

**Violência Obstétrica, Gênero e Doulagem à luz da  
Humanização do Parto**

MADONNA S.M. EIKO

**Violência Obstétrica, Gênero e Doulagem à luz da Humanização do Parto**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do Curso de Terapia Ocupacional, como cumprimento parcial das exigências para conclusão do curso.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Roberta Pereira Furtado da Rosa

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Neli Maria Castro de Almeida

**IFRJ- CAMPUS REALENGO**

**2º SEMESTRE/2020**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação.

Elaborada por Alane Elias Souza

Bibliotecária - CRB 7 n° 6321

E34 Eiko, Madonna S. M.

Violência Obstétrica, Gênero e Doulagem à luz da Humanização do Parto. /  
Madonna S. M. Eiko, 2020.  
50f. : il.

Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Terapia Ocupacional) –  
Instituto Federal do Rio de Janeiro, 2020.

Orientadora: Roberta Pereira Furtado da Rosa.

Co-orientadora: Neli Maria Castro de Almeida.

1. Violência Obstétrica. 2. Gênero. 3. Humanização do parto. 4.  
Sistema Único de Saúde. 5. Doulagem. I. Instituto Federal do Rio de Janeiro.  
Campus Realengo. II. Rosa, Roberta Pereira Furtado da. III. Almeida, Neli  
Maria Castro de. IV. Título.

COBIB/CReal

CDU 615.851.3

IFRJ – CAMPUS REALENGO

MADONNA S.M. EIKO

**Violência Obstétrica, Gênero e Doulagem à luz da Humanização do Parto**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à coordenação do  
Curso de Terapia Ocupacional,  
como cumprimento parcial das  
exigências para conclusão do curso.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2020  
Conceito: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Banca Examinadora

---

Profª Dra. Roberta Pereira Furtado da Rosa (Orientadora/IFRJ)

---

Profª Dra. Neli Maria Castro de Almeida (Coorientadora/IFRJ)

---

Profª Me. Naila Pereira Souza (Titular/IFRJ)

---

Profª Me. Mariana Morette Pan (Suplente/IFRJ)

---

Soraya Lares Longui (Doula e Educadora Física especialista em  
Psicomotricidade IBMR)

Dedico este trabalho à bisa Cândida Maria da Conceição, e à Raimunda Nonata e Eliata Alves. Solos ancestrais que honro e carrego comigo aqui agora, e até o fim dos tempos.

## AGRADECIMENTOS

Eu sou grato à grande mãe que sustenta a caminhada. À bisavó Cândida Maria da Conceição, cuja profissão de parteira em Luzilândia/ PI foi e continua sendo inspiração de vida. Às avós Eliata e Raimunda, solos ricos de matéria singular. À mãe Maria, pela luz, amor e aulas valiosas.

Eu agradeço a Andurá Hezain, Louis Oliver, Natacha Carvalho, Letícia Capichoni, Aleta Valente, MV Hemp, Gabi Luna, Joyce do Nascimento, Jéssica Reis, Ju Gonçalves, Andressa Monteiro, Gerbert Périssé, Sophi Saphirah, teias que teço com afeto.

Eu agradeço as professoras Roberta Rosa e Neli de Almeida, por estarem comigo nessa jornada, pelas escutas, pelo tempo e dedicação. Foram os melhores recursos que pude acessar.

Eu agradeço ao governo de Luís Inácio Lula da Silva por ter investido na educação pública, pois estou aqui graças a essa magnânima contribuição, com vínculos e conhecimentos valiosos através do IFRJ.

Eu agradeço a Fiocruz, a ENSP/ IFF e a Associação de Doulas ADoulasRJ pela iniciativa mais que necessária de criarem o curso profissionalizante de Doula, primeiro público, onde tive a honra de fazer parte da primeira turma e mergulhar no universo do parto até então de desconhecida profundidade.

Agradeço pelas trocas, afetos, provocações e conflitos dos encontros que surgiram. Até mesmo agradeço pelas adversidades que atravessaram esse percurso de graduação, dentro e fora da instituição de ensino. Foi um prazer inenarrável.

Eu agradeço por estar onde estou. Toda a trajetória até aqui. Agradeço pela existência de cada respiração e consciência de mim.

