

## AUTONOMIA, RISCO E SEXUALIDADE

A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito.

**Camila Pimentel<sup>1</sup>**

**Laís Rodrigues<sup>2</sup>**

**Elaine Müller<sup>3</sup>**

**Mariana Portella<sup>4</sup>**

**Resumo:** Este texto apresenta uma discussão teórica sobre a assunção da parturiente como sujeito ativo e protagonista de sua experiência, tendo em vista tanto as problematizações levantadas pelo movimento de humanização do parto sobre as noções de risco, sexualidade e autonomia quanto pela perspectiva pós-colonial. A hegemonia do conhecimento médico em relação a assistência ao parto reforçou uma lógica colonial e produtivista, que tem como marco orientador a intervenção sobre o corpo feminino. Em contraposição a este processo, surgiu o movimento pela humanização do parto e do nascimento reivindicando o reconhecimento do corpo feminino como capaz de gestar e parir. Neste sentido a autonomia da mulher quanto às escolhas na gestação e parto é reiterada. Essa nova tessitura da experiência de parturição aponta para redefinições descoloniais do ser.

**Palavras-chave:** Autonomia. Sexualidade. Descolonialidade do Ser. Humanização do Parto.

**Abstract:** This paper presents a theoretical perspective about the emergence of the parturient as an active protagonist and subject of her own experience, considering both the critics raised by the perspective of humanization of childbirth about the notions of risk, sexuality and autonomy; as well as the post-colonial perspective. On one hand, the hegemony of medical knowledge regarding childbirth care reinforced the colonial and industrial logic, which is marked by the intervention on the female body. On the other hand, the movement for humanization of childbirth is demanding recognition of the female body as capable of gestating and giving birth. In this regard women's autonomy in pregnancy and childbirth is reiterated. This new perspective of childbirth experiences points to decolonial redefinitions of the subject.

**Keywords:** Authonomy. Sexuality. Decolonization of subject. Humanization of childbirth.

---

<sup>1</sup> Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE (PPGS-UFPE). Pesquisadora da FIOCRUZ-PE. Pesquisadora do grupo Narrativas do Nascer-UFPE. E-mail: [milapimentel@gmail.com](mailto:milapimentel@gmail.com).

<sup>2</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGA/UFPE). Pesquisadora do grupo Narrativas do Nascer-UFPE. E-mail: [laisnana@hotmail.com](mailto:laisnana@hotmail.com).

<sup>3</sup> Doutora em Antropologia. Professora Departamento de Antropologia e Museologia DAM/UFPE. Pesquisadora do grupo Narrativas do Nascer-UFPE. E-mail: [elainemuller@gmail.com](mailto:elainemuller@gmail.com).

<sup>4</sup> Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE (PPGS-UFPE). Pesquisadora do grupo Narrativas do Nascer-UFPE. [mariana.portella@gmail.com](mailto:mariana.portella@gmail.com).

## 1. Introdução

O presente texto desenvolve uma argumentação que busca evidenciar os aspectos coloniais da biomedicina (e mais especificamente da assistência obstétrica) como prática hegemônica do cuidado, e demonstrar como a proposta de humanização do parto elabora redefinições descoloniais, que possibilitam novas tessituras do sujeito. Para tal, demonstramos que as noções de autonomia, risco e sexualidade atuam de forma ambivalente como importantes articuladoras de novas emergências discursivas e práticas. Se na assistência hegemônica, elas podem reforçar as assimetrias intersubjetivas do modelo biomédico (que inscreveu a gestação na lógica da patologia), no modelo de assistência humanizada, tais marcadores apontam para novas formas de subjetivação (na medida em que a parturiente é vista como sujeito atuante no processo de tomada de decisão) que subvertem as relações de dominação presentes na assistência obstétrica contemporânea.

Até meados do século XX, o desenvolvimento da ciência e da técnica foi visto, dentro do paradigma da modernização industrial, como um discurso produtor de verdade com capacidade de resolução de problemas. Na contemporaneidade, a continuidade desse projeto revelou outra faceta: a de causador de problemas sociais, técnico-científicos, bem como gerou silenciamentos epistêmicos. Assim, iniciou-se um movimento de crítica a tal projeto, como forma de evidenciar riscos e retrocessos dessa associação compulsória entre desenvolvimento da técnica e qualidade de vida, elaborando-se o que ficou conhecido como crítica descolonial ou pensamento pós-colonial, que busca traçar novas gramáticas políticas, ressaltar a existências de múltiplas formas de explicação e compreensão do mundo e formas diversas de subjetivação.

Dentro dessa perspectiva epistêmica da crítica descolonial, a biomedicina é entendida como um projeto que institui diversas instâncias de um poder colonial, isto é, uma colonialidade do saber – por meio do pensamento científico eurocêntrico e monológico, oprimindo a diversidade dos saberes populares; uma colonialidade do poder – através das políticas intervencionistas que inscrevem e reforçam a hierarquia médico-paciente; uma colonialidade do ser – traduzida na relação mercantilista do usuário como consumidor do serviço de saúde, assim como um assujeitamento pelo conhecimento técnico.

Por outro lado, observamos que existe, na atualidade, um movimento contrário a essa lógica produtivista e colonial na atenção à gestação e ao parto, que tem como marco

orientador o movimento de humanização do parto e do nascimento. Tal organização paradigmática se pauta tanto no modelo biomédico, através da *Medicina Baseada em Evidências*, quanto na abertura epistemológica para diversas práticas oriundas de outros sistemas de cura. O projeto de humanização da assistência ao parto, apoiado nos direitos reprodutivos, propõe um modelo centrado na experiência feminina e revaloriza os aspectos fisiológicos do evento, em contraposição à visão da biomedicina sobre o parto como patológico, ressaltando assim que o parir pertence à ordem do simbólico e possui variações culturais.

Esse processo de intenso debate dentro da ciência leva a uma crescente desmistificação do próprio campo científico, assim como a um olhar crítico quanto à supervalorização do progresso tecnológico. Dentro desse contexto revela-se, então, uma constante tensão entre a noção de risco e reflexividade. A sociedade científicizada produz, ao mesmo tempo, confianças e incertezas, riscos e alternativas para minimizá-los. Todo esse processo incide de forma muito contundente na formação do sujeito contemporâneo.

