

O CASO ADELIR E O MOVIMENTO PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO: REFLEXÕES SOBRE VIOLÊNCIA, PODER E DIREITO

THE COURT CASE OF ADELIR AND THE HUMANIZATION OF CHILDBIRTH MOVEMENT: REFLECTIONS ON VIOLENCE, POWER AND RIGHTS

Raquel Simas

raquelsimas25@gmail.com

Mestre em Antropologia pelo Programa de Pós Graduação em Antropologia (PPGA) da Universidade Federal Fluminense/ Professora de Sociologia do Colégio Pedro II.

Sara Sousa Mendonça

Sarasousa.me@gmail.com

Mestre em Antropologia e Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Antropologia (PPGA) da Universidade Federal Fluminense.

RESUMO

A partir do caso de Adelir Góes, mulher que foi obrigada pela Justiça, em 2014, a ser submetida a uma cesárea após o deferimento de uma medida liminar proposta pela médica que a havia atendido, pretendemos abordar as apropriações e embates que ocorrem entre o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento e o sistema jurídico brasileiro. Se, por um lado, as agentes do Movimento pela Humanização buscam legitimar suas demandas e para isto se empenham na criação de uma lei que regulamente e puna a violência obstétrica e acionam o Judiciário para serem reparadas pelas agressões sofridas; por outro, tanto o saber médico quanto o saber jurídico não estão destacados das relações de poder na sociedade e, desta forma, o corpo da mulher é tutelado, principalmente, durante a gestação. O caso Adelir revela algumas dimensões do déficit de cidadania no país. O acesso aos direitos reprodutivos ocorre na perspectiva do modelo hegemônico obstétrico pautado pela internação e medicalização do parto, controle analisado pela teoria foucaultiana. O Movimento pela Humanização do Parto vem defender mudanças na assistência obstétrica, buscando o direito ao reconhecimento da distinção de suas demandas com relação ao modelo tradicional de atendimento que se pretende universalizar. Os procedimentos hospitalares padronizados, ordenados por uma lógica de individualismo do tipo igualitário, entram em conflito com as demandas específicas deste grupo de mulheres, gerando uma agressão, que mais do que um insulto moral, é considerada uma violência.

Palavras-chave: Humanização do parto. Direitos reprodutivos. Violência Obstétrica.

ABSTRACT

By analysing the court case of Adelir Goes, a woman who was forced by the courts in 2014 to undergo a cesarean section after granting a measure injunction proposed by the doctor who had attended her, we intend to address the appropriations and clashes that

occur between the humanization of childbirth movement and the Brazilian legal system. On the one hand, the agents of this movement seek to legitimize their demands, they are engaged in creating a law to regulate and punish obstetric violence and trigger the judiciary to be repaired by these abuses; on the other, both medical knowledge and the legal knowledge are not highlighted of power relations in society and in this way, the woman's body is tutored, especially during pregnancy. The court case of Adelir reveals some dimensions of citizenship deficit in the country. The access to reproductive rights happens in the perspective of the hegemonic obstetric model based upon hospitalization and medicalization of birth, this way of control can be analyzed by Foucault's theory. The humanization of childbirth movement advocates changes in obstetric system, by seeking the right to recognize the distinction of their demands in opposite to the traditional model of care that intended to be universal. The standard hospital procedures are ordered by a logic of equal type individualism, they conflict with the specific demands of this group of women and it generates aggression that more than a moral insult is considered a violence.

Keywords: Humanization of childbirth. Reproductive rights. Obstetric violence.

INTRODUÇÃO

Na madrugada do dia 1º de abril de 2014, Adelir Góes, gestante, foi retirada de sua casa no município de Torres¹, no Rio Grande do Sul, por um oficial de justiça acompanhado por policiais. Eles cumpriam a liminar que determinava que Adelir fosse submetida a uma cirurgia cesariana, mesmo contra a sua vontade. Ela foi conduzida ao hospital, onde nasceu sua filha. Adelir, 29 anos, estava na terceira gestação e ansiava por um parto normal. Seus dois outros filhos nasceram de cesáreas e, apesar da indicação da médica no dia anterior, Adelir resolveu voltar para casa e aguardar a progressão do trabalho de parto, antes de retornar ao hospital, assinando um termo de responsabilidade para sua atitude. A médica procurou o Ministério Público, este acionou a justiça, a juíza aceitou os argumentos da médica e concedeu a medida liminar naquele mesmo dia.

Segundo a justificativa médica, a grávida e o bebê corriam risco de vida com o parto normal, já que a gestação dela seria prolongada com 42 semanas, as duas cesáreas anteriores aumentavam muito o risco de rompimento uterino e o bebê estaria pélvico, isto é, na posição sentada e não com a cabeça encaixada. Adelir e seu marido alegaram que em nenhum momento a médica mostrou os exames que comprovariam a afirmação sobre a posição pélvica, que buscaram o parto normal pelo risco elevado da terceira cesárea e que pediram para serem conduzidos para outro hospital quando a liminar estava sendo cumprida, o que foi negado. Mais tarde, a ultrassonografia realizada no dia 31 de março de 2014 mostrou que a gestação era de 40 semanas e não 42.

Nos dias que sucederam o ocorrido, o caso em tela veio a público e Adelir se tornou, naquele momento, o rosto representante da violência obstétrica no Brasil. O Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento convocou vários atos em capitais brasileiras para o dia 11 de abril sob os *slogans* “Somos todas Adelir” e também “Meu corpo, minhas regras”. Tais atos não foram realizados de maneira pontual, fizeram parte de um conjunto de marchas e atos promovidos por este movimento que se expande com a ajuda das redes virtuais e que é, segundo as ativistas, uma reação ao alto número de cesáreas realizadas no Brasil.

O Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento tem início no Brasil no começo da década de 1980, propondo outra forma de nascer, criticando o modelo hegemônico e o impulso que este deu à assistência hospitalar/medicalizada do parto e, principalmente, ao aumento da cesárea. Esta

organização é fruto do movimento pelo “Parto Sem Dor” iniciado na década de 1950 com as ideias dos obstetras Dick-Read e Lamaze (Tornquist, 2002), sendo seguido na década de 1970 por teorias e métodos “mais revolucionários”, com os obstetras Leboyer, Odent e a antropóloga Kitzinger (Salem, 2007).