Hay que darle la vuelta al cuento que no cesan de contar: no son Príncipes azules los que nos pueden salvar, sino el dragón de la cueva que vive en cautividad

(É preciso inverter a estória que não param de contar: não são os príncipes encantados que podem nos salvar, e sim o dragão da caverna que vive em cativeiro).

Casilda Rodrigañez

## APRESENTAÇÃO

Neste trabalho foram considerados todos os recortes de existências de pessoas que gestam ou podem gestar: pessoas não binárias, homens transgêneros, além das mulheres cisgêneras, ou seja, pessoas que estão de acordo ou não com o gênero designado ao nascer. Visto que os fenômenos gestação, parto e nascimento atravessam todos os recortes de gênero, raça, etnia e classe social. Portanto devemos nos conectar com a diversidade e as diferenças que abrangem a vida.

Este estudo pactua com a ótica desbinarizada de gênero, visando o reconhecimento de todas as formas de existir no mundo, para além da normativa colonizada binária, homem/mulher, e dos papéis projetados para tais. Para isso, o estudo adota a linguagem neutra em sua composição, com neologismos neutros que dignificam pessoas no papel de gestante.

Desse modo as letras “e”, “u”, “o” foram postadas em algumas ocasiões a fim de contemplar a todes, metamorfoseando sentidos, trazendo uma narrativa sem o verbo da hegemonia masculina na escrita.

Com isso utilizamos palavras conhecidas sob a forma neutra, como parturiente/gestante, assim como corpa com útera, trazendo uma mudança de consciência para o significado das palavras, fazendo reverência ao protagonismo feminino no campo da ciência, levando em consideração que as mulheres negras e camponesas foram vítimas, mas também protagonistas da ginecologia e obstetrícia moderna que conhecemos hoje nos atendimentos clínicos e hospitalares que nos atravessam sob a égide do projeto de apagamento da nossa história intimamente relacionado ao patriarcado que nos conduziu para a desconexão com a própria corpa e com a humanidade, que é plural.

Com isso, a leitura deste estudo pode causar um estranhamento, mas se ampliarmos a cosmovisão vamos adentrar neste campo com mais fluidez.

Há limites para expressão/linguagem humana?

## RESUMO

Este estudo foi realizado através da manifestação do coração, gestado pelos caminhos que segui. Por incrível que pareça, foi um parto humanizado em pleno caos pandêmico de 2021. Neste manifesto reúnem-se momentos de lutas, trocas que tive com pessoas que gestaram, amigas, Doulas e mestras. Observando o cenário da atenção ao parto, percebemos diversos tipos de violência embutidas de forma sutil as corpos gestantes, que compreendem toda intervenção passada por profissionais da saúde é uma ajuda benéfica. A total entrega sem acesso a todas as informações necessárias pode levar ao desconhecimento e a usurpação do próprio processo de parir, seu protagonismo. A humanização do parto descrita neste trabalho contrapõe às “sutilezas” e “ajudas” naturalizadas, advindas de ações violentas historicamente construídas, tornando-se linhas de montagem da ciência moderna pautada no patriarcado. Parturiente que busca um rumo diferente do modelo tecnocrático, precisa ‘nadar contra a maré’ e acionar uma rede de apoio capaz de fazer valer sua autonomia. Perante a isso as perguntas que permeiam essa discussão são: Como as informações e as abordagens estão sendo transmitidas para parturientes nas redes pública e privada para que as escolhas sejam possíveis? Como a experiência da humanização do parto pode ser vivida em meio a epidemia que objetifica pessoas? O estudo tem como objetivo geral contribuir para a compreensão dos processos de violência obstétrica, tendo por referência às questões de gênero, patriarcado e Doulagem à luz dos preceitos das políticas públicas de humanização do parto e como objetivo específico refletir o cenário do parto com o foco na violência obstétrica (VO) a partir da experiência registrada em diários de campo da doulagem na cidade do Rio de Janeiro. É uma ocupação que atende gestantes através do cuidado contínuo no parto com suportes: informacional, emocional e físico durante a gestação, parto e puerpério. E, por fim, a doulagem e a humanização do parto surgem para zelar pelo bem-estar e respeito à autonomia da pessoa gestante, como também em resposta à violência obstétrica e suas iatrogenias presentes.

