

**UFRRJ**

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
CIÊNCIAS SOCIAIS**

**DISSERTAÇÃO**

**INTERPRETAÇÕES, PRÁTICAS E DISPUTAS A RESPEITO DO  
PARTO E NASCIMENTO: UMA ANÁLISE SOBRE A CULTURA  
DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO EM MÍDIAS SOCIAIS**

**ARIENE ALMEIDA GOMES**

**2021**



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS  
SOCIAIS**

**INTERPRETAÇÕES, PRÁTICAS E DISPUTAS A RESPEITO DO  
PARTO E NASCIMENTO: UMA ANÁLISE SOBRE A CULTURA  
DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO EM MÍDIAS SOCIAIS**

**ARIENE ALMEIDA GOMES**

*Sob a Orientação da Professora*

**Naara Lúcia de Albuquerque Luna**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências Sociais**, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais.

Seropédica, RJ

Dezembro de 2021

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Biblioteca Central / Seção de Processamento  
Técnico

Ficha catalográfica elaborada  
com os dados fornecidos pelo(a)  
autor(a)

G633i Gomes, Ariene Almeida, 1992-  
Interpretações, práticas e disputas a respeito do parto e  
nascimento: uma análise sobre a cultura da humanização do parto  
em mídias sociais / Ariene Almeida Gomes. - Rio de Janeiro, 2021.  
162 f.: il.

Orientadora: Naara Lúcia de Albuquerque Luna.  
Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural do Rio  
de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais ,  
2021.

1. Parto humanizado. 2. Violência obstétrica. 3. Mídias  
sociais. 4. Doulas. I. Luna, Naara Lúcia de Albuquerque , 1966-  
orient. II Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**ARIENE ALMEIDA GOMES**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre**, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Área de Concentração em Ciências Sociais.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 16/12/2021

**Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020**, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso a folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da tese / dissertação

---

Naara Lúcia de Albuquerque Luna. Professora Dr.<sup>a</sup> - UFRRJ  
(Orientadora)

---

Eliane Portes Vargas. Professora Dr.<sup>a</sup> - FIOCRUZ

---

Moema de Castro Guedes. Professora Dr.<sup>a</sup> - UFRRJ



Emitido em 21/12/2021

TERMO Nº 1354/2021 - PPGCS (12.28.01.00.00.00.91)

(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

*(Assinado digitalmente em 21/12/2021 17:34)*

MOEMA DE CASTRO GUEDES  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
CoordCGCS (12.28.01.00.00.00.70)  
Matrícula: 1865097

*(Assinado digitalmente em 22/12/2021 13:12)*

NAARA LUCIA DE ALBUQUERQUE LUNA  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DeptCS (12.28.01.00.00.00.83)  
Matrícula: 1662985

*(Assinado digitalmente em 11/02/2022 16:41)*

ELIANE PORTES VARGAS  
ASSINANTE EXTERNO  
CPF: 455.030.796-04

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufrj.br/documentos/> informando seu número:  
1354, ano: 2021, tipo: TERMO, data de emissão: 21/12/2021 e o código de verificação: c02d0dcd8e

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação à minha amada avó Cremilda, vítima do Covid-19. Para sempre em meu coração.

## AGRADECIMENTOS

Que jornada! Agradeço a Deus por ter me concedido o privilégio de vivê-la! Foram tantas experiências, desafios e conquistas, e a cada passo do caminho eu pude ver a manifestação do favor de Deus em minha vida. Sou grata pela esperança da promessa depositada em meu coração, e pela benção de vê-la se cumprindo, *“porque Deus é fiel para cumprir sua promessa”*.

Ao meu amado pai agradeço pelo encorajamento contínuo, por me incentivar a nunca desistir dos meus sonhos, pelas suas lições de fé, ousadia e confiança na graça de Deus. À minha amada mãe agradeço pelo colo nos momentos de tristeza e cansaço, pela cobertura espiritual através de suas orações, pela sua dedicação à minha educação desde a infância. Eu não teria conseguido concluir essa etapa sem o suporte de vocês. Sua fé, sua coragem, sua generosidade, seu coração abençoador, seu olhar sensível ao próximo me inspiram todos os dias a procurar ser uma pessoa melhor. Serei eternamente grata por sonharem comigo e me ajudarem a realizar esse sonho. Essa conquista também é de vocês!

Aos meus irmãos, Ronaldo e Juliene, agradeço pela parceria de vida. A eles e meus cunhados, Bruna e Matheus, agradeço pela companhia, ajuda com os estudos, risadas e momentos de descontração. Obrigada por ouvirem meus desabafos e nunca deixarem de me apoiar. Sem vocês tudo teria sido muito mais difícil. À minha menina, minha amada sobrinha, Cecília, agradeço por encher a minha vida de alegria com seus abraços, suas gargalhadas e seu jeitinho cheio de “personalidade”. Seu amor tem sido abrigo e força para a caminhada. Agradeço ao Fred, mascote da família, pela companhia nas madrugadas de estudo e escrita.

Agradeço aos meus familiares pelo o afeto e pelas palavras de incentivo. Aos meus meninos, Pietro, Davi e Benjamim, agradeço pela doce presença em minha vida. O nascimento de cada um de vocês me impactou de tal forma que, inclusive, se entrelaçou ao meu desenvolvimento enquanto pesquisadora, encerrando bloqueios criativos e me fazendo tomar o fôlego necessário para avançar com os estudos.

Agradeço aos meus irmãos e irmãs de fé pelas orações e cobertura espiritual. Agradeço aos meus amigos pela cumplicidade e apoio que tornam a vida mais bonita e feliz.

Agradeço a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Naara Luna por me orientar durante essa jornada. Seu incentivo foi essencial para que eu decidisse cursar o mestrado. Gratidão eterna pela generosidade de suas contribuições, sua dedicação e seu apoio para que eu seguisse com a vida acadêmica e realizasse esta pesquisa.

Agradeço a banca, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliane Vargas e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Moema Guedes, por terem aceitado o convite, e pelas suas críticas, comentários e contribuições à pesquisa.

Agradeço a UFRRJ pela abertura de portas para estudantes de diferentes classes sociais e econômicas. Sou grata ao PPGCS/UFRRJ por me conceder a oportunidade de integrar seu corpo docente. Meu muito obrigada aos colegas, professoras e professores pelos ensinamentos e experiências compartilhadas, pelas contribuições à pesquisa, e, principalmente, pela inspiração para seguir na vida acadêmica. Também agradeço ao Lima, secretário do PPGCS, por sua gentileza e paciência, por sempre estar disposto a ajudar.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

A todos e todas, de coração, muito obrigada!

## RESUMO

GOMES, Ariene Almeida. **Interpretações, práticas e disputas a respeito do parto e nascimento: uma análise sobre a cultura da humanização do parto em mídias sociais.** 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2021

O presente trabalho tem por objetivo investigar como ativistas, profissionais e adeptos do parto humanizado propagam ideais desse movimento em mídias sociais, promovendo e forjando uma nova cultura de parto. Tomo por objeto mídias sociais, sites e perfis na rede social Instagram dos seguintes grupos conectados ao movimento da humanização do parto: Adoulasrj – Associação de doulas do Rio de Janeiro; Coletiva Mãe na Roda; Makota terapia ancestral; Grupo Ilê materno; Ishtar (núcleos periféricos); e a página “O renascimento”. A metodologia utilizada teve como referência o uso de pesquisa bibliográfica; pesquisa documental; e de pesquisa netnográfica, analisando-se mídias sociais de grupos de adeptos do movimento pelo parto humanizado, e apresentando em complemento matérias jornalísticas online com a cobertura do cenário obstétrico brasileiro. A pesquisa inclui a observação da 5ª Convenção Nacional de Doulas no ano de 2019. O referencial teórico que norteia esta pesquisa são estudos da Antropologia do Corpo e da Saúde, além de pesquisas na área da saúde coletiva sobre assistência e violência obstétrica. Apresenta-se uma análise e percurso histórico-cultural de formação da assistência obstétrica brasileira, destacando o contexto de hospitalização e medicalização do parto; os movimentos de resistência à essa medicalização; e o atual cenário da assistência obstétrica brasileira, focando-se no movimento de humanização do parto e no problema da violência obstétrica. Em seguida, é feita uma análise dos achados da pesquisa netnográfica em mídias sociais de ativistas, adeptos e profissionais do parto humanizado. Este estudo caracteriza o ofício das doulas e sua atuação como mediadoras da pedagogia de parto humanizado; são analisados os discursos coletados na página “O Renascimento” na rede social Instagram; e descreve-se a atuação de coletivos de doulas que se organizam a partir de uma perspectiva de doulagem periférica e afrocentrada. Como resultados, verificou-se que o campo obstétrico é caracterizado por um cenário de tensão e disputas entre as categorias profissionais que o formam e os ideais, práticas e discursos que as mesmas mobilizam. Ademais, algumas mulheres com acesso limitado a saberes instituídos sobre seu corpo têm se mobilizado de forma a reverter essa situação de dominação, buscando recuperar o protagonismo na escolha pelo tipo de assistência obstétrica que desejam. Esses conflitos, assim também, como a fusão ou separação de discursos por um parto mais “natural” e de combate à violência obstétrica, se estabelecem orientados por valores socioculturais e hierarquias de poder, como relações raciais e de classe social. Além disso, observou-se como no campo virtual procura-se construir um espaço de sociabilidade entre um público, em sua maioria, formado por mulheres que serão orientadas a partir de concepções que fundamentam o ideário da humanização do parto. As doulas figuram nesse contexto como dispositivo de pedagogia de parto humanizado, mediando o acesso a saberes e práticas de saúde, e adaptando-os ao público que desejam alcançar. Nesse espaço, os saberes e práticas que formam a pedagogia de parto humanizado são estabelecidos numa espécie de negociação entre tradição e ciência, e concepções de natureza e cultura.

**Palavras-chave:** Parto humanizado; Violência obstétrica; Mídias sociais; Doulas

## ABSTRACT

GOMES, Ariene Almeida. **Interpretations, practices and disputes about labor and birth: an analysis of the culture of the delivery humanization in social media.** 2021. Dissertation (Masters in Social Sciences) – Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica. RJ. 2021.

This research aims to investigate how activists, professionals and supporters of humanizing delivery propagate ideals of this movement in social media, promoting and forging a new culture of childbirth. I take as object social media, websites and profiles on the social network Instagram of the following groups connected to the movement for the delivery humanization: Adoulasrj – Association of doulas of Rio de Janeiro; Coletiva Mãe na Roda; Makota Terapia Ancestral; Grupo Ilê Materno; Ishtar (peripheral centers); and the page “O renascimento”. The methodology used was based on bibliographic research; documentary research; and netnographic research, analyzing social media of groups of supporters of the movement for the delivery humanization, and presenting online journalistic reports with coverage of the Brazilian obstetric scenario as a complement. The research includes observation of the 5th National Doulas Convention in 2019. The theoretical framework that guides this research are studies of the Anthropology of the Body and Health, as well as research in the area of collective health about assistance and obstetric violence. An analysis and historical-cultural path of formation of Brazilian obstetric care is presented, highlighting the context of hospitalization and medicalization of childbirth; the movements of resistance to this medicalization; and the current scenario of Brazilian obstetric care, focusing on the movement for the delivery humanization and the problem of obstetric violence. Then, an analysis is made of the findings of netnographic research in social media of activists, supporters and professionals of humanizing delivery. This study characterizes the craft of doulas and their performance as mediators of the pedagogy of humanizing delivery; the discourses collected on the page “O Renascimento” on the social network Instagram are analyzed; and the performance of doulas’ collectives that organize themselves from a peripheral and afro-centered “doulaing” perspective is described. As a result, it was found that the obstetric field is characterized by a scenario of tension and disputes between the professional categories that form it and the ideals, practices and discourses that they mobilize. Besides, some women with limited access to established knowledge about their bodies, have mobilized in order to reverse this situation of domination, seeking to recover the protagonism in choosing the type of obstetric care they want. These conflicts, as well as the fusion or separation of discourses for a more “natural” birth and to combat obstetric violence, are guided by sociocultural values and power hierarchies, such as racial and social class relations. In addition, it was observed how in the virtual field an attempt is made to build a space for sociability among a public, mostly made up, of women who will be guided by conceptions that are the basis of humanizing delivery ideals. Doulas figure in this context as a device of humanizing delivery pedagogy, mediating access to knowledge and health practices, and adapting them to the audience they want to reach. In this space, the knowledge and practices that form the pedagogy of humanizing delivery are established in a kind of negotiation between tradition and science, and conceptions of nature and culture.

**Key words:** Humanizing delivery; Obstetric violence; Social media; Doulas

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

ADOULAS RJ	Associação de Doulas do Rio de Janeiro
ANDO	Associação Nacional de Doulas
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CONADOULA	Convenção Nacional de Doulas
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
EPIs	Equipamentos de proteção individual
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Fenadoulas-BR	Federação Nacional de Doulas do Brasil
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MBE	Medicina Baseada em Evidências
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PAISM	Programa de Assistência Integral  Saúde da Mulher
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PNH	Política Nacional de Humanização
Pós-PSD	Pós - Parto Sem Dor
PSD	Parto Sem Dor
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SUS	Sistema nico de Saúde
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	12
1 PARIR NO BRASIL: CENÁRIO HISTÓRICO-CULTURAL DO CAMPO OBSTÉTRICO.....	19
1.1 A saúde sexual e reprodutiva da mulher sob o cuidado médico: a constituição da Ginecologia e da Obstetrícia .....	19
1.2 Disputas em torno da medicalização e hospitalização do parto .....	28
1.3 Dissensões no campo médico: o Movimento pelo Parto Sem Dor (PSD) .....	40
1.4 O movimento pela humanização do parto e nascimento.....	46
1.5 Diagnósticos sobre a situação da assistência obstétrica no Brasil.....	56
1.6 A violência obstétrica .....	60
2 CULTURA E ATIVISMO DO PARTO HUMANIZADO NAS MÍDIAS SOCIAIS 73	
2.1 Pesquisa netnográfica e as impressões sobre/ no campo virtual .....	74
2.2 Propagação da pedagogia de parto humanizado online .....	77
2.2.1 Doulas como dispositivo da pedagogia de parto humanizado .....	77
2.2.2 Cultura de parto humanizado online: notas sobre a experiência da página <i>O Renascimento</i> no Instagram.....	92
2.2.3 Aspectos ritualísticos na pedagogia de parto humanizado.....	113
2.3 (Re)elaborações para uma “humanização” possível: doulagem periférica e afrocentrada.....	119
2.3.1 Mãe na roda.....	127
2.3.2 Makota terapia ancestral .....	129
2.3.3 Ilê materno.....	132
2.3.4 Ishtar RJ .....	136
2.3.5 Considerações gerais a respeito dos grupos periféricos e afrocentrados	140
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	149
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por objetivo investigar como adeptos, ativistas e profissionais do parto humanizado divulgam em mídias sociais ideais desse movimento ao fazerem uso desse formato de mídia como mediador de novas práticas culturais no contexto brasileiro. Neste sentido, a investigação considera como se estabelecem e se desenvolvem determinados conhecimentos, práticas e formas de cuidado no campo da assistência obstétrica. Esse estudo será desenvolvido a partir da observação e coleta de dados de informações compartilhadas em espaços virtuais, analisando-se mídias sociais e sites na internet de grupos de adeptos do movimento pelo parto humanizado; e citando-se matérias jornalísticas online com a cobertura do atual cenário obstétrico brasileiro. Além de produzir uma dinâmica própria interessante de ser investigada, o ciberespaço parece ser importante para exposição de modelos de assistência ao parto; para a inclusão das mulheres nas discussões sobre saúde sexual e reprodutiva e assistência obstétrica (PORTELA, 2016); e para a potencialização da promoção de ideais do movimento de humanização do parto. Dessa maneira, serão expostas características da assistência obstétrica brasileira, focando-se na importância da sua relação com o movimento pela humanização do parto e o problema da chamada violência obstétrica.

Entende-se que o referido campo é caracterizado por um cenário de tensão e disputas entre as categorias profissionais que o formam e os ideais, práticas e discursos que as mesmas mobilizam. De um lado, profissionais defendendo o modelo estabelecido de medicalização do parto. Do outro lado, algumas mulheres com acesso limitado a saberes instituídos sobre seu corpo têm se mobilizado de forma a reverter essa situação de dominação, buscando recuperar o protagonismo na escolha pelo tipo de assistência obstétrica que desejam e recebem. Com interesse pela área da Obstetrícia e da Ginecologia, pude perceber como o âmbito sociocultural afetou a instituição dessas áreas médicas. Considerando que na sociedade brasileira, de modo geral, tem se privilegiado o parto mais medicalizado, acredito que seria interessante analisar quais atores mobilizam esse cenário de disputas e se o mesmo é mobilizado por pessoas de diferentes estratos sociais e suas respectivas demandas. Outro aspecto a ponderar é o

contexto crítico de violência obstétrica: a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo<sup>1</sup>apontou que 25% das mulheres que tiveram partos normais nas redes pública e privada relataram terem sofrido maus-tratos durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto. Nesse sentido, propõe-se apresentar um estudo para compreender as práticas e os saberes de atenção ao parto produzidos pelos profissionais da saúde e grupos ativistas do parto humanizado em suas dinâmicas e contradições, presenças e ausências. Pretende-se assim apreender como e partir de que se expressam e se estabelecem, com base nessas práticas e conhecimentos, concepções sobre maternidade, gravidez e parto na sociedade brasileira. Desse modo, acredito que se pode observar como critérios de classificação de pessoas e distinção de procedimentos que estão presentes nos diferentes paradigmas de assistência obstétrica no Brasil são baseados em aspectos e valores socioculturais, promovendo desigualdades.

Dito isto, apresentarei algumas considerações sobre a atuação profissional de doulas. Abordarei aspectos do ofício das doulas analisando como as mesmas produzem e divulgam em mídias sociais informações sobre educação perinatal baseadas pelos ideais do movimento pela humanização. Nesse sentido, considerarei as doulas como dispositivo de pedagogia de parto humanizado, ou seja, como mediadoras dos saberes e práticas de preparação para o parto humanizado, as quais têm como objetivo forjar uma nova cultura de parto. Buscando entender o ato de doular em seu papel de mediação, considerarei fatores condicionantes que levaram mulheres à escolha por essa prática e os desafios e limites que essa prática impõe. Exercendo seu ofício, essas profissionais apresentam e revelam características e conflitos internos e externos ao movimento pela humanização do parto, e da atenção obstétrica no Brasil.

Acredito que essa perspectiva muito contribui para analisar as nuances do movimento de humanização do parto e sua relação com a classe médica e a sociedade. Dessa mesma maneira, me possibilita enxergar as presenças e ausências do movimento de humanização do parto no ativismo por direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, assim como os conflitos e abrangências dos referenciais teóricos em que se fundamenta a sua atuação. Pressuponho que esses conflitos, assim também, como a fusão ou separação de discursos por um parto mais “natural”; e de combate à violência obstétrica,

---

<sup>1</sup> Pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo, e divulgada em 2010.

se estabelecem orientados, muitas vezes, por hierarquias e assimetrias de poder, como relações raciais e de classe social.

Considero ser relevante investigar o movimento pela humanização do parto no Brasil a partir de sua dinâmica particular na internet, pois, conforme apontarei ao longo desse texto, a utilização do ciberespaço parece ter sido essencial para sua fundação e desenvolvimento. Além do fato de ser um movimento de crítica surgido no interior do campo médico, essa circunstância de antemão demonstra o caráter elitizado da composição desse movimento, expondo como o mesmo concentra sua atuação em determinados setores da sociedade. Entretanto, como será exposto, a atual popularização dos ideais desse movimento a partir da atuação de alguns ativistas e, dentre outros acontecimentos, da sua divulgação em diferentes formatos de mídias tem resultado em uma aproximação, mesmo que tímida, de mulheres de classes populares. Essa aproximação acolhe atores, perspectivas e demandas que diferem das que pareciam estar cristalizadas no movimento, e evidencia tensões e conflitos internos e externos ao mesmo e ao campo da atenção obstétrica como um todo. Portanto, privilegiar esse tipo de abordagem metodológica e ter como interlocutoras ou objetos de pesquisa profissionais como as doulas – que possuem uma atuação relevante, mas parecem ocupar uma posição marginalizada no movimento – me concede a oportunidade de explorar questões sobre parto humanizado, violência obstétrica e o cenário obstétrico nacional.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho teve como referência o uso de pesquisa bibliográfica; pesquisa documental; e de pesquisa de campo netnográfica. A observação e coleta de dados se deu a partir da análise de informações compartilhadas em espaços virtuais, apresentando em complemento matérias jornalísticas online com a cobertura do cenário obstétrico brasileiro; e analisando-se mídias sociais na internet de grupos de adeptos do movimento pelo parto humanizado, a fim de verificar as representações e controvérsias mais frequentes a respeito dos temas que envolvem esta pesquisa. Com base na observação da 5<sup>o</sup> Convenção Nacional de Doulas (Conadoula) ocorrida em 2019, na cidade do Rio de Janeiro, teço considerações sobre as disputas envolvendo essa categoria. Uso como principal referencial teórico estudos da Antropologia do Corpo e da Saúde, além de pesquisas na área da saúde coletiva sobre assistência e violência obstétrica. Ao tratar da cultura de parto humanizado online tomo como objeto mídias sociais, sites e perfis na rede social

Instagram dos seguintes grupos conectados ao movimento da humanização do parto: Adoulasrj – Associação de doulas do estado do Rio de Janeiro; Coletiva Mãe na Roda; Makota terapia ancestral; Grupo Ilê materno; Ishtar núcleos periféricos; e a página “O renascimento”. As notícias e reportagens citadas são pertencentes ao portal Globo.com; e jornal O Estado de São Paulo (Estadão).

A partir dos estudos e informações apresentadas pode-se perceber como o campo da atenção obstétrica sempre foi marcado por disputas e tensões entre ideias e práticas ordenadas por ideários, reflexões e insurgências características de cada contexto histórico/época. Interessa descrever e analisar as principais características e os embates que marcam o atual momento da atenção obstétrica no Brasil, dando foco ao movimento pela humanização do parto, considerando as questões filosóficas e científicas que o fundamentam, e o problema da violência obstétrica; as interpretações que os adeptos e não adeptos de tal movimento fazem do mesmo; e como o movimento promove e deseja forjar uma nova cultura de parto, fazendo uso, principalmente, das mídias sociais como dispositivo de “boa assistência”. De modo geral, o objetivo da investigação é observar e compreender como esse campo de disputa de poder, práticas e saberes (re)elabora, mobiliza e concilia noções de natureza e cultura, tradição e ciência, e humanização. Essas noções acabam por fundamentar protocolos de atendimento, políticas públicas, projetos de lei e diretrizes que estruturam a atenção obstétrica. Portanto, acredito ser de suma importância compreendê-las para propor mudanças que auxiliem na melhora do sistema de saúde da mulher e saúde pública como um todo, e problematizar as mudanças que já tem sido feitas.

A escolha do tema a ser estudado também se deu em razão de questões que me chamavam a atenção antes mesmo da graduação em Ciências Sociais. Com um gosto por ouvir histórias, sempre perguntava às mulheres da família e amigas próximas como foram suas experiências de gravidez e de parto. Me interessavam todos os detalhes sobre esses assuntos, e sempre que surgia alguma dúvida, não me acanhava em encher de perguntas, principalmente minha mãe e minha avó paterna. Muito me intrigava a naturalidade com que descreviam as inúmeras situações de agressão física e emocional a que foram submetidas, principalmente, no momento do parto normal. Nunca me esquecerei de uma das dicas ouvidas nas conversas sobre parto entre as mulheres e amigas da família: “Não pode gritar. Tem que aguentar a dor calada o máximo que conseguir!” - todas concordavam; “Se você gritar vai ser deixada de lado pelas

enfermeiras e os médicos, vai ser a última a ser atendida!”. Nessa mesma conversa, minha mãe contou que em um de seus partos tentou alertar sobre esse fato a uma das mulheres com quem dividia a enfermaria em que estava internada. Porém, a mulher que estava aos gritos, não conseguia absorver nenhum tipo de conselho naquele momento tão delicado.

Um fato interessante é que com o passar do tempo, as histórias sobre parto normal foram se tornando cada vez mais difíceis de se encontrar, dando lugar a histórias de parto cesariana. Sempre me perguntava como situações violentas no momento do parto eram encaradas como algo normal à que todas as mulheres que parissem estariam sujeitas a passar. Outra questão que me inquietava era a crescente popularização da visão do parto normal como algo inadequado, primitivo, e da visão da cesariana como alternativa mais saudável e adequada às mulheres modernas. Acreditava que seria importante entender como e, talvez, por que motivo essas mudanças estavam acontecendo.

Outras questões e reflexões teóricas que se relacionavam a esse tema me acompanharam durante toda a graduação em Ciências Sociais, conduzindo-me ao final objetivo de pesquisa para o trabalho de conclusão de curso: abordar as características do movimento pela humanização do parto no Brasil e de seus adeptos, retratando as perspectivas que envolvem a escolha pelo parto humanizado a partir de relatos de parto publicados em sites da internet, mais precisamente, na rede social Facebook. Há algum tempo eu já observava como grupos de adeptos e ativistas do parto humanizado divulgam suas informações em páginas e grupos no Facebook, e pensei que seria interessante analisar o modo como eles se relacionavam naquela rede social. Observei que aquele espaço de sociabilidade possibilitava o estabelecimento de uma rede virtual de acolhimento, empoderamento e companheirismo entre mulheres. Muitos dos textos e imagens das publicações eram voltados à exaltação da “natureza feminina” e do parto natural, da sua poderosa – como as usuárias da rede social entendiam – capacidade de gestar e parir naturalmente. Com o ingresso no curso de mestrado segui buscando aprofundar os estudos sobre a temática do parto, explorando outras possibilidades de abordagem, e visando colaborar com estudos sobre saúde, natureza e cultura, corpo e direitos sexuais e reprodutivos.

Por fim, muito também me intriga o modo como as pessoas – pertencentes ou não ao campo acadêmico das ciências sociais ou de outras áreas – reagem quando revelo

ter como objeto de estudo o tema da gravidez e do parto. Muitos perguntam se sou mãe – e se assustam com resposta negativa –; se já sofri violência obstétrica; qual é o motivo de ter a gravidez e o parto como objeto de estudo; se existem estudos na área das ciências sociais sobre esse tema; se isso não é assunto restrito a área da saúde... Enfim, fazem muitas perguntas, e muitas vezes revelam como esse tema, e os problemas que o envolvem, são vistos como somente do interesse das mulheres – principalmente mulheres que são mães –; e de estudos na área da saúde. Também me questionam se existe mesmo um problema no modelo de assistência obstétrica e qual ele é, demonstrando a falta de informação sobre o mesmo e/ou como as inúmeras situações adversas que a mulheres grávidas enfrentam ao buscar assistência médica são vistas como algo comum, habitual.

Dessa maneira, considero importante a intenção desta pesquisa em elaborar um estudo no campo das ciências sociais a respeito da referida temática. Assim, procura-se ocupar um espaço de discussão, colaborando significativamente, a partir do olhar diferenciado das ciências sociais e da pesquisa em mídias sociais, para a ampliação de estudos sobre corpo, reprodução, parto e maternidade, e para o debate sobre políticas públicas a respeito de saúde reprodutiva e direitos reprodutivos e sexuais. São expostas, desse modo, questões e problemas presentes na área de saúde pública brasileira proporcionando reflexões que não se restringem à mesma.

No primeiro capítulo apresento uma análise e percurso histórico do desenvolvimento do modelo hegemônico de Ginecologia e Obstetrícia brasileiro, discorrendo sobre o processo de medicalização e hospitalização do parto, o que acredito permitir visualizar como certos padrões e práticas se instituem, influenciando diretamente no modo como as mulheres se relacionam com seu corpo e, assim por diante, com a sociedade. A partir da elucidação do contexto histórico-cultural de formação da atenção obstétrica brasileira, busco analisar mais precisamente seu atual momento, destacando a influência do movimento pela humanização do parto e da questão da violência obstétrica. Portanto, pretendo analisar as principais mudanças ocorridas no campo da assistência ao parto e nascimento no Brasil ao longo de seu desenvolvimento e em seu atual cenário. Assim, tenho como objetivo geral expor a partir de que fatores se estabelecem as suas práticas e conhecimentos, e de que modo essas práticas e conhecimentos, baseadas, principalmente, por uma visão compartimentada da relação natureza-cultura, influenciam e refletem em questões,

padrões e problemas, como o problema da violência obstétrica, na área da saúde pública brasileira e, conseqüentemente, na vida em sociedade.

No segundo capítulo farei uso de minha pesquisa netnográfica, apresentando algumas das informações coletadas em espaços virtuais sobre profissionais, ativistas e adeptos dos ideais do parto humanizado. Esses dados coletados em sites e mídias sociais corroboram informações dos estudos referenciados neste trabalho e apontam para outras questões que requerem serem exploradas e aprofundadas. Exponho como adeptos, ativistas e profissionais do parto humanizado divulgam nas mídias sociais ideais desse movimento, fazendo uso desse formato como mediador de novas práticas culturais. Caracterizo o ofício das doulas e sua atuação como mediadoras da pedagogia de parto humanizado em espaços físicos e virtuais. Em seguida, examino os discursos coletados na página “O Renascimento” na rede social Instagram. Por fim, apresento alguns apontamentos sobre questões observadas a respeito do trabalho das doulas e os temas violência obstétrica e racismo obstétrico quando estive presente na 5º Convenção Nacional de Doulas (Conadoula), e descrevo a organização de coletivos de doulas com uma perspectiva periférica e afrocentrada. Percebo que, dentre as variadas mensagens comunicadas pelos adeptos da humanização do parto, há uma forte mensagem de busca por um autoaperfeiçoamento que se baseia por noções de saúde, ciência, bem-estar e espiritualidade. Os propagadores dessa mensagem moldam-na a partir do recorte de classe social e cor/raça a que pertencem e a que desejam alcançar.

# **1 PARIR NO BRASIL: CENÁRIO HISTÓRICO-CULTURAL DO CAMPO OBSTÉTRICO**

Neste capítulo me proponho a apresentar um panorama dos espaços e significados do parto, da Ginecologia e Obstetrícia, como ciência médica da mulher, assim como suas principais variações e transformações sofridas ao longo do tempo, que foram mais intensas durante os séculos XIX e XX. Fazem parte deste cenário, principalmente, as disputas e mudanças em torno da profissionalização dos responsáveis pela assistência ao parto; a medicalização e hospitalização do parto; o papel da mídia como dispositivo de medicalização e de promoção da puericultura; e as mudanças na posição e nos papéis desempenhados pela mulher no espaço familiar, social e médico. Procuo destacar as principais mudanças ocorridas a partir de meados do século XX, como o surgimento do movimento de crítica ao modelo de atenção obstétrica então vigente que, mais tarde, originou o movimento pela humanização do parto. Em seguida, abordarei as características do movimento pela humanização do parto e nascimento nos anos 2000, sua crescente popularização e cobertura midiática, e a sua relação e atuação junto aos governos estadual e federal. Por fim, irei discorrer sobre a questão da violência obstétrica.

## **1.1 A saúde sexual e reprodutiva da mulher sob o cuidado médico: a constituição da Ginecologia e da Obstetrícia**

Sob influência das grandes transformações no âmbito cultural, social e político no mundo ocidental, principalmente a partir do século XIX, a constituição da Ginecologia e Obstetrícia como especialidade médica pode ser caracterizada por um contexto de inovações, conflitos e disputas de poder no campo médico e científico.

A ocorrência gradual de intervenções médicas no corpo feminino pode ser observada a partir do século XVI, sabendo-se que, até então a Medicina não se dedicava ao desenvolvimento e aos problemas relacionados ao parto e à gravidez. Inúmeros pesquisadores reiteram que na sociedade tradicional, onde se observava que a sua organização social tinha como base a família extensa, a gravidez e o parto, assim como

a assistência a eles, era entendida como um evento público onde toda a comunidade, sobretudo a feminina, estava envolvida, se estabelecendo como uma rede básica de solidariedade (SALEM, 1983). Os saberes e práticas femininas de cuidado e cura, que faziam parte dessa rede básica de solidariedade, eram essenciais para a construção da assistência prestada as mulheres durante a gravidez e o parto, fundamentando suas práticas ritualísticas com seu compartilhamento de padrões, costumes e ensinamentos sobre o corpo feminino e sobre a maternidade. Neles estavam presentes ideais de vida em comunidade e papéis a serem desempenhados pelos sujeitos que a formam. Essas práticas ritualísticas e os saberes que as fundamentavam eram essenciais para que se propagasse e se assegurasse uma visão, uma tradição e cultura de parto que influenciava as mulheres e, conseqüentemente, suas famílias, a sociedade a qual faziam parte.

Durante o percurso histórico de formação da Obstetrícia e da Ginecologia, percebe-se a crescente aproximação da Medicina ao Estado e sua intervenção na sociedade como um dos pontos de partida para o surgimento de tal especialidade médica. Primeiramente, houve uma movimentação por parte da Igreja em função da legitimação das atividades das parteiras, que realizam seu ofício com base em saberes e práticas adquiridos em suas experiências e não em uma qualificação especializada. Desse modo, no contexto brasileiro, de acordo com Rohden (2000, p.41) “as parteiras ou comadres destituídas de conhecimento formal faziam uso de um complexo conjunto de estratégias e produtos de tratamento”, em seus atendimentos, “aos remédios da flora brasileira ou mesmo de maravilhosos elixires importados se juntavam um sem número de rezas, simpatias e prescrições”. As primeiras licenças para as parteiras foram administradas pela Igreja, revelando-se o interesse da esfera religiosa em estar a par de questões como aborto e filiação, que antes se encontravam, de certo modo, restritas ao universo feminino e familiar. Nessa iniciativa eclesiástica havia uma tentativa de controle das atividades das parteiras e assim a separação entre aquelas que estavam sob a regulação da Igreja e as que recusavam o domínio de tal autoridade. Pode-se dizer que o Estado e a Igreja possuíam grande interesse nas atividades das parteiras, de maneira que muitas dessas atividades passavam pelo controle e administração da Igreja para que essas práticas se encontrassem dentro dos padrões e princípios requeridos por tal autoridade. Como exemplo disso, se pode citar a prática de transmitir ao casal o que seria aceitável ou tolerável pela Igreja enquanto práticas sexuais (ROHDEN, 2000). Essas práticas podem ser entendidas como técnicas de reprodução (MAUSS, 2003), atos

sexuais considerados normais ou anormais, socialmente estabelecidos, demonstrando a estreita relação entre técnicas do corpo e moral sexual. A transmissão de práticas sexuais adequadas nas relações matrimoniais segundo o que determinava a Igreja pode ser relacionada às etapas de configuração da *scientia sexualis*, do discurso sobre a sexualidade abordado por Foucault (1993). Segundo o autor, o ritual da confissão, característico da relação entre padre e fiel, aos poucos se torna elemento das relações, por exemplo, entre professor e aluno, pais e crianças, e médico e paciente. Dessa forma, era preciso dizer, ou melhor, confessar não somente o que foi feito enquanto prática sexual, mas contar todos os detalhes do que se sentiu, pensou ou se desejou, de modo que a autoridade ouvinte pudesse interpretar o que foi dito como lícito ou ilícito, e direcionar o confessor ao comportamento e prática do que se considerava correto. O discurso sobre o sexo que antes estava sob o domínio religioso, operando segundo o registro de culpa/pecado, a partir do século XIX, passa a ser abordado sob o registro do normal e do patológico. A Igreja perdeu a força da sua intervenção na sexualidade conjugal, entretanto a Medicina ganhou espaço para interferir nessa área.

Ao discorrer sobre a história da sexualidade, Foucault (1993) discorda da “hipótese repressiva” do sexo – que entendia que a sociedade teria assumido uma postura de proibição, repressão a sexualidade –, levantando dúvidas sobre a mesma. De acordo com o autor não houve censura sobre o sexo, de modo contrário formou-se um dispositivo para que se produzissem discursos, e em um número cada vez maior, sobre o sexo, existindo um projeto de iluminação de todos os aspectos do sexo, do seu esquadramento. Situação apoiada, reforçada por um “interesse público”, por outros mecanismos de poder nos quais o discurso sobre o sexo era fundamental para o funcionamento. No século XVIII surge uma nova forma de falar sobre o sexo que passava por uma formulação de discurso da racionalidade sobre o mesmo. Assim, o sexo não deveria ser simplesmente condenado ou tolerado, mas sim, deveria ser tratado de forma “correta”, a partir de uma regulação, um controle, fazendo-o funcionar de acordo com um padrão, e mediante um sistema de discursos de utilidade pública. Foucault exemplifica essa argumentação expondo como a conduta sexual da população passou a ser tomada como algo a ser analisado e gerido, surgindo o “problema da população” envolto em questões como saúde, celibato, fecundidade e taxa de natalidade, considerando que o modo como cada indivíduo usa o sexo interfere diretamente no futuro – no futuro que se espera – da sociedade. E esse futuro esperado era próprio de

um padrão, de um projeto de civilização, relacionado a hierarquias de poder como preconceitos de gênero, classe e raça/cor. Para Foucault, o importante, na verdade, seria a forma como o poder, o controle é exercido, e o que estabelece a forma “correta” de tratar sobre o sexo – quando, onde e quem pode falar dele –, não necessariamente o nível de repressão.

De acordo com Le Breton (2011), o modelo hegemônico de medicina não se estabeleceu de forma rápida e pacífica. Contrariamente, é importante lembrar que esse modelo se impôs com enfrentamento, sobretudo às camadas populares e suas tradições medicinais e de cura. Através do campo jurídico, buscou-se legitimar a profissão de médico, assegurando o monopólio do direito de tratar. Como especialidades médicas, a Ginecologia e a Obstetrícia têm como parte importante de seu estabelecimento esse combate e deslegitimação de práticas e compartilhamento de saberes populares e tradicionais de cura, sobretudo femininos. Seu desenvolvimento constituiu-se, também, de uma série de perspectivas e valores socioculturais a respeito de reprodução e sexualidade, que se focam, principalmente, na atribuição do papel da mulher à função reprodutiva. Rohden (2000) evidencia a ideia da definição e a demarcação dos limites entre os dois sexos como uma das importantes e principais bases da Ginecologia, de maneira que com essa definição atribuiu-se a maternidade como a principal função da mulher, considerando o corpo feminino como um corpo voltado para a reprodução. Após meados do século XVIII, em razão desse processo de modificações, o parto foi ressignificado pelas novas especialidades médicas em ascensão e associado ao processo saúde-doença. A desqualificação das redes de saberes e práticas femininas de cura e de assistência ao parto, ocorria com o objetivo de subalternizar tanto os saberes quanto as mulheres que os compartilhavam e prestavam assistência, de modo que esses saberes passaram a ser denominados como “conversas de comadres” pelos profissionais de obstetrícia durante a formação médica moderna e racionalista (TORNQUIST, 2004). Percebe-se também que ao final do século XVIII, visando-se a medicalização do parto, se produziu a noção do nascimento como um evento individual e privado enquadrado em um ambiente restrito aos médicos (SALEM, 1983).

As modificações no campo da medicina, e no alcance de sua atuação, intensificaram-se a partir do século XIX, sendo resultantes de mudanças na esfera de instituições, papéis e relações sociais, como também do desenvolvimento técnico e científico fundamentado em novas descobertas e teorias (TORNQUIST, 2004). Os

livros e revistas médicas tiveram um papel importantíssimo na produção e apresentação desse corpo feminino, na demarcação dos limites entre os dois sexos, e na formulação da relação assimétrica entre profissional médico e paciente. As produções bibliográficas que visavam apresentar o que até então era novo, desconhecido, mesmo com um cunho pioneiro de produção de conhecimento, ainda traziam um olhar em conformidade com padrões conservadores, absolutamente condizente com o que era entendido como feminino/feminilidade, buscando afastar qualquer teor sexualizante do que estava sendo representado nas ilustrações dos livros de medicina (MARTINS, 2005):

O objetivo da imagem é destacar o detalhe do útero que suprime o corpo ou que se transforma no todo, num efeito metonímico. Para alcançar esse objetivo a imagem mostra o método seguido pelo cirurgião: o desvelamento das camadas do corpo. Em primeiro lugar as roupas foram retiradas, estando presentes na imagem para reforçar o realismo e ilustrar o procedimento. Em seguida, o cirurgião desvela os tecidos, um a um, até chegar ao útero. Com cuidado e ordem foi afastando cada estrutura, da pele até os tecidos internos. Por fim, talvez um acréscimo do desenhista, um pequeno livro aberto está voltado para a genitália, cobrindo-a parcialmente, pois o observador vê os pêlos pubianos que teimosamente estão a lembrar a sexualidade feminina. (MARTINS, 2005, p. 648)

Buscava-se a partir do “natural”, do biológico, uma verdade sobre o sexo feminino, e assim, a sua diferenciação do sexo masculino. Para tanto o corpo feminino foi tomado como objeto de estudo sob constante observação, exame e representação, numa exposição dos novos conhecimentos no campo obstétrico durante o século XIX. Livros, artigos e revistas médicas contavam com textos e imagens descritivas do corpo-objeto feminino, ensinando a ver o que precisa ser visto e de que maneira deveria ser visto, posicionando o médico leitor como também observador e investigador (MARTINS, 2005). Portanto, no ensino e na prática da medicina o corpo é desvendado, elaborado e tem a sua representação e linguagem própria, e precisa de um intérprete (o médico/cientista) que o torne compreensível a todos. Dessa maneira, fica subentendido que na formação do médico obstetra se priorizava a relação do médico com o corpo, e não com o sujeito. É interessante que as imagens retratavam a pélvis, e não o corpo das mulheres integralmente, diferente do que era feito, por exemplo, ao se retratar os fetos (MARTINS, 2005). Era preciso destrinchar o corpo-objeto ou corpo-máquina para estar apto a solucionar os possíveis problemas de mau funcionamento que apareceriam, sem deixar que qualquer distração sociocultural, como noção de sexualidade, atrapalhasse a neutralidade do exame diagnóstico e o tratamento. O que é curioso, visto que tal

procedimento de afastamento da subjetividade do paciente demonstrava uma interferência de um parecer moral no entendimento do corpo e da sexualidade feminina.

Entende-se que a Medicina – e suas especialidades, como a Obstetrícia – faz parte da explosão discursiva sobre o sexo, sendo mais um mecanismo de poder a intervir na sexualidade dos indivíduos. Esse dispositivo, aparelho de discursos sobre o sexo visava produzir verdades sobre ele. Mas, Foucault (1993) ressalta que, o discurso acabava por ocultar parte do que se falava sobre o sexo, esquivando-se da verdade sobre o mesmo. Com isso, mesmo a ciência sobre ele era feita de esse esquivar-se, do mascarar a verdade, demonstrando um repúdio ou incapacidade de falar do próprio sexo. O que se pode observar nas produções bibliográficas sobre a obstetrícia, como já mencionado. Assim, era estabelecida uma ciência, sob um pretexto de neutralidade científica, subordinada a uma moral, e reiterando essa moral a partir de normas e padrões médicos.

Mas, além desses dúbios prazeres, reivindicava outros poderes, arvorava-se em instância soberana dos imperativos da higiene, somando os velhos medos do mal venéreo aos novos temas da assepsia, os grandes mitos evolucionistas às modernas instituições da saúde pública, pretendia assegurar o vigor físico e a pureza moral do corpo social, prometia eliminar os portadores de taras, os degenerados e as populações abastardadas. Em nome de uma urgência biológica e histórica, justificava os racismos oficiais, então iminentes. E os fundamentava como "verdade". (FOUCAULT, 1993, p. 54)

Assim, a partir do século XVIII, na busca da verdade sobre o sexo, a sexualidade aparece como um ponto de passagem pelas relações de poder. Como dispositivos específicos de saber e poder a respeito do sexo, o dispositivo da sexualidade se constitui com base em quatro grandes conjuntos estratégicos: a histerização do corpo da mulher; a pedagogização do sexo da criança; a socialização das condutas de procriação (práticas de controle de nascimento); e a psiquiatrização do prazer “perverso”. Isso demonstra o comprometimento da ciência e prática médica com noções culturais, padrões morais de higiene, assepsia e ordem, além de outras hierarquias e relações de poder, se baseando – e ao mesmo tempo confirmando – pelo entendido como “normal”, “patológico” e “pecaminoso”. A histerização do corpo da mulher, por exemplo, incluiu uma medicalização minuciosa dos corpos femininos, resultando em “prescrições” ou normas para o seu comportamento visando atribuir as mulheres grande parte da responsabilidade pelo “sucesso” da família e de toda sociedade, começando pela tarefa

de zelar pela saúde de seus filhos e pela estabilidade de sua família (FOUCAULT, 1993).

A intervenção médica avançou em direção ao território do corpo feminino, em decorrência de novas significações e interpretações dos valores e papéis atribuídos à mulher, ao ser feminino, com o propósito de promover, defender a vida, partindo-se do pressuposto do corpo feminino como elemento fundamental para a reprodução humana (ROHDEN, 2000). O sexo se torna foco e meio para a execução de um poder que se institui sobre a gestão da vida. O poder sobre a vida, a gestão da vida teve seu desenvolvimento, primeiramente, focando-se na noção do corpo como máquina, intentando seu adestramento, programação, aprimoramento de suas aptidões para o crescimento de sua utilidade e controle. Em segundo lugar, no seu desenvolvimento aparece o foco na noção de corpo-espécie como base para os processos biológicos, considerando questões como natalidade, mortalidade, longevidade, e os contextos que influenciam no ordenamento ou variação dessas questões. Sendo assim, de um lado, está o poder disciplinar, e, do outro, a biopolítica da população, os polos em que se orientavam a organização do poder sobre a vida. Desta forma se inicia a era do que Foucault (1993) abordou como biopoder.

Ao aprofundar reflexões sobre as noções de corpo presentes nesse projeto de civilização que constitui a modernidade, pode-se considerar que as representações sociais, a partir de uma visão de mundo, determinam e conferem sentido ao corpo, fazendo do mesmo uma construção simbólica. No que tange o estabelecimento do modelo hegemônico ocidental da medicina, mais precisamente, das especialidades médicas Ginecologia e Obstetrícia, as noções de corpo e outras representações sociais são parte importante de sua fundamentação. O corpo é abordado pela medicina, que se estabelece como saber oficial sobre o mesmo (LE BRETON, 2011). Construído a partir de representações sociais, como o saber biomédico, o corpo toma forma com as diferentes partes que o constituem, cada uma com seu respectivo nome e funções que desempenham, sistematizado para guiar o sujeito no entendimento da matéria orgânica que o forma, e dando sentido a sua vivência, sua experiência no mundo social.

