concluem, porém, que no caso da prescrição do kit covid, não houve recomendações seguras ou estudos científicos conclusivos que levassem a um equívoco sobre o estado da arte na utilização destes medicamentos. Na verdade, argumentam os autores, havia apenas indicações e estudos muito preliminares, os quais poderiam fazer algum sentido, ainda que com ressalva, apenas nos momentos iniciais da pandemia. Todavia, tornaram-se cada vez mais abundantes os estudos que ressaltaram a contraindicação dessa prescrição. Por esse motivo, os autores argumentam que a responsabilidade civil do médico pela prescrição de kit covid é possível, desde que ponderada em relação ao que eles chamam de “segunda onda” da pandemia.

Porém, a discussão sobre a prescrição do tratamento precoce não se deu no campo da ciência ou segurança das evidências em saúde, mas sim a instrumentalização política e ideológica de seu uso⁵⁴. Prescritores desses medicamentos e defensores de seu uso tornaram essa uma disputa política e ideológica, fundada nos conceitos de autonomia e ética médica. Essa narrativa ocultou a instrumentalização do Conselho Federal de Medicina (CFM) e a subserviência da autarquia a interesses políticos. O CFM é o órgão de classe que regulamenta

⁵⁴ O debate político internacional sobre a prescrição do tratamento precoce é importante para contextualizar a ideologização das disputas sobre autonomia médica. Ver: IDOETA, Paula Adamo. A história de Bolsonaro com a hidroxiquina em 6 pontos: de tuítes de Trump à CPI da Covid. BBC News. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57166743>. Acesso em: 10 jun. 2022; CHEW, Christopher; KO, Danielle. **Medical ethics in the era of COVID -19: now and the future**. *Respirology*, [S.L.], v. 25, n. 10, p. 1033-1034, 5 ago. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/resp.13927>. ; COOMBES, Ian; MARKWELL, Alexandra; KUBLER, Paul; REDMOND, Andrew M; MCGURK, Gordon; A ROBERTS, Jason. Editorial: Principles of ethical prescribing for self and others. *Australian Prescriber*, [S.L.], v. 43, n. 3, p. 76-77, 22 abr. 2020. NPS MedicineWise. <http://dx.doi.org/10.18773/austprescr.2020.030>.

o exercício da profissão médica, um autarquia⁵⁵ com importante relevância social e política⁵⁶. Não obstante, atuou na defesa da autonomia médica para prescrição de medicamentos como hidroxiclороquina.

O órgão emitiu, em 16 de abril de 2020, o Parecer nº. 04/2020, no qual orienta considerar o uso da cloroquina e hidroxiclороquina, em condições excepcionais, para o tratamento da COVID-19. O posicionamento não foi revisto ao longo da crise sanitária no Brasil, à revelia de estudos científicos cada vez mais consolidados negando a eficácia desse tratamento e comprovando seu potencial para aumentar os casos de mortalidade. O documento foi considerado como uma espécie de “imunidade” (KFOURI, 2021, p. 214) aos prescritores, que valiam-se da prerrogativa de prescrição e da autonomia médica para justificar o uso dos medicamentos.

O posicionamento do CFM tem sido discutido inclusive judicialmente, com a Ação Civil Pública n. 5028266-85.2021.4.03.6100 impetrada pela Defensoria Pública da União (DPU) em 01 de outubro de 2021, na qual a instituição demanda a responsabilização do CFM, a reparação e a indenização às famílias afetadas pela prescrição do chamado tratamento precoce. Não só a mencionada ação judicial busca a responsabilização civil do CFM pelas insistentes violações de ética médica na recomendação de medicamentos ineficazes, como também as ações do Conselho têm sido alvo de averiguações na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), cujo objetivo é apurar as ações do governo federal durante a pandemia de COVID-19, conhecida como CPI da COVID. Visto como elemento central para a ineficácia das respostas à pandemia de COVID-19 no Brasil⁵⁷, o CFM participa como um agente importante na disputa política e jurídica em torno da autonomia e da ética médica.

A atuação do CFM durante as respostas à pandemia de COVID-19 mostram como os princípios éticos da autonomia e ética médica foram instrumentalizados ideológica e

⁵⁵ Segundo o art. 1º, da Lei nº 3.269 de 1957, “O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira”.

⁵⁶ Segundo pesquisa CFM/Datafolha, médicos são os profissionais em quem os brasileiros mais confiam e depositam credibilidade (PORTAL CFM, 2020).

⁵⁷ A atuação do CFM esteve em pauta também nos veículos de comunicação. As posições tomadas pelo CFM indicam que sua atuação tem sido orientada por vieses ideológicos, buscando a promoção de interesses políticos alinhados ao discurso defendido pelo governo federal. Inclusive, foi alvo de investigação o papel desempenhado pelo CFM nas experimentações médicas impregnadas de violações éticas graves realizadas pela Prevent Senior. Para ver mais: LARA, Bruna de. A guerra do CFM contra as mulheres. *The Intercept*, 15 de Outubro de 2021. Disponível em: <<https://theintercept.com/2021/10/15/guerra-cfm-contra-mulheres/>>. Acesso em 19 jun. 2022. LARA, Bruna de. Cúpula do CFM é peça-chave da tragédia que nos levou a 290 mil mortos por COVID-19. *The Intercept*, 19 de Março de 2021. Disponível em <<https://theintercept.com/2021/03/19/cfm-290-mil-mortos-por-COVID-19/>>. Acesso em 19 jun. 2022.

politicamente, em absoluta dissonância com o que prevê a legislação⁵⁸. Autonomia e ética médica tornaram-se justificativa para a prescrição de tratamentos inseguros e ineficazes, em uma discussão reveladora das perversidades das quais são capazes a articulação entre o discurso jurídico e médico.

Assim, no contexto brasileiro, não é possível ignorar o uso político do incentivo à prescrição de medicamentos comprovadamente ineficazes. Não se trata, portanto, de uma discussão exclusivamente voltada para os princípios médicos da autonomia e da ética, mas sim do ocultamento de estratégias políticas deliberadas de não contenção do vírus. O endosso de políticas sanitárias comprovadamente ineficazes para combater a pandemia, sob o argumento da autonomia médica, denota o alinhamento da instituição com interesses necropolíticos chancelados pelo governo federal. Essas condutas, baseadas na falsa dicotomia entre autonomia médica e erro médico, ocultaram interesses econômicos e políticos incompatíveis com a ética médica. Sob o pretexto de proteção da classe, essas condutas acarretam violações éticas, assim como ilícitos penais e criminais, sobre os quais são responsáveis os profissionais individualmente, mas também as instituições de forma conjunta (DENORA, 2021).

Necropolítica é um conceito pensado por Achille Mbembe (2018). Muito sinteticamente, Mbembe argumenta que a expressão máxima da soberania reside no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Considerando o conceito de

⁵⁸ São documentos importantes no contexto jurídico sobre autonomia e ética médica o Código de Ética Médica - CEM (Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019) e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH). O primeiro dispõe sobre a autonomia do médico em seu Capítulo I – Princípios Fundamentais, segundo o qual: “I – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional. (...) V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade. VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente. VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho. XVI – Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento, salvo quando em benefício do paciente”. No mesmo sentido, a DUBDH, em seu art. 3, indica que a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade, assim como prevê a preponderância dos interesses e do bem-estar do indivíduo sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade. A legislação nacional e o tratado internacional do qual o Brasil é signatário limitam, portanto, a autonomia e a liberdade médica a critérios científicos e à reconhecida segurança dos tratamentos, assim como estabelece a dignidade e os direitos humanos como princípios fundamentais da bioética. Em termos estritamente jurídicos, parece não haver espaço para a que a autonomia médica sirva como fundamento à prescrição de medicamentos comprovadamente ineficazes durante uma pandemia.

biopoder pensado por Michel Foucault⁵⁹, mas admitindo sua insuficiência para dar conta das novas formas contemporâneas de submissão da vida ao poder da morte, o autor propõe que a necropolítica e o necropoder são noções que melhor dão conta das várias maneiras pelas quais são criados “mundos de morte” e destruição de populações específicas. A necropolítica é fundada na percepção da existência do Outro como um atentado contra à vida, uma ameaça mortal ou perigo, cuja eliminação biofísica reforçaria o potencial de vida e segurança. Esse é um dos imaginários de soberania, característicos da modernidade, fundante da ideia de terror que origina as narrativas de dominação.

