

Prefácio

Carmen Simone Grilo Diniz¹

É com muita alegria e orgulho que recebo os originais do livro “Concepção, gravidez, parto e pós-parto: perspectivas feministas e interseccionais”, organizado por Fabiana Santos Lucena, Angela Amanda Nunes Rios, Luana Beatriz Lemes, e Marian Salles Gomes Bellamy, como parte da série “Temas em Saúde Coletiva”. O livro foi concebido a partir do encontro das pesquisadoras enquanto cursavam a disciplina Gênero e Saúde Materna, e dos textos então produzidos, além de outras importantes contribuições surgidas no percurso. A disciplina é oferecida nos anos ímpares no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP, há cerca de uma década, em revezamento com a disciplina Seminários sobre Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, que ofereço com as professoras Cristiane Cabral, Augusta Alvarenga e Elizabeth Meloni, nos anos pares. É maravilhoso ter uma comunidade de colegas com quem compartilhar discussões, orientações, eventos, e demais oportunidades da vida acadêmica, o que em muito enriquece e torna mais leve o trabalho e o aprendizado, tanto de discentes e de nós professoras.

Quando iniciei minha carreira como docente, em 2005, entrei em um departamento que então se chamava “Saúde Materno-Infantil”. Havia na ocasião um sentimento de que aquela agenda de ensino e pesquisa era algo antiquado para a Saúde Coletiva. A referência nomeava um problema que seria (ou já teria sido) resolvido com a universalização da assistência ao pré-natal e ao parto, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 1980, e pela acentuada queda na fecundidade. No entanto, esta visão foi se mostrando cada vez mais equivocada.

¹ Carmen Simone Grilo Diniz (sidiniz@usp.br), Médica, Pós-doutora em Saúde Materno-Infantil pelo Cemcamp e pelo King's College London, Women's Health Division. Professora titular do Departamento de Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

A reemergência e o vigor dos estudos feministas sobre saúde materna na atualidade

No caso brasileiro, na década de 1980, o movimento organizado de mulheres já havia tido a capacidade de propor uma agenda poderosa de políticas públicas para a saúde da mulher, criando em 1984 o Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PAISM). Este programa pionero, em um período anterior mesmo à criação do SUS, propunha o conceito de integralidade, para superar o cuidado fragmentado e misógino que caracterizava a assistência à saúde da mulher. Vários trabalhos desta coletânea recuperam esta construção, com uma história das políticas de saúde da mulher no Brasil e da participação dos movimentos feministas na formulação desta “agenda ampla”, vejam os capítulos 3 (*Políticas de Saúde da Mulher - Histórico e Importância do Movimento de Mulheres*), e 4 (*Integralidade em Saúde da Mulher*).

Na década de 1990, emerge a agenda de saúde reprodutiva, que a princípio não necessariamente tratava da saúde materno-infantil, pois estava centrada nas questões imprescindíveis da contracepção e do aborto, este até hoje ilegal. Assim, o tema da saúde materna foi de certa forma confinado a uma área conservadora e essencialista, quase um continente separado dos temas considerados realmente relevantes.

Por um lado, esta versão reduzida da saúde reprodutiva, dada a situação brasileira, tem sido útil para afirmar o direito eternamente ameaçado de não ser forçada a ter ou a levar adiante uma gravidez indesejada. No entanto, é importante afirmar também o direito de reproduzir voluntariamente (o direito a decidir ter filhos, ser cuidada na maternidade e criar os filhos em condições dignas), sem o qual nos descolamos da visão de integralidade vislumbrada pelo PAISM. Em outras palavras, nosso desafio consiste em combinar os *direitos individuais* de decidir sobre sua própria vida (prevenir ou não levar adiante uma gravidez indesejada), com os *direitos sociais* que a experiência da maternidade reivindica. O trabalho de cuidar reivindica amplas políticas públicas de atenção à gravidez, ao parto e pós-parto, e de apoio à maternidade e à parentalidade em geral, como licença maternidade, paternidade, creches, escolas e di-

reitos trabalhistas que protejam o emprego de quem tem filhos, etc. Mais do que isso, exige uma revolução nas formas de cuidar e de trabalhar, e na divisão entre vida privada e pública.