Segundo Le Breton, a estrutura individualista desenvolvida nas sociedades ocidentais a partir do Renascimento tem como um dos resultados a noção do corpo como receptáculo do sujeito. Nele, o sujeito se encontra, reside, existindo uma concepção particular de pessoa, na qual o corpo é visto como algo sob seu domínio, sua

posse. A aceleração e pluralidade da vida coletiva e suas referências é outra característica das sociedades de estruturas individualistas. Com a crescente cisão entre atores e integração simbólica/cultural, com a atomização dos atores, o sujeito se vê à mercê de si mesmo, sem referência, distanciado dos elementos culturais tradicionais. Igualmente, com a variação e a emergência de diferentes saberes sobre o corpo, o indivíduo recorre a uma busca por concepções que melhor lhe sirvam e tragam soluções para questões, como doença e morte, inerentes a condição humana:

Cada ator "bricola" a representação que faz de seu próprio corpo, de maneira individual, autônoma, mesmo se retira, para tanto, no ar do tempo, o saber vulgarizado das mídias, ou a casualidade de suas leituras e de seus encontros pessoais. (...) A noção moderna de corpo é um efeito da estrutura individualista do campo social, uma consequência da ruptura da solidariedade que mescla a pessoa a um coletivo e ao cosmos por meio de um tecido de correspondências no qual tudo se entrelaça. (LE BRETON, 2011, p. 21)

Nessa busca, os sujeitos associam mesmo concepções que não sejam compatíveis ou consistentes, fundando-se em um terreno híbrido e instável, mas que lhe proporcionem a segurança, ou a sensação de segurança, que precisam.

Ao apresentar algumas concepções de corpo que estruturam a noção de pessoa em determinadas sociedades, Le Breton (2011, p. 23) situa como o corpo pode ser entendido não como barreira ou algo isolado do mundo, mas como algo que flui e se entrelaça com todo o ambiente, com um todo simbólico, de modo que “as mesmas matérias operam no seio do mundo e da carne; elas estabelecem uma intimidade, uma solidariedade entre os homens e seu ambiente”. E é nessa solidariedade “entre os homens e seu ambiente” que é atribuído ao sujeito o seu lugar no seio social e na natureza, de maneira que ele existe somente e a partir das relações com os outros. Nesse sentido, a noção de pessoa, e também, a noção de corpo ocidental não encontra lugar, não é inteligível em determinadas sociedades tradicionais – a noção de corpo de fato nem existe nesse universo –. A partir disso, pode-se pensar em efeitos da colonização, por exemplo, como intervenções em comunidades indígenas no momento da gestação e parto podem causar danos ao sentido que aquelas pessoas atribuem a seus filhos, a noção de pessoa, pertença e a solidariedade entre ser humano e ambiente própria daquela comunidade. Trazer à existência o corpo, no sentido ocidental, e as conotações que ele carrega, causa um distanciamento do “código base” tradicional de dimensão

comunitária e afrouxamento dos laços, o que favorece uma individuação, uma distinção de um indivíduo – que até então estava absorvido no todo – do outro, dos outros, do grupo.

O corpo enquanto fator de individuação, isto é, o corpo da Modernidade separa o sujeito do todo e até de si mesmo. Assim, nas sociedades modernas ocidentais, diferente do que acontece nas sociedades tradicionais, o corpo se distingue da pessoa, do sujeito. Desse modo, ele é carregado de um simbolismo/dualismo que, ao mesmo tempo, o faz signo do sujeito/indivíduo, sua representação e diferenciação do outro, e, paradoxalmente o desassocia de si mesmo, numa espécie de apagamento ou fragmentação. A medicina, se impõe como interessada no orgânico, no biológico, a fim de instituir uma verdade sobre o corpo que esteja separada e acima do ser social, do sujeito, ou ainda, que legitime determinado padrão sobre o sujeito. Observa-se, também, como a medicina contribui para a fragmentação entre corpo e sujeito a partir do entendimento da pessoa como corpo-objeto ou corpo máquina, afastando a manifestação e modos de lidar com outras dimensões do humano (MARTIN, 2006). Se impõe, então, visando assegurar domínio, como princípio, meio e fim do corpo, seja para superá-lo ou para imitá-lo, reproduzi-lo. O corpo que ora parece ser visto como algo que carrega os infortúnios, as limitações, o fracasso da espécie, também pode assumir a representação da glória de ser humano e de toda excelência e beleza que o coloca acima das outras espécies e numa posição de superioridade sobre (os corpos dos) sujeitos de alguns estratos ou grupos da sociedade e/ou das demais sociedades não-ocidentais/modernas.

No processo de desenvolvimento da Medicina, pode-se dizer que o “mecanismo corporal” acabou sendo priorizado, negligenciando o sujeito e sua história, o meio social em que está inserido. Assim se considera e se faz um saber anatômico e fisiológico, não um saber sobre o ser humano enquanto sujeito. O corpo antes já distinguido do homem (ser humano), hoje se vê excessivamente fragmentado. Isso resulta, também, em uma forma diferente de abordar a doença:

A medicina repousa essencialmente em uma física do homem, que assimila os movimentos fisiológicos, e seu enraizamento anatômico e funcional, a uma máquina sofisticada; basta, portanto, conhecer o processo nosológico e as reações do corpo a seu respeito para contornar a doença, percebida como estrangeira. Essa percepção mecanicista era nuançada sensivelmente pelo estilo próprio do médico e pelo recurso, que durante muito tempo prevaleceu, ao médico de família (hoje ao generalista), que conhecia bem a família e a

história de seu paciente, e fazia intervir intuitivamente muitos outros dados na apreciação de sua doença e dos meios de curá-la. (LE BRETON, 2011, p. 287)

Nesse cenário há uma abordagem mecanicista e uma diferente representação do corpo, fazendo do médico um técnico do corpo humano e do doente o epifenômeno de um evento fisiológico (no caso a doença) que se sucede em seu corpo. Essa nova forma de conceber a doença leva ao doente a um posicionamento passivo no processo de cura, de maneira que espera sua recuperação confiando-a ao médico e ao tratamento que o mesmo oferece, sem perguntar, conhecer ou se envolver intimamente com os fundamentos desse tratamento (LE BRETON, 2011). No âmbito da assistência ao parto essa concepção fica explícita no desenvolvimento de ressignificação do parto e sua associação ao processo saúde-doença. A mulher, antes com um papel mais ativo, se torna paciente e deslocada dos saberes e práticas femininas de cura e assistência ao parto que anteriormente estavam sob seu domínio e faziam com que ocupasse uma posição mais ativa no processo de gravidez e parto. Assim, pode-se observar, também, a frequente distância cultural e social entre médico e paciente, de modo que de um lado está o médico que se posiciona como autoridade detentora de um saber e técnica, do outro o paciente despossuído dos saberes sobre si mesmo e dos processos de tratamento e de cura (LE BRETON, 2011).

## **1.2 Disputas em torno da medicalização e hospitalização do parto**

Como mencionado, entende-se que até o século XVI, devido à falta de interesse médico, ocorreram poucos avanços no campo das intervenções, cuidados e tratamentos das doenças femininas. Mesmo com o papel de destaque que as mulheres ocupavam, na assistência ao parto, sendo parteiras ou pacientes, a obstetrícia e a ginecologia modernas têm seus fundamentos organizados e desenvolvidos por médicos homens. Parteiros e cirurgiões franceses desenvolveram muitas técnicas e instrumentos, como por exemplo, o fórceps. Destaca-se, no século XVII, a importância do parteiro François Mauriceau, por conta de seus estímulos na área de técnicas de intervenção no trabalho de parto e diagnóstico de doenças. Países como França, Holanda, Alemanha e Inglaterra possuíam destaque na área de obstetrícia em virtude de seus grandes parteiros e de suas escolas. Mesmo com as suas formações, especializações, os médicos acabavam por ter suas atividades restritas ao atendimento de partos difíceis, considerando-se ainda que, esses atendimentos não eram vistos pela sociedade como adequados, causando certas

polêmicas, em razão dos “perigos” do toque e da aproximação masculina à mulher, mesmo em condições de parto. Enquanto isso, as parteiras possuíam mais atividades além da assistência ao parto, como por exemplo, fazer exames e atuar no tratamento de doenças femininas (ROHDEN, 2000).

Esse período de modificações de espaços e ampliação de poderes é marcado, dentre outros embates, pela disputa entre profissionais da assistência ao parto, em parte, em decorrência das mudanças ocorridas no que tange aos papéis e às representações de gênero, sendo muitas delas viabilizadas através do discurso médico. O desenvolvimento da Ginecologia e da Obstetrícia, em decorrência da preocupação com a sexualidade e o corpo feminino, revela a misoginia e o preconceito presente em muitos dos estudos, técnicas e instrumentos criados neste campo, de modo que tais saberes desenvolvidos tiveram por base concepções pessimistas a respeito do corpo feminino e que evidenciam as diferenças sexuais e biológicas existentes entre homens e mulheres. (TORNQUIST, 2004)

As mudanças no que diz respeito aos papéis e as relações de gênero, ocorridas também no âmbito familiar, como já foi dito, possuem grande importância para a modificação e o desenvolvimento da assistência ao parto como é conhecida nos dias atuais. Nesse processo de modificações, ocorre o deslocamento das mulheres para outras funções e posições na assistência ao parto, fruto das disputas com os médicos pelo controle da assistência, de modo que, tal processo tem como parte essencial a deslegitimação e o combate às práticas; ao compartilhamento de saberes; e às especialistas de cura femininas e populares, como por exemplo, benzedoiras e parteiras. Como parte desses saberes, o parto era visto como um acontecimento com uma gama de significados ligada à esfera familiar e religiosa. Após meados do século XVIII, o setor médico se articulou visando submeter a seu domínio a gerência sobre a saúde sexual e reprodutiva feminina e promover a ciência médica da mulher como uma importante e necessária área de conhecimento da medicina. Como exemplo pode-se citar a exigência de licenças às parteiras para a prática de seu ofício e o posterior deslocamento das mesmas para funções secundárias na assistência, de modo a passar aos médicos homens o protagonismo e o controle dessa área, dando-se, assim, início a transição do contexto e das concepções sobre o parto, considerado um ritual de mulheres, comum ao ambiente familiar, para o ambiente hospitalar (TORNQUIST, 2004).

O processo de medicalização e hospitalização do parto é parte integrante do que pode ser chamado como um projeto de modernização tendo por base um ideal de civilização, marcado por conflitos, críticas, reações violentas e resistências, pessoais e coletivas, à medicina intervencionista, que é entendida, caracteristicamente, como branca, masculina e de elite, sendo um “projeto das elites, para as elites, em primeiro lugar, e, sucessivamente, para toda a população”, assim apontado por Foucault (1988 apud TORNQUIST, 2004, p.77). De modo “que seria interessante analisar, não somente na Inglaterra, mas em diversos países do mundo, como essa medicina, organizada em forma de controle da população pobre, suscitou resistências” (FOUCAULT, 1988, p.96). Tais conflitos e resistências demonstram o posicionamento de populações de áreas rurais ou periferias urbanas de diferentes países frente ao controle médico da população que agia para desqualificar, subalternizar e, por fim, aniquilar suas práticas e saberes de cura:

(...) certo é que a expansão da biomedicina ocidental é bastante similar nas regiões onde se instalou; e uma das suas similaridades é o fato de ter sido difícil, complexo e lento, e de não ter contato com a pronta adesão das parturientes, que relutaram em deixar suas casas para dar à luz em quartos ou enfermarias de hospitais (TORNQUIST, 2004, p. 75).

Através desse posicionamento buscava-se a perpetuação dos saberes e práticas populares de cura no cotidiano das populações. Nesse cenário, cita-se mais uma vez um importante elemento que é o movimento da medicina social pelo envolvimento entre a saúde e o sexo para o controle da sexualidade, tendo como objetivo a disciplinarização e normatização dos corpos. Foucault (1988, apud TORNQUIST, 2004) ressalta como partem desse movimento as resistências coletivas pela reivindicação do direito sobre o próprio corpo e de tratar-se, curar-se e/ou morrer-se da maneira que se bem entender. Essas resistências eram, sobretudo, populares, estando contrárias ao controle médico da população pobre via medicina social, que mais tarde se estendeu ao restante da população. Foucault (1988) observa em diferentes países como a medicina social se estabeleceu em três etapas: medicina de Estado – focada em criar sistemas de avaliação e fiscais da qualidade da saúde da população e da prática médica –; medicina urbana – que, com a aproximação a ciências extra médicas, focava-se na higiene pública, na manutenção da qualidade do ar, da água, do espaço urbano onde se vivia–; e a medicina dos pobres. Essa última etapa do controle médico visava diminuir os possíveis perigos

de saúde a que as classes mais ricas estariam sujeitas pelo contato com os mais pobres, e tornar os últimos aptos enquanto força de trabalho. Similar ao que aconteceu no Brasil, como veremos adiante – pensando-se, especificamente, na medicalização e hospitalização do parto –. Isso demonstra, também, que, na expansão da biomedicina ocidental, o controle da assistência ao parto foi um dos mais difíceis a ser submetido ao domínio do campo médico, sendo, igualmente, um dos últimos.

Essa medicalização e hospitalização do parto, como parte de um processo de modernização, se deu da cidade para o campo, prevalecendo nas cidades do interior da Europa um padrão de parto domiciliar não-medicalizado, onde havia poucas maternidades e parteiras diplomadas. Em meio à diferença entre esse padrão tradicional e o padrão moderno, urbano, de assistência ao parto e o avanço da medicalização, foi produzida a percepção de que o parto feito por parteiras representava atraso, associando-se, em diversos países ocidentais capitalistas, o parto medicalizado à civilidade. A partir dessa noção, o parto domiciliar e não-medicalizado era visto como algo que representava riscos à saúde materna e infantil e, como algo sujo, inadequado e antiquado. Além disso, com o predomínio dessa noção de civilidade e modernização, o parto medicalizado passa a ser visto como um modelo a ser seguido, principalmente, pelos países considerados como de Terceiro Mundo, para se ter a possibilidade de equiparação, ao menos em determinados âmbitos da vida social, aos países centrais. Logo, a modernização e urbanização foram processos de suma importância para que a temática do parto fosse transferida da esfera privada para a esfera pública (TORNQUIST, 2004). Mesmo em meio a embates e resistências populares, a medicalização teve um forte avanço, mas o parto hospitalar somente se consolidou como prática da maioria das mulheres urbanas na metade do século XX.

A transição do parto domiciliar e da assistência tradicional feminina para o parto hospitalar e a assistência profissional e médica, assim como a legitimação das maternidades e da figura do obstetra, é caracterizada como uma transição violenta, que acabava por impor uma medicina que possuía, inicialmente, pouco conhecimento sobre o corpo feminino, evidenciado, por exemplo, pelo aumento de mortalidade materna e neonatal. Nessa transição, questões a respeito do parto e sua assistência foram debatidas e tratadas como assunto médico, dessa maneira o parto acaba por ganhar um caráter patológico. (TORNQUIST, 2004)

Ao observar o modo como se deu a hospitalização dos partos no Brasil pode-se ver muitos dos problemas que as mulheres e suas famílias encontram, ainda nos dias atuais, ao procurar atendimento médico para acompanhamento pré-natal e quando entram em trabalho de parto, como a falta de leitos, peregrinação por hospitais e desrespeito e maltrato no caso, principalmente, de mulheres mais pobres e/ou negras. Ficam explícitas a mobilização em torno do controle dos corpos e da sexualidade das mulheres e as disparidades da assistência médica oferecida a elas de acordo com o estrato social ao qual faziam parte.

Até o final do século XIX os partos estavam restritos ao ambiente familiar, sendo realizados, em sua maioria, na casa da parturiente, e pelas mãos das parteiras não diplomadas, chamadas curiosas. Em situações de partos difíceis, com complicações clínicas, os médicos eram chamados ao domicílio das parturientes para assumir o atendimento. Somente em casos extremos as mulheres se dirigiam às Santas Casas em busca de assistência, pois, via de regra, o normal e seguro era parir em casa (MOTT, 2002). A falta de familiaridade com a noção do hospital como um lugar para parir, ou a noção da gravidez e do parto como um evento médico, fazia com que as mulheres e a população em geral considerassem incomum e assustadora a ideia de parir no hospital. Provavelmente, trocar o habitual acolhimento do ambiente domiciliar e familiar pela ideia de se estar no desconhecido ambiente hospitalar e ter a gravidez e o parto assistidos por médicos trazia um tom de gravidade e insegurança ao ciclo gravídico puerperal. Outra questão que trazia estranhamento ao parto hospitalar era o fato de que a maioria das mulheres que procuravam atendimento nas Santas Casas eram pobres ou estavam em situação de desvantagem social, como prostitutas e mães solteiras. A essas mulheres – e, após ao nascimento, seus bebês – eram oferecidas instalações precárias, as quais compartilhavam com pessoas doentes, não necessariamente parturientes. A mortalidade materna e neonatal também era expressiva. Essas são algumas das questões que colaboravam para que houvesse resistência a hospitalização e medicalização do parto (MOTT, 2002).

No século XIX, o discurso médico em defesa da expansão da medicalização do ciclo gravídico puerperal estava muito presente em alguns países europeus, destacando-se a obstetrícia francesa como referência de sistema de ensino e currículo para a formação de médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia. A recepção dessas escolas europeias, principalmente a francesa, no Brasil pode ser vista com a criação dos

cursos de obstetrícia nas faculdades de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro e a adoção de manuais e métodos franceses por parte de estudantes e recém-formados (RODHEN, 2000) (MARTINS, 2005). Além do discurso em prol da medicalização, nos cursos de formação de parteiras e médicos no Brasil alguns profissionais defendiam a inovadora proposta de criação de espaços específicos para atendimento dos partos. Esses espaços seriam usados como locais para estudo e ensino prático em obstetrícia, para que parteiras e médicos obstetras fossem submetidos a um treinamento adequado, com pessoas reais e não manequins, para realizarem suas funções. Enquanto as parteiras possuíam experiência com a prática de partejar, os obstetras tinham a sua formação restrita a conhecimento teórico. Dessa forma, acreditava-se que a falta de casas de saúde ou casas de maternidades impediria que os estudantes obtivessem uma boa qualificação (MOTT, 2002). Considerando-se que eram as mulheres pobres – e negras livres e escravas, nas primeiras décadas do século XIX –, em sua maioria, a serem atendidas em hospitais, pode-se ver quais tipos de mulheres os médicos estavam dispostos a entenderem e a usarem como parte de seu treinamento ou como cobaias. Vale ressaltar que mesmo com a mobilização pela medicalização e hospitalização da gravidez e do parto, alguns médicos e cientistas se mostraram resistentes à atribuição desses assuntos ao campo médico, ao mesmo tempo que, os que se posicionavam em favor da obstetrícia, também teciam muitas críticas a qualidade do ensino dessa especialidade médica e a falta de estudo prático (MARTINS, 2005). Nota-se, assim, as tensões, discordâncias e oposições a esse movimento, não só entre a população, como também entre profissionais da medicina e de áreas científicas.

Ao final do século XIX, com a falta de casas de saúde ou casas de maternidades, buscava-se uma alternativa para que os alunos recebessem a qualificação adequada. No Rio de Janeiro, a Santa Casa seria uma opção viável, não fosse a recusa das irmãs de caridade, como também do provedor. As irmãs temiam que o espaço cedido para as aulas recebesse mulheres que viviam da prostituição, e por isso, se opunham ao estabelecimento do curso na Santa Casa. Não sem resistência, foi autorizada a criação de uma ala para o ensino prático, o que não significa que as irmãs mudaram seu posicionamento a respeito da instalação desse tipo de enfermaria naquele local. Os estudantes e, sobretudo, as parturientes, tiveram que lidar com as más condições das instalações e recursos destinados à enfermaria, além do esforço das irmãs em sustentarem seu posicionamento contrário, se dirigindo com rispidez às pacientes e lhes

dispensando maus tratos. A qualidade e a assepsia do ambiente era prejudicada pela falta de limpeza do local, a reutilização de roupa de cama e o compartilhamento de leito entre mãe e bebê. Danos à saúde das pacientes também eram ocasionados pela falta de refeições adequadas, em decorrência da escassez de alimento, e pelo uso e manipulação de medicamentos de modo incorreto (MOTT, 2002).

Outro ponto que fez parte do discurso médico em favor da obstetrícia era a demanda pela criação de espaços com atendimento obstétrico direcionado a gestantes pobres. Pensava-se em prestar socorro as grávidas menos favorecidas que, em virtude de sua situação socioeconômica, não conseguiam arcar com os custos de um atendimento médico, estando sujeitas a terem partos desassistidos. A maternidade seria um espaço no qual estariam reunidos o treinamento para os estudantes de medicina e o atendimento às mulheres mais pobres, de modo que os partos com complicações ficariam sob a responsabilidade dos médicos e os partos normais seriam assistidos por parteiras. A essa demanda estava relacionada a intenção de se aumentar a população, combater a alta da mortalidade materna, neonatal e infantil entre os mais pobres e diminuir o número de abortos espontâneos e provocados. Entendia-se que na proteção da vida das grávidas e do nascimento das crianças estava a chave para o aumento populacional necessário para formar um povo forte e próspero, uma grande nação (MOTT, 2002). A ascensão desses discursos de defesa da saúde materna e infantil na sociedade brasileira pode ser vista com a promoção de noções de puericultura, e, por exemplo, a criação de um projeto de lei que pretendia diminuir a carga de trabalho de mulheres escravizadas quando estivessem perto de parir (ROHDEN, 2000). Nesse sentido, foca-se na saúde da mulher, no controle e na medicalização do seu corpo, dada a sua responsabilidade em gerar e parir filhos saudáveis e em cuidar para que assim se mantenham para desempenharem seus papéis na sociedade.

Mott (2002) ressalta que a internação das gestantes na maternidade, além de todos os cuidados em saúde durante o puerpério, afastando-as de seus trabalhos e do convívio de sua família, não era algo simples de se fazer e tinha um alto custo. Era preciso considerar a importância que essas mulheres tinham para o sustento de seus filhos, para a manutenção de sua família, e que, muitas vezes, elas não tinham os recursos para fazerem suas refeições ou mesmo terem uma residência. Visando ao sucesso da preservação da saúde das parturientes e de seus bebês, os médicos poderiam prescrever longos períodos de descanso e alimentação adequada, antes e após o parto.

Também seria necessário desenvolver um ambiente que favorecesse a amamentação, e as enfermeiras ensinariam as mães os cuidados com o bebê, as noções de puericultura. Assim, uma vez admitidas para internação na maternidade, precisava-se providenciar junto a elas acomodações e alimentação para seus filhos pequenos, dependentes de seus cuidados ou que não tivessem outros responsáveis. Após o parto, para o resguardo necessário para recuperação do corpo e amamentação dos bebês, as mulheres estariam afastadas de seus ofícios. Em meio a essas considerações discutia-se de quem seria a responsabilidade – do setor privado ou público – em fornecer os recursos e arcar com os gastos para que se promovesse esse ideal de saúde materna e infantil. Uma das alternativas para a manutenção das maternidades foi a disponibilização de leitos particulares, pensando-se, também, em expandir o ideal de saúde entre outros grupos de mulheres.

No início do século XX já havia uma posição mais favorável – de médicos e da população em geral – à hospitalização do parto, defendendo-se a fundação de maternidades e a sua segurança para a realização de partos, que passaram a ser entendidos como eventos médicos e de risco. No entanto, as mulheres ainda estavam relutantes em serem internadas nas maternidades em caso de parto normal, pois ainda persistia, principalmente entre mulheres do interior, a noção de que os hospitais eram estabelecimentos destinados aos pobres e miseráveis, não sendo apropriado ou mesmo honroso que elas se dirigissem a esses locais, a não ser em caso de urgência. Entre alguns médicos também havia certa relutância à internação compulsória de gestantes. Eles entendiam que os hospitais eram destinados às gestantes pobres e que não possuíam residência equipada e asséptica para a realização de partos, e também para mulheres que necessitavam de abrigo por não poder revelar a sua condição de gestante. Isso justificaria a recusa das mulheres, em serem assistidas nas maternidades, podendo sofrer constrangimento se, porventura, fossem identificadas como parte do perfil de paciente listado como ideal pelos médicos (MOTT, 2002).

A obstetrícia estava alcançando sua legitimação com o desenvolvimento de estudos, técnicas, instrumentos e medicamentos que possibilitavam a realização, de forma mais segura, dos atendimentos em maternidades ou em hospitais. O uso do fórceps e a realização de operação cesariana figuravam entre essas inovações. Somando-se a esse fato a promoção do ideal de saúde para o ciclo gravídico puerperal, as maternidades que costumavam receber mulheres pobres, indigentes e socialmente

“desclassificadas” – as quais eram usadas no treinamento de estudantes de medicina e parteiras – passaram a receber, também, parturientes com melhores condições financeiras, quando estas precisam de intervenção médica em partos de risco (RODHEN, 2000) (MOTT, 2002). As diferenças sociais entre esses perfis de pacientes também se traduziam no tratamento dispensado a elas: as mais pobres eram recebidas em enfermarias separadas para sua classe social, enquanto as mais ricas tinham direito a quarto – e, algumas vezes, banheiro – individual com constante limpeza de sua acomodação e troca de roupa de cama. Em situações nas quais os partos eram atendidos por médicos em domicílio, havia uma série de materiais – como álcool, luvas e gaze – a serem disponibilizados e exigências – as casas deveriam ter, por exemplo, quarto amplo e água encanada – a serem cumpridas pelas mulheres e suas famílias a fim de que o ambiente se adaptasse para a plena ação do médico e se estabelecesse uma assepsia e estética ideal de parto, tal qual a existente na maternidade. Fica evidente que as famílias pobres não teriam a casa equipada ou condições de arcar com os materiais necessários para a assistência em casa.

Somente partir da década de 30 se fortaleceu e ganhou espaço o discurso médico que preconizava o hospital ou maternidade como local seguro e mais adequado para a realização de partos. Foram criadas várias maternidades e hospitais, aumentando o número de enfermarias e leitos particulares. É interessante destacar, como exposto por MOTT (2002), que as mulheres mais pobres, que por um bom tempo foram consideradas o público alvo das maternidades, passaram a ocupar uma posição secundária na preferência pela ocupação de leitos. Com o maior interesse do perfil de mulheres que demandavam leitos particulares/pagantes, houve uma mobilização, inclusive governamental, para a fundação de mais casas de saúde e em se disponibilizar, preferencialmente, mais acomodações para mulheres com melhores condições financeiras, superando o número de enfermarias gratuitas. Mais uma vez as gestantes mais pobres estavam em situação de vulnerabilidade, não possuindo o necessário para serem atendidas em casa, ao mesmo tempo que não tinham direito a leitos gratuitos nas maternidades.

Em alternativa a falta de local adequado para o atendimento obstétrico de mulheres pobres e miseráveis, e para que se mantivesse o controle sobre a prática de aborto e se combatesse a atividade ilegal de parteiras não diplomadas, foi desenvolvida pela classe médica a ideia de serviços de assistência obstétrica domiciliar para que esse

público específico não ficasse desassistido. Não sendo apenas uma questão de saúde, buscava-se, ao preferir que as parturientes não se afastassem de casa, preservar o ideal de responsabilidade da mulher para com a manutenção e sucesso de sua família, no qual a mulher deveria prestar os cuidados apropriados a seus filhos e contribuir para a felicidade e fidelidade de seu marido. Em geral, esses serviços contavam com um consultório ou centros de apoio no qual as mulheres pobres eram cadastradas para seleção, triagem e atendimento pré-natal, e se disponibilizavam materiais necessários para o atendimento em casa e, em alguns casos enxoval para o recém-nascido. O profissional plantonista, geralmente, uma parteira ou assistente, se encaminharia para a casa da gestante em trabalho de parto – devendo-se chamar o médico ou conduzir a parturiente a maternidade em caso complicados – e também faria visitas a puérpera no pós-parto ou a receberia no consultório. Os detalhes dos serviços variavam de acordo com os estados onde eram realizados. No Rio de Janeiro, por exemplo, em casos de partos normais sem complicações, permitia-se que parteiras, inclusive, leigas, assistissem os partos, considerando-se que o número de parteiras diplomadas era muito inferior ao de parteiras curiosas. Já na Bahia, os partos eram realizados por médicos (MOTT, 2002). É importante citar que, assim como nesse modelo de atendimento, nas maternidades também se autorizava a presença de parteira diplomada, mas toda a sua atuação se dava sob a fiscalização dos médicos (ROHDEN, 2000).

Os bons resultados dos serviços obstétricos de atendimento domiciliar para mulheres pobres, como a redução de custos com atendimento médico e a redução de infecções e mortalidade materna e neonatal, não foram suficientes para a sua expansão, nem mesmo para a sua manutenção. Esses centros de apoio foram encerrados, e cada vez mais se promoveu o parto hospitalar como ideal. Apesar disso, Mott (2002) enfatiza que na metade do século XX ainda não havia um consenso entre as mulheres sobre a hospitalização do parto. Havia muitas críticas as condições precárias a que eram submetidas quando precisavam de internação, como a excessiva medicalização e intervenções desnecessárias e a recusa ao atendimento de mulheres pobres e falta de leitos. Portanto, algumas mulheres mantinham a preferência por serem atendidas em suas casas e por parteiras

É possível fazer analogia nesse contexto com as reflexões sobre pureza e impureza de Douglas (1966): a noção de que os indivíduos entendem que a sujeira ofende a ordem, a ordem social, a maneira como se ordena o mundo, e esse esforço de

se “eliminar a sujeira” por meio de uma noção de limpeza e higiene é uma maneira de se estabelecer um padrão sociocultural e delimitar fronteiras. Nesse modo de se interpretar a sujeira como desordem, também se entende que assim como parto consiste em um evento ritual e simbólico, a limpeza, a higiene, se apresenta como uma forma ritual e simbólica de se organizar o cotidiano, a maneira como se vive. No caso do contexto relatado acima, o estabelecimento desse padrão é uma adequação a uma nova ordem, a uma nova cultura de parto pertencente ao processo de modernização social. Nesse sentido, os resistentes a essa nova ordem, com suas ideias e classificações conflitantes ao novo padrão, eram deslegitimizados e vistos como marginalizados, sendo amplamente combatidos como a ameaça que representavam ao estabelecimento dessa ordem.

Portanto, a partir das noções de Douglas (1966), pode-se dizer que por meio desse estabelecimento de uma nova cultura de parto expressava-se que o parto não era impuro em si, mas sim a partir do modo e por quem era feita sua assistência, como também em que local ele era realizado, estando, assim, esse pensamento em conformidade com a noção da impureza como uma ideia relativa. Pode-se notar que, de modo interessante, essa visão do parto – e de sua assistência – como sujo, impuro, quando não ocorre dentro de um padrão de hospitalização e medicalização perdura até os dias atuais na sociedade brasileira, podendo ser observada, por exemplo, nas críticas feitas a mulheres que optam pela humanização do parto, que é frequentemente associada a parto domiciliar. Quando ocorre em hospital, o parto humanizado, busca a menor medicalização possível, assim, também, fugindo ao padrão, ao modelo hegemônico de assistência de parto. Enfrentando o padrão, quebrando a ordem, o parto humanizado causa estranhamento e perturbação, sendo rechaçado, não só pela população em geral, como também pela classe médica, para que o quanto antes se reestabeleça a ordem e as informações que ela promove, assim como as normas e limites que ela implica.

É interessante como as transformações na assistência ao parto e a consolidação da Obstetrícia como ciência médica nos permite pensar o papel da mídia enquanto mediador de novas práticas culturais. A mídia pode ser caracterizada como um importante dispositivo de medicalização no processo de modificações da assistência obstétrica no século XX. No que tange a imprensa médica no cenário brasileiro, observa-se a existência de relevantes periódicos destinados a abordar temas e discussões da ginecologia e obstetrícia antes mesmo do século XX. Visava-se legitimar a

cientificidade e importância da obstetrícia e da ginecologia como especialidades médicas dedicadas ao estudo da reprodução e sexualidade feminina (ROHDEN, 2000). Freire, Bonan e Nakano (2018) salientam a relevância das revistas, mais especificamente, revistas femininas, para a promoção de um ideal de gravidez, parto e maternidade consonante aos novos conhecimentos e tecnologias médico-científicas. Dessa forma, segundo as autoras, as revistas apresentavam uma adaptação, uma “tradução” desses novos conhecimentos médicos sobre a gravidez e a maternidade, e os respectivos cuidados e práticas que elas exigiam. Essa “tradução” era importante para que mulheres, em sua maioria de classe média e alta, pudessem assimilar as novas informações e normas médico-científicas sobre o ciclo gravídico-puerperal, a fim de moldar suas experiências. Em sua análise da revista *Claudia*, as autoras identificaram “(...) o empenho da revista em garantir a informação e a subsequente adesão das mulheres a um ideal de gravidez “normal”, que incluía vigilância médica, gestão de riscos e rotinas de autocuidado para uma experiência gestacional e uma parturição aperfeiçoada”. (FREIRE; BONAN; NAKANO, 2018, p.15)

De acordo com Freire (2014), a revista, enquanto periódico, foi um importante instrumento na relação e negociação entre médicos e mulheres para o estabelecimento de um tipo ideal de maternidade e cuidado com os filhos baseado pela ciência. Assim, a mídia através das revistas femininas tinha como um de seus papéis a divulgação da maternidade científica, que era supervisionada pelo médico – o especialista –. Dentre outros assuntos essas revistas endossavam a maternidade como dever da mulher; advertiam às mães a grande responsabilidade que possuíam para com a criação e futuro de seus filhos; propunham prescrições técnicas de cuidados e higienização adequada para bebês e crianças. É interessante como Freire (2014) ressalta que, na relação entre mulheres e especialistas, as mães correspondiam ao chamado médico-científico incorporando, rejeitando e /ou adaptando informações e práticas de acordo com seus próprios interesses, saberes e modo de vida. De maneira que, a variação e adaptação do conteúdo e temas das revistas demonstra que não havia uma simples subordinação a ciência e a medicina, mas sim uma construção de um ideal de maternidade fruto do diálogo e aliança entre médicos e mães, numa espécie de conciliação entre ciência e tradição.

### **1.3 Dissensões no campo médico: o Movimento pelo Parto Sem Dor (PSD)**

Com a generalização da hospitalização do parto atingindo seu ponto culminante anos 50 do século XX, e em crítica a esse modelo de atenção ao parto, surge a introdução da ideologia do Parto Sem Dor (PSD), e posteriormente, do Pós- PSD, que mais tarde influenciariam o surgimento do Movimento pela Humanização do Parto. A partir das grandes mudanças na área da saúde, sobretudo no que diz respeito à medicalização e assistência ao parto, como foi abordado, pode-se observar crescentes críticas ao então modelo hegemônico de obstetrícia, que partiam, inclusive, internamente ao campo biomédico. A década de 50, no contexto do pós-guerra, expõe a questão da assistência ao parto como um assunto para além das disputas médicas internas, revelando-a um campo de embates e disputas sócio-políticas, como também religiosas (TORNQUIST, 2004).

Dentre os principais críticos internos ao campo biomédico, estava o francês Fernand Lamaze que punha em cheque a intervenção médica excessiva ao corpo feminino sob a justificativa de aliviar as dores. Tais críticas e resistências, que viriam a gerar o PSD, apontavam, de maneira geral, a necessidade da retomada do protagonismo feminino no processo do parto, salientando que as mulheres possuíam condições inatas para atravessar tal processo de maneira adequada e não traumática, contestando a concepção patológica do parto e do corpo feminino; e a necessidade de oposição e censura às campanhas natalistas dos governos europeus e ao modelo tecnocrático de atenção ao parto (TORNQUIST, 2004).

Para o PSD, o principal obstáculo a ser enfrentado seriam as concepções religiosas e conservadoras, advindas de idéias de família e de maternidade consideradas como obsoletas e violentas. Questiona-se ainda, a noção da dor e do sofrimento das mulheres no parto e na maternidade, vistas como formas ideológicas e antiquadas de entender o parto e a natureza da mulher, considerada capaz de controlar as dores e, assim, ser a protagonista do processo. Para isso, no entanto, os especialistas serão convocados a coordenar as atividades de reeducação das mulheres, no sentido de inculcá-las as novas concepções. (TORNQUIST, 2004, p.139)

O obstetra Lamaze, juntamente com o obstetra inglês Grantly Dick Read, são responsáveis pela introdução do método psicoprofilático, o ideário do Parto Sem Dor na França e na Inglaterra, respectivamente (MIRANDA, 2012). O PSD, inicialmente, se tratava de um método de preparação para o parto, adaptado do modelo russo. Trazia,

entre outras questões, o treinamento para o controle da dor, como técnicas de respiração e postura. O médico era o profissional responsável por preparar a gestante para o parto, figurando como uma representação da rede de apoio e solidariedade existente anterior ao processo de hospitalização e medicalização do parto. A partir desse entendimento da necessidade de preparação para o parto, o período pré-natal se configura como parte importante para se chegar ao parto indolor, pois durante esse período concepções a respeito do treinamento para controle da dor e das emoções devem ser apreendidas pela gestante, havendo uma reeducação física e psíquica de modo a formar uma nova mentalidade (SALEM, 1983). Esse condicionamento de mentalidade ajudaria a mulher a assumir uma posição ativa de controle e poder durante a gestação e na cena de parto, rejeitando o imaginário católico-cristão de dor, sujeição e sofrimento no parto (TORNQUIST, 2004). É importante dizer que se acreditava que seria necessário que esse condicionamento de mentalidade também ocorresse na classe médica, na equipe médica e hospitalar. A mudança, a reestruturação de pensamentos e ações no campo médico seria imprescindível para o recebimento da inovação e, conseqüentemente, o sucesso do projeto (SALEM, 1983). O método Lamaze, mais precisamente a técnica de respiração, alcançou notoriedade de modo que até os dias atuais é conhecida e costuma ser citada em narrativas midiáticas, como novelas, filmes e séries, que abordam a temática da gravidez e de trabalho de parto.

O posicionamento do médico Fernand Lamaze a respeito do modelo hegemônico de obstetrícia se deu, em grande parte, por conta da sua associação à Resistência Francesa, rede e movimento revolucionário humanista de oposição ao nazismo e a política de cooperação – política colaboracionista – do governo francês com a Alemanha durante a Segunda Guerra Mundial. Durante a Guerra Fria, se familiarizou aos métodos utilizados pelas maternidades soviéticas para facilitação do processo de trabalho de parto, em virtude de sua participação em uma comitiva de cientistas europeus enviados a uma missão na União Soviética. Esses métodos eram baseados pela teoria comportamentalista do neuropsiquiatra russo Ivan Pavlov. Mais tarde, Lamaze obteve apoio do Partido Comunista, e seu método foi transformado em projeto de Lei e, em seguida, aprovado, no entanto, sua regulamentação não foi recebida sem opositores, discussões e calorosos debates em diversos setores da sociedade e na imprensa. Teve como defensores do método a imprensa humanista e sindicatos, ativistas e partidos de esquerda, e como oponentes, partidos conservadores e colaboracionistas, a Igreja Católica (em um momento inicial) e grande parte da categoria médica. É importante

citar que os discursos de Lamaze eram embasados por argumentos essencialmente científicos, entretanto, mesmo esses discursos não buscando, a priori, partir da defesa de ideais políticos, a categoria médica, em sua maioria, buscava rebatê-los, de maneira a resisti-los e a se opor a qualquer possível aproximação de ideais políticos de esquerda. Por fim, a aceitação do PSD em meio a debates expondo as disputas e relações entre religião, política e ciência, parece estar vinculada ao – relevante e decisivo – apoio da Igreja Católica, cooptada, possivelmente, pelo caráter “natural” da técnica do PSD, além da massiva divulgação publicitária às iniciativas do PSD nos meios republicanos, humanitários e comunistas, e em demais setores da sociedade francesa (TORNQUIST, 2004).

Durante as décadas de setenta e oitenta se erguem novas correntes de críticos ao modelo hegemônico de assistência ao parto, sendo essas sucessoras ao PSD. A antropóloga Tânia Salem (TORNQUIST, 2004) (MIRANDA, 2012) denomina o PSD e sua geração sucessora (pós-PSD) como Vanguardas Obstétricas. Tornquist (2004) também classifica tais vanguardas obstétricas como correntes heréticas. Os apoiadores dessas causas diziam promover um novo estilo de vivenciar a gravidez e o parto, o ideal de libertação, de ruptura com as representações negativas e patologizantes do corpo feminino e do ciclo gravídico puerperal, muitas vezes defendidos pelas tradições religiosas. Além de promover discursos de neutralidade científica, buscando por legitimidade para se firmar no campo biomédico (TORNQUIST, 2004).

Segundo Miranda (2012, p. 37), pode-se citar como principais formadores da geração pós-PSD três obstetras – Leboyer, Michael Odent, Moisés de Parcionick – e uma antropóloga – Sheila Kitzinger –, de modo que ela relata que “estes tornaram-se um dos principais referenciais teóricos entre os defensores do Parto Humanizado e representam os ideólogos do parto natural, parto de cócoras e o casal gravídico”. Esses principais atores promoviam através de seus escritos e discursos questões como a promoção de um nascimento sem violência em desafio ao modelo ocidental moderno de assistência ao nascimento; a busca por uma menor interferência na fisiologia do nascimento, na qual a mulher deveria reencontrar “seus instintos que foram perdidos no processo civilizatório”; grupos de preparação para o parto com especialistas direcionados a orientar casais grávidos; e a noção da experiência do nascimento não como um evento médico, e sim, como uma experiência emocional e sexual (MIRANDA, 2012). Essas questões estão conformidade com os valores individualistas do contexto sociocultural nos anos 70, como a valorização e exaltação da natureza, a

erotização das relações sexuais, a crítica as instituições tradicionais e a medicalização da saúde, entre outros (TORNQUIST, 2004).

De acordo com Miranda (2012), Salem acredita que o pós-PSD se baseia em alguns aspectos do PSD, de maneira que os agrega ao seu movimento. Esses aspectos seriam: a crítica a medicalização e tecnologia excessiva, visando o resgate do protagonismo feminino na cena de parto e o entendimento do corpo feminino como preparado para parir; grupos de preparação para gestação e para o parto organizados por especialistas; o estímulo a participação do casal grávido na tomada de decisões durante o ciclo gravídico puerperal, como a presença paterna na cena de parto, assim como, para a maternidade voluntária; e o entendimento do parto como um evento fisiológico, natural, que deve ser vivenciado de forma prazerosa. Por outro lado, as críticas da geração pós-PSD as concepções dos obstetras do PSD se direcionariam à questão da excessiva necessidade de controle do corpo feminino postulada nos grupos de preparação para o parto, posicionando, ainda, o médico como uma figura central, tutelar, que prepara a mulher, e não considerando como se deveria a “essência”, “natureza”, e o inconsciente e subjetividade feminina (SALEM, 1987) (MIRANDA, 2012).

Algumas das propostas do pós-PSD trazem uma forte rejeição ao poder médico, representado pelo poder do especialista e a consequente privação dos direitos do casal, apoiando e incentivando a participação de outros profissionais na assistência ao parto e nascimento. Os médicos não seriam mais os únicos profissionais responsáveis pela a preparação para se chegar a uma experiência prazerosa do parto, de maneira que o obstetra deixa de ocupar um papel tão central, de condução da preparação e da cena de parto. Os defensores do pós-PSD criticam a necessidade de controle para se obter sucesso na experiência do trabalho de parto, prática tão defendida pelo PSD (MIRANDA, 2012). Nesse sentido, prioriza-se uma multidisciplinaridade e descentralização da equipe médica, assim como, uma equiparação entre o profissional médico e a gestante, reconhecendo a mulher como um sujeito dotado de direitos e passível de tomar decisões, de uma escolha informada junto a seu parceiro. O obstetra, que no PSD era visto como a principal figura na cena de parto, gerindo o trabalho de parto para uma boa experiência, passa a ser entendido como coadjuvante, um facilitador, um apoiador físico e emocional para que a puérpera possa desempenhar sua função fisiológica, e o casal possa viver a melhor experiência possível.

Segundo Salem (1983) a gestação e o parto também passaram a possuir uma linguagem mais psicologizada – fruto do entendimento do nascimento como também uma experiência psicológica que impacta significativamente as relações familiares – diferente da linguagem médica e biológica anterior ao pós-PSD. E, nesse sentido, a autora também considera essa linguagem e incentivo à verbalização das emoções como aspectos da ideologia do Pós-PSD que a expõe como um desdobramento da “cultura do ego”. Há uma valorização da subjetividade da mulher grávida, do seu companheiro e da interação entre o casal em relação a experiência da gravidez e do parto, de modo que, a gestão das relações e das psicologias individuais é determinante para o sucesso da experiência no ciclo gravídico puerperal. Daí a relevância e indispensabilidade dos grupos de preparação para o parto (MIRANDA, 2012).

Nesses grupos, produz-se um ambiente propício à criação de uma rede de sociabilidade para compartilhamento de experiências e emoções, principalmente, entre o casal. Estimula-se constantemente a reflexão com ênfase no autoconhecimento e autoaperfeiçoamento para a plena liberação do sujeito e rechaço às normas, recorrendo a verbalização e análise das experiências pessoais e familiares, inclusive, passadas. O profissional médico, então, se posiciona como um guia para que se bloqueiem os constrangimentos socioculturais de modo que o indivíduo possa dar lugar à sua expressão enquanto sujeito, atendendo à suas escolhas e desejos pessoais. Ao participar dos grupos de preparação pretende-se, mais do que receber treinamento e estar de posse das informações necessárias para driblar a dor, recuperar os conhecimentos e técnicas que uma vez já estiveram sob seu domínio, para inclusive alcançar um lugar de igualdade com médico, determinando os limites da gerência desse profissional sobre a cena de parto e seu corpo. Desse modo, a puérpera consegue expor, partilhar e exercer suas vontades e emoções (SALEM, 1983).

A gravidez passa a ser percebida como algo para além de uma simples preparação para o parto. Entende-se o controle da dor, tão divulgado pelo PSD, como secundário em razão do dever de se (re) inserir a experiência da gestação, do parto e do nascimento em um contexto familiar e afetivo, em contrapartida à “despersonalização” do parto em decorrência da “artificialidade” e “impessoalidade” da instituição médico-hospitalar (SALEM, 1983). O significativo estímulo à presença do pai do bebê nos cursos de preparação e na cena de parto visa partilhar a experiência da gestação entre o casal, assim como, as tarefas e responsabilidades pertencentes a esse momento, estando de acordo com o ideal moderno de casamento e paternidade e o fenômeno de

nuclearização da família. A presença do pai no parto é de extrema importância, pois é naquele momento, com a chegada do bebê, que se inicia uma unidade familiar. Assim, a noção de família promovida pelo PSD e Pós-PSD destaca o casal de quaisquer laços mais intensos com suas respectivas famílias de origem, diferenciando-o de seus familiares, focando-se na concretização, na consumação dessa unidade-casal em uma unidade familiar a partir do nascimento de seu filho. A rede de sociabilidade dos grupos de preparação ajudaria a lidar com os problemas e tensões que cercam o casal que está vivenciando a experiência da gravidez, e substituiria a relação e possível “intromissão” de seus respectivos familiares que poderiam usurpar a autoridade do casal e prejudicar a unidade familiar que está se formando.