Não é novidade que supostos debates em torno da autonomia médica ocultem violações éticas e interesses necropolíticos. Além de casos brasileiros que explicitam o caráter perverso de experimentação durante a pandemia, tal qual a médica em Manaus, que, durante o auge da crise sanitária da cidade, aplicou cloroquina nebulizada em pacientes internadas em uma Maternidade da cidade, com desfecho fatal de uma delas⁶⁰, há também exemplos históricos de violações dos limites entre cuidado e experimentação baseados em argumentos anti científicos e antiéticos, com vistas à exclusão ou aniquilação de uma população específica. Na África do Sul, durante o Apartheid, o caso da associação entre a classe médica e o regime ditatorial é exemplificativo de que como defesas éticas baseadas em princípios tradicionais abriram espaço para tortura, discriminação racial nos serviços de saúde e outras violações éticas. Isto é, as violações de direitos humanos durante o regime do Apartheid são ilustrativas de como condutas antiéticas puderem ser explicadas, paradoxalmente, dentro do próprio paradigma ético, inclusive com endosso dos altos escalões da classe médica (RUBENSTEIN; LONDON, 1998).

A associação entre a classe médica e o regime ditatorial sul africano certamente tem outras explicações características e é inclusive vastamente documentado o papel da classe para a sustentação do regime racista e discriminatório contra a população⁶¹. Porém, ainda que

⁵⁹ Segundo Michel Foucault, a partir do séc. XVII, a tecnologia do poder se transforma, de forma que o poder passou a se interessar sobre o corpo não exclusivamente individual, como nas disciplinas, mas um corpo social, na população, denominado biopoder. O biopoder torna a própria lei uma norma e assim, ainda que poder jurídico-discursivo ainda persista na sociedade, traz consigo uma série de micropoderes (FOUCAULT, 2008b; FOUCAULT, 2009).

⁶⁰ Comitê de ética pede investigação de médica que aplicou cloroquina nebulizada em Manaus (COLLUCCI, 2021). Nota pública: Conep/CNS avalia que tratamento com cloroquina nebulizada desrespeita normas de ética clínica no Brasil. (CONEP/CNS, 2021).

⁶¹ Um capítulo inteiro do relatório da Comissão da Verdade e Reconciliação da África do Sul trata do setor da saúde, o tema ao qual se dedicaram as audiências em junho de 1997. As principais denúncias contra a classe médica foram sobre “a tolerância ou a promoção ativa das iniquidades nos cuidados de saúde e a cumplicidade em graves violações dos direitos humanos”. A concordância da MASA diante dessas desigualdades foi reconhecida durante essas audiências, especialmente pelo fato de que a instituição se manteve silente por um grande período, seguido por um momento de reiterada justificação com base nos princípios éticos tradicionais,

tenha havido interesses específicos em jogo no caso sul africano, Rubenstein e London (1998) argumentam que este caso é relevante para compreender as contradições dentro do enquadramento ético de violações de direitos humanos e, principalmente, para analisar como as limitações da ética médica como uma estrutura normativa capaz de equilibrar os interesses profissionais e os deveres morais e responsabilidades sociais com grupos vulnerabilizados.

Entre as violações de direitos humanos justificadas pela classe médica no caso sul africano estão torturas nas prisões, apartheid e discriminação racial e violações aos deveres de confidencialidade dos pacientes. Os autores detalham que diante das denúncias de violações éticas, a classe médica permanecia omissa, senão endossava o apoio ao regime ditatorial, fundamentando essas violações de direitos humanos em princípios éticos tradicionais, como se o enquadramento jurídico da ética sustentasse dentro dele mesmo essas violações (RUBENSTEIN; LONDON, 1998).

A classe médica desde o início do Apartheid sustentava cumprir as obrigações de não discriminar, porém, explicitava a importância de manter boas relações com o governo o que evidentemente significava a permanência de violações de direitos. É esse o caso também das violações éticas do dever de confidencialidade dos pacientes, uma preocupação ética muito importante, mas que no caso sul africano era frequentemente relativizada para atender os interesses do regime nos casos em que pacientes que haviam sido vitimizados pela polícia e pela repressão do regime ditatorial eram denunciados e entregues novamente à polícia quando buscavam o serviço de saúde.

Sem qualquer restrição ética, a classe médica funcionava como uma ante sala dos aparatos de repressão do regime ditatorial, além de ser conivente com torturas e violações dentro das carceragens ilegais. Essas condutas eram ignoradas pela Associação Médica Sul Africana (MASA - *Medical Association of South Africa*) a qual se posiciona de forma omissiva diante das denúncias de tortura. A defesa profissional dos médicos, baseada em argumentos éticos tradicionais, tinha por consequência a sustentação do regime de opressão. A postura da classe médica somente se alterou a partir do final dos anos 1980, quando as pressões internacionais e o fortalecimento do regime democrático no país evidenciaram que manter uma posição omissa e por vezes declaradamente apoiadora do Apartheid não era mais interessante para a classe médica (RUBENSTEIN; LONDON, 1998).

notadamente entre os anos de 1982 a 1988. O caso de Steve Biko é considerado emblemático, porque durante o período em que esteve encarcerado, ficou desassistido e os profissionais responsáveis pelo seu atendimento foram condenados por má conduta, por não diagnosticá-lo e não tratar seus ferimentos (WILLIAMS, 2000).

Além do apartheid na África do Sul, o regime nazista na Alemanha também evidenciou a associação da classe médica a regimes totalitários com viés higienista e racista. A medicina serviu não só como um instrumento para as atrocidades cometidas contra todos aqueles excluídos e violentados pelo nazismo, mas também como uma estrutura de sustentação ideológica para planejar, implementar e administrar o regime (BARONDESS, 1996). Essa associação é objeto de uma série de análises (SIDEL, 1996) e, tal qual o caso sul africano, tem origens específicas do contexto do país na época. Porém, os dois casos são exemplos do manejo dos discursos médicos em contextos de exceção, assim como da violação da fronteira bioética entre cuidado e experimentação para violação de populações vulnerabilizadas.

Os casos acima mostram que o debate entre princípios éticos tradicionais como justificativa para violações de direitos não é novo: na verdade, a disputa em torno desses princípios serviu como justificativa para violações deles. Guardadas as devidas diferenças aos contextos específicos, os exemplos históricos da África do Sul do Apartheid e do nazismo na Alemanha indicam que o endosso operado pelo CFM à prescrição de hidroxicloroquina, em alinhamento ao que defendia o governo federal brasileiro durante a pandemia de COVID-19, muito se assemelha à violação do dever de cuidado em prol da defesa de uma classe profissional visto nesses contextos. Esses casos expõem como justificativas baseadas no enquadramento ético nem sempre priorizam a garantia de direitos humanos; é justamente dentro do debate sobre princípios éticos tradicionais que paradoxalmente são justificadas essas violações.

Reconhecer a força com a qual são operados pela medicina os regimes de poder do patriarcado e do racismo em contextos de exceção, seja os exemplos históricos acima citados ou então o cenário em que esteve o Brasil durante a pandemia de COVID-19, é fundamental para pensar as possibilidades de reparação feminista no caso. A prescrição de medicamentos comprovadamente ineficazes deve ser vista com lentes mais amplas do que apenas uma prescrição médica ou um debate sobre os limites éticos da autonomia: é a articulação entre poderes políticos hegemônicos, o dobramento entre patriarcado, racismo e medicina capaz de experimentar sobre corpos vulnerabilizados.

4.3 Negligência: inobservância dos deveres de cuidado e violência obstétrica

Além da prescrição de medicamentos comprovadamente ineficazes, conduta inadequada que extrapola as fronteiras do cuidado e beira os limites da experimentação, as

mulheres gestantes e puérperas, assim como as pessoas com capacidade de gestar, afetadas pela pandemia de COVID-19 também enfrentaram outros desafios relacionados à discriminação racial e à reprodução de normas de gênero. Em estudo já mencionado, pesquisadoras identificaram os principais obstáculos enfrentados pelas mulheres cujas famílias foram ouvidas, entre as quais os familiares de Ariane, entre eles o atraso em adotar medidas eficazes contra os quadros sintomáticos apresentados, tais como internação em unidade de terapia intensiva, ventilação invasiva, indução precoce ao parto, entre outras (BRITO, DINIZ, RONDON, 2022).