**Palavras-chave:** Violência Obstétrica (VO); Gênero; Humanização do parto; SUS; Doulagem.

## ABSTRACT

This essay was performed through the manifestation of the heart, gestated by the paths I followed. As incredible as it might seem, it was a humanized birth in this chaotic scene on the 2021 pandemic. This is a manifest that brings together moments of struggle, in shared with people who gave birth, friends, doulas (birthing support people), and teachers. Observing the scenario of childbirth care, we can perceive several forms of violence embedded in a subtle way to pregnant people, understanding all intervention received from health professionals as a form of help. The full trust without access relevant information may lead to disregard and usurpation of their own birth process, their protagonism. The humanization of childbirth described here comes against the constructed "subtleties", violent actions that have become naturalized, turn out assembly lines of modern Science, based on patriarchy. The pregnant person who seeks a different course from this technocratic model, needs to 'swim against the tide' and engage a support network to assure their autonomy. On that context, are issues which permeate this discussion: How the information and approaches are being transmitted to parturients in the public and private networks, in order to choices may be possible? How can the experience of humanizing childbirth might be lived in the midst of the epidemic that objectifies people? The purpose of this study contributed for their comprehension on cases of violence obstetric, taking into account the questions of gender and patriarchy on the light as concerns public politics of humanization in parturition and has as main objective ponder on the scenario of childbirth with focus on obstetric violence(OV) and through experience reports in the field of doulas in the city of Rio de Janeiro. A occupation performance that assists pregnant people's(cisgender or transgender) through continuous care in childbed, with support: informational, emotional and physical during pregnancy, childbirth and puerperium. And lastly, doulas and the humanization of birthing arise to ensure the welfare and respect for the pregnant people's autonomy, as well as in response to obstetric violence and its iatrogenic effects present in the current background.

**Keywords:** Humanization of Childbirth; Humanized Childbirth; SUS; doulas, Obstetric Violence (OV)

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo 1</b> .....	39
<b>Anexo 2</b> .....	43
<b>Anexo 3</b> .....	44
<b>Anexo 4</b> .....	45

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Anarcha Wescott cercada por Sims e outros algozes para mais uma intervenção. Lucy e Betsey espiam no canto à direita. (Litografia por Robert Thom. Fonte: LadoB ladobe.com.mx). ..... 24

**Figura 2** - Estátua de Sims removida do Central Park e realocada no cemitério no Brooklyn (Por Getty Images/ Spencer Platt. Fonte:Portal Geledés). ..... 25

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>18</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
<b>4. DISCUSSÕES .....</b>	<b>22</b>
4.1. A Cultura do Medo de Parir.....	22
4.2. Disputa pelo protagonismo, quem faz o parto?.....	28
4.3. Humanização do Parto e Doulagem.....	34
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>38</b>
<b>6. ANEXOS.....</b>	<b>39</b>
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>46</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Humanização é a ação de humanizar. Encontra raiz no latim *humanus* “de natureza humana, humanitária”, originário de terra, *humus* (VESCHI, 2019). O verbo humanizar tem o caráter de “tornar humano, dar condição humana, adquirir hábitos sociais polidos, civilizar”, tendo como sinônimos as palavras “afável”. Refere-se a um estado de coerência de valores, encontrando fundamento na dignidade humana (BORGES e WALDOW, 2011, p.415).

Constata-se que a espécie humana teve seu primeiro ponto de mutação quando hominídeos se separaram dos primatas, com a posição ereta e o desenvolvimento do córtex cerebral, que possibilitaram as primeiras conquistas tecnológicas cada vez mais complexas e individualizadas, desde a pré-história até a civilização urbana/industrial. Boff e Muraro afirmam que:

Em todas essas etapas emerge simultaneamente a espiritualidade, a capacidade de o ser humano entender-se no conjunto dos seres e decifrar o elo que o liga e religa ao universo e à fonte originária de todo ser. (2002, p.9-10)

O parto é o evento mais antigo e complexo da humanidade. Nele contempla três grandes temas: vida, morte e sexualidade. É o marco que reverbera em todo o aspecto biopsicossocial da vida de quem gesta e de quem nasce.

Ainda que a raça humana tenha se diferenciado das outras espécies mamíferas pela fisiologia corporal, com destaque ao novo córtex, é no decorrer do trabalho de parto, momento que anuncia a chegada de parir, que observamos a aproximação estreita com o aspecto mamífero e selvagem, através de uma série de modificações fisiológicas, como as descargas hormonais e as sobrecargas emocionais, e com a predominância do sistema límbico, animal, existente no fenômeno natural do parir.