Mostrou-se que o impulso vanguardista do casal grávido expressava-se, por exemplo, no seu intento em diferenciar-se, concreta e simbolicamente, das famílias de origem – identificadas e confundidas com o “retrógrado” e, portanto, como um modelo cultural negativo. O suposto último que informa este anseio é de que é possível, e desejável, intervir na personalidade e na biografia individual de modo a transformá-la e, no limite, subjaz a ideia de que nada determina a vida pessoal a não ser a própria vontade individual. Este suposto voluntarista apoia-se, indubitavelmente, na representação do indivíduo como o “centro do universo” (SALEM, 1983, p.21)

Busca-se uma diferenciação da família de origem, na qual o casal possa formatar o seu núcleo familiar a seus próprios moldes, se afastando e se opondo ao que viveu em seu seio familiar e projetando um presente e futuro de mudanças. Essa mudança de como se deseja viver o presente e projeção de futuro está sujeita a uma conexão e reformulação do eu – de cada um dos integrantes do casal – a partir de uma profunda reflexão sobre seu presente e passado para o autoconhecimento que gere uma nova identidade do casal – a família –.

Considerando que o homem e a mulher estão vivenciando a experiência da gravidez e formação da família cada um de modo particular, o que traria dificuldades para a concretização da unidade, da nova identidade do casal, Salem (1983) observa como essas concepções fazem refletir sobre as funções de cada integrante para o projeto de família. A autora percebe que o especialista nos cursos de treinamento aconselha o constante diálogo e negociação entre o casal, um esforço de trabalho em conjunto que assimile as duas individualidades e as faça convergir. É preciso destacar que o afastamento da família de proveniência, com a promessa de independência do casal, acaba por implicar na dependência para com os grupos para casais grávidos, principalmente, na dependência para com os especialistas que auxiliariam na

reformulação do casal. A supervisão e mediação do especialista reforça-o como alguém que ajuda a equilibrar e organizar terapêuticamente a relação entre os parceiros, e que reconhece e reverencia a inevitabilidade da “natureza”, mas que se entende e se posiciona como um facilitador, um guia para um caminho que lide de melhor maneira com o “natural” e propicie um bom parto, uma experiência prazerosa e feliz.

Também se insere nesse ponto o, já abordado, constante reforço da ideia de escolha informada, uma imunização ao constrangimento sociocultural proporcionado pelo especialista ao casal. Isso representa uma ação contraditória ou paradoxal das concepções do PSD e Pós-PSD: o comando para a liberação do eu e das emoções, para o rechaço aos padrões e normas, acaba por produzir mais controle, normas e padrões que afetam os indivíduos e resulta em descompasso. Faz-se uma nova pedagogia, um novo manual que prescreve como é ser livre, “natural”, revolucionário e moderno. O valor atribuído à busca por informação, à noção de escolha informada, revela a relação com aspectos da sociedade moderna, como a especialização, também inserindo essa questão nesse paradoxo. Combate-se o saber médico e a especialização que se institui sobre o corpo, buscando-se retomar os conhecimentos e práticas que uma vez estiveram sob o domínio das mulheres e suas redes populares de cura. Ação ambígua, pois, sob o pretexto moderno de diferenciação e afirmação do sujeito, pretende-se frear um movimento moderno de especialização (SALEM, 1983).

Portanto, vale a pena frisar que a crescente psicologização da gravidez e do parto e a mudança na rede de relações familiares não se originam no PSD, mas de transformações sociais e ideológicas reelaboradas e rerepresentadas pelo PSD e Pós-PSD (SALEM, 1983). Assim, os ideais do PSD e Pós-PSD, embora sejam apresentados como vanguardistas, revolucionários a frente de seu tempo, tem, inevitavelmente, sua base e retratam valores morais e socioculturais do individualismo moderno, assim como, seus conflitos e dilemas.

#### **1.4 O movimento pela humanização do parto e nascimento**

O movimento pela humanização do parto e nascimento defende o chamado Parto humanizado que é caracterizado, em suma, como um evento fisiológico no qual a parturiente assume papel central e opta pelo mínimo de interferências médicas possíveis. Nesse tipo de parto as parturientes são informadas de todo e qualquer procedimento realizado, e procura-se parir em um ambiente respeitoso e acolhedor,

onde o tempo físico e psíquico de cada mulher é considerado e respeitado. Dessa forma, segundo Carneiro (2011, p.13), o Parto Humanizado pode ser entendido como (...) “o parto que ocorre em casa, com “parteiras urbanas”, no hospital, com o médico, na água, na vertical, na horizontal ou de cócoras, desde que a mulher tenha solicitado ou concordado com a efetivação de determinadas práticas médicas” .

Tornquist (2004) pensa o Parto Humanizado como “um desdobramento mais recente” dos seus antecessores, as gerações PSD e Pós-PSD, sendo difícil caracterizar um momento exato onde os influenciados por essas gerações convergiram no que se chama hoje de Parto Humanizado. A autora acredita que, no contexto do Brasil, a Rede de Humanização de Parto e Nascimento (REHUNA) figura com um dos principais colaboradores na construção da identidade e noção de humanização do movimento.

(...) Tania Salem (1987) parece ter sido a primeira a mapear essa conexão e ressonâncias. Em sua leitura, o Brasil teria importado, nos anos de 1980, a ideologia francesa do “parto sem dor”, de Ferdinand Lamaze (1950), de Frederick Leboyer (1960-1970) e, posteriormente, de Michel Odent (1980), assim como alguns aspectos da vertente inglesa feminista, de Sheila Kitzinger (1978) e de Janet Balaskas (1983). Para Salem, esses discursos teriam sido recepcionados, nos anos de 1980, por casais de camadas médias, notadamente atravessadas pela ideologia do ecológico, do movimento hippie e da psicanálise. Depois dela, Tornquist (2004) também teria caracterizado os adeptos e ativistas do parto humanizado, já nos anos 2000, como os filhos do espírito libertário do pós-68, herdeiros e difusores da contracultura. (CARNEIRO, 2011, p.20)

Assim, entende-se que o fervilhante contexto político social favoreceu um movimento de crítica interno ao campo médico. Acreditando-se, também, que a ideologia do PSD e Pós-PSD possui forte influência sobre as características e considerações do movimento em prol da humanização do parto no Brasil.

A ONG Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna) foi criada na década de 1990, em um sítio, localizado na cidade de Campinas. Esse sítio tinha como proprietário um médico que era considerado referência nacional e estava em contato com pessoas que possuíam uma prática médica diferenciada do então modelo médico hegemônico no país. Naquela ocasião ocorreu um encontro<sup>2</sup> entre profissionais da área

---

<sup>2</sup> “O encontro envolvia profissionais que tratavam de questões relativas à saúde da mulher, à gestação e ao nascimento, mas fugia dos moldes de um associativismo profissional, ou mesmo acadêmico, formal, que se sintonizando-se com o ethos contracultural ou alternativo predominante no grupo fundador. Este caráter estava presente na escolha do lugar – uma espécie de retiro, em um sítio – e na busca de uma organização que permitisse a expansão do movimento em termos de idéias, bem como a valorização da heterogeneidade de seus membros. Segundo relatos, a REHUNA teria sido a sucessora de um grupo que

da saúde para se discutir a situação do modelo obstétrico de assistência ao nascimento no Brasil (TORNQUIST, 2004). Na fundação da Rehuna houve a publicação da Carta de Campinas, na qual o grupo faz uma denúncia caracterizando a assistência ao parto e nascimento, nas instituições brasileiras de saúde, como violenta e prejudicial à saúde fetal e materna (MIRANDA, 2012).

Nesse contexto de crítica ao modelo médico obstétrico vigente, outros grupos também se mobilizaram. Tal foi o caso de um conjunto de mulheres usuárias de planos de saúde de vários estados. Essas mulheres criticavam certos procedimentos médicos e a necessidades de os mesmos serem realizados, tendo como objetivo final um parto que estivesse de acordo com seus valores, crenças e estilo de vida. Também é preciso mencionar a relevância de outros grupos e ONGs, como por exemplo, “Amigas de Parto<sup>3</sup>” e “Parto do Princípio<sup>4</sup>”, que através de espaços físicos e virtuais promovem discussões, disponibilizam livros, cursos para gestante e formação de doulas e etc., colaborando de maneira importante para o movimento (CARNEIRO, 2011). Carneiro (2011) ressalta que antes desses grupos, na década de 70, já existiam alguns médicos brasileiros que buscavam contestar o modelo vigente de assistência ao parto, de modo que visavam prestá-la baseados em outras perspectivas. Segundo a autora, entre esses médicos estariam: Hugo Sabatino, em Campinas; Galba Araújo, no Ceará; e Cláudio Parcionick, em Curitiba, que com base em estudos particulares, difundiam práticas de parturição mais respeitosas à fisiologia feminina.

A grande crítica presente em diferentes áreas do movimento em prol do parto humanizado está direcionada às altas taxas de cesáreas realizadas no Brasil, de modo que a cesárea passou a ser denominada “cultura” e “epidemia”. Outra questão fortemente criticada é a necessidade de realização de procedimentos médicos por vezes considerados invasivos. Assim, “entre os defensores do parto “mais natural” existe o entendimento de que é preciso romper com o “efeito cascata”, expressão êmica que representa a sequência de procedimentos realizados de rotina, quando uma mulher chega ao hospital” (CARNEIRO, 2011, p.18). Entre esses procedimentos estariam, por exemplo, a aplicação de ocitocina (hormônio sintético que acelera as contrações uterinas), a analgesia epidural, a episiotomia (corte da musculatura perineal para a passagem do bebê), a raspagem dos pelos pubianos, denominada como tricotomia.

---

se auto-proclamava Ginecologistas Marginais, iniciativa surgida dentro do campo da saúde da mulher, ainda nos anos 80”. (TORNQUIST, 2004, p.144)

<sup>3</sup> Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/>

<sup>4</sup> Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br/>

Outros pontos que costumam ser levantados em meio a essas críticas são o impedimento da livre movimentação da mulher em trabalho de parto, exigindo-se que permaneça em posição litotômica para parir, e a determinação de que as mulheres permaneçam em jejum, muitas vezes não podendo ingerir nem mesmo líquidos, como água (CARNEIRO, 2011). Esses procedimentos de rotina são considerados como desnecessários e ultrapassados, não sendo baseados ou recomendados por estudos científicos.

Frente a essas críticas advindas da sociedade civil, nos anos 2000, os governos estadual e federal se posicionaram, por exemplo, a partir dos lançamentos de campanhas nacionais em prol do parto normal e contra episiotomia e em programas de incentivo aos hospitais para a queda dos índices de cesárea através do Ministério da Saúde, como por exemplo, o programa “Hospital Amigo da Criança” (CARNEIRO, 2011).

Algumas iniciativas foram realizadas pelo Governo Federal para a implementação das recomendações do paradigma de humanização do parto, tais como: aumento do valor do parto normal em 160%; instituiu o pagamento de analgesia de parto; definiu teto máximo para pagamento de cesariana no SUS; em 2000, a publicação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento; publicação da portaria número 985/199 para criação dos Centros de Parto Normal; remuneração de enfermeiras no atendimento ao parto de baixo risco; financiamento de cursos para a formação de enfermeiras obstétricas; [...] parcerias com ONGs (Grupo Curumim) para tratamento de parteiras tradicionais; [...] em 2004, o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; O Prêmio Galba de Araújo para o reconhecimento dos serviços com práticas humanizadas de atenção; e a Lei número 11.108 que institui o direito ao acompanhante durante o trabalho de parto. (MIRANDA, 2012, p.45-46)

As ideias do movimento parecem ter uma boa receptividade em órgãos públicos ligados à saúde coletiva, procurando manter uma relação de diálogo e parceria. Em 2010, entre os dias 26 e 30 de novembro foi realizada, em Brasília, a III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento – Consolidando Avanços e Abrindo Novos Caminhos. A Conferência foi organizada pela Rehuna em parceria com o Ministério da Saúde, o Governo do Distrito Federal, a Universidade de Brasília e ONGs, grupos e instituições nacionais e internacionais relacionadas com o tema. O objetivo era aprofundar, discutir e difundir os conhecimentos e garantias de direitos a respeito da humanização do parto e nascimento. O evento contou com, aproximadamente, 2.500 participantes, estando entre eles médicos, enfermeiras, doulas, ativistas do parto humanizado, parteiras urbanas e parteiras tradicionais. Ressalta-se que durante o evento o Brasil foi apontado como o atual “carro chefe” do movimento, considerando-se o grau

de sua mobilização e o fato da recente (re) hospitalização do parto em países como a Inglaterra e a Holanda, que eram, até então, considerados ícones de uma assistência ao parto e nascimento “mais natural” (CARNEIRO, 2011).

Além dessas iniciativas públicas e por parte de grupos como a Rehuna, a temática da humanização do parto passou a fazer parte de inúmeras reportagens e séries jornalísticas em sites da internet e redes de televisão. A imprensa costuma abordar, principalmente, os temas do parto natural, o alto índice de cesáreas no Brasil, e, recentemente, casos de violência obstétrica. Como por exemplo, pode-se citar a série especial “A hora do Parto” exibida pelo Jornal Hoje da rede Globo de televisão no ano de 2015, que procurava explicar como o Brasil chegou a 55,6% de cirurgias cesarianas e entender o que se tem feito para mudar essa situação, considerando-se que a Organização Mundial da Saúde, a Sociedade Brasileira de Obstetrícia e o Ministério da Saúde indicam que a preferência deve ser a escolha pelo parto normal. A série abordou, entre outros assuntos, que medidas hospitalares públicas e particulares brasileiros estão tomando para priorizar o parto normal e o trabalho de parteiras no interior do Brasil, além de trazer opiniões e relatos de gestantes, parturientes, obstetras e enfermeiras. Foi exibida em três episódios<sup>5</sup> em outubro de 2015.

Também é interessante relatar que foi lançado em 2013 o longa-metragem documentário “O Renascimento do Parto – O filme” que tem como roteirista a doula Érica de Paula e tem a direção e produção de Eduardo Chauvet. O documentário que aborda, de modo geral, a realidade obstétrica brasileira, repercutiu no país de maneira que é considerado o documentário nacional de segunda maior bilheteria no país. Em 2018, o documentário teve sua continuação lançada, parte 2 e parte 3, fechando a sua trilogia<sup>6</sup>: “O Renascimento do Parto 2”, abordando, mais precisamente, o tema violência obstétrica; e “O Renascimento do Parto 3”, tratando, de modo geral, da urgência de se mudar a forma de nascer. Atualmente, a trilogia do documentário pode ser encontrada em plataformas digitais de streaming, como a Netflix. Na plataforma de compartilhamento de vídeos Youtube, podem ser encontrados inúmeros vídeos<sup>7</sup> com reportagens, séries e documentários dedicados a discutir a situação da assistência obstétrica brasileira e abordar resultados de pesquisas e relatos sobre violência

---

<sup>5</sup> Informações retiradas da página Globo.com. Disponível em: < [http://g1.globo.com/jornal-  
hoje/noticia/2015/10/brasil-e-recordista-mundial-em-cesareas.html](http://g1.globo.com/jornal-<br/>hoje/noticia/2015/10/brasil-e-recordista-mundial-em-cesareas.html)>

<sup>6</sup> Disponível em: [www.netflix.com](http://www.netflix.com)

<sup>7</sup> Um exemplo é o episódio “A hora da Chegada – Como nascem os bebês no Brasil?” do Programa Caminhos da Reportagem, da TV Brasil. O vídeo está disponível para acesso no canal da TV Brasil no Youtube. Disponível em: < [https://www.youtube.com/watch?v=D2T2IiexnbY&ab\\_channel=tvbrasil](https://www.youtube.com/watch?v=D2T2IiexnbY&ab_channel=tvbrasil)>

obstétrica. Muitos desses vídeos apresentam seus debates sob o viés da humanização do parto, sendo produzidos ou contando com a participação de adeptas (os) e ativistas desse movimento.

O movimento em prol do Parto Humanizado é de uma pluralidade evidente considerando-se os diversos termos e expressões usados para caracterizá-lo de acordo com as suas diretrizes e suas demandas, como, por exemplo, “parto natural” ou parto “mais natural”. Assim como são múltiplas as posições, os profissionais, os locais e as práticas de parto que podem ser abarcados pela assistência humanizada e seus ideais. Portanto, considerar a sua pluralidade é essencial para se buscar apreendê-lo (CARNEIRO, 2011).

A Rehuna traz em sua proposta de Parto Humanizado a união entre as noções de parto natural ou cócoras e de casal gravídico da geração pós-PSD e as informações da Medicina Baseada em Evidências (MIRANDA, 2012). De acordo com Tornquist (2002) (2007, apud MIRANDA, 2012) a identidade da Rehuna é baseada e formada, desde o princípio de sua criação, por duas vertentes discursivas, que seriam a biomédica e a alternativa. Percebe-se que ocorre, na realidade, uma relação de troca e negociação entre essas duas vertentes, e até, aparentemente, uma fusão entre os discursos. Com a questão da vertente alternativa, o parto humanizado acaba por ser, ao mesmo tempo, estigmatizado por um grupo e elemento de distinção para outro. Enquanto elemento de distinção concede prestígio àqueles, das camadas médias, que buscam um estilo de vida diferente do tradicional, comumente relacionado à cultura de massa. Já a estigmatização parte do campo biomédico. Dessa maneira, é significativa a busca pela sustentação de sua prática através da Medicina Baseada em Evidências (MBE), seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), para se conseguir a legitimação necessária de seus discursos e propostas no campo obstétrico.

A busca de legitimidade científica vem sendo buscada explicitamente por seus ideólogos, assinalando uma preocupação em sair do gueto do mundo ‘alternativo’, com o qual as experiências obstétricas eram identificadas nos anos 1970. A interlocução com o campo biomédico implica produzir e divulgar estudos de tipo epidemiológico na saúde perinatal e neonatologia. Tais estudos vêm sendo produzidos de forma crescente, ainda que não suficientemente para que a concepção de humanização da assistência deixasse de ser subalterna ou herética. A incorporação da saúde coletiva e pública parece ser importante motivo dessa estratégia de legitimação, vista como necessária, uma vez que se entende que, para mudar a assistência ao parto, é preciso mudar o paradigma que sustenta as práticas, as rotinas hospitalares e a própria formação médica. (TORNQUIST, 2002, p.5)

Assim se foge da percepção de heresia conferida ao movimento no interior do campo obstétrico e/ou científico.

A Medicina Baseada em Evidências parte da ideia de se avaliar a eficácia e a segurança das práticas médicas baseando-se em estudos epidemiológicos randomizados controlados. Dessa forma, seu posicionamento é contrário à medicina tradicional – no sentido de modelo hegemônico –, no que tange à sua forte inclinação a utilização de concepções, práticas e valores tradicionais, que não mais se sustentam por evidências científicas (TORNQUIST, 2002). O médico epidemiologista Archiebald Cochrane incentivou a realização desse tipo de estudo em todas as especialidades médicas como forma de controle de gastos, fazendo-se melhor uso de investimentos em práticas que possuem maior evidência científica de eficácia e segurança. É importante citar o destaque da Europa na utilização desse tipo de estudo na área da atenção ao nascimento. De forma que, havendo uma preocupação em se conseguir melhoras nos indicadores de morbi-mortalidade materna e perinatal, foi criado um comitê regional para avaliação de práticas médicas. A OMS atuou no apoio da formação de novos grupos para a realização de mais estudos de eficácia e segurança, que tinham por integrantes grupos de especialistas, além de representantes de grupos de mulheres e de organização de consumidoras dos serviços de saúde (DINIZ, 2001, apud MIRANDA, 2012).

De acordo com Diniz (2001, apud MIRANDA, 2012), publicações da OMS como as “recomendações da OMS” têm sua origem nos resultados desses estudos e acabaram por fundamentar as reivindicações da Rehua. Entre essas publicações estão: *Appropriate Technology for Birth* (World Health Organization – WHO, 1985) que também foi chamada como Carta de Fortaleza – Primeiro manifesto internacional da Rede de Humanização do Parto e Nascimento; *Care in Normal Birth: A Practical Guide* (WHO, 1998); *Recommendations for Appropriate Technology Following Birth* – também identificada como Carta de Trieste; e *World Health Day: Safe Motherhood* (WHO, 1998), no qual a Maternidade Segura é denominada com um tipo de direitos humanos das mulheres.

Em suma, as recomendações da OMS expressam e apontam: a ideia do parto considerado com evento fisiológico, no qual deve haver mínima intervenção no processo natural do parto, em concordância com a segurança materna e fetal; a organização da assistência ao parto focada na mulher e suas necessidades e interesses, tornando a parturiente de objeto a sujeito do processo; considera como aceitável o

índice de cesárea, em todos os países, em até 15%; classifica como danosos e ineficazes procedimentos como a manobra de Kristeler, o uso da posição horizontal durante o trabalho de parto e parto, e a episiotomia de rotina, de modo que os mesmos devem ser extintos do cotidiano da atenção ao parto (MIRANDA, 2012). Também é interessante mencionar a questão do paradigma da humanização, no qual o médico não é mais o principal profissional ao acompanhar a gestação e o parto, compartilhando com outros profissionais tal responsabilidade técnica, e o hospital não é mais o único local apropriado para o nascimento, tornando as casas de parto, e o próprio domicílio, como alternativas de ambientes possíveis para acontecer o nascimento. Essas mudanças também englobam profissionais como as enfermeiras obstétricas, as quais passam a ser parte integrante da equipe de atenção ao nascimento, além da reinserção do trabalho das parteiras tradicionais à assistência em regiões com pouca ou inexistente rede hospitalar (MIRANDA, 2012).

Em termos de trabalhos de ativistas, profissionais e pesquisadores pode-se apontar a grande relevância dos estudos da antropóloga e ativista do parto natural Robbie Davis-Floyd que analisou a prática das parteiras mexicanas e a realidade norte-americana de assistência ao parto e nascimento, compreendendo os sistemas da assistência ao parto, na atualidade, em três modelos: modelo tecnocrático-hospitalar, modelo humanizado e modelo holístico (CARNEIRO, 2011). Nos últimos anos a antropóloga tem tido uma participação significativa nos eventos organizados pelo movimento da humanização do parto no Brasil e seu livro “Birth as an American Rite of Passage” é considerado uma das principais referências para as ativistas do movimento (TORNQUIST, 2002).

Pode-se dizer que a partir da relação entre a sua vertente alternativa e biomédica, o movimento pela humanização do parto e nascimento expressa, de modo geral, seu caráter de busca por bem-estar, saúde e “espiritualidade”, que tem como um de seus objetivos desenvolver uma experiência de parto e maternidade positiva com foco na realização total de suas capacidades físicas e psíquicas, podendo ser enquadrada como uma espécie do que Hervieu-Léger (2015) chama de “espiritualidade secular” com ênfase no autoaperfeiçoamento em aliança com a ciência moderna. Partindo do conceito “nebulosa místico-esotérica” de F. Champion, Hervieu-Léger (2015) pensa as mudanças modernas ocorridas no individualismo onde pode se observar uma religiosidade moderna que tem como característica principal uma religiosidade centrada no indivíduo, em sua plena realização pessoal.

Entende-se que o gestar e parir com uma assistência humanizada seria uma oportunidade, um modo de se exercer essa “espiritualidade secular” com um arranjo particular de crença, desenvolvendo seu autoaperfeiçoamento em pelo menos uma das esferas da vida material. Essa busca por bem-estar, vitalidade e desenvolvimento pessoal para se chegar a ser o melhor ser humano possível está intimamente ligada a outra característica desse movimento, que é uma intensa busca e valorização do que é entendido como natural. Nessa busca pelo “natural” acredita-se que as mulheres devem reencontrar os saberes ancestrais, os instintos que foram perdidos ao longo do processo civilizatório. Para reencontrar esses saberes as adeptas da humanização do parto recorrem a técnicas de preparação para o parto, muitas vezes características de culturas não ocidentais, havendo assim a chamada pedagogia do parto e/ou didática da gestação (TORNQUIST, 2002). O que é entendido pelo movimento como natural ou instinto, ou seja, uma realidade primária, anterior a outros níveis, como essência que fundamenta a experiência humana (GEERTZ, 1989), segundo Mauss (2003), pode-se caracterizar como técnica do corpo, mais precisamente como técnicas do nascimento e da obstetrícia que variam de uma cultura ou sociedade para a outra.

Técnicas do corpo, como agachar-se ou deitar-se, são apresentados por parteiras, doulas e outros profissionais da assistência humanizada como modos de parir que são mais ou menos fisiológicos, confortáveis e/ou facilitadores para um bom parto. No entanto, é ressaltado que, em defesa do empoderamento feminino, é a parturiente que deve optar pela posição que achar mais conveniente, estando livre para “seguir seus instintos” para se movimentar sem nenhum constrangimento durante todo o trabalho de parto. É significativo que as posições ditas mais fisiológicas, facilitadoras e “naturais” costumam ser pertencentes aos modos de parir de culturas milenares e/ou sociedades chamadas mais “simples”, como orientais e indígenas. Isso ilustra a existência da crença de que os modos de fazer, os modos de parir que concernem aos de sociedades ditas “primitivas” estariam mais próximas do “natural” e do fisiológico, do corpo em sua ação puramente biológica. Assim, quanto mais moderna, mais distante a sociedade ocidental estaria da “verdade” da natureza humana, separada do saber “natural” sobre o corpo. Existem ainda outras técnicas do parto relacionadas às práticas dos que prestam assistência à parturiente no momento do parto e no pós-parto, como, por exemplo, modos de amparar o recém-nascido, o corte tardio do cordão umbilical, recolhimento da placenta, consultoria de amamentação, entre outros. O corte tardio do cordão umbilical tem sido apresentado sob a justificativa científica de trazer benefícios e prevenção de

doenças para o bebê, como a anemia. Essa novidade é diferente do tradicional – e apressado – corte logo após o nascimento, ainda muito reproduzido em narrativas midiáticas, como novelas e filmes, e, conseqüentemente, presente no imaginário da população em geral. O manuseio da placenta também tem ganhado novas formas, como seu recolhimento, pintura e fabricação de produtos medicinais e objetos de decoração. A inspiração para esses usos da placenta parece vir de outras culturas, como técnicas da medicina chinesa e da tradição de alguns povos indígenas.

Pensando-se nas técnicas de parto segundo a tradição da medicina de alguns povos indígenas, entende-se que certos cuidados, como manuseio e manutenção da placenta, são formas de autocuidado que não só dizem respeito ao seu entendimento e promoção de saúde, mas também fazem parte do seu sistema de compreensão e produção de noção de pessoa, corpo, subjetividades e papéis a serem desempenhados, e, por conseguinte, modos próprios de organização social. Assim, práticas realizadas durante a gestação, parto e pós-parto visam assegurar a saúde da mãe e do bebê, além de moldar esses corpos e sujeitos – preparando, por exemplo, o espírito e o corpo da pessoa que está sendo gerada pela gestante –, garantindo também, a saúde e o bem-estar de toda a comunidade. Qualquer intervenção causando a não transmissão e/ou não realização das diversas formas de cuidado e rituais concernentes a gravidez, parto e pós-parto incide diretamente na concepção dos membros e no funcionamento e bem-estar da comunidade como um todo (MELO *et al*, 2021), colaborando para o adoecimento físico e espiritual daquela população.

Nesse sentido, pode-se entender que essas diferentes saberes e práticas promovidos pelo movimento de parto humanizado procuram forjar noções de corpo e sujeito diferentes da noção ocidental moderna. Nesses saberes e práticas é anunciada uma noção de corpo e de sujeito não compartimentados, um sujeito formado por corpo, mente e espírito – e que deve ser igualmente considerado nessas três dimensões –, que se faz um com a natureza. E é na reconexão com a natureza humana e com o meio ambiente que esse sujeito irá se desvencilhar dos infortúnios e dos modos de tratar e curar que não dão conta da amplitude da constituição do seu ser. Portanto, o surgimento desses novos modos de parir demonstram a existência de tensões entre noções de indivíduo e corpo na sociedade ocidental moderna.

Entretanto, paradoxalmente, a noção de valorização do “empoderamento” e da “escolha informada” baseada pela MBE e recomendações da OMS numa busca por uma experiência “natural” ou “humanizada”, colocam novamente essas mulheres numa

situação de tomar decisões sobre si mesmas validadas a partir de imposições de saberes científicos e concepções biológicas (TORNQUIST, 2002) (ALZUGUIR E NUCCI, 2015). Faz-se uma oposição e hierarquização entre natureza e cultura, de modo a tornar o que é entendido como cultura em um aspecto negativo da experiência humana, e o que é entendido como natureza em algo a ser celebrado e de que as mulheres devem se aproximar. Procedimento que parece estar mergulhado no individualismo, mais uma vez, articulando-se a partir da cisão entre corpo e sujeito, e entre natureza e cultura.

### **1.5 Diagnósticos sobre a situação da assistência obstétrica no Brasil**

Atualmente no Brasil, pode-se dizer que o modelo hegemônico de atenção ao parto e nascimento é comumente marcado por violência, tratamento desigual e desinformação. A pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, divulgada em 2014 e coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, ofereceu de maneira pioneira um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento no Brasil. Através dessa pesquisa pode-se observar que, na rede pública, a cirurgia cesariana representa 52% dos nascimentos, e na rede privada o índice é bem maior, chegando a 88% dos nascimentos. Como já foi mencionado, a recomendação da OMS é de que no máximo 15% dos partos sejam cirurgias cesarianas, demonstrando o descompasso da situação brasileira aos manuais e recomendações OMS. A partir desse primeiro parecer a pesquisa expõe que o elevado percentual não possui justificativas clínicas, e estima-se que quase um milhão de mulheres no país são submetidas a realização de cesarianas sem indicações clínicas que corroborem a realização da mesma. Desse modo, essas mulheres estão sendo expostas a maiores riscos de mortalidade e morbidade, e também não ocupam uma posição central, de protagonismo em relação ao parto e nascimento de seus filhos. Protagonismo esse recomendado pela OMS e tido como reivindicação do movimento pelo parto humanizado. Outro ponto relevante é que esse alto número de cirurgias cesarianas impacta negativamente o orçamento para a saúde, pois há uma elevação de custos desnecessários (LEAL e GAMA, 2014).

Ao abordar o parto vaginal, a pesquisa revela que são realizadas excessivas intervenções, privilegiando-se um modelo de assistência obstétrica extremamente medicalizado, que desconsidera ou não está atualizado sobre os melhores estudos, recomendações e evidências científicas disponíveis, expondo a medicalização do parto como prática generalizada na assistência brasileira. Com a medicalização do parto como

modelo, ocorre a realização rotineira de procedimentos e intervenções – muitas vezes, sem indicações clínicas –, como por exemplo, a episiotomia, manobra de Kristeller (aplicação de pressão no abdômen para facilitar a saída do bebê) e aplicação de ocitocina para acelerar as contrações. Apenas 5% das mulheres brasileiras não passam por esses procedimentos, diferente da proporção de 40% constatada no Reino Unido. Essas intervenções figuram entre as críticas do movimento pela humanização do parto, e são consideradas por ele como desnecessárias, muitas sem respaldo científico, e que provocam sofrimento e danos à saúde física e psíquica das mulheres. Além do mais, a OMS não recomenda que essas técnicas e procedimentos sejam realizadas rotineiramente, sem avaliação caso a caso que ateste a necessidade clínica de sua realização (LEAL e GAMA, 2014).

O problema da implementação da Lei 11108, que garante a parturiente o direito a ter um acompanhante de sua escolha durante toda a sua permanência no hospital, também foi abordado. A pesquisa mostrou que 75% das mulheres tiveram algum acompanhante, o que foi considerado um bom resultado. Assim, ressaltou-se a importância de políticas públicas para a promoção e garantia de direitos, e para a mudanças positivas na cultura de parto e nascimento. Por outro lado, é importante ressaltar que menos de 20% das mulheres possuíram o benefício da presença de um acompanhante de forma contínua no período de permanência no hospital. Dessa maneira, se observou que, mesmo estabelecido por lei, esse é um benefício ainda restrito a um perfil de mulheres, sendo esse o das que possuem maior renda e escolaridade, são brancas, fazem uso do setor privado e são submetidas a cesariana (LEAL e GAMA, 2014).

Segundo a perspectiva do inquérito, o modelo brasileiro de atenção ao parto e nascimento é oposto ao modelo de atenção baseado nas melhores pesquisas e evidências científicas que recomendam a inserção de enfermeiras obstétricas e obstetizes na assistência aos partos, considerando que a atuação dessas profissionais são de grande importância para se obter bons resultados nos partos vaginais, e para aumento da probabilidade de partos espontâneos e diminuição da incidência de intervenções desnecessárias que podem causar danos à saúde da mãe e do bebê. Observou-se que, no contexto brasileiro, os nascimentos assistidos por enfermeiras obstétricas e obstetizes representam apenas 15% dos nascimentos, e ocorrem, com maior frequência, nas regiões mais pobres, em que não existem médicos para assistência ao parto. Nesse

sentido, esse estudo não constata a execução de uma política pública de humanização do parto, como preconizam as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH/HumanizaSUS), mas sim, a carência de atenção obstétrica de qualidade e a falta de profissionais de saúde em certas áreas do país (LEAL e GAMA, 2014).

Outro aspecto encontrado – e considerado positivo pelos pesquisadores – foi que a maioria das mulheres, cerca de 70%, procuram os serviços de saúde com o desejo de ter um parto vaginal. Porém, o apoio a esse desejo pelo parto vaginal é pequeno, poucas mulheres são apoiadas nessa decisão, tendo-se em vista que nos serviços privados constatou-se que esse apoio se configura na proporção de apenas 15% para as mulheres que estavam no seu primeiro parto. Os dados ainda sugerem que as orientações advindas do pré-natal podem influenciar ou induzir as mulheres a optarem ou mesmo entenderem a cesariana como necessária, rejeitando-se o desejo pelo parto normal. Pois, embora se tenha observado maior preferência por um parto vaginal no início da gravidez, no decorrer da gravidez houve uma mudança na escolha e decisão pelo tipo de parto, não sendo explicada pela ocorrência de complicações de saúde ou indicações clínicas. As que tiveram a menor proporção de cesarianas (20%) foram aquelas que mantiveram até o fim da gestação o desejo e fizeram a escolha do parto vaginal. As mulheres que já se dirigiam aos serviços de saúde com o desejo por cirurgia cesariana desde o início da gravidez, apontaram que uma das razões para essa escolha passava pela ideia do medo da dor do parto. Foi exposto que 1/3 das mulheres revelaram que esse foi principal motivo para se optar por essa via de parto. As mulheres que passaram pela cesariana em gestação anterior acabaram, em sua maioria, passando novamente pela cesariana, de modo que apenas 15% tiveram um parto vaginal na atual gestação. Com isso, o estudo conclui que existe uma necessidade evidente de se apoiar a importante decisão da mulher pelo parto vaginal, para que então se possa evitar a primeira cirurgia cesariana, para que a mesma não seja realizada novamente em gravidez futura. Assim, faz-se referência a demanda do movimento de humanização pelo combate à “epidemia” de cesárea e o “efeito cascata” de intervenções sem respaldo científico (LEAL e GAMA, 2014).

O estudo ainda traz considerações interessantes obtidas através da comparação entre resultados obtidos a partir de um modelo de atenção obstétrica baseado em evidências científicas que foi implantado em um hospital privado, na região sudeste, e resultados obtidos em outros hospitais privados, nos quais se manteve o modelo

hegemônico de atenção, em municípios do interior da mesma região. No hospital com modelo de atenção obstétrica baseado em evidências houve uma redução pela metade da proporção de ocorrência de cesarianas em gestantes de baixo risco que fazem uso de planos de saúde. Essa redução da proporção de cesarianas foi bem-sucedida, respeitando-se as indicações clínicas, pois não trouxe riscos e prejuízos à saúde materna e neonatal. Inclusive, no hospital onde as mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento foram realizadas, houve melhores resultados entre os recém-nascidos. O modelo de atenção implementado estabeleceu mudanças na equipe médica como, por exemplo, a inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto vaginal. Também foram ofertados recursos não farmacológicos para suporte ao trabalho de parto e alívio de dores. Desse modo, o estudo ressalta que a mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento teve grande responsabilidade pela obtenção desses resultados considerados muito positivos, tendo-se em consideração que o público recebido pelas maternidades que foram colocadas em comparação é semelhante em aspectos socioeconômicos e de saúde (LEAL e GAMA, 2014).

Relevantes questões socioeconômicas também foram apontadas pela pesquisa. As adolescentes representam 19% das mulheres incluídas na pesquisa. Grande parte delas (42%) realizaram cesarianas, o que o estudo considera preocupante, atendo-se a informação de que as mulheres que iniciam a vida reprodutiva mais cedo têm a propensão a ter um maior número de filhos. Assim, com a realização de cesarianas, elas estarão expostas a maiores riscos nas gestações futuras. Destaca-se que as adolescentes representadas na pesquisa eram, em sua maioria, pretas ou pardas (71%), pertencentes as classes sociais D e E, e não estudavam ou estavam em atraso escolar. Junto as essas informações, também foi apurado que as adolescentes tiveram dificuldade de acesso ao pré-natal e consultas médicas. De acordo com esses dados, a pesquisa enfatizou que as adolescentes apresentaram uma posição desfavorável em relação as mulheres adultas (LEAL e GAMA, 2014).

A referida pesquisa expõe como um de seus resultados o fato de que a menor satisfação a respeito do atendimento e da assistência obstétrica recebida foi relatada por parte de mulheres pretas e pardas, de baixa escolaridade e classe social, que residem na Região Norte e na Região Nordeste, que tiveram parto vaginal e foram atendidas, em sua grande maioria, no setor público. Essas mulheres tiveram parto vaginal, porém, em sua maioria, extremamente medicalizado, o que pode ter interferido no nível de

satisfação quanto a assistência recebida. Isso revela o que pode ser caracterizado como uma evidente elitização da assistência ao parto e nascimento no Brasil, além da prática institucionalizada de violência racial e de gênero. De maneira geral, a pesquisa “Nascer no Brasil” concluiu que:

[...] as mulheres brasileiras e seus bebês de qualquer grupo social estão sendo desnecessariamente expostos ao risco de efeitos adversos no parto e no nascimento. As de mais elevado nível social sofrem maior número de intervenções obstétricas, em especial a operação cesariana, e dão à luz a um grande número de bebês com menos de 39 semanas, perdendo assim as vantagens advindas da sua situação social. As mais pobres, atendidas no setor público, estão submetidas a partos extremamente medicalizados, dolorosos, e demonstram menor satisfação com a atenção recebida. Têm piores indicadores perinatais e de condições de saúde em geral, indicando a baixa efetividade do modelo de atenção obstétrica e neonatal predominante nos serviços públicos e privados do país. (Sumário Executivo Temático da Pesquisa Nascer no Brasil- LEAL e GAMA, 2014, p.7)

Portanto, pode-se entender que no modelo hegemônico de assistência obstétrica brasileira, a medicalização e a biomedicalização aliadas à estratificação social corroboram para a atual grave situação do cuidado e atenção ao parto, revelando-se como urge a necessidade de interferências nesse sistema.

## **1.6 A violência obstétrica**

Essa grave situação é marcada pelo que atualmente pode ser caracterizado como violência obstétrica. Segundo o grupo “Parto do Princípio”, um – já citado – coletivo relevante no movimento pela humanização do parto, violência obstétrica é uma violência institucional contra a mulher na assistência à gestação, parto e nascimento. Nesse tipo de violência, a mulher grávida e também, por vezes, sua família sofrem violência física e emocional em instituições de saúde ao receber atendimento durante o pré-natal, parto, pós-parto e/ou aborto. Entende-se que esse tipo de violência pode se expressar de maneira implícita ou explícita, ocorrendo na forma de violência verbal, física, psicológica ou até mesmo sexual. Pode-se dizer que alguns exemplos desse tipo de violência são<sup>8</sup>: Humilhar, ofender a mulher, fazendo comentários considerados desrespeitosos a respeito de sua aparência e seu corpo; prestar atendimento clínico sem considerar as melhores evidências científicas disponíveis ou mesmo, negar atendimento;

---

<sup>8</sup> Informações retiradas da página Parto do Princípio. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/faq-violencia-obstetrica>

realizar intervenções sem antes explicar à mulher do que se trata o procedimento e a necessidade do mesmo; submeter à mulher a jejum, nudez, raspagem de pelos, lavagem intestinal durante o trabalho de parto; afastar o recém-nascido da mulher logo após o parto; tratar a mulher, seus familiares ou seu/sua acompanhante de maneira grosseira; comentários sexistas ou elogios considerados inadequados sobre a aparência física da mulher; insinuações sexuais inconvenientes e ofensivas; exames de toque desnecessários, realizados por uma pessoa ou muitas sem a devida apresentação, e sem esclarecimento sobre a necessidade do exame.

A partir dessas considerações a Parto do Princípio entende que assim como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero. Muitas vezes, a forma de organização das instituições de saúde se constitui em um tipo de violência, ao haver uma imposição de protocolos de atendimento padronizados a todas as mulheres, por vezes sem nenhum conhecimento científico que os embase. Essas formas de organização acabam por impedir, dificultar o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sendo estes serviços ou ações, de caráter público ou privado. A respeito disso, a Parto do Princípio cita como alguns exemplos os seguintes problemas que podem ocorrer por conta das formas de organização das instituições de saúde: a omissão no encaminhamento adequado da mulher a outras unidades de saúde diante da falta de vagas; o impedimento da entrada e permanência de um acompanhante escolhido pela mulher na unidade de saúde; o descumprimento da legislação vigente; a falta de vagas em hospitais e incentivar “peregrinação” a procura por internação; entre outros. Esses exemplos ocorrem de maneira corriqueira durante a busca por uma assistência, um atendimento de qualidade, e muitas vezes são considerados pela sociedade como eventos comuns, sem importância, havendo também certa tolerância por parte do Estado.

É importante ressaltar que se considera que a elaboração, discussão e popularização do termo violência obstétrica no debate público e no meio acadêmico brasileiro foi influenciada pelos dados divulgados, em 2010, na pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo. Tal pesquisa revelou que 25% das mulheres que tiveram partos normais nas redes pública e privada relataram que sofreram maus-tratos durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto. A divulgação desses dados cooperou para que adeptas do movimento pela humanização ampliassem a discussão desse tema em mídias sociais,

como blogs e páginas da rede social Facebook que discutem a temática da maternidade e direitos sexuais e reprodutivos (PULHEZ, 2013) (SENA, TESSER, 2017). A partir disso <sup>9</sup>o termo que até então era conhecido no Brasil como “violência institucional em maternidades” ou “violência no parto”, passou a ser denominado “violência obstétrica” (SENA, TESSER, 2017). Assim, o termo violência obstétrica é usado em países da América Latina para especificar violência contra a mulher na assistência à gestação, parto, pós-parto e ao aborto (DINIZ *et al*, 2015). Já a OMS tem usado termos como “abuso e desrespeito e maus tratos” durante o parto em instituições de saúde para denominar o que no Brasil classificamos como violência obstétrica.

A pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”<sup>10</sup> também expôs que as vítimas de violência obstétrica costumam ouvir de profissionais de saúde frases como: “Não chora não que ano que vem você está aqui de novo!”; “Na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe, por que está chorando agora?”; “Se gritar eu paro agora o que eu estou fazendo, não vou te atender!”; e “Se ficar gritando vai fazer mal pro seu neném, seu neném vai nascer surdo!”. Essas frases demonstram como é impingida uma espécie de punição, em forma de violência verbal e emocional, por essas mulheres ousarem terem praticado relações sexuais e exercer a maternidade. É como se essas mulheres tivessem cometido um “pecado” ou um crime grave, simplesmente por viverem sua sexualidade. O que demonstra o teor sexista desse tipo de violência.

A Parto do Princípio <sup>11</sup>elaborou e entregou, em 2012, o dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor” a CPMI (Comissão Parlamentar Mista de Inquérito) - Violência contra a Mulher - 2012. Nos anos de 2013 e 2014 também teve participação na publicação de cartilhas sobre violência obstétrica, e na elaboração de um capítulo incluído no Relatório de Direitos Humanos no Brasil sobre o tema referido.

Mesmo com a mobilização de diversos setores da sociedade em torno da tipificação, discussão e combate à violência obstétrica, esse tipo de violência contra a mulher tem se mostrado persistente. Segundo Diniz *et al* (2015), uma das causas da violência obstétrica está na formação dos profissionais de saúde e conseqüentemente, na

---

<sup>9</sup> No ano de 2007, a Venezuela reconheceu e tipificou em lei a “violência obstétrica”. Provavelmente esse evento pode ter despertado a discussão do tema no Brasil, principalmente, em espaços virtuais. (Pulhez, 2013)

<sup>10</sup> FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. Pesquisa de opinião; 2010.

<sup>11</sup> Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

organização dos serviços de saúde. Existe uma forte resistência a mudança e entendimento das práticas baseadas em estudos científicos como “ponto de vista”, ideologia ou modismo. Alguns grupos da classe médica mais conservadores se sentem ofendidos pela acusação de estar causando danos a mulheres, praticando violência. O despacho do Ministério da Saúde, registrado em 03 de maio de 2019, proibindo o uso da expressão violência obstétrica em documentos, diretrizes de saúde e etc. no Brasil demonstrou a insatisfação desses grupos e a recusa em debater sobre esse tema (MARQUES, 2020). De acordo com o despacho<sup>12</sup>, o uso da expressão violência obstétrica é inadequado, pois entende-se que nenhum médico age intencionalmente para provocar qualquer tipo de dano a suas pacientes. O Ministério Público Federal recomendou que o termo continuasse a ser usado pelo Ministério da Saúde, e entendeu o despacho como uma forma de censura ao debate e exposição das demandas de movimentos sociais (MARQUES, 2020). A recomendação<sup>13</sup> foi acatada em parte, pois o setor governamental manteve a decisão de não usar esse termo em suas diretrizes e políticas públicas, facultando as mulheres e movimentos sociais a usarem a expressão.