Hoje o tema da maternidade volta a ser tratado em sua plenitude política, em parte graças à retomada pelas gerações mais jovens do conceito de justiça reprodutiva, nascido na década de 1970 do feminismo negro e latino, como discutido em vários capítulos desta coletânea, como os capítulos 2 (*Gênero, raça e classe e seus impactos na vida da mulher negra no Brasil*), 14 (*Colocar-se no centro, quando se está à margem: aspectos da desigualdade de condições dos partos domiciliares no Brasil*), 15 (*Saúde Mental de Mulheres no Ciclo Gravídico Puerperal, Políticas Públicas de Cuidado e a Importância das Redes de Suporte*), 16 (*Olhares para a Destituição do Poder Familiar a partir da Justiça Reprodutiva: um necessário caminho a percorrer*), entre outros, 17 (*A entrega voluntária de bebês para adoção: direitos, justiça (reprodutiva) e maternidade em foco*).

Medicalização e o paradoxo da assistência à saúde materna

O surgimento de uma agenda de pesquisa e ativismo com temas inovadores evidenciou a subestimação e invisibilização dos problemas na área da saúde materna. Frequentemente, não foi a academia a liderar essa agenda, mas um movimento social de surpreendente capacidade de mobilização e elaboração científica e política. Esse movimento documentou e denunciou a contradição de o país ter uma assistência universal à saúde e, no entanto, esta universalização não se refletir em uma melhora consistente dos indicadores relativos à saúde de mães e bebês.

E mais, o movimento visibilizou e tornou um tema político o alto custo da maternidade para a saúde física, emocional, social e econômica das mulheres. O sofrimento e os riscos desnecessários aos quais as mulheres são submetidas foram explicitados, e vários dos capítulos desta coletânea exploram estes temas, incluindo as contradições e injustiças.

No campo da saúde, certamente defendemos o direito universal à assistência da melhor qualidade, segura, pública e gratuita. No entanto, esta universalização, paradoxalmente, veio acompanhada também por um aumento de problemas como intervenções desnecessárias, partos

prematuros, internações em UTI neonatal e estagnação da mortalidade materna.

Esta agenda feminista crítica de ativismo e pesquisa por vezes é obscurecida pelo discurso hegemônico e neoliberal da expansão do acesso a serviços de saúde. Neste contexto, muitas vezes, mesmo de forma não intencional, o discurso do direito ao acesso se alinha acriticamente a interesses comerciais da corporação médica e da indústria farmacêutica, e na medicalização agressiva dos processos corporais femininos. Isso ocorre da menarca ao envelhecimento, não raramente levando a agravos à saúde que são pouco visíveis aos sistemas de informação (Diniz e Cabral, 2022).

Há todo um esforço em fazer visíveis estes agravos relacionados à medicalização e à falta de sua regulação, como mostram vários dos capítulos desta coletânea. As feministas críticas da medicalização do parto (em especial aquelas do Sul Global, com forte protagonismo das latino-americanas e brasileiras), denunciaram a resistência à mudança nas práticas como uma forma de violência de gênero – a violência obstétrica – a partir da década de 1990. Este tema inovador se reflete nas produções dos capítulos 8 (*A construção de uma experiência positiva de parto no Brasil: políticas, diretrizes e mobilização social*), 10 (*Para deixar a mulher "mocinha de novo" - O ensino e a prática da episiotomia e do "ponto do marido" na assistência ao parto*), 11 (*A autonomia da mulher na relação médico-paciente na assistência ao parto e no ordenamento jurídico brasileiro: distanciamento entre teoria e prática*), 15 (*Saúde Mental de Mulheres no Ciclo Gravídico Puerperal, Políticas Públicas de Cuidado e a Importância das Redes de Suporte*), entre outros.

A militância epistêmica e a infiltração feminista nas agendas institucionais de pesquisa em saúde materna

Poucas áreas do conhecimento em saúde foram tão afetadas por movimentos sociais quanto a da assistência ao parto, em sua produção científica, em suas metodologias e na sua interpretação de dados empíricos. Ainda na década de 80 do século passado, o movimento pela mudança no parto denunciava o uso irracional de tecnologia na assistência.

Estas iniciativas se apoiaram e se infiltraram no nascente movimento de avaliação tecnológica em saúde e de medicina baseada em evidências, e produziram estudos robustos que impulsionaram enormes mudanças. As feministas conseguiram convencer parceiros ao redor do mundo para alavancar uma agenda de pesquisa formulada pelas mulheres, fazendo uso político de métodos que originalmente foram pensados para drogas, como os ensaios clínicos randomizados, e as revisões sistemáticas destes ensaios, considerados o padrão ouro da pesquisa (Graham, 1997). Neste percurso foram produzidas evidências que recomendam a restrição ou mesmo a abolição da maioria dos procedimentos usados rotineiramente na assistência ao parto, como a episiotomia, a indução rotineira do trabalho de parto e o uso desregulado de drogas para a aceleração das contrações. Estas pesquisas também mostram que ter um acompanhante traz vantagens para a saúde de parturientes e recém-nascidos (e denunciam a proibição de acompanhantes no parto), expõem a irracionalidade de posições antifisiológicas no trabalho de parto e parto, bem como o tratamento desumanizado de mães e bebês, entre outros aspectos.

