

# Gestar e parir na “casa” da sororidade: vinculando ética, estética e política em torno da experiência de parto<sup>1</sup>

Giovana Acácia Tempesta, DAN/UnB, Brasília (DF)

**Palavras-chave:** parto, sororidade, violência obstétrica

## *Prelúdio*

A partir de uma pesquisa etnográfica com doulas alinhadas à medicina baseada em evidências científicas atualizadas (“MBE”)<sup>2</sup> que atuam em Brasília, pretendo refletir sobre a construção estético-política do conceito de “violência obstétrica” (comumente abreviada para “VO”), em articulação com a noção de “sororidade”,<sup>3</sup> no horizonte do movimento pela “humanização” do parto e do nascimento no Brasil.<sup>4</sup>

Proponho que, nas últimas décadas, o conceito de violência obstétrica se configurou no interior de uma relação de sororidade entre mulheres pertencentes sobretudo a camadas médias urbanas, empenhadas em ter um parto respeitoso ou “humanizado”, que se aliaram a profissionais da saúde e pesquisadoras que sustentam uma postura crítica em relação ao modelo biomédico vigente (Tornquist, 2004; Diniz, 2005; Carneiro, 2015).

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na 31.<sup>a</sup> Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 09 e 12 de dezembro de 2018, Brasília (DF) – GT 42. Maternidades, partos e cuidado infantil: políticas dos corpos, direitos humanos e antropologia em ação, coordenado pelas professoras Rosamaria Giatti Carneiro e Elaine Müller.

<sup>2</sup> A “MBE” tem como referência principal as revisões sistemáticas sobre práticas médicas elaboradas a partir de ensaios clínicos randomizados, publicadas na Plataforma Cochrane, iniciativa que reúne em uma rede global independente milhares de pesquisadores, cuidadores, gestores e financiadores da área da saúde. A Biblioteca Cochrane dispõe de uma vultosa base de dados de ensaios clínicos e disponibiliza milhares de revisões sistemáticas (<https://www.cochranelibrary.com/>). Defensoras do parto “humanizado” frequentemente citam revisões sistemáticas publicadas nesta plataforma para justificar suas críticas a uma série de práticas de rotina que ocorrem nos hospitais brasileiros. Sublinho que em 2017 foi publicada uma revisão que concluiu pelos benefícios do suporte contínuo para a mulher durante o trabalho de parto – justamente o tipo de apoio provido pelas doulas (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full?highlightAbstract=doul%7Cdoula> Acesso em 03 de nov. 2018).

<sup>3</sup> O termo *sororidade* consolidou-se no interior do movimento feminista nos anos 1970 (cf. verbete “Movimentos feministas” in *Dicionário Crítico do Feminismo*). De acordo com o dicionário Priberam, refere-se à: 1. relação de união, de afeição ou de amizade entre mulheres, semelhante à que idealmente haveria entre irmãs; 2. união de mulheres com o mesmo fim, geralmente de cariz feminista.

<sup>4</sup> A discussão sobre o conceito de *vinculamento* é apresentada em G. A. Tempesta (2018a), uma leitura sobre relatos de parto pode ser encontrada em G. A. Tempesta (2018b); os dados sobre violência obstétrica foram apresentados na forma de pôster no Seminário Internacional *Medicalização do Parto*, que aconteceu na Fiocruz (RJ), em outubro de 2018.

Mais recentemente o escopo desse conceito vem se expandindo e se consolidando em esferas político-institucionais por meio de uma estratégia social que dialoga com pautas feministas e de direitos humanos. Assim, se o objetivo inicial do movimento parecia ser a denúncia do abuso de intervenções médicas de rotina e das altíssimas taxas de cesariana, contrapondo-se a um “excesso de tecnologia” no parto (disponível prioritariamente para as mulheres dos extratos socioeconômicos médio e alto), atualmente o conceito abrange também situações de omissão, negligência, negativa de atendimento e aspectos considerados mais sutis da interação entre a mulher (ou “paciente”) e os profissionais de saúde, ao longo da gestação, do trabalho de parto e também do puerpério. Nos dias atuais, ativistas estão lançando com alguma frequência a pergunta: “Excesso de tecnologia *para quem?*”. Mirar essa dinâmica social de evolução do conceito permitiria nuançar a compreensão das “hierarquias reprodutivas”, tal como proposto por L. Mattar e S. Diniz (2012).

Pretendo então contribuir com as reflexões sobre a configuração social do conceito de violência obstétrica, uma modalidade de violência de gênero perpetrada por profissionais de saúde que atinge mulheres e transexuais ao longo do ciclo gravídico-puerperal. O conceito em si será abordado em articulação com o conceito de sororidade, que, na narrativa potente de uma doula, como veremos, explicita os meandros da interseccionalidade de gênero, sexualidade, raça e classe no cerne do movimento da “humanização”.

A partir da perspectiva interseccional e defendendo uma maior clareza conceitual na análise da diferença, A. Brah (2006) analisa as características “raciais” na reprodução social e indica que categorias como “negro” e “mulher” são determinadas menos pela natureza de seu referente do que por sua função semiótica no interior de diferentes discursos. Ela chama a atenção para as especificidades de processos locais de racialização da subjetividade em termos de gênero, classe e sexualidade, compreendendo as categorias significantes como hierarquicamente organizadas em certas circunstâncias econômicas, políticas e culturais. O que interessa a ela são as novas configurações de solidariedade na luta por justiça social.