De modo geral, a formação profissional – principalmente, dos médicos – oferecida pelos cursos de graduação está desatualizada, não se mostrando de acordo com as melhores e mais recentes evidências científicas. Nesse sentido, prevalece a experiência adquirida com a prática médica no cotidiano dos atendimentos, na qual sobressaem procedimentos obsoletos e baseados em padrões socioculturais e estereótipos de gênero. Ao preferir a tradição em detrimento da ciência, sem o menor questionamento, provoca-se a violação de direitos humanos fundamentais e reprodutivos das mulheres, estabelecendo-a como protocolo, procedimento de rotina. O treinamento de residentes é parte importante desse laboratório de medicina violenta, que opera a partir de critérios de classificação de pessoas e de distinção de procedimentos, considerando o valor social ou o estado de vulnerabilidade social das mulheres que recorrem ao seu atendimento (DINIZ *et al*, 2015). Quanto maior o grau de vulnerabilidade social da paciente, maior a chance de ser oferecido a ela um tratamento desrespeitoso ou negligência, o que é inclusive, ressaltado pela OMS (2014, p.1): “(...) as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível socioeconômico, de

---

<sup>12</sup> Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml> Acesso em: 19/06/2020.

<sup>13</sup> Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/561395-debatedoras-cobram-uso-do-termo-violencia-obstetrica-pelo-ministerio-da-saude/> Acesso em: 19/06/2020.

minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos”. Dessa maneira, os residentes estão ali interessados em aprender, aprender a lidar com o problema, seja uma doença, gravidez, parto ou qualquer intercorrência associada a elas, e, muitas vezes, os procedimentos são realizados sem o consentimento das pacientes. Acabam deixando as pacientes como espectadoras, tratando-as como objetos, meros corpos cobaias. A relação que seria entre médico e paciente passa a ser entre médico e doença, como diria Le Breton (2011).

As chamadas “hierarquias reprodutivas” demonstram como isso ocorre explicitando o modo como elementos de aceitação social – como raça, classe, geração/idade e parceria sexual – são fatores importantes na estruturação dessa hierarquia que determina e legitima quais sujeitos são mais ou menos adequados, aptos a reprodução e a exercerem a maternidade (MATTAR; DINIZ, 2012), e, conseqüentemente, serem dignas de receberem um atendimento médico minimamente de qualidade. No entanto, é importante lembrar, como a pesquisa “Nascer no Brasil” evidenciou, mesmo as mulheres que se enquadram em um determinado padrão – brancas, de alto poder aquisitivo – estão sujeitas a sofrerem algum tipo de violência obstétrica, como a tutela por parte do médico que a submete a procedimentos sem respaldo científico e a excessivo e prejudicial uso de tecnologia.

Outro ponto que pode ser levantado sobre questões que colaboram para a propagação da violência obstétrica são as precárias condições de trabalho enfrentadas pelos profissionais de saúde associadas a má gestão, limite ou falta de verbas e recursos públicos para a saúde pública. Fato que coloca as mulheres mais pobres, dependentes do SUS, em situação de desvantagem. As más condições de trabalho não justificam a prática – intencional ou não – de violência. No entanto, o fato de estarem expostas a essas condições precárias somadas a longas jornadas de trabalho e – no caso de enfermeiras, por exemplo – baixa remuneração, fazem com que os profissionais e muitas das usuárias do sistema de saúde entendam que essas questões influenciam para que haja uma dinâmica de agressividade e tensões no cotidiano das relações entre médico e paciente na prestação de atendimento em saúde. Compreende-se que o atendimento médico é ruim ou danoso, porém não, necessariamente, violento (ZANARDO *et al*, 2017). Assim, profissionais da saúde muitas vezes se entendem e são entendidos também como vítimas do caótico sistema de saúde brasileiro. Vide a

argumentação do já citado despacho do Ministério da Saúde tratando do uso do termo violência obstétrica.

Percebe-se que existe a carência de uma reflexão crítica por parte dos estudantes e profissionais de saúde sobre o seu fazer profissional, ou mesmo de ações que estimulem a reflexão crítica entre os estudantes e os profissionais já formados sobre o modo como se dão as relações entre médico e paciente. Acredito que uma intervenção nesse sentido melhoraria a qualidade do trabalho desempenhado e, inclusive, a satisfação pessoal do profissional para com o seu ofício. A falta de reflexão ou de entendimento da necessidade de autocrítica em parte se dá pela relação hierárquica, assimétrica, o distanciamento entre médico e paciente. O profissional de saúde julga agir corretamente de acordo com a autoridade e legitimação social conferida a ele por ser detentor de um saber e técnica científica (LE BRETON, 2011). Essa relação de poder se intensifica considerando-se que a estrutura social reconhece a prática machista de inferiorização das mulheres e submissão a formas de violência (MARQUES, 2020). No que tange às pacientes, a destituição de saberes e práticas femininas de saúde, a falta de conhecimento sobre os processos de gravidez e parturição, e, segundo Zanardo *et al* (2017), condições como classe social, raça, etnia e escolaridade interferem no modo como as mulheres percebem o tratamento dado a elas e, portanto, na caracterização de um procedimento como adequado ou como um tipo de violência obstétrica.

Algumas ações têm sido desenvolvidas pelo Ministério da Saúde frente às críticas de movimentos sociais e setores da sociedade sobre a qualidade da assistência obstétrica, como a criação da Rede Cegonha e a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) – esse, anterior aos anos 2000 –, entre outras já mencionadas:

(...) o lançamento dos documentos do Ministério da Saúde “Diretrizes de Atenção à Gestante: operação cesariana” e “Diretrizes de Atenção à Gestante: o parto normal”, que visam a qualificar a atenção e garantir a decisão pela via de parto de forma informada, levando em consideração os riscos e ganhos à saúde, de forma compartilhada entre a gestante e a equipe. Além disso, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançaram medidas de incentivo ao parto natural, dentre eles um projeto piloto que está sendo implantado em 23 hospitais privados e cinco maternidades do SUS, com taxas de cesarianas superiores a 88% e 60%, respectivamente. O projeto envolve estratégias que vão desde a adequação de recursos humanos para incorporar equipe multiprofissional nesses serviços, capacitação profissional para ampliar a segurança na realização do parto normal, engajamento da equipe e das gestantes, até a revisão das práticas relacionadas ao atendimento das gestantes e bebês, desde o pré-natal até o pós-parto (...)

aprovação da Resolução n. 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina – CFM, que resolve que cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, visando a garantir a segurança do feto. A medida assegura o direito da mulher de optar pela cesariana, garantindo sua autonomia, desde que a gestante tenha recebido todas as informações referentes ao parto vaginal e à cesariana, incluindo seus benefícios e riscos. (ZANARDO *et al*, 2017, p.7)

Apesar das iniciativas do Ministério da Saúde e sua ingerência em legislações federais e estaduais, é preciso que haja maior comprometimento com o desenvolvimento de estratégias de combate a violência obstétrica e garantia de execução das mesmas (DINIZ *et al*, 2015) (ZANARDO *et al*, 2017). Ou seja, o combate à violência obstétrica se relaciona diretamente a instituição de políticas públicas para a garantia de direitos das mulheres, crianças e suas famílias.

É essencial que se façam mudanças na formação acadêmica de médicos e profissionais da saúde em geral, como a atualização, com base em evidências científicas, dos conteúdos ministrados. Seria significativo que se incorporassem aos cursos informações referentes às legislações e diretrizes de assistência ao parto e que visam prevenir a violação de direitos sexuais e reprodutivos, além do incentivo à incorporação de equipe multiprofissional de saúde (DINIZ *et al*, 2015). Creio que é necessário que se invista mesmo na capacitação dos profissionais que recebem as parturientes nas unidades de saúde e prestam o primeiro atendimento.

Também é preciso que as mulheres retomem os conhecimentos em saúde sobre o seu corpo e sobre o ciclo gravídico puerperal. As instituições de saúde e as políticas públicas devem impulsionar ações de conscientização de mulheres e suas famílias sobre direitos das mulheres, informações sobre gravidez, amamentação, métodos de alívio de dor, métodos contraceptivos, entre outras informações, e garantir o acesso a essas informações e cumprimento das leis para que a experiência da gravidez e parto seja digna e satisfatória (DINIZ *et al*, 2015). Assim, de acordo com Zanardo *et al* (2017), as mulheres e a população em geral precisam ser conscientizadas sobre a violência obstétrica, de modo a estarem aptas a identificarem e denunciarem quando forem vítimas de algum tipo dessa violência. Diniz *et al* (2015) apontam que além da conscientização da população em geral sobre o conceito de violência obstétrica, é preciso que os culpados, os que infligem violência obstétrica, sejam responsabilizados, e que se promovam canais de denúncia a violência obstétrica, como centrais de

atendimento e ouvidoria do SUS<sup>14</sup>. Marques (2020) argumenta sobre a demanda de se tipificar em lei federal a violência obstétrica, em razão de se definir o termo, facilitando a sua compreensão e apropriação pela sociedade, e de se proteger os direitos das mulheres durante o ciclo gravídico puerperal, a partir um respaldo jurídico, combatendo essa violência e punindo os infratores. A autora verificou que alguns projetos de lei sobre a referida temática já tramitam no Congresso Nacional, expressando o nível do debate e disseminação da mesma na sociedade, e a busca por uma especificação do termo e sua melhor aplicação.

Como se observa, a violência obstétrica é uma manifestação da violência de gênero e uma violação dos direitos humanos, e fundamenta-se em preconceitos de raça, gênero, idade, classe, orientação sexual, e em uma série de concepções pessimistas sobre o corpo feminino. Representa uma ameaça à saúde e a vida das mulheres, influenciando diretamente nos índices de morbimortalidade materna (ZANARDO *et al*, 2017). Desse modo, ela desconsidera a existência de direitos sexuais e reprodutivos, que são parte dos direitos humanos e um elemento de extrema relevância para a igualdade de gênero. Os direitos sexuais e reprodutivos foram definidos em 1994, na Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento (CIPD), mais conhecida como Conferência de Cairo, que contou com a cobertura de meios de comunicação e ampla cooperação internacional, participando um grande número de representantes das Nações Unidas, comitês de governos e ONGs. Nessa ocasião foram estabelecidas metas focadas em possibilidades para a ampliação e pleno exercício dos direitos das mulheres, como políticas de apoio a saúde sexual e reprodutiva, incluindo-se o direito a planejamento familiar; e políticas de combate à violência contra mulher e a dificuldade de acesso à educação por meninas (PLATAFORMA DE CAIRO).

Outro aspecto importante da violência obstétrica, e que se soma a violência de gênero, é a discriminação racial (MARQUES, 2020). De acordo com estudos

---

<sup>14</sup> Para denúncias de violência obstétrica pode-se contatar a Central de Atendimento à Mulher – Disque 180; a Ouvidoria geral do SUS – Disque saúde: 136; e em caso de denúncia sobre atendimento em Plano de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): 0800 701 9656. Esses canais de denúncia são citados na cartilha “Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica”, produzida pela Parto do Princípio e pelo Fórum de Mulheres do Espírito Santo com apoio do Fundo Brasil de Direitos Humanos e Associação de Mulheres Unidas da Serra. Disponível em: [https://e6ea6662-6ead-4c70-8dcb-5789fbe8c1b9.filesusr.com/ugd/2a51ae\\_a3a1de1e478b4a8c8127273673074191.pdf](https://e6ea6662-6ead-4c70-8dcb-5789fbe8c1b9.filesusr.com/ugd/2a51ae_a3a1de1e478b4a8c8127273673074191.pdf). Sobre canais de denúncia também é importante citar que, recentemente, na capital do Rio de Janeiro, foi criado o Canal de notificações sobre violência obstétrica, na Central de Atendimento ao Cidadão – 1746.

considerando o recorte de raça/cor na análise dos dados apresentados pela pesquisa “Nascer no Brasil”, mulheres pardas e pretas possuem piores indicadores perinatais e de qualidade de assistência ao ciclo gravídico puerperal. Além disso, esses indicadores se agravam quando se trata somente das mulheres pretas. As desigualdades de raça/cor na assistência obstétrica brasileira evidenciam-se, por exemplo, pelos seguintes aspectos encontrados no tratamento dispensado a mulheres pardas e pretas em comparação ao concedido a mulheres brancas: menor número de intervenções médicas necessárias; menor aplicação e oferta de analgesia; má qualidade de assistência pré-natal, considerando-se que possuem menor número de consultas e informações disponibilizadas; maior chance de não ter o direito a acompanhante, garantido por lei, respeitado; e maior chance de peregrinação, em decorrência da não vinculação a uma maternidade para o parto. Esses aspectos são em parte influenciados por noções culturais racistas que baseiam procedimentos médicos, as quais consideram mulheres negras, por exemplo, como pessoas mais resistentes a dor e “melhores parideiras” (LEAL *et al*, 2017). Essas percepções podem ser observadas desde o, já mencionado, desenvolvimento da obstetrícia e ginecologia, no qual estudantes e profissionais de medicina realizavam experimentos e treinamento ao atenderem mulheres negras e escravas. Além de violência obstétrica, essa forma de violência contra a mulher também pode ser entendida como racismo obstétrico, que se define como um tipo de violência obstétrica que atinge a mulheres negras baseado em estereótipos raciais, de modo que, essa diferença na assistência obstétrica prestada ameaçaria a vida de mulheres negras e seus bebês (DAVIS, 2018).

Para se pensar sobre as nuances da violência obstétrica e os aspectos sociais e culturais que a envolvem é importante recuperar o desenvolvimento do modelo hegemônico de assistência obstétrica brasileiro. Ao longo da história, a assistência ao parto e nascimento seu desenvolveu tendo como forte característica a medicalização. Chazan (2000 apud Chazan e Faro, 2016) destaca a expansão do biopoder através da assistência ao parto. De modo que, com o desenvolvimento e implementação de novas tecnologias, como, por exemplo, o ultrassom aplicado a gravidez, o controle e monitoramento de corpos grávidos e fetais acontecia de forma maior e cada vez mais precoce. Chazan e Faro (2016) expõem a importância do termo biomedicalização para analisar como a tecnociência e seu consumo ocupam um papel crucial na biomedicina, precisamente, a partir de 1985. As novas informações e tecnologias foram cada vez

mais aplicadas e tidas como essenciais para uma assistência adequada, sendo vetores de medicalização ou biomedicalização, dependendo do contexto em que se inserem. A racionalidade médica presente na Biomedicina, uma “ciência das doenças” contrária à “arte de curar”, influencia para que haja um consumo excessivo de tecnociência para produção de diagnósticos e tratamentos; na farmacologização excessiva; e para que se intensifique a distância entre médico e paciente, passando pela objetividade, em detrimento da subjetividade de ambos. Ao se propor ou se estabelecer formas de tratar uma determinada doença, considera-se como mais adequado ou como de fato um “tratamento médico” o uso de procedimentos cirúrgicos e de medicamentos, desconsiderando-se ou pondo como secundária outras variadas formas de terapia. Essa predileção por uso de medicamentos e cirurgias aponta para a necessidade de se manter o tratamento sob a única responsabilidade do médico, conservando sua posição central e sua autoridade. Outras formas de terapia abririam a possibilidade de se dividir o controle da prática terapêutica com a paciente, ou mesmo, com outros profissionais de saúde (CAMARGO JR., 2005). Desse modo, vê-se como a lógica da Biomedicina reforça a noção de uso de tecnologia como sinônimo de eficácia e segurança, assim como, de medicina moderna. Da mesma forma, se legitima o poder do médico como único a que se encarrega a função de fornecer um diagnóstico e terapia, incentivando-se a relutância em se trabalhar com equipe multidisciplinar, e o maior envolvimento da paciente com o tratamento que lhe foi receitado.

Nesse sentido, Chazan e Faro (2016) discutem o caráter estratificado da biomedicalização tomando como objeto a prática da técnica de ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro, apontando, na verdade, diversos exemplos do que atualmente pode ser caracterizado como violência obstétrica e como ela ocorre de forma diferenciada dependendo do contexto social e econômico analisado. Os exemplos trazidos pelas etnografias realizadas demonstram os diferentes estágios do desenvolvimento da medicalização em biomedicalização e a estratificação social das gestantes, assim como as diferentes experiências, práticas e produções de corpos fetais e grávidos proporcionadas pelas mesmas. Ao se comparar as etnografias apresentadas pelas autoras fica explícita a lógica hierárquica de classes presente no tratamento dado as gestantes.

A questão do conforto das instalações onde as consultas eram realizadas, por exemplo, variava de acordo com a classe social da paciente. Partindo-se do aspecto da classe social da gestante, pode-se dizer que às grávidas atendidas nas clínicas, que eram

as pertencentes às classes mais abastadas, era proporcionado uma experiência onde era priorizado a interação com as imagens, “(...) fundindo a visualidade com suas sensações corporais, constituíam um determinado tipo de corpo grávido” p.73. Assim como as grávidas, os fetos também recebiam tratamento diferenciado: “A seus fetos eram atribuídas intencionalidades e idiosincrasias, tornando-os sujeitos subjetivados e nomeados desde antes do nascimento” p.73. As práticas e experiências vivenciadas proporcionavam uma forma diferente de se viver a gravidez, entendendo-a como um processo muito importante e especial. As gestantes dos hospitais universitários possuíam um atendimento de boa qualidade, mas eram vistas, assim como seus fetos, como corpos úteis para o estudo e ensino, vivenciando uma determinada experiência de gravidez onde pareciam ser invisíveis. Por último, as grávidas da maternidade vivenciaram uma experiência de gravidez e uma relação com os médicos que as atenderam totalmente diferente das citadas anteriormente. Não receberam um bom tratamento, mas, na maioria das vezes, demonstraram indiferença ao mesmo. A invisibilidade das grávidas e de seus fetos foi a principal característica encontrada nesses atendimentos. No caso do feto, essa invisibilidade institucionalizada se apresenta como uma prévia das diferentes formas de violência a que eles serão submetidos ao longo de sua vida (CHAZAN; FARO, 2016).

É interessante como Zorzaneli, Ortega e Bezerra (2014) ao apresentarem uma análise de sentidos e usos possíveis do conceito de medicalização para análise sociocultural salientam, também, a importância de se considerar as particularidades e o panorama complexo da medicalização em contextos locais, como, por exemplo, no caso do Brasil. No contexto brasileiro diferentes sentidos do termo estão presentes e se misturam, como demonstrado nos estudos de Chazan e Faro (2016). Acredito que, a questão da discriminação racial e da estratificação social é um ponto que ainda coloca o Brasil, em geral, numa posição (mais) de imperialismo médico do que de consumidor de saúde. Considerando a medicalização também como processo irregular (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA, 2014), pode-se entender que o cenário sociocultural local favorece o estabelecimento desses diferentes sentidos de medicalização, a partir, por exemplo, da forte colaboração de atores fora do campo médico – como mídia impressa e virtual – e do grupo social a que seu alvo pertence.

Ao pensar, também, a relação médico-paciente nos diferentes níveis de medicalização na assistência obstétrica, entende-se que a prática médica e as tecnologias

usadas produzem corpos grávidos e fetais, experiências e interações que, se analisadas, podem ajudar a entender como se articula o biopoder contemporâneo (CHAZAN; FARO, 2016). O excessivo controle médico do corpo grávido e fetal com sua intensa produção e oferta de tecnologias, exames, dados e estatísticas também podem ser vistos como parte integrante do que Rabinow (1999) chama de mapeamento de riscos na prevenção moderna, a vigilância, dentre outras questões, da ocorrência de prováveis comportamentos desviantes em determinados grupos. No caso da assistência obstétrica, acredito que as mulheres e a maneira como exercem sua sexualidade e direitos reprodutivos são o alvo de vigilância e disciplinarização. De maneira que, esse sistema de vigilância é formado, como já exposto, por hierarquias e relações de poder, critérios de classificação de pessoas e distinção de procedimentos baseados por aspectos e valores socioculturais e as desigualdades promovidas pelos mesmos. Vigilância baseada pelas, já citadas, “hierarquias reprodutivas” (MATTAR; DINIZ, 2012).

Os movimentos de resistência e as articulações pela discussão e combate à violência obstétrica se expressam, em um sentido mais amplo, como oposição ao aspecto técnico excessivo da prática médica, a “desumanização” do corpo das mulheres, ao racismo institucional, e ao projeto contemporâneo de biopoder presentes na atenção obstétrica brasileira.

Como exposto e abordado neste capítulo, o contexto sócio cultural e político amparou transformações que confluíram para que emergissem especialidades médicas responsáveis pelo controle da reprodução e sexualidade feminina. Em reação à instituição da Ginecologia e da Obstetrícia muitos profissionais de saúde e movimentos sociais de mulheres se uniram – de forma organizada ou não – buscando propor substituições ou adaptações aos novos conhecimentos e práticas médico-científicas. Além de muitos avanços e inovações, esse processo de mudanças deixou marcas e padrões nocivos que permanecem até os dias atuais. O vigente modelo hegemônico de atenção obstétrica no Brasil se encontra em uma grave situação, e impõe desafios aos profissionais de saúde e, principalmente, às mulheres, sendo estas últimas as mais prejudicadas. Movimentos sociais de mulheres mães, em suas diferentes nuances, buscam enfrentar os problemas desse modelo de assistência em saúde em uma conciliação entre concepções de ciência e tradição, a qual promova um gestar e parir de forma saudável e digna, e que melhor faça sentido a seus modos de viver e estar no mundo.

No próximo capítulo, abordarei, a partir de pesquisa netnográfica, como grupos de ativistas e adeptas ao parto humanizado se inserem em espaços físicos – e principalmente – virtuais construindo redes de sociabilidade a fim de forjar uma nova cultura de parto. Essas redes de sociabilidade agem em resistência ao modelo hegemônico de assistência obstétrica e ao problema da violência obstétrica.

## **2 CULTURA E ATIVISMO DO PARTO HUMANIZADO NAS MÍDIAS SOCIAIS**

Neste capítulo será analisado como a assistência humanizada de gravidez e parto promove determinados saberes, práticas e costumes, observando-se, como essa divulgação ocorre em mídias sociais, como em sites oficiais e na rede social Instagram. A partir da abordagem da cultura pela proposta de Geertz (1989) como um conjunto de mecanismos de controle, regras e instituições para governar e ordenar a existência e o comportamento humano, procuro pontuar como adeptos, ativistas e profissionais do parto humanizado divulgam nas mídias sociais ideais desse movimento, fazendo uso desse formato de mídia como mediador de novas práticas culturais. Em algumas páginas da internet nas redes sociais, muitos grupos de ativistas e adeptas do parto humanizado apresentam suas propostas e referenciais sobre parto humanizado, divulgam suas reuniões e encontros, e oferecem serviços, produtos e consultorias de profissionais da assistência obstétrica.

Além das informações sobre a assistência humanizada, as publicações também têm como conteúdo relatos de parto, fotos e vídeos de cenas de parto, divulgação de curso para formação de doulas e de encontros de grupos de apoio ao parto humanizado. As dicas de livros, documentários, exposições, grupos de preparo para o parto, rodas de conversa, etc., enfatizam e transmitem valores e concepções que formam uma diferente cultura de parto que concerne ao que o movimento, de modo geral, considera como a imagem de gestação e de parto ideais, como também de maternidade ideal a ser seguida. Dessa maneira, esses conteúdos divulgados são também estratégicos, sendo de extrema importância para que essa cultura de parto se institua, e para que se assegure a sua continuidade. Acredito que, dentre as variadas mensagens propagadas pelos adeptos da humanização do parto, há uma mensagem tônica, algumas vezes implícita, de busca por um autoaperfeiçoamento que se baseia na junção de noções de saúde, ciência, bem-estar e espiritualidade. Expõe-se, como, a fim de apresentar novas formas de se gestar, parir e exercer a maternidade busca-se atrair mais mulheres e pretende-se forjar por meio de sua sociabilidade uma nova tradição, uma nova cultura de parto.

As doulas ocupam um papel importante na construção desse espaço de sociabilidade e na mediação da propagação da cultura de parto humanizado online (a

qual tratarei mais precisamente nesta pesquisa) e off-line. Portanto, serão apresentados apontamentos e observações a respeito da prática da doulagem. Abordando aspectos do ofício das doulas, exponho alguns fatores condicionantes que levaram mulheres à escolha por essa prática e os desafios e limitações que abrangem essa prática, considerando suas dinâmicas, espaços e contradições. A transmissão geracional parece ser um elemento importante na motivação para seguir essa profissão ou realizar esse tipo de trabalho – muitas doulas possuem familiares que se dedicaram a auxiliar mulheres grávidas (BARBOSA *et al*, 2018) –, assim como também, ter vivenciado uma experiência negativa de parto ou ter uma doula que a “livrou” de vivenciar uma experiência negativa (JUNIOR e BARROS, 2016). No levantamento bibliográfico e nos discursos que coletei também é recorrente a noção de que ser doula exige dedicação e resiliência para o desafio de enfrentar o sistema obstétrico padrão e assegurar sua forma de trabalho. Os saberes e práticas da doulagem são estabelecidos numa espécie de negociação entre tradição e ciência, havendo uma busca e valorização da medicina baseada em evidências e, ao mesmo tempo, do “natural”, do saber ancestral, promovendo a – entendida por seus adeptos como – “boa assistência” ao parto. Do mesmo modo tensões e disputas externas e, inclusive, internas ao campo das doulas, assim também, como a fusão ou separação de discursos por um parto mais “natural” e de combate à violência obstétrica, são atravessadas por marcadores sociais da diferença. Ao refletir sobre características do ofício das doulas e seu papel de mediação da pedagogia de parto humanizado no espaço virtual foi possível perceber de que maneira o universo da humanização da assistência à gravidez e ao parto no Brasil em sua complexidade é, também, influenciado por aspectos e valores socioculturais e as desigualdades que esses aspectos e valores promovem.

## **2.1 Pesquisa netnográfica e as impressões sobre/ no campo virtual**

Para a produção desta pesquisa coletei dados de mídias sociais de adeptos e ativistas da humanização do parto, considerando a importância do papel da mídia para a promoção de novos valores culturais, como também, sua importância, principalmente nos últimos anos, para o acesso a informações e pesquisas de saúde. Para realizar parte da análise do movimento pelo parto humanizado e sua relação com o modelo hegemônico ocidental de atenção a gravidez e ao parto, procuro analisar o ofício da doula enquanto mediadoras de práticas e saberes da humanização do parto em espaços

físicos e virtuais. Acredito que com o olhar direcionado para o exercício da doulagem consigo observar diversos conflitos e dilemas existentes interna e externamente ao movimento da humanização, assim como de todo campo da obstetrícia.

De acordo com as informações apresentadas no primeiro capítulo e como será abordado neste capítulo, pode-se constatar como o embate entre os modelos de assistência ao parto tecnocrático e humanizado se desenrola em ambiente físicos e virtuais. Tornquist(2004), Simas(2016) e Sena e Tesser (2017) destacam a importância da utilização de listas de discussão na internet, sites e blogs para a construção da identidade do movimento pela humanização no Brasil e para o ativismo de mulheres mães e/ou militantes adeptas da causa do parto humanizado. Nesse sentido, assim como assinala Portela (2016), entendo o ciberespaço, enquanto espaço de sociabilidade, como importantíssimo para exposição e compartilhamento de demandas, elaborações e informações sobre concepções de modelos de assistência ao parto.

Ao optar por esse tipo de método de pesquisa, considero como as relações sociais mediadas pelas tecnologias digitais em rede transformam a maneira como o sujeito se vê – e se relaciona com – no mundo e vê – e se relaciona com – o outro. A internet, através das mídias sociais, amplia para o meio virtual o campo de discussão antes restrito a alguns ambientes físicos, grupos e sujeitos, facilitando o acesso, a comunicação e troca de ideias e informações sobre saúde. Entendo que as mídias sociais são usadas por ativistas do movimento pela humanização do parto como mediadoras de novos saberes e práticas culturais. Assim, concordo, como reitera Winocur (2013), que nas sociedades latino-americanas as narrativas midiáticas, como parte importante da vida cotidiana, estão presentes no modo como se configura a relação com *os outros*. No entanto, mesmo com a importância das representações midiáticas do diferente ou do outro no cotidiano, assimila-se o outro a partir de um referencial subjetivo, numa espécie de “negociação de sentidos”. O que significa que esse consumo intenso de informações nem sempre resulta na aceitação ou tolerância do diferente (WINOCUR, 2013).

Algumas de minhas observações de páginas e grupos de adeptos da humanização do parto em redes sociais demonstram como algumas mulheres estão mais ou menos sujeitas a aderir ideais da humanização, selecionando informações e práticas que se adequam ao tipo de experiência que desejam vivenciar ou evitar. Nesses espaços online

elas expressam suas opiniões, rebatem informações, trocam vivências, estreitam relações e compartilham detalhes pessoais de várias áreas de suas vidas com pessoas que provavelmente jamais encontrarão fora do mundo virtual. Os apelos por uma “maternidade real”, pela representação de “corpos reais”, que veremos no decorrer dessa pesquisa, dividem opiniões, ao passo que também aproximam mulheres que encontram nos perfis online um lugar no qual podem confidenciar seus arrependimentos, culpas e medos sobre o exercício da maternidade. Porém, é importante lembrar que assim como as usuárias das redes sociais selecionam as informações que consomem, elas também estabelecem limites a respeito do que expõem: tudo passa por um “filtro”, e o que se apresenta é apenas uma fração, uma ideia, selecionada, da vida no off-line (CARRERA, 2012). O mesmo acontece no gerenciamento das páginas: somente se apresenta o que foi estrategicamente estabelecido como apropriado e concernente às suas idealizações de gravidez, parto e maternidade conforme os princípios do movimento de humanização. Comparando significados atribuídos a experiência de parto por mulheres de diferentes classes sociais, Hirsch (2015) demonstrou como determinadas particularidades interferem na maneira como aspectos da assistência humanizada são, ou não, incorporados ou ressignificados pelas mulheres em contato com eles. Assim, pode-se perceber que as redes sociais, enquanto representação e parte da vida cotidiana, produzem uma dinâmica própria, distinta de outros meios de comunicação.

Como argumenta Winocur (2013, p.253), quando online “(...) *tenderemos a conectarnos con los iguales y con los opuestos que son significativos en nuestros universos simbólicos de pertinência(...)*”, desse modo, costumamos procurar referenciais subjetivos que guiem nossa conduta no mundo virtual, optando por o que nos é familiar ou que se parece com nossas preferências e desejos. Analisando a biossociabilidade (RABINOW, 1999) online dos ciberativistas e adeptos da humanização, percebe-se que eles se relacionam entre si para – além de apreenderem e partilharem determinados saberes e práticas – confirmarem, reafirmarem suas crenças, noções e aspirações pessoais de saúde, “espiritualidade” e bem-estar. Isso se faz a fim de conferir sentido, a partir de uma referência coletiva, ao seu modo de ordenar suas experiências cotidianas, suas vidas. Da mesma forma, pode-se pressupor que mulheres que buscam ou têm contato na internet com informações sobre parto humanizado e formas alternativas de parir já eram abertas ao “*diferente*”; inclinadas a algum aspecto

cultural ou político do movimento; ou ainda possuíam em seu contexto familiar a ideia do parto vaginal como mais seguro ou comum.

Portanto, acredito que é relevante observar como a cultura da humanização, mobilizada por seus adeptos, se apresenta nas mídias sociais, se adaptando ao público que deseja alcançar, sendo absorvida ou não pelas mulheres que tem contato com essa forma de ativismo. Também é preciso mencionar, como já exposto no capítulo anterior, que o movimento pela humanização do parto e seus ideais são apresentados pelas narrativas e veículos jornalísticos, e se (re)posiciona, estrategicamente, reagindo ao modo como é abordado pela imprensa e pela opinião pública.

## **2.2 Propagação da pedagogia de parto humanizado online**

Ao analisar o modo como a cultura de parto humanizado é divulgada na internet, apresento algumas considerações sobre como adeptos, ativistas e profissionais do parto humanizado divulgam nas mídias sociais ideais desse movimento. As doulas são profissionais adeptas da humanização que frequentemente ocupam um lugar de mediação da cultura de parto humanizado. Portanto, considero importante elucidar como a doula desenvolve seu ofício e assume uma posição pedagógica em relação aos saberes e práticas embasados pelos ideais da humanização.

### **2.2.1 Doulas como dispositivo da pedagogia de parto humanizado**

Uma figura importante no cenário de discussão e engajamento com os princípios da humanização do parto, e que é considerada relevante no enfrentamento da violência obstétrica é a doula (SIMAS, 2016). A palavra doula é de etimologia grega, possuindo como significado mulher que serve, escrava. Mais tarde, esse termo foi usado para designar mulheres que auxiliavam as puérperas nos afazeres domésticos e nos cuidados com os bebês e crianças (LEÃO e BASTOS, 2001). Atualmente, doula é caracterizada, de maneira geral, como profissional que proporciona educação perinatal e apoio físico e emocional à mulher durante a gravidez, parto e pós-parto, constituindo-se em uma acompanhante de parto profissional. Reitera-se que o suporte físico e emocional prestado à gestante não pode ser confundido ou substituído pelo suporte oferecido pelo seu acompanhante, pois o mesmo se encontra afetivamente envolvido com a paciente e

por vezes necessita do apoio da doula (BARBOSA *et al.*, 2018), sendo, também doulado por ela. Pensando-se na articulação de doulas no Brasil é importante destacar a fundação da Associação Nacional de Doulas (Ando), em 2003, a criação e realização anual da Convenção Nacional de Doulas (Conadoula), desde 2014, e a formação em 2018 da Federação Nacional de Doulas do Brasil (Fenadoulas-BR), resultado da união de entidades de doulas, como associações municipais, estaduais e regionais. A Fenadoulas está vinculada aos grupos internacionais DONA International<sup>15</sup> – fundada em 1992 –, a European Doula Network e a Red Mundial de Doulas, ambas fundadas em 2010 (TEMPESTA, 2019). No site oficial da Associação de Doulas do Rio de Janeiro consta a seguinte definição do termo doulas:

Doulas são profissionais treinadas e capacitadas para acompanhar gestantes e parturientes. Sua função é dar suporte durante a gestação, pré-parto, parto, pós-parto e puerpério se utilizando de recursos de conforto, suporte emocional e alívio físico, técnicas não farmacológicas diversas e informações sobre o sistema obstétrico, com a finalidade de promover o bem-estar neste período. (Site oficial AdoulasRJ)<sup>16</sup>.

Considero relevante que em 2019 uma outra definição era apresentada em que se somava a informação de que as doulas “encorajam a mulher a buscar informação sem tutela, reforçam o ato de parir como algo fisiológico e apoiam as escolhas da mulher”. Isso me faz pensar se talvez a mudança na definição apresentada no site oficial não seja apenas uma mera adequação, mas seja motivada por uma pretensão desse grupo por se desassociar do ativismo e formalizar a visão de doulas como categoria profissional. Segundo Fonseca, Freitas e Ril (2017) a organização das doulas enquanto categoria profissional é orientada por uma forte busca por legitimação e protagonismo no cenário obstétrico e, inclusive, no interior do movimento de humanização do parto, o que levou a criação de diversas representações a partir de associações de doulas pelo país que defendessem melhor os seus interesses, do que, por exemplo, a Rehuna<sup>17</sup> fazia.

De acordo com Simas (2016) o modelo brasileiro de doulas tem como referência o modelo estadunidense, assim como os EUA também influenciam o principal modelo

---

<sup>15</sup> Anteriormente, o grupo se denominava Doulas Of North America. A partir de 2004, passou a se chamar DONA International, não se entendendo como uma representação de doulas da América do Norte, mas assumindo seu caráter internacional. Para mais, ver: <https://www.dona.org/the-dona-advantage/about/history/>

<sup>16</sup> Informação disponível em: <https://doulasrj.com.br/o-que-e-uma-doula/>. Acesso em: 19/05/2020.

<sup>17</sup> As ações da Rehuna estão centradas na promoção dos ideais do parto humanizado. Também é importante dizer que essa rede foi fundada por profissionais de saúde, como médicos e enfermeiras, que já têm a sua atuação socialmente legitimada. Portanto, a Rehuna não possui, necessariamente, uma preocupação em lutar por demandas de categorias profissionais da área da saúde.

de assistência obstétrica brasileira. Destaca-se que, semelhante ao que parece acontecer no Brasil, a popularização das doulas nos Estados Unidos, na década de 80, ocorre em um cenário de crescente realização de cesáreas, de modo que, ter uma doula seria uma espécie de estratégia para fugir das chamadas intervenções desnecessárias ou efeito-cascata<sup>18</sup> que poderiam levar a cirurgia cesariana. A conexão com a experiência estadunidense de doulas é marcante para história das doulas brasileiras, visto que a Dona International formou e certificou a primeira turma de doulas no Brasil (FONSECA; FREITAS; RIL, 2017). Assim, essa relação pode ser vista, por exemplo, na formação da mais conhecida ou pioneira doula brasileira, a Fadyinha<sup>19</sup>. Maria de Lourdes da Silva Teixeira, a Fadyinha, é membra fundadora da Rehuna, possui capacitação da DONA International (antiga Doulas of North America) e é fundadora da ANDO – Associação Nacional de Doulas. Também é autora de livros sobre o papel da doula e criadora de reconhecidos métodos e cursos de preparação para o parto e capacitação de doulas.

Nos métodos e cursos oferecidos não só pela Fadyinha, mas por doulas em geral, são promovidos os ideais da humanização do parto com suas típicas práticas de corpo, formando sua pedagogia de parto humanizado. Essas práticas são apresentadas como fundamentadas por evidências científicas (MBE) e recomendações da OMS. As aulas, palestras e oficinas possuem como tema: tipos de parto, técnicas de amamentação, cuidados com o bebê, etc., que possuem como base, por exemplo, noções do que entendem como “empoderamento” feminino e parto “mais saudável” e “mais respeitoso”. Muitas dessas atividades ofertadas são divulgadas em redes sociais, sites e blogs na internet, integrando a comunicação e discussão sobre o cenário obstétrico brasileiro, parto natural e maternidade. A própria Fadyinha se denomina como a criadora da primeira lista de discussão da internet sobre parto natural, no final dos anos 90.

A atuação da Rehuna aconteceu simultaneamente à chegada e fortalecimento da rede mundial de computadores ao Brasil, bem como das diferentes ferramentas de comunicação virtual que facilitaram a troca de informação entre as pessoas que a ela tinham acesso. Assim, alguns aspectos da discussão a respeito da violência na assistência ao parto promovida no interior da Rehuna passaram a ser levados e discutidos, também, pelas usuárias dos sistemas de saúde, especialmente por mulheres mães. Desta forma, a problematização da violência institucional no parto foi impulsionada dentro do movimento de mulheres, por meio de listas eletrônicas, tais como: Amigas

---

<sup>18</sup> Mencionadas no capítulo 1, são intervenções ou práticas rotineiras em “efeito-cascata” como, jejum e lavagem intestinal, amniotomia, obrigar as pacientes a permanecerem deitadas ou imóveis, etc.

<sup>19</sup> Informação disponível em: < <http://www.institutoaurora.com.br/> > . Acesso em: 18/07/2019.

do Parto, a lista da própria Rehuna, Parto Nosso, entre outras. (TORNQUIST, apud SENA e TESSER, 2017, p.210)

Essa argumentação ajuda a confirmar a importância da utilização do ciberespaço para o desenvolvimento e popularização do movimento pelo parto humanizado no Brasil.

Nesse contexto de busca por “empoderamento” por meio de “informações de qualidade”, as doulas costumam ser apresentadas, em espaços de discussão físicos e virtuais, como profissionais que podem guiar esse processo pedagógico para se conseguir uma boa experiência de gestação e parto (TEMPESTA, 2017). Através dos aspectos ritualísticos presentes na pedagogia do parto ou didática da gestação (TORNQUIST, 2002), nesse caso pedagogia do parto humanizado, com suas técnicas, livros, exposições, grupos de preparo para o parto, rodas de conversa, entre outros, são enfatizados e transmitidos valores, costumes e informações que formam uma diferente cultura de parto que concerne ao que o movimento, de modo geral, considera como a imagem de gestação e de parto ideais, como também de maternidade ideal a ser seguida. Dessa maneira, esses ritos são de extrema importância para que essa cultura de parto se institua, e para que se assegure a sua continuidade.

#repost @boraparir BEM VINDO 2021

Eis a minha missão: EMPODERAR AINDA MAIS MULHERES. São 6 anos de trabalho duro a uma causa. Muito estudo, dedicação, bloqueios... Foram inúmeras as vezes que pensei em desistir. Mas cada mulher que paria, cada aluna que consegue o seu tão sonhado parto dos sonhos me enche de forças:

Eu posso mudar o mundo. Eu posso fazer a diferença. Eu posso transformar a vida de mais mulheres. E eu faço isso carregando os meus valores: Verdade - Não basta trazer informação, mas sim informações baseadas em evidências científicas e não achismos; Respeito - nem tudo eu aceito, concordo e acredito, mas sempre respeito às escolhas das mulheres; Liberdade - toda mulher é livre para exercer sua vontade, escolhendo ser, estar, fazer o que quiser da sua vida; Conhecimento - apenas através do conhecimento temos o poder de agir e mudar. Empatia - respeitar a história, circunstâncias, emoções sendo amigável, compreensiva e acolhendo umas às outras. Em 2020 foram dezenas de alunas e milhares de mulheres sendo apoiadas, informadas e acolhidas tornando-se referência para outras mulheres fazerem o mesmo e vencerem o sistema. Eu não ajudo mulheres apenas a parir, eu ajudo mulheres a se empoderarem e descobrirem o quanto são fortes. E eu não vou parar! #boraparir

Quem vai vencer o sistema e parir em 2021 levanta a mão! (Instagram @orenascimento)<sup>20</sup>

Contudo, conforme os achados de pesquisas sobre essas profissionais, as doulas reiteram que é um processo que depende do envolvimento ativo da gestante, de maneira

---

<sup>20</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CJgkxB9noep/>. Instagram, 01/01/2021. Nesta publicação há imagem com a frase “Não é sobre parto, é sobre força”.

que a mesma precisa estar receptiva às informações fornecidas e então, tomar decisões alinhadas ao conhecimento que lhes foi dado (DUARTE e SOUZA, 2018).

#repost @nanyferreiradoula O parto não é só mecanismo.  
É um evento fisiológico, emocional, espiritual, interno e externo. O seu corpo influencia no processo, a sua mente influencia, suas crenças influenciam, o ambiente influencia, a energia, os pensamentos, as dúvidas e as certezas. Cientificamente falando, tudo está interligado e todo o conjunto importa. Quando falamos de preparação para o parto, não devemos focar somente na parte física, pq ela é só um detalhe dentre toda amplitude do evento. Mas também das suas crenças, medos, traumas, sentimentos e pensamentos. São vários caminhos! (Instagram @orenascimento)<sup>21</sup>

Assim, reunidas em grupo, doulas e gestantes desenvolvem uma relação de aprendizagem, acolhimento, parceria, e de construção de uma identidade, num processo pedagógico baseado, também, no ideal ativista de transformação não só de uma experiência individual de gravidez e parto, mas de toda a assistência obstétrica brasileira (DUARTE e SOUZA, 2018). Considero interessante que, Duarte e Souza (2018) assinalam que as falas de suas interlocutoras, que são mulheres/doulas pertencentes a classe média, demonstram um afastamento e falta de identificação com mulheres mais pobres, como as usuárias do SUS. Nesse sentido, acredito que essa questão traz embargos para o sucesso desse projeto de mudança do cenário obstétrico brasileiro. Assim é possível constatar, como, de modo geral, o mesmo está restrito em sua elaboração, discussão e instituição, a um seleto grupo de mulheres.

A ideia de construção de uma identidade comum a partir da pertença a um grupo aparece como algo importante para o trabalho das doulas. Segundo Junior e Barros (2016), muitas doulas comunicam como seu trabalho e sua identidade também são feitos na caminhada com outras doulas e nas experiências que partilham entre si, de modo que pertencendo a um grupo de referência fortalecem o aspecto profissional do seu trabalho. Os autores também ressaltam que, acolhidas nesse sistema, elas aprendem como melhor se posicionar no campo médico e, inclusive, entre seus pares, dando preferência a cursos de formação que as destaquem no mercado de trabalho e as diferenciem de outros profissionais na assistência obstétrica. Presumo que essa valorização ao fato de pertencer a um grupo também se dá por conta de os ideais da humanização ainda não serem legitimados ou hegemônicos entre os demais profissionais do campo médico e na sociedade como um todo, o que torna essencial procurar estar entre iguais a fim de

---

<sup>21</sup> Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CNIZpUan7Vr/>>. Instagram, 12/04/2021.

encontrar apoio e direção para potencializar sua prática. Organizar-se em grupo é fundamental para o fortalecimento e manutenção do trabalho das doulas, assim como também é fundamental para ascensão dos ideais do movimento de humanização.

Diferentes estudos científicos enfatizam a necessidade de doulas na assistência obstétrica para a promoção do bem-estar emocional das puérperas e melhor evolução do trabalho de parto. A partir disso, doulas profissionais e/ou voluntárias passaram a ser introduzidas em maternidades, como, aconteceu, pioneiramente, em Minas Gerais no fim da década de 90, no Hospital Sofia Feldmam com o projeto “Doula Comunitária” (LEÃO; BASTOS, 2001). Com essa experiência considerada bem-sucedida, no ano de 2004 foi desenvolvida uma parceria com o Ministério da Saúde para que essa ação fosse ampliada em outros estados e regiões do Brasil (SIMAS, 2016). A introdução de doulas profissionais e/ou voluntárias em maternidades acabou por gerar diversos tensões e embates com a equipe médica, muitas vezes em razão do serviço prestado pela doula se chocar com as orientações médicas que seguem um modelo obstétrico tradicional. Desse modo, a cena de parto se torna um “campo de batalha” onde se disputam saberes, técnicas e legitimidade para se prestar assistência a parturiente (BARBOSA *et al.*, 2018), o que constitui, também, uma disputa entre modelos de assistência obstétrica (HERCULANO *et al.*, 2018).

É importante considerar que a inserção das doulas como um novo componente na equipe médica, aflora, traz à superfície problemas, instabilidades e questões pré-existentes no campo médico, como a relações hierárquicas e assimétricas entre paciente e médico, e entre médico e demais profissionais que formam a equipe. O estudo de Herculano *et al.* (2018) sobre como profissionais de saúde percebem a inserção de doulas na assistência obstétrica expôs que cada um dos aspectos do trabalho da doula – suporte físico, emocional e educação perinatal – causou tensões com os profissionais que compõem a equipe médica. Para esses profissionais essas dimensões do trabalho das doulas interferem nas competências que são inerentes à suas respectivas funções.