Altamente permeado pelo discurso da técnica, mas, ao mesmo tempo, não portador do conhecimento perito, o sujeito na atualidade se vê imerso num contexto contraditório. Ao mesmo tempo em que se encontra envolvido em constantes e novas argumentações ligadas à noção de risco e do subsequente desenvolvimento de técnicas para saná-lo ou controlá-lo, o indivíduo vê-se numa encruzilhada de sentimentos que incluem insegurança, sensação de perigo iminente, falta de potência e capacidade de autogerir-se e regular-se, mas também impressão de proteção, controle, potencialização e segurança advindos do aprimoramento da técnica. Entregue a esta, concomitantemente ao descarte de possibilidades de culpabilização, o indivíduo abandona também outras chances de responsabilização, cingidas pelo assujeitamento à técnica. Dessa forma, o processo de tomada de decisões – a agência – se constrói de dentro dessa constante avaliação dos riscos e das inúmeras possibilidades que se descortinam diante dele. Cabe ressaltar aqui a ambivalência, já mencionada acima, do contexto sociocultural e semântico da noção de risco. Neste sentido, a avaliação dos supostos riscos, para além da escolha dos modos de evitá-los ou saná-los, diz respeito ao questionamento da noção de risco e daquilo que foi definido como tal.

Nesta direção, Deborah Lupton (2005) aponta risco como uma construção sociocultural, localizada historicamente, formulada numa tentativa de tornar compreensíveis os desvios da norma e eventos percebidos como incontroláveis e assustadores. Ademais, a autora enfatiza também a diversidade e dinâmica complexa de modos pelos quais as pessoas em geral respondem ao risco, de maneira reflexiva ou não, construindo, cotidianamente, um

saber que se diferencia do conhecimento apresentado por especialistas, mas pode, em diferentes medidas, basear-se nele.

Se no modelo biomédico, a gestação é entendida como uma patologia, a noção de risco é mobilizada para corroborar a intervenção do médico, como forma de salvação e cura de possíveis danos inerentes à gestação e ao parto. Já na proposta de humanização, que entende a gravidez de forma integralizada em seus aspectos bio-psíquico-sociais, o conhecimento dos riscos inerentes às escolhas participa do planejamento esclarecido da experiência subjetiva de parturição.

No entanto, o conhecimento perito, mesmo que esteja sendo criticado, ou desmistificado por diversas abordagens, ainda guarda em si uma aura de poder, que pode ser traduzida na lógica colonial na qual a linguagem da biomedicina se constitui e constrói seus marcadores. As relações entre os diferentes atores sociais continuam a se estabelecer de forma assimétrica e, em especial, no que diz respeito às diferenças de gênero. Esse aspecto pode ser percebido, de forma muito clara, na relação médico-paciente existente no modelo biomédico e, especificamente para este trabalho, no modelo de assistência obstétrica. É neste sentido que entendemos ser relevante ressaltar a importância da emergência de novos paradigmas de experiência do mundo e de modos de viver, que, de alguma maneira, questionem, ainda que não completamente, o projeto epistêmico colonial.

## **2. Corpo e sexualidade: possíveis redefinições descoloniais do sujeito**

A modernidade e a lógica cientificista subjacente ao projeto de civilização ocidental, consolidaram a separação entre corpo e mente, sujeito e objeto, levando ao que Quijano (2005) aponta como a associação entre a noção sujeito/mente/homem e natureza/corpo/mulher. Essa última tríade estaria ligada ao que Cruz identifica como um estado de “profunda ambiguidade simbólica e indeterminação identitária” (CRUZ, 2006, p. 2).

É interessante ver que em Norbert Elias existe um argumento central de que, com o processo civilizador, o corpo foi sendo racionalizado e individualizado, por meio dos códigos de etiqueta e novas formas de socialização (ELIAS, 1994). Essa civilidade que o indivíduo (e sua corporeidade) foi adquirindo ao longo dessas transformações significou um crescente afastamento dos aspectos biológicos e naturais, como se estes relembassem um passado bárbaro e incivilizado. A racionalização também engendrou formas de autocontrole das

emoções e práticas de cuidado que, associadas com a crescente industrialização, possibilitaram que o corpo se transformasse num instrumento de trabalho. E, ainda, a perspectiva da individualização engendra uma compreensão do corpo como “receptáculo” e afirma que ela “*envolveria sua percepção [do corpo] como um “container” do Eu, ou seja, os indivíduos tenderiam a erguer barreiras entre seus corpos e a pensá-los cada vez mais como característica particular de seu Eu*” (TAVOLARO & TAVOLARO, 2011, p. 20). Essa concepção do corpo como receptáculo do EU reafirma a separação entre mente (self) e corpo e estabelece uma hierarquia da primeira sob o segundo.

Como menciona Rios (2008), pautando-se em Mauss e Le Breton, o corpo é compreendido aqui como artefato cultural, com diferentes concepções.

O próprio termo que lhe nomeia já carrega em si as marcas de sentido próprias à sociedade ocidental, no qual foi forjado. Grosso modo: ferramenta e invólucro de uma mente/razão; instrumento de labor; integrante dos arsenais postos a serviço da reprodução da espécie e da produção do capital; corpo-forma, constantemente moldado para adequar-se a modelos estéticos, e significado para servir como demarcador de *status* e prestígio social; anatomo-fisiologia incessantemente investigada pelas ciências médicas que vêm buscando estratégias para mantê-lo saudável e funcionando; corpo-carne formado de instintos que precisam ser controlados para que a ordem natural e/ ou sagrada seja mantida. (RIOS, 2008, p. 466)

Emily Martin (2001) discorre ainda sobre a associação entre o desenvolvimento da biomedicina e da industrialização, afirmando que a assistência ao parto entrou numa lógica de consumo de tecnologias e inscreveu-se como uma linha de produção, manejada pelo especialista técnico (o obstetra cirurgião). Vale ressaltar que o conhecimento médico se constitui eminentemente como um lugar masculino e o desenvolvimento de sua linguagem constrói, reproduz e corrobora as assimetrias e desigualdades de gênero.

Assim percebemos que a mulher passa a ser considerada não mais como um sujeito ativo e consciente, capaz de gestar e parir de acordo com seus desejos, mas um objeto passível do escrutínio médico e das instituições formais do cuidado (como o hospital), o que é entendido, numa perspectiva foucaultiana, como um assujeitamento.

Foi assim que o conhecimento biomédico realizou a objetificação do corpo feminino, este considerado imperfeito, impreciso, ambíguo e, muitas vezes, impuro. Dessa forma, assistimos o desenrolar de um modelo de assistência obstétrica pautado na lógica do risco e da incerteza, justificando assim o enquadramento da gravidez numa noção de patologia, corroborando a necessidade das inúmeras intervenções presentes atualmente na realidade obstétrica brasileira.