Este novo corpo de evidências mostrou o caráter inovador das reivindicações do movimento feminista quanto ao parto, expressas há décadas em clássicos feministas como o *Ourbodies, ourselves* (primeira edição em 1970, recentemente traduzido para o português). O movimento antecipou os achados científicos, e conseguiu comprovar que o respeito à fisiologia do parto e aos direitos das mulheres é o melhor caminho para promover a saúde materno-infantil. Este movimento criou um conjunto de demandas por justiça, e denúncias da resistência das instituições de saúde em respeitar tanto as melhores evidências como os direitos das mulheres.

As novas e velhas contradições foram deixando cada vez mais evidentes as violações dos direitos de mães e bebês e resultaram na criação do movimento contra a violência obstétrica na América Latina desde o século passado. Esse movimento floresceu internacionalmente na segunda década deste século, despertando inéditos apoios institucionais e da opinião pública. As práticas de saúde, assim, "instauram e explicitam relações sociais", de gênero, de raça e classe social, e outras hierarquias (Mattar e Diniz, 2012), como mostrado em vários dos capítulos desta co-

letânea.

Nesta obra, muitos textos expõem os desafios para fazer justiça a esta ciência inovadora. Apesar dos muitos avanços, ainda encontramos barreiras à sua implementação mesmo depois de décadas de evidências e recomendações oficiais.

A cegueira e os vieses de gênero na saúde materna

Um dos mais importantes *insights* dos estudos de gênero para a reflexão crítica sobre assistência ao parto refere-se aos vieses de gênero na produção do conhecimento, que consideram o corpo feminino como inadequado, devendo ser corrigido e tutelado em cada etapa da assistência à gravidez, ao parto e pós-parto. Esse *viés correccional* (Diniz, 2009) do corpo feminino leva a uma superestimação dos riscos de viver esses processos de forma espontânea e saudável, e a uma subestimação (e invisibilização) dos riscos de intervir sobre os processos normais. Além disso, também se traduz na subestimação (e invisibilização) dos benefícios dos processos fisiológicos, e na superestimação dos benefícios das intervenções. Isto resulta em rotinas institucionais que praticamente inviabilizam o desenrolar espontâneo do trabalho de parto, parto e pós-parto, e na opacidade e ausência de registro, de variáveis e de indicadores sobre os efeitos adversos das intervenções.

Nesta direção, vários capítulos abordam os esforços pelas mudanças na assistência, enfatizando a necessidade da retomada das atividades educativas na gravidez, como o uso de planos de parto (*capítulo 9. Implementar o Plano de Parto para que as vozes de grávidas sejam escutadas*), os padrões de informação menos ou mais enviesada encontrada na internet, (*7. Mudanças nas buscas sobre cesarea na internet: maior interesse em “como se recuperar” do que que “como prevenir”*), a educação dos profissionais de saúde para os novos modelos, (*6. Preparação para o parto para profissionais de saúde*) e o conceito inovador e fundamental do direito a uma experiência positiva no parto. (*8. A construção de uma experiência positiva de parto no Brasil: políticas, diretrizes e mobilização social*)

Estes novos temas também inspiram capítulos sobre a falta de autonomia, (*11. A autonomia da mulher na relação médico-paciente na as-*

sistência ao parto e no ordenamento jurídico brasileiro: distanciamento entre teoria e prática) os abusos no cuidado, o racismo institucional (2. Gênero, raça e classe e seus impactos na vida da mulher negra no Brasil), e as hierarquias de gênero entre profissionais, instituições e as mulheres atendidas, propondo recursos concretos para a superação das injustiças identificadas. Também questionam práticas obsoletas e abusivas como a episiotomia, e analisam a desigualdade de condições nas experiências de parto domiciliar.