Um estudo de Santos e Nunes (2009) sobre o entendimento de profissionais da enfermagem a respeito do trabalho das doulas revelou que a adoção de um projeto de doulas em uma maternidade pública tinha como objetivo se adequar à lei 11.108<sup>22</sup>, aprovada em 7 abril de 2005, que garante as parturientes a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Buscava-se, assim, que a doula ocupasse

---

<sup>22</sup> Para mais, ver: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm)>. Acesso em: set/2020.

um espaço destinado ao acompanhante – como, por exemplo, um familiar da parturiente –, que até aquele momento não estava sendo preenchido. No contexto descrito, as doulas seriam uma boa opção para substituição da família no trabalho de parto, pois eram entendidas como pessoas leigas que estariam prestando um suporte emocional e um suporte de informações às pacientes. Por estarem ao lado da parturiente observando suas necessidades e as demandas da cena de parto, as doulas ajudavam os demais profissionais a realizarem melhor seu trabalho, beneficiando todo o restante da equipe. Mesmo com os benefícios mencionados pela equipe de enfermagem, ainda havia uma dificuldade de relacionamento entre eles e as doulas. Santos e Nunes (2009) consideravam que isso se dava em função de a doula ser um novo integrante na assistência ao parto, o que poderia interferir na hierarquia e relações de poder antes definidas pela equipe. No ambiente analisado, o fato de a doula estar numa situação de trabalho voluntário, sem escala fixa de trabalho, também foi apresentado como algo que dificultava a integração à equipe, visto que os colegas não sabiam quando poderiam contar com sua participação.

Assim, pode-se observar que existe uma evidente dificuldade e falta de interesse em se trabalhar em conjunto e formar uma equipe multiprofissional, mesmo que isso signifique prestar uma assistência obstétrica de melhor qualidade. Mais um ator na cena da assistência ao parto significa mais disputa por espaço de atuação, colocando em jogo, novamente, posições antes consolidadas. Acredita-se que, na verdade, o trabalho em conjunto de uma equipe multidisciplinar é muito positivo, pois permite que lacunas no atendimento sejam preenchidas e que cada profissional possa realizar satisfatoriamente suas respectivas funções (Silva *et al*, 2010).

Ao se analisar, ainda, o papel da doula na cena de parto como um “campo de batalha”, também aparece a noção da doula sendo entendida por suas pacientes/clientes como um escudo de proteção contra violência obstétrica ou como garantia de se conseguir um parto humanizado. Apesar disso, Sampaio, Tavares e Herculano (2019) analisando experiências de parturientes e doulas voluntárias que vivenciaram situações de violência obstétrica em uma maternidade pública, expõem como, muitas vezes, o empoderamento das parturientes por meio de informações de qualidade e a própria presença da doula no momento do parto não foram suficientes para que não sofressem esse tipo de violência.

De outro modo, o fato de estarem “bem informadas”, reconhecendo que estavam sendo violentadas e invisibilizadas, colaborou para que a experiência de parto fosse

negativa, resultando em um trauma, também, para as doulas. As parturientes relataram terem sido tratadas como coisas, objetos, de modo que não eram ouvidas e não se devia a elas qualquer tipo de explicação ou solicitação sobre protocolos e procedimentos a serem realizados em seus corpos. Se tratando de um hospital-escola, com a presença de estudantes residentes em Medicina a situação se agravava, pois, as explicações sobre os procedimentos eram dirigidas a eles, transformando esses corpos-objetos em corpos-cobaias. As doulas declararam que as mulheres, mesmo de posse da ferramenta do empoderamento pelas informações, se sentiram acudadas pela autoridade da equipe médica. O ato de discordar ou questionar essa autoridade era visto como afronta, o que gerava uma resistência ainda maior pela equipe profissional. Quando as parturientes tentavam expressar suas vontades, por exemplo, negando algum procedimento, lhes era dito que não tinham opção, e se insistissem, seriam deixadas de lado, tornando-se ainda alvo de retaliações por parte da equipe médica. A partir disso, as autoras entenderam e destacaram que é necessário que também haja uma condição, um ambiente favorável para que esse empoderamento seja exercido. Contudo, esse ambiente favorável dependerá de uma verdadeira mudança na equipe médica desde sua formação acadêmica, na qual se preconize uma assistência obstétrica respeitosa aos direitos das mulheres (SAMPAIO; TAVARES; HERCULANO, 2019). A alternativa mais imediata tem sido mudar a composição da equipe médica. As casas de parto são exemplos de instituições regulamentadas pelo Ministério da Saúde que não possuem médicos em suas equipes, mas sim profissionais de enfermagem obstétrica e técnicos de enfermagem (SOUZA, 2018). Dessa forma, propõe-se uma alternativa de assistência obstétrica, e valoriza-se a inserção de outros profissionais da saúde no atendimento ao parto, o que pode amenizar a hierarquização na equipe e as disputas pela “liderança” na prestação de atendimento.

Um aspecto que também acho importante ressaltar e não explorado por Sampaio, Tavares e Herculano (2019), é que, conforme apontado no artigo, suas interlocutoras são em maioria mulheres negras, o que pode ter contribuído para que sofressem violência obstétrica, mais precisamente, racismo obstétrico. Tratarei mais à frente a respeito da relação das doulas com situações de violência obstétrica, racismo obstétrico e estratégias de enfrentamento aos mesmos.

Após uma década da fundação da ANDO, a prática das doulas foi reconhecida pelo Ministério do Trabalho no ano de 2013. Pode-se dizer que esse acontecimento representa o marco de uma nova etapa na trajetória das doulas, sendo visível o

fortalecimento desse movimento nos anos subsequentes com a criação de leis municipais e associações de doulas em diversas partes do país (FONSECA; FREITAS; RIL, 2017). O ofício das doulas consta na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) sob o código 3221-35, que pertence a categoria “3221 - Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas”. Essa categoria apresenta a seguinte descrição sobre o trabalho dos profissionais inseridos na mesma:

Aplicam procedimentos estéticos e terapêuticos manipulativos, energéticos, vibracionais e não farmacêuticos. Os procedimentos terapêuticos visam a tratamentos de moléstias psico-neuro-funcionais, músculo-esqueléticas e energéticas; além de patologias e deformidades podais. No caso das doulas, visam prestar suporte contínuo a gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante. Avaliam as disfunções fisiológicas, sistêmicas, energéticas, vibracionais e inestéticas dos pacientes/clientes. Recomendam a seus pacientes/clientes a prática de exercícios, o uso de essências florais e fitoterápicos com o objetivo de diminuir dores, reconduzir ao equilíbrio energético, fisiológico e psico-orgânico, bem como cosméticos, cosmecêuticos e óleos essenciais visando sua saúde e bem-estar. Alguns profissionais fazem uso de instrumental pérfuro-cortante, medicamentos de uso tópico e órteses; outros aplicam métodos das medicinas oriental e convencional. (CBO 3221 – Descrição sumária<sup>23</sup>)

Nessa descrição podem ser vistos aspectos da doulagem ancorados em técnicas e saberes valorizados pelo movimento de humanização, consistindo em uma combinação de múltiplos saberes e práticas em razão de se prestar um cuidado integral à saúde. Algumas das atribuições descritas, podem ser incluídas nas chamadas PICs – Práticas Integrativas e Complementares, que objetivam promover saúde, bem-estar e autonomia dos sujeitos por meios terapêuticos, sendo assim, uma junção da Medicina Tradicional, fazendo, por exemplo, uso de ervas medicinais e da Medicina Alternativa e Complementar, utilizando-se, por exemplo, de acupuntura e fitoterápicos (SILVA *et al*, 2016). O uso das PICs localiza a doulagem como pertencente a um campo de saber alternativo ou subalterno, mesmo que baseado em evidências fornecidas por estudos científicos. Busca-se, dessa maneira, um equilíbrio entre ciência e tradição, valorizando-se práticas tradicionais/culturais que são vistas como uma aproximação da “natureza humana”, e que ajudariam a respeitar o processo natural do parto. O que pode ser visto na seguinte postagem da página @orenascimento\_ no Instagram:

---

<sup>23</sup> Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/saibaMais.jsf>>. Acesso: 04/09/2020.



(Instagram @ishtar\_rj)<sup>24</sup>

Nesse sentido, essa nova modalidade de assistência obstétrica suscita reflexões sobre a cena de parto e os atores que a compõem, estimulando mudanças, assim como, conflitos por poder e legitimidade. Em uma coexistência conflituosa, a doula disputa legitimidade para operar, mas não requer ocupar uma posição de domínio sob a parturiente, pois defende a autonomia da mulher para a tomada de decisões e escolha informada de procedimentos que desejar. Silva *et al* (2016) ressaltam que esses saberes e práticas das doulas são legítimos enquanto respaldados por evidências científicas e pelas diretrizes do Ministério da Saúde e da OMS, no entanto, eles encontram dificuldades em serem socialmente reconhecidos pelos profissionais da assistência obstétrica e pelas pacientes.

A falta de estrutura adequada nos hospitais e a falta de conhecimento e o desinteresse sobre seu trabalho por parte dos profissionais da saúde e das parturientes costumam ser mencionados pelas doulas como dificuldades para sua atuação e, conseqüentemente, para se conseguir a legitimidade social necessária. Assim, Silva *et al* (2016), segundo a perspectiva do campo médico como um campo composto por diferentes saberes em disputa pelo capital de autoridade científica, entendem que o

<sup>24</sup>Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CPtGtwlpq5b/> Instagram, 04/06/2021.

modelo hegemônico de assistência obstétrica ocupa uma posição dominante no campo, e elabora estratégias de manutenção de sua posição e de combate a seus concorrentes. Porém, é importante destacar que o modelo dominante não é o único a produzir conhecimento no interior do campo médico e interferir na dinâmica do mesmo, havendo, assim, uma coexistência entre dominantes e dominados. É interessante que em um texto de metassíntese de resultados sobre o acompanhamento por doulas durante o puerpério, Silva *et al* (2010) supõem que a difícil aceitação das doulas pelos profissionais da assistência obstétrica poderia se dar pela não regulamentação de sua ocupação. Entretanto, como foi exposto, mesmo após as doulas terem seu trabalho regulamentado na CBO continuaram a serem combatidas e terem uma relação conflituosa com médicos, enfermeiras – com essas um pouco menos – e demais profissionais da equipe médica.

De acordo com Souza e Dias (2010) a prática da doulagem como uma forma de se prestar um cuidado integral à saúde da parturiente envolve sentimentos de “fazer o bem”, de solidariedade, de vínculo e de empatia. Em sua pesquisa tendo como objeto doulas comunitárias voluntárias no contexto hospitalar, eles apontaram que algumas doulas revelaram que a necessidade de cuidar das pessoas foi uma das motivações para escolherem desempenhar esse trabalho. Essa necessidade de cuidar, além de uma expressão de solidariedade, é uma oportunidade de superar problemas e traumas pessoais, como, por exemplo, a falta de cuidado e apoio quando vivenciaram suas experiências de gravidez e parto. Assim, ao doularem, estão exercendo uma função terapêutica em suas clientes/pacientes e em si mesmas. Trata-se de terapia que envolve muito diálogo e vínculo afetivo entre doula e parturiente para que ambas se fortaleçam e para que a parturiente viva o momento do parto como uma experiência positiva, de modo que entendem a experiência de gravidez e parto como algo que impacta significativamente a trajetória de vida das mulheres. Ao abordarem as parturientes e estabelecerem uma conversa, as doulas buscam entender as necessidades daquelas mulheres para então prestarem uma assistência personalizada, estabelecendo uma relação de confiança e respeito, e diminuindo a tensão e o medo que costumam assolar as mulheres em trabalho de parto. Assim, as doulas desejam oferecer um cuidado que se baseia em conhecimento técnico e em atitudes respeitadas e acolhedoras, entendendo a mulher como um ser biopsicossocial.

Acredito que os saberes, práticas e discursos difundidos no ofício das doulas demonstram de que maneira essa categoria profissional circunscreve concepções de

natureza e cultura, ciência e tradição, e como a doula pode ser caracterizada como um híbrido de profissional da área da saúde e ativista. Ela transita entre a equipe médica e a “equipe da mulher”<sup>25</sup>, o que provoca reflexão sobre os limites da sua própria atuação e da relação com a paciente/cliente, além de revelar conflitos internos ao universo da profissionalização das doulas, como, por exemplo, escolher entre reforçar e apoiar as escolhas da parturiente – conforme é preconizado pela assistência humanizada – ou apoiar práticas de rotina da equipe médica, mesmo que essa equipe se identifique enquanto humanizada. Em uma das postagens da página *O Renascimento* no Instagram a atuação das doulas é definida da seguinte forma:

A doula trabalha a serviço da humanização do parto. Humanização não é um tipo de parto, é um modelo de assistência. Um dos principais pilares da humanização é o respeito ao protagonismo da mulher. Isto é, ela é a personagem principal desse parto, das escolhas e decisões. Começo falando de protagonismo por que é muito comum a mulher escolher a doula através de indicação. Indicação de uma conhecida, da amiga que pariu e indicou a doula dela, indicação da sua médica, da sua fisioterapeuta e por aí vai. Mas a mulher que a sua amiga/obstetra/vizinha se identifica para ter como doula, pode não ser a que você, protagonista, se identifica. Fique atenta a equipes/profissionais que colocam apenas doulas da equipe como sua opção, a doula não é da equipe, é da mulher. Se essa equipe não respeita o seu protagonismo, ela não respeita você, nem o conceito de humanização. (...)  
(Instagram @orenascimento\_)<sup>26</sup>

Pode-se dizer que suas atribuições estão constantemente ligadas a um papel de mediação, no qual por vezes ela é responsável pela comunicação entre a equipe médica e a gestante no momento do parto.

É preciso considerar que, na cena de parto, a doula ocupa uma posição algo indefinida, porém potente; idealmente ela está física e emocionalmente próxima à mulher e perscruta o ambiente e as relações a partir de um repertório heterogêneo de conhecimentos e técnicas, o que permite que ela atue como tradutora ou mediadora (TEMPESTA, 2019, p.16).

Essa mediação faz parte do aspecto pedagógico do seu ofício, como também, do aspecto de criar uma relação de acolhimento e favorável ao protagonismo da parturiente. Nesse sentido, a doula também é responsável pela facilitação do acesso a informações sobre o ciclo gravídico-puerperal por parte de mulheres em busca de assistência humanizada, e por mobilizar ou “atrair” ativistas ou adeptas do parto humanizado. Além disso, através

---

<sup>25</sup> De acordo com Simas (2016) as doulas do GAMA, grupo de apoio a maternidade ativa, consideram-se parte da equipe da mulher, diferenciando-se da política institucional de algumas maternidades, na qual a doula faz parte da equipe médica.

<sup>26</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CEe9XHDnbVK/>. Instagram, 29/08/2020.

do voluntariado<sup>27</sup>, representa a sociedade civil na cena de parto, lida com resistências a sua prática por parte da equipe médica e aproxima mulheres de camadas populares aos ideais da humanização, primeiramente, agindo em função de ajudá-las a ter uma boa experiência de parto e livrá-las de sofrerem algum tipo de violência obstétrica. A própria Adoulasrj apresenta assim o voluntariado:

Já conhece o nosso projeto de voluntariado? Saiba mais sobre o @acolhergestante e siga o perfil! #Repost @acolhergestante  
Somos um projeto de voluntariado institucional da Associação de doulas do estado do Rio de Janeiro, @adoulasrj Nosso objetivo é acolher gestantes e puérperas com residência no grande Rio, com pré natal e previsão de parto no SUS. Realizamos atendimento virtual individual e coletivo de Educação Perinatal, informando sobre as diretrizes, normas e protocolos do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Nosso acolhimento individual acontece através do preenchimento de um cadastro ( link na bio ) (...) após o primeiro atendimento a gestante/ Puérpera recebe um convite para participar do grupo onde serão disponibilizados conteúdos digitais e convites para as rodas virtuais!  
Atenção: O nosso atendimento não substitui o acompanhamento pré natal e não atendemos urgência e emergências !!! Ao entrar em contato conosco a gestante/puérpera será encaminhada para uma sala de espera onde logo em seguida será encaminhada para o atendimento com a doula de plantão que fará o atendimento individualizado e todos os encaminhamentos. Nossos plantões são de segunda a sábado das 8h às 20h. Apoie o nosso projeto e seja nosso parceiro, se você se interessar, temos um link especial para você na nossa bio!  
#acolhergestante #projetosocial #projetoacolhergestante #parceira #atendimentoagestante #acolherpuépera #adoulasrj #gestantes #puerpéras #atendimentoonline #atendimentoapuéperas (Instagram @adoulasrj)<sup>28</sup>

O que tenho percebido há algum tempo, e a crise atual provocada pela pandemia do COVID-19 enfatizou, é que as doulas podem ser entendidas como a melhor propaganda da humanização, mas também o ponto mais frágil, mais combatido do movimento. Seriam a melhor propaganda pois equilibram nos seus discursos e práticas valorização da tradição e da assistência médica, além de, atualmente, serem a conexão entre as mulheres mais vulneráveis a sofrerem violência obstétrica e o movimento de humanização. De outro modo, as doulas também movimentam um mercado de assistência humanizada, no qual se deve adquirir os variados serviços e produtos que garantirão a experiência de parto humanizado tão desejada.

O impacto da pandemia do COVID-19 na atenção obstétrica foi muito grande. Surgiram protocolos orientando a redução de profissionais que compõem a equipe médica, obrigatoriedade de utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs) e redução do número de acompanhantes das gestantes, o que acabou por trazer novas

<sup>27</sup> Por exemplo, na maternidade Herculano Pinheiro, no Rio de Janeiro (SIMAS, 2016).

<sup>28</sup> Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CGrhfmLJran/>>. Instagram, 23/10/2020.

limitações ao trabalho das doulas e ressaltar antigos problemas a respeito da valorização do seu trabalho. A reportagem “O corajoso trabalho das doulas com as gestantes durante pandemia do novo coronavírus” divulgada pelo jornal O Estado de S. Paulo (Estadão)<sup>29</sup> ressaltou como o parto domiciliar tem sido considerado como uma opção segura para mulheres que temem a contaminação pelo coronavírus no ambiente hospitalar, e podem custear uma equipe de assistência humanizada. Dessa maneira, o atual contexto de pandemia também deslocou noções de risco e pôs a prova a “sacralidade” do hospital como referência absoluta de ambiente seguro para realização de parto, assim como também pôs em questão a figura do médico obstetra como profissional mais capacitado para assistência ao parto. No entanto, mais uma vez, as doulas têm precisado lidar com as críticas sobre a necessidade da sua presença na cena de parto e têm precisado se movimentar para se adaptar a novas exigências, garantir seu espaço de atuação no cenário obstétrico e preservar direitos das gestantes e puérperas.

A Adoulasrj, por exemplo, reagiu à matéria jornalística “Coronavírus impõe distância a pai, avós e doulas, e grávidas temem um parto solitário”, divulgada pelo jornal O Globo<sup>30</sup> enfatizando em suas redes sociais a necessidade de retratação por parte do jornal.

Em resposta à matéria de @jornaloglobo a @adoulasrj enviou este e-mail para o jornal. Aguardamos a resposta!

Prezada (os), A Associação de Doulas do Rio de Janeiro foi fundada em 14 de maio de 2016 para representar as doulas atuantes no Rio de Janeiro. E, como instituição, vimos por meio desta esclarecer alguns pontos acerca da matéria publicada no O Globo, edição de 29/03/2020, Especial Coronavírus: O Globo: Coronavírus impõe distância a pai, avós e doulas, e grávidas temem um parto solitário.

Cumpramos esclarecer que doula é profissional de atenção ao Parto, não cabendo serem impedidas como visitantes ou confundidas com acompanhantes. O direito à doula é garantido por leis na maioria dos estados e municípios. No Rio de Janeiro, temos duas leis que garantem o acesso da doula em todas as maternidades públicas ou particulares: Lei 7.314/16 e 6.305/17. Nesse contexto da pandemia do coronavírus, por meio da carta anexa, instruímos nossas associadas sobre cuidados, medidas e práticas que devem ser adotados nos atendimentos realizados presencialmente neste período de pandemia, a fim de minimizar o risco de contágio da COVID-19 por todos e todas envolvidos (as) nesse processo: parturientes, acompanhantes, doulas e equipe médica. Até o momento nenhuma decisão oficial foi tomada para justificar o descumprimento das leis estadual e municipal vigentes, que garantem o direito da parturiente em ser acompanhada por sua doula. Inclusive, estamos tomando medidas para reunir os casos de denúncia das mulheres que estão sendo impedidas para dar tratamento legal. As denúncias de impedimento da

---

<sup>29</sup> Para mais, ver: <https://emails.estadao.com.br/noticias/comportamento,o-corajoso-trabalho-das-doulas-com-as-gestantes-durante-pandemia-do-novo-coronavirus,70003317492>. Acesso: 29/05/2020.

<sup>30</sup> Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/coronavirus-impoe-distancia-pai-avos-doulas-gravidas-temem-um-parto-solitario-24335320>. Acesso em: 30/03/2020.

atuação das doulas devem ser encaminhadas para [ouvidoria@doulasrj.com.br](mailto:ouvidoria@doulasrj.com.br). Assim sendo, contamos com a colaboração dos senhores e do @jornaloglobo para continuarmos exercendo nosso ofício apoiando as mulheres, que assim desejarem, durante todo processo de parto e pós-parto imediato, retificando a supracitada matéria com a informação sobre a vigência das leis no Rio de Janeiro, fornecendo assim ampla divulgação e informação completa acerca da questão para seus leitores e leitoras. Att, Diretoria de Comunicação. (Instagram @adoulasrj.)<sup>31</sup>

Outras críticas a respeito da presença das doulas no ambiente hospitalar durante a pandemia do novo coronavírus também partiram de integrantes do movimento pela humanização do parto que possuem um histórico de apoio ao trabalho das doulas e integram cursos de formação de doulas. Essas críticas foram apresentadas como um desabafo sobre a assistência obstétrica no contexto da pandemia, não sendo direcionadas a um profissional ou organização específica, como vemos abaixo:

Vocês podem achar lindas mas eu fico apavorada com essas fotos de parto ou pós-parto EM PLENA PANDEMIA com equipe estendida, obstetra, EO/obstetrix, pediatra, fisioterapeuta, doula, acompanhante, todo mundo se aglomerando em torno da mulher e do bebê sem os EPI adequados (só máscara não vale), tudo isso registrado pelas lentes de uma fotógrafa que não tinha por que adentrar um hospital neste momento. Dá para fazer “jogo dos 7 erros”, só que há mais. A evidência é explícita e a recomendação consta em qualquer diretriz: é preciso reduzir o número de pessoas circulando nos hospitais, equipes restritas ao mínimo necessário, doulas e fisioterapeutas não são essenciais, um só acompanhante do convívio da mulher, não devem ser admitidos fotógrafos e profissionais que prestam assistência devem estar completamente equipados com EPI em todos os partos. O rationale é que em áreas de transmissão comunitária sustentada não há como distinguir os portadores pré-sintomáticos ou assintomáticos que também disseminam o vírus. Precisamos proteger não apenas os profissionais de saúde mas todas as pessoas no entorno, inclusive as próximas grávidas que serão atendidas. Isso se chama de pacto coletivo, há um momento em que os direitos da coletividade irão se sobrepor aos direitos individuais e pelo bem do coletivo e para evitar um mal maior, no caso a devastação e a morte causadas por um vírus, há que se sacrificar algumas escolhas individuais. #COVID19 #fiqueemcasa (Instagram @melania44)<sup>32</sup>

Analisando-se esse posicionamento pode-se perceber que as doulas são vistas como um complemento, uma adição positiva, quando possível, para a efetivação da humanização da assistência ao parto e melhor qualidade do atendimento prestado.

Talvez elas sejam mais combatidas por ocuparem esse lugar indefinido em sua prática e mobilização de conhecimentos multidisciplinares. Além de serem um novo integrante da assistência obstétrica e por isso, pouco conhecido, em geral, são mulheres que migram de outras formações acadêmicas e categorias profissionais para a doulagem,

---

<sup>31</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/B-U-NOzpDk/>. Instagram, 29/03/2020.

<sup>32</sup> Postagem da obstetra Melania Amorim em sua página oficial no Instagram. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CBegKfsHEwb/>. Instagram, 15/06/2020.

não possuindo a mesma legitimidade profissional que médicos e enfermeiras. Ademais, os cursos de formação para doulas não seguem uma matriz curricular padrão a nível nacional. Por fazerem, também, um trabalho que evidencia uma relação de cuidado e o apoio emocional como principais características, elas são entendidas como assistência que pode ser dispensável na cena de parto no ambiente hospitalar, – dependendo do contexto vivido, como no caso da pandemia de COVID-19 – que, de modo contrário, preza a técnica e objetividade científica, e é dominada pelas mesmas. Assim, operar a partir de um campo diferente de conhecimentos, técnicas e sentidos, que surgiu num movimento de crítica ao modelo de assistência onde ela está sendo inserida, colabora para que sofra pressões e retaliações.

Conforme os estudos abordados e os dados netnográficos obtidos e expostos no decorrer deste capítulo, as doulas são profissionais que têm como característica de sua atuação a proximidade da gestante e de sua família, diferente de outros profissionais da assistência obstétrica. Em decorrência dessa proximidade, parecem perceber e identificar de forma melhor as necessidades de suas pacientes/clientes. Dessa forma, acabam ocupando os espaços não preenchidos pelos profissionais que formam a equipe médica no ambiente hospitalar, e também adaptando os saberes e práticas da humanização do parto, diagnosticando o alcance desse movimento a fim de ampliá-lo. Portanto, analisar o cenário obstétrico brasileiro partindo do ângulo do trabalho das doulas parece favorecer a observação dos diferentes conflitos e resistências existentes entre o modelo hegemônico de assistência obstétrica e o movimento pelo parto humanizado.

### **2.2.2 Cultura de parto humanizado online: notas sobre a experiência da página *O Renascimento no Instagram***

A experiência de sociabilidade online permite que se observe e que se analise como saberes sobre gravidez, parto e maternidade são difundidos no ciberespaço. Nesta seção apresentarei a análise de discursos coletados na página *O Renascimento*<sup>33</sup> na rede social Instagram. Esta página é um dos maiores perfis brasileiros no Instagram – senão o maior – em apoio ao movimento pela humanização do parto: possui 71,6 mil seguidores e 2.233 publicações<sup>34</sup>. Em sua descrição na *bio*<sup>35</sup> se encontra o seguinte

---

<sup>33</sup> Instagram @orenascimento\_

<sup>34</sup> Dados do mês de outubro de 2021.

texto: “Realizadores da trilogia #orenascimentodoparto Saúde baseada em evidências, maternidade real, paternidade ativa, criação com apego e política”<sup>36</sup>. Além da divulgação da trilogia *O Renascimento do Parto*, esse perfil apresenta uma espécie de curadoria de postagens no Instagram sobre a cultura de parto humanizado, e, por isso, costuma fazer *repost*<sup>37</sup> de publicações de outras páginas de adeptas da humanização. Assim, nas citações e análises que farei ao longo do texto, não me atentarei aos autores dos textos das postagens. As publicações aqui expostas são de postagens que foram realizadas no período do mês de janeiro ao mês de junho do ano de 2021. Dessa maneira, é traçado um perfil da atuação dessa página na citada rede social. Antes de introduzir a análise dos dados de pesquisa, creio que seja relevante apresentar considerações gerais sobre a minha pesquisa realizada no trabalho de conclusão de curso de graduação que complementam as informações apresentadas neste trabalho.

Na pesquisa realizada como trabalho de conclusão do curso de graduação em Ciências Sociais objetivei abordar características do movimento pela humanização do parto no Brasil e de seus adeptos, e expor quais perspectivas costumam fazer parte da escolha pelo parto natural e/ou humanizado. Com esta finalidade, foi feita a coleta e análise de relatos de parto publicados na rede social Facebook, mais precisamente na página (chamada na época) “O Renascimento do Parto – O Filme”. Há algum tempo eu tenho observado como grupos de adeptos e ativistas do parto humanizado divulgam suas informações em páginas e grupos no Facebook, e pensei que seria interessante analisar os ideais promovidos pelos mesmos e o modo como eles se relacionavam naquela rede social. Pude observar que naquele espaço se formava uma rede virtual de troca de experiências, suporte e colaboração entre mulheres que procuravam ou já tinham se decidido por um modo diferente de parir. Cada vez mais crescia o número de páginas que tinham como finalidade tratar de temas como gravidez, parto, maternidade e assuntos afins. Para os grupos de adeptos à humanização do parto a participação no ambiente virtual também representava a oportunidade de estreitamento de laços entre ativistas e outros usuários da rede social, possibilitando um contato direto e informal.

---

<sup>35</sup> A *bio* refere-se ao termo biografia. É o nome do espaço reservado logo abaixo do nome de usuário de uma página ou perfil pessoal onde se pode inserir uma descrição sobre o responsável pela página e/ou sobre conteúdo que ali será encontrado.

<sup>36</sup> Dados do mês de outubro de 2021.

<sup>37</sup> No Instagram se denomina *Repost* ou *Regram* a ação de republicar postagens de outras páginas ou perfis.

A página “O Renascimento do Parto – O Filme” foi criada em 2012, com o objetivo de reunir informações e arrecadar fundos para o documentário, de mesmo nome, que na época ainda não havia sido lançado. O documentário “Renascimento do Parto – O Filme”, lançado no dia 9 de agosto de 2013, é uma demonstração da mobilização social: foi realizado com ajuda financeira através do sistema disponibilizado pelo financiamento coletivo (*Crowdfunding*). Roteirizado pela doula Érica de Paula, o longa-metragem contou com a participação de importantes nomes do movimento em prol da humanização do parto e nascimento: o cientista francês Michel Odent; a antropóloga norte-americana Robbie Davis-Floyd; e a parteira mexicana Naoli Vinaver. O filme atingiu uma grande repercussão, e foi selecionado para diversos festivais internacionais de cinema. Também é considerado o documentário nacional de segunda maior bilheteria no país. Atualmente, como já mencionado, a trilogia está disponível para ser assistida na plataforma de compartilhamento de vídeos Youtube<sup>38</sup> e em plataformas de streaming.

A página que antes foi criada para divulgação e lançamento do filme continuou a fazer divulgação do mesmo, mas também se tornou um espaço de ativismo da assistência humanizada. Nessa página passaram a ser promovidas publicações que propunham discussões e faziam a divulgação de informações sobre procedimentos médicos suportados pela MBE e “mitos” (sic) mais usados para indicação de realização da cirurgia cesariana, entre outros assuntos. As publicações costumavam gerar comentários de apoio à causa do movimento. O que não significa que não haviam opositoras, que inclusive, faziam questão de se manifestar criticando a postura da página quanto à escolha por cesárea e, indiretamente, o próprio movimento, que no entendimento delas, menosprezava as mulheres que fizeram cesariana e colocavam o parto natural e/ou humanizado como única forma de parto ou forma mais correta. As publicações tinham como conteúdo reportagens, textos, fotos e opiniões de especialistas, profissionais e ativistas conectados com os ideais do movimento.

Os relatos analisados eram de publicações do ano de 2014, e demonstravam quais ideais eram – estrategicamente ou não – promovidos através dos discursos naquela época. A ênfase no natural, na “perfeição da natureza” e na essência humana e feminina eram as principais noções presentes nos relatos e fazia parte da imagem e

---

<sup>38</sup> Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=zYGJzLvb7Xg&ab\\_channel=YouTubeMovies](https://www.youtube.com/watch?v=zYGJzLvb7Xg&ab_channel=YouTubeMovies)

estética de parto idealizada nas publicações pelas adeptas da humanização. Os relatos das experiências de partos eram publicados visando-se inspirar outras mulheres a terem um parto natural e em seguida compartilharem seus próprios relatos. Nas experiências de partos compartilhadas que foram analisadas na pesquisa, via-se a noção do parto humanizado como uma experiência única, importantíssima e transformadora; com um (re) nascimento da mulher que escolhe parir naturalmente; e como a possibilidade de superação de um trauma advindo de um parto cesariana anterior ou um parto insatisfatório. A dor do parto também foi abordada em alguns relatos, e era encarada com uma dor necessária, uma “dor com propósito”, e a partir da preparação para o parto entendia-se que a mulher estaria fortalecida e seria lembrada de que é capaz de encarar essa dor.

Muitas postagens de relatos de parto eram acompanhadas de fotos do momento após o nascimento ou mesmo de ensaios fotográficos do trabalho de parto, parto e pós-parto. Esses ensaios fotográficos – que atualmente são de praxe mesmo em partos não definidos como humanizados – costumavam ser de partos domiciliares, buscando expor a forma como todos – parturientes, familiares e a equipe de assistência ao parto – se uniam em torno da experiência do nascimento, compartilhando emoções e sensações.

Por fim, conforme o que foi observado, pude verificar como as páginas naquela rede social se tornaram ferramenta de militância dos principais grupos em prol da assistência humanizada no Brasil, além de representarem um novo local para divulgação de informações e reivindicações dos adeptos e não adeptos ao movimento, e para a formação de um espaço onde mulheres que procuram a assistência humanizada para o parto encontravam acolhimento, empoderamento e apoio para seguirem com sua escolha de assistência ao parto.

Na presente pesquisa, a netnografia se concentra na observação de perfis no Instagram, que é uma rede social mais nova que o Facebook – foi lançada em 2010, e o Facebook, em 2004. Muitas publicações da página *O Renascimento* no Facebook costumam ser *repost* das publicações feitas no seu perfil no Instagram. Também considero o fato do Instagram ser uma rede social mais recente, e por isso ter mais visibilidade e atrair a atenção de usuários de outras redes sociais que acabam sendo deixadas de lado ou sendo menos usadas. Esses foram alguns dos motivos me fizeram decidir observar como se daria a interação e a divulgação de informações entre adeptas

e ativistas da humanização do parto diretamente nessa rede social. É interessante citar que o Instagram, criado para ser uma plataforma de compartilhamento de fotos e vídeos, a princípio, era visto e utilizado por seus usuários como um elemento de distinção. Nessa rede social o objetivo principal era exibir fotos de viagens e bens materiais caros, festas e jantares sofisticados, hábitos de consumo que atestassem um estilo de vida entendido como “superior”, e distinto de hábitos de classes populares, da cultura de massa (CARRERA, 2012). Atualmente, a rede social se expandiu para outros fins além do compartilhamento de fotos e vídeos. Em muitas páginas ou perfis de pessoas públicas focam-se na "produção de conteúdo", como dizem os influenciadores digitais<sup>39</sup>, qual seja, a produção e compartilhamento de informações sobre um tema específico de acordo com seu público alvo, envolvendo dicas de consumo e *lifestyle*. Na referida rede social pode-se encontrar páginas e perfis pessoais e públicos dedicados aos mais variados assuntos e com os mais variados fins, que compartilham fotos e vídeos, mas também textos, prezando-se pela interação entre os seguidores; e que abarcam interesses de diferentes classes sociais.

Adentrando ao campo virtual durante a realização da pesquisa para a presente dissertação, verifiquei que em algumas das páginas da internet na rede social Instagram muitos grupos de ativistas e adeptos do parto humanizado apresentavam suas propostas e informações sobre parto humanizado, divulgam suas reuniões e encontros, e oferecem serviços e consultorias de profissionais de assistência ao parto. Na maior parte das páginas com as quais me deparei que se dedicavam a promover o ideário do parto humanizado observei que, além das informações sobre a assistência humanizada, as publicações também têm como conteúdo textos e poemas exaltando a experiência do parto natural, relatos de parto, imagens de cenas de parto, divulgação de curso de preparação para o parto e cursos para formação de doulas, e de encontros de grupos de apoio ao parto humanizado. Esse espaço de sociabilidade possibilita o estabelecimento de uma rede, virtual e física, de acolhimento, de parceria, de promoção de saberes e troca de informações e experiências vivenciadas entre um público formado, em sua maioria, por mulheres.

---

<sup>39</sup> Influenciadores digitais são pessoas que através de conteúdo disponibilizado em seus perfis em mídias sociais buscam influenciar e atrair uma grande quantidade de pessoas ou seguidores.

Nas publicações dessas páginas costumam ser usadas *hashtags* (#)<sup>40</sup>, palavras e expressões como: autocuidado; autoconhecimento; maternidade/paternidade ativa; empatia; ancestralidade; resgate de autonomia; empoderamento; tradição; resgate e preservação da ancestralidade feminina; bem-estar; força; saúde mental materna; jornada (maternidade como jornada); e vínculo. Dessa maneira, nesse espaço promove-se uma cultura de parto com seus particulares ensinamentos, práticas e costumes que visa influenciar não somente as etapas da gravidez e do puerpério, mas também estabelecer toda uma identidade e estilo de vida, de maternidade, como parte relevante da trajetória social de cada indivíduo.

#repost @renatapennafotopoesia "Parir, além de irreversível, é inapagável. O parto fica muito gravado tanto na mãe quanto no bebê, é como uma marca ou um carimbo, que deixa um rastro indelével que só agora começamos a decifrar." (Ibone Olza, em Parir - el poder del parto) (...) #fotografiadeparto #fotografadepartohumanizado #partohumanizado #fotografiadenascimento #fotografeseuparto #registrodeparto #birthphotography #partoativo #renatapennafotopoesia #maternativa #compredasmaes #nascercomamor. (Instagram @orenascimento\_)<sup>41</sup>

Na busca por empoderamento, saberes e força para se enfrentar o parto que está por vir, e em seguida assumir o papel de mãe e as implicações sociais integrantes dele, as mulheres passam por uma espécie de treinamento em todo decorrer da gravidez, qual seja a pedagogia de parto ou didática da gestação (TORNQUIST, 2002). Esse treinamento é composto, dentre outras coisas, pelos encontros, rodas de conversa, festas e chás e etc., rituais e cerimônias onde serão apresentados pelas enfermeiras obstetras, educadoras perinatais e doulas os ensinamentos, reflexões, informações e costumes a serem apreendidos pelas mulheres e suas famílias. As páginas nas redes sociais também atuam de modo a promover essa pedagogia de parto humanizado através de suas postagens. Submetendo-se a esse treinamento e realizando de modo satisfatório esses rituais, as mulheres pensam em garantir o sucesso, a melhor experiência de parto e puerpério possível. Esses rituais moldam a experiência – e os sujeitos – de gravidez e maternidade.

---

<sup>40</sup> *Hashtags* são palavras-chaves antecedidas pelo símbolo #. São utilizadas por usuários de redes sociais para identificar ou resumir o assunto ou tópico que estão abordando e facilitar que outros usuários interessados acessem seu conteúdo.

<sup>41</sup>Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CKXF6MmnY-m/>. Instagram, 22/02/2021.

Nos últimos tempos percebo que a página @orenascimento\_ no Instagram tem se dedicado a abordar com mais intensidade a questão da maternidade, focando-se em estabelecer uma mensagem de apoio as mães, propagando informações sobre autocuidado e sobre cuidados e educação dos filhos. Dessa maneira, tem se levantado discussões acerca de temas como exaustão materna, o excesso de responsabilidade no exercício da maternidade; dificuldades enfrentadas durante o puerpério, como a solidão; amamentação; a importância da rede de apoio; e contracepção, planejamento familiar e maternidade como opção. Há uma preocupação em se ater a dificuldades, aos problemas vividos pelas mulheres, de modo geral, ao exercerem o papel de mãe. Concentra-se em discutir, a seu modo, a maternidade, na intenção de fomentar um ambiente onde as mulheres possam estar livres para exporem, sem julgamentos ou culpa, suas dúvidas, angústias e insatisfações. As publicações são feitas de maneira que as mulheres se identifiquem e se sintam acolhidas, ouvidas, e também para entendam que outras mulheres passam pelas mesmas situações, que é “normal” vivenciá-las. No entanto, projeta-se que naquele espaço, além de acolhimento para suas dores, as mulheres encontrarão informações e estratégias para viverem a maternidade da melhor forma possível. O seguinte *post* trata da solidão vivida por muitas mães durante o período do puerpério:

#Repost @obstetra\_bianka\_manhaes O puerpério é solitário...Depois de meses sendo paparicada, cercada de perguntas de quando e como o bebê nasceria, a mãe é deixada com noites sem dormir, sem comer direito, o peito vazando e a alma solitária. Esquecem da mulher que em noites silenciosas, com o corpo cansado e choros por vezes incontidos está ali. Não bastasse o final da gravidez acordando várias vezes para ir ao banheiro, sem posição para dormir, com o medo permeando seus dias. Chega o bebê e vem a exaustão do sono e do cansaço. O peito vaza, o coração dispara, o medo permanece. Mas é uma jornada solitária nas noites infindáveis. Para muitas falta rede de apoio. Falta um companheiro presente, quando na realidade ele existe, porque para muitas é um puerpério solo em uma maternidade também solo. Para muitas, falta quem ajude e sobra quem dê pitacos. Porque não bastaram os experts em gravidez e parto, eles foram além e se pós graduaram em cuidados com os filhos alheios. Porque a mulher no puerpério não precisa ser cobrada e criticada. Ela precisa de mãos que a afaguem e lhe ajudem a descansar. Ela precisa de comida quentinha para degustar. Ela precisa de cama confortável para dormir aproveitando o sono do filho ao lado. A mulher no puerpério precisa de ajuda. Mas uma ajuda sem críticas. Uma ajuda que não a deixe se sentir culpada. Ela precisa de abraço e consolo. Ela precisa de carinho e atenção. Ela precisa saber que aquela fase mais insone vai passar. Mas antes que isso aconteça, ela precisa saber que apesar de ser solitário o puerpério, ela não precisa estar sozinha na jornada. Texto: @obstetra\_bianka\_manhaes Ilustração: @o\_trocatintas #puerpério

#maternidade      #obstetrícia      #puérpera      #gravidezparto  
#gravidezpartoepuerperio (Instagram @orenascimento\_)<sup>42</sup>

Este *post* adverte sobre a impossibilidade de as mulheres atingirem a perfeição ao desempenharem o papel de mãe:



(Instagram @orenascimento\_)<sup>43</sup>

Ao falar sobre a “maternidade real” e buscar uma “maternidade ativa” as publicações são ilustradas com fotos de “corpos reais” de mulheres no pós-parto imediato ou não. Nas fotos são expostas mulheres no puerpério com os seios à mostra – principalmente amamentando –, com seus corpos com marcas, cicatrizes, estrias, flacidez e barriga acentuada, em decorrência da gravidez. Também são usadas imagens e vídeos de placentas, leite materno, e bebês que acabaram de nascer, estando ainda abrindo seus olhos e cobertos de vernix<sup>44</sup>. Pretende-se cada vez mais levar informação com imagens reais, “sem filtro”, como se costuma dizer. Mostra-se ainda como a maternidade é percebida como algo extremamente marcante para trajetória de vida das mulheres e que muda o modo como entendem a si mesmas, o mundo e a vida para

<sup>42</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CQrtKfBBArM/>. Instagram, 28/06/2021.

<sup>43</sup> Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CQw2noSHywi/>>. Instagram, 30/06/2021.

<sup>44</sup> Substância esbranquiçada com ação protetora que recobre a pele de recém-nascidos.

sempre. Promove-se uma noção do corpo não como algo vergonhoso ou que por sua estética pode trazer tristeza às mulheres, mas como algo que em suas – socialmente entendidas – “imperfeições” é a expressão e o símbolo do poder de gerar, parir e amamentar, como pode ser visto na publicação abaixo:



#repost @parirsemviolencia Querido corpo, Durante 39 semanas e 6 dias você foi lar. Antes de tudo, não te odeio, pelo contrário, eu admiro toda capacidade que você teve para passar por todas essas mudanças. Você além de abrigo, foi capaz de fazer um novo ser humano, crescer e nutrir dentro de você até que ele estivesse pronto para seguir sozinho. Você abriu espaço para ele e depois o deixou ir quando chegou a hora. Você não falhou, em meio a enjoos, azia, dores, inchaços e cansaço. Você foi incrível. Você pode ser diferente do que costumava ser, mas não é feio, flácido ou com cicatrizes. Você é marcado com o roteiro da vida que você criou! Querido corpo pós parto, você é lindo e tenho orgulho de você @leticiaaraujonaves @hobbs\_photoandfilm #posparto #corpo #corpolive #baby #maedepimeiraviagem #amor #amorproprio #corpoposparto (Imagem e texto - Instagram @orenascimento\_) <sup>45</sup>

Assim o corpo é visto como um meio, como um templo, como uma máquina em perfeito funcionamento a despeito dos padrões estéticos femininos culturalmente estabelecidos. A libertação das mulheres estaria no conhecimento dos processos corporais que envolvem o ciclo gravídico-puerperal para a aceitação de seu corpo

<sup>45</sup> Disponível em: < <https://www.instagram.com/p/CKwpZJnn8x3/>>. Instagram, 01/02/2021.

grávido ou que pariu, não o escondendo, mas sim valorizando-o sem se preocupar com os olhares, comparações e comentários alheios. A exposição nas redes sociais da realidade do corpo grávido, que pariu e/ou que amamenta é usada como representatividade para que cada vez mais esses corpos sejam vistos como “normais”, e para que as mulheres se fortaleçam e se inspirem umas nas outras. Essa intenção também pode ser observada na seguinte postagem:



#Repost @boraprir SEU CORPO, SEU TEMPLO, SEU TEMPO Tem gente que procurará nessa imagem a beleza imposta pela sociedade. Não vai encontrar. Essa imagem representa milhares de mulheres que também estão com seu corpo e sua vida marcada pela maternidade. Porque a maternidade marca mesmo. Se ela não marcar seu corpo, vai marcar seu emocional, vai marcar a sua vida de uma maneira única. Ela marca pra sempre! Ela te ensina a dividir. Você divide seu corpo, suas experiências, seu amor. A maternidade marca Essa é uma das minhas fotografias preferidas sobre maternidade. Ela me mostra um ventre marcado por carregar o bem mais precioso do mundo. Sim privilégio de nós mulheres. O seio transbordando amor e alimento. Um bebê pra nos lembrar que o mundo não para e a vida deve e vai continuar. Algumas pessoas enxergarão sexualidade. Estética. Eu vejo amor, em sua forma mais real, humana e primitiva: amor de mãe #boraprir #boramamar #boraamar. Obs: caso tenha comentários ofensivos sobre a imagem e o corpo da mulher, guarde sua opinião pra você! Aqui temos muitas mulheres como ela que estão em um momento de descoberta e reconhecimento do próprio corpo. Imagem @vannessa.brown.photography #amamentar #amar #mamar

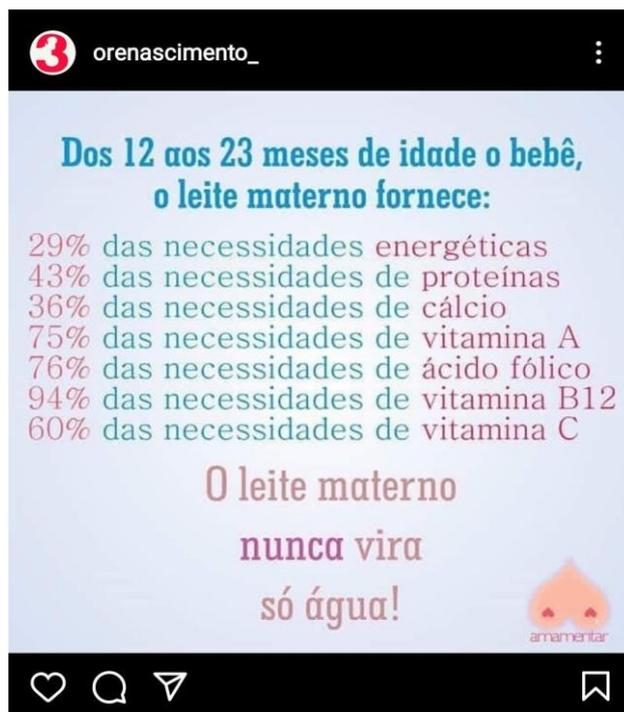
#livredemanda #parto #maternar #empoderamento (Imagem e texto – Instagram @orenascimento\_)<sup>46</sup>

Mais uma vez a maternidade é entendida como algo que marca a trajetória de vida das mulheres, e essa marca pode ser vista nos seus corpos e em como manifestam sua subjetividade.