Muitos dos casos analisados pelas pesquisadoras foram de mulheres que morreram em situação de vulnerabilidade, em condições em que diversas iniquidades se interseccionam. A falta de atenção à saúde sexual e reprodutiva delas levou à ausência de cuidado obstétrico e agravou muitos desses casos. Foi assim na história de Ariane, em que além da imprudência, a negligência se manifestou seja na demora em adotar medidas eficazes para o combate dos sintomas que apresentava, como também na falta de investigação diagnóstica de fatores que poderiam ser característicos de outras condições típicas do puerpério. É possível considerar que houve negligência ao não reconhecer seus sintomas com a urgência recomendada: os sintomas apresentados por ela foram primeiramente mitigados e depois apressadamente diagnosticados como COVID-19, ainda que os achados médicos dos poucos exames realizados pudessem ser compatíveis com outras doenças⁶².

Isto é, a demora em adotar medidas que poderiam, ao menos, ter amenizado seu sofrimento e a ausência de uma investigação diagnóstica adequada podem se caracterizar como negligência, uma das hipóteses capaz de gerar responsabilização. A negligência pode ser a omissão de atendimento ou quaisquer outras condutas que tenham por consequência a omissão do dever de cuidado e zelo com a paciente. O médico que atua com negligência deixa de realizar uma prática de cuidado quando deveria, acarretando em prejuízo para a mulher gestante ou puérpera.

O caso *Alyne Pimentel v. Brasil*, julgado pelo Comitê das Nações Unidas para Eliminação das Discriminações contra as mulheres (Comitê CEDAW 49º seção julho/2011) consolida o debate sobre negligência e morte materna no Brasil, além de contribuir juridicamente para a temática de gênero e violência contra as mulheres (CATOIA; SEVERI;

⁶² O parecer técnico elaborado para este caso apontou que há uma série de complicações que caracterizam gravidez de alto risco e um parto cesárea de urgência que podem permanecer no período pós parto, entre elas: complicações de síndromes hipertensivas da gravidez como pré-eclâmpsia e síndrome HELLP e/ou complicações de problemas cardíacos e de embolias. Essas complicações podem inclusive ser súbitas e estão descritas nos protocolos de atendimento à gestação de alto risco (BRASIL, 2012).

FIRMINO, 2020). Trata-se da primeira condenação do tipo, em que um órgão de tratado internacional de direitos humanos responsabilizou um governo pela falha na implementação do direito de uma mulher, assim como pela discriminação na assistência.

Alyne tinha 28 anos quando faleceu em 16 de novembro de 2002, de hemorragia pós-parto (HPP), após o nascimento do feto natimorto de 27 semanas, no Rio de Janeiro, Brasil. Seu quadro iniciou cinco dias antes, quando ingressou em uma clínica de saúde privada, relatando enjoos e dores abdominais. A situação se agravou e foi constatado o óbito do feto em seu útero e, em 14 de novembro, ela foi submetida ao procedimento de curetagem, já com quadro grave de hemorragia, desorientação e outros sintomas. Diante da piora, a casa de saúde buscou a transferência de Alyne para um hospital maior e com mais recursos, que foi atrasada pela recusa em disponibilizar uma ambulância durante a madrugada. Quando Alyne é finalmente transferida, seus registros de saúde não vão com ela e é feito apenas um relato oral para a equipe que a recebe no novo hospital. Após aguardar por 8 horas a disponibilidade de leito, Alyne faleceu.

Em fevereiro de 2003, a família de Alyne, assessorada por duas organizações não governamentais de direitos humanos (Centro de Direitos Reprodutivos e Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos), ingressou com ação de indenização por danos morais e materiais, dadas as falhas na assistência, a negligência e a inadequação dos serviços de saúde prestados. A ação não foi resolvida até que, em 2011, as organizações levaram o caso à esfera internacional, que, por intermédio do Comitê, considerou que “o tempo de oito anos passados desde que a ação foi iniciada constitui um atraso demasiadamente prolongado e não razoável,” e portanto, caracteriza-se como uma violação ao Artigo 2º, c (Alyne da Silva Pimentel Teixeira [deceased] v. Brazil, 2011)

Diante dos fatos considerados pelo Comitê, ou seja, de que a morte de Alyne estava “relacionada a complicações obstétricas relativas à gravidez” e que “deve ser considerada morte materna”, assim como pela constatação de que não haviam sido garantidos à Alyne “serviços apropriados com relação à sua gravidez, o Comitê considerou o Estado brasileiro diretamente responsável pela falha em monitorar instituições privadas quando serviços médicos foram terceirizados para tais instituições; pela falha em atender “as necessidades de saúde específicas e distintas” de Alyne, durante a sua gravidez; pela falha em focar “seu status de mulher afrodescendente e sua origem socioeconômica; e, por fim, pela falha em “cumprir com suas obrigações de assegurar ação judicial e proteção efetivas” (Alyne da Silva Pimentel Teixeira (deceased) v. Brazil, 2011). Ainda que no caso Alyne tenha sido atendida

por instituições privadas, o Comitê reconheceu a responsabilidade direta do Estado brasileiro, uma vez que delega serviços médicos para iniciativas particulares. Além de responsável, o Estado deve monitorar e regulamentar a prestação de serviços médicos. Essa compreensão está de acordo com o disposto na Constituição Federal, que prevê o direito à saúde como um direito humano universal (COOK, 2013).

Diante das violações sistemáticas de direitos humanos no caso Alyne Pimentel, o Comitê elaborou recomendações gerais para o Brasil, todas no sentido de insistir para que o Estado brasileiro assegure direitos sexuais e reprodutivos às mulheres gestantes e puérperas, tais como garantir “remédios efetivos em casos em que os direitos relacionados à saúde reprodutiva das mulheres tenham sido violados e oferecer treinamento para o Poder Judicial e os operadores do direito”, redução de mortes maternas, cumprimento de padrões nacionais e internacionais nos serviços de atendimento à saúde sexual e reprodutiva, entre outros. Destacam-se entre essas recomendações aquela sobre a imposição de sanções adequadas aos profissionais de saúde envolvidos, o que indica que o dever de reparar do Estado não afasta a responsabilidade de agentes envolvidos em violações de direitos sexuais e reprodutivos.

A construção do caso e o enquadramento fático e jurídico da decisão importam para uma compreensão ampla da responsabilidade associada à violência de gênero em perspectiva interseccional. Além disso, o caso é emblemático para compreender a situação de mulheres negras brasileiras e o duro cenário de negligência e violência obstétrica que contribuem para as mortes maternas no país. Segundo Rebecca Cook (2013, p. 6), o caso Alyne teve os seguintes efeitos normativos

(1) um entendimento da mortalidade materna evitável como uma questão de direitos humanos das mulheres; (2) a adaptação da especificidade de sexo na assistência à saúde; (3) a eliminação de discriminação interseccional no acesso a serviços de saúde materna; e (4) a articulação de obrigações coletivas para assegurar direitos iguais das mulheres no âmbito da assistência.

A decisão do Comitê levou em conta a interseccionalidade das discriminações sofridas por Alyne, sem mitigar o fato de que as violações de direitos foram ainda mais graves por se tratar de uma mulher negra e pobre. Além disso, a decisão do Comitê considerou o caso de Alyne revelador das múltiplas e sistemáticas violações de direitos na saúde e teve por objetivo não só a reparação individual no caso dela, mas também delinear, prevenir e combater, de forma coletiva, as iniquidades nos sistema de saúde brasileiro.

No caso de Ariane, a demora em considerar os sintomas apresentados por ela (falta de ar, dores nas costas e abdominais) podem se relacionar com o menosprezo do relato de mulheres gestantes e puérperas, que se confirma quando, depois, em seu prontuário, suas

queixas são registradas como “ansiedade”. Desde o aparecimento dos sintomas até seu falecimento, não houve qualquer investigação diagnóstica que levasse em conta a gravidade de seu quadro (seu histórico médico incluía gestação de alto risco, hipotireoidismo, condição cardíaca, entre outros indicativos de que seu quadro exigia maior atenção).