No Brasil, assim como em outros países, as críticas à assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e à amamentação são alimentadas por um animado movimento social há décadas, como a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), a Rede Parto do Princípio, entre muitas outras. Em anos seguidos aqui em São Paulo fomos às ruas, diversos grupos de mulheres e simpatizantes, pelo direito a acompanhantes e por doula, contra o fechamento do curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP, na defesa de médicos que apoiavam as escolhas das mulheres que preferiam não dar à luz em hospitais, em defesa de casas de parto (eternamente ameaçadas de fechar), contra a violência obstétrica etc. Destes movimentos fizeram parte grupos feministas, profissionais de saúde, usuárias e seus bebês, famílias, Ministérios Públicos estadual e federal, movimentos populares de saúde, gestores e pesquisadores, entre outros.

Além de sua capacidade de mobilização, movimentos como a Rehuna e a Rede Parto do Princípio (entre muitos outros) têm participado da assessoria de políticas públicas e da sofisticada elaboração teórica sobre direitos das mulheres no parto, um esforço coletivo de inovação, criatividade e poder de influência, evidenciados nas reflexões desta coletânea.

Gênero e sua polissemia: diálogos

No primeiro capítulo desta coletânea (Gênero: caminhos percorridos), Fabiana Lucena, Maria Angélica Fernandes e Marian Bellamy exploram de forma sintética e elegante a reflexão conceitual acerca do que é gênero e de como esse conceito vem sendo elaborado e repensado ao longo do tempo, apresentando diversas autoras e perspectivas que são

referências nessa discussão, resultando em um ótimo texto introdutório ao tema, e não apenas à coletânea.

Nós, que pesquisamos e ensinamos no campo das relações de gênero, também enfrentamos nossos desafios, dada a polissemia do termo ‘gênero’, nascido dos estudos das mulheres e dos estudos feministas, explodindo as noções essencialistas do cânone científico que explicava a opressão feminina pela sua biologia. A partir da assim chamada segunda onda do feminismo, estes estudos documentam e analisam o caráter socialmente construído da condição feminina, da subordinação nas esferas pública e privada, da heterossexualidade compulsória, do trabalho de cuidar, da dupla moral sexual, da violência sexual e por parceiro íntimo, e claro, da vocação das mulheres para a maternidade e para o trabalho não-pago de cuidar pelo fato de poderem conceber gestar, parir e amamentar.

As autoras citadas nos capítulos desta coletânea refletem uma bem-vinda diversidade de perspectivas. Nos estudos de gênero, é frequente considerar que a assim chamada segunda onda do feminismo foi uma etapa essencialista e um tanto ingênua, superada pelo surgimento de um feminismo da diferença, mais orientado pelo pós-estruturalismo, e que este sim seria uma versão mais madura do feminismo. No entanto, compartilhamos a perspectiva de Claire Hemmings (2009), de que esta versão desmerece a chamada segunda onda (com sua ênfase no corpo, considerada ingênua, eu acrescentaria) ao posicionar feministas pós-estruturalistas como as ‘primeiras’ a desafiar a categoria ‘mulher’ como sujeito e objeto do conhecimento feminista. Pelo contrário, a politização dos fenômenos reprodutivos – e mesmo a consideração destes como parte dos direitos civis e políticos, e também dos direitos sexuais, – é uma contribuição original da segunda onda, que vem sendo atualizada com vigor pelos feminismos mais jovens. É também da segunda onda os conceitos de liberdade reprodutiva e de justiça reprodutiva, ainda na década de 1970, retomada com força pelas novas gerações, sobretudo pelo feminismo negro.

Certamente as feministas da assim chamada terceira onda trouxeram importantes contribuições, como o conceito de interseccionalidade, o foco em ideias como a teoria *queer*, e os questionamentos de expectativas e estereótipos baseados em gêneros. Uma contribuição central é, en-

tre outras autoras, a de Judith Butler, que desenvolve sua teoria do gênero como performance/performatividade, questionando o paradigma da divisão entre natural e social, sexo e gênero. Gênero, nesta perspectiva, é o que repetidamente fazemos para atender às expectativas binárias do que seria masculino ou feminino.

As consequências desta teoria, muito mais utilizada em relação à sexualidade e à explosão do binarismo sexual, ainda não foram devidamente exploradas no que diz respeito à reprodução, e este pode ser um caminho de enorme potencial analítico. Compartilhamos também as reflexões de Oh (2009) de que a maternidade complica as teorias da performatividade, que separam o sexo de gênero. Segundo a autora, a maternidade deve ser entendida como performativa, isto é, implicando uma agência autorreflexiva, mas não totalmente separável da experiência corporal e genital, dos corpos concretos das mulheres, e nós podemos acrescentar, dos homens trans.