Essas imagens “reais” são muito usadas para se promover o tema da amamentação. Inúmeros posts são feitos no intuito de levar informação sobre esse tema e revelam-no como uma das prioridades de discussão da página. Fala-se, por exemplo, sobre os benefícios da amamentação para mães e bebês, mesmo após os seis meses de idade da criança; amamentação em livre demanda; a superioridade das propriedades do leite materno em relação ao leite artificial/fórmula infantil; a possibilidade de se amamentar mesmo estando em uma outra gestação (lactogestação); consultoria em amamentação para se aprender a “pega” correta; os malefícios do uso da chupeta; e críticas à relação entre a sociedade de pediatria e a indústria de alimentos. Aqui são apresentados valores nutricionais do leite materno, contrariando opinião de que o aleitamento materno não mais ofereceria benefícios a saúde após a criança completar um ano de idade:

---

<sup>46</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CQJRVpyHcZm/>. Instagram, 15/06/2021



(Instagram @orenascimento\_)<sup>47</sup>

Quando se discute sobre cuidados e educação dos filhos geralmente são apresentados dados científicos, reportagens, e opiniões de especialistas para basear a argumentação. Trata-se sobre temáticas como, por exemplo, os benefícios da cama compartilhada; e a importância de dar colo aos bebês e crianças, principalmente quando elas choram. Não só quando se abordam essas temáticas, mas também nas discussões sobre demais assuntos, é feita a “tradução” de estudos científicos e da linguagem acadêmica, para que seu público possa assimilar com facilidade as informações propagadas, e para isso muitas vezes são usadas imagens e *memes*<sup>48</sup> como recursos para comunicarem sua mensagem. Nesse sentido, busca-se propagar um estilo de maternidade que valorize os ideais do movimento de humanização e os use como ferramenta para se lidar e viver a chamada “maternidade real”. É importante citar que os assuntos comumente abordados por ativistas da humanização do parto possuem seu lugar cativo. São feitos posicionamentos em defesa do parto normal ou natural; e alertas sobre a violência obstétrica em seus variados tipos. Muito se fala sobre procedimentos médicos desatualizados; de resultados de erros médicos ou má assistência tidos como

<sup>47</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CP1XZ4Tn6Nn/>. Instagram, 07/06/2021.

<sup>48</sup> *Meme* é um termo utilizado na internet, principalmente nas redes sociais, para descrever uma imagem, vídeo ou texto relacionado a humor que “viralizou”, ou seja, ganhou notoriedade, popularidade por sua ideia ou conteúdo.

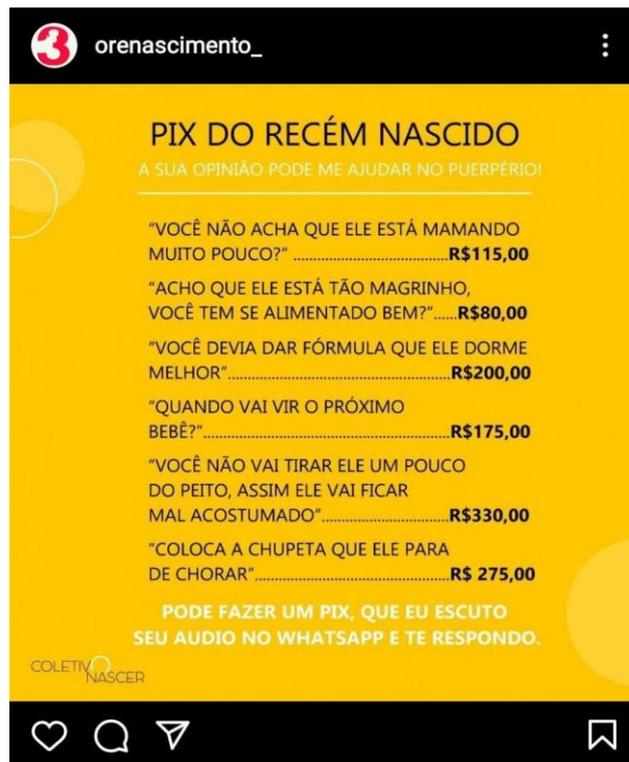
causados pelo parto normal; e são fornecidas dicas para se identificar e fugir dos chamados (pelas ativistas) médicos “cesaristas”. Como exemplo de *memes* publicados na página, destaco esta postagem feita como paródia do “power point” exibido pelo promotor da Operação Lava-Jato, Deltan Dallagnol, localizando o ex-presidente Lula no centro da suposta rede de corrupção a qual participaria:



(Instagram @orenascimento\_)<sup>49</sup>

Como parte importante de seu ativismo e prática pedagógica muitos *posts* exprimem solidariedade àquelas mulheres que decidiram por seguir os ideais da humanização e precisam sustentar seu posicionamento lidando com comentários e resistências por parte da família e amigos. Um exemplo disso é o *post* “Pix do recém-nascido”:

<sup>49</sup> Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/COSd5-AnoU4/>>. Instagram, 30/04/2021.



(Instagram @orenascimento\_)<sup>50</sup>

Há uma frequente rejeição aos palpites sobre a escolha de via de parto e sobre cuidados e a educação das crianças. A diferença geracional, por exemplo, parece ampliar os conflitos de opinião, no caso de conselhos ou palpites emitidos por familiares. Os itens apresentados na imagem que tratam do uso de chupeta como algo necessário e sobre a amamentação em livre demanda como algo que pode prejudicar a educação da criança, são exemplos de conselhos transmitidos por pessoas mais velhas. Conforme os dados observados, percebe-se que os adeptos da humanização se julgam inovadores, questionadores, e desejam um modo de vida diferente de seus pais. Procura-se não repetir padrões que consideram abusivos, preconceituosos e sem respaldo científico.

A acusação de excessiva militância e atuação que beira ao fanatismo é respondida através das postagens. Textos, imagens e *memes* são usados para defender a posição das ativistas e expressar como se sentem frente a essas impressões e acusações dos usuários que acessam suas postagens e das pessoas que não concordam com a atuação e os ideais das ativistas da humanização:

<sup>50</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CQIkOFhH2hQ/>. Instagram, 26/06/2021.



(Instagram @orenascimento\_ )<sup>51</sup>

As ativistas acreditam estar fazendo um trabalho árduo de levar informação, de desmascarar as “mentiras” para aquelas mulheres que não tem acesso a informação de qualidade ou estão sendo “enganadas pelo sistema”. Nesse ponto seu posicionamento mais uma vez se assemelha a uma espécie de religiosidade, pois julgam estar levando a “verdade e salvação”, “boas novas” àquelas que tanto precisam. Assumem seu papel pedagógico e acreditam que estão “fazendo a sua parte”. Cabe às gestantes estar sensíveis e dispostas a seguir seus ensinamentos. Vejo que esse proselitismo em prol da saúde integral é mais um aspecto da “espiritualidade secular” (HERVIEU-LÉGER, 2015) que agrega noções de bem-estar, saúde e espiritualidade, como abordado no primeiro capítulo, que procuram performar.

#repost @essenciadonascer Quem não vive constantemente o mundo gestação-parto-nascimento no Brasil, infelizmente não tem a mínima noção de como o nosso sistema obstétrico é cruel. Sério, as pessoas acham que estamos brincando. Que somos extremistas radicais e que nosso objetivo é amedrontar grávidas, aterrorizar famílias e obrigar mulheres a quererem um parto normal a qualquer custo. As pessoas se ofendem quando dizemos que o médico é cesarista (vários com taxas de 100% de cesárea), quando dizemos que a maternidade é intervencionista e só se preocupa com lucros e sua própria conveniência, e quando tentamos mostrar o quanto pode ser mais respeitoso e seguro parir no SUS no lugar de ir para um hospital privado que

<sup>51</sup> Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CM5A8EYnm9I/>>. Instagram, 26/03/2021

não segue sequer as diretrizes do Ministério da Saúde, quiçá as recomendações da OMS. A quantidade de famílias enganadas pelo sistema é assustadora! A cada relato eu percebo que enquanto damos um passo para frente damos mais dez para trás! Frases como: “Até o anestesista me ajudou dando um empurrãozinho na minha barriga” “Minha médica falou que faz parto normal e que eu não preciso de doula, ela vai ser minha doula” “Eu estava com 1 cm de dilatação há uma semana, não dilatei mais e precisou ser cesárea” “A maternidade é ótima! Meu filho nasceu, já tomou banho, trocou de roupa e veio todo limpinho e cheirosinho para mim” “Meu médico faz parto normal, mas não desses humanizados” Mostram o quanto a violência obstétrica e a má assistência acontecem com muita frequência disfarçadas de carinho, cuidado e conforto. E o caminho para enfrentar esse sistema é um só: INFORMAÇÃO!! Mas a pessoa precisa estar aberta para receber, pois a porta só se abre por dentro. Para quem tiver interesse em começar a entender a verdade sobre o sistema, assista à trilogia do Renascimento do Parto, é um ótimo começo para abrir a mente e o coração. E lembrem-se: não queremos forçar ninguém a ter um parto natural na água. Só queremos que todas as mulheres possam ter acesso a uma assistência segura com respeito ao seu protagonismo, sua autonomia e às evidências científicas! Texto: Bárbara Berdine @essenciadonascercer #partonormal #partonatural #partohuman (Instagram @orenascimento\_)<sup>52</sup>

Na postagem acima pode-se observar como a página se vê como portadora da verdade, conhecedora da realidade da assistência obstétrica brasileira e incumbida de alertar sobre essa realidade ao máximo de mulheres que puderem.

A máxima da informação como o principal caminho para resolução de todos os problemas da maternidade e para enfrentar o sistema é usada na maior parte do tempo, e a recepção a essa argumentação nem sempre é positiva. Algumas seguidoras rebatem esse argumento dizendo que tem direito a escolha pela cesárea mesmo que tenham acesso a informação. Entendem que a escolha pela via de parto só cabe à gestante e seu desejo final não pode ou deve ser contestado, muito menos deve ser entendido como sinal de ignorância.

---

<sup>52</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CLpI-gFHkSf/>. Instagram, 23/02/2021.



Comentário 1: Mesmo com todas as informações do mundo n quis ter normal, opção minha e uma cesárea que em 3 dias eu estava ótima, povo chato que quer que as mulheres sofram. (0 curtidas/likes)

Comentário 2: A taaa, agora pronto.... Só ter informação que acaba o medo da dor tudo né kkkkkkk não sejam tão exageradas (2 curtidas/likes)

Comentário 3: Sempre tive informação e opção. E por opção fiz 2 cesareas eletivas pelo fato de que NUNCA quis ter um parto normal. 2 cesareas tranquilas sem nenhuma dor e com pós operatório super tranquilo. Pra mim foi a melhor opção pq eu não queria passar pelo parto normal de jeito nenhum e se tiver mais filhos farei cesárea novamente. (3 curtidas/likes)

(Imagem e comentários - Instagram @orenascimento\_)<sup>53</sup>

Para essas mulheres o medo da dor do parto normal/natural não permite que elas sejam dissuadidas de sua decisão pela cesariana.

De modo geral, a relação entre as seguidoras e a página, assim como a receptividade ao conteúdo dispensado, é amistosa. A partir da observação do *feed*<sup>54</sup> do perfil, vê-se como as seguidoras se divertem com os *memes* que propõe reflexões com bom humor sobre os desafios da maternidade. Elas costumam *marcar*<sup>55</sup> amigas, parceiros (as), familiares ou outras seguidoras em postagens com curiosidades ou dicas. Mas, é importante mencionar que a boa receptividade aos *posts* nem sempre é geral. Os comentários discordantes e críticos costumam aparecer em postagens que levantam as

<sup>53</sup> Disponível em: [https://www.instagram.com/p/CLr\\_lufH\\_en/](https://www.instagram.com/p/CLr_lufH_en/). Instagram, 24/02/2021.

<sup>54</sup> *Feed* é o espaço principal de uma página ou conta em redes sociais no qual estão dispostas as publicações do perfil, oferecendo uma visão geral do conteúdo disponibilizado na página.

<sup>55</sup> Nesse caso, marcar é o termo usado no Instagram para se referir ao ato de colocar o endereço (@) de alguém que você segue em um comentário. Assim, a pessoa receberá uma notificação e poderá visualizar o conteúdo que quem o marcou deseja que ela veja.

seguintes discussões: dicas de educação das crianças sobre temas como palmada/castigo; escolha pela cesariana; o “fardo” da maternidade e a defesa do direito de escolher não ser mãe; postagens de teor político, como críticas ao governo e às ações do presidente. Postagens que abordam assuntos como esses, trazem proposições entendidas como progressistas, e costumam criticar valores ou hábitos tradicionalmente vistos como bons ou corretos. As postagens de teor político apontam uma posição política à esquerda. Isso sinaliza que as usuárias da rede social que acessam essa página filtram as informações com que têm contato, e selecionam o que consomem a partir do que faz sentido a sua subjetividade, ao seu modo de pensar e viver.

Um tipo de postagem que também causa diversas reações e, mesmo sendo rara, é importante de ser mencionada nesta pesquisa, são as postagens em apoio à gravidez e parto de homens transgêneros. As imagens com homens *trans* parindo geram muitas dúvidas: por vezes as seguidoras questionam se é um homem parindo e querem saber como ele conseguiu tal feito. Parte das que conseguem identificar que se trata de um homem *trans* manifestam seu apoio com comentários afetuosos; já algumas se posicionam contra a transexualidade e afirmam que o fato dessas pessoas terem parido já demonstra como não deixaram de ser mulher, como não importa o quanto tentem, não conseguem mudar sua “natureza”.

#Repost @cintiacarvalho.hipnoparto O parto é para corpos parturientes, E ELE PARIU! "Dar à luz foi a experiência mais dolorosa e poderosa da minha vida. Não se deixe enganar pelo vídeo, não pensei que pudesse fazer isso. Na verdade, só me lembro de dizer repetidamente “Não consigo fazer isso”. Mas os instintos naturais do meu corpo superaram a dúvida semeada no meu cérebro e eu fiz isso porque este corpo é capaz de muito mais do que a sociedade me condicionou a acreditar. Dar à luz meu bebê em casa na água foi o final perfeito para uma gravidez tão desafiadora. Todas as vias de parto são poderosas, não importa como você traga seu bebê a este mundo. A dor é temporária. O impacto que esse nascimento teve em minha alma é para sempre. Aqui está a normalização de partos em casa para todos os corpos parturientes. Eu vejo você, realmente vejo você agora. E eu te amo." Relato da experiência de parto de @dannythetransdad Um homem trans que deu à luz sua filha Wilder Lea, após dez horas de trabalho de parto. PARIR É NATURAL! Obs: nessa página não são permitidos ofensas e julgamentos, qualquer opinião contrária a beleza e naturalidade do parto faça em seu próprio perfil ou guarde pra você. #ficadica Posted @withregram @borapairir #parirénatural #partonormal #partohumanizado #parto #hipnobretricia #descomplicandooparto #hipnoparto #partorespeitoso #lgbtq #partotrans #casaltrans #homemtrans #respeito #comunidadeLGBT (post e comentários trans)

Comentário 1: Eu achei lindo, quando vim comentar, achei tão desnecessário esse preconceito! Ele gerou uma vida, ele quis essa vida dentro dele! Estou

arrepiada! Quanto amor! Obrigada por compartilhar! Eu nunca tinha visto um momento assim, sublime, gerado por um homem Obrigada ciência! (1 curtida/*like*)

Comentário 2: Gente alguém me explica como um homem consegue gestar? Nunca tinha visto algo parecido. (0 curtidas/*likes*)

Comentário 3: Uma mulher dando a luz nada mudou. (26 curtidas/*likes*)

Comentário 4: Homem jamais, NUNCA vai parir um filho! Uma mulher deu à luz a um bebê nesse vídeo! Homem não tem útero e nem todo o sistema reprodutivo capaz de gerar uma vida! Fato! Cada um faz o que quiser de sua vida, mas ninguém NUNCA vai conseguir mudar as coisas como Deus o criador fez! (15 curtidas/*likes*; 18 comentários em resposta)

Comentário 5: Meu paiaiiii do céu, ainda fico surpresa com o pensamento retrógrado, homofóbico, transfóbico das pessoas neste perfil! Vcs não tem que achar nada, se acha coerente ou não, se embrulha o estômago ou não! Cada um cuide da própria vida. (18 curtidas/*likes*; 1 comentário em resposta)

(Texto e comentários- Instagram @orenascimento\_)<sup>56</sup>

Considerando-se as dúvidas levantadas nos comentários sobre a sexualidade e sobre a possibilidade de homens transexuais parirem, é preciso lembrar que os mesmos, no caso de não terem realizado procedimento de histerectomia, e mesmo em uso de terapia hormonal, ainda podem engravidar e parir. Assim, tendo-se em vista o seu potencial reprodutivo, essas pessoas devem ser consideradas em políticas e protocolos clínicos de atendimento em saúde para contracepção e planejamento familiar (BORGES *et al*, 2019). Estudos mostram que além do desejo de ter filhos, as pressões sociais e familiares a respeito de se formar uma família a partir de filhos biológicos são algumas das questões que podem influenciar a homens *trans* a considerarem engravidar, ainda que, comumente, se procure fugir de comportamentos, padrões estéticos e mudanças físicas que podem ser vistas socialmente como associação a feminilidade. Pensando nos resultados da terapia hormonal que podem afetar negativamente a fertilidade, alguns homens *trans* optam por engravidar antes de se submeterem a tratamento hormonal (BORGES *et al*, 2019). Dessa forma, pode-se pensar que a possibilidade e o desejo por engravidar e parir não é algo que está fora dos planos de homens *trans* ou afetaria a sua identidade de gênero, diferente do que opiniões populares podem expressar sobre a vida sexual e reprodutiva de pessoas *trans*.

Através da observação e coleta de dados da página @orenascimento\_ pude captar como saberes e práticas do movimento de humanização do parto são divulgados

---

<sup>56</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CRCTHkmHPX3/>. Instagram, 07/07/2021.

por seus adeptos em redes sociais. Considero que é muito positivo o modo como a página compartilha informações sobre saúde sexual e reprodutiva que antes eram difíceis de serem obtidas, pois estavam disponíveis apenas em artigos científicos ou sob a posse exclusiva de profissionais de saúde. Assim, ela auxilia as mulheres a acessarem informação sobre saúde e a conhecerem os processos de parturição. Outro ponto positivo é a preocupação em se estabelecer um espaço onde seja possível que mulheres exponham desabafos sobre a sobrecarga no exercício da maternidade e no trabalho doméstico, e a respeito de padrões estéticos impostos a elas. Dessa forma, as usuárias se unem para se apoiar e juntas buscarem alternativas ou soluções para seus problemas, compartilhando suas experiências, opiniões e conhecimentos a partir de seus comentários na página. Também propagam a mensagem de que a maternidade deve ser uma escolha, não o destino de todas.

Outras questões, como a diferenciação e afastamento da família de origem; a ênfase na “escolha informada”; e a confiança na mediação do especialista e no apoio da rede (virtual) de sociabilidade parecem resquícios de algumas concepções do Ideário do Parto sem Dor (PSD e pós-PSD). Segundo Salem (1983), os grupos de preparação para o parto focavam-se, dentre outras ideias, na partilha da experiência da gestação entre o casal, procurando-se fugir da ingerência ou “intromissão” de suas famílias de origem, e para isso contavam com a coordenação do especialista e o apoio dos demais casais grávidos participantes do grupo. A maneira como acionam ou não noções de corpo e maternidade para expressarem seus ideais demonstra a amplitude do que entendem como humanização, e como seus ensinamentos muitas vezes se chocam e entram em conflito, e o reflexo dessa inconsistência pode ser visto nos comentários das seguidoras. Um exemplo dessa questão é que a página, há um bom tempo, costuma exaltar e celebrar as mulheres pela sua essência feminina e conexão com a natureza, pela sua extraordinária capacidade de gestar, parir e amamentar, uma dádiva que só pertence a elas, ao passo que, recentemente, também defende não uma essência unicamente feminina, mas uma essência humana/natural presente em corpos parturientes, como, por exemplo, sua abordagem pró *trans*.

A partir das informações do trabalho monográfico sobre a página *O Renascimento* no Facebook e a presente pesquisa sobre a sua página oficial no Instagram, nota-se que as críticas dirigidas a @orenascimento\_, em sua maioria, continuam as mesmas: muitas mulheres que acessam seu conteúdo se sentem

recriminadas por terem escolhido a cesárea e por defenderem o direito de escolha por essa via de parto. Para elas, o perfil entra em contradição quando defende o empoderamento feminino e a capacidade da mulher de tomar decisões sobre seu corpo, ao mesmo tempo que consideram a escolha pela cesariana como um erro ou reflexo da falta de informação e do controle do “sistema”. Uma das mudanças sobre a abordagem do ideário da humanização do parto no perfil está no teor e na linguagem utilizada nas publicações. Ao observar o *feed* do perfil no Instagram, é facilmente constatado que a recorrente exaltação da natureza e corpo feminino e do instinto materno, que costumava ser apresentada em ilustrações, relatos de parto e poemas como uma propaganda do parto natural, diminuiu bastante, e parece ter dado lugar a discussões sobre violência obstétrica, os benefícios do parto natural/normal e o exercício da maternidade. Minha hipótese é que essa adaptação do foco das publicações do ativismo online ocorreu após a divulgação dos resultados da pesquisa “Nascer no Brasil”, em 2014, e da inserção do debate sobre violência obstétrica no espaço público. A revelação da violência obstétrica como principal característica da atenção brasileira ao ciclo gravídico puerperal parece ter apontado uma direção para a potencialização do alcance dos ideais do movimento no espaço virtual.

Outro ponto que destaco sobre os resultados da netnografia em @orenascimento\_ é o interessante fato de que esta página que possui um número expressivo de seguidores e publicações, e praticamente não aborda questões como raça/cor e classe social ao falar sobre amamentação, violência obstétrica, planejamento familiar e parto humanizado. Como será abordado, as páginas no Instagram de grupos de doulas afrocentradas e periféricas parecem fazer esse trabalho e aprofundar a discussão, expondo direta e indiretamente algumas causas e dificuldades enfrentadas para se ter um parto natural, amamentar em livre demanda e escapar da violência obstétrica. Portanto, a página @renascimento\_ em seu modo de comunicar a pedagogia de parto humanizado parece reduzir o debate à responsabilidade das mulheres em acessar informação e exercer seu direito de escolha, desconsiderando fatores sociais condicionantes à maneira como as mulheres exercem a maternidade, tomam decisões sobre seu corpo e acessam serviços de saúde. Com isso, demonstram que seu público alvo é um perfil de mulheres – brancas e de classe média e alta – que possuem o privilégio de estarem de posse das condições (que facilitam) o exercício do direito à escolha informada.

### 2.2.3 Aspectos ritualísticos na pedagogia de parto humanizado

Ainda considerando os *posts* da @orenascimento\_ pode-se analisar o treinamento para a gravidez e para desempenhar o papel social de mãe a partir dos conceitos e considerações de Van Gennep (1977) e Turner (2005) em sua abordagem a respeito dos ritos de passagem. A gravidez como um processo de transição, é vista como um período marginal, um estágio intermediário onde alguns valores são inculcados para a adaptação às novas posições sociais que as mulheres e suas famílias assumirão no sistema social a que são pertencentes. Os ritos de passagem assinalam a mudança de posição do sujeito na estrutura social, de modo que assimile a transformação do self e do papel social necessários à sua nova posição. No caso dos adeptos do parto humanizado, o movimento pretende estabelecer uma nova cultura de parto e maternidade que incidirá em uma mudança no sistema social ao qual o indivíduo faz parte. Assim o estágio/período liminar pode possibilitar também o surgimento de um novo costume, novas ideias e novas configurações. Ou seja, de modo geral, é necessário que nessa passagem do indivíduo de uma situação determinada a outra situação determinada, se aprendam e se reafirmem determinados valores para que se sustente e se assegure o estabelecimento de um determinado sistema social. É no estágio/período liminar – entre os estados fixos culturalmente reconhecidos –, apreendendo e reafirmando valores, que o indivíduo se conecta a sua cultura (TURNER, 2005). Assim, a preparação para o parto consiste em um rito de passagem, podendo-se dizer que a gravidez, o parto e o nascimento comportam e misturam uma série de rituais de separação, margem e agregação. A ênfase na transição é perceptível no discurso aprendido na postagem abaixo:

#Repost @maesdepeito Se eu pudesse dar um conselho para você, grávida, seria: se olhe atentamente no espelho. Não é só para olhar o barrigão, nem botar defeitos nas estrias ou celulites que podem ter surgido. Olhe para dentro da sua alma e se despeça dessa mulher que você é hoje. Em algumas semanas, você vai ser mãe e, essa mulher que você olha no espelho, terá indo embora. Não, não estou falando dos quilos que você ganhou na gravidez, nem dos peitos volumosos e com os mamilos mais escuros. Também não importa se é ou não a sua primeira gestação. Você jamais será a mesma após esse parto. O bebê nasce e você renasce.

Você será uma nova mulher que passa a ver o mundo de outra forma. É um caminho sem volta. Algumas coisas que antes tinham tanta importância, vão ser consideradas supérfluas logo mais. Você também vai passar a

desenvolver um sentimento que muitas vezes não conhecia: a empatia, principalmente, por outras mulheres. Se você ver uma mãe com uma criança dando um escândalo na loja de brinquedo ou no restaurante durante uma refeição não vai pensar "ai que criança chata e mimada", mas vai sorrir para essa nova mãe como se na entrelinhas dissesse "te entendo, estamos juntas". Se ver uma mãe com o filho no colo pedindo dinheiro para comer no semáforo, verá o quanto é privilegiada por estar em seu carro indo para algum passeio com seu filho com a roupa limpinha e com a barriguinha cheia. A dor do outro passa a doer ainda mais na gente. Ah, você também nunca mais vai ver as tragédias do noticiário da mesma forma. Sempre vai pensar se aquela vítima de um acidente, de um crime, etc. tinha mãe e como a dor dela reflete em você.

A maternidade, com certeza, nos torna mulheres melhores. O que mudou na sua vida como mulher depois de ser mãe? #maesdepeito #maternidade #maternidadereal #corpo #maes #filhos #maternagem #bebe #feminismo #empatia #girlpower (Instagram @orenascimento\_)<sup>57</sup>

Ao se pensar também na noção da rotação do sagrado com o deslocamento de círculos mágicos, qual seja, uma espécie de rotatividade ou relatividade do sagrado (VAN GENNEP, 1977), comparando-se as sociedades contemporâneas, pode-se dizer que a mulher grávida se torna sagrada para a sociedade em que está inserida. Circunstância que por vezes coloca a gestante sob uma tutela excessiva, um controle que pode trazer danos a sua saúde e prejudicar sua autonomia. Os rituais durante a gravidez conferem a esse momento, que usualmente é imbuído de tensão e ansiedade, um caráter especial, sacralizante, tornando-o relaxante, descontraído, e em consequência disso, uma forma mais suportável de se lidar com as preocupações, dúvidas e ansiedades presentes nos pensamentos e no cotidiano das gestantes ao longo da gravidez. Considerando as gestantes nesse estado especial, estado de sacralidade – uma ideia de mulher grávida como sagrada presente no imaginário da sociedade brasileira – essas mulheres assumem uma natureza divina que personificam/representam ao gerar em seu ventre uma nova vida. Essa condição divina/sagrada da mulher enquanto gestante é uma característica que vem sendo culturalmente promovida mesmo com todas as mudanças e transformações sofridas no campo da assistência a gestação e parto desde a sua medicalização. O modo como essa condição divina/sagrada da mulher é percebido também está relacionado ao estrato social ao qual a gestante pertence. No caso dos discursos propagados pela página @orenascimento, essa condição divina é entendida como algo positivo e poderoso, assim:

---

<sup>57</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CPL7bFpHyV6/>. Instagram, 22/05/2021.

#repost @lua.aguiar Uma mulher gestando é sagrada, ele não deveria ser incomodada por nada, sua energia está completamente voltada para sua criança, seu sagrado útero agora carrega uma vida. Mulheres gestando precisam se reconectar consigo mesmas, com sua criança interna, visitar lugares profundos, expandir o coração, precisam de cuidado, amor, carinho e atenção. Mulheres gestando são a manifestação do poder da Deusa na terra. Possuem a força de criar, sustentar e uma delicada sutileza. Suas auras ficam reluzentes, transbordam, brilham e encantam. Mulheres gestando abrem sorrisos por onde passam. Mulheres gestando não precisam do seu julgamento e nem das suas perguntas invasivas, se quiser ajudar ofereça um colo, uma comida quentinha, uma palavra amiga. Mulheres gestando precisam ser respeitadas, acolhidas e amadas (...) (Instagram @orenascimento\_)<sup>58</sup>

Ao passar pela didática de gestação, num estágio de ambiguidade, ela terá a formação que lhe conferirá o status social de mulher/mãe. De maneira que “(*... in a sense, the birth process creates not just one but four new social members: the new baby, the woman who is reborn into de the new social role of mother, the man reborn father – and the new family unit they form*)” (Davis-Floyd, apud Tornquist, 2004, p. 312). Portanto, nesse processo de transição, não é só o feto, uma nova pessoa que está sendo gerada, mas uma mulher com um novo papel social a desempenhar. No caso de não ser a primeira gestação – quando essa mulher já é mãe – são lembrados e reafirmados os valores e códigos referentes ao papel social de mãe que também são partes do imaginário popular tradicional da comunidade a qual faz parte.

Seguindo-se nesse rito de passagem, no momento do parto no caso da assistência humanizada, há uma etapa de separação diferente, pois mesmo estando no hospital a mulher segue acompanhada por seu parceiro ou parceira. O ambiente doméstico, seu conforto e acolhimento, é simulado, representado por uma acomodação formada por um quarto com mobília adequada ou suíte. Naquele ambiente a mulher permanece, caso não haja nenhuma intercorrência, até o nascimento do bebê recebendo a assistência médica e o apoio de seu parceiro/a, acompanhantes e doula. No trabalho de parto, a mulher é incentivada a se conectar com sua “essência feminina”, essência humana que beira a animalidade, a algo instintivo, vivenciando uma experiência de ambiguidade, de se ultrapassar limites antes socialmente muito bem delineados e fixados. Numa espécie de agregação, recebendo o novo membro da unidade familiar, essa mulher e seu parceiro/a após alguns dias são liberados para retornar ao seu lar e convívio social, sendo integrados ao sistema, mas agora ocupando uma nova posição social exercendo os

---

<sup>58</sup> Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CLPySUIInEF5/>>. Instagram, 13/02/2021.

direitos e deveres do papel social de mãe/pai. E assim é consumada a sua passagem, retornando-se a uma condição de estabilidade. A postagem abaixo mostra esse empoderamento:

#repost @humaenizadas “Você estava preparada para as contrações, mas alguém havia lhe contado sobre a expansão?”

Lhe contaram sobre como seu corpo se abriria para dar lugar à passagem de todo o universo? Eles lhe contaram como seu coração explodiria com um amor maior do que qualquer coisa que você já conheceu quando puxou seu bebê para o peito? Te prepararam para o círculo de fogo, mas te contaram sobre a coroa de estrelas? Eles mencionaram que há um momento em que seu bebê entra no mundo e você deixa seu corpo e toca os céus e se torna a luz de um milhão de galáxias? Lhe contaram como a sensação de poder para receber seu filho seria mais intensa do que qualquer outra que você já sentiu? Eles falaram que você iria gritar, mas eles falaram sobre como você iria gritar? Eles falaram sobre o poder que surgiria de sua barriga quando você chamasse seu bebê? Eles lhe contaram como você incorporaria a mulher selvagem dentro de você e sopraria fogo com sua música? Você sabia que iria sangrar, mas te disseram que aquele sangue sagrado não iria te assustar? Sabia que você se sentiria grata por aquele líquido mágico da vida enquanto ele escorria por sua perna - como você honraria seu fluxo e como isso a ajudaria a curar uma vida inteira de ódio aos ciclos de sangramento do seu corpo. Te contaram algumas histórias e ensinaram você a temer o nascimento, a temer seu poder, a temer a si mesmo. Mas você é mais forte e sábia do que tudo isso”

~ Catie Atkinson do Spirit Y Sol [www.spiritysol.com](http://www.spiritysol.com)  
@riseflowers.photography #Repost @illourabirth & @gentleseeddoulas  
Tradução e adaptação: @humaenizadas #nascimento #poder #revelação  
#força #parto #expansão (Instagram @orenascimento\_)<sup>59</sup>

As mulheres grávidas adeptas do parto humanizado, integradas em uma rede de solidariedade em espaços físicos e/ou virtuais, expressam características de igualdade essenciais em sua associação enquanto grupo liminar. Nessa sociabilidade, na qual podem compartilhar umas com as outras seus medos, expectativas e dúvidas, são criados laços de amizade que persistem mesmo após o nascimento de seus bebês. Pode-se entender que esses laços de solidariedade, segundo Turner (2005), são frutos da liminaridade interestrutural em que essas mulheres se encontram. Nesse período de liminaridade as grávidas são pedagogicamente estimuladas e encorajadas a refletir sobre seu modo de vida e suas concepções de saúde e bem-estar diretamente relacionadas a gravidez e maternidade. Essa reflexão se dá partir das informações que lhes são apresentadas nos grupos virtuais de apoio ao parto humanizado, nos encontros de

---

<sup>59</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CNiJSC1HY1D/>. Instagram, 11/04/2021.

educação perinatal e nas discussões das rodas de conversa com outras gestantes e profissionais da área da saúde. Dessa forma elas são ensinadas como devem guiar sua conduta, construindo e legitimando a si mesmas e a posição que ao fim assumirão no sistema social. Pode-se observar como essa pedagogia de gestação e parto acontece a partir dos seguintes exemplos de tipos de oficinas, reuniões e atividades<sup>60</sup>, rituais comumente ofertados na cultura de assistência humanizada de gravidez e parto que são divulgados em sites, blogs e redes sociais:

- Rodas de conversa – Nas rodas de conversa são discutidos temas que envolvem, além da gestação e o parto, a chamada maternagem saudável. Em suma, nesse espaço de diálogo as gestantes compartilham suas histórias e trocam e aprendem informações para cuidar de sua saúde física e emocional durante o ciclo gravídico-puerperal. Geralmente esses grupos de apoios são organizados por doulas, psicólogas e educadoras perinatais, que também são responsáveis pela condução e roteiro dos debates.
- Chá de bênçãos – Costuma ser um ritual de preparação de familiares e amigos para a chegada do novo membro da unidade familiar. Nessa celebração, na maioria das vezes, as grávidas se reúnem com suas amigas. É preparado um escalda-pés para a grávida como forma de servi-la e honrar sua vida e seu propósito de “trazer uma pessoa ao mundo”, sendo também considerados os benefícios medicinais dessa prática de escalda-pés. Os convidados expressam seus desejos para o bebê e a gestante declarando “bênçãos” sobre suas vidas, e encorajando e reafirmando a força e as condições “naturais” que a gestante possui para chegar a uma boa experiência de parto.
- Pintura da barriga – Feita no fim da gestação, é uma espécie de despedida da barriga da gravidez. Assim como no chá de bênçãos, são proferidas palavras de força e apoio para a gestante enquanto é feita uma pintura em seu ventre desenhando seu bebê para que ela possa visualizá-lo e assim se conectar com ele numa espécie de “ultrassonografia natural”. Com o parto se aproximando é valorizado que a conexão entre mãe e bebê esteja forte para se conseguir um bom parto, o parto que se idealiza.

Em todos esses rituais descritos, como pode ser observado, são fomentados e reafirmados os valores do movimento pela humanização do parto. Eles funcionam como ferramentas de transmissão desse tipo específico de cultura de parto. As doulas, por

---

<sup>60</sup> Para mais informações, acessar, por exemplo, as páginas: <http://www.institutoaurora.com.br/>; e <https://www.facebook.com/ishtarj/>.

exemplo, ensinam lições durante a gravidez. Quando as doulas estão presentes no momento do parto, se posicionam, dentre outras práticas, de forma a assegurar que muitas das lições ensinadas e dos pactos firmados não sejam esquecidos pelas gestantes que estão, muitas vezes, em um estágio de dor aguda com perda da “consciência”, podendo, assim, violar suas vontades antes defendidas no plano de parto<sup>61</sup>. Na postagem a seguir pode-se ver um exemplo do tipo de recomendação que se costuma dar as gestantes para que não desistam do seu parto normal/natural:

#repost @biaherief “Imagine que você está escalando uma grande montanha, depois de subir bastante, no final de uma porção íngreme, você se depara com uma grande parede rochosa que tem que transpor para alcançar o topo. Embora você esteja mais perto do que nunca, pode perder a noção dessa relatividade e se desesperar, consumindo-se na batalha contra essas últimas e penosas contrações.” (Parto Ativo – Janet Balaskas) - Esse trecho descreve perfeitamente a fase do trabalho de parto que precede o expulsivo, chamada fase de transição. É o momento da “covardia”, bem típico e marcado em muitas mulheres, quando boa parte reclama e vocaliza muito mais, desespera, fala em desistir e refere ter chegado ao seu limite. Depois de algumas boas horas de trabalho de parto (em geral), nesse momento as contrações estão mais seguidas, longas e dolorosas, cedendo menos intervalo para que a mulher descanse. O cansaço começa a tornar essa fase ainda mais desafiadora e pode somar-se a tudo isso tensão, que faz com que se perpetuem pensamentos confusos e conflitantes. Em muitos casos, a dilatação já é total e ela sente tanto as contrações mais intensas quanto sinais de que o bebê força a pelve, o que culmina por fazê-la sentir estar completamente fora do controle da situação. Se antes ela já esperava o que aconteceria, aqui a ENTREGA é fundamental, quase que obrigatória. Rola, ainda, uma descarga de adrenalina nesse momento (o hormônio de luta e fuga), o que pode aumentar o medo, a vontade de fugir e o desejo de ser “salva”. Não é possível saber quanto tempo essa fase perdurará: em algumas mulheres dura menos de uma hora e, em tantas outras, pode durar algumas horas. Umás passarão mais intensamente por esse momento e outras nem tanto. Lembra que parto é imprevisível e cada uma terá o seu. Para ajudar nessa fase, recomendo: Informação: saber que esse momento do parto é normal, que está tudo bem e dentro do esperado. Essa consciência é importante não só para a gestante, mas principalmente para seu acompanhante, que não deve se desesperar quando ela ameaçar desestabilizar; - Equipe: que também entenda a fisiologia do parto e esteja preparada para oferecer apoio neste momento, além de suporte não farmacológico. Acima disso, é importante que a equipe esteja alinhada com você e sensível ao que você irá dizer e solicitar; - Atenção a seu corpo: em um ambiente acolhedor, com equipe dando apoio e acompanhante tranquilo, é possível “ouvir” o que seu corpo diz – ele irá naturalmente encontrar posições e maneiras de lidar com essa fase - permita-se; - Doula, que te auxilie com técnicas e formas de lidar com tudo caso esse período se prolongue sobremaneira e que te encoraje a vocalizar e assumir posturas que melhor funcionem para você; - Entrega: deixar ser é o pulo do gato para esse

---

<sup>61</sup> Plano de parto é um documento elaborado pela gestante, em diálogo com a equipe médica, onde se registram os seus desejos a respeito dos procedimentos a serem realizados pela assistência médica e hospitalar durante o seu trabalho de parto, parto e nos cuidados com o recém-nascido no pós-parto imediato. Para mais informações, acessar: <https://www.partodoprincipio.com.br/>.

momento. Lembre-se, quando chegar a hora: “se você chegou até aqui, falta muito pouco para ter seu bebê nos braços!” (Instagram @orenascimento)<sup>62</sup>

Nesse *post* adverte-se sobre a “jornada” a qual a gestante deve estar disposta a encarar para parir naturalmente. A assistência humanizada é apresentada como uma valiosa aliada para se conseguir o idealizado parto natural ou normal quando se pensa em desistir do mesmo.

Após o nascimento do bebê, a doula acompanha a mulher, agora mãe, dando o suporte necessário para que os referenciais e as lições de maternidade sejam postos em prática, para que se desenvolva e estabeleça esse novo ser e papel social com base nesse determinado estilo de maternidade.

A tentativa de organizar a experiência vivida, de ritualizá-la, é uma maneira de orientar e afirmar a conduta social, fundamentando a ordem social por meio das lições aprendidas. Sendo, também, uma maneira de se lidar com aquilo que nos é desconhecido ou nos causa estranheza. Desse modo, pode se entender que mesmo com o processo de modernização das sociedades ocidentais, os rituais continuam parte dela, e parte de grande importância. A gravidez e o parto representam uma esfera onde essa realidade, esse aspecto ritual, está muito presente e é facilmente constatado.

### **2.3 (Re)elaborações para uma “humanização” possível: doulagem periférica e afrocentrada**

De acordo com as informações expostas anteriormente, pude observar que nos últimos anos alguns grupos de doulas vêm atuando de maneira a promover uma espécie de pedagogia de parto humanizado, considerando como parte importante de seu público alvo mulheres não-brancas e de classes populares. Desse modo, sua atuação profissional tem se afastado da ideia do parto humanizado como uma experiência restrita à classe média e alta, ou ainda, ressignificado o que é uma assistência humanizada, adaptando-a as necessidades e interesses desse “novo” público. É significativo que esse formato de doulagem é um trabalho organizado e realizado por mulheres periféricas, negras e afro indígenas para um público de mulheres negras, periféricas e afro indígenas. Seus projetos se desenrolam a partir da lógica de fortalecimento e apoio mútuo para a

---

<sup>62</sup> Disponível em: < <https://www.instagram.com/p/CKeBhH1nhig/>>. Instagram, 25/01/2021.

resistência e ocupação de (em) espaços físicos e virtuais. Nesse sentido, na atuação profissional dessas doulas tem se fundido, cada vez mais, a militância de ativista política, como será evidenciado pelos dados netnográficos.

Entende-se que no movimento de humanização do parto existe uma tentativa de resgatar, de se aproximar da sociabilidade implicada à gestação e ao parto anterior ao seu processo de medicalização e hospitalização. Desse modo, pode-se considerar o movimento pelo parto humanizado e suas práticas como uma forma do que é conceituado por Rabinow (1999) como biossociabilidade que, em suma, seria a ideia de pessoas ou grupos se conectando e compartilhando particularidades e experiências em torno de sua condição de saúde, sendo assim, uma identidade biológica que se torna um feixe de relação social.

Essa experiência de sociabilidade – ou biossociabilidade (RABINOW,1999) online – nos permite que se observe e que se analise como saberes sobre o ciclo gravídico-puerperal são difundidos. Em algumas páginas da internet na rede social Instagram, por exemplo, muitos grupos de ativistas e adeptos de ideais da humanização do parto apresentam suas propostas e informações sobre parto humanizado, divulgam suas reuniões e encontros, e oferecem serviços e consultorias de profissionais de assistência ao parto.

Nos perfis que observei, encontram-se *posts* com relatos, fotos e vídeos de parto, divulgação de cursos, grupos de apoio, rodas de conversa e *lives* que abordam temas concernentes aos princípios do movimento em prol do parto humanizado. No contexto atual da pandemia do Sars Covid-19, a produção e oferta de conteúdo online voltados a temática da gravidez e maternidade se intensificou: tem se produzido e divulgado cada vez mais *lives* em redes sociais; vídeos em canais no Youtube; podcasts em plataformas de streaming; rodas de conversa em aplicativos de reunião e grupos de apoio em aplicativos para trocas de mensagem (*Whatsapp*) para que seja suprida a falta dos encontros físicos que estão temporariamente suspensos. Os espaços da rede de sociabilidade virtual são cada vez mais ampliados nas mídias sociais com a finalidade de se assemelhar às peculiaridades e a proximidade característica das redes de sociabilidade em espaços físicos.

Em uma experiência de trabalho de campo fora do ambiente virtual, estive presente na 5ª Convenção Nacional de Doulas (Conadoula), realizada na UERJ, em 2019. Dentre os muitos temas abordados que me chamaram a atenção, destaco a temática do racismo existente na assistência obstétrica e entre grupos de doulas,

apresentada em um grupo de trabalho sobre violência obstétrica. O tema foi levantado em tom de denúncia por doulas negras, minoria numérica no público do evento, ao dizerem que existe racismo estrutural dentro da categoria profissional e do movimento de humanização. Um dos trabalhos apresentados tinha como foco o recorte racial para análise da questão da violência obstétrica, expondo, por exemplo, como mulheres negras retintas passam, ainda mais que outras mulheres negras, por situações desse tipo de violência. Na apresentação desse trabalho foi mencionado que as puérperas sofrem racismo mesmo entre doulas e enfermeiras obstetras, e que até mesmo algumas doulas brancas negam que situações assim aconteçam, dizendo que, na verdade, não passam de mal-entendidos. Isso se enquadra na prática de racismo velado, “racismo à brasileira” (DA MATTA, 1987), comumente denunciado por pessoas vítimas de racismo no nosso país. De modo geral, foi enfatizado que as doulas precisam se dedicar a discussões sobre a questão do racismo na assistência obstétrica, concedendo mais espaço em reuniões e conferências para mulheres negras comporem e liderarem as mesas de discussão e exporem suas experiências, reflexões e demandas.

O incentivo e esforço de doulas de se aproximarem de particularidades da assistência ao ciclo gravídico-puerperal de mulheres negras e periféricas, e de representatividade dessas mulheres em grupos, associações e encontros de doulas também tem sido observado na pesquisa netnográfica. A Associação de Doulas do Rio de Janeiro (AdoulasRJ) que possui mais de 300 associadas<sup>63</sup>, tem seu quadro de diretoria formado, em sua maioria, por mulheres negras, sendo a presidência ocupada por uma. Os efeitos dessa representatividade podem ser vistos nas postagens de sua página oficial no Instagram, que, até junho de 2021, possuía 519 publicações e 5.052 seguidores. Em julho de 2020 a AdoulasRJ realizou em sua página de Instagram uma “Semana da Visibilidade da Mulher Negra”, na qual foram feitas, dentre outras atividades, postagens com fotos e frases de doulas negras, em comemoração ao dia 25 de julho, Dia Internacional da Mulher Negra Latino-Americana e Caribenha e Dia Nacional de Tereza de Benguela.