Brah focaliza os padrões de articulação<sup>5</sup> das múltiplas opressões em torno dos quais se organizam os processos locais de subordinação e dominação, os quais não deixam de se conectar a relações sociais internacionais de poder. Para a autora, esta seria uma alternativa proveitosa a análises feministas baseadas na oposição binária masculino/feminino e marcadas pelo caráter a-histórico, universalista, essencialista, funcionalista ou reducionista da opressão. Neste sentido: “Estruturas de classe, racismo, gênero e sexualidade não podem ser tratadas como ‘variáveis independentes’ porque a opressão de cada uma está inscrita dentro da outra – é constituída pela outra e é constitutiva dela” (Brah, 2006: 351). Dialogando com M. Foucault, a autora afirma que: “se a prática é produtiva de poder, então a prática é também um meio de enfrentar as práticas opressivas do poder” (idem, *ibidem*: 373). Assim, a imagem visual produz poder, o corpo inteiro produz poder – enunciado com o qual minhas interlocutoras provavelmente concordariam. Com efeito, na *articulação* entre suas práticas técnicas e narrativas, essas doulas parecem empenhadas em produzir uma nova visualidade do parto.

Bem a discussão que proponho se insere no horizonte mais amplo da articulação entre práticas cotidianas, experiências pessoais, sociabilidade, ciência-biomedicina-hospital, legislação e políticas públicas, mas, no presente artigo, focalizarei especialmente aspectos de uma audiência pública sobre violência obstétrica ocorrida em Brasília, em 2018, cujos ecos se fazem sentir, numa escala microssociológica, nos trechos selecionados de uma entrevista concedida por uma doula alinhada à MBE.

### *Sensibilizando a legislação e a política pública*

Do ponto de vista da legislação, temos que a expressão “violência obstétrica” foi contemplada de forma pioneira na Lei Orgânica Sobre o Direito das Mulheres a Uma Vida Livre de Violência, editada na Venezuela em 2007; em seu artigo 15, ponto 13, lemos o seguinte:

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizador, uso abusivo de medicação e patologização dos processos naturais, trazendo consigo perda de

---

<sup>5</sup> A autora esclarece que “articulação” consiste em uma prática, um movimento transformador de configurações relacionais, e não em uma simples junção de entidades discretas. Ela pensa as interconexões entre racismo, gênero e classe como “relações historicamente contingentes e específicas a determinado contexto” (Brah, 2006: 353).

autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres (Disponível em: <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf> Acesso em 03 nov. 2018) (tradução livre).

No Brasil, foi instalada no ano de 2012 uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para “investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência” (Disponível em <file:///C:/Users/Samsung/Documents/bibliografia/relatorio%20final%20comiss%C3%A3o%20Parlamentar%20de%20Inqu%C3%A9rito.pdf> Acesso em 03 nov. 2018). No relatório elaborado pela CPMI, foi contemplado o dossiê *Parirás com Dor*, elaborado pelo coletivo de mulheres paulistas *Parto do Princípio*, que agrega relatos de mulheres, pesquisas sobre violência na atenção obstétrica e informações sobre a legislação específica então vigente na Venezuela e na Argentina. De acordo com o dossiê, a Lei n.º 11.108/2005 (Lei do Acompanhante), que assegura o direito a um acompanhante da livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, não estava sendo cumprida – e podemos sustentar que ainda não está sendo cumprida plenamente nos dias de hoje. O relatório menciona os dados alarmantes que haviam sido levantados no ano anterior pela pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, intitulada *Mulheres e gênero nos espaços públicos e privados* (2011). Apurou-se que uma em cada quatro mulheres (i. e., 25% da população considerada) declarara ter sofrido algum tipo de violência no parto.<sup>6</sup>

Nesse contexto, o episódio de extrema violência contra uma mulher gestante que queria evitar uma cesariana desnecessária no Município de Torres (RS), em 2014, conhecido nacionalmente como “caso Adelir”, exprime o tipo de agressão que vem sendo denunciado pelas ativistas da “humanização”, com destaque para o imbricamento dos saberes-poderes biomédico e judiciário (Simas & Mendonça, 2016).

---

<sup>6</sup> A propósito, o título de um belo ensaio fotográfico produzido por uma fotógrafa e ativista é “1:4”, evocando diretamente os dados dessa pesquisa, que foram divulgados em 2011 (disponível em <http://carlaraiter.com.br/1em4/> Acesso em 03 de nov. 2018)

Desde então, por força do movimento pela “humanização” do parto e do nascimento, vários estados e municípios brasileiros editaram leis destinadas a coibir e punir a violência obstétrica. Além disso, há alguns anos na Câmara dos Deputados tramitam três seguintes projetos de lei (PLs) que visam a definir e atribuir penas a casos de violência obstétrica (PL n.º 7633/2014, PL n.º 7867/2017 e PL n.º 8219/2017).

Ademais, mulheres vítimas de violência obstétrica têm formalizado denúncias na ouvidoria dos hospitais, nas Defensorias Públicas nos estados, no Ministério Público Federal e também por meio de telefones disponibilizados pelos poderes públicos.

No Distrito Federal, recentemente, por meio da Lei n.º 6.144, de 07 de junho de 2018 – cujo processo de elaboração e tramitação contou com a participação ativa de doulas –, o governador instituiu um conjunto de medidas visando à “proteção” das mulheres grávidas e paridas “no cuidado da atenção obstétrica”. Ao examinar o texto dessa lei, deparamo-nos com o delineamento “em negativo” de um modelo de conduta tido como adequado, uma vez que a maioria (senão a totalidade) dos procedimentos obstétricos protocolares é criticada e pode vir a ser classificada como violência obstétrica. Todavia, como destacou uma doula, trata-se de uma lei de caráter meramente informativo, visto que o texto não prevê nenhum tipo de sanção ou penalidade para os infratores.

Neste cenário, em que a violência está sendo pensada como relação ou como vinculamento negativo (Latour, 2016), e não apenas como um conjunto de atos mecânicos respaldados por uma sólida estrutura de poder-saber, as ativistas da “humanização” (incluindo as doulas) têm produzido efeitos políticos relevantes por meio de uma estética – ou um novo imaginário do parto, como escreveu E. Martin (2006) – que mobiliza afetos.