Neste sentido, a diversidade de perspectivas desta coletânea é aqui vista como uma riqueza, capaz de estimular o diálogo, muito mais do que uma disputa pelo uso “mais correto” ou mais canônico dos conceitos de gênero.

Desconstruindo o gênero: ainda podemos falar “mulher” e “mãe”?

Descendemos de um feminismo que valoriza a diversidade humana e de perspectivas de ver o mundo. Em uma perspectiva freiriana, defendemos o diálogo amoroso e corajoso, entendendo que a crítica e a criação de mãos dadas com a ética são a energia existencial das relações dialógicas, demandando confiança, afeto e escuta mútua.

Este diálogo é fundamental pois a pergunta mais frequentemente feita nos cursos de gênero que ministramos (depois daquela sobre onde usar a palavra sexo e onde usar a palavra gênero nas tabelas) é se ainda podemos usar as palavras mulher e mãe, ou se essas palavras deveriam ser abandonadas por serem desrespeitosas com o conjunto da diversidade sexual e de gênero – levando ao risco de cancelamento de quem as usa. Mais do que isso, hoje aquelas que gostariam de usar os termos “mulher”

e “mãe” temem ser consideradas transfóbicas e evitam o termo a todo custo, num processo de autocensura.

Por diversos motivos, principalmente depois dos últimos anos de governo de extrema-direita, para a opinião pública nos últimos anos, o debate de gênero parece se referir muito mais à diversidade sexual e de gênero, do que às questões trazidas pela politização historicamente feita pelo feminismo, como problematizar as relações heterossexuais, ou a violência institucional contra as mulheres no serviço de saúde.

Entendemos que o gênero (um papel social), a identidade de gênero (um sentido interior de si mesmo e que pode ou não ter a ver com a orientação sexual) e o sexo (uma categoria reprodutiva, relativa ao sexo/gênero biológico ou designado ao nascimento) são dimensões distintas. Para várias autoras, a remoção da linguagem “sexada” (mulher, mãe) das discussões relacionadas com a reprodução feminina tem sido feita com a melhor intenção de levar em conta as necessidades individuais e promover o acolhimento e a inclusão das pessoas trans, o que é um objetivo primordial.

Temos evitado a linguagem sexada, no entanto reconhecemos que esta abordagem solidária e bem-intencionada pode resultar em consequências não intencionais com repercussões importantes para mulheres e crianças. Como extensamente documentado pelo trabalho de Gribble e outras autoras (Gribble *et al*, 2022), estas consequências incluem: desumanização, pela redução das pessoas aos seus órgãos; imprecisão de indicadores, pela inclusão de indivíduos que deveriam ser excluídos e inclusão dos que deveriam ser excluídos; e inúmeros problemas de comunicação. As autoras também documentam que evitar a utilização do termo “mãe” no seu sentido específico em vários contextos tem acarretado o risco de diminuir o reconhecimento e o direito à proteção da relação mãe-bebê.

Como feministas, reconhecemos o direito de todas as pessoas de se identificarem como quiserem do ponto de vista da sua orientação sexual e identidade de gênero, e nos colocamos para a solidariedade, o diálogo e a colaboração para construir serviços de saúde que sejam amigáveis a toda a diversidade humana. Nesta agenda inovadora, dois dos capítulos desta coletânea enfrentam este desafio analisando a experiência da ma-

ternidade lésbica (12. “*A pulseirinha do papai*: heteronormatividade na assistência à saúde materna prestada a casais de mulheres em São Paulo) e da paternidade dos homens trans, (13. *Políticas públicas de gestação, práticas e experiências discursivas de gravidez transmasculina*). Os textos exploram como esses novos sujeitos buscam navegar por serviços de saúde, que ainda precisam se atualizar e se transformar para garantir este acolhimento.

“Mulher”, “mãe”, essencialismos, e essencialismo estratégico

Por essencialismo entendemos a ideia da atribuição de qualidades fixas, imutáveis e determinadas pela biologia, que caracterizaria o que é feminino e o que é masculino, baseado em um entendimento binário homem-mulher. Neste sentido, é fácil entender aquilo que chamamos do “essencialismo da Mãe Natureza”, aquele que equivale a condição feminina a uma vocação inata para a reprodução e o trabalho do cuidado. No entanto, é menos intuitivo entender o “essencialismo da tragédia biológica feminina”, que é a crença generalizada de que o corpo feminino é defeituoso e deve ser corrigido através das intervenções médicas, ou de que estas intervenções são sempre benéficas, não o resultado de construções sociais que frequentemente prejudicam as mulheres. Apesar das décadas de lutas, persiste em muitos contextos uma cultura discriminatória, punitiva e correccional dirigida às mulheres, caracterizada por uma relação profissional-usuário autoritária, com tratamento discriminatório, desumano ou degradante (Brasil, 2014).