---

<sup>63</sup> Disponível em: <https://doulasrj.com.br/lista-de-doulas/>



(Instagram @adoulasrj)<sup>64</sup>

Nessa postagem a doula retratada apresentou um texto com uma reflexão sobre seu ofício como uma forma de resistência, e uma imagem, de seu arquivo pessoal, em plena atividade como doula. Parece estar usando algum tipo de faixa ou tecido tentando aplicar a técnica de *rebozo*<sup>65</sup>.

<sup>64</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CDFHgArJubQ/>. Instagram, 25/07/2020.

<sup>65</sup> Rebozo é uma peça de tecido utilizada em sua origem por mulheres mexicanas para diversos fins, como, por exemplo, estéticos, ao ser usado como peça de roupa. No momento do trabalho de parto, é usado como técnica que auxilia as parturientes.



(Instagram @adoulasrj)<sup>66</sup>

Na postagem acima consta mais uma reflexão sobre o ofício de doula desempenhado por mulheres negras. Desta vez, é destacada a possibilidade de inserir o trabalho de doula como uma forma de combate à violência obstétrica sofrida por mulheres negras e periféricas.

A trajetória da Adoulasrj apresenta, além de um engajamento político de suporte ao trabalho das doulas, uma aproximação a demandas de mulheres pretas e pardas e de camadas populares. Seu quadro de diretoria é ocupado por um grande número de mulheres negras e moradoras da periferia, destoando do perfil estereotipado de doulas engajadas na humanização. Parecem desejar amparar mulheres que se encaixam no perfil das que mais se queixam da assistência obstétrica e estão mais sujeitas a sofrerem violência obstétrica, tendo mais dificuldade de acesso a uma assistência humanizada e suas informações devido a questão socioeconômica. A Adoulasrj tem, por exemplo, as seguintes iniciativas: participação no projeto de lei "Toda mulher merece uma doula"; políticas afirmativas no curso de formação de doulas com a Fiocruz EPSJV; no momento da pandemia de covid-19, distribuição de EPI para doulas associadas; e engajamento no combate à violência obstétrica e racismo obstétrico.

Destaca-se que em setembro de 2020 a associação realizou uma pesquisa de opinião <sup>67</sup>entre doulas de 8 estados do Brasil a respeito da percepção de situações de

<sup>66</sup> Disponível em: < [https://www.instagram.com/p/CC\\_Phethpkjy/](https://www.instagram.com/p/CC_Phethpkjy/)>. Instagram, 23/07/2020.

racismo no âmbito de sua atuação profissional. Deve-se considerar que a pesquisa contou com a participação de 69 doulas, e 43.5% das participantes se declararam brancas, 37.7% pretas, e 18.8% pardas. Nos resultados foi exposto que 81,2% das participantes declararam que haviam presenciado situação de racismo na atuação como doula, enquanto 27,5 % disseram que já sofreram racismo. Foram apresentados alguns relatos sobre as situações de racismo que as doulas vivenciaram. Uma das participantes relatou: "Sempre que estou atuando em uma instituição, me 'confundem' com a pessoa responsável pela limpeza". Outro relato exposto foi o seguinte comentário ouvido por uma participante da pesquisa: "Eu prefiro ser atendida pela doula loirinha; Vocês negras têm um odor mais forte, né?".

Segundo apurado pela pesquisa, as situações de racismo aconteceram nos seguintes locais e contextos, seguindo a ordem decrescente de classificação<sup>68</sup>: Local de parto; Redes sociais; Eventos; Pré-natal; Formações de doulas; Rodas para gestantes; e Unidades de saúde.



(Gráfico extraído dos resultados da pesquisa “Racismo entre nós” realizada por Adoulasrj)<sup>69</sup>

De acordo com as respostas das doulas, as atitudes racistas foram praticadas por – seguindo a ordem decrescente de classificação<sup>70</sup> –: Obstetras; Profissionais da

<sup>67</sup> Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1DV3JY-0hLXDUfTSPQ\\_1W3zbVg87HwD9g/view?fbclid=IwAR3mL2WwtOnApBGfT1aZ\\_2MorrWqwi3rzqdK20L4YI-7F8j2fd-1tD-QG8Q](https://drive.google.com/file/d/1DV3JY-0hLXDUfTSPQ_1W3zbVg87HwD9g/view?fbclid=IwAR3mL2WwtOnApBGfT1aZ_2MorrWqwi3rzqdK20L4YI-7F8j2fd-1tD-QG8Q) Acesso em: 24/08/2021

<sup>68</sup> Dados aproximados de acordo com o gráfico disponibilizado: mais de 50% das situações de racismo aconteceram no local de parto; mais de 30% nas redes sociais; aproximadamente 20% em eventos; cerca de 4% no pré-natal; cerca de 3% em formações de doulas; 2% em rodas para gestantes; e 2% em unidades de saúde. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1DV3JY-0hLXDUfTSPQ\\_1W3zbVg87HwD9g/view?fbclid=IwAR3mL2WwtOnApBGfT1aZ\\_2MorrWqwi3rzqdK20L4YI-7F8j2fd-1tD-QG8Q](https://drive.google.com/file/d/1DV3JY-0hLXDUfTSPQ_1W3zbVg87HwD9g/view?fbclid=IwAR3mL2WwtOnApBGfT1aZ_2MorrWqwi3rzqdK20L4YI-7F8j2fd-1tD-QG8Q)

<sup>69</sup> Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1DV3JY-0hLXDUfTSPQ\\_1W3zbVg87HwD9g/view?fbclid=IwAR3mL2WwtOnApBGfT1aZ\\_2MorrWqwi3rzqdK20L4YI-7F8j2fd-1tD-QG8Q](https://drive.google.com/file/d/1DV3JY-0hLXDUfTSPQ_1W3zbVg87HwD9g/view?fbclid=IwAR3mL2WwtOnApBGfT1aZ_2MorrWqwi3rzqdK20L4YI-7F8j2fd-1tD-QG8Q)

instituição; Enfermeiros; Pediatras; Doulas; Acompanhantes; Parturientes; Palestrantes; e Fotógrafa.



(Gráfico extraído dos resultados da pesquisa “Racismo entre nós” realizada por Adoulasrj)<sup>71</sup>

As participantes também deram sugestões do que pode ser feito para o enfrentamento ao racismo. De modo geral, foi dito que mulheres negras precisam de mais representatividade na categoria profissional. Foi sugerido que é preciso que se faça uma reformulação nos cursos de capacitação de doulas, de modo que a grade curricular aborde a temática antirracista e mulheres negras tenham mais espaço na composição das equipes que ministram esses cursos.

Esses resultados corroboram muitas das informações e impressões que estão sendo apresentadas neste texto, tais como as críticas levantadas no Conadoula sobre a prática de racismo entre profissionais da saúde, inclusive entre a categoria de doulas. É interessante que as redes sociais figuraram na segunda posição de contextos onde doulas sofreram/presenciaram racismo. Ao tratarem sobre formas de combate ao racismo, também foi sugerido pelas participantes que os episódios de racismo devem ser mais

<sup>70</sup> Dados aproximados de acordo com o gráfico disponibilizado: cerca de 50% das atitudes racistas foram praticadas por obstetras; em torno de 40% por profissionais da instituição; em torno de 40% por enfermeiros; 20% por pediatras; aproximadamente 20% por doulas; mais de 10% por acompanhantes; mais de 5% por parturientes; cerca de 1% por palestrantes; e perto de 1% por fotógrafa. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1DV3JY-0hLXDUfTSPQ\\_1W3zbVg87HwD9g/view?fbclid=IwAR3mL2WwtOnApBGfT1aZ\\_2MorrWqwi3rzqdK20L4YI-7F8j2fd-1tD-QG8Q](https://drive.google.com/file/d/1DV3JY-0hLXDUfTSPQ_1W3zbVg87HwD9g/view?fbclid=IwAR3mL2WwtOnApBGfT1aZ_2MorrWqwi3rzqdK20L4YI-7F8j2fd-1tD-QG8Q)

<sup>71</sup> Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1DV3JY-0hLXDUfTSPQ\\_1W3zbVg87HwD9g/view?fbclid=IwAR3mL2WwtOnApBGfT1aZ\\_2MorrWqwi3rzqdK20L4YI-7F8j2fd-1tD-QG8Q](https://drive.google.com/file/d/1DV3JY-0hLXDUfTSPQ_1W3zbVg87HwD9g/view?fbclid=IwAR3mL2WwtOnApBGfT1aZ_2MorrWqwi3rzqdK20L4YI-7F8j2fd-1tD-QG8Q)

abordados nas redes sociais. Essas perspectivas demonstram como as redes sociais são entendidas como um importante espaço de ativismo, e sinalizam o interesse de grupos de doulas em impulsionar e fortalecer a sua atuação e divulgação do seu trabalho nas redes sociais.

Ao concentrar a análise netnográfica em páginas no Instagram de grupos pertencentes ao eixo Rio-São Paulo, considero a doulagem “urbana” que também se foca em tradição e ancestralidade. Observa-se que algumas doulas se organizam partindo de uma perspectiva de doulagem periférica e afrocentrada<sup>72</sup>, apresentando suas ideias sobre gravidez e parto e prestando seus serviços direcionados a melhor acolher um público/clientela específica. A Coletiva Mãe na Roda, o Makota Terapia Ancestral e O Ilê materno são grupos formados por doulas e profissionais de saúde que baseiam sua atuação a partir de uma perspectiva de raça/cor e classe social, prestando um serviço personalizado que se atém a causas identitárias. Outro exemplo desse foco em perspectiva de classe social e racial para doulagem são os núcleos suburbanos ou periféricos do Ishtar RJ. Tratarei desses grupos a seguir. Ao articularem questões como raça e classe social, além da questão de gênero, vê-se que a proposta da interseccionalidade é usada por esses grupos como ferramenta para se lidar com eixos de poder e níveis de desigualdade que afetam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, assim como o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos, considerando-se que:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, p. 177).

Atentando-se a esses eixos de poder e níveis de desigualdade que influenciam diferentemente a vida das mulheres, os grupos periféricos e afrocentrados orientam seu ofício de modo a driblá-los ou a promover formas de superá-los. Como será exposto, esses grupos compreendem que mulheres pretas, pardas e/ou de classes populares estão

---

<sup>72</sup> O termo doulagem periférica e afrocentrada é cunhado por mim para descrever a atuação dos grupos de doulas referenciados nesta pesquisa. Não significa que o termo seja necessariamente usado por esses ou outros grupos que possuem propostas similares.

mais sujeitas a sofrerem violência obstétrica e racismo obstétrico, portanto, buscam na adaptação de ideais da humanização do parto uma estratégia mais específica e precisa de combate a esses problemas. Abordarei em seguida os seguintes coletivos: Mãe na Roda; Makota Terapia Ancestral; Ilê materno; e Ishtar RJ (núcleos periféricos).

### 2.3.1 Mãe na roda

A Coletiva Mãe na Roda tem como base a ideia de doulagem coletiva e periférica, sendo descrita em sua *bio* do Instagram como “Acolhimento ao ciclo gravídico puerperal com doulagem coletiva, consultoria em amamentação e confecção de carregadores ergonômicos de bebês”. Sua página no Instagram possui 30 publicações e 771 seguidores.<sup>73</sup> A coletiva é composta somente por mulheres que são mães, formando uma rede de apoio gratuita a gestantes e puérperas na periferia da zona sul de São Paulo. No seu perfil no Instagram não há informações se a coletiva atua em um endereço fixo. Oferece serviços como rodas de gestantes, oficinas artísticas, consultoria em aleitamento materno, acolhimento no pós-parto e pré-natal terapêutico. Nas postagens em sua página no Instagram divulga seus serviços e informações sobre educação perinatal, como dados sobre amamentação e mortalidade materna, informa canais para denúncias de violência contra a mulher; além de promover *lives* e expor fotos de suas rodas de gestantes, oficinas e eventos. Todo conteúdo é relacionado ao entendimento do ser humano como um ser biopsicossocial que deve ser tratado a partir de um cuidado integral. Para esse cuidado integral consideram as particularidades e a realidade do contexto social das gestantes acolhidas, que muitas vezes já haviam sofrido violência obstétrica, a fim de fortalecê-las ao escutarem suas experiências e proporcionar-lhes uma boa experiência de gravidez, parto e puerpério. Dessa forma, o grupo Mãe na Roda funciona como uma grande rede apoio, simbolizando uma grande mãe sempre disposta a acolher.

Vamos falar sobre como proporcionar um período pré-natal que seja de fato terapêutico, prazeroso e consciente para gestantes? Reconhecendo as identidades, subjetividades, territórios, realidades, relações e necessidades da pessoa grávida e construindo junto possibilidades de ampliar o cuidado integral por meio de uma escuta ativa, um olhar empático para o indivíduo e sua saúde biopsicossocial durante a gestação, suas vulnerabilidades e potencialidades, valorizando sua autonomia para viver um período pré-natal e experienciar o parto de forma positiva. #prenatal #acompanhamentodegestantes #gestarparircuidar #gestar #parir #doularprocessos #amamentação #extergestação #gestação #parto #pós parto

---

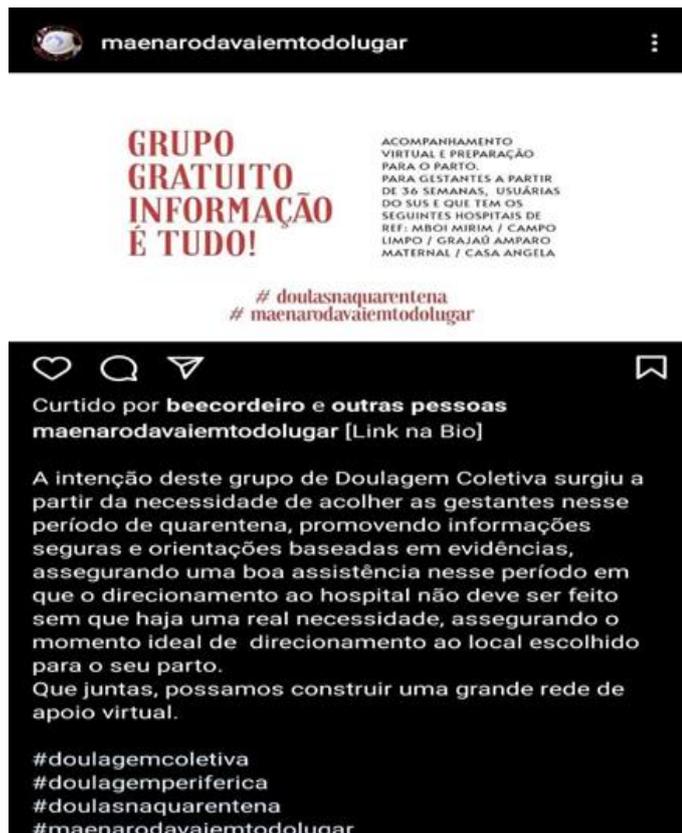
<sup>73</sup> Dados do mês de junho de 2021.

Na Mãe na Roda essa ideia de abordagem periférica e afrocentrada parece anterior a sua ligação aos ideais do movimento de humanização do parto. Uma das fundadoras <sup>75</sup>desse grupo inclusive diz que já fazia o que hoje se entende como doulagem antes mesmo de saber ou ouvir falar sobre a profissão de doula. Ela entendia a si mesma, e as outras mulheres que tinham essa prática, como comadres, como mulheres que valorizavam a cumplicidade entre si. Esse ponto é interessante, lembrando-se que comadre era o nome a que se costumava chamar as parteiras. Ao que parece, o ato de doular ou de ser comadre faz parte da vida em comunidade, principalmente no âmbito da relação entre mulheres. A partir da formação de terapeuta holística e conhecendo o termo doula, ela busca qualificação para sua atuação e em seguida desenvolve o Mãe na Roda ao problematizar as presenças e ausências do movimento de humanização. Então, a atuação dessa fundadora parte da sua trajetória pessoal, é quase orgânica. Dessa forma, o trabalho desenvolvido nesse grupo é proveniente da experiência pessoal de muitas mulheres, focado na escuta e vivência dos processos de gestação e maternidade, para só então problematizar o (não) lugar da humanização naquela região, e o fato das demandas das mulheres daquele território não serem contempladas pelo poder público. É uma forma de cuidado que se faz no cotidiano, na prática, na escuta dos traumas das mulheres e no apoio para a cura ou resignificação desses traumas. Na postagem a seguir é feita uma propaganda de um grupo de apoio desenvolvido visando-se atender às gestantes durante a pandemia:

---

<sup>74</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CCTv0e3nS-5/>. Instagram, 06/07/2020.

<sup>75</sup> No podcast Vida de Doula – episódio 04 “Humanização pra quem?!” A paulistana Danie Sampaio, co-criadora do Mãe na roda e do Makota terapia ancestral é apresentada como Comadre-doula na periferia de São Paulo, mulher negra, periférica, mãe, terapeuta holística e mulher-medicina. Nesse episódio Danie Sampaio entrelaça sua história pessoal ao desenvolvimento dos projetos ao qual faz parte: Makota e Mãe na roda, expondo como sua atuação e os ideais que estruturam esses projetos estão relacionados a sua origem. Disponível em: <https://open.spotify.com/episode/3v1XmzOLcZi1k3RvqgSPug> .



(Instagram @maenarodavaiemtodolugar)<sup>76</sup>

Migrar a rede de apoio para o campo virtual é uma forma de continuar auxiliando as gestantes, diminuindo a sensação de insegurança e driblando a distância imposta pelo contexto pandêmico.

### 2.3.2 Makota terapia ancestral

O Makota Terapia Ancestral é um projeto de iniciativa de doulas negras e afro indígenas que se denominam “mulheres medicina”. Essas profissionais trabalham no acolhimento de mulheres, suas famílias e “processos femininos” – como menarca e a menopausa –. Proporcionam assistência em saúde a partir de saberes ancestrais e medicinas naturais, somados ao conhecimento adquirido em suas formações acadêmicas em áreas de conhecimento como, história e pedagogia, valorizando, igualmente, o conhecimento científico. Essas doulas atuam numa doulagem integrada a terapia holística, proporcionando bem-estar através do autocuidado com base na ideia de cuidar de si para cuidar das outras mulheres, entendendo que possuem as ferramentas para cuidar de si mesmas com baixo custo financeiro, mobilizando saberes tradicionais.

<sup>76</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/B-SUekHH20X/>. Instagram, 28/03/2020.

Através do resgate de práticas e saberes ancestrais, pretende-se prestar um acolhimento físico e espiritual. Preza-se a conexão com a “sabedoria da natureza”, a parceria e união entre mulheres, o despertar dos sentidos e a verbalização das emoções, visando-se conceder “alimento para o corpo e para a alma”. Assim se vê na postagem abaixo, abordando memória e emoções:

Nós somos a realização de nossas mais velhas e honramos nossas ancestrais e reproduzimos isso em nosso corpo físico, emocional, mental e espiritual. Aparece nas nossas ações, práticas e assim mantemos essa referência nas nossas corpos. Trazemos a memória das nossas no nosso corpo e realizamos os sonhos que elas sonharam ou os sonhos que elas nem sabiam que podiam sonhar, mesmo sem saber os desejos e vontades delas, pois trazemos as marcas desse desejo em nós. Elas viram, ouviram, sentiram e viveram coisas que hoje nós podemos decidir não passar, podemos curar as feridas, as emoções que às vezes eu nem sabia que estavam lá, romper com o ciclo de violências que elas viveram. Nós temos raiva e podemos acessá-la, mas não ser dominada por ela, podemos sentir tristeza, mas não podemos viver entrelaçada, às vezes nos surpreendemos com as alegrias e descobertas e podemos ser atravessadas por qualquer uma dessas emoções para nos reencontrarmos nas nossas histórias. Qual a emoção que te atravessa?

@inspira.canal #makotaterapiaancestral #mulheresafoindigenas  
#mulheresquecuidam #vidasnegrasimportam #pedagogiadecasa  
#saudeemocional #nossarevolucaoecuidar #doula #gestarparircuidar  
(Instagram @makota.terapiaancestral)<sup>77</sup>

Uma forma de “honrar suas ancestrais” está no aproveitamento das práticas e saberes aprendidas com elas e no estímulo ao uso dessas práticas e saberes ancestrais por outras mulheres.

Em sua página oficial no Instagram, que possui um número de 59 publicações e 1.012 seguidores<sup>78</sup>, as doulas fazem postagens com imagens de seus encontros terapêuticos e participações em eventos; promovem informações sobre ginecologia natural e ensinamentos para resgate de práticas ancestrais e saberes aprendidos com suas mães e avós; divulgam seus produtos como, por exemplo, óleos, unguentos, garrafadas e sabonetes, que são produzidos em conjunto e, após terem seu funcionamento observado, são socializados, consistindo em uma cosmética natural que também ajuda a estimular consumo consciente. No *post* em destaque a seguir exemplifica-se que tipo de cuidado, como, por exemplo, o uso de ervas, é dispensando pelo grupo às suas clientes/pacientes:

Dos pequenos encontros surgiram uma direção. O foco no cuidado, as práticas holísticas, o olhar atento. A intenção é mexer com os sentidos. As

<sup>77</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CMaNc5wnx3p/>. Instagram, 14/03/2021.

<sup>78</sup> Dados do mês de junho de 2021.

mulheres da foto são mães, doulas, artesãs, placenteadoras, terapeutas, cuidadoras. Trabalham com as ervas e são amantes das boas práticas de vida. Buscadoras de saúde. Mulheres que cuidam de mulheres. Auto cuidado. Auto amor. Auto observação. Felicidade. Harmonia entre o pensar, o sentir e o fazer. Mulheres encantadas pelo Nascimento. Mulheres que acreditam em outras mulheres, em suas potencialidades, suas histórias, seus resgates. Mulheres que proporcionam a compreensão do ser mulher em comunidade. Mulheres que incansavelmente trabalham em seus territórios e que vão por aí afora fazendo política, ciranda e amor. #ancestralidade #gestar #parir #doularprocessos #amamentação #exterogestação #mulheresnegras #afroindígenas #autocuidado #doula #doulasp #blackdoulas #makotaterapiaancestral #gestação #parto #pósparto #medicinatural #medicinaplacentária (Instagram@ makota.terapiaancestral)<sup>79</sup>

Em uma de suas ações nas redes sociais realizaram, por exemplo, postagens para uma semana de conscientização sobre a importância do colo, associando o uso de *sling*<sup>80</sup> a um costume ancestral. Foram compartilhados fotos e relatos de experiências das integrantes do Makota sobre o encontro com essa prática ancestral, que acreditam propiciar bem-estar para o bebê, melhora do vínculo entre mãe e bebê e autonomia para a mãe.

Nos serviços dessa rede de apoio são ofertados: Fitoterapia, homeopatia e aromaterapia em conjunto com rituais de escalda-pés, massagem, benção do ventre, rodas de conversa, medicina da placenta, banho de assento e escuta afetiva. Também é possível observar a reafirmação dos valores e do posicionamento do Makota no seu envolvimento com a comunidade por meio de suas ações de conscientização em unidades básicas de saúde e da participação de suas integrantes na Feira Agroecológica e Cultural de Mulheres do Butantã, onde oferecem seus serviços e produtos, como também, colaboram com oficinas terapêuticas e rodas de conversa. Em suas atividades nessa feira, observa-se o empenho em influenciar famílias e a comunidade como um todo, buscando incentivar a autonomia de mulheres para geração de renda a partir do fortalecimento de redes de empreendedorismo feminino e materno. Nesse sentido, o consumo consciente também é uma preocupação do grupo. Para suas atividades de modo geral, valorizam a compra de matéria prima com pequenos produtores e/ou produtores locais, da periferia, além da produção própria de óleos e ervas para tornar mais acessível o preço dos produtos que comercializam.

---

<sup>79</sup> Disponível em: < <https://www.instagram.com/p/B5B0dKVH4qa/>>.Instagram, 18/11/2019.

<sup>80</sup> Sling é um tipo de carregador de bebê feito em tecido.

### 2.3.3 Ilê materno

O Ilê materno é descrito como um “projeto de acolhimento a gestante e sua família resgatando princípios e sabedoria matriarcal”.<sup>81</sup> Foi idealizado pela doula e fisioterapeuta Edmila Sta Rita a partir da sua integração a equipe do projeto Psicopretas/Terapretas<sup>82</sup>, sendo, então, uma ramificação dessa organização. Outro ponto importante para o desenvolvimento do projeto foram experiências com doulagem voluntária em uma maternidade pública do Rio de Janeiro. Em sua atuação no voluntariado ela percebeu como mulheres pretas e pobres não recebiam um pré-natal de boa qualidade.

São as mulheres pretas e pobres que estão mais sujeitas a serem submetidas a um pré-natal inadequado, menor acesso à informação e peregrinações constantes por melhores atendimentos na maternidade. Elas correspondem à cruel estatística de terem a maior taxa de mortalidade materna, racismo institucional e violência obstétrica. Podemos mudar a realidade do cenário obstétrico. Mulher preta parindo com dignidade, crianças nascendo com respeito e pais pretos presente, a família preta resiste!!!!  
#dobrasilparaomundo #ilematernomaternidadecomamor #ilematerno  
#doulapreta #chadebencao #terapretasnoparto #saudeintegrativa  
#ervasmedicinais #rodadedestantes #educacaoemsaudedagestante  
#educacaoemsaude #saudedapopulacaonegra (Instagram @ile\_materno)<sup>83</sup>

Essa iniciativa tem como objetivo promover autocuidado no ciclo gravídico-puerperal, fundamentado em uma concepção de saúde de forma integral, que contemple o resgate de saúde física, mental/emocional e espiritual/energética. Educação perinatal, doulagem e terapia gestacional são alguns dos serviços oferecidos. No Ilê também se produzem e se comercializam produtos artesanais, como sais e ervas para esalda pés, defumadores e traveseiros de ervas. Sua página no Instagram conta com 3.543 seguidores e 438 publicações<sup>84</sup>. Na próxima imagem, consta um anúncio a respeito de uma roda de conversa presencial sobre cuidados terapêuticos na gestação e pós-parto, como, por exemplo, a utilização de florais e incensos:

---

<sup>81</sup> Descrição da *Bio* da página @ile\_materno no Instagram. Disponível em: [https://www.instagram.com/ile\\_materno/](https://www.instagram.com/ile_materno/)

<sup>82</sup> @terapretas. Disponível em: < <https://www.instagram.com/terapretas/> >

<sup>83</sup> Disponível em: [https://www.instagram.com/p/B6\\_BmsQJY3q/](https://www.instagram.com/p/B6_BmsQJY3q/). Instagram, 06/01/2020.

<sup>84</sup> Dados de agosto de 2021.



(Instagram @ile\_materno)<sup>85</sup>

De acordo com a @ile\_materno, o atendimento nesse projeto é dividido em 3 fases: acolhimento durante a gestação com informações sobre o ciclo gravídico-puerperal aliadas ao resgate de conexão ancestral; acolhimento ao parir, considerando o parto também como um evento espiritual, sob o entendimento de que toda mulher merece um parto digno e respeitoso, e que sua criança deve nascer num ambiente positivo e de amor; e o amparo para o pós-parto, com divulgação de informações sobre como conduzir o puerpério, a amamentação e os cuidados e a educação do bebê, evitando-se “a reprodução de padrões sistêmicos racistas e homofóbicos, dentre outras questões”. Nesses moldes o pré-natal é entendido não só como uma ferramenta de prevenção em saúde com exames e consultas médicas, mas também, como uma oportunidade para reorganização da trajetória de vida, para cura de traumas pessoais e familiares e para o “despertar” de mulheres para o cumprimento do seu propósito, da sua missão de vida.

Na @ile\_materno os textos são ilustrados por imagens que representam o seu foco em pessoas negras, na valorização da estética negra com o enaltecimento da “beleza e poder” de mulheres e famílias negras. De modo geral, o conteúdo dos textos mescla sabedoria ancestral; espiritualidade; poesias e cantigas; dados de pesquisas científicas e evidências padrão ouro; relatos de parto e puerpério; e a divulgação dos eventos, produtos artesanais e atividades do projeto. As postagens da página no

<sup>85</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/B3Vv0gMJVE3/>. Instagram, 07/10/2019.

Instagram propõem reflexões numa espécie de terapia online. Busca-se uma conexão entre mulheres para socialização de saberes, seja por meio de *posts* e *lives* sobre saúde integrativa – discutindo temáticas como alimentação saudável, saúde bucal e fisioterapia pélvica –, ou *posts* sobre autoestima, com rituais, cantigas, provérbios e preces transmitidas por seus ancestrais com palavras de afirmação voltadas ao (auto) perdão e à gratidão – refletindo a importância dada a oralidade africana –. Os textos também trazem informações e simbologias sobre as estações e os números que representam os meses do ano, apostando na potência dos ciclos e na conexão com a natureza, e o que elas podem representar para o crescimento pessoal e bem-estar. A postagem em destaque é um exemplo de *post* sobre os ciclos que fazem parte da vida e expressam a união entre mundo espiritual e material:

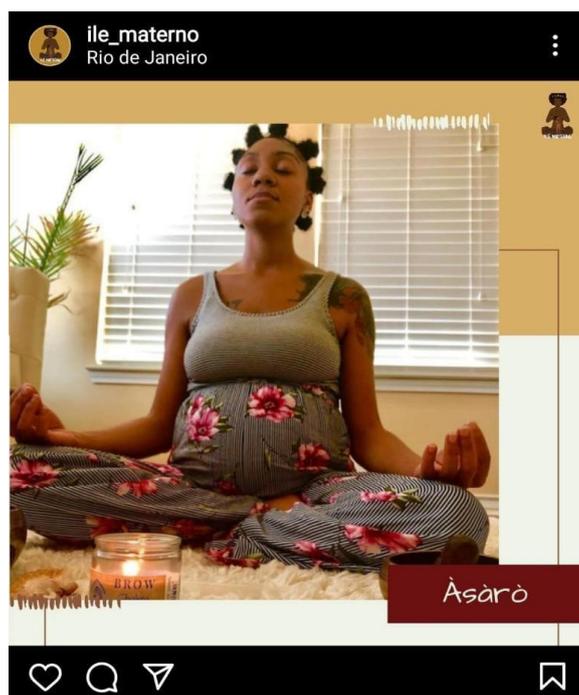
E aí, tudo Odara? A gestação é uma fase onde alguns ciclos espirituais e físicos são fechados para que outros sejam abertos. Sem essas mudanças nos ancoramos com energias desgastadas e ficamos esgotados, repetindo vários ciclos que não servem mais para essa nova fase. Alguns sinais podem ser facilmente percebidos dentro de casa: Aconteceu algo na sua casa que precisa de reparo urgente? (piso estourar, descobrir parede mofada, problema na tubulação que precisa de troca geral). Mudar de casa de forma inesperada. Para esses e outros exemplos, não me refiro a reparos simples na casa e sim situações que demandam grandes mudanças estruturais. Já se flagrou “brigando” com alguém mentalmente, por questões aparentemente resolvidas? Impulso de tomar decisões que nunca pensou ter coragem? Acessar memórias e insights com profundidade pessoal e espiritual. Esteja atenta aos sinais e permite-se evoluir. Sei que tem áreas que não queríamos acessar nessa fase, mas é fundamental para nossa evolução. Se precisar vamos juntas! #ilematerno #terapretas #evolucaopessoal #sinaisdouniverso #appilematerno #ciclosda vida #saudeemocionalnagesta (Instagram @ile\_materno.)<sup>86</sup>

Essas postagens visam auxiliar na jornada pessoal de suas seguidoras para reconexão com sua raiz ancestral e sua intuição, reforçando o período gestacional como um momento propício para reflexão, mudanças e alinhamentos para ressignificar o passado, melhor viver o tempo presente e projetar o que e como se deseja viver no futuro. As relações familiares são interpretadas como sagradas, e o modo como elas são geridas pode trazer benefícios ou danos. Assim, a terapia (online) é oferecida como uma chance de se harmonizar as relações e atingir a cura. Nesse sentido, outro ponto a ser destacado a respeito dessas postagens é a noção de se estar fazendo um resgate de terapias e conhecimentos que antes pertenciam ao povo preto, estabelecendo-se um

---

<sup>86</sup> Disponível em: < <https://www.instagram.com/p/CE2qRnmpI8P/>>. Instagram, 07/09/2020.

comprometimento com princípios e sabedoria matriarcal para preservação da sacralidade da gestação e do nascimento. Desse modo, entende-se como o Ilê materno é regido e promove o mantra “Nascer é sagrado”. Na publicação a seguir aborda-se os benefícios da prática de meditação, entendendo-a como uma prática ancestral africana. O *post* é ilustrado por uma mulher negra grávida meditando em posição de Lotus, posição frequentemente vista em estátuas de Buda:



E aí, tudo Odara? .

Àsàrò (meditação em yoruba) é um dos maiores patrimônios do caminho de sabedoria e da filosofia que nos foi legada pelos nossos ancestrais, mas também é o patrimônio mais ignorado por nós. Meditar, colocar-se em silêncio e pôr-se presente e consciente no AGORA é uma prática ancestral e também africana. Nossos ancestrais eram grandes meditadores e contemplativos! Àsàrò é uma prática não-religiosa e nossos ancestrais a entendiam como simples cultivo de uma percepção renovada capaz de gerar clareza, lucidez e compaixão. . A empreitada colonial corrompeu nossas filosofias a ponto da prática meditativa formal ser descontinuada. Obviamente isso fazia (e faz!) parte do projeto colonial, pois o racismo precisava ser uma violação psicológica sistemática, já a cultura colonial racista necessitava fazer em nós um saque antecipado de todos os recursos que pudessem fazer-nos reerguer no futuro. . Por Felipe Káyôdé Imagem: mama.doula.yogini #ilematerno #educacaoemsaude #saudedapopulacaonegra #asaro #gestação #medicinapreta #eusuperior #estougrávida #meditaçãogestação #asarotativa ( Imagem e texto - Instagram @ile\_materno)<sup>87</sup>

<sup>87</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/B71BPTtHAeL/>. Instagram, 21/01/2020.

Em 2020, O Ilê materno ampliou o seu investimento em atendimento virtual. O Aplicativo Ilê materno foi criado para facilitar o acesso a informação e formar grupos de apoio e suporte para as famílias durante a pandemia do Covid-19. Atualmente, possui outras funções como cursos; meditações guiadas para gestantes; guia de pré-natal; cronômetros de contrações; *podcasts* – que também podem ser encontrados em algumas plataformas de streaming –; e vídeos. O aplicativo, que ainda está em desenvolvimento, está sendo estruturado para funcionar como uma extensão da rede de apoio durante a pandemia, divulgando também os serviços e produtos de mães empreendedoras. Pense, desse modo, na ampliação do acolhimento as gestantes e suas famílias que corresponda as suas demandas, além de lidar com as possíveis brechas do atendimento impostas pelo distanciamento social.

#### **2.3.4 Ishtar RJ**

O Ishtar RJ é um grupo/rede de apoio ao parto normal direcionado a gestantes, suas famílias e pessoas interessadas nessa temática. Ligado ao grupo Parto do Princípio e seguindo seus ideais, essa rede de apoio funciona como a base no Rio de Janeiro de um projeto que pode ser encontrado em vários estados do país desde 2007. Pelo menos uma vez ao mês, oferece rodas de conversa e reuniões gratuitas sobre gravidez e parto com base em evidências científicas e troca de experiências entre as participantes, visando orientar e auxiliar gestantes e suas famílias. Essas reuniões organizadas e mediadas por doulas em regime de voluntariado, possuem como tema tipos de parto, técnicas de amamentação, cuidados com o bebê, entre outros, que tem como premissa, por exemplo, noções de “empoderamento” feminino e parto “mais respeitoso” e informações apresentadas como fundamentadas pela Medicina Baseada em Evidências (MBE) e recomendações da OMS. Nas reuniões também são levantadas temáticas que se baseiam na junção de informações da MBE e prática integrativas complementares (PICs). Atualmente, a rede possui núcleos em vários bairros, regiões e cidades do Rio de Janeiro, como Bangu, Copacabana, Madureira, Niterói, Nova Iguaçu, Região dos Lagos e Tijuca. Dessa forma, essa rede de apoio costuma transmitir a pedagogia de parto humanizado adaptando-a ao público de seus núcleos. Logo, os núcleos refletem aspectos e particularidades territoriais e socioeconômicas do Rio de Janeiro.



(Instagram @ishtar\_rj)<sup>88</sup>

A página @ishtar\_rj é usada principalmente para divulgação dos seus encontros presenciais; para exposição de fotos de suas reuniões; e para manter contato com as participantes das reuniões e seguidoras da página, respondendo eventuais dúvidas e recebendo sugestões de temas a serem discutidos nas rodas de conversa. Esta conta no Instagram tem como números 4.098 seguidores e 540 publicações<sup>89</sup>. Em função da pandemia do Covid-19 os núcleos aderiram a um formato virtual para interagir com seu público, investindo em rodas de conversa virtuais restritas na plataforma Zoom e em *lives* no Instagram, abertas a todas as seguidoras da página. Essas rodas virtuais e *lives* costumam contar com a participação de palestrantes convidados, como profissionais neonatologistas e dentistas.

É interessante como os núcleos da Baixada Fluminense – região metropolitana do Rio de Janeiro – e da Zona Oeste do município do Rio de Janeiro trazem uma perspectiva, de certa forma, diferente de parto humanizado. Foram criados, segundo observado no perfil do Instagram e abordado na *Live* Amamentação e Negritude – que relatarei mais a frente –, com o intuito de ampliar o alcance do grupo de apoio, percebendo-se a necessidade de atender esse nicho específico – público suburbano/periférico – que tinha dificuldade de acesso aos locais dos principais núcleos;

<sup>88</sup> Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CGnBFZGp5Cx/>>. Instagram, 21/10/2020.

<sup>89</sup> Dados de junho de 2021.

pouca representatividade nas demais integrantes desses núcleos e em outros grupos de apoio à humanização do parto, assim como nos temas abordados; e pouco contato com os ideais da humanização do parto. Recentemente, pelo menos nas postagens de sua página no Instragam, tem se usado o termo *Ishtar subúrbio* para denominar reuniões de junções de núcleos que ficam, por exemplo, em regiões da zona norte e zona oeste da cidade, regiões de periferia. De acordo com a @ishtar\_rj, o núcleo Bangu surgiu no ano de 2018. Em comparação, o núcleo Jacarepaguá, por exemplo, existe há 7 anos. Isso demonstra como é recente a participação de pessoas das regiões periféricas em grupos de apoio ao parto normal, assim como, o contato e familiaridade com informações sobre humanização do parto e violência obstétrica. Nesse sentido, as doulas voluntárias que integram essa rede apoio trabalham para levar os ideais da humanização do parto onde eles não costumam chegar, onde habitualmente não se pode custear o acesso a eles. Nesse trabalho também está incluído a adaptação desses ideais, para que eles possam fazer sentido ao novo público.



(Instagram @ishtar\_rj)<sup>90</sup>

Na *live* “Ishtar RJ - amamentação e negritude”<sup>91</sup> no Instagram, uma doula e uma educadora perinatal negras coordenadoras responsáveis pelos núcleos da Zona Oeste e da Baixada Fluminense reforçaram que é necessário ser feito um recorte racial ao abordar o tema da amamentação. Nesse sentido, durante a *live* foi dito que se deve

<sup>90</sup> Disponível em: < [https://www.instagram.com/p/CEaKt\\_1p8VR/](https://www.instagram.com/p/CEaKt_1p8VR/). Instagram, 27/08/2020.

<sup>91</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CEkZyqgJCb0/>. Instagram, 31/08/2020.

atentar, por exemplo, às estatísticas que demonstram que as mulheres negras amamentam por menos tempo, o que, segundo informaram, irá reverberar em outras questões de saúde da população negra durante toda a vida. Ressaltaram que é importante abordar a questão da violência obstétrica e/ou racismo obstétrico durante as aulas de educação perinatal. Para alertar sobre a importância da temática contaram experiências pessoais em oficinas de consultoria em amamentação, incluindo a falta de representatividade em imagens e informações sobre a anatomia do seio. A distância e a falta de grupos de apoio também foram alguns dos assuntos tratados: uma das palestrantes contou que quando estava grávida tinha que se deslocar da Baixada Fluminense – onde mora – a Copacabana para participar dos grupos de apoio do Ishtar e ter acesso a informações sobre humanização do parto.

De modo interessante *nessa live* foi destacado que se pode considerar que mulheres negras periféricas que trabalham na região do centro ou da zonal sul da capital do Rio de Janeiro podem passar até 12 horas longe dos filhos que deveriam estar em aleitamento materno exclusivo, e ainda existem os casos das mulheres que trabalham como empregadas domésticas, que muitas vezes só voltam para suas casas nos finais de semana, o que torna muito difícil ter uma experiência de amamentação de qualidade. Portanto, as debatedoras consideram essencial a existência de rede de apoio para mulheres negras voltarem ao trabalho, assim como o acesso a informação sobre aleitamento materno. Contudo, essas profissionais entendem que ter esses dois aspectos, informação e rede de apoio, seria uma situação incomum, “quase um privilégio” se tratando de mulheres negras.

Outro assunto abordado por elas durante essa *live* foi a representatividade negra no âmbito profissional. Elas creem que existe a necessidade de lutar por representatividade negra na doulagem e consultoria de amamentação, de maneira que entendem que a internet seria uma ferramenta de facilitação para união e propagação da voz da população negra e fortalecimento do trabalho e serviços prestados por negras e para negras. Na questão do atendimento prestado, as palestrantes consideraram importante que a gestante escolha sua doula pelo critério racial, pois entendem que mulheres negras fariam a mesma “língua”. Isso se assemelha a discursos proferidos por integrantes do movimento negro, que acreditam no apoio, empatia e relação entre iguais para o fortalecimento de sua causa. Assim, uma doula branca, mesmo capacitada, comprometeria o atendimento, pois não teria a mesma identificação ou empatia que uma

doula negra. Faltaria uma conexão real que somente a possibilidade de ter vivenciado ou ser passível de vivenciar experiências iguais em razão da raça/cor proporcionaria.

Em razão disso, também acreditam que além do fortalecimento do trabalho de mulheres negras entre si, doulas brancas devem divulgar e impulsionar o trabalho de doulas negras, colaborando e fazendo a sua parte para que esse perfil de mulheres ocupe mais espaços nessa área profissional. Em seguida, citaram alguns grupos que consideram alinhados a esse ideal: o Coletivo Gesta , <sup>92</sup>que abre possibilidade de bolsa para mulheres negras na formação de doulas; o Grupo Ilê materno e o coletivo Sankofa<sup>93</sup>, voltado para mulheres negras; entre outros. Ao finalizarem suas falas, as palestrantes reiteraram que as mulheres negras e periféricas precisam ter acesso a informações de qualidade e saberem seus direitos garantidos por lei para estarem preparadas para enfrentarem o “sistema” no atendimento hospitalar. Concluíram dizendo em um visível posicionamento de união e de combate à violência obstétrica: "Estamos aqui pra incomodar e questionar, colocar o dedo na ferida!" "Juntas somos fortes! Vamos se aquilombar!" “Somos porque juntas estamos!”

Ao se pensar no modo como os núcleos periféricos foram desenvolvidos e nos discursos propagados, por exemplo, durante a *live* Amamentação e Negritude, fica implícito como os modos de viver e as demandas de mulheres brancas e/ou de classe média e alta são reproduzidos nas reuniões como um padrão, como se representassem as mulheres em geral e o treinamento que necessitam para conseguirem seu bom parto e desempenharem a maternidade de forma satisfatória. Assim o público dessa rede de apoio se restringia a esse perfil de mulheres de tal forma que, mesmo estando ciente da situação da assistência obstétrica brasileira e suas incongruências, padronizavam sua atuação como se fosse possível aplicá-la a todas as mulheres e famílias. Isso revela o caráter etnocêntrico de seu posicionamento que invisibiliza outros referenciais socioculturais de classe e raça/cor. Desse modo, desconsideravam a existência de outros perfis de mulheres, e acabavam por esquecer do próprio entendimento do movimento de humanização que visa à mudança da atenção obstétrica como um todo, alcançando todas as mulheres.

### **2.3.5 Considerações gerais a respeito dos grupos periféricos e afrocentrados**

---

<sup>92</sup> Disponível em: Instagram @coletivogesta.

<sup>93</sup> Disponível em: Instagram @sankofa.atendimentogestacional

Considerando os perfis dos grupos afrocentrados e periféricos descritos, apontou-se como uma pedagogia de parto humanizado para mulheres negras e periféricas deveria ser adaptada à realidade social e aos desafios que essas mulheres enfrentam para exercer a maternidade com dignidade, como desejam, justamente por pertencerem a esse estrato social. A pedagogia de parto humanizado nos moldes dos cursos e grupos de apoio tradicionais da área não oferece as respostas, informações ou estratégias que essas mulheres buscam e necessitam. Portanto, os convencionais atrativos e saberes da cultura de parto humanizado podem não ser bem recebidos e, caso o sejam, chegada a hora de pô-los em prática não terão tanta utilidade ou eficácia.

Conforme as informações expostas acima, pode-se apontar como esses grupos de doulas, de modo geral, parecem agir num movimento de retorno às origens africanas, indígenas, aos conhecimentos e práticas compartilhados entre mulheres, anterior ao contexto de medicalização do parto. Parecem buscar uma “descolonização” do cuidado e do autocuidado na atenção a gravidez e parto, e representatividade nas discussões sobre humanização do cuidado em saúde para uma doulagem acessível e conectada a realidade cultural e socioeconômica de suas clientes. Forja-se uma resistência ao abandono do poder público, à violência obstétrica e ao racismo institucional, estruturada pela junção de experiências de vida, valorização de saberes e práticas populares de saúde, negociação entre tradição e ciência, e pela busca de espaço para existir, para viver com qualidade de vida.

Nesse formato, a doulagem muitas vezes também representa para as doulas a possibilidade de fonte de renda através da profissionalização de um saber e prática que antes estava pautado na vida cotidiana, na tradição, e se revela uma estratégia de articulação de mulheres mães para garantirem seu sustento e o de suas famílias. Isso pode ser visto, por exemplo, com a valorização de produtoras e comerciantes locais das comunidades que moram e frequentam. Igualmente, apresentam para suas clientes/pacientes novas possibilidades de carreira profissional, estimulando a continuidade de saberes e práticas de cuidado e gerando novas doulas, como exposto por Barbosa *et al* (2018) e JUNIOR e BARROS (2016) ao abordarem motivações para seguir essa profissão ou realizar esse tipo de trabalho, percebendo o seu ofício como um “trabalho semente”. A remuneração do seu trabalho irá depender de elementos estabelecidos por contrato com suas clientes/pacientes, mas as doulas que atuam no Rio de Janeiro, por exemplo, são amparadas pela lei estadual que determina o piso salarial

no valor de R\$ 1375,01<sup>94</sup>. As doulas que atuam na perspectiva periférica e afrocentrada também costumam trabalhar de forma voluntária ou oferecer serviços e produtos com descontos ou a preços populares.