Para que possamos observar este estado alterado de consciência, precisamos dar prioridade em “mamiferizar o parto” (ODENT, 2016) de forma a alinhar os fatores ambientais, emocionais e físicos do trabalho de parto, principalmente no período expulsivo (SILVA, SHIMO, 2017).

Estudos científicos discutem sobre como o fator ambiental influencia no processo de trabalho de parto. Esse ambiente sofreu modificação com o transcorrer do tempo. No Brasil até o final do século XIX, o parto era

predominantemente um evento privado, afetuoso, feito em casa entre familiares, assistido por Parteira e Doula, esta ocupação já existia, embora não recebesse esse título na época.

Com o avanço da ci(s)ência, a ambiência do parto tomou outro rumo correspondente à sociedade moderno-urbana, com novos atores, desconhecidos do cotidiano de quem gesta, de caráter social, junto com usuáries com demandas diferentes dividindo o mesmo espaço. Pensando na necessidade de preservar um local exclusivo para parir, Le Masson fez um discurso precursor relacionando também a implementação de cursos para formação de parteiras. De acordo com Maria Lúcia Mott:

Em 1832, o cirurgião prussiano Le Masson apresentou um projeto defendendo a fundação de uma maternidade no Rio de Janeiro, onde seria estabelecido um curso de parteiras. [...] A proposta de um local especial para nascimento de bebês era inovadora, não apenas no Brasil, como também na Europa, visto que, até o final do século XVIII, as (os) parturientes pobres eram atendidas (os) em hospitais e asilos que acolhiam todo tipo de doentes. O projeto de Le Masson não foi para frente, como também não tiveram sucesso as propostas feitas posteriormente de criação de clínicas especiais para o ensino prático de Obstetrícia aos alunos de Medicina (2002, p. 199).

Em 1879 foi inaugurada a clínica de partos no Rio de Janeiro, após a reforma Leôncio de Carvalho. (MOTT, 2002). Em 1894 criaram leitos obstétricos na Maternidade São Paulo, onde partos normais eram assistidos por parteiras e os de alto risco por médicos. (LEISTER, RIESCO, 2013). Esta mudança trouxe novos hábitos no cuidado da saúde.

Segundo Maldonato (2002) *apud* Vendrúscolo, Krueel (2016) a cirurgia cesariana e a medicalização do parto e nascimento tiveram início no século XVII, nos países europeus, com o uso da anestesia para realização da cesárea. Conforme Palharini e Figueirôa (2018, p. 2) a medicalização “estabeleceu-se de fato no século XX, após haver passado por diversas fases e em meio a contextos complexos, como o período pós Segunda Guerra Mundial e a própria profissionalização da ciência e da medicina”.

A institucionalização do parto trouxe a cesariana, uma cirurgia bem indicada quando existe a real necessidade para acontecer, pois há riscos de morbimortalidade do binômio, e outras complicações ao longo da vida. Por isso no documento *Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento* (1996) a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizou 10-15,0% como taxa

máxima de cirurgias cesarianas em todos os setores da saúde (RAMOS ET AL., 2006).

Atualmente o Brasil tem o desprazer de apresentar um dos recordes mundiais de taxa de cirurgia cesariana, com o percentual de 57% em 2018. Segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) relativos aos nascimentos em 2016 apontam que 55,4% do total de nascidos vivos no Brasil o foram através de cirurgia cesariana (GUEDES, 2018).

Isto é um negacionismo<sup>1</sup> as recomendações da OMS. Este marcador deflagra a epidemia oculta no país, no qual o nível elevado de cesarianas não está relacionado diretamente com a redução da morbimortalidade do binômio parturiente-bebê. Estimativas mundiais indicam que o custo de cirurgias cesarianas desnecessárias em 137 países é de aproximadamente 2,32 bilhões de dólares (ENTRINGER ET AL, 2018). Sendo assim, a cesárea tornou-se uma prática mercadológica lucrativa, vista como a melhor opção de parir, onde a sociedade moderna produz o veneno e vende o antídoto.