Tal movimento aponta como desnecessárias várias rotinas hospitalares que causariam problemas de saúde tanto na mãe como na criança. Entre os procedimentos considerados prejudiciais estariam: a internação precoce que aumentaria o número de intervenções danosas, o ritmo de atendimento centrado na equipe médica e na instituição hospitalar, a cesárea agendada e a proibição de livre movimentação e de alimentação da grávida. Outras práticas questionadas seriam a imobilização da mulher na posição horizontal, o enema (lavagem intestinal), a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), o rompimento precoce da bolsa amniótica, ocitocina (hormônio) sintética administrada rotineiramente, episiotomia (o corte do períneo), esforços expulsivos dirigidos (pedir para a mulher fazer força), a manobra Kristeller (pressão feita na barriga da grávida) e os toques vaginais frequentes por diferentes membros da equipe médica. A afirmação feita pelo movimento de que estas práticas seriam desnecessárias ou mesmo danosas é embasada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 1996, a OMS lançou uma publicação científica sobre as práticas utilizadas rotineiramente na assistência obstétrica a despeito da devida comprovação de seus benefícios, nas quais os procedimentos citados acima foram classificados entre as categorias de prejudiciais ou ineficientes (OMS, 1996).

O Movimento pela Humanização é composto majoritariamente por profissionais da saúde e mulheres usuárias destes serviços. Estas mulheres, em diálogo constante com os profissionais “humanizados” se organizam através dos grupos de gestantes presenciais e virtuais, onde produzem estratégias de resistência ao modelo hegemônico, reivindicando uma nova experiência de parir, que, para além da dimensão biológica, abarque também dimensões da espiritualidade e sexualidade. (CARNEIRO, 2014). Elas propõem procedimentos menos invasivos no lugar da extrema medicalização.

Adelir claramente conhecia as informações divulgadas pelo movimento e questionou as escolhas médicas com base nestas. Ela estava sendo acompanhada por uma doula, que são mulheres que surgem neste cenário do Movimento pela Humanização do Parto para servir e auxiliar no conforto da grávida. Adelir cobrou pela presença de seu acompanhante na hora do parto, de acordo com a Lei 11.108/2005 que garante este direito à mulher, o que foi negado. Também queria que a médica apresentasse os exames para que ela, Adelir, pudesse escolher os rumos do seu parto e, por fim, retornou para sua casa para aguardar a evolução do parto e só ser internada em um estágio avançado, algo que as militantes do “parto humanizado” indicam como forma de evitar intervenções desnecessárias.

Tal recomendação parte da crítica de que as rotinas hospitalares objetivavam enquadrar os corpos em termos de normalização e produtividade, buscando, ao custo de diversas intervenções, reduzir o tempo de evolução do trabalho de parto – que poderia chegar a durar alguns dias – para o período de 12 horas. Nesse sentido, o obstetra brasileiro Marcos Dias, filiado à Rede de Humanização do Nascimento (ReHuNa) afirma que as atuais rotinas de atendimento ao trabalho de parto buscam, principalmente, reduzir o seu tempo de evolução e controlar a dor:

“O período de dilatação do trabalho de parto, com duração bastante variável, passa a constituir o foco das principais intervenções médicas no sentido de conformar sua duração, adequando-o ao processo de produção dos cuidados hospitalares.” (DIAS e DESLANDES, 2014, p. 357).

A esse respeito, a antropóloga americana Davis-Floyd é recorrentemente citada por obstetras ligados ao Movimento pela Humanização do Parto (DIAS, 2014, JONES, 2012a e 2012b), bem como recomendada por ativistas aos pesquisadores. Esta autora propõe a análise do parto enquanto ritual, onde os procedimentos seriam ritualmente realizados por aqueles que objetivam tornar o evento mais previsível e controlado, reforçando a crença do domínio da natureza pela técnica. Segundo essa autora “Quanto menos conformidade o trabalho de parto exibir, maior o número de procedimentos que serão introduzidos com o objetivo de trazê-lo para a conformidade.” (DAVIS-FLOYD, 1987).

Logo depois do incidente, a Organização Não Governamental Artemis apresentou junto com o deputado estadual Jean Willys o projeto de lei nº 7633/2014, que ainda tramita na Câmara dos Deputados, sobre a “humanização” da assistência da mulher e do neonato no ciclo gravídico-puerperal. Neste documento, as demandas do movimento estão organizadas e há uma seção que trata da violência obstétrica. De acordo com o projeto:

“Art. 13: Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos (as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo (a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.”

A referida lei não surge como consequência do ocorrido em Torres, já era um pleito antigo das ativistas que lutam para que as “práticas humanizadas” pautem as políticas públicas, não ficando limitadas a um número pequeno de mulheres que possam pagar e tenham um amplo conhecimento sobre o assunto.

A “humanização” já vem constituindo um eixo relevante dentro das políticas públicas de saúde propostas pelo Ministério da Saúde. Em 2000 é lançado o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) que, em 2003, deixa de ser um programa específico, adquirindo uma perspectiva transversal de política de assistência, com a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Dentro destas políticas – e mesmo anteriormente a elas – um espaço significativo tem se destinado a assistência à saúde da mulher e da criança: Maternidade Segura (1996), Norma de Atenção ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2000), bem como a instituição do Prêmio Galba de Araujo, em 1998, como forma de reconhecer e premiar unidades de saúde integradas a rede SUS que se destaquem na “humanização” do atendimento a mulher e ao recém-nascido, estimulando o parto normal e a amamentação (BRASIL, 1998).

Deslandes (2004) analisa os textos do Ministério da Saúde, buscando apreender o que vem sendo entendido como “humanização” dentro destas políticas:

“O termo ‘humanização’ tem sido empregado constantemente no âmbito da saúde. É a base de um amplo conjunto de iniciativas, mas não possui uma definição mais clara, geralmente designando a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetiva-

vidade e cultura, além do reconhecimento do profissional. Tal conceito pretende-se norteador de uma nova práxis na produção do cuidado em saúde.” (DESLANDES, 2004, p. 7).