Desejo então focalizar um aspecto ainda pouco estudado desse projeto de mulheres que pretendem se apropriar da experiência do parto, que concerne ao enfrentamento mais amplo do modelo hegemônico de sociabilidade e à proposição de um modelo alternativo, entendido como uma política da amizade de caráter não falocêntrico (Ortega, 2000; Agamben, 2010), e que vem dialogar com a perspectiva descolonial do sujeito adotada por algumas pesquisadoras do parto (Pimentel et al., 2014).

Assim, em meio ao dito cenário generalizado de violência obstétrica, podemos perceber que as doulas – profissionais que “olham para a mulher” ou “estão para a mulher”, personagens importantes no movimento da “humanização” do parto e do nascimento – performam uma ética distinta daquela vigente no universo médico-

hospitalar, uma ética cujos princípios parecem exprimir um modelo de sociabilidade pautado nos princípios de respeito, empatia, integralidade e troca simétrica de informações, saberes e experiências pessoais.<sup>7</sup>

Nesse horizonte, as grandes perguntas que eu proponho são: estariam as doulas vivenciando uma nova sensibilidade *para os outros*, de acordo com a qual a assimetria funciona em favor do outro, e não de si (Milovic, 2003)? Observa-se que essa crítica ao modelo hegemônico de atenção obstétrica, organizado a partir da fragmentação simbólica da mulher e do seu exercício dos direitos sexuais e reprodutivos (Martin, 2006), se fundamenta naquilo que é percebido como um antídoto para a vasta gama de violências físicas e simbólicas que recaem sobre as mulheres em idade fértil, a saber, um certo tipo de vínculo percebido com positivo (Latour, 2016). Tal modalidade de vínculo seria tão potente a ponto de permitir “neutralizar o espaço em favor de um tempo outro”, em favor de novas possibilidades de fluxo de vida (Milovic, 2003: 74), isto é, tratar-se-ia de uma disposição para a *hospitalidade*, visando despertar no outro forças insuspeitadas, que se levantam contra o modelo biomédico capitalista, percebido no universo da humanização como um sistema “sem rosto humano”? Vejamos alguns argumentos que nos permitem formular aproximações positivas para essas questões.

Durante uma audiência pública sobre violência obstétrica realizada no âmbito da Comissão Mista de Combate à Violência Contra a Mulher do Senado, no dia 20 de junho de 2018, várias imagens e trechos de relatos de mulheres foram articulados a dados quantitativos.<sup>8</sup>

Nessa audiência pública, as falas das profissionais, pesquisadoras e representantes de entidades voltadas à proteção dos direitos das mulheres convergiram para classificar os casos de violência obstétrica segundo o paradigma dos direitos humanos, conforme já foi tematizado por M. Pulhez (2013) e L. Palharini (2017). A expressão “VO” foi apresentada como uma categoria forjada no seio do movimento de mulheres, em referência ao conjunto dos direitos sexuais e reprodutivos, como resultado do entrecruzamento de outras violências perpetradas contra as mulheres. A representante de

---

<sup>7</sup> Estou empregando o conceito de *experiência* em consonância com o que propõe Brah, isto é, como o *locus* da formação do sujeito, de contestação: “não como diretriz imediata para a ‘verdade’, mas como uma prática de atribuir sentido, tanto simbólica como narrativamente: como uma luta sobre condições materiais e significado” (Brah, 2006: 360).

<sup>8</sup> A gravação está disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/06/20/violencia-obstetrica-e-uma-realidade-cruel-dos-servicos-de-saude-apontam-debatedores> (Acesso em 03 de nov. 2018)

uma Ong de defesa dos direitos das mulheres defendeu que “quem conhece, quem tem condição de classificar e qualificar o sofrimento é quem sofre a violência”. Por sua vez, a representante da ReHuNa<sup>9</sup> relacionou a violência obstétrica à cultura do estupro que viceja no Brasil.

A representante da Associação de Doulas do Distrito Federal (ADDF) e da Federação Nacional de Doulas (FenadoulasBR) afirmou: “Nós somos as profissionais mais próximas de assistir a todas as violências que acontecem com as mulheres, principalmente na cena de parto”.

Por seu turno, o representante da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) admitiu que a categoria médica não aceita o termo “violência obstétrica”, mas que, diante da pressão da sociedade, faz-se necessário encarar essa realidade. O médico afirmou que todo “erro sistemático” precisa ser corrigido, porém no Brasil existe um contexto que propicia a violência, e que está associado à formação dos médicos, ainda voltada para consolidar o seu protagonismo na cena de parto.

As profissionais convidadas para compor a mesa, que se apresentaram também como defensoras do parto respeitoso, mencionaram diversas vezes a cifra de 25% de mulheres que afirmam ter sofrido violência obstétrica, referindo-se à supracitada pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo.

Além disso, foram exibidas imagens e relatos de mulheres que sofreram violência durante o parto e que estão em circulação nas redes sociais. A exibição dessas imagens e trechos de relatos tem o objetivo de conferir um rosto humano aos dados quantitativos sobre violência obstétrica que vêm sendo divulgados nos últimos anos, sobretudo as análises desenvolvidas pela equipe de pesquisadores da Fiocruz coordenados por Maria do Carmo Leal sobre dados resultantes da pesquisa *Nascer no Brasil* (divulgados em 2013). De acordo com as pesquisas, mulheres jovens, pobres e negras são ainda mais vulneráveis a abusos e violências durante o ciclo gravídico-puerperal; para elas, não existe “excesso de tecnologia”, mas antes um déficit de cuidado (ver Leal et. al. 2014, 2017).