Em meio a esse cenário obstétrico, predominam-se intervenções violentas cronificadas como parte do protocolo para gestantes de risco habitual<sup>2</sup>, como o uso de episiotomia, kristeller e ocitocina sintética ou a cirurgia cesariana pré-agendada no setor privado (AQUINO, 2014). Evidenciando um modelo tecnocrático recheado de desinformação no pré-natal, no parto e no puerpério, com a fragilidade de redes e de gestão, o sucateamento dos serviços, a menor prevalência de boas práticas, o racismo e a transfobia.

O conceito humanização tem ocupado um lugar de destaque na literatura científica da saúde nas últimas décadas, é de suma importância ressaltarmos esse tema, que se estende com a incorporação nas políticas

---

<sup>1</sup> O termo “negacionismo” se refere a escolha de negar a realidade, rejeitar conceitos incontestáveis.

<sup>2</sup> Toda gravidez é um risco por conter a probabilidade de algum tipo de perigo/ameaça à vida, ou seja, a morbimortalidade atrelada ao binômio. O risco fundamenta-se em gradientes de necessidade de cuidados mínimos para as pessoas com menor probabilidade de adoecer/sofrer danos/morrer, classificadas como de baixo risco ou risco habitual e os cuidados de maior complexidade para pessoas que tenham maior propensão de agravos ou morbidades. Para mais informações acessar:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)

públicas, como a Política Nacional de Humanização<sup>3</sup> (2003) e a Rede Cegonha<sup>4</sup>(2011). São estratégias que visam a qualidade no atendimento, prezando pelo bem-estar e segurança.

A doulagem é uma estratégia de humanização do parto reconhecida na esfera científica no final da década de 70, nos estudos clínicos de Klaus et al, Sosa et al. e Kennell et al<sup>5</sup>. E nas lutas políticas de um novo modelo de atenção, com a inserção dessa categoria, a fim de diminuir as taxas de morbimortalidade do binômio, de cesárea e de medicamentos, reduzir o tempo de trabalho de parto de forma não farmacológica, proporcionando cuidado contínuo e conforto. No entanto, esta categoria ainda não é reconhecida como profissão, constando na Classificação Brasileira de Ocupações desde 2013, e com respaldo da Lei Estadual nº 7.314, de 15 de junho de 2016, que permite a presença de Doula dentro dos espaços públicos e privados de saúde atuando a partir da solicitação de parturiente.

A doulagem se pauta na humanização do parto, sendo parte integrante da assistência humanizada, presta o cuidado contínuo, ofertando suporte físico, emocional e informacional durante o ciclo gestacional e puerperal, sem que haja tutela e/ou empréstimos de desejos. A presença da doulagem consta nas recomendações da OMS e do Ministério da Saúde.

A prática da doulagem em si faz oposição ao modelo hegemônico tecnocrático que desempenha o papel de objetificar parturientes, com práticas pautadas no negacionismo de evidências científicas, anulando o protagonismo de quem gesta, transformando um lugar que deveria zelar pelo cuidado e segurança em um espaço permeado de necropolítica<sup>6</sup> nos atendimentos durante o pré-natal, parto e puerpério.

---

<sup>3</sup> Conhecida também como HumanizaSUS, elaborado em 2003 pelo Ministério da Saúde, para mais informações acessar:

[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)

<sup>4</sup> Para informações sobre a Rede Cegonha acessar: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/rede-cegonha>.

<sup>5</sup> Para leitura dos estudos clínicos - klaus: Efeitos do suporte social durante o parto sobre a morbidade materna e infantil. DOI: 10.1136/bmj.293.6547.585.

Kennell: Suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto no Hospital dos EUA. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2013951/>.

<sup>6</sup> Conceito criado por A. Mbembe no ensaio Necropolitics (2003) para designar a expressão máxima do poder soberano que dita quem pode viver e quem deve morrer. Para mais informações no site: <https://www.procomum.org/wp-content/uploads/2019/04/necropolitica.pdf>.

## 2. OBJETIVO

**Objetivo geral:** Refletir sobre a compreensão dos processos de violência obstétrica, tendo por referência às questões de gênero, patriarcado e a Doulagem à luz dos preceitos das políticas públicas de humanização do parto.

**Objetivo específico:** Refletir o cenário do parto com o foco na violência obstétrica (VO) a partir da experiência registrada em diários de campo da doulagem na cidade do Rio de Janeiro.