No que diz respeito à vivência do parto, essa agenda de afastamento das funções biológicas foi reforçada pelo desenvolvimento da biomedicina e a padronização da experiência engendrada pelo uso exacerbado das tecnologias disponíveis, culminando na epidemia de cesáreas no cenário obstétrico brasileiro<sup>5</sup>. Esse movimento também foi reforçado, em grande medida, pelo movimento feminista da segunda onda. Com a proposta de liberação das mulheres e o rechaço de toda a simbologia que liga a mulher à natureza, a maternidade, a amamentação, a gestação e o parir, foram considerados como uma espécie de prisão natural que reforçava o lugar submisso e privado da mulher na sociedade.

Como forma de crítica a tal modelo, o movimento de humanização de assistência ao parto propõe uma visão na qual

a parturiente não seria mais considerada um objeto calado e imobilizado sobre o qual se fazem procedimentos extrativos do feto, mas um sujeito com direito a voz e a movimento, de quem se espera um papel ativo, reconhecendo que será ela a parir (DINIZ, 2001, p. 7).

É a partir da percepção do parto como um elemento integrante da agenda dos direitos reprodutivos, que o movimento feminista opera uma aproximação da abordagem humanizada, lutando para a eliminação da violência presente no modelo hegemônico de assistência obstétrica, pela revalorização do parto como experiência subjetiva e pela possibilidade de protagonismo<sup>6</sup> no parto por meio das escolhas informadas das mulheres. Em consonância com o ideário humanizado, o movimento feminista que luta pelos direitos reprodutivos aproxima-se de uma percepção do corpo mais integralizada, em seus aspectos culturais, sociais e biológicos.

Neste cenário, a experiência de parto é vista por algumas correntes do movimento também como um evento da sexualidade da mulher (e da família). Por sexualidade, entende-se elaborações culturais sobre os prazeres e os intercâmbios sociais e corporais que abarcam desde o erotismo, o desejo e o afeto até noções relativas à saúde, à reprodução, ao uso de tecnologias e ao exercício do poder na sociedade. Sendo assim, a sexualidade é atravessada

---

<sup>5</sup> O Brasil é um dos países com maior índice de cesáreas do mundo, com taxas aumentando a cada ano. Em 2011, foram 53% dos nascimentos por via cirúrgica. A Organização Mundial de Saúde preconiza que as cesarianas sejam feitas somente quando houver impedimentos clínicos para o parto normal, o que corresponderia a até 15% de partos em gestações de baixo risco.

<sup>6</sup> Protagonismo aqui é uma categoria êmica utilizada pelas/os participantes do movimento de humanização do parto e do nascimento para se referir à centralidade da parturiente e sua posição como personagem principal no processo de gestação e parto. Comumente esta categoria está atrelada a uma outra: empoderamento ou empoderada, que se refere ao potencial da parturiente de assumir de maneira ativa e responsável as escolhas em relação à gestação e parto.

por significados, ideais, desejos, sensações, emoções, experiências, condutas, proibições, modelos e fantasias que são configurados de modos diversos em diferentes contextos sociais e períodos históricos. Trata-se, portanto, de um conceito dinâmico que vai modificando e pode suscitar diversos usos, múltiplas e contraditórias interpretações, sendo passível de debates e disputas políticas (FOUCAULT, 2007).

Nestes termos, as reivindicações do movimento de humanização do parto e do nascimento não se enquadram apenas nas diretrizes dos direitos reprodutivos, mas também nos direitos sexuais. Acatando-o ou rejeitando-o como experiência ligada à sexualidade, o parto pode suscitar revisões quanto ao corpo, ao prazer, à dor, à feminilidade, à família, ao nascimento, dentre outras, quando podem ser engendradas (ou não) práticas de liberdade e outras formas de subjetivação. Acontecimento vivido de diversas maneiras, sempre marcadas culturalmente, o parto carrega uma gama de sentidos que estão ligados às dimensões mencionadas acima, podendo, portanto, ser experienciado como oportunidade de revisão de valores e crenças, elaboração de novos conceitos e ideologias que desestabilizam a manutenção do *status quo*.

Dessa forma, a proposta de humanização do parto parece sugerir a formação de novas identidades, ou outras formas de subjetivação, supondo um sujeito informado e ativo no processo de tomada de decisões, relacionando-se, assim, com o “planejamento reflexivo” da vida (GIDDENS, 2002, p. 13).

Michel Foucault (2007) ressalta a emergência do indivíduo moderno como sujeito (e seus relativos modos de subjetivação). Ele sublinha que a abordagem da sexualidade e as práticas de confissão como produtoras de reflexividade e de jogos de verdade possibilitaram as condições históricas para os modos de subjetivação. A sexualidade atua, para Foucault, como uma arena em que são produzidos alguns jogos de verdades essenciais que são constitutivos da identidade subjetiva do indivíduo contemporâneo. E o discurso sobre ela se intensificou ainda no século XVIII, com o desenvolvimento da medicina social e seu discurso escrutinador e disciplinador. Assim, a sexualidade opera em duas direções distintas: para possibilitar o processo de subjetivação dos indivíduos e para tornar possível um dispositivo de controle, de disciplina. O modo como a assistência obstétrica é configurada serve, então, para potencializar uma ou outra destas possibilidades.

### **3. Humanização e desigualdades: mapeando o cenário da assistência obstétrica brasileira**

Profundamente marcada pela técnica como mediadora do cuidado, a obstetrícia no Brasil foi se desenvolvendo ao longo da segunda metade do século XX dentro de uma lógica que compreende a gestação mais em seus aspectos patológicos do que nos aspectos fisiológicos e sócio-culturais.

Estudos de gênero (COSTA, 2002; DEL PRIORI, 1997; HARAWAY, 1989; LAQUEUR, 1990; MARTIN, 2001) demonstram que a instauração do conhecimento médico trouxe consigo um modelo de assistência ao parto pautado na intervenção sobre o corpo feminino, que deveria ser escrutinado pela disciplina da obstetrícia. Em franca crítica a este processo, surgiu o movimento pela humanização do parto e do nascimento que, dentre outras questões, reivindica o reconhecimento da mulher como capaz de gestar e parir e, por conseguinte, a sua autonomia quanto às escolhas em relação à gestação e ao parto. É neste sentido que buscamos demonstrar a assunção da parturiente como sujeito ativo e protagonista de sua experiência, tendo em vista as problematizações levantadas pelo movimento de humanização do parto e do nascimento sobre as noções de risco, autonomia, sexualidade e poder. Ou seja, refletir sobre os elementos vinculados àquilo que o movimento denomina empoderamento da mulher.