Assim como o caso de Alyne Pimentel, a história de Ariane expõe as falhas sistêmicas do sistema de saúde brasileiro e revela a negligência com a qual são tratadas mulheres negras no país. Ainda que possa se considerar que a crise sanitária imposta pela COVID-19 tenha precarizado os recursos já escassos na saúde, mulheres gestantes e puérperas foram mais impactadas pelo descaso em considerar a relevância dos cuidados em saúde sexual e reprodutiva. Alyne e Ariane, mulheres impactadas pela negligência patriarcal e racista do sistema de saúde brasileiro, pelas falhas sistêmicas em seu atendimento, revelam, com anos de diferença, a importância de novas gramáticas para pensar o luto e a dor causada pela morte materna. Vidas abruptamente interrompidas pela violência patriarcal e racista na saúde expõem a relevância de subverter os dobramentos médicos-jurídicos para possibilidades de responsabilização e reparação.

Epílogo

Era julho de 2020 quando Ariane deu à luz ao seu primeiro filho. Oito dias após o parto, ela faleceu, não sem antes buscar atendimento de saúde em decorrência das fortes dores que vinha sentindo e ter sido enviada para casa por duas vezes para só então ser internada. Os prontuários que pouco registraram sobre as práticas de cuidado realizadas, identificaram-na como “ansiosa”. As hipóteses diagnósticas de seus sintomas foram pouco investigadas, até que se tenha sentenciado seu caso como COVID-19. Desse diagnóstico, decorreu o isolamento de sua família, inclusive de seu recém nascido e a submissão de seu corpo a tratamento experimental comprovadamente prejudicial, principalmente em casos como o dela. Ainda que já houvesse um período de maior concretude da ciência sobre os impactos da COVID-19, Ariane morreu sem que em seu prontuário constasse os detalhes sobre as terapêuticas de cuidado realizadas, levando a crer que, em seu falecimento, estava consciente e não havia sido entubada.

Considero elementos importantes para ler sua história: a insuficiência em considerar as questões de saúde sexual e reprodutiva nas respostas à crise sanitária, mesmo em um período em que evidências já apontavam para a importância de considerar mulheres gestantes e puérperas como grupo desproporcionalmente impactado pela COVID-19, assim como as falhas sistêmicas em saúde decorrentes do patriarcado e do racismo. No caso de Ariane, considero também relevantes as ausências nos registros de saúde, a falta de respostas à família e o sentimento de ruptura causado pela morte materna durante a pandemia de COVID-19. Esse conjunto de elementos, associado certamente a outros que não foram objeto de estudo neste testemunho, contribuíram para o desfecho do caso. Diante deles, busquei construir um testemunho de sua história, o qual visa colaborar para a construção da moldura jurídica das demandas apresentadas pela família, sob uma perspectiva desafiadora dos regimes de poder.

Isso porque a família, ao nos provocar a pensar junto com eles sobre *o que aconteceu com ela*, apresentou demandas que me motivaram a escavar o direito em busca das possibilidades de responsabilização e reparação no caso, especificamente quanto às condutas inadequadas que contribuíram ou, ao menos, não evitaram a sua morte. Considerei, para essa investigação, a possibilidade de enquadrar as violações de direito no caso de Ariane como imprudência e negligência, modalidades de erro médico que geram responsabilidade civil, além do dever de indenizar (reparação no sentido estritamente jurídico).

Diante da demanda da família, busquei explorar o caso de Ariane a partir dos verbos feministas lembrar e reparar (DINIZ; GEBARA, 2022). Esses verbos foram para mim inspirações para buscar, além do que poderia propor a institucionalidade, formas de fazer memória e colaborar para a construção de um arquivo de sua história que a resgate da infâmia (FOUCAULT, 2003), assim como para imaginar possibilidades de reparação que sirvam para que seu caso provoque respostas institucionais que solidifiquem paradigmas de resposta à tragédia da morte materna durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. O exercício de lembrar e reparar sua história foi motivado pela produção de um conhecimento por demanda, uma noção adaptada do conceito de Rita Segato (2020), assim como motivou a opção por nomeá-la por seu nome verídico.

A demanda está inserida em um contexto importante no cenário brasileiro. O país foi o epicentro da morte materna na pandemia de COVID-19, que escancarou os impactos desproporcionais da crise sanitária sobre pessoas gestantes e puérperas, assim como revelou as condições e políticas de maternidade no sul global. Os indicadores de mortalidade materna são importantes sinais da garantia de direitos sexuais e reprodutivos, além de revelarem a desproporcionalidade de violações de direitos conforme região, classe e raça.

Por isso, proponho que a gravidade do cenário brasileiro durante a pandemia de COVID-19 deve ser observada pelas lentes da justiça reprodutiva e da interseccionalidade. Esses conceitos permitem enxergar o entrecruzamento de iniquidades no caso de Ariane e enquadrar a demanda de sua família como uma questão de justiça reprodutiva. O conceito propõe considerar que as questões relacionadas à sexualidade e à reprodução não são meramente temas individuais, mas sim coletivas e conectadas a temas sociais. Assim permite refletir possibilidades de responsabilização e a reparação no caso de Ariane a partir da investigação da articulação entre discursos e práticas de poder hegemônicas contra mulheres gestantes e puérperas.

Argumentei que a biomedicina, como um saber e um poder, operacionalizou o patriarcado diante do corpo de Ariane. Essa concepção provocou a investigação do conceito jurídico de erro médico. Considerei a importância de complexificar as análises sobre esse campo com uma leitura baseada em questões de saúde sexual e reprodutiva, sob uma perspectiva interseccional. Isso porque a ausência dessas análises contribui, por exemplo, para a resistência em nomear as violações de direito contra pessoas gestantes e puérperas como violência obstétrica, ignorando a violência de gênero própria dessas ações. No caso de Ariane, é possível interpretar a negligência com que é tratada como violência obstétrica,

agravada ainda pela prescrição imprudente de medicamento comprovadamente ineficaz. Provocada pela necessidade de problematizar o campo jurídico e suas interpretações, busquei investigar de que forma a medicina se construiu como um saber e um poder, em um espaço privilegiado para a reprodução de violências fundadas nos regimes de governo da vida.

Identifico que, com fundamento em Michel Foucault e na crítica que o autor faz à história da medicina, o saber médico se apresenta cientificamente nos últimos dois séculos, mas, especialmente no séc. XX, como um saber clínico e moralizador da sociedade. Isto é, a medicina constrói-se como um campo científico, um saber, que, apesar de um significativo progresso, não necessariamente incrementou a qualidade de vida e o bem estar das pessoas. Ao contrário, fundou uma “Economia política da medicina”, em que produz riqueza vinculando-se de modo mais profundo à produção de lucro e à mercantilização do cuidado. Ou seja, a medicina não é um saber puro, isolado, mas sim conectado às relações de poder de um determinado tempo e contexto, inserindo-se em todos os aspectos da vida humana.

Michel Foucault possibilita um olhar crítico sobre a medicina e o desenvolvimento desse campo como um saber privilegiado para articular-se aos regimes de poder em determinado tempo. Além do autor, há uma profícua investigação no campo dos estudos feministas críticos da ciência e da saúde a respeito da reprodução do patriarcado na medicina. Com base em revisão de literatura, identifiquei o patriarcado como um fator de risco para a saúde de populações vulneráveis, em especial pelo histórico de violências contra essas populações em nome do progresso da ciência. As autoras estudadas denunciam o caráter androcêntrico da medicina, assim como a reprodução das desigualdades de gênero no atendimento e tratamento. Há um importante viés de gênero a ser considerado na medicina e no sistema de saúde e esse diagnóstico pode colocar novos olhares sobre a questão do erro médico.

Ao tratar especificamente das modalidades de erro médico aplicáveis ao caso, considerei que um erro médico é, pelo direito brasileiro, composto por uma conduta inadequada vinculada por um nexo de causalidade a um dano. Ao buscar explorar as possibilidades de responsabilização e reparação dadas pelo direito, identifiquei que a prescrição de hidroxiquina é tratada pela doutrina típica no direito civil como imprudência, cuja responsabilidade há de ser mediada pela época da prescrição. A doutrina argumenta que, no início da crise sanitária, a prescrição era justificada, dada a falta de informações e ausência de medicamentos no combate ao novo vírus.