Nesse sentido, Diniz afirma que o termo “se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes.” (DINIZ, 2005, p. 635). Ou seja, o próprio significado do termo vem sendo objeto de disputa entre ativistas/usuários, profissionais da saúde e gestores e, mesmo internamente, a estas categorias.

Apesar desse investimento do Ministério da Saúde, as práticas médicas consideradas tradicionais e problemáticas para as mulheres que buscam um parto “humanizado” ainda predominam tanto no sistema de saúde público quanto no privado. Os números mais atualizados para essa questão provêm de um estudo de alcance nacional, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), intitulado *Nascer no Brasil* (2014), que verificou que, no período de 2011-2012, 52% dos nascimentos ocorreram através de cesarianas, sendo 46% na rede pública e 88% na rede suplementar. Na década de 1970, as cesáreas representavam 14,50% dos partos, em 2010, este número quase foi quadruplicado.

Ainda, segundo a pesquisa *Nascer no Brasil*, dentre as mulheres que tiveram partos normais, a maioria foi submetida a intervenções excessivas, como restrição ao leito, proibição de alimentação, aceleração do parto com ocitocina sintética, episiotomia, posicionamento deitada de costas, muitas vezes tendo a barriga pressionada, etc. Apenas 5% das brasileiras vivenciaram partos sem nenhuma destas intervenções.

A proposta do trabalho não consiste em tomar partido de uma das partes e atacar a outra, mas, a partir do caso Adelir e do cenário maior do Movimento de Humanização do Parto, pretendemos refletir sobre as aproximações e os conflitos que envolvem os agentes do processo e o Direito brasileiro. O Direito não é percebido como um instrumento que faça valer as regras e valores estabelecidos em outros lugares, mas como um sistema de significados, produtor do comportamento humano que, além de regular este comportamento, também o constrói, inclusive, regulando e criando sentidos de justiça plurais.

A JUSTIÇA, A MEDICINA E O PODER

Iniciamos problematizando o acionamento da Justiça por parte da médica que atendeu Adelir e o desenrolar de sua ação. Muitos são os casos envolvendo médicos que vão parar na Justiça, uma boa parte deles é promovida pelos pacientes insatisfeitos com o atendimento ou por familiares de vítimas dos erros médicos. Notícia veiculada pelo jornal “O Estadão” em 2015 afirma que houve um aumento de 140%, desde 2010, de recursos no Superior Tribunal de Justiça em casos envolvendo erro médico. Os médicos obstetras dizem, inclusive, que indicam e fazem as cirurgias cesarianas para conseguir controlar os riscos do nascimento e não serem réus em processos se algo der errado com o parto normal, (MENDONÇA, 2013, p. 101-112).² Médicos que se identificam com o Movimento pela Humanização do Parto afirmam que a “cultura da cesárea” envolve a valorização deste método por parte das mulheres e seus familiares, que consideram que realizá-la significa que o médico efetivamente “fez todo o possível” para a saúde do binômio mãe-bebê. Desta forma, a interpretação quando algo dá errado em um parto normal é que o médico falhou ao não proceder com uma cesariana, alegando que naquela situação os riscos de uma

cesárea seriam maiores do que os do parto normal, porém, temem que “a cultura de valorização da cesárea” influencie também o julgamento dos magistrados.

No caso em tela, a médica antecipou-se e acionou a Justiça para que o prognóstico dela valesse. Com a mediação da Justiça, a médica não buscava entrar num consenso com a grávida, mas que o Poder Judiciário intervisse para um dos lados em caráter de urgência, já que, brevemente, haveria a perda do objeto da lide com o nascimento da criança.

O modelo de justiça brasileiro, influenciado pela lógica religiosa católica de produção da verdade, assenta-se em um caráter inquisitorial, sendo comum a supervalorização da autoridade da pessoa que decide ou que é parte no processo e não a razoabilidade dos argumentos. Privilegiam-se os “argumentos da autoridade” e não a “autoridade dos argumentos”, assim a lógica hierárquica da sociedade encontra-se presente na construção do fato no processo jurídico brasileiro, que é diferente de outras tradições e sensibilidades jurídicas. O magistrado brasileiro deve perseguir a verdade, restringindo a possibilidade de um acordo. Ele decide qual das partes ganhou, sem que haja uma consensualidade entre as partes no processo jurídico sobre os fatos, estes estão em constante disputa, pois cada parte quer impor a sua verdade sobre a outra. (FERREIRA, 2013).

Neste sentido, no caso Adelir, não houve o contraditório com espaço para a mulher apresentar seus argumentos e disputar a formação da verdade, a juíza teve elementos suficientes para prolatar sua decisão com os argumentos da médica, inquestionável e cumprida com brevidade. Isto significa dizer que não houve uma negociação entre as partes com vias de chegar a um acordo.

Comparando o sistema inquisitorial brasileiro com o sistema jurídico americano, por exemplo, infere-se que, no Brasil, a noção de Justiça está mais relacionada à busca de punição pela infração a um direito do que como um processo para reivindicar algum direito. Assim, existe uma presunção de culpabilidade que vai se formando desde o inquérito, quando não há o contraditório para que o réu consiga apresentar sua versão dos fatos. (LIMA, 2010).

Adelir colocava sua vida e a do feto em perigo, segundo a opinião médica e algumas declarações de ativistas do Movimento pela Humanização criticavam o fato do direito do nascituro se sobrepor ao direito da mulher decidir sobre o seu corpo. Neste ponto, no Brasil, a tutela não ocorre em torno da lei, ideal liberal da Revolução francesa, mas as pessoas que são tuteladas. Os indivíduos são encarados como hipossuficientes, como mais fracos na relação jurídica e sujeitos e merecedores de uma proteção estatal. A lógica hierarquizada da sociedade funciona novamente ao reconhecer a existência do hipossuficiente e logo do hipersuficiente também que, em muitos casos, é o Ministério Público. Este ente protege as pessoas delas mesmas, já que elas não teriam condição de se posicionar livremente, carecendo de tutela.