### 3. METODOLOGIA

O presente estudo de natureza qualitativa se desenvolveu a partir dos relatos pessoais referentes ao diário de campo da doulagem na cidade do Rio de Janeiro, tendo por referência às questões de gênero, patriarcado e a Doulagem à luz dos preceitos das políticas públicas de humanização do parto.

O movimento de registrar acontecimentos nos possibilita a investigação do objeto de pesquisa de forma intimista, a observação por uma ótica particular de experiências num determinado contexto/ processo, tornando o diário de campo um instrumento de caráter descritivo e analítico sobre os acontecimentos daquilo que Bogdan e Biklen (1994) *apud* Roesse et al. (2006, p.1) descrevem como “uma forma de diálogo com o cotidiano do investigador”.

O contato consciente com o cenário obstétrico se deu através do curso de profissionalização de Doula na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz em parceria com a Associação de Doulas do Rio de Janeiro (ADoulasRJ). A aproximação do parto complementou com o estágio (2019) do curso, que aconteceu em duas maternidades da rede pública e no banco de leite do Instituto Fernandes Figueira (IFF) com preceptoras Doulas.

É importante ressaltar que mesmo tendo experiências de estágio, os relatos utilizados neste trabalho foram após a formatura do curso, atuando no campo da doulagem de forma autônoma. O que se diferenciou das experiências sob o amparo institucional, onde se pôde observar a realidade de outro ângulo, com maior visibilidade da V.O.

Perante as perguntas: Como as informações e as abordagens estão sendo transmitidas para parturientes nas redes pública e privada para que as escolhas sejam possíveis? Como a experiência da humanização do parto pode ser vivida em meio a epidemia que objetifica pessoas?

Buscou-se construir um diálogo entre as práticas da doulagem na humanização do parto e um convite para a inserção da Terapia Ocupacional nesse cenário, pois é uma profissão que atua com base na autonomia de sujeitos em seus contextos de vida.

Este trabalho se fundamentou nos movimentos ativistas do parto humanizado, das políticas e legislações de humanização do parto do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, e com artigos nas bases de

dados Scielo, na pesquisa Nascer no Brasil e em livros, desde o período de maio de 2019 a junho de 2021, com as palavras-chave: Violência Obstétrica (VO), Gênero, Humanização do parto; SUS; Doulagem.

A descoberta da existência da categoria Doula se deu através da academia, fazer o recorte do lugar é importante, pois o conhecimento que conseguimos acessar está relacionado com o espaço que transitamos e a conexão com pessoas. Após esta descoberta partiu a vontade de mergulhar nesse universo 'oculto', e em 2018 a Escola Politécnica Joaquim Venâncio abriu o curso e não hesitei em realizar a inscrição.

No IFRJ a temática sobre a sexualidade, parto, nascimento sempre atravessavam o cotidiano institucional, onde deparamos com a presença de estudantes que levava seus bebês/crianças buscando atender a demanda dupla, nem sempre obtendo êxito do diploma, já que este cuidado é uma ocupação que deflagra a desigualdade social imposta pelo patriarcado. O desamparo se estende nas esferas do ensino pela falta de um suporte adequado ao binômio, como a implantação de creche a campi universitários, e profissionais capacidades para lidar com esta demanda a fim de evitar evasão e reduzir a desigualdade.

A experiência acadêmica de Terapia Ocupacional se aproximou do cenário obstétrico a partir da atuação como estagiária no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Terapeuta Ocupacional em conjunto com a enfermeira da Clínica da Família no consultório saúde da mulher, onde atendemos uma gestante de 39 semanas com um bebê de colo nos pedindo para ser internada para parir. Ela foi orientada esperar o trabalho de parto acontecer naturalmente e realizamos Shantala no bebê que chorava com cólica, pondo em prática o que foi aprendido em sala de aula. Foi a partir daí que me atentei para a importância da aproximação da Terapia Ocupacional no contato com gestantes junto a equipe multidisciplinar para compreender e atuar de forma mais consciente, assim como em todas as categorias profissionais e sociedade. É preciso ampliar o olhar para este contexto de vida.