Por outro lado, em consideração das lentes postas pelos capítulos anteriores, argumento que a prescrição de hidroxicloroquina exemplifica o uso de debates éticos da medicina para sustentar violações dos deveres de cuidado e políticas de extermínio contra populações vulnerabilizadas. Desenvolvo essa argumentação considerando os exemplos históricos da Alemanha nazista e do regime de Apartheid na África do Sul, contextos em que as classes médicas foram responsabilizadas pela convivência com os regimes ditatoriais nas práticas de discriminação e violência operacionalizadas pelos cuidados em saúde. A prescrição de medicamentos comprovadamente ineficazes simboliza a extrapolação da fronteira do cuidado para a experimentação.

No que diz respeito à negligência, ou seja, o fato de que Ariane acionou o sistema de saúde por duas vezes até ter seus sintomas considerados assim como a falta de investigação de outras hipóteses diagnósticas além da COVID-19, identifiquei que o caso dela reúne violações de direitos que se repetiram nas histórias ouvidas pelo grupo de pesquisa. A falta de atenção à saúde sexual e reprodutiva de mulheres gestantes e puérperas, a desconsideração de seus sintomas e o retardo em adotar práticas de cuidado levaram à ausência de cuidado obstétrico, o que agravou muitos desses casos. A negligência, ou seja, deixar de realizar uma prática de cuidado quando deveria, acarretando em prejuízo para a mulher gestante ou puérpera, é resultado da falha na assistência em saúde sexual e reprodutiva, além de expressão do patriarcado e do racismo. Neste ponto, a história de Ariane se aproxima do caso de Alyne Pimentel, cuja morte foi o primeiro caso de morte materna no qual o Estado brasileiro foi responsabilizado.

O caso analisado propõe, portanto, uma escavação do direito à luz de categorias que são, geralmente, estranhas a ele. Atender a demanda proposta pela família tem sido, no caso de Ariane, explorar as possibilidades de responsabilização e reparação a partir de categorias como a interseccionalidade e a justiça reprodutiva, campos pouco considerados em especial se levado em conta o senso comum teórico dos juristas. A categoria da interseccionalidade como uma teoria e uma práxis foi a chave que me possibilitou atuar como advogada e pesquisadora no caso, a fim de considerar as múltiplas iniquidades às quais Ariane foi submetida.

Ao argumentar que o caso de Ariane se insere em um contexto amplo de violações de direitos sexuais e reprodutivos, assim como é resultado das, entre outros fatores, manifestações patriarcais e racistas operacionalizadas pela medicina, entendo que a justiça reprodutiva é categoria fundamental para investigar a reparação no caso para além de uma

perspectiva indenizatória ou pecuniária. Testemunhar sua história, nomeá-la e colaborar para formas de reparação à família de Ariane é evidenciar a importância de seu caso para os paradigmas de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, assim como provocar novas gramáticas para enquadramentos jurídicos de casos semelhantes. O testemunho transformador sobre a história de Ariane evidencia a importância de redirecionar as lentes do direito, afastando-as do senso comum teórico dos juristas - ou seja, da aplicação e interpretação racista e patriarcal do direito - para aproximá-lo da complexa realidade vivida por populações vulneráveis em uma crise sanitária.

Assim, a pergunta feita no início desta pesquisa - quais as possibilidades de responsabilização e reparação nesse caso de morte materna durante a pandemia de COVID-19 no Brasil? - é respondida a partir das lentes postas pela interseccionalidade e da justiça reprodutiva, as quais em articulação permitem escavar o direito e imaginar respostas que lembrem e reparem sua história. A conclusão da pesquisa é pela necessidade de leituras das categorias jurídicas a partir da realidade das populações mais afetadas pelas crises sanitárias, através das lentes proporcionadas por testemunhos transformadores das interpretações racistas e patriarcais do direito. O papel de um testemunho como esse é alterar as lentes de forma que, dentro da estrutura jurídica, sejam desenvolvidas respostas que considerem a complexidade do vivido por essas pessoas. O aprofundamento sobre como esse enfoque pode transformar categorias e conceitos jurídicos em benefício da garantia e promoção de direitos sexuais e reprodutivos é ainda um campo a explorar em pesquisas futuras.

Referências

ANÍBAL, Felipe. Pior que a dor do parto. **Revista Piauí**. 15 de junho de 2022. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/pior-que-dor-do-parto/>>. Acesso em 19 jun. 2022.

ARAGÃO, Suellyn Mattos. MAGGIO, Marcelo Paulo. Aspectos qualitativos do direito à saúde: ponderações a partir dos casos de erro médico apreciados pelo setor médico do Ministério Público do Estado do Paraná. In: **Revista Jurídica do Ministério Público do Estado do Paraná**, n. 12, vol. 7, p. 121-143, 2020. Disponível em: <https://apps.mppr.mp.br/openjournal/index.php/revistamppr/article/view/97/73>. Acesso em: 17abr2022.

BAGATINI, J. ALBRECHT, D. O tratamento precoce da COVID-19, o dano tardio e a responsabilidade civil médica. **Revista Direito e Medicina**. v. 10, 2021. Disponível em: <<https://www.thomsonreuters.com.br/pt/juridico/webrevistas/rdm-revista-de-direito-e-medicina.html>> Acesso em 26 jun. 2022.

BALLESTRIN, Luciana. América Latina e o giro decolonial. **Revista Brasileira de Ciência Política**, [online.], n. 11, p. 89-117, ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/DxkN3kQ3XdYYPbwwXH55jhv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2022.

BALLESTRIN. O Sul Global como projeto político. **Horizontes ao Sul**, 2020, Disponível em: <https://www.horizontesaosul.com/single-post/2020/06/30/O-SUL-GLOBAL-COMO-PROJETO-POLITICO>. Acesso em 26 jun. 2022.

BARONDESS, Jeremiah A.. Medicine Against Society. **Jama**, [online.], v. 276, n. 20, p. 1657, 27 nov. 1996. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1996.03540200043029>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/411046>. Acesso em: 19 jun. 2022.

BARROSO, Luís Roberto. “Aqui, lá e em todo lugar”: a dignidade humana no direito contemporâneo e no discurso transnacional. **Revista dos Tribunais**, v. 919, ano 101, p. 127-196, maio 2012. Disponível em:

bell hooks. Understanding Patriarchy. In: hooks, bell. **The Will to change**. Washington Square Press, 2004.

BIERNATH, André. 'Kit covid é kit ilusão': os dados que apontam riscos e falta de eficácia de tratamento precoce. **Bbc News**. Online, p. 1-2. 27 jan. 2021. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/bbc/2021/01/27/kit-covid-e-kit-ilusao-os-dados-que-apontam-riscos-e-falta-de-eficacia-de-tratamento-precoce.htm>. Acesso em: 26 jun. 2022.;

BITENCOURT, Almir Galvão Vieira; NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira; NEVES, Flávia Branco Cerqueira Serra; BRASIL, Israel Soares Pompeu de Souza; SANTOS, Livia

Siqueira Costa dos. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [online.], v. 31, n. 3, p. 223-228, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022007000300004>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/4QNKPdGc7fcrMprDBkp6qf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2022.

BODIN DE MORAES, Maria Celina. Conceito, função e quantificação do dano moral. *Revista IBERC, Minas Gerais*, v.1, n.1, p. 01-24, nov.-fev./2019.

BORGES, Luna. Infanticida e castigo: moral e produção de verdade em um arquivo. 93p. **Dissertação** (mestrado)—Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Programa de Pós-Graduação em Direito, 2016.

BOURDIEU, Pierre. A ilusão biográfica. In: AMADO, Janaína e FERREIRA, Marieta de Moraes. **Usos e abusos da história oral**. (8ª edição) Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p. 183-191.

BRASIL. **Código Civil**. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm> Acesso em 19 jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm> Acesso em: 10 de abril de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (Conep/CNS). NOTA PÚBLICA: CNS alerta sobre os riscos do uso da Cloroquina e Hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19. 22 de maio de 2021. Disponível em: <<http://www.susconnecta.org.br/nota-publica-cns-alerta-sobre-os-riscos-do-uso-da-cloroquina-e-hidroxicloroquina-no-tratamento-da-COVID-19/>>. Acesso em 19 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (Conep/CNS). NOTA PÚBLICA: Conep/CNS avalia que tratamento com cloroquina nebulizada desrespeita normas de ética clínica no Brasil. 16 de abril de 2021. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1705-nota-publica-conep-cns-avalia-que-tratamento-com-cloroquina-nebulizada-desrespeita-normas-de-etica-clinica-no-brasil>>. Acesso em 19 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (Conep/CNS). RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 26 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (Conep/CNS). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 26 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf>. Acesso em 19 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf. Acesso em 19 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em 19 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf>. Acesso em 19 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/09/manual_assistencia_gestante.pdf. Acesso em 19 jun. 2022.