O termo empoderamento surge nos movimentos de luta pela diminuição da desigualdade de gênero e adquire uma polissemia de sentidos no decorrer do seu uso, como planejamento, desenvolvimento, potencialidade. Mas alguns usos guardam estreita relação com a noção de emancipação e com a possibilidade do sujeito dizer-se sobre si mesmo. Este é o caso do movimento feminista que entende empoderamento como uma importante ferramenta de transformação social que proporciona um fortalecimento das posições social, política e cultural das mulheres mediante a redistribuição do poder dentro das relações sociais e intersubjetivas. Magdalena León (2000) afirma que para o movimento feminista, o empoderamento implica, necessariamente, transformações na ordem social visando a diminuição das desigualdades de gênero.

Enquanto o modelo biomédico tradicional privilegia o conhecimento lógico-racional, intervencionista e tecnocrata, instaurador da padronização das ações e diluição das subjetividades; o modelo vislumbrado pelo movimento de humanização traz o questionamento da onipotência do obstetra, a revisão da forma de se relacionar com

parturiente e família, a adoção de equipe interdisciplinar, o respeito a diferenças de crenças e valores e o fortalecimento da mulher em relação ao seu potencial de conduzir o parto. O primeiro se baseia na construção das noções de risco e patologia, o segundo preza pela autonomia da mulher, a partir da busca de informações confiáveis e atualizadas baseadas num olhar sobre a gravidez com ênfase no fisiológico.

Nota-se que o modelo biomédico alimenta uma visão patologizante do parto, justificando a necessidade da intervenção como forma de diminuir os riscos inerentes ao ato de parir. A noção de risco pode ser compreendida como uma construção cultural datada e fluida, que dependerá, na situação da gravidez e parto, do que está disseminado no senso comum e/ou nos manuais técnico-científicos, da crença e conveniência para aqueles que acompanham o parto e dos sentidos que a gestante e sua família atribuem à gravidez, ao nascimento e ao saber profissional. Polissêmica, a noção de risco apresenta-se como estratégia de poder que pode justificar o controle exercido sobre o corpo da mulher e do transcurso da gestação e parto. Esta compreensão pode servir de base para os questionamentos em relação ao modelo hegemônico de acompanhamento à gravidez. Algumas vertentes do movimento de humanização recorrem à Medicina Baseada em Evidências e Organização Mundial de Saúde para adotar determinada noção de risco e questionar todas as outras.

A medicalização do corpo feminino serve tanto para exercer controle sobre reprodução e sexualidade, quanto para reafirmar a mulher como ser incompleto e incompetente. Isto perpetua desigualdades, pois tem no médico especialista o detentor do conhecimento, ficando a mulher destituída do poder. É neste sentido que foi sendo construída socialmente a ideia de que é o médico quem faz o parto, transformando a mulher num sujeito passivo e o corpo feminino visto como algo defeituoso que precisa ser consertado e controlado.

As intervenções feitas neste paradigma tecnocrático exercem, sobre os corpos das mulheres, um controle que ultrapassa os aspectos clínicos e fisiológicos do parto. Está embutida a ideia de que os corpos femininos precisam de controle, que o exercício da sexualidade não se dá sem os dispositivos próprios para esta finalidade. Não raro, o próprio ato sexual é acionado na já clássica expressão “para fazer não gritou”, que nos mostra que o atendimento ao parto é permeado por crenças e por pudores da ordem da religião e da moralidade.

A teoria feminista vem argumentando que a consolidação do saber médico sobre o corpo da mulher tem colaborado para relações de dominação de gênero, nas quais a mulher é vista como sujeito passivo (MÜLLER *et. al.*, 2012). Boa parte das intervenções feitas durante

o trabalho de parto e parto, assim, parecem reforçar este sentido principal da passividade e submissão feminina – a cadeira de rodas e a cama na qual se passa durante o trabalho de parto, o soro que conecta a mulher à instituição e restringe seus movimentos, a posição de litotomia (DAVIS-FLOYD, 1992). Não é por acaso que a analgesia, embora seja, no Brasil, um direito da mulher, é muito menos frequente que as intervenções que colaboram para a imobilidade durante o trabalho de parto e parto, notadamente na rede pública de saúde (onde a grande maioria dos partos normais tem acontecido<sup>7</sup>).

O movimento pela humanização do parto e do nascimento propõe, para além do campo médico, mudanças sociais. Afirmando que é preciso reconhecer e valorizar a autonomia da mulher, sublinha a formação de um sujeito ativo no processo de tomada de decisão, subvertendo uma lógica patriarcalista subjacente ao modelo tecnocrático. Com acesso à informação clara e de qualidade durante o pré-natal, a mulher pode fazer escolhas informadas, reafirmando a questão de que saber é poder. Assim sendo, retoma-se o caráter subjetivo da experiência do parto e as questões psicossociais e culturais nele envolvidas. É neste sentido que se fala em empoderamento feminino e na conquista do protagonismo da mulher na parturição.

Como afirmamos, no paradigma da humanização a retomada da agência feminina está pautada, acima de tudo, pelo acesso à informação sobre a fisiologia do parto e sobre o contexto do atendimento obstétrico. Vamos nos deter um pouco nestes dois aspectos.

Primeiramente, no tange a necessidade da mulher conhecer o seu corpo e a fisiologia do parto, como requisito para identificação dos padrões de atendimento de rotina de diferentes profissionais. Aqui está implicada a ideia de que existem profissionais com diferentes condutas, e que todos as justificarão num discurso articulado em torno de riscos, necessidades e recomendações. Para uma mulher que deseja um parto normal, é importante identificar se o obstetra que a acompanha é um cesarista convicto, se atende partos vaginais e quais as suas condutas rotineiras. A disponibilização de informações sobre a fisiologia permite à mulher colocar-se numa postura de “desconfiança”, ou seja, abre a possibilidade de questionamento das condutas dos profissionais, relativizando o seu poder e possibilitando a busca das alternativas que melhor se encaixem em seus desejos<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Em Recife/PE - Brasil, os dados de 2010 apontam que 93% dos bebês nascidos por via vaginal foram recebidos nos hospitais do SUS.