Evocando o artigo de L. Mattar e S. Diniz sobre “hierarquias reprodutivas”, que se inspira na tipologia dos atos sexuais cunhada por Gayle Rubin, poderíamos traçar um paralelo entre maternidades mais legítimas e socialmente aceitas que outras, por um lado,

---

<sup>9</sup> A Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) foi fundada em 1993 e reúne profissionais, pesquisadores e ativistas na defesa da constituição de um modelo de atenção obstétrica mais respeitoso.

e partos mais legítimos e socialmente aceitos que outros, por outro. No entanto, o denominador comum das situações de excesso e de déficit em torno do parto de mulheres de distintos pertencimentos étnico-raciais e classes sociais parece ser a atitude da maioria dos profissionais de não enxergar a mulher – gestante, em trabalho de parto ou parida – como um sujeito pleno.

Ademais, pensar a partir da interseccionalidade de gênero, sexualidade, raça e classe nos leva a situar o movimento de “humanização” do parto e do nascimento em uma estrutura de longa duração, organizada historicamente em torno da apropriação progressiva dos poderes reprodutivos femininos pelo Estado, pela Igreja e pela medicina.<sup>10</sup> Definidas simultaneamente como atributos naturais das mulheres e como mecanismos de controle populacional, as capacidades de gestar, parir e maternar foram (e continuam sendo) encaradas de forma diferencial pelas próprias mulheres, a depender de seu pertencimento étnico-racial, situação socioeconômica, faixa etária, arranjo familiar, parceria sexual e existência de algum tipo de deficiência.

Imagens são construtos socioculturais poderosos e, no campo da antropologia do parto, contribuem para a reflexão sobre a proposta de mudança de paradigma colocada pelo movimento da “humanização”. Uma imagem forte que sintetiza essa situação de violência é a do campo de concentração, empregada por uma mulher comum para se referir a sua experiência de parto e escolhida pela pesquisadora L. M. Sena para o título de sua tese, na qual ela reuniu relatos de mulheres que sofreram violência antes, durante ou após o parto (Sena, 2016). Para Sena, o processo histórico de medicalização da experiência do parto aparece como “porta” e “palco” para as numerosas e recorrentes situações de abuso e desrespeito contra as mulheres.

Em contraposição a esse imaginário negativo sobre o modelo atual de atenção obstétrica, que, de acordo com as ativistas, estaria baseado em “mitos” sobre o parto, configura-se uma estética contra-hegemônica, materializada em fotos e filmagens de parto em circulação nas redes sociais, as quais transmitem sensações de alegria,

---

<sup>10</sup> S. Federici (2017) elaborou de uma perspectiva marxista crítica um estudo primoroso sobre o processo de apropriação dos poderes reprodutivos pelo sistema capitalista, que fornece um panorama histórico e epistemológico riquíssimo para o debate que aqui se propõe. W. Arney (1982) propôs uma leitura interessante sobre a estrutura de poder da obstetrícia no século XX, centrada no conceito de “monitoramento”, herdeiro do pensamento de guerra. A respeito da apropriação desses poderes pela medicina no contexto brasileiro, as teses de F. Rohden (2001) e D. Manica (2009) mostram como, nos séculos XIX e XX, questões morais, demografia e pensamento eugenista se entrecruzaram na constituição do campo da saúde da mulher. Todavia a questão racial não é trazida para o primeiro plano dessas análises.



satisfação, força, superação, alteração de consciência, acolhimento, encantamento, cumplicidade, potência e até mesmo prazer, sensações propiciadas pelo parto “humanizado”, um “modelo” no qual impera o princípio do respeito ao ritmo, às necessidades e às escolhas de cada mulher singular, a partir do emprego de evidências científicas atualizadas. No ideário da “humanização”, o parto surge como experiência positiva, conectada à sexualidade e permeada por relações de poder. Ativistas defendem que um parto respeitoso é um *direito* das mulheres e das pessoas transexuais.

Em seu potente livro *A mulher no corpo* (2006), E. Martin sublinhou o caráter pervasivo das imagens mecanicistas do corpo da mulher elaboradas pela medicina e saudou o novo imaginário do parto, ainda embrionário nos Estados Unidos, nos anos 1980. No livro vemos imagens correntes nos manuais médicos desde o século XIX, que privilegiavam a ilustração do útero e de ferramentas para a realização do parto, as quais, ao longo do século XX, dão lugar a equipamentos mais sofisticados. Por outro lado, as imagens da cena de parto que passaram a ser difundidas em certos círculos a partir do último quarto do século XX mostravam mulheres nuas, parindo por via vaginal, alegres por terem superado um conjunto de medos, tabus e dores, por vezes acompanhadas por entes queridos; mas, sobretudo, essas mulheres aparecem em primeiro plano, assumindo a posição de protagonistas da experiência.

Em um livro recentemente lançado por uma fotógrafa de parto brasileira (Azevedo & Beltrão, 2016), que ganhou repercussão internacional, vemos imagens que ecoam aquelas inseridas no livro de E. Martin, articuladas a trechos de relatos das próprias mulheres e de profissionais que acompanharam os partos humanizados retratados. Dentre esses relatos de profissionais, transcrevo trechos do relato da doula Maíra Duarte:

[As doulas] *Auxiliam os corpos das mulheres a se manifestarem em sua plena potência. Tocam, movimentam, respiram junto. Existe, neste ofício, um querer subjetivo. O de cuidar do campo, da atmosfera de cada parto, para que a trama, trançada até ali, seja com fios de confiança, firmeza, segurança e amor. [...] Ser doula é olhar nos olhos de uma mulher parindo, sem saber o que se passa em seu universo particular, mas tendo toda a certeza de que ela vai conseguir. É um exercício de prontidão e presença. De amor e entrega. É ter um olhar sempre novo para a vida, porque não existe um parto igual ao outro. [...] Uma doula precisa amar o que faz. E ousar dizer, amar a pessoa a quem está acompanhando. Mesmo que esse amor nasça no momento do parto. Ela aprende a conectar seu coração e seu olhar para conseguir abrir caminhos com toques, manobras ou palavras. [...]* (Azevedo & Beltrão, 2016: 58; 72; 107)