BRITO, Luciana Stoimenoff. O arquivo de um sequestro: o homem mais antigo do Brasil. 2016. 127 f. **Tese** (Doutorado) - Curso de Ppgcs - Doutorado em Ciências da Saúde (Teses), Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/19951>>. Acesso em: 26 abr. 2022.

BUTLER, Judith. **A vida psíquica do poder**. Teorias da sujeição. 1ª Ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2020.

CAMBRICOLI, Fabiana. Após uso de kit covid, pacientes vão pra fila do transplante de fígado; pelo menos 3 morrem. **O Estadão**. Online, p. 1-2. mar. 2021. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,apos-uso-de-kit-covid-pacientes-vaio-para-fila-de-transplante-ao-menos-3-morrem,70003656961>. Acesso em: 26 jun. 2022.

CARNEIRO, Sueli. Raça e etnia no contexto de Beijing. In: **O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2000. p. 256.

CASTRO, Roberto; BRONFMAN, Mario. P. Feminist Theory and Medical Sociology: Issues for a Discussion. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, 9 (3): 375-394, jul/set, 1993. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1993000300024&script=sci_abstract> Acesso em 26 jun. 2022.

CATOIA, Cinthia de Cassia; SEVERI, Fabiana Cristina; FIRMINO, Inara Flora Cipriano. Caso “Alyne Pimentel”: violência de gênero e interseccionalidades. **Revista Estudos Feministas**, [Online.], v. 28, n. 1, p. 1-11, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n160361>. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/1806-9584-2020v28n160361>>. Acesso em: 19 jun. 2022.

COLLINS, Patricia Hill, BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. 1ª ed. - São Paulo : Boitempo, 2020.

COLLINS, Patricia Hill. Se perdeu na tradução?: feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. **Parágrafo**, v. 5, n. 1, p. 11, 2017. Disponível em: <http://revistaseletronicas.fiamfaam.br/>. Acesso em 26 jun. 2022.

COLLUCCI, Cláudia. **Comitê de ética pede investigação de médica que aplicou cloroquina nebulizada em Manaus**. Folha de S. Paulo, 16 abril de 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/04/comite-de-etica-pede-investigacao-de-medica-que-aplicou-cloroquina-nebulizada-em-manaus.shtml>> Acesso em 19 jun. 2022.

Comissão Interamericana de Direitos Humanos, informe de fundo, n. 11o/18, caso 12.678. “Paola del Rosario Albarracín Guzmán y familiares”, 5 out. 2018. Disponível em: <https://www.oas.org/en/iachr/decisions/court/2019/12678FondoEn.pdf>. Acesso em 19 jun. 2022.

Comitê das Nações Unidas para Eliminação das Discriminações contra as Mulheres (Comitê CEDAW 49ª seção julho/2011). **Alyne da Silva Pimentel Teixeira (deceased) v. Brazil**, CEDAW/C/49/D/17/2008, August 10, 2011. Disponível em: <http://www.worldcourts.com/cedaw/eng/decisions/2011.07.25_da_Silva_Pimentel_v_Brazil.pdf> Acesso em 19 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer nº. 04/2020**. Considerar o uso da cloroquina e hidroxiclороquina, em condições excepcionais, para o tratamento da

COVID-19. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>. Acesso em 19 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Recomendação nº. 3/2014 do Conselho Federal de Medicina. Recomendar aos profissionais médicos e instituições de tratamento médico, clínico. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/3_2014.pdf> . Acesso em 26 jun. 2022.

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;

COTTINGHAM, Jane. Using human rights to improve maternal and neonatal health: history, connections and a proposed practical approach. **Bulletin Of The World Health Organization**, [online], v. 86, n. 8, p. 589-593, 1 ago. 2008. WHO Press. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/blt.07.050500>. Acesso em 19 jun. 2022.

CRENSHAW, Kimberle. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. **University of Chicago Legal Forum**, 1991. Disponível em: <<https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>> Acesso em 26 jun. 2022.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2004, v. 38, n. 4 [Acessado 18 Dezembro 2021] , pp. 448-457. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000400011>>. Acesso em 19 jun. 2022.

DENORA, Emmanuella. Da necropolítica ao bioterrorismo de estado: das responsabilidades jurídicas sobre remédios ineficazes. **Revista Direito e Medicina**. v. 10, 2021. <<https://www.thomsonreuters.com.br/pt/juridico/webrevistas/rdm-revista-de-direito-e-medicina.html>> Acesso em 26 jun. 2022.

DIGGINS, J; MILLS, E. The Pathology of Inequality: Gender and Ebola in West Africa. **IDS Practice Paper**. Brief 23, Brighton: IDS, 2015. Disponível em: <https://www.ids.ac.uk/publications/the-pathology-of-inequality-gender-and-ebola-in-west-africa/>. Acesso em: 19 jun. 2022.

DINIZ, Debora. Ela, Zefinha – o nome do abandono. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online.], v. 20, n. 9, p. 2667-2674, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.02832015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GCTXzXvwYLMQBvsnS43MnRQ/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2022.

DINIZ, Débora. GEBARA, Ivone. **Esperança Feminista**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2022.

DINIZ, Débora. Testemunho e palavra verdadeira em Paulo Freire. In: FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 1ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

DINIZ, Debora. **Zika**: do sertão nordestino à ameaça global. 1a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

DINIZ, Debora; BRITO, Luciana. “Eu não sou presa de juízo, não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [Online.], v. 23, n. 1, p. 113-130, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702016000100008>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/YchCDPPqfZFGj9m9kwgBpbd/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2022.

DINIZ, Debora; BRITO, Luciana; RONDON, Gabriela. Maternal mortality and the lack of women-centered care in Brazil during COVID-19: preliminary findings of a qualitative study. **The Lancet Regional Health - Americas**, [Online.], v. 10, p. 100239, jun. 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X22000564?via%3Dihub>. Acesso em: 26 jun. 2022.

DINIZ, Debora; COSTA, Bruna S.; VIEIRA, Sinara G. Nomear feminicídio: conhecer, simbolizar e punir. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. São Paulo, nº. 114, maio – junho. 2015: 225 – 239.

DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Paula Galdino Cardin de; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; AGUIAR, Cláudia Azevedo; NIY, Denise Yoshie. 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**, [online.], v. 25, n. 3, p. 1-8, 25 out. 2015. Faculdade de Filosofia e Ciências. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080>. Acesso em: 26 jun. 2022.

ELSTON, James W T; DANIS, Kostas; GRAY, Nell; WEST, Kim; LOKUGE, Kamalini; BLACK, Benjamin; STRINGER, Beverley; JIMMISA, Augustine s; BIANKOE, Aiah; SANKO, Mohammed O. Maternal health after Ebola: unmet needs and barriers to healthcare in rural sierra leone. **Health Policy And Planning**, [online.], v. 1, n. 35, p. 78-90, 7 nov. 2019. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czz102>. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article/35/1/78/5614323>. Acesso em: 14 jun. 22.

FDA. Coronavirus (COVID-19) Update: **FDA Revokes Emergency Use Authorization for Chloroquine and Hydroxychloroquine**. 15 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-COVID-19-update-fda-revokes-emergency-use-authorization-chloroquine-and>. Acesso em 19 jun. 2022.

FILHO, João. Com a anuência do CFM, Prevent Senior transformou brasileiros em cobaias humanas. **The Intercept**, 26 de Setembro de 2021. Disponível em: <

<https://theintercept.com/2021/09/26/cfm-prevent-senior-cobaias-humanas-cpi/>>. Acesso em: 19 jun. 2022.

FISSEHA, Senait; SEN, Gita; GHEBREYESUS, Tedros Adhanom; BYANYIMA, Winnie; DINIZ, Debora; FORE, Henrietta H; KANEM, Natalia; KARLSSON, Ulrika; KHOSLA, Rajat; LASKI, Laura. COVID-19: the turning point for gender equality. **The Lancet**, [online.], v. 398, n. 10299, p. 471-474, ago. 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01651-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01651-2/fulltext). Acesso em: 26 jun. 2022.

FOUCAULT, Michel; FARGE, Arlette. **Le désordre des familles: lettres de cachet des archives de la Bastille**. Paris: Gallimard, 1982.