<sup>8</sup> O portal Amigas do Parto disponibiliza um bem humorado teste elaborado pela obstetrix Ana Cristina Duarte, para que a mulher faça com seu médico, a fim de identificar que “tipo de médico ele é: do mais intervencionista ao mais liberal” (<http://www.amigasdoparto.com.br/teste.html>), e cujas “respostas certas” estão pautadas em evidências científicas e nas recomendações da OMS. Nesta mesma linha, circula uma lista de Indicações reais e

No paradigma da humanização do parto, a mulher informada se coloca diante do profissional numa postura de menor credulidade e de maior confiança. Sabendo quais as indicações das intervenções, suas necessidades e riscos, ela pode construir um plano de parto<sup>9</sup> indicando a quais ela aceita se submeter, e em que circunstâncias. A responsabilidade pelas escolhas também pode ser compartilhada, e a mulher é vista como agente apta a tomar decisões, junto com o profissional que a atende, sobre os procedimentos de seu atendimento.

O conhecimento sobre a fisiologia do parto também possibilita uma vivência diferenciada do trabalho de parto, especialmente com relação às contrações e à dor. A mulher que sabe quais as fases do processo pode ter uma maior tranquilidade quanto ao que acontece em seu corpo, pode se sentir mais confiante, assim como saber quando se faz necessária uma intervenção.

O segundo aspecto relevante para a efetivação da agência feminina que gostaríamos de ressaltar diz respeito ao conhecimento sobre o contexto do atendimento obstétrico brasileiro. Perguntas sobre as taxas de cesáreas praticadas em cada hospital, o respeito à Lei do Acompanhante, a existência de suíte PPP (pré-parto, parto e pós-parto num mesmo ambiente) e de alojamento conjunto, a existência de vagas para parto normal, são importantes para a elaboração de um plano de parto. Além disto, são questionamentos que levam a uma politização do cotidiano, através da revisão da forma como a parturição vem sendo institucionalizada sem contemplar uma cidadania plena e sem respeitar de forma efetiva os direitos sexuais e reprodutivos.

#### **4. Autonomia e Biopoder: disputas no campo da Bioética e perspectivas de subjetivação**

De acordo com Michel Foucault (2008), o biopoder pode ser definido como a entrada no programa político daquilo que se constitui em elementos biológicos fundamentais dos seres humanos, culminando numa estratégia geral de poder. Este conjunto de mecanismos e procedimentos teria a função de manter o próprio poder, sendo este parte intrínseca de todas as relações, de modo a permitir a análise global de uma sociedade. O saber médico, as rotinas hospitalares, as regras de acompanhamento e cuidado da população, as prioridades nos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, a definição de indicadores nesta

---

fictícias para a cesárea, elaborada, inicialmente, pela obstetra Melania Amorim e com revisão e colaboração de Ana Cristina Duarte (<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>).

<sup>9</sup> O plano de parto é um documento escrito pela gestante expressando suas escolhas e preferências quanto ao local, acompanhantes e atendimento que receberá durante o parto.

área e mais uma infinidade de artefatos, podem ser considerados, portanto, parte deste programa de manutenção do poder e de uma suposta ordem social, onde são modeladas as relações dos sujeitos com os saberes, dos sujeitos entre si e com seus corpos.

Nesta leitura, a medicalização do parto, a assistência tecnocrática à gestação (DAVIS-FLOYD, 1992) e a atenção biomédica à saúde – modelos que vigoram atualmente no Brasil – com seus desdobramentos e imperativos, se constituiriam como mecanismos de poder e de estabelecimento de uma determinada ordem social, em nome da segurança. A vigilância, coerção e formas subliminares de punição em relação ao modo de condução da gestação e do parto podem exemplificar isto. Os recentes debates sobre violência obstétrica<sup>10</sup> são ilustrativos dessas novas demandas sobre a assistência ao parto, mas diante dos propósitos deste artigo, não cabe aprofundar nesta questão.

Foucault (2008) afirma que uma análise destes conjuntos de procedimentos e dos mecanismos de poder daria origem a uma teoria do poder, sempre permeada por um discurso no imperativo. Tal discurso, que prega o que deve e como deve ser feito, contra o que se deve lutar e de que forma, é delineado e veiculado no interior de um campo de forças que nunca pode ser criado por um único sujeito, a partir de sua palavra, e nem pode ser controlado, nem realizado dentro do próprio discurso. Nesta direção, o imperativo se refere a indicadores táticos, e cabe ao sujeito avaliar quais campos de forças reais devem ser levados em conta para a efetivação de uma análise destes termos, que têm a ver com os círculos de luta e verdade. Ao sujeito compete, então, como contingência de prática de liberdade e modo de subjetivação, julgar quais verdades fazem sentido para guiar suas práticas. No parto, a avaliação da noção de risco, corpo e aplicabilidade de técnicas se constitui em elementos fundamentais para delinear de quais círculos de luta e verdade se fará parte.

Tais círculos criam as leis, as proibições e as possíveis punições em caso de infrações. Estes mecanismos definem como as coisas devem funcionar e também constroem as possibilidades de contravenção. Ou seja, em nome da segurança, a população é organizada de uma maneira que supostamente seria mais produtiva e disciplinada. As normas

---

<sup>10</sup> O conceito de violência obstétrica, pautado nas legislações da Venezuela e da Argentina, onde já é legalmente tipificada, a define como qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera, ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências. Desde 2012, a denúncia pública da ocorrência de violência obstétrica tem dado visibilidade ao problema e mobilizado novas comunidades de práticas em marchas e vigílias pelo direito da mulher decidir onde e com quem parir e defesa dos profissionais que apoiam a autonomia das mulheres no parto (Marcha do Parto em Casa, Marcha pelo Direito de Escolha do Local de Parto, Marcha da Doula, em 2012; Caso Adélir, 2014).

estabelecidas sobre a gestação e o parto podem ser consideradas como táticas para o controle da população e como forma de prever os modos de organização social, por meio da criação e retroalimentação de noções específicas de dor, sofrimento, risco, além, é claro, daquelas sobre mulher, sexualidade e maternidade.

Assim, a partir de práticas coercitivas e de jogos teóricos e científicos são estabelecidas as relações entre os sujeitos e os jogos de verdade, onde são engendradas as práticas de si, os modos de subjetivação (FOUCAULT, 2006). Desta forma, diferente de processos de liberação, que, para o autor, poderia correr o risco de remeter a uma ideia de rompimento total com aquilo que aprisiona o ser humano e de um retorno àquilo que lhe é natural, essencial e pleno, deve-se falar em práticas de liberdade. Estas últimas são permeadas pelas noções de dominação e relações de poder e são atitudes necessárias para a definição de formas aceitáveis e satisfatórias de existência e da sociedade política.