A ideia de amor mobilizada várias vezes pela doula evoca o conceito filosófico de amizade. F. Ortega (2000) e G. Agamben (2010) notaram o caráter masculinista ou falocêntrico desse conceito, mas identificaram sua potencialidade política em termos de uma experiência de “des-subjetivação no coração mesmo da sensação mais íntima de si” (Agamben, 2010: 90). Ainda que me pareça relevante sublinhar a continuidade entre a ideia de amor e o conceito de amizade, opto por empregar o conceito de experiência de vinculamento, pois ele permite reter o caráter dinâmico e contextual do tipo de conexão valorizado pelas doulas.

O modelo médico-centrado é fruto de um contexto percebido como fundamentalmente violento, conforme sintetizado pela professora da UnB durante a audiência pública: “Hoje, ser mulher não é seguro nem mesmo dentro de um hospital ou uma clínica”. Face a tal modelo, o parto domiciliar planejado (etnografado por Souza, 2005) surge como alternativa para aquelas mulheres que, ao experimentar uma gestação “de risco habitual”, se sentem mais seguras e confortáveis em sua própria casa e que podem arcar com os altos custos envolvidos na empreitada. Em 2012 ocorreram em diversas cidades brasileiras as *Marchas do Parto em Casa*, eventos públicos de impacto estético-político, que atraíram a atenção da grande mídia. Todavia, como já ouvi algumas vezes em debates sobre parto humanizado, o parto domiciliar gira em torno de 1% dos partos ocorridos no país; além disso, o caráter elitista da escolha pelo parto domiciliar planejado é criticado por muitas ativistas da “humanização”.

Por seu turno, muitas doulas sustentam que o parto “humanizado” pode acontecer em qualquer local (não apenas no domicílio da mulher), desde que a atitude dos profissionais em relação à mulher que dá à luz seja de respeito e empatia, como veremos adiante. A reforma do modelo de atenção obstétrica é entendida como parte de uma mudança cultural mais ampla, de uma transformação do papel socialmente atribuído às mulheres e às suas capacidades de gestar, parir e maternar.

### *Politizando o cuidado*

Na audiência pública citada anteriormente, as profissionais e ativistas debateram diversos pontos relativos ao modelo hegemônico de atenção obstétrica, dos quais eu destacarei apenas um: o racismo institucional. Com efeito, a deputada que presidiu parte da sessão, e que é formada em Enfermagem, afirmou: “Nós dedicamos menos tempo de

trabalho a uma mulher negra do que a uma mulher branca, com isso as mulheres negras morrem mais durante o trabalho de parto. Isso eu aprendi nesta casa, numa subcomissão onde foram apresentados resultados de pesquisas” (trecho editado). A respeito do racismo institucional, o médico representante da Febrasgo declarou peremptoriamente que “somos uma sociedade escravocrata”.

Bem, eu gostaria de entretecer esse fio do racismo institucional assumido por atores importantes aos trechos de uma entrevista em profundidade realizada com Sharon,<sup>11</sup> uma doula jovem e negra, que se formou no curso de doulas oferecido pelo Instituto Federal de uma cidade-satélite de Brasília, em parceria com a Associação de Doulas do Distrito Federal; à época da entrevista, ela tinha acompanhado sete partos hospitalares, todos em Brasília.

Em contraste com o “modelo de maternidade voluntária, segura, socialmente amparada e prazerosa” (Mattar & Diniz, 2012), que se articula etnograficamente ao parto “humanizado” e analiticamente à ideia de amor que aparece na narrativa da doula transcrita na seção anterior, a narrativa a seguir nos ajuda a ampliar a reflexão sobre o papel da doula para além da experiência do parto em si, em direção a uma modalidade diferenciada de vinculamento, algo que estou percebendo como uma política de relações que atravessa os corpos e atinge o conjunto dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e também de pessoas transexuais.

A entrevista foi realizada em 09 de janeiro de 2018. Sharon preferiu ler em voz alta o Roteiro que lhe apresentei e compartilhou comigo o seguinte:

*“[pergunta] Se você tivesse que definir a principal habilidade da doula em uma única palavra, qual seria?” Ai meu Deus! Desde quando eu estava falando meu nome eu estava pensando nisso (risos). Eu fico muito dividida entre empatia e sororidade... Por ser um trabalho de mulheres entre mulheres... a sororidade acaba abarcando a empatia, então eu fico com sororidade. Esse trabalho de ser uma mulher... eu sigo essa linha de que a doula tem que ser uma profissional mulher, por ser uma profissão ancestralmente feminina e ter esse peso. Então é esse trabalho de mulher pra mulher, de você atender uma outra mulher e ter esse olhar mais empático de um cuidado, de uma atenção muito diferenciada dos outros profissionais de saúde. Não que esses profissionais não consigam ser empáticos, mas é essa questão de a gente não estar ali enxergando essa mulher como um corpo, como um mecanismo de parir uma criança, mas*

---

<sup>11</sup> Renovo aqui minha gratidão a esta doula por dialogar comigo de forma tão empática. Estou usando um pseudônimo para proteger sua identidade.