FOUCAULT, Michel. A vida dos homens infames. In: _____. **Estratégia, poder-saber**. Ditos e escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p. 203-222.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1998.

FOUCAULT, Michel, 1926-1984 7.ed. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da biopolítica**: Curso dado no Collège de France (1978-1979) (E. Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, Michel. **Do governo dos vivos**: Curso dado no Collège de France (1979/1980). São Paulo: Centro de Cultura Social, 2009.

FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da antimedicina? **Revista Verve**, n. 18, 2010. p. 157-194. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646>> Acesso em 19 jun. 2022.

FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; LACERDA, Lucas; RODRIGUES, Agatha S.. Obstetric Observatory BRAZIL - COVID-19: 1031 maternal deaths because of covid-19 and the unequal access to health care services. **Clinics**, [online.], v. 76, p. 1-4, 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2021/e3120>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S180759322200223X?via%3Dihub>. Acesso em: 26 jun. 2022.

FREITAS, Paula de Souza Silva; SOARES, Gabriella Barreto; MOCELIN, Helaine Jacinta Salvador; LACERDA, Larissa Carolina Xavier; PRADO, Thiago Nascimento do; SALES, Carolina Maia Martins; PEREZ, Freddy; BUSSINGER, Elda Coelho de Azevedo; MACIEL, Ethel Leonor Noia. Síndrome congênita do vírus Zika: perfil sociodemográfico das mães. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [online.], v. 43, p. 1-7, 19 mar. 2018. Pan American Health Organization. <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2019.24>. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49776>. Acesso em: 26 jun. 2022.

G1. ONU: Bolsonaro defende tratamento sem eficácia contra COVID-19; veja frases do discurso e o que se sabe. **Portal G1**, 21/09/2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2021/09/21/onu-bolsonaro-defende-tratamento-sem-eficacia-contra-COVID-19-veja-frases-do-discurso-e-o-que-se-sabe.ghtml>. Acesso em 19 jun. 2022.

GARCIA, Amanda. Medo e desinformação atrasam vacinação de grávidas, afirma obstetra. 2021. CNNBrasil. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/noticias/medo-e-desinformacao-atrasam-vacinacao-de-gravidas-afirma-obstetra/>. Acesso em: 19 jun. 2022.

GOES, Emanuelle. (n.d.). **Interseccionalidade no Brasil, revisitando as que vieram antes**. Disponível em: <http://blogueirasnegras.org/interseccionalidade-no-brasil->. Acesso em 19 jun. 2022.

GOMES, Talita Rodrigues; SÁ, Maria Célia Delduque Nogueira Pires de. O Erro médico sob o olhar do Judiciário: uma investigação no tribunal de justiça do distrito federal e territórios. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [online.], v. 6, n. 1, p. 72-85, 30 mar. 2017. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitario. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v6i1.362>. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/362>. Acesso em: 26 jun. 2022.

GONZALEZ, Lélia. A importância da mulher negra no processo de transformação social. In: RIOS, Flavia; LIMA, Márcia (org.). **Por um feminismo Afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos..** Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GONZALEZ, Lélia. O apoio brasileiro à causa da Namíbia: dificuldades e possibilidades. In: RIOS, Flavia; LIMA, Márcia (org.). **Por um feminismo Afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos.** Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo Afro-latino-americano**. 1988. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/271077/mod_resource/content/1/Por%20um%20feminismo%20Afro-latino-americano.pdf. Acesso em 26 jun. 2022.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: RIOS, Flavia; LIMA, Márcia (org.). **Por um feminismo Afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos..** Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GOVENDER, V.; PENN-KEKANA, L.. Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions. **Global Public Health**, [online.], v. 3, n. 1, p. 90-103, abr. 2008. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/17441690801892208>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17441690801892208>. Acesso em: 26 jun. 2022.

HAJE, Laura. Deputadas apresentam projeto para sustar a nova portaria do Ministério da Saúde sobre aborto legal. Agência Câmara de Notícias. 2021. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/noticias/695492-deputadas-apresentam-projeto-para-sustar-a-nova-portaria-do-ministerio-da-saude-sobre-aborto-legal>. Acesso em: 19 jun. 2022.

HORBY, Peter et al. Effect of Hydroxychloroquine in Hospitalized Patients with COVID-19. **New England Journal Of Medicine**, [Online.], v. 383, n. 21, p. 2030-2040, 19 nov. 2020. Massachusetts Medical Society. <http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa2022926>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33031652/>. Acesso em: 19 jun. 2022.

https://www.mprj.mp.br/documents/20184/2592408/Luis_Roberto_Barroso.pdf. Acesso em: 23 jun. 2022

Humanas e Sociais. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em 26 jun. 2022.

INHORN, Marcia. Defining Women's Health: A Dozen Messages from More than 150 Ethnographies. *Medical Anthropology Quarterly*, Sep., 2006, New Series, Vol. 20, No. 3 (Sep., 2006), pp. 345-378. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3840533>. Acesso em 26 jun. 2022.

KFOURI Neto, Miguel. **Responsabilidade civil do médico**. 11a ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2021.

LARA, Bruna de. A guerra do CFM contra as mulheres. **The Intercept**, 15 de Outubro de 2021. Disponível em: <<https://theintercept.com/2021/10/15/guerra-cfm-contra-mulheres/>>. Acesso em 19 jun. 2022.

LARA, Bruna de. Cúpula do CFM é peça-chave da tragédia que nos levou a 290 mil mortos por COVID-19. **The Intercept**, 19 de Março de 2021. Disponível em <<https://theintercept.com/2021/03/19/cfm-290-mil-mortos-por-COVID-19/>>. Acesso em 19 jun. 2022.

LÔBO, Paulo Luiz Netto. Constitucionalização do Direito Civil. **Revista de informação legislativa**, v. 36, n. 141, p. 99-109, jan./mar. 1999. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/453>. Acesso em 26Abr2022.

LOKOT, Michelle; AVAKYAN, Yeva. Intersectionality as a lens to the COVID-19 pandemic: implications for sexual and reproductive health in development and humanitarian contexts. **Sexual And Reproductive Health Matters**, [Online.], v. 28, n. 1, p. 1764748, 1 jan. 2020. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/26410397.2020.1764748>. Disponível em: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4656768/>. Acesso em: 19 jun. 2022.

LÓPEZ, Laura Cecilia. Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um olhar na interseccionalidade de gênero e raça. **Revista Tomo**, p. 135-167, 29 jun. 2016. Revista TOMO. <http://dx.doi.org/10.21669/tomo.v0i0.5424>. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/5424>. Acesso em: 04 jun. 2022.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [online.], v. 22, n. 11, p. 2473-2479, nov. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2006001100022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sW5LM59346pcKJ9XqZXLL6R/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2022.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: Biopoder, soberania, estado de exceção política da morte. São Paulo: N-1 edições, 2018.

Ministério da Saúde inclui grávidas no grupo prioritário de vacinação: a vacinação deve começar no dia 13 de maio. A vacinação deve começar no dia 13 de maio. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-04/ministerio-da-saude-inclui-gravida-s-no-grupo-prioritario-de-vacinacao>. Acesso em: 26 jun. 2022.

MONTEIRO, Simone. DESIGUALDADES EM SAÚDE, RAÇA E ETNICIDADE: QUESTÕES E DESAFIOS. In: MONTEIRO, Simone. **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; AMORIM, Melania Maria Ramos; PACAGNELLA, Rodolfo de Carvalho; TAKEMOTO, Maira Libertad Soligo; PENSO, Fatima Cristina Cunha; REZENDE-FILHO, Jorge de; LEAL, Maria do Carmo. COVID-19 and Maternal Death in Brazil: an invisible tragedy. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics**, [S.L.], v. 42, n. 08, p. 445-447, ago. 2020. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1715138>. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0040-1715138>. Acesso em: 26 jun. 2022.

NISSEN, Nina; MANDERSON, Lenore. Researching Alternative and Complementary Therapies: mapping the field. **Medical Anthropology**, [online.], v. 32, n. 1, p. 1-7, jan. 2013. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/01459740.2012.718016>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01459740.2012.718016>. Acesso em: 19 jun. 22.