Em se tratando de experiências de gestar e parir, a participação em grupos de discussão pela humanização do parto e do nascimento pode denotar a reconfiguração do lugar da gestante/parturiente, o questionamento da onipotência do médico, da confiabilidade das instituições envolvidas na atenção à gravidez e ao parto e, por conseguinte, a redefinição dos lugares ocupados por cada um dos sujeitos que fazem parte desta situação. Assim, abre-se caminho para novas relações de poder que são conformadas por meio das práticas de liberdade. É neste sentido que se pode falar em outras formas de subjetivação que apontam para a descolonialidade do ser.

“Mas, para que essa prática de liberdade tome forma em um *ethos* que seja bom, belo, honroso, respeitável, memorável e que possa servir de exemplo, é preciso todo um trabalho de si sobre si mesmo” (FOUCAULT, 2006, p. 270). E é neste sentido que a participação das mulheres em grupos de discussão pela humanização do parto parece se direcionar<sup>11</sup>. O empoderamento da mulher passaria pelo fortalecimento, através da busca de informações e mudanças de atitudes, daquilo que elas consideram seus poderes e saberes.

É neste ponto que a Bioética Feminista pode auxiliar na análise. Este campo surgiu como tentativa de criticar a Bioética principialista, julgando que esta propunha diretrizes

---

<sup>11</sup> Rosamaria Carneiro (2011) discorre sobre as narrativas de parto e o atravessamento dos âmbitos público e privado que lhe é característico, já que a informação alcançada no espaço público impulsiona experiências em espaços privados e regressa ao público na forma de relatos e vídeos de parto. “Dessa maneira, o que parece ficar é que a experiência de parto não termina restrita a um acontecimento pessoal, à medida que adquire, depois e não raras vezes, contornos de um ativismo social, e, de igual modo, tampouco privada, porque ainda que tenha sido um parto domiciliar, depois, por meio dos relatos, torna-se pública por meio da escrita e do compartilhamento de imagens e de vídeos.” (p. 172). Temos apontado que esta vontade de narrar, além de contribuir com a diminuição da violência obstétrica e a possibilidade de polissemia de experiências, delineia uma nova estética do parto e o reposicionamento dos sujeitos envolvidos (MÜLLER & PIMENTEL, 2013).

universalizantes e que, ao desconsiderar as situações de desigualdade e hierarquia, a bioética principialista acaba reproduzindo condições de opressão e reforçando situações de vulnerabilidade (DINIZ; GUILHEM, 2000). Ou seja, pode-se falar da mesma forma do princípio da autonomia quando aplicado a homens ou a mulheres? A médicos e pacientes? Quando aplicado a mulheres mais ou menos escolarizadas? Ou a mulheres de camadas sociais distintas, com diferentes acessos a informação? Parece que a resposta pode ser categórica: não.

Se a Bioética surgiu porque os seres humanos não poderiam deixar seus destinos “nas mãos de cientistas, engenheiros, tecnólogos e políticos” (DINIZ; GUILHEM, 2005, p. 13), ela deveria acompanhar o desenvolvimento científico com uma vigilância ética condizente com os valores morais de um determinado grupo. Nesta ética aplicada às situações de vida, o fundamental não seria um conhecimento rigoroso da técnica, mas sim o respeito aos valores humanos. Na bioética feminista encontra-se “um discurso que visa garantir os interesses de grupos e indivíduos socialmente vulneráveis, aqueles imersos em quadros de hierarquia social que os impedem de agir livremente” (DINIZ; GUILHEM, 2005, p. 28).

A Bioética feminista indica, então, um olhar crítico frente às desigualdades sociais, especialmente as relacionadas às questões de gênero. Em diálogo com as teorias de gênero, a Bioética debruça-se sobre vulnerabilidade, sexualidade, corpo e reprodução (DINIZ, 2008). Esta área sugere uma reflexão da Bioética que leve em conta aqueles historicamente desconsiderados, tais como mulheres, minorias étnicas, crianças, idosos, pobres, etc. De acordo com Débora Diniz (2002), para lidar com os conflitos morais em saúde apresentados pela Bioética, é necessário um movimento privado de reflexão sobre as moralidades, reconhecendo, assim, o relativismo e a incerteza de seu discurso. É necessário, portanto, encontrar estratégias de mediação que levam em conta o pluralismo, a diferença moral das sociedades e as desigualdades sociais.

Assim, em contraposição às propostas universalizantes, surgiu o discurso multiculturalista que propõe o resgate das diferenças culturais para a articulação das diferenças entre as crenças morais. “Pressupõe-se que, assim como a técnica que aspira a universalidade por constituição, todas as teorias bioéticas seriam também transculturais, a despeito de suas inspirações filosóficas e morais, muitas vezes locais” (DINIZ; GUILHEM, 2005, p. 67).

Neste sentido, na busca em subverter saberes hegemônicos e hierárquicos, a proposta da Bioética Feminista pode ser lida como uma proposta de descolonialidade, abrindo

possibilidades de reconhecimento e valorização dos saberes tidos como subalternos. No caso da assistência ao parto, vê-se, independentemente da camada social, a valorização do corpo da mulher, o fornecimento e a construção conjunta de informações, o estabelecimento de relações horizontais entre parturiente/família e equipe profissional como alternativa para o exercício da autonomia e, por conseguinte, como forma de subjetivação.

Neste cenário discursivo, o parto se delinea como um evento que apresenta diferentes circunstâncias apropriadas para tal análise: questões de gênero, de saúde, de reprodução e de crenças, são alguns exemplos. O princípio da autonomia destaca-se tanto para a reflexão da Bioética e como um fundamento feminista, quanto como base fundamental para as escolhas no que se refere à condução do parto. Esta autonomia discutida pela Bioética pode ser equiparada à noção de empoderamento veiculada nos grupos de discussão pela humanização do parto, no qual se afirma que a humanização na atenção obstétrica encontra-se atrelada a uma postura ativa da mulher, baseada em escolhas/decisões informadas e apoiadas pela equipe que a acompanha, que atua no sentido de não perder de vista que a mulher é a personagem principal do processo da gravidez e do parto. Isto abre caminho também para ideias relacionadas a uma assistência individualizada e integral a cada mulher, tendo em vista suas crenças e valores e o parto como um evento social, cultural, biológico, sexual e espiritual (TORNQUIST, 2002) e, diante de toda esta discussão sobre poder-saber, podemos dizer, político.