Muitas vezes, pessoas que são críticas ao essencialismo da “mãe natureza” acatam acriticamente a noção de que o corpo feminino se beneficia dessas correções, e interpretam estas “correções” e sofrimentos como benefícios, dos quais as mulheres não podem prescindir, levando aceitação do discurso medicalizado como algo neutro e benigno. Muitos dos capítulos desta coletânea abordam criticamente esta correção médica e cirúrgica, desde os tratamentos de fertilidade (5. *A Nova Era do Gelo: as tecnologias reprodutivas e o congelamento de óvulos*), do parto cirurgificado (cesárea e episiotomia de rotina), como o capítulo 10 (*Para*

deixar a mulher "mocinha de novo" - O ensino e a prática da episiotomia e do "ponto do marido" na assistência ao parto), entre outros.

Aqui queremos trazer o conceito de “essencialismo estratégico” de Gayatri Spivak, usado com menos ou mais ênfase em vertentes feministas pacifistas e ambientalistas, e que pode se mostrar especialmente útil no campo da saúde materna. No âmbito das chamadas lutas de identidade, em muitas situações observamos uma apropriação estratégica do conceito de “essência”. O termo essencialismo estratégico é empregado para descrever a maneira pela qual conceitos ‘essencializados’ podem ser usados com o objetivo de disputar e assegurar direitos. A expressão, com seu potencial performativo, continua a ser amplamente adotada por diversos grupos políticos, pois embora reafirme estereótipos, a essencialização não se reveste apenas de seu caráter negativo. Pode ser utilizada como elemento de coesão na reivindicação de direitos, para uma consequente desconstrução de cenários opressivos, como por exemplo, nas políticas de cotas raciais na universidade.

No entanto, não é uma solução mágica para nossas muitas contradições, e a própria Spivak (2010) nos alerta para a necessidade de uma vigilância e descolonização epistêmica, uma atenção às escolhas, análises e teorias quanto à sua coerência, e seus objetivos políticos.

Neste sentido, as palavras *mulher* e *mãe*, como termos políticos, têm um uso estratégico, paradoxalmente, para recuperá-los das despolitizações essencialistas a que têm sido submetidos. Por exemplo, quando falamos de “direitos maternos”, não desconhecemos as enormes diferenças e hierarquias reprodutivas e sexuais que diferenciam as mães – as pobres, negras, solteiras, migrantes, lésbicas, homens trans pais e aquelas com necessidades especiais ou patologias -, mas sim enfatizamos que reivindicamos a condição humana plena para todas as pessoas gestantes e parturientes – onde antes havia apenas a condição de pélvis ambulante a ser tutelada, corrigida e abusada. Esta coletânea contribui lindamente nesta direção.

Uma ótima leitura!

Referências

Diniz CSG, Cabral CS. Reproductive health and rights, and public policies in Brazil: revisiting challenges during covid-19 pandemics. *Global Public Health*. 2022; 17(11): 3175-3188.

Graham ID. Episiotomy: Challenging obstetric interventions. Oxford: Blackwell Science; 1997.

Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Nossos corpos por nós mesmas. Coordenação da tradução de Érica Lima e Janine Pimentel. 1ª. ed. J. Casa Literária; 2021.

Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2012; 16: 107-120.

Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Journal of Human Growth and Development*. 2009; 19 (2): 313-326.

Hemmings C. Contando estórias1 feministas. *Revista Estudos Feministas*, v. 17, p. 215-241, 2009.

Oh I. The performativity of motherhood: Embodying theology and political agency. *Journal of the Society of Christian Ethics*, p. 3-17; 2009.

Gribble KD et al. Effective communication about pregnancy, birth, lactation, breastfeeding and newborn care: the importance of sexed language. *Frontiers in Global Women's Health*. 2022; 3, p: 3.

Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. "CADERNOS HUMANIZA SUS: Humanização do parto e do nascimento."; 2014.

Spivak G. Crítica da Razão Pós Colonial: por uma história de um presente fugidio. São Paulo: Editora Filosófica Politéia; 2022.