*de enxergá-la como uma mulher mesmo, em seu sentido integral, como um todo, e perceber os sentimentos, a emoção, a insegurança ou a felicidade daquele momento, que é muito íntimo. Isso, como doula, é fundamental, você tem que ter essa sororidade, esse cuidado com as outras mulheres. [...]*

Citando a MBE e a diferença de tratamento testemunhada em hospitais públicos e privados, ela trata da politização do cuidado nos seguintes termos:

*“[pergunta] Como você concilia a singularidade de cada mulher, de cada gestação, com a medicina baseada em evidências científicas?” Tá bem, é, antes da doulagem, como eu escrevi minha monografia sobre violência obstétrica em mulheres negras, né, mesmo falando de evidências científicas, eu consegui abarcar a singularidade dessas mulheres. Falava sobre mulheres negras, mulheres pobres, ali também tem evidência científica, né. Então, por exemplo, eu acompanhei uma mulher negra, dentre as mulheres que eu acompanhei. Então eu fui com um olhar, tipo, fui sabendo que a chance de ela sofrer determinados tipos de violência obstétrica era maior do que a das outras mulheres brancas que eu acompanhei.*

*Giovana: Mas o quê assim, por exemplo?*

*Sharon: Por exemplo, quando há alguma complicação no parto. As mulheres brancas, elas não têm muito... “Será que a gente vai levar essa mulher pra cesárea?” Não, aconteceu uma complicação: “Vamos levá-la para a cesárea!”, não tem o que discutir. Normalmente as mulheres negras, elas ficam ali mais tempo. Então, tipo: Ah, tá tendo uma complicação, mas...” Há essa ideia de que a mulher negra é mais forte, ela é mais resistente à dor. Então, existem vários relatos, assim, nesse momento que eu estava fazendo essa pesquisa, eu li vários relatos, entrevistei mulheres que sofreram esse tipo... é um dos exemplos de violência obstétrica, explicitamente. “Eu estou com um problema e não fui encaminhada pra cesárea, sabe, foram atendendo outras mulheres na minha frente, eu fiquei ali sofrendo, né, com muita dor; com complicações, com minha vida em risco, a vida do meu filho em risco”. E por ser negra, fica, tem essa, esse atraso, essa... como é que diz a palavra, essa negação, tem uma palavra...*

*Giovana: A negligência.*

*Sharon: A negligência, exatamente, essa negligência. E aí tem outras questões também, né, que são bem específicas, então, eu sei que, até pela questão do acesso, sim, eu estou baseada na evidência científica, mas eu sei que se uma mulher, se ela tem, por exemplo, um plano de saúde, já atendi mulheres com plano de saúde, no hospital X [particular], que tem uma estrutura muito melhor; então, sim, estou seguindo as evidências científicas, mas eu sei que o hospital X tem um banheiro disponível, que ela vai lá e vai tomar banho e vai ficar debaixo do chuveiro o tempo que ela quiser, né, muito possivelmente ela vai ter um quarto só pra ela, ela vai receber comida, sem ninguém questionar se ela, na maioria das vezes, se ela tem que comer ou não, né, e uma comida boa, de qualidade.*

Giovana: *Durante o trabalho de parto?*

Sharon: *Durante o trabalho de parto, pelo menos nas experiências que eu tive lá elas receberam comida tranquilamente, mais de uma vez, durante o trabalho de parto, e não foram trabalhos de parto longos. Agora, se eu vou pro hospital Y [público], eu sei que essa mulher mal vai conseguir tomar água, e eu sei, né, baseada em evidências científicas, que ela precisa se alimentar e ela precisa tomar água durante o trabalho de parto, mas ela está indo pra um lugar que nega, então como é que a gente vai lidar com isso? Então a maneira de eu atender essa mulher já vai ser diferente, né. Então vou ter que dar uns toques pra ela, falar: “Olha, leva uma comida, provavelmente eles não vão te oferecer comida lá, leva uma garrafa de água”. Conversar com a pessoa que vai acompanhar, também, nesse momento, como que ela vai lidar, né. Então o atendimento, ele acaba sendo diferente mesmo, as informações, em relação à instituição, mudam muito, né, então essa questão da singularidade não tem como ser ignorada mesmo, se você, é... mesmo que você esteja seguindo a mesma evidência científica, a maneira como essa mulher, a experiência que essa mulher vai ter de parto vai ser muito diferente, né, muitas vezes por conta de questões financeiras ou de questões de raça, né, enfim. [...]*

Por fim, em relação à possibilidade de confrontar o aspecto elitista do cuidado “humanizado”, a sororidade surge como uma experiência de vinculamento positivo:

*Sim, “toda mulher realmente merece ter uma doula e ser doula [título da campanha da Associação de Doulas do Distrito Federal em 2015]”, precisa, né, e é muito legal colocar como “merece” porque tem um peso, tipo, cara é um presente né, (risos) você ter uma doula ali junto com você, e aí também essa questão de falar que toda mulher, isso também, é... acho muito interessante pra gente justamente sair dessa questão da elitização que a humanização infelizmente, que o movimento de humanização do parto tem seguido, né, sem querer mesmo, né, eu imagino. Mas acabou que as mulheres que têm mais grana, que têm um poder aquisitivo maior, são as que conseguem parir de uma maneira mais segura, né, pelo menos, assim, no mínimo, então são essas mulheres que conseguem contratar doulas, pagar a disponibilidade de um médico ou contratar uma equipe pra parir em casa...*

Giovana: *Comer durante o trabalho de parto...*

Sharon: *Comer durante o trabalho de parto (risos). Sabe, coisas muito pequenas, assim, fundamentais, e são restritas, acaba sendo prioridade, né, pra algumas mulheres. Então, esse peso de que toda mulher, independente de qualquer coisa, independente de classe social, independente de raça, independente do gênero mesmo, de como, essa mulher ou se for homem trans, se identifica, né. E toda mulher merece ser doula, independente de querer ser doula ou não... acho que passar pela experiência do curso de doula é enriquecedor, assim, enquanto mulher mesmo, cé vai num nível de ancestralidade que você não tinha*