## **5. A dor e o sofrimento no contexto do parto: possibilidades para uma ressignificação descolonial.**

Em nossa cultura ocidental de base cristã, o parto representou, por muito tempo, um evento fisiológico imbuído do castigo divino: um momento de dor imensa pelo qual todas as descendentes de Eva devem passar ao darem à luz seus filhos. Já no escopo biomédico, a dor é representada em termos técnicos e linguagem especialista, como consequência dos estímulos sensoriais gerados pelo estiramento da cérvix uterina, vagina e períneo, além da pressão ocorrida sobre as outras estruturas pélvicas. O corpo feminino, nessas duas versões, desempenha papéis distintos em seus conteúdos, porém igualmente depreciativos simbolicamente. Na medida em que é marcado por Deus, o corpo feminino cristão é marcado pela natureza. Distante de qualquer performance cultural – diferentemente do que ocorre com o corpo masculino cristão ao ser assinalado à necessidade do trabalho –, o corpo feminino

remete ao natural, ao animal, ao que seria, *essencialmente*, um *ser humano selvagem*. Em Gênesis, Eva recebe dois castigos, curiosamente atrelados: a submissão frente aos homens e a dor do parto. O destino da mulher cristã é ser referenciada a partir de sua relação com o outro sexo e de sua capacidade inata de gerar e parir. A mulher cristã é *um animal em si*, que não carece de definição ontológica pautada por sua relação com o mundo, como é o caso do trabalho, destino esse, de Adão.

Enquanto objeto científico da ginecologia e da obstetrícia, já vimos que o corpo feminino é apreendido a partir de um referencial masculino colonial. Em sua incompletude, esse corpo torna-se alvo obrigatório de intervenções técnicas corretoras (ROHDEN, 2006). Muitas delas, diga-se de passagem, bastante dolorosas. Já vimos também que no modelo biomédico, a gestação é entendida como uma patologia e a noção de risco é utilizada para legitimar e autorizar a intervenção do médico. Essas definições reservam ao corpo feminino a condição de vítima, vítima do parto. Dessa forma, a título de oferecer às mulheres um paliativo ao sofrimento e aos riscos do parto, a obstetrícia pôde atribuir a si própria a missão solidária, humanitária e superior de intervir racionalmente no trabalho feminino de parir e partear. Para a completude dessas definições de papéis – mulheres-vítimas, obstetrícia-salvadora – a dor e o medo foram elementos constantemente presentes e subjacentes ao discurso científico, legitimando suas práticas médicas e inspirando seus avanços técnicos. Sociologizar essas relações pode significar, como sugerimos nesse artigo, o esboço de uma crítica descolonial da obstetrícia, a partir da criação de uma agenda comprometida com diversas questões como, por exemplo: a transmissão horizontal de conhecimento, com a autonomia feminina relativa ao próprio corpo, o respeito às decisões da parturiente referentes à experiência do parto, a integração e reconhecimento de diversos saberes e comunidades de prática, entre outros.

A biomedicina, bem como todos os campos da racionalidade científica, no processo que culminou em sua hegemonia, não se limitou em ocupar a dimensão das ideias, passando a ocupar simultaneamente a dimensão das crenças. As ideias científicas, traduzidas por verdades universais, são vistas socialmente como uma ferramenta tão poderosa que, em geral, crer na ciência é um fato unânime entre as pessoas. Consolidando o processo de *colonialidade do saber*, as ideias científicas são reproduzidas sem contextualização merecida. Contextualizá-las significaria atribuir à sua produção, um corpo-político; e ao seu conteúdo, a representação de sujeitos, atores sociais delimitados, detentores de suas próprias bagagens socioculturais e afetivas e, portanto, de pontos específicos de observação. Esse sistema de

retroalimentação, no qual a racionalidade científica reflete as premissas culturais de sua época (SANTOS, 2010), ao mesmo tempo em que parece conduzir suas transformações – ou longa permanência –, torna-se um mecanismo de internalização da ordem cultural, por parte do sujeito.

Dessa forma, o olhar biomédico sobre o corpo feminino torna-se fundamental no processo de incorporação cultural da depreciação e da vitimização, por parte das próprias mulheres, tornando-se um caso exemplar de *colonialidade do ser*. As mulheres tendem a crer em sua falsa incapacidade de dar à luz na ausência do médico e de seu aparato técnico e, apesar de todas as intervenções, desconfortos, violências e dores iatrogênicas proporcionadas em ambiente hospitalar, mantém-se culturalmente viva a ideia de que o único local seguro para o parto é o hospital e a de que “médico bom é médico ativo”, o médico que intervém. No campo da subjetividade e da sexualidade, as mulheres aprendem desde tenra idade a se comportarem educadamente, atribuindo pudores ao próprio corpo, dentro de uma matriz normativa construída e bem aceita por seu grupo social. A noção de fragilidade aplicada ao corpo feminino também é difundida, da mesma maneira que a associação *parto-sofrimento*. É no exercício de seu poder epistêmico masculino e de sua autoridade moral, que a ciência subscreve categorias que identificam os sujeitos a partir da polaridade *vítima-herói*.

No contexto atual, marcado tanto pelo doutrinamento cristão, quanto pela hegemonia do saber biomédico, a categoria sofrimento compõe expressivamente o ideário social sobre parto. Nesse artigo, a ruptura dessa cosmologia parte de dois movimentos conceituais: a distinção ontológica entre dor e sofrimento; e a desconstrução do ideário do bom médico ou das boas práticas obstétricas. O primeiro deles está fundamentado na fenomenologia e inscreve o sofrimento, segundo Paul Ricoeur (1992), na relação entre os indivíduos e enquanto fruto da relação terapêutica, expresso, portanto, a partir da dor como fato social. Nesse sentido, o sofrimento advém da incompreensão social (e profissional) perante a dor do indivíduo, pressupondo um indivíduo ilhado, desprovido de vínculos solidários e de compreensão, e, acima disso, incapaz de agir. Já a dor, é a inversão do *silêncio dos órgãos*. Se o corpo saudável não nos fala, porque está em seu pleno funcionamento (uma espécie de inconsciência do próprio corpo e seus órgãos internos, silenciosos), a dor seria então, a expressão de que algo mudou, uma doença, um mal funcionamento. Nesse sentido, a dor é a fala, o comunicar-se, a mensagem de algo “fora do lugar” e que precisa ser concertado. A ironia aqui reside em que a dor do parto não advém de uma disrupção do silêncio, de um processo patológico, mas do pleno funcionamento do útero que precisa contrair-se para expulsar o feto. O corpo grávido comunica-se não pela doença ou pelo mal-funcionamento

mas, precisamente, pelo cadenciamento fisiológico do trabalho de parto, abrindo possibilidades e caminhos para uma ressignificação da dor e da experiência de parir