Sobre os sentidos atribuídos à humanização do parto observa-se, por exemplo, como nos núcleos periféricos do Ishtar RJ e na Coletiva Mãe na Roda parece haver mais a ideia de busca por informação para uma experiência digna no parto e para o combate à violência obstétrica, do que a preocupação em viver o parto como “experiência singular e transformadora”. Parece ser mais relevante estar de posse de informações e encontrar uma assistência obstétrica que possibilite ter um parto normal respeitoso, que entenda a gestante como uma pessoa autônoma e dotada de direitos, e que reduza a chances de sofrer qualquer tipo de violência obstétrica. Pensa-se, também, em fugir de traumas e experiências passadas emocionalmente dolorosas. Assim, essas impressões parecem convergir com os achados de Hirsch (2015) sobre motivos para buscar assistência obstétrica humanizada e sentidos atribuídos à mesma, considerando o recorte de classe social. Hirsch (2015) expõe como mulheres de camadas médias e mulheres de camadas populares no Rio de Janeiro entendem, experimentam e buscam por razões diferentes assistência obstétrica humanizada. Nesse estudo foi observado que mulheres de camadas médias possuem a crítica à medicalização excessiva e buscam por uma experiência de parto singular como questão importante para optarem e entenderem a humanização. Enquanto que, para mulheres de classes populares, a assistência humanizada é entendida como uma oportunidade de ter acesso a um serviço de saúde de qualidade, no qual seriam bem tratadas e reconhecidas como “pessoas”. Demonstra-se assim, que mesmo partindo do ponto comum de insatisfação com o modelo hegemônico de assistência obstétrica, mulheres concebem diferentemente aspectos da medicalização do parto a partir, dentre outras questões subjetivas, da posição social que ocupam. Do mesmo modo, os múltiplos sentidos atribuídos ao parto humanizado e à possibilidade de se experimentar uma assistência humanizada estão relacionados a um recorte de classe e raça/cor, como a viabilidade de se custear esse tipo de assistência obstétrica.

A ênfase nas emoções e na constante reflexão sobre o modo como se vive e sobre as relações e os laços sociais construídos na vida em comunidade parecem

---

<sup>94</sup>Em 2016, o valor estipulado por lei estadual no RJ como piso salarial era de R\$ 1.168,70. Informação disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/69d90307244602bb032567e800668618/9a8c63522249e25083257fa2006043c8?OpenDocument> . Acesso em: 10/09/2021. No entanto, em 2019 foi atualizado para o valor citado no corpo do texto. Informação disponível em: <https://doulasrj.com.br/perguntas-frequentes/> . Acesso em: 24/11/2021

herança de ideais do PSD e pós-PSD. No entanto, na maioria dos grupos periféricos e afrocentrados essa psicologização das relações inclui a família de origem e pessoas próximas da mulher grávida ou do casal grávido, mas não dispensam a mediação do especialista. Essa adaptação de concepções, além do longo caminho percorrido pelo movimento de humanização e de suas nuances de atuação, parece ser influenciada por questões como raça/cor e classe social. Ao discorrer sobre o ideário do Parto sem Dor, Salem (1983) tem como um de seus questionamentos perceber qual tipo de público, famílias, se identificariam ou estariam mais abertas, dispostas a aderir a ideologia do PSD. Entendendo e apresentando as noções que fundamentavam essa ideologia, como a família nuclearizada e a psicologização das relações, a autora considerou que esse discurso não seria muito interessante, palatável às classes populares. Sua argumentação expressa que o perfil de casal ou família que estaria mais susceptível a esse tipo de experiência seria formado por:

(...) Indivíduos que, além de professarem um maior igualitarismo entre as funções femininas e masculinas, sejam relativamente intelectualizados, afeitos a verbalização de sentimentos e emoções – ou seja, que tenham incorporado a agenda temática bem como a linguagem “psi” como parte constitutiva de seu ethos (SALEM, 1983, p.25).

Nesse sentido, a antropóloga acredita que a elite valoriza mais a expressão das emoções e subjetividade, assim como dá grande importância a biografia, a experiência pessoal, individual. Além disso, ela considera que as noções que fundamentam essa ideologia seriam direcionadas, inicialmente, as sociedades europeias, estando relacionadas à cultura anglo-saxã, que seria fundamentalmente individualista. Este fato, segundo Salem (1983) já traria descompassos para a receptividade e popularização dessas ideias no Brasil, considerando como pesquisadores entendem a sociedade brasileira como caracteristicamente hierarquizada, relacional e familista, desse modo, contrária à diferenciação e ao afrouxamento das relações do casal com a família de origem, como propõe o PSD e Pós-PSD. Esse pensamento de antemão nos dá uma pista de como funcionaria a receptividade ao parto humanizado nos grupos sociais no Brasil, lembrando-se que o movimento de humanização do parto é entendido como um desdobramento das ideologias do PSD e Pós-PSD (TORNQUIST, 2004). No entanto, é preciso considerar a ampliação do acesso à educação por mulheres pretas e pardas: “Em 2003, apenas 4,1% de mulheres negras cursaram uma universidade, já em 2010 essa proporção aumentou para 20%” (MALPIGHI *et al*, 2020). A expansão da escolarização

de mulheres negras provavelmente possibilita que elas acessem determinados grupos e espaços antes restritos, tendo contato com ideias como as que fundamentam o movimento de humanização, mas procurando fazer sua própria interpretação e adaptação. A doulagem periférica e afrocentrada mais do que uma adaptação do ideário da humanização do parto, parece um movimento social de resistência no interior de outro movimento social de resistência. A instauração e popularização da cultura de parto humanizado no Brasil nas classes trabalhadoras, ultrapassando as camadas médias, somente parece possível pela via proposta pela doulagem periférica e afrocentrada: diálogo e acolhimento as demandas das mulheres mães periféricas e/ou negras trabalhadoras, mães solo, chefes de família e donas de casa.

A respeito do uso das mídias sociais como ferramenta de exposição de ideais e serviços desses grupos de doulas, pode-se pensar em uma das postagens feitas pelo Makota terapia ancestral tendo como conteúdo um “pequeno manual antirracista para doulas”.



(Instagram @makota.terapiaancestral – junho/2020)<sup>95</sup>

Em um dos itens desse manual fala-se sobre o alcance do que é divulgado pela internet: “vá aos postos de saúde ou divulgue as vagas voluntárias voltadas para mulheres negras e periféricas nos locais em que elas acessam. Posts incríveis no Instagram não chegam

<sup>95</sup>Postagem da página Makota terapia ancestral no Instagram. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CBRwUTlnK71/>. Instagram, 10/06/2020.

até elas"<sup>96</sup>. Assim, nesse contexto, o uso das mídias sociais representa uma parcela da divulgação do trabalho desenvolvido. Não é e não deve ser o seu principal campo de atuação. Desse modo, também se entende que o uso do Instagram como plataforma de divulgação desses grupos pode ser uma forma de demonstrar aos interessados pela temática da humanização do parto que um espaço está sendo ocupado, que existe um público a ser alcançado, e que esse trabalho voltado ao público periférico e negro está sendo feito, principalmente fora do ambiente virtual – pelo menos, estava sendo feito antes do contexto pandemia –. Soma-se a isso a ideia de que é preciso impulsionar, engajar a atuação de doulas negras e periféricas e seus ideais, torná-las relevantes também nas redes sociais, como acontece com outras doulas que possuem páginas com maiores números de seguidores, comentários e *likes*.

A respeito da dinâmica observada nas páginas online pode-se apontar que em um contexto cultural onde seguidores, *likes* e comentários em redes sociais medem a relevância do conteúdo que se produz e se divulga, e atestam a qualidade do trabalho dos profissionais, possuir contas com números impactantes em mídias sociais se torna muito importante, e quase um validador do trabalho desempenhado. Não ter uma página oficial nas redes sociais ou ter poucas curtidas e poucos seguidores pode significar que o seu trabalho é desempenhado de forma ruim, ou que há uma má gestão da sua carreira. Portanto, mesmo que a força da sua atuação profissional esteja nos espaços físicos, as mídias sociais são uma vitrine, e também podem atestar o impacto social do seu trabalho. Estar presente nelas significa demarcar um espaço e se fazer relevante num contexto mais amplo – virtual e físico –. De outro modo, é uma oportunidade de acesso a suas informações por pessoas que possuem esse privilégio de estarem conectadas online. De maneira importante, também figura como uma alternativa ao distanciamento social imposto pelo Covid-19, aproximando e possibilitando a conexão com quem está espacialmente distante e com quem muitas vezes não conseguiria participar das reuniões e oficinas terapêuticas caso as mesmas fossem realizadas em espaços físicos. Por fim, é uma maneira de se fazer ser notado no movimento social de humanização do parto e de “tornar-se parte” do mesmo, que tem em sua origem uma expressiva atuação online.

O resgate de tradições parece ser a chave para o bem gestar e parir, segundo as adeptas do parto humanizado. Nesse contexto tem surgido perspectivas como a da doulagem periférica e afrocentrada com a prestação de serviços direcionados a melhor

---

<sup>96</sup>Trecho retirado da postagem da página Makota terapia ancestral no Instagram. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CBRwUTlnK71/>>. Instagram, 10/06/2020.

acolher um público/clientela específica. Pode-se dizer que as noções que fundamentam esses grupos acionam tradições populares de cura, visando se aproximar da composição holista das sociedades tradicionais, como a do homem (ser humano) africano tradicional (LE BRETON, 2011) que está conectado e diluído no cosmos, na natureza e na comunidade, participando da linhagem de seus ancestrais e de todo o universo ecológico, resultando disso a sua existência e qualquer aspecto dela, seja o viver, o curar-se, o tratar-se ou o morrer. Os nomes da maioria dos grupos fazem referência à espiritualidade e à religiosidade como elementos importantes para a manutenção da saúde, resgate de autoestima e empoderamento: Ilê significa casa na língua iorubá, é uma palavra usada para denominar o terreiro de candomblé; Makota é um título ou função de conselheira desempenhada por mulheres no candomblé; e Ishtar é uma deusa acadêmica ligada à sexualidade e à fertilidade. Eles também localizam as mulheres como figuras que assumem postos de autoridade e sabedoria para a manutenção e (re)organização do sagrado no cotidiano, entendendo a função de cuidar, assim como a de gestar e parir, como uma posição de resistência e de poder. Também apontam uma ligação a concepções de espiritualidade da Nova Era. Tornquist (2004) observou que na Rehuna, pensando em suas vertentes biomédica e alternativa, havia uma relação entre adeptos da ciência e da Nova Era. A aproximação a valores de religiões de matriz africana também pode ser vista como ferramenta de visibilidade dessas religiões e enfrentamento à intolerância religiosa. Do mesmo modo, o fato de reconhecer diferentes tipos de conhecimento – como a MBE, as PICs e saberes populares – e, em equilíbrio e sem comprometer sua autonomia, adicioná-los em suas práticas de doulagem, poderia ser enquadrado numa tentativa ou forma da proposta de ecologia de saberes de Boaventura de Souza Santos (2007). Nessa proposta o conhecimento científico não deixaria de ter o seu valor, mas não seria a única forma de conceber o mundo.

Em muitas áreas da vida social a ciência moderna tem demonstrado uma indiscutível superioridade em relação a outras formas de conhecimento, mas há outros modos de intervenção no real que hoje nos são valiosos e para os quais a ciência moderna em nada contribuiu. É o caso, por exemplo, da preservação da biodiversidade possibilitada por formas de conhecimento camponesas e indígenas, que se encontram ameaçadas justamente pela crescente intervenção da ciência moderna. E não deveria nos impressionar a riqueza dos conhecimentos que lograram preservar modos de vida, universos simbólicos e informações vitais para a sobrevivência em ambientes hostis com base exclusivamente na tradição oral? Dirá algo sobre a ciência o fato de que por intermédio dela isso nunca teria sido possível? (SANTOS, 2007, p.88)

Nesse sentido, a consideração e a combinação de diferentes saberes possibilitaria o desenvolvimento de mais respostas, mais formas de agir no mundo. Na ecologia de saberes, uma forma de fazer ciência estaria no diálogo e na interação entre saber científico e outros saberes e práticas populares, não científicas e não-ocidentais. Dessa forma, admite-se que “conhecimento é interconhecimento” (SANTOS, 2007, p.85).

É importante citar, como abordado no capítulo anterior, como a doulagem, mediante os aspectos ritualísticos da pedagogia de parto utilizada, molda a experiência – e os sujeitos – de gravidez e maternidade. A partir da abordagem de Van Gennep (1977) e Turner (2005) a respeito dos ritos de passagem, percebe-se como nesses achados etnográficos a gravidez é reforçada como um tipo de transição, um estágio intermediário onde alguns valores são incutidos e visa-se adaptar as gestantes e suas famílias às novas configurações sociais no sistema social ao qual fazem parte. Assim, acredita-se e se confia no poder do ritual para equilíbrio e preservação do mundo social.

Observações sobre o desenvolvimento da Obstetrícia e da existência de diferentes modelos de assistência obstétrica nos permitem refletir sobre como cada sociedade confere singular sentido e valor ao corpo a partir da sua respectiva visão de mundo. Como já abordado, nas sociedades modernas ocidentais, diferente do que acontece nas sociedades tradicionais, o corpo se distingue da pessoa, do sujeito. Le Breton (2011) ressalta que essa noção singular de pessoa em que consiste o indivíduo é uma tendência recente mesmo no ocidente. O individualismo possui um curso diferenciado em diversos grupos sociais, de modo que a dimensão comunitária não desapareceu por completo em algumas regiões. E é possível observar a sobrevivência da dimensão comunitária com as concepções populares e tradicionais de corpo, cura e saúde e pela desconfiança dos métodos aplicados pela medicina de cunho individualista. Também pode-se compreender, por exemplo, a existência de conflitos e resistências individuais e coletivas ao histórico processo de medicalização e hospitalização do parto e ao atual processo de biomedicalização do parto. A doulagem periférica e afrocentrada apresenta-se como uma estratégia de luta, de resistência ou descolonização dos corpos femininos pretos, que foram duplamente submetidos à domesticação e ao controle na formação da ciência sexual e do biopoder. Nesse sentido, a instituição da medicina ocidental moderna, como parte de um projeto de civilização e modernização (FOUCAULT, 1988), tem como característica importante o combate às redes de saberes e práticas populares de tratamento e cura, possuindo contornos colonialistas:

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.(PIMENTEL *et al*, 2014, p.167)

Em crítica às principais características da biomedicina, o movimento de humanização do parto em suas diversas nuances, como a doulagem periférica e afrocentrada, propõe a valorização de outros conhecimentos e técnicas que não estão assentados, por exemplo, unicamente, na visão das ciências naturais, na medicina intervencionista, e na confiança excessiva na técnica e na tecnologia. Nesse movimento, como já abordado, procura-se estabelecer um equilíbrio entre a MBE e outras práticas de saúde (PIMENTEL *et al*, 2014), além de se promover outras noções de corpo e sujeito que se opõem a concepção fragmentada característica das sociedades modernas ocidentais. Dessa forma, pode-se ver seu caráter ou busca por uma descolonização de práticas e saberes em saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Ginecologia e a Obstetrícia se tornaram fatores relevantes na forma como as mulheres entendem e se relacionam com seus corpos e conseqüentemente com a sociedade. A breve revisão da história dessas ciências aqui descrita apontou como a desigualdade no tratamento dispensando às mulheres se dá desde a instituição da Maternidade (hospitalização do parto) e é parte integrante do desenvolvimento dessas especialidades médicas. Essa disparidade e assimetria como essência colabora para o atual momento de violência obstétrica, termo cunhado pelo movimento de mulheres mães que reflete o nível de sua insatisfação com a atenção obstétrica brasileira. Por si só, os números e dados alarmantes revelados nas pesquisas sobre atendimento médico às gestantes causam indignação. Daí ser indispensável compreender como essa chocante realidade se estabelece impactando negativamente a vida de milhares de mulheres brasileiras, e conseqüentemente, de suas famílias.

O movimento pela humanização do parto acaba por trazer ao campo da Obstetrícia novas tensões e disputas nas práticas e nos saberes que o formam, proporcionando reflexões a respeito de que tipo de noções filosóficas e científicas baseiam e instituem o saber e o fazer médico nessa especialidade médica. Contudo, é importante observar que mesmo o movimento tendo atuação positiva no que se refere à defesa de direitos sexuais e reprodutivos, também possui em suas bases questões que devem ser problematizadas, como por exemplo, as referências feitas a um modelo ideal para se parir, que reconhece o corpo feminino como um corpo preparado para parir, além de perpetuar a reprodução do ideário do instinto materno (TORNQUIST, 2002). A pesquisa nas redes sociais me permitiu visualizar como grupos de ativistas, profissionais e adeptos da humanização usam o ciberespaço para oferecer seus serviços, se relacionar e se comunicar com as mulheres transmitindo sua mensagem e pedagogia de parto (TORNQUIST, 2002). Busca-se construir um espaço virtual no qual as mulheres possam expressar seus anseios, angústias e dúvidas em relação ao parto e maternidade, e serem orientadas a partir de concepções que baseiam o ideário da humanização do parto. Conforme observado no perfil *O Renascimento* na rede social Instagram, o modo como abordam a defesa à liberdade de escolha e a “escolha informada” expõe contradições. As seguidoras que têm preferência pela cesariana usam o mesmo argumento de que

foram informadas e exerceram seu direito à escolha, fazendo o que julgam melhor para si mesmas e seus bebês. Na referida página também se promovem discussões sobre a romantização da maternidade, ao mesmo tempo que, conforme os achados etnográficos, as adeptas e ativistas da humanização mobilizam concepções de corpo e sujeito que localizam as mulheres como seres empoderados pelas capacidades de seu corpo para gestarem, parirem e exercerem a maternidade de forma positiva, necessitando apenas da condução, da orientação fornecida pela pedagogia de parto humanizado.

A respeito do movimento pelo parto humanizado, também é preciso destacar que, como sua atuação de resistência ao modelo hegemônico de assistência obstétrica parte de setores sociais (classe média e elite) que estão em vantagem em relação a outros, concentra visões, concepções de mundo e demandas de uma pequena parcela da população, e tem dificuldade em se "infiltrar" em outras camadas sociais. Nesse sentido, é preciso estar atento a que perfil de mulheres essas noções de humanização costumam ser direcionadas e por quem são mais aceitas, tendo-se em vista que seus ideais, que por vezes tendem a padronizar mulheres e suas experiências de parto, são assimilados por diretrizes do Ministério da Saúde e no debate político ou público. Por outro lado, as adaptações e a reelaboração de saberes e práticas apoiadas no seu ideário visam ampliar o acesso e as colocar em prática. Essas adaptações valorizam conhecimentos e práticas populares de tratamento e cura, assemelhando-se ao trabalho realizado por parteiras tradicionais. Tentam estabelecer formas de cuidar e promover saúde que utilizem saberes e práticas que fazem parte do cotidiano das mulheres, que foram transmitidas por gerações, e estão de sua posse, de modo que elas sejam acessíveis, e deem conta de lidar com a realidade sociocultural em que estão inseridas. Para isso, também se atem ao ideal do parto humanizado de legitimação de práticas via ciência, mas procuram fazer uma junção e colaboração entre ciência e tradição.

Le Breton (2011) entende que o mal-estar atual da medicina se dá pela sua desconsideração de elementos antropológicos, pela falta de entendimento do ser humano como um ser de relação e de símbolo, e do corpo para além de sua constituição biológica, da importância da sua construção social e cultural. Talvez uma das respostas da população a esse aspecto técnico excessivo da prática médica, da "desumanização" do corpo, seja a crescente busca por diferentes assistências obstétricas e novas formas de parir apoiadas pelas doulas. O parto humanizado é o principal exemplo da procura por uma assistência obstétrica entendida por seus adeptos como menos medicalizada,

mais “natural”, ou até como uma “boa assistência”. Talvez o surgimento de movimentos sociais, como o do Parto Humanizado, sinalize novas etapas ou nuances do individualismo e sua relação com concepções sobre o corpo na sociedade moderna.

A doulagem em perspectiva afrocentrada e periférica parece, essencialmente, uma estratégia de acolhimento dos “seus”, do ato de aquilombar-se, como foi mencionado em um dos discursos. Todos os grupos de doulas referenciados promovem, em diferentes graus, uma descolonização do cuidado em níveis culturais, sociais e econômicos, desejando-se alcançar uma mudança estrutural. Por quem é doulado, é a procura pela garantia de segurança e de se ver nos olhos de quem o cuida, apostando na conexão e no afeto dos iguais para uma experiência positiva de gravidez e de parto. Nesse sentido, pode-se entendê-la também como uma potente ferramenta de combate à violência obstétrica. Por normalmente não haver esse acolhimento às suas demandas, a solução parece ser formar uma assistência organizada por mulheres negras e/ou pobres para mulheres negras e/ou pobres e suas famílias. Se o que se pretende é uma transformação de todo o modelo hegemônico de atenção obstétrica brasileiro, se faz necessário que o movimento de humanização coloque no centro de suas discussões os problemas enfrentados por essas mulheres, que mulheres negras e periféricas estejam presentes na tomada de decisões, no corpo profissional, nas imagens dos cartazes de divulgação, no conteúdo das rodas de conversa etc., que cada vez mais se torne comum a presença dessas mulheres nesses espaços, e não como vítimas, mas como agentes e líderes de transformação social.

Essa busca por “voz” e “espaço” é uma continuidade da luta contra violência obstétrica. Após conhecerem e se associarem ao movimento pela humanização do parto, o próximo passo parece ser encontrar ou mesmo produzir um espaço nesse movimento que melhor as acolha e que faça sentido às suas experiências de vida, às suas aspirações de bem-estar, saúde e espiritualidade. Daí a bricolagem<sup>97</sup> de outros saberes e práticas visando atender suas próprias necessidades e fortalecer sua atuação e ocupação no movimento.

---

<sup>97</sup> “Oriundo do francês, o termo bricolage significa um trabalho manual feito de improviso e que aproveita materiais diferentes. Na apropriação realizada por Lévi-Strauss (1976), o conceito de bricolagem foi definido como um método de expressão através da seleção e síntese de componentes selecionados de uma cultura. Por sua vez, relendo o trabalho do antropólogo, Derrida (1971) ressignificou o termo no âmbito da teoria literária, adotando-o como sinônimo de colagem de textos numa dada obra. Finalmente, De Certeau (1994) utilizou a noção de bricolagem para representar a união de vários elementos culturais que resultam em algo novo” (NEIRA e LIPPI, 2012, p.610).

Assim como as doulas buscam ocupar as brechas deixadas pelos profissionais que formam a equipe médica no ambiente hospitalar, elas também parecem buscar ocupar as lacunas não preenchidas pelo movimento de humanização, como a aproximação a mulheres de classes populares. Como observado, a atuação da Adoulasrj, por exemplo, coloca mulheres de diferentes classes sociais, raça/cor e níveis de escolaridade no centro de discussões sobre políticas públicas em saúde e direitos reprodutivos para mulheres, não só como maiores vítimas de violência obstétrica, mas também como agentes de transformação social. Esse perfil de atuação acaba por expor embates e tensões, internas e externas, ao movimento pelo parto humanizado e ao modelo hegemônico de assistência obstétrica, favorecendo a possibilidade de se pensar mudanças para a transformação do cenário de atenção obstétrica brasileiro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALZUGUIR, Fernanda Vecchi; NUCCI, Marina. Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. **Mediações – Revista de Ciências Sociais**, Dossiê Tecnociência, Corpos, Gênero e Sexualidade. v. 20; n. 1; p. 217-238, 2015.
- BARBOSA, Murillo Bruno Braz; HERCULANO, Thuany Bento; BRILHANTE, Marita de Almeida Assis; SAMPAIO, Juliana. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 420-429, abr./jun. 2018.
- BORGES, Isabel *et al.* Os desafios dos homens transgêneros no planejamento familiar. **Revista Educação em Saúde**. v.7, p.262-273, 2019.
- CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. A biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 15, n. suppl, pp. 177-201, 2005.
- CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**. 2011. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Campinas.
- CARRERA, Fernanda. Instagram no Facebook: uma reflexão sobre ethos, consumo e construção de subjetividade em sites de redes sociais. **Animus – Revista Interamericana de Comunicação Midiática**. Santa Maria, v.11, n.22, p. 148-165. 2012.
- CHAZAN, Lilian Krakowski; FARO, Livi F.T. “Exame bento” ou “foto do bebê”? Biomedicalização e estratificação nos usos do ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro. **Hist. cienc. Saúde -Manguinhos**, v. 23, n.1, p.57-78, mar. 2016.
- CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v.10, n.1, p.171-188, 2002.
- DA MATTA, Roberto. Digressão: a fábula das três raças, ou o problema do racismo à brasileira”. In: **Relativizando: uma introdução à antropologia social**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.
- DAVIS, Dána-Ain. Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. **Medical Anthropology**, v.38, n.7, p.560-573. Out., 2018.
- DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.
- DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. Lisboa: Edições 70. Purity and Danger, 1966.
- DUARTE, Camila Nogueira Bonfim; SOUZA, Luiz Gustavo Silva. Processos identitários de um grupo de doulas: Atitudes sobre gestantes e médicos. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 23, n. 4, p. 653-665, out./dez. 2018.
- FONSECA, I; FREITAS, R; RIL, S. Movimento de doulas no Brasil: trajetória das atrizes na construção de uma cultura de não violência obstétrica. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women’s Worlds Congress** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017.

- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1988
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 1: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- FREIRE, Martha Luna. A puericultura em revista. **Physis**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.973-993, 2014.
- FREIRE, Martha Luna; BONAN, Claudia e NAKANO, Andreza Rodrigues. Medicalização da gestação e do parto nas páginas da revista Claudia, 1961-1990. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**. v.25, n.4, p. 959-977, 2018.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. Pesquisa de opinião; 2010.
- GEERTZ, Clifford. **O impacto do conceito de cultura sobre o conceito de homem. A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- HERCULANO, Thuany Bento; SAMPAIO, Juliana Sampaio; BRILHANTE, Marita de Almeida Assis; BARBOSA, Murillo Bruno Braz. Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 702-713, jul-set 2018.
- HERVIEU-LÉGER, Danièle. **O peregrino e o convertido: a religião em movimento**. Petrópolis: Vozes, 2015.
- HIRSCH, Olivia Nogueira. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. Dossiê: Partos, maternidades e políticas do corpo. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 229-249, abr.-jun. 2015.
- JUNIOR, Antônio Rodrigues Ferreira; BARROS, Nelson Filice de. Motivos para atuação e formação profissional: percepção de doulas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n. 4, p. 1395-1407, 2016.
- KONDO, Cristiane Yukiko (Coord.). **Cartilha Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher: Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica**. 1.ed. São Paulo: Parto do Princípio; Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014. Disponível em: <[https://e6ea6662-6ead-4c70-8dcb-5789fbe8c1b9.filesusr.com/ugd/2a51ae\\_a3a1de1e478b4a8c8127273673074191.pdf](https://e6ea6662-6ead-4c70-8dcb-5789fbe8c1b9.filesusr.com/ugd/2a51ae_a3a1de1e478b4a8c8127273673074191.pdf)>. Acesso em: 13/08/2021.
- LEÃO, MRC; BASTOS, MAR. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.9, n.3, p.90-94, 2001.
- LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. (Coord.). **Sumário executivo temático da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 06/01/2019.
- LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.33, n. suppl 1, 2017.
- LE BRETON, David. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MALPIGHI, Vanessa Cristina da Silva et al. Negritude feminina no Brasil: uma análise com foco na educação superior e nos quadros executivos empresariais. **Rev. psicol. polít.** São Paulo, v. 20, n. 48, p. 325-338, ago. 2020.

MARQUES, SB. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário.** v.9, n.1, p. 97-119, jan./mar. 2020.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006, 384p.

MARTINS, Ana Paula Vosne. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas,** Florianópolis, v.13, n.3, p.645-665, set./dez. 2005.

MATTAR, L.D.; DINIZ, C.S.G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. Interface **COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO.** v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012

MAUSS, Marcel. **As técnicas do corpo. In: Sociologia e antropologia.** São Paulo: COSAC NAIFY, 2003.

MELO, Bernardo Dolabella; BETTIOL, Célia Aparecida; SILVA, Iolete Ribeiro da; SOUZA, Michele Souza e; FERREIRA, Luciane Ouriques; (MACUXI), Glycya Ribeiro de Almeida; (TEMBÉ), Miriam Dantas de Almeida. **Bem-viver: saúde mental indígena. Módulo 2 – Atenção a crianças, jovens e adultos.** Projeto PIACC. ILMD, Fiocruz Amazônia. 2021. Disponível em: <<https://wakelet.com/wake/j7DxNpRgdGvrkC5ddgiB0>>. Acesso em: 17/03/2021.

MIRANDA, Tatiana Assunção. **"Ciência", "Natureza" e a normatização institucional do Parto.** 2012. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital - 1830-1960. **Projeto História.** São Paulo, v.25, jul./dez. 2002.

NEIRA, Marcos Garcia e LIPPI, Bruno Gonçalves. Tecendo a colcha de retalhos: a bricolagem como alternativa para a pesquisa educacional. **Educação & Realidade.** v. 37, n. 2, pp. 607-625, 2012.

(OMS) Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra: OMS; 2014.

PIMENTEL, Camila et al. Autonomia, risco e sexualidade: a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. **REALIS,** v. 4, n. 1, p. 166-185, jan./jun. 2014.

PLATAFORMA DE CAIRO. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.** Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 04/03/2022.

PORTELA, Jaqueline Cardoso. “Não me obriguem a um parto normal”: concepções de corpo e direito de escolha de mulheres gestantes que optam pela cesárea eletiva. **Trabalho apresentado na 30ª Reunião Brasileira de Antropologia,** João Pessoa/PB, 2016.

PULHEZ, MM. A violência obstétrica e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: **Anais do 10o Seminário Internacional Fazendo Gênero**; 2013; Florianópolis, SC. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.

RABINOW, Paul. **Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biossocialidade. Cortando os laços: fragmentação e dignidade na modernidade tardia**. In: Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1999.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença: Sexo, Contraceção e Natalidade na Medicina da Mulher**. 2000. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social - Museu Nacional - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SALEM, Tania. O ideário do parto sem dor: uma leitura antropológica. **Boletim do Museu Nacional**, n.40, p.1-27. 1983. Antropologia Social - Museu Nacional - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SAMPAIO, Juliana; TAVARES, Tatiana Lopes de Albuquerque; HERCULANO, Thuany Bento. “Um corte na alma: como parturientes e doulas significam a violência obstétrica que experienciam”. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 27, n. 3, 2019.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos estudos CEBRAP**. n.79, p.71-94, 2007

SANTOS, Denise da Silva; NUNES, Isa Maria. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.13, n.3, p.582-588, 2009.

SENA, L.M.; TESSER, C.D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface (Botucatu)**. v.21, n.60, p.209-220, 2017.

SILVA, Raimunda Magalhães; BARROS, Nelson Filice de; JORGE, Herla Maria Furtado; MELO, Laura Pinto Torres de; JUNIOR, Antonio Rodrigues Ferreira. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, 2010.

SILVA, Raimunda Magalhaes da; JORGE, Herla Maria Furtado; MATSUE, Regina Yoshie; JUNIOR, Antonio Rodrigues Ferreira; BARROS, Nelson Filice de. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saúde Soc**. São Paulo, v.25, n.1, p.108-120, 2016.

SIMAS, Raquel. **Doulas e o movimento pela humanização do parto – poder, gênero e a retórica do controle das emoções**. 2016. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Antropologia.

SOUZA, Karla Romana Ferreira de; DIAS, Maria Djair. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. **Acta Paul Enferm**. v.23, n.4, p. 493-499, 2010.

SOUZA, Juliana Borges de. **Entre os conflitos e impasses do “parto humanizado”: uma etnografia na casa de parto David Capistrano Filho**. 2018. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

TEMPESTA, Giovana Acacia. “Mulheres sabem parir, bebês sabem nascer”. As doulas e o movimento de humanização do parto no Brasil. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women’s Worlds Congress** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017.

TEMPESTA, Giovana Acacia. Posicionar-se para perceber o mistério do parto. Reflexões localizadas sobre a tecnologia leve empregada pelas doulas. **Trabalhos Completos Apresentados nos Seminários Temáticos da VII Reunião de Antropologia da Ciência e Tecnologia**. v.4, n.4, 2019.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no Ideário da Humanização do Parto. **Estudos Feministas**, v.10, n.2, p. 483-492, 2002.

TORNQUIST, Carmen Susana. Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd. **Revista Estudos Feministas**. v. 10, n. 2, pp. 389-397, 2002.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Parto e Poder: O Movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TURNER, Victor. **Floresta de símbolos: aspectos do ritual Ndembu**. Niterói: EDUFF, 2005.

VAN GENNEP, A. **Os ritos de passagem**. Petrópolis: Vozes, 1977. (2.ed. 2011)

WINOCUR, Rosalía. Los diversos digitales y mediáticos que nos habitan cotidianamente. In: Hegemonía cultural y políticas de la diferencia. Buenos Aires: CLACSO, 2013.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**. v.29, jul. 2017.

ZORZANELLI, R; ORTEGA, F; BEZERRA JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p.1859-1868, 2014.

#### **Sites citados e acessados**

@adoulasrj. “Conheça melhor o nosso projeto acolher gestante”. Instagram, 23/10/2020. Disponível em: < <https://www.instagram.com/p/CGrhfmLJran/>>. Acesso em: 04/03/2022

@adoulasrj. “Resistência, ancestralidade, resiliência, força e muito amor. Doulas negras, aqui estamos”. Instagram, 25/07/2020. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CDFHgArJubQ/> . Acesso em: 16/09/2020.

@adoulasrj. “Semana da Visibilidade da Mulher Negra”. Instagram, 23/07/2020. Disponível em: <[https://www.instagram.com/p/CC\\_Phetpkjy/](https://www.instagram.com/p/CC_Phetpkjy/)>. Acesso em: 16/09/2020

@adoulasrj. Resposta da Adoulasrj a matéria do jornal O Globo “Coronavírus impõe distância a pai, avós e doulas, e grávidas temem um parto solitário”. Instagram, 29/03/2020. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/B-U-NOzpDk/>>. Acesso em: 29/03/2020.

@coletivogesta. Página oficial na rede social Instagram. Disponível em: <https://www.instagram.com/coletivogesta/>. Acesso em: 04/03/2022.

@ile\_materno. “Àsàrò (meditação em yoruba)”. Instagram, 21/01/2020. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/B7IBPTtHAeL/>. Acesso em: 25/08/2021.

@ile\_materno. “Ciclos da gestação”. Instagram, 07/09/2020. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CE2qRnmpI8P/>. Acesso em: 25/08/2021.

@ile\_materno. “Cuidados terapêuticos na gestação e pós-parto”. Instagram, 07/10/2019. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/B3Vv0gMJVE3/>. Acesso em: 25/08/2021.

@ile\_materno. “Mulher preta parindo com dignidade, crianças nascendo com respeito e pais pretos presente, a família preta resiste”. Instagram, 06/01/2020. Disponível em: [https://www.instagram.com/p/B6\\_BmsQJY3q/](https://www.instagram.com/p/B6_BmsQJY3q/). Acesso em: 25/08/2021.

@ishtar\_rj. “Amamentação e negritude”. Instagram, 27/08/2020. Disponível em: [https://www.instagram.com/p/CEaKt\\_lp8VR/](https://www.instagram.com/p/CEaKt_lp8VR/). Acesso em: 16/09/2020.

@ishtar\_rj. “Ginecologia natural”. Instagram, 21/10/2020. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CGnBFZGp5Cx/>>. Acesso em: 25/08/2021.

@ishtar\_rj. “Live - Amamentação e negritude”. Instagram, 31/08/2020. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CEkZyqgJCb0/>. Acesso em: 31/08/2020.

@ishtar\_rj. “Terapias alternativas na gestação”. Instagram, 04/06/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CPtGtwIppq5b/>. Acesso em: 25/08/2021.

@mãenarodavaiemtodolugar. “Grupo gratuito informação é tudo”. Instagram, 28/03/2020. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/B-SUekHH20X/>. Acesso em: 24/08/2021.

@maenarodavaiemtodolugar. “Live Mãe na Roda unindo saberes e evidências em um pré-natal terapêutico”. Instagram, 06/07/2020. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CCTvoe3nS-5/>. Acesso em: 24/08/2021.

@makota.terapiaancestral. “Dos pequenos encontros surgiram uma direção”. Instagram, 18/11/2019. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/B5B0dKVH4qa>. Acesso em: 24/08/2021.

@makota.terapiaancestral. “Nós somos a realização das nossas mais velhas e honramos nossas ancestrais (...)”. Instagram, 14/03/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CMaNC5wnx3p/>. Acesso em: 24/08/2021.

@makota.terapiaancestral. “Repost - Pequeno manual antirracista para doulas”. Instagram, 10/06/2020. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CBRwUTlnK71/>. Acesso em: 24/08/2021.

@melania44. Observações sobre aglomerações de profissionais humanizados na cena de parto em tempos de COVID-19. Instagram, 15/06/2020. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CBEGKfsHEwb/>. Acesso em: 15/06/2020

@orenascimento\_. “Abra seu coração para a informação. A porta só se abre por dentro”. Instagram, 23/02/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CLpI-gFHkSf/>. Acesso em: 31/07/2021.

@orenascimento\_. “Como escolher a doula ideal para o seu parto”. Instagram, 29/08/2020. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CEe9XHDnbVK/>. Acesso em: 04/03/2022

@orenascimento\_. “Eu também tinha medo do parto normal”. Instagram, 24/02/2021. Disponível em: [https://www.instagram.com/p/CLr\\_IufH\\_en/](https://www.instagram.com/p/CLr_IufH_en/). Acesso em: 31/07/2021.

@orenascimento\_. “Imagine que você está escalando uma grande montanha...”. Instagram, 25/01/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CKeBhH1nhig/>. Acesso em: 04/03/2022.

@orenascimento\_. “Mães perfeitas não são reais. Mães reais não são perfeitas”. Instagram, 30/06/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CQw2noSHywi/>. Acesso em: 08/10/2021.

@orenascimento\_. “Não é sobre parto, é sobre força”. Instagram, 01/01/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CJgkxB9noep/>. Acesso em: 04/03/2022

@orenascimento\_. “O leite materno nunca vira só água”. Instagram, 07/06/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CP1XZ4Tn6Nn/>. Acesso em: 08/10/2021

@orenascimento\_. “O parto é para corpos parturientes”. Instagram, 07/07/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CRCTHkmHPX3/>. Acesso em: 08/10/2021

@orenascimento\_. “O puerpério é solitário...”. Instagram, 28/06/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CQrtKfBBArM/>. Acesso em: 08/10/2021.

@orenascimento\_. “O que eu digo, o que as pessoas entendem”. Instagram, 26/03/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CM5A8EYnm9l/>. Acesso em: 31/07/2021

@orenascimento\_. “Olhe no espelho e diga adeus a essa mulher”. Instagram, 22/05/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CPL7bFpHyV6/>. Acesso: 04/03/2022.

@orenascimento\_. “Parir além de irreversível é...”. Instagram, 22/02/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CKXF6MmnY-m/>. Acesso em: 04/03/2022

@orenascimento\_. “Parto não é só mecanismo”. Instagram, 12/04/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CNIZpUan7Vr/>. Acesso em: 04/03/2022

@orenascimento\_. “Parto normal”. Instagram, 30/04/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/COSd5-AnoU4/>. Acesso em: 08/10/2021.

@orenascimento\_. “Pix do recém-nascido”. Instagram, 26/06/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CQIkOFhH2hQ/>. Acesso em: 08/10/2021.

@orenascimento\_. “Querido corpo”. Instagram, 01/02/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CKwpZJnn8x3/>. Acesso em: 31/07/2021.

@orenascimento\_. “Seu corpo, seu templo, seu tempo”. Instagram, 15/06/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CQJRVpyHcZm/>. Acesso em: 31/07/2021.

@orenascimento\_. “uma mulher gestando é sagrada(...)”. Instagram, 13/02/2021. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CLPySUIInEF5/>>. Acesso em: 04/03/2022.

@orenascimento\_. “Você estava preparada para as contrações, mas alguém havia lhe contado sobre a expansão?”. Instagram, 11/04/2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CNijSC1HY1D/>. Acesso em: 04/03/2022.

@orenascimento\_. Pagina oficial no Instagram. Disponível em: <https://www.instagram.com/orenascimento/>. Acesso em: 04/03/2022.

@sankofa.atendimentogestacional. Página oficial no Instagram. Disponível em: <https://www.instagram.com/sankofa.atendimentogestacional/>. Acesso em: 04/03/2022.

@terapretas. Pagina oficial no Instagram. Disponível em: <https://www.instagram.com/terapretas/>. Acesso em: 04/03/2022.

ADOULASRJ. Resultados da pesquisa de opinião “Racismo entre nós”. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1DV3JY-0hLXDUfTSPQ\\_1W3zbVg87HwD9g/view?fbclid=IwAR3mL2WwtOnApBGfT1aZ\\_2MorrWqwi3rzqdK20L4YI-7F8j2fd-1tD-QG8Q](https://drive.google.com/file/d/1DV3JY-0hLXDUfTSPQ_1W3zbVg87HwD9g/view?fbclid=IwAR3mL2WwtOnApBGfT1aZ_2MorrWqwi3rzqdK20L4YI-7F8j2fd-1tD-QG8Q). Acesso em: 24/08/2021

ADOULASRJ. Site oficial. O que é uma doula. Disponível em: <https://doulasrj.com.br/o-que-e-uma-doula/>. Acesso em: 19/05/2020.

ADOULASRJ. Site oficial. Disponível em: <https://doulasrj.com.br/>. Acesso em: 16/01/2019

ADOULASRJ. Site oficial. Lista de doulas. Disponível em: <https://doulasrj.com.br/lista-de-doulas/>. Acesso em: 04/03/2022.

ADOULASRJ. Site oficial. Quanto custa uma doula? Disponível em: <https://doulasrj.com.br/perguntas-frequentes/>. Acesso em: 24/11/2021.

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. “Debatedoras cobram uso do termo violência obstétrica pelo Ministério da Saúde”. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/561395-debatedoras-cobram-uso-do-termo-violencia-obstetrica-pelo-ministerio-da-saude/> Acesso em: 19/06/2020.

AMIGAS DO PARTO. Site oficial. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/>. Acesso em: 18/07/2019.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 08 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/111108.htm). Acesso em: 04/03/2022.

Classificação brasileira de ocupações. Categoria 3221 - Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas. Descrição sumária. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/saibaMais.jsf>>. Acesso: 04/09/2020.

DOMINGUES, Filipe. Ministério diz que termo 'violência obstétrica' é 'inadequado' e deixará de ser usado pelo governo. G1 – Portal de notícias da Globo, 07 de maio de 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e->

[saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml](https://g1.globo.com/saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml) . Acesso em: 19/06/2020.

DONA International History. Página oficial do DONA International. Disponível em: <https://www.dona.org/the-dona-advantage/about/history/> Acesso em: 04/03/2022

GLOBO.COM. “Brasil é recordista mundial em cesáreas”. 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2015/10/brasil-e-recordista-mundial-em-cesareas.html>> Acesso em: 07/12/2015

GLOBO.COM. “Ministério diz que termo 'violência obstétrica' é 'inadequado' e deixará de ser usado pelo governo”. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml> Acesso em: 19/06/2020.

HAJE, Lara. Debatedoras cobram uso do termo violência obstétrica pelo Ministério da Saúde. Agência Câmara de Notícias, 02 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/561395-debatedoras-cobram-uso-do-termo-violencia-obstetrica-pelo-ministerio-da-saude/> . Acesso em: 19/06/2020.

INSTITUTO AURORA. Site oficial. Disponível em: <http://www.institutoaurora.com.br/>. Acesso em: 18/07/2019.

ISHTAR RJ. Página oficial na rede social Facebook. Disponível em: <https://www.facebook.com/ishtar/rj/>. Acesso em: 18/07/2019.

PARTO DO PRINCÍPIO. FAQ Violência Obstétrica. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/faq-violencia-obstetrica> . Acesso em: 18/07/2019

PARTO DO PRINCÍPIO. Publicações. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas> Acesso em: 18/07/2019

PARTO DO PRINCÍPIO. Site oficial. Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br/>. Acesso em: 18/07/2019.

PODCAST VIDA DE DOULA – episódio 04 “Humanização pra quem?!” Disponível em: <https://open.spotify.com/episode/3v1XmzOLcZi1k3RvqgSPug>. Set. de 2020. Acesso em: 04/03/2022.

RIBEIRO, Aline; KNOPLICH, Carol. Coronavírus impõe distância a pai, avós e doulas, e grávidas temem um parto solitário. **Jornal O Globo**, São Paulo e Rio de Janeiro, 29 de mar de 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/coronavirus-impoe-distancia-pai-avos-doulas-gravidas-temem-um-parto-solitario-24335320>. Acesso em: 30/03/2020.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 7267 de 26 de abril 2016. Institui pisos salariais no âmbito do estado do rio de janeiro para as categorias profissionais que menciona e estabelece outras providências. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/69d90307244602bb032567e800668618/9a8c63522249e25083257fa2006043c8?OpenDocument> . Acesso em: 04/03/2022.

TRILOGIA “O RENASCIMENTO DO PARTO”. Disponível em: [www.netflix.com](http://www.netflix.com)

TRILOGIA “O Renascimento do Parto”. Youtube. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=zYGJzLv7Xg&ab\\_channel=YouTubeMovies](https://www.youtube.com/watch?v=zYGJzLv7Xg&ab_channel=YouTubeMovies) . Acesso em: 04/03/2022.

TUHLINSKI, Camila. O corajoso trabalho das doulas com as gestantes durante pandemia do novo coronavírus. **O Estado de São Paulo (Estadão)**, São Paulo, 29 de maio de 2020. Disponível em: <https://emails.estadao.com.br/noticias/comportamento,o-corajoso-trabalho-das-doulas-com-as-gestantes-durante-pandemia-do-novo-coronavirus,70003317492>. Acesso em: 29/05/2020.

TV BRASIL. A hora da chegada – Como nascem os bebês no brasil? Programa Caminhos da Reportagem. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=D2T2IiexnbY&ab\\_channel=tvbrasil](https://www.youtube.com/watch?v=D2T2IiexnbY&ab_channel=tvbrasil) . Acesso em: 15/08/2021.