NOGUEIRAS, Belén. La salud en la teoría feminista. Atlánticas. **Revista Internacional de Estudios Feministas**, [Online.], v. 4, n. 1, p. 10-31, 7 set. 2020. Universidade da Coruna. <http://dx.doi.org/10.17979/arief.2019.4.1.5404>. Disponível em: <https://revistas.udc.es/index.php/ATL/article/view/arief.2019.4.1.5404>. Acesso em: 19 jun. 2022.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, [online.], v. 43, n. 122, p. 939-948, set. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912222> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VL3mkyvXRQbKMZKqVbb5mdd/?lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2022.

OLIVEIRA, Joana. Estuprada desde os 6, grávida aos 10 anos e num limbo inexplicável à espera por um aborto legal. El País. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-15/estuprada-desde-os-6-gravida-aos-10-anos-e-num-limbo-inexplicavel-a-espera-por-um-aborto-legal.html>. Acesso em: 10 jun. 2022.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (Unesco). **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Tradução para o português: Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília; 2005.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil, 2017. **Cadernos Pagu**, 49. <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/xpCQkdXRrdcQsZZST5bC99Q/?lang=pt>. Acesso em 26 jun. 2022.

PASSARINHO, Nathalia. Coronavírus: Chefes de UTIs ligam ‘kit Covid’ a maior risco de morte no Brasil. **BBC News**, 23 de março de 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56457562>. Acesso em 19 jun. 2022.

PORTAL CFM. PESQUISA CFM/DATAFOLHA. Médicos são os profissionais em quem os brasileiros mais confiam e depositam credibilidade. 20 de julho de 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/pesquisa-cfm-datafolha-medicos-sao-os-profissionais-em-quem-os-brasileiros-mais-confiam-e-depositam-credibilidade/>. Acesso em 19 jun. 2022.

RIOS, Flavia. RATTS, Alex. A perspectiva interseccional de Lélia Gonzalez. In: CHALHOUB, Sidney; PINTO, Ana Flávia Magalhães. (org.) **Pensadores negros – pensadoras negras: Brasil séculos XIX e XX**. Cruz das Almas: EDUFRRB; Belo Horizonte: Fino Traço, 2016. p. 447 v. 11. (Coleção UNIAFRO).

ROCHA, Cármen Lúcia Antunes. Vida digna: direito, ética e ciência (os novos domínios científicos e seus reflexos jurídicos). In: ROCHA, Cármen Lúcia Antunes (Coord.). **O direito à vida digna**. Belo Horizonte: Fórum, 2004. p

RONDON, Gabriela. Quando um monstro é perigoso e louco: um estudo sobre o dobramento penal-psiquiátrico em caso de pedofilia. 89p. **Dissertação** (mestrado)—Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Programa de Pós-Graduação em Direito, 2016.

ROSS, Loretta J.; SOLINGER, Rickie. **Reproductive Justice: an introduction**. Oakland: University of California Press, 2017.

ROSS, Loretta. SOLINGER, Rickie. **Reproductive justice: an introduction**. Oakland, California: University of California Press, 2017.

ROSS, Loretta. Understanding Reproductive Justice: Transforming the Pro-Choice Movement. **Off Our Backs**, vol. 36, no. 4, off our backs, inc., 2006, pp. 14–19, Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/20838711>. Acesso em 26 jun. 2022.

ROSS, Loretta. Understanding Reproductive Justice: Transforming the Pro-Choice Movement. **Off Our Backs**, vol. 36, no. 4, off our backs, inc., 2006, pp. 14–19, Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/20838711>. Acesso em 26 jun. 2022.

RUBENSTEIN, Leonard; LONDON, Leslie. The UDHR and the Limits of Medical Ethics: the case of south africa. **Health And Human Rights**, [online.], v. 3, n. 2, p. 160, 1998. JSTOR. <http://dx.doi.org/10.2307/4065306>. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/4065306?origin=crossref>. Acesso em: 26 jun. 2022.

SADLER, Michelle; LEIVA, Gonzalo; OLZA, Ibone. COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. **Sexual And Reproductive Health Matters**, [online.], v. 28, n. 1, p. 1785379, 1 jan. 2020. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1785379>. Acesso em: 26 jun. 2022.

SANSONE, Livio. 'Raça', Etnicidade e Saúde Reprodutiva: O Caso Afro-Latino-Americano. In: MONTEIRO, Simone. **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

SANTOS, Boaventura de Souza. Epistemologías del Sur. **Revista Utopía y Praxis Latinoamericana**, Maracaibo, a. 16, n. 54, p. 17-39, jul- sept 2011.

SANTOS, Debora de Souza; MENEZES, Mariane de Oliveira; ANDREUCCI, Carla Betina; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; KNOBEL, Roxana; KATZ, Leila; SALGADO, Heloisa de Oliveira; AMORIM, Melania Maria Ramos de; TAKEMOTO, Maira L s. Disproportionate Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Among Pregnant and Postpartum Black Women in Brazil Through Structural Racism Lens. **Clinical Infectious Diseases**, [online.], v. 72, n. 11, p. 2068-2069, 28 jul. 2020. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa1066>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32719866/>. Acesso em: 19 jun. 2022.

SCHIEBINGER, Londa. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru, SP : EDUSC, 2001.

SEGATO, Rita. **Crítica da colonialidade em oito ensaios e uma antropologia por demanda**. 1a ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

SELIGMANN-SILVA, Márcio. O Local do Testemunho. **Tempo e Argumento**. Florianópolis, v. 2, n. 1, p. p. 03 - 20, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/1894>. Acesso em: 24 jun. 2022.

SHAHVISI, Arianne. Medicine is Patriarchal, But Alternative Medicine is Not the Answer. **Journal Of Bioethical Inquiry**, [online.], v. 16, n. 1, p. 99-112, 20 dez. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11673-018-9890-5>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11673-018-9890-5>. Acesso em: 23 jun. 2022.

SIDEL, Victor W.. The Social Responsibilities of Health Professionals. *Jama*, [online.], v. 276, n. 20, p. 1679, 27 nov. 1996. **American Medical Association** (AMA). Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/411071>>. Acesso em 24 jun. 2022.

SONTAG, Susan. **Diante da dor dos outros**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos. Maternal mortality by COVID-19 in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 253-256, fev. 2021. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202100s100014>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/R7MkrnCgdmyMpBcL7x77QZd/?lang=en>. Acesso em: 26 jun. 2022.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade 5581. Relatora: Ministra Cármen Lúcia. Disponível em:

<<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5037704>>. Acesso em: 23 jun. 2022.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 442. Relatora: Ministra Rosa Weber. Disponível

em:<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5144865>. Acesso em: 23 jun. 2022.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 846. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Disponível em:

<<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6183425>>. Acesso em: 23 jun. 2022.

VIANA, R. da C., NOVAES, M. R. C. GCALDERON, I. M. P. Mortalidade Materna - Uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, n. 1, p. 141–152, 2011. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 19 jun. 2022

VILLAR, José; ARIFF, Shabina; GUNIER, Robert B.; THIRUVENGADAM, Ramachandran; RAUCH, Stephen; KHOLIN, Alexey; ROGGERO, Paola; PREFUMO, Federico; VALE, Marynéa Silva do; CARDONA-PEREZ, Jorge Arturo. Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection. **Jama Pediatrics**, [S.L.], v. 175, n. 8, p. 817, 1 ago. 2021. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.1050>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2779182>. Acesso em: 26 jun. 2022.

WARAT, Luiz Alberto. **Introdução geral ao direito**. Tomo I. Interpretação da lei: temas para uma reformulação. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris, 1994.

WERNECK, Jurema. Algumas considerações sobre racismo, sexismo e a tecno-eugenia. “**Un Mundo patentado? La privatización de la vida y del conocimiento**”, Org. James Boyle Ulrich e Beatriz Brand, Córdoba: Fundación Vía Libre, p. 1–10, 2005.

WESENDOCK, Tula. Impactos da Covid na Responsabilidade Civil do médico. **Revista eletrônica de direito do Centro Universitário Newton Paiva**. Belo Horizonte, n.43, p. 94-112, jan./abr. 2021, ISSN 1678 8729. Disponível em: <https://revistas.newtonpaiva.br/redcunp/n-43-impactos-da-covid-19-na-responsabilidade-civil-do-medico/>. Acesso em 26 jun. 2022.

YIN, Robert K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Trad. Daniel Bueno. Revisão Técnica: Dirceu da Silva. Porto Alegre: Penso, 2016.