*ideia, assim, cê fica tipo, cara... né, como assim?, porque a gente tá numa sociedade que é muito machista, que é muito patriarcal, né, então a gente tá ali o tempo inteiro, né, de alguma maneira vendo, ouvindo, né, a sociedade reforçar de que nós somos rivais, né, que nós não podemos estar juntas, mesmo que com o objetivo diferente, com olhar diferente, com olhar diferente sem... sem ser rival, né, sem brigar uma com a outra, né, então a gente está sempre nessa ideia da competição, seja esteticamente, eu preciso ser mais bonita ou tão bonita quanto fulana, eu preciso ser mais inteligente ou tão inteligente quanto, e nunca nessa ideia de “vamos nos organizar porque a gente precisa disso pra sobreviver”, né, nessa sociedade, principalmente falando de Brasil, então passar pela experiência do curso [de formação de doula], independente de você querer ser mãe ou não, também é muito importante, assim, pra entender melhor mesmo o sentido e o significado da sororidade [...]*

Percebemos aqui alguns dos percalços a enfrentar na aplicação de protocolos orientados por evidências científicas atualizadas (MBE) em situações empíricas, que ocorrem em diferentes locais (hospital público *versus* hospital privado), atravessadas por distinções de classe e raça, articuladas ao gênero. Percebemos igualmente o empenho dessa doula em criar um ambiente de relações acolhedor (uma “casa”) no interior de um local hostil, no qual os profissionais negam até mesmo comida e água para mulheres em trabalho de parto.

Este é um exemplo da tecnologia leve empregada pelas doulas, que se expressa aqui na sugestão de Sharon para que a mulher leve consigo alguma comida e água para o hospital, bem como na orientação dirigida a seu acompanhante para que ofereça alimento e água para a parturiente durante o trabalho de parto, já prevendo que a doula será impedida de acompanhar essa mulher, como ocorre com frequência nos hospitais públicos, segundo relatos de diversas doulas. “Tecnologia leve” é um termo empregado por algumas de minhas interlocutoras e também por autores do campo da saúde coletiva, como E. Merhy (2002). As principais ações das doulas que podem ser lidas como “tecnologia leve” são: i. durante a gestação: prover apoio emocional e informações baseadas em evidências científicas atualizadas, auxiliar a cliente na elaboração do Plano de Parto, oferecer métodos não farmacológicos de alívio de desconfortos eventuais; ii. durante o trabalho de parto: organizar o ambiente de modo a torná-lo acolhedor, propor e aplicar métodos não farmacológicos de alívio da dor associada às contrações uterinas e dos desconfortos, presença contínua ao lado da mulher, oferecer apoio físico, se necessário; muito se fala sobre o papel não intervencionista da doula, tendo em vista que

“não fazer nada” durante o trabalho de parto pode ser crucial para um bom desfecho; iii. após o parto: prover apoio emocional e informações baseadas em evidências científicas atualizadas, visando ao bem-estar da mãe e a consolidação do vínculo entre mãe e bebê, oferecer métodos não farmacológicos de alívio de desconfortos eventuais. Vale esclarecer que a relação entre doula e doulanda pode durar apenas algumas horas, no caso de doulas que atendem como voluntárias em hospitais públicos e acompanham somente parte do trabalho de parto, ou vários meses, no caso de doulas contratadas no início da gestação, que podem ainda estendem seu contrato para algumas semanas ou meses após o parto.

A esta altura, percebemos que o conceito de “violência obstétrica” tem significados diferentes para mulheres negras e pobres e para mulheres brancas de classe média – e possivelmente tem outros significados para pessoas transexuais e em situações de maior vulnerabilidade, como pessoas encarceradas. Para as mulheres do primeiro conjunto, a tendência é sofrer negligências e abusos mais explícitos, enquanto para as mulheres do segundo conjunto a tendência é a imposição de um pacote tecnológico cuja efetividade é questionada em termos científicos. Como resumiram Mattar & Diniz (2012):

A assistência à reprodução é altamente permeável aos valores sociais, refletindo as hierarquias da sociedade onde se insere. Muitas vezes, sua qualidade é limitada pela escassa atenção às evidências sobre segurança e conforto das intervenções médicas, e pela permanência de uma cultura discriminatória, punitiva e correcional dirigida às mulheres (Diniz, 2009). Estudos sobre a perspectiva das parturientes no Brasil mostram que, muitas vezes, elas descrevem o trabalho de parto como dominado pelo medo, solidão e dor, em instituições que deslegitimam a sexualidade e a reprodução de mulheres consideradas subalternas, como negras, solteiras e de baixa renda, e estigmatizam a maternidade na adolescência (McCallum, Reis, 2006). Os abusos verbais voltados para a humilhação sexual, do tipo “quando você fez você gostou”, são uma constante nos estudos e fazem parte do aprendizado informal dos profissionais sobre como disciplinar as pacientes, desmoralizando seu sofrimento e desautorizando eventuais pedidos de ajuda (Hotimsky, 2007; Diniz, Chacham, 2004; D’Oliveira et al., 2002). (Mattar & Diniz, 2012: 112)

Pensar as experiências de gestação, parto e pós-parto na perspectiva proposta por algumas doulas, de acordo com as quais o corpo não é concebido como propriedade, mas como emaranhado de relações, nos leva a relativizar a pauta feminista contida no lema “Meu corpo me pertence”, em voga nos anos 1970.

Bem, o próprio conceito biomédico de “risco” passa a ser encarado como efeito de uma relação, pois, se a mulher confia que os profissionais que a assistem farão o melhor

possível por ela e por seu bebê, o risco de intercorrências tende a diminuir e a mulher dificilmente se sentirá violentada.