A graduação também contribuiu para a identificação dos mecanismos que limitam a condição de vida e saúde de sujeitos, tal como a violência estrutural que gera rupturas nas relações. Com a entrada no projeto de extensão Vivências Femininas: Rede de enfrentamento à violência contra a

mulher no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no CRAS da zona oeste do município do Rio de Janeiro (2013) trazia a proposta do apoio matricial para mulheres (maioria negra e todas cisgêneras) através do reconhecimento da violência no cotidiano e da garantia de direitos. No projeto de extensão Encontros em torno da prisão e da experiência carcerária: trocas, afetos e reflexões na área do Complexo Penitenciário do Gericinó (2016), percebeu-se o atravessamento da violência de gênero marcada duplamente em mulheres cis/trans no aprisionamento: pelo gênero somado ao delito cometido ou pelo gênero somando ao suporte básico que fornece devido a carência do sistema carcerário. Vale falar que as visitas eram formadas majoritariamente por mulheres negras, que também são aprisionadas do lado de fora pelo sistema. E comumente se visitavam homens. As mulheres aprisionadas (maioria negra, com baixa escolaridade e mães) raramente receberam visitas enquanto participei do projeto. Nestes dois projetos foi percebido como a relação do patriarcado e do racismo se manifestam em diferentes esferas do cotidiano.

As atividades curriculares e extracurriculares contribuíram para o entendimento das relações de poder impostas ao gênero e a corpa com útera, e aos papéis designados femininos, direcionando o olhar para os processos de ruptura de vínculo que a violência causa. De forma direta ou indireta a violência se tornou um eixo central das relações, ainda mais vulneráveis em corpos negras, periféricas e transgêneres.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1. A Cultura do Medo de Parir

*Tenho medo da dor e da violência obstétrica.* Esta frase é um fragmento do diário (Ver Anexo 1) que mostra a preocupação da gestante com o futuro próximo, o trabalho de parto.

No Brasil temos a cultura do parto normal atrelada à dor insuportável e passível de violência obstétrica por parte de profissionais, gerando maus desfechos, onde fica evidente a desarticulação entre o trabalho realizado no pré-natal e o parto, sem garantia ao direito à informação, negligência e demoras no atendimento, desrespeito ao protagonismo/autonomia de gestantes (AQUINO, 2014).

A dor é um fator inseparável no parir. A ênfase da cultura do medo da dor se intensifica com a mídia que patrocina a exposição nas telas de parturientes sofrendo com a dor do parto, geralmente com gestantes em posição litotômica/ginecológica, ocultando o sofrimento marcado pela violência na assistência, trauma físico/psicológico que perdura durante toda a vida. De acordo com o relato da Doula Erica de Paula no filme *O Renascimento do Parto* (CHAUVET, 2013):

[...] se a gente pegar os depoimentos traumatizantes das mulheres (homens / não binários) que sofreram no parto, a gente vai perceber que a grande maioria dos relatos vão se referir aos maus tratos que elas (eles/elus) sofreram lá, as intervenções desnecessárias e não ao parto em si.

As intervenções desnecessárias são sinônimas ao termo Violência Obstétrica (VO), reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2014, como um problema que afeta diretamente o binômio parturiente e bebê. (LANSKY ET AL, 2019) A OMS reconheceu esse crime neste período, no entanto a V.O vem acontecendo há priscas eras, por isso a importância de expor evidências, realizar estudos científicos, relatos, denúncias e militância para que tenhamos políticas humanizadas cada vez mais efetivas e amplas. A OMS apud Conselho Nacional de Saúde (CNS) configura-se como V.O a:

[...] apropriação do corpo da mulher (homem trans/ não binária) e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde, na forma de um tratamento desumanizado, medicação abusiva ou patologização dos processos naturais, reduzindo a autonomia da (do/du) paciente e a capacidade de tomar suas próprias decisões livremente sobre seu

corpo e sua sexualidade, o que tem consequências negativas em sua qualidade de vida. (CNS, 2019, p.1)

A violência de gênero e obstétrica está relacionada a usurpação das parteiras, que conforme Maldonato (2002) *apud* Vendrúscolo & Kruehl (2016), nos meados do século XVI e início do século XVII surgiu a figura do médico na assistência ao parto. A exclusão de mulheres na medicina e na saúde tornou o espaço privilegiado aos homens cis branco.

Essa perseguição é retratada no período de caça às bruxas (séculos XIV a XVII), unindo a religião católica, a medicina e a transição capitalista com a propriedade privada pelo fenômeno de “cercamentos” dos