A respeito do ideário do bom médico ou das boas práticas obstétricas, deve-se notar que as dores iatrogênicas e, principalmente, a violência obstétrica, estão fortemente presentes em muitas formações discursivas sobre o parto. As relações terapêuticas e as políticas do corpo e do cuidado, implícitas na assistência obstétrica vigente, reforçam o medo do parto e a proliferação de narrativas negativas, reflexo do descontentamento feminino geral com suas experiências de parturição. A violência obstétrica, corriqueira e ainda invisibilizada pelos dados, impõe às parturientes regimes de semi-isolamento durante o trabalho de parto e parto, as submete à violência física, institucional, emocional e à negligência e, com isso, corroboram a associação direta entre parto e sofrimento ou entre dor do parto e sofrimento. Reinventar a potencialidade do corpo feminino e compreendê-lo em sua capacidade e completude, – negando, portanto, as versões bíblica e biomédica do corpo feminino –, leva à crítica do modelo obstétrico vigente e, no campo político, podem levar à projetos de humanização do parto e nascimento. Igualmente inovadora é a reinvenção do papel do médico e dos outros profissionais do parto (parteiras, doulas e enfermeiras), alocando-os dentro do modelo do cuidado e da prevenção em saúde. Desconstruir a lógica colonial que engendra a violência obstétrica significa dar voz a sistemas de cura não biomédicos, significa desnaturalizar a posição hierárquica de médicos e hospitais; e significa, especialmente, afirmar o corpo feminino em sua força e ausência de vitimização, atribuindo à mulher o papel de protagonista, sujeito detentor de direitos, cuja individualidade deve ser permitida e respeitada, também, no cenário do parto. São caminhos para uma experiência descolonial e anti-cristã do parto; potencialmente feliz, ainda que dolorosa.

### Referências Bibliográficas

AMORIM, Melania. Estudando a cesárea desnecessária: resultados do Global Survey (OMS). Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/11/estudando-cesarea-desnecessaria.html>>.

CARNEIRO, Rosamaria G. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. Campinas, 2011. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Universidade Estadual de Campinas.

COSTA, Ana Alice A. e SARDENBERG, Cecília M.B. (org.) *Feminismo, Ciência e Tecnologia*. Redor e Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher FFCH/UFA, 2002.

CRUZ, Alice. “Metáforas que constroem, metáforas que destroem: a biomedicina como vocabulário social”. In: *O Cabo dos Trabalhos: Revista Electrónica do Programa de Doutorado Pós-Colonialismos e Cidadania Global*, Nº 2, 2007.

DAVIS-FLOYD, R. *Birth as an American rite of passage*. Berkeley: University of California Press, 1992.

DEL PRIORE, M. “Magia e medicina na colônia: o corpo feminino”. In *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1997.

DINIZ, D. ; GUILHEM, D. *O que é Bioética*. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. “Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade”. *Revista Bioética*, v.7, n.2, p. 181-188, 1999. Disponível em: <[http://www.jovensmedicos.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/310/449](http://www.jovensmedicos.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/310/449)>.

DINIZ, D. “Bioética e gênero”. In: *Revista Bioética*. Vol. 16, n. 2. 2008.

\_\_\_\_\_. “Bioética: fascínio e repulsa”. In: *Acta Bioética*. Año VIII, n. 1. 2002.

DINIZ, S. C. G. *Entre a técnica e os direitos humanos: limites e possibilidades da humanização da assistência ao parto e nascimento*. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) Universidade de São Paulo.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1994.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade: a vontade de saber*. 18ª. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.

\_\_\_\_\_. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. *A Hermenêutica do Sujeito*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GIDDENS, A. *Modernidade e Identidade*. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

HARAWAY, Donna. *Primate visions: Gender, Race and Nature in the World of Modern Science*. New York: Routledge, 1989.

LAQUEUR, Thomas. *Making sex: body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press, 1990.

LEÓN, Magdalena. “Empoderamiento: relaciones de las mujeres con el poder”. In *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, CFH/CCE/UFSC, n. 2, v.8, p. 191-205, 2000.

LUPTON, D. *Risk*. London and New York, Routledge, 2005.

MARTIN, Emily. *The women in the body*. Boston: Beacon Books, 2001.

MÜLLER, Elaine ; RODRIGUES, L. ; PORTELLA, M. ; MELO, C. P. L. ; GAYOSO, D. ; SILVA, D. M. O. F. ; PEREIRA, R. S. ; SILVA, M. M. T. . 2012. “O relato de mulheres sobre partos e intervenções: reflexões sobre saúde, direitos humanos e cidadania”. In: *17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero*. João Pessoa, PB. Anais Digital, 2012.

MÜLLER, Elaine & PIMENTEL, Camila. “Relatos da Partolândia: as narrativas em primeira pessoa e os novos sentidos possíveis para o parto”. In: *Fazendo gênero 10 : desafios atuais dos feminismos: anais eletrônicos [recurso eletrônico] / Seminário Internacional Fazendo*

Gênero; [organizado por Jair Zandoná]. - Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In Edgardo Lander (org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005. pp.227-278.

RICOEUR, Paul. “O sofrimento não é a dor”. *Psychiatrie française*, número especial, Jun. 1992. Tradução do original em francês por Hugo Barros, 1992. Disponível em: <[http://www.uc.pt/fluc/lif/publicacoes/textos\\_disponiveis\\_online/paul\\_ricoeur](http://www.uc.pt/fluc/lif/publicacoes/textos_disponiveis_online/paul_ricoeur)>. Acesso em 15 ago. 2013.

RIOS, L. F. “Corpos e prazeres nos circuitos de homosociabilidade masculina no centro do Rio de Janeiro”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13 (2), p. 465-475, 2008.

ROHDEN, Fabíola. 2006. “Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução”. *Gênero*. Niterói, Vol. 6, nº1, p. 213-224.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política. Coleção para um novo senso comum*; v. 4. São Paulo: Cortez, 2010.

TAVOLARO, L.G.M. & TAVOLARO, S.B.F. “Corpo e Modernidade na abordagem de Anthony Giddens: Uma Reflexão à Luz do Discurso pela Humanização do Parto”. *Caderno Espaço Feminino*, Uberlândia/MG, v. 24, n. 1, p. 15-48, Jan./Jun. 2011

TORNQUIST, C. S. 2002. “Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto”. In: *Estudos Feministas*. Ano 10 (2), p. 483-492.

**Recebido em: 30/05/2014 Aceito em: 07/10/2014**