Assim, a doula agiria idealmente como uma *irmã* ao performar um experimento igualitário face a estruturas rigidamente hierarquizadas, que no geral reservam às mulheres posições de subordinação, invisibilização, silenciamento, alienação e passividade. Nem servas<sup>12</sup> nem tutoras: ao se empenharem em posicionar simbólica, afetiva e espacialmente a mulher no centro de um círculo composto por um amplo conjunto de atores,<sup>13</sup> Sharon e outras doulas às quais ela está ligada parecem estar se inserindo de forma contundente na disputa de significados no universo da atenção obstétrica, engajando-se numa batalha ético-política pela reconfiguração do conceito de “risco”. É digno de nota que, nessa batalha, não têm sido desconsideradas as disparidades na atenção obstétrica resultantes da interseccionalidade de gênero, raça e classe.

#### *Para continuar a dança na “casa” da sororidade*

No presente artigo utilizei a imagem da “casa” para simbolizar uma disposição para priorizar o outro, tal como propôs M. Milovic (2003). Na audiência pública, o médico representante da Febrasgo afirmou que é necessário “fazer uma desconstrução tijolo a tijolo”, após o que será mais fácil reconstruir o modelo brasileiro de atenção obstétrica.

Diante do exposto, gostaria de encerrar a presente reflexão com a seguinte imagem: a chamada MBE surgiria como o esteio de uma “casa” no interior da qual as mulheres podem realizar certos experimentos (gestação, parto, nascimento, puerpério, amamentação) em segurança, idealmente protegidas da violência obstétrica, cuja definição jurídica se lhe assenta como cumeeira. Pela porta da frente dessa “casa” – uma porta que “abre por dentro” (como indicou Loureiro, 2017) – entrariam somente visitantes convidados pela mulher, e pelas suas janelas poderíamos divisar a proliferação de modelos de cuidado mais simétricos e respeitosos.

Percebemos assim que, a despeito dos inegáveis limites objetivos para a realização prática dessa relação de cuidado singular e da grande diversidade de estilos de atuação,

---

<sup>12</sup> A palavra *doula* vem do grego e significa literalmente “mulher que serve”.

<sup>13</sup> Esta imagem circular proposta com frequência pelas doulas com as quais venho dialogando foi apresentada sob a forma de um esquema pela representante da ADDF durante a citada audiência pública.



as doulas, ao se empenharem na restituição ao “uso comum” (Agamben, 2010) da experiência de parto, capturada pelo dispositivo biomédico na segunda metade do século XX (Arney, 1982; Rohden, 2001), vêm cultivando o terreno poroso e maleável da sororidade em seus aspectos simbólicos, sociais, políticos, éticos e estéticos, ao tempo em que abrem espaço para explicitar e combater iniquidades de raça, classe e outras associadas a gênero.

### *Referências Bibliográficas*

AGAMBEN, G. 2010. *O que é o contemporâneo e outros ensaios*. Chapecó: Argos, Editora da Unochapecó.

ARNEY, W. 1982. *Power and the profession of obstetrics*. Chicago: The University of Chicago Press.

AZEVEDO, H. & BELTRÃO, L. 2016. *Parto Humanizado. Uma visão artística sobre o poder do feminino/Accouchement Humanisé. Un regard artistique sur le pouvoir du féminin*. França.

BRAH, A. 2006. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu* (26): 329-376.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2013. *Nascer no Brasil. Sumário Executivo Temático da Pesquisa*.

CARNEIRO, R. G. 2015. *Cenas de Parto e Políticas do Corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

DINIZ, S. G. 2005. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3): 627-637.

FEDERICI, S. 2017. *Calibã e a Bruxa. Mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante.

LATOUR, B. 2016. Faturas/fraturas: da noção de rede à noção de vínculo. In: SEGATA, J. & RIFIOTIS, T. (orgs.) *Políticas Etnográficas no Campo da Cibercultura*. Brasília: ABA Publicações; Joinville: Editora Letradágua.

LEAL, M. C. et al. 2014. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 30 (1).

LEAL, M. C. et al. 2017. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, sup. 1.

LOUREIRO, F. 2017. *Sobre “a porta que abre por dentro”*: análise cultural do processo de formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- MANICA, D. 2009. *Contracepção, natureza e cultura: embates e sentidos na etnografia de uma trajetória*. Tese de Doutorado, Campinas: Unicamp.
- MARTIN, E. 2006. *A mulher no corpo. Uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond.
- MATTAR, L. & DINIZ, C. S. 2012. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface*, v. 16 (40): 107-19.
- MERHY, E. E. 2002. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec.
- MILOVIC, M. 2003. Na “casa” de Lévinas. Revista *Humanidades*, n.º 49: 66-75.
- ORTEGA, F. 2000. *Para uma política da amizade. Arendt, Derrida, Foucault*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- PALHARINI, L. A. 2017. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cadernos Pagu*, 49.
- PIMENTEL, C. et al. 2014. Autonomia, Risco e Sexualidade. A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. *REALIS*, 4 (1): 166-185.
- PULHEZ, M. M. 2013. “‘Parem a violência obstétrica’: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto”. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 12 (35): 544-564.
- ROHDEN, F. 2001. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz.
- SENA, L. M. 2016. “*Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração*”. *A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica*. Tese de Doutorado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- SIMAS, R. & MENDONÇA, S. S. 2016. O caso Adelir e o movimento pela humanização do parto: reflexões sobre violência, poder e direito. *Vivência. Revista de Antropologia*, 48: 89-104.
- SOUZA, H. R. 2005. *A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- TEMPESTA, G. A. 2018a. Trabalhando pelos bons vinculamentos. Reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas. *Anuário Antropológico*, 43 (1): 37-66.
- \_\_\_\_\_. 2018b. Contestações ritmadas. Notas sobre o simbolismo do útero presente em relatos de parto. Dossiê “Antropologia dos Úteros”, *Revista Amazônica* [online], 10 (1): 102-24.

TORNQUIST, C. S. 2004. *Parto e Poder. O movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese de Doutorado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.