Para a Justiça brasileira, Adelir não poderia dispor “irresponsavelmente” de sua própria vida e de seu filho, ela não estaria em condições de decidir sobre isto, sendo necessária uma intervenção de uma autoridade superior com mais conhecimento sobre o assunto. Adelir também não é qualquer sujeito, ela é uma mulher, órfã, moradora de zona rural e identificada como cigana. Existem aqueles sujeitos que podem mais ou menos, assim a tutela pode ser maior dependendo de características como gênero, raça e classe social e suas intersecções (BRAH, 2006).

O Direito não se sobrepõe as relações de poder existente na sociedade, está inserido nestas relações e reproduz uma hierarquia existente, apesar do discurso de igualdade das leis. Como fator que ficou em segundo plano na

repercussão deste caso foi que Adelir, além de ser uma mulher das camadas populares, possuía mais um fator de vulnerabilidade frente ao sistema por ser reconhecida como cigana³, pertencendo, portanto, a uma minoria étnica.

Michel Foucault buscou estudar a genealogia do poder e propôs uma análise deste a partir das transformações sofridas pelo sistema penal com a organização da sociedade disciplinar dos séculos XIX e XX. O poder, analisado em sua forma sutil e capilarizada passou a ser exercido cotidianamente disciplinando os sujeitos. Pela análise foucaultiana, o saber constitui um vetor destes poderes que têm como agentes identificáveis pais, professores, psiquiatras e médicos.

Atrelado à elaboração de sociedade disciplinar, encontra-se o conceito foucaultiano de biopoder. Nos livros “Em defesa da sociedade” (2002) e “História da Sexualidade Vol.1” (2013), Foucault aborda a passagem do poder soberano – o poder de deixar viver e fazer morrer – para o modelo atual do biopoder, de deixar morrer e fazer viver, constituído pela disciplinarização dos corpos e pela regulação das populações. Trabalhos como o de Rose (2013) e Rabinow (1992) buscam analisar as concepções contemporâneas de saúde a luz desse conceito, pensando as novas tecnologias médicas como orientadas não para a cura de doenças, mas, sim, para a otimização, com a promoção da vida e de uma vida aprimorada. O biopoder se centra na promoção da vida e é precisamente este fato que lhe dá acesso aos corpos. Com o objetivo de fazer viver, a saúde se torna um imperativo, de tal modo que Moulin, emblematicamente, afirma “Se a palavra-chave do século XVIII era a felicidade, a do século XIX a liberdade, pode-se dizer que a do século XX é a saúde.” (MOULIN, 2008, p. 18). Neste sentido, em 1949, a OMS inclui a saúde nos direitos humanos, ampliando seu leque de abrangência e significado: saúde deixou de significar a ausência de doença, abarcando a totalidade do bem estar, físico-psico-social-espiritual. Este foi o século em que a experiência da doença se tornou cada vez mais distante e que a medicalização atingiu níveis até então nunca vistos. (MOULIN, 2008).

O parto, segundo as ativistas do movimento em questão, se transformou em um evento médico, considerado como uma patologia, sendo a grávida vista como uma paciente que deve ser tutelada pelo sistema médico hospitalar. As militantes criticam esta forma de poder que age sobre a normalização dos indivíduos, limitando as fronteiras do que é aceito como padrão de saúde e aquilo que foge à regra e deve sofrer intervenção. Contrapondo-se à maioria dos médicos que adotam práticas da medicina tradicional, elas buscam estender estes padrões de normalidade (como, por exemplo, ao considerar que as 42 semanas de gestação não representa um problema para a saúde, algumas ampliam este prazo para 43) e criticar a posição privilegiada dos médicos para decidir sobre um processo que consideram fundamental para a vida de uma mulher.

Como o Direito busca a regulação da vida social e, como visto anteriormente, privilegia os argumentos da autoridade, no caso Adelir, a posição da médica – a autoridade disciplinar- foi aceita e a desobediência da grávida, que saiu do hospital (mesmo havendo a possibilidade legal de negar o atendimento), e o questionamento sobre a instituição hospitalar gerou uma punição; a perda de controle sobre o seu próprio corpo ou, pelo menos, o reconhecimento da falta de controle sobre este.

Foucault (1999) afirma que as instituições de controle têm não somente a função de docilizar e controlar os corpos como fazer com que eles sejam úteis para os aparelhos de produção. O corpo, neste sentido, é encarado como força de trabalho e deve servir ao sistema produtivo. Emily Martin (2006), através da análise de discursos científicos sobre o corpo feminino, aponta a concepção

de corpo feminino como uma máquina de produção de bebês, de modo que a menstruação é vista como um fracasso. A própria narrativa da concepção é impregnada de papéis de gênero, na qual o esperma ativamente conquistaria um óvulo passivo. Como máquina, esse corpo seria considerado potencialmente ineficiente, necessitando, assim, de um técnico para melhor ajustá-lo a seu funcionamento e finalidade.

Destarte, a cesárea se adequa mais a este modelo produtivo, porque o tempo é controlado, havendo uma programação mais efetiva sobre o ciclo gravídico puerperal. Em algumas empresas, a mulher grávida tem que programar a vida com antecedência e indicar quando irá parir, então, muitas preferem marcar as cirurgias por conta disto. Nos hospitais, o leito não pode ficar ocupado por muito tempo, logo, um trabalho de parto tem uma duração máxima de em torno de 12 horas pelos protocolos hospitalares. Passando este tempo, a cesárea é firmemente indicada. Contudo, o trabalho de parto de algumas mulheres pode durar mais de 36 horas se não houver as interferências.

Quanto ao começo do trabalho de parto, as grávidas, no final da gestação, são pressionadas a agendar a maternidade por seus médicos, se estão sendo atendidas pelo convênio, o que se traduz em mais cesáreas. Tempos limites são estabelecidos pelos médicos e instituições hospitalares que, segundo elas, não correspondem ao tempo dos corpos. Procedimentos de rotina e protocolares são definidos para todos os pacientes, segundo este saber organizado que constitui relação de poder. A maioria das pessoas e das grávidas naturaliza estas intervenções e confia no conhecimento daquele profissional, só que algumas pessoas não aceitam este controle e esta sujeição, resistem à docilização de seus corpos.

Em alguns momentos, as ativistas do “parto humanizado” veem o Poder Judiciário como um aliado, acreditando que se recorrerem à Justiça receberão indenizações por conta da má conduta dos médicos que não respeitaram os direitos reprodutivos. Isto se deve muito a frente do movimento que busca lutar pela promulgação de leis que amparem os direitos das mulheres e crianças na gestação, parto e nascimento e à divulgação da existência destes direitos. Se antes o parto humanizado era considerado, aquele em que a gestante fazia o pré-natal e tinha atendimento hospitalar – o que ainda é a concepção majoritária no sistema público de saúde –, atualmente, isto apenas não basta para as ativistas. Uma série de condutas médicas é questionada e a atenção da equipe médica ouvindo e respeitando as escolhas da grávida é requerida, com base em alguns documentos de organizações internacionais, como a OMS e também de leis, como, por exemplo, a Lei do Acompanhante no Parto.

Outro fator que estimula a busca pela Justiça é que, na prática, a cidadania no Brasil não está consolidada, isto significa que os direitos não são acessíveis para uma boa parte da população e para ter garantido aquele direito legítimo pela lei, muitas vezes, os cidadãos devem acionar o Judiciário. No caso, o direito requisitado situa-se no âmbito do direito à saúde com a garantia da dignidade humana. Carvalho (2001) apresenta o conceito de *estadania* para abordar o não cumprimento por parte do Estado da universalização dos direitos, sendo o poder público uma presa de pequenos grupos políticos e uma elite econômica que trava com essas relações clientelistas para manter seus privilégios, tendo este grupo uma participação civil efetiva sem que esta se estenda a toda população.

Já que os direitos não são historicamente acessíveis por todos, no Brasil, funciona a lógica do jeitinho e a distinção entre indivíduo, o ser atomizado que não se distingue dos demais e submetido à universalidade e formalidade e a pessoa, aquela que está posicionada na sociedade hierarquizada. Apesar de o

discurso ser de igualdade no Direito e na sociedade, na prática a distinção entre as pessoas se mantém e ora há um movimento para um lado ora para o outro.

Sobre a saúde reprodutiva, houve uma política de medicalização do parto nos últimos anos. Como forma de diminuir a mortalidade materna e neonatal, o governo trabalhou para a ampliação do número de leitos obstétricos em hospitais numa busca por garantir o atendimento para todas que procurem o parto hospitalar (contudo, ainda existe falta de leitos). Porém, a qualidade do atendimento é questionada. Um primeiro passo para se avançar na cidadania é a universalização do respeito a direitos básicos, todavia isto não esgota as demandas, pois uma uniformização do acesso a estes pode não satisfazer alguns grupos que possuem outra ideia de justiça ou outra sensibilidade jurídica.

O DIREITO AO RECONHECIMENTO E A CRIAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento é composto, em sua maior parte, por mulheres de classe média, com ensino superior e moradoras de grandes centros urbanos. A maior parte delas possui plano de saúde e, raramente, as mulheres pagam por atendimento médico, além do convênio. Acontece que os hospitais públicos e, também, a maioria dos particulares são ordenados a partir de uma lógica totalizadora, nos quais o atendimento e os partos têm os procedimentos padronizados, pensados para indivíduos genéricos, a partir de uma cultura hegemônica sobre o que significa a saúde reprodutiva. As ativistas criticam esta hegemonia da cesárea nos dias atuais e o modelo de assistência obstétrica destas instituições e querem um atendimento que siga as diretrizes do movimento, considerando que cada mulher pode decidir individualmente sobre as regras para o seu corpo, questionando o próprio caráter igualitário e homogeneizador dos procedimentos aos quais são submetidas. Por outro lado, o Movimento pela Humanização do Parto, ao defender um modelo ideal de parir, também busca, atuando na construção de políticas públicas, homogeneizar procedimentos que consideram benéficos, mesmo quando estes desagradam a mulher que quer uma cesárea, por exemplo.

Os direitos demandados não se esgotam por meio de procedimentos estritamente formais, as mulheres não pleiteiam apenas a entrega das crianças com vida e a sua própria vida garantida na atenção obstétrica, elas querem um parto prazeroso, que elas se sintam plenas e possam ter voz para escolher os caminhos da atuação sobre seus corpos e de seus filhos. Na teoria, os hospitais brasileiros, que seguem o modelo daqueles de uma sociedade ocidental individualista como os Estados Unidos, deveriam ser ordenados pela lógica do individualismo do tipo igualitário (DUMONT, 2010). Contudo, tratar de forma igualitária todos os indivíduos também fere determinadas concepções de individualismo, por dar pouco espaço de atuação individual sobre os procedimentos padrões da instituição, abrindo, assim, uma arena de disputas. Coloca-se, assim, um estranho paradoxo, onde a lógica individualista priva o indivíduo de sua individualidade.

Salem (2007), ao pesquisar o fenômeno *do casal grávido*, se depara com o mesmo paradoxo, afirmando que apenas a teoria de Dumont não dá conta da questão e que devemos pensar o individualismo em suas diversas modalidades. A análise de Dumont, ao se ancorar nas dimensões políticas, econômicas, formais e jurídicas, deixa de abarcar um aspecto fundamental do sujeito moderno: sua dimensão interna e psíquica. Autores como Simmel se dedicaram à análise dessa dimensão, assim, às noções de liberdade e igualdade se somam às de unicidade e singularidade, onde o mundo interior do sujeito passa a ser o

locus de sua “verdade”. Simmel (1971) utiliza os conceitos de individualismo quantitativo para se referir à dimensão jurídica e qualitativo para a psicológica. A noção de liberdade se mantém da passagem de um tipo para o outro, primeiramente relacionada à liberdade civil e autodeterminação em relação a vontades alheias, passa a ser vista como liberdade para sua autodeterminação interna e aprimoramento.

Assim, se torna possível que duas ideologias de individualismo entrem em choque. No caso um individualismo igualitário, há uma padronização nos direitos e formas de tratamentos dos sujeitos, já no de tipo qualitativo, a oposição entre indivíduo e sociedade se amplia, uma vez que as normas desta são lidas como camisas de força para o desenvolvimento subjetivo destes sujeitos. Pensamos que as ativistas podem ser inseridas neste individualismo de tipo qualitativo, enquanto o Direito idealmente opera em uma lógica mais próxima ao modelo dumontiano.

Ressalte-se que, se nos protocolos dos hospitais as determinações são dispostas para os indivíduos genéricos, na prática, tal aspiração por igualdade não é atingida, existindo uma diferenciação de tratamento no atendimento concreto. Exemplos disto ocorrem em algumas situações narradas a seguir. Uma das prescrições aos profissionais da saúde em programas que visam a “humanização” do atendimento é a de chamar os pacientes pelo nome, assim, uma forma de identificar um médico *cesarista*, segundo as ativistas, é o fato de ele as chamar por termos genéricos, como *mãezinha*. Essa demanda parece tão elementar que, em princípio, pode surpreender que necessite ser feita, denotando o nível de homogeneização ao qual são submetidos os pacientes nessas instituições. Desta forma, reforça-se a função desempenhada na sociedade pela *mãezinha* e reafirma-se a lógica hierarquizada. Outro exemplo ocorre nos relatos de violência obstétrica, quando se verifica que mulheres que participam do movimento e são de grupos mais fragilizados na sociedade (minorias étnico-raciais, com menor escolaridade,) sofrem mais agressões dos profissionais de saúde.

As mulheres do movimento reconhecem que, se não houver uma atenção à dimensão dos sentimentos delas, ou seja, o reconhecimento de que são pessoas com uma determinada trajetória - nas casas de parto e hospitais humanizados, as mulheres atendidas relacionam a qualidade do atendimento com o conhecimento de quem elas são e de suas famílias por parte dos médicos (HIRSCH, 2014) - e fazem parte de um grupo específico, houve uma agressão e a não efetividade dos seus direitos.

Porém, deve-se mencionar que vem se constituindo uma tensão à medida que políticas públicas vem sendo elaboradas em diálogo com o Movimento pela Humanização, uma vez que as demandas deste partem de uma noção de indivíduo própria das camadas médias urbanas. Um exemplo possível é a respeito da questão do acompanhante, no qual a lei indica ser qualquer pessoa da preferência da mulher, contudo, o trabalho de Hotimsky e Alvarenga (2002) aponta que os profissionais humanizados da saúde elegeram o marido enquanto acompanhante privilegiado, apesar de entre as mulheres de camadas populares prevalecer a noção de parto enquanto um evento feminino, buscando o apoio de mulheres mais experientes, sejam elas familiares ou amigas e vizinhas.

Dessa forma, dar centralidade a figura do marido e a ideia de casal grávido seria desconsiderar o universo simbólico de outros grupos sociais. As autoras propõem, assim, uma reflexão a respeito de quando as diretrizes de “humanização”, ao serem pautadas pelo universo cultural das camadas médias, se tornam normativas, de forma a não abarcar a experiência de outras concepções de família, maternidade e paternidade existentes fora do ideário do casal grávido. Seguindo esse raciocínio, em um artigo, Mendonça (2014) verifica as

denúncias feitas a uma Maternidade pública “humanizada”, concluindo que diversos elementos caros a “humanização”, como o respeito ao tempo do trabalho de parto e a inibição de intervenções, foram vistos enquanto negligência médica e descaso em relação ao sofrimento daquelas mulheres.

Luís Roberto Cardoso de Oliveira (2002), ao realizar um estudo comparado entre Brasil, EUA e Quebec, analisa conflitos e eventos políticos que envolvem afirmação de direitos e demandas por reconhecimentos e verifica que existem déficits de cidadania nos três lugares, mas estes seriam de ordem diferente. Segundo o antropólogo, os atores brasileiros identificam-se com suas comunidades imediatas, em prejuízo da sociedade a sua volta e há um problema na distinção do interesse dos grupos do interesse público, o que estaria relacionado ao déficit de cidadania causado pelo apreço que se tem pela noção de pessoa aqui. Por meio da noção de insulto moral, Cardoso articula as dimensões legal e moral dos direitos e afirma que as demandas por reconhecimento não se esgotam pela obediência à norma legal. Tem que existir um sinal de apreço também, pois sem este a identidade, de alguma forma, está sendo negada.

Cardoso (2008) pontua que o insulto moral revela duas características do déficit de cidadania, pois: “(1) trata-se de uma agressão objetiva a direitos que não pode ser adequadamente traduzida em evidências materiais; e, (2) sempre implica uma desvalorização ou negação da identidade do outro”. (2008, p. 136) Nos contextos etnográficos estudados por ele, a pretensa imaterialidade do insulto moral influenciava na sua invisibilidade. O insulto moral envolve sentimentos que são compartilhados socialmente e a agressão atinge a dignidade da vítima, mesmo que não haja a intencionalidade do agente. O reconhecimento da demanda não é resolvido por uma simples obediência à norma legal, necessitam-se, para a não efetivação do insulto moral, que haja um apreço pela identidade do sujeito e esse deve ser cultivado constantemente.

Para relacionar com o caso de Adelir e do movimento, de maneira geral, podemos pensar que o atendimento hospitalar pode ter seguido as regras e procedimentos conforme a legislação em vigor, contudo, desconsiderou que aquela mulher queria ver assegurada outra forma de atendimento que também estaria baseada em um pleito legítimo. Os procedimentos que serviriam e seriam vistos como benéficos por outras grávidas, a maioria das mulheres, representam uma agressão para este grupo de ativistas. A universalização dos direitos é concebida para um indivíduo genérico, algo que desconsidera o ideal de saúde reprodutiva destas mulheres. Elas buscam ser reconhecidas em suas particularidades e suas demandas não se esgotariam facilmente nem tornando leis os seus pleitos, pois aglutinam sentimentos e pertencimentos que não são passíveis de ser cristalizados em uma norma.

De acordo com Simião (2006), a falta de atenção ao insulto ou à dimensão da violência teria marcado o processo de invenção da violência doméstica como um problema social contemporâneo em Timor-Leste. Antes da independência do país e da chegada de novos atores (ONGs, organismos internacionais), bater era atitude legítima entre homem e mulher, pais e filhos. Com a independência timorense, vários são os projetos para criar e fortalecer instituições modernas de Estado, com uma legislação pautada em padrões legais internacionais e cristalizados.

Neste sentido, a construção de uma nova identidade nacional passa pela construção de uma “nova mulher” nos países pós-coloniais asiáticos, com uma narrativa de gênero pautada em padrões internacionais igualitários. De acordo com o pesquisador:

“(...) a agressão física ou sexual nem sempre constitui, à luz da sensibilidade jurídica local, um caso de crime ou conflito a ser resolvido. Nesse sentido, para que a agressão se torne “violência” – motivo de sanções e reprovação – é necessário que se institua, no plano da moralidade que dá sentido aos gestos de agressão, uma narrativa de gênero que tome as mulheres e homens envolvidos nesses casos como indivíduos, portadores de direitos iguais, entre os quais o da integridade física e da autodeterminação sobre os seus corpos.” (2006, p. 139)

A concepção de violência doméstica está longe do cotidiano dos timorenses, mas na base das ações do governo, ONGs e atores internacionais. A consolidação do termo violência doméstica representa a definição de uma nova moralidade que torna inaceitável a agressão física dentro da família, especialmente às mulheres. Tais atores buscam criar condições para a percepção do ato de agressão como atitude de violência.

No cenário brasileiro, o combate à violência doméstica já teve muito mais avanços do que no Timor-Leste, já existe no imaginário popular a ideia de que esta consiste um problema social que deve ser sanado. Pode-se, contudo, traçar o paralelo da violência doméstica no Timor-Leste com a violência obstétrica no Brasil. Há um esforço de grupos organizados (ONGs, ativistas, políticos) no país para que as agressões dos profissionais de saúde contra as mulheres não se mantenham invisíveis, sejam consideradas agressões que mereçam reparação. Para transformar a mentalidade sobre o parto, os ativistas do parto humanizado e críticos da violência obstétrica buscam divulgar este novo ideal de parto nas redes sociais, na mídia de uma maneira geral e ainda agem na elaboração de políticas públicas e de leis, como a que foi apresentada pela ONG Artemis e pelo deputado Jean Willys.

O movimento se expande com o auxílio da internet e mulheres que têm acesso à informação veiculada sobre a violência obstétrica reconstituem a memória de seus partos a partir desta conceituação. Nos blogs especializados em parto e maternidade, é comum encontrar relatos em que as mulheres dizem: “*Eu achava que meu parto tinha sido lindo, mas agora sei que fui vítima da violência obstétrica*”. A agressão poderia ter acontecido antes, mas a tipificação como violência e a legitimidade legal para esta abordagem elevam as situações vivenciadas pelas mulheres à categoria de problema social.

Diferentemente do Timor Leste, no Brasil, o esforço em conceituar estes casos como violência obstétrica passível de punição ocorre a partir de uma demanda de dentro de um coletivo de mulheres. A criação da violência obstétrica, contudo, tem raízes em outras sociedades. A tipificação desta aconteceu em outros países latinoamericanos, no ano 2000, segundo as ativistas do Movimento pela Humanização do Parto.

Em sua reflexão sobre a categoria violência obstétrica, Mariana Pulhez (2013) pontua que a luta das mulheres pelos direitos reprodutivos e sexuais não se limita ao acesso às políticas públicas formuladas com esta finalidade, mas que estes sujeitos políticos mobilizam toda uma semântica sobre direitos reprodutivos e sexuais, em disputa com o saber médico. O conflito não abarca simplesmente melhorias no campo da saúde sexual e reprodutiva, significa, também, lutar pela definição do que seria a saúde sexual e reprodutiva.

Pulhez verifica que, mais do que tipificar como crime que deva ser punido, as ativistas que se empenham na legitimação da violência obstétrica buscam um reconhecimento social de que a violação de fato aconteceu. Para este reconhecimento, uma política do trauma (FASSIN & RECHTMAN, 2011) é acionada, de forma que articule um evento que é coletivo, e que fundamenta

uma verdade compartilhada, com uma experiência individual que forma aquele que será considerado vítima.

De maneira geral, conclui-se que o saber médico e o saber jurídico não estão destacados das relações de poder na sociedade. Existe uma tradição jurídica no Brasil que privilegia a autoridade das pessoas e, mesmo que o discurso seja de igualdade, as práticas são hierárquicas, convivendo estas duas formas. Assim, juiz e médico, autoridades consagradas, são vistos e se consideram como detentores da verdade. Os conflitos são resolvidos sem possibilidade de um acordo, a parte que tiver mais autoridade levará vantagem na construção do fato.

Por outro lado, o Movimento pela Humanização do Parto vem defender mudanças na assistência obstétrica buscando o direito ao reconhecimento da distinção de suas demandas com relação ao modelo tradicional de atendimento que se pretende universalizar. A falta de reconhecimento da demanda deste grupo constitui uma agressão, assim como também é uma agressão uma série de procedimentos invasivos e não autorizados pela mulher no atendimento hospitalar, o que levou este segmento do movimento feminista a ser um dos atores que busca investir na ideia de que a violência obstétrica existe e vai de encontro aos direitos reprodutivos mais básicos, por isso deve ser criminalizada.

NOTAS

¹ A cidade está situada no extremo norte do litoral atlântico do Rio Grande do Sul, sendo um destino turístico. Segundo dados do IBGE, a população de Torres em 2010 era de 34.656 habitantes, no censo anterior em 2000 verificou-se que 90% da população residente desta cidade se declarava branca.

² O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro por sua vez, com o argumento do aumento do risco para a mulher e a criança, proibiu a atuação de médicos em partos domiciliares em 2012, algo que provocou uma reação do Conselho Regional de Enfermagem. O Coren acionou a Justiça para garantir o direito dos enfermeiros exercerem a profissão e das grávidas escolherem o local do parto, ao que foi bem sucedido na demanda. Tais fatos demonstram que as disputas pelas diretrizes da atuação sobre o corpo ocorrem tanto na área médica quanto na área jurídica.

³ Em entrevista ao blog Cientista que virou mãe, Adelir esclarece que não é cigana, que quem descende de ciganos é o seu marido.

REFERÊNCIAS

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*. n. 26, p. 239-76, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Oito Passos para a Maternidade segura: guia básico para serviços de saúde*. Brasília: MS, 1996.

_____. Portaria MS/GM n. 2.883, de 04 de junho de 1998.

_____. Programa de humanização do Pré-Natal e Nascimento: Portaria n. 569/GM de 01/06/2000^a.

_____. Política Nacional de Humanização. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf>. Acesso em: jul. 2015.

_____. Câmara dos deputados. Projeto de lei nº 7633/2014. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CARVALHO, José Murilo de. Cidadania, Estadania e apatia. *Jornal do Brasil*. 24, junho, 2000.

DAVIS-FLOYD, R. E. Obstetric training as a rite of passage. In: HAHN, R. (Ed.) *Obstetrics in the United States: woman, physician and society. Medical Anthropology Quarterly – Special Issue*, 1(3), p. 288-318, 1987.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

ESTADÃO. Em 4 anos, número de processos por erro médico cresce 140% no STJ. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,em-4-anos-numero-de-processos-por-erro-medico-cresce-140-no-stj-imp-,1655442>>. Último acesso em: 02 dez. 2016.

FASSIN, Didier & RECHTMAN, Richard. *L'empire du traumatisme*. Paris: Flammarion, 2011.

FERREIRA, Marco Aurélio Gonçalves. *A Presunção da Inocência e a Construção da Verdade*. Contrastes e confrontos em perspectiva comparada (Brasil e Canadá). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

FIOCRUZ. *Nascer no Brasil*: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>>. Último acesso em: 02 dez. 2016.

FOLHA DE SÃO PAULO. *Justiça do RS manda grávida fazer cesariana contra a sua vontade*. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1434570-justica-do-rs-manda-gravida-fazer-cesariana-contra-sua-vontade.shtml>>. Último acesso em: 02 dez. 2016.

FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro, Nau Ed., 1999. 158 p.

_____. *Em defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. *História da sexualidade*. Volume 1. Rio de Janeiro: Graal, 2013.

GEERTZ, Clifford. O Impacto do Conceito de Cultura sobre o Conceito de Homem. In: *Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro, Zahar, p. 45-67.

GLOBO. *Cremerj proíbe parto em casa*. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/07/cremerj-proibe-parto-em-casa.html>>. Último acesso em: 02 dez. 2016.

HELENA, Beatriz. *Médicos e advogados opinam sobre caso de mulher obrigada a fazer cesárea: violência ou risco à vida*. VIX.COM. Disponível em: <<http://www.vix.com/pt/bdm/saude-mulher/medicos-e-advogados-opinam-sobre-caso-de-mulher-obrigada-a-fazer-cesarea-violencia-ou-risco-a-vida/%20ltimo%20acesso%20em%202002/12/2016>>. Último acesso em: 02 dez. 2016.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; ALVARENGA, Augusta Thereza de. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Revista de Estudos Feministas*, v. 10, n. 2, Florianópolis, 2002.

HIRSCH, Olivia Nogueira. *O parto “natural” e “humanizado”: um estudo comparativo entre mulheres de camadas populares e médias no Rio de Janeiro*. Tese (doutorado).

JONES, Ricardo. *Memórias do homem de vidro: reminiscências de um obstetra humanista*. Porto Alegre: Idéias a Granel, 2012.

_____. *Entre as orelhas – Histórias de Parto*. Porto Alegre: Idéias a Granel, 2012.

LIMA, Roberto Kant. Sensibilidades jurídicas, saber e poder: bases culturais de alguns aspectos do direito brasileiro em uma perspectiva comparada. *Anuário Antropológico*/2009-2, p. 25-51, 2010.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: Uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MENDONÇA, Sara Sousa. *Mudando a forma de nascer: agência e construções de verdades entre as ativistas do parto humanizado*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Antropologia, Niterói, 2013.

_____. *Uma análise das denúncias a uma Maternidade pública humanizada: dilemas da humanização*. *Século XXI*: Santa Maria, v. 4, n. 2, jul/dez, 2014.

OLIVEIRA, Luis Roberto Cardoso de. *Direito legal e insulto moral: dilemas da cidadania no Brasil, Quebec e EUA*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002. Prefácio, Caps. 6 e 7.

_____. Existe violência sem agressão moral? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 23, n. 67, 2008.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Care in normal birth. A practical guide: maternal and newborn health/safe motherhood unit Family and reproductive health*. Genebra: World Health Organization, 1996.

PULHEZ, Mariana Marques. Parem a violência obstétrica: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 12, n. 35, pp. 544-564, Agosto de 2013.

RABINOW, Paul. *Antropologia da Razão*. Rio de Janeiro: Relumê Dumara, 1999.

ROSE, Nikolas. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus, 2013

SALEM, Tania. *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007.

SIMIÃO, Daniel Schroeter. *O feiticeiro desencantado: gênero, justiça e invenção da violência doméstica em Timor-Leste*. *Anuário Antropológico*/2005, Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 2006.

SIMMEL, G. *Freedom and the individual, in Levine, D.. (Org.), Georg Simmel on individuality and social forms*. Chicago, The University of Chicago Press. 1971.

TORNQUIST, Carmem Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto, *Revista Estudos Feministas*, n. 2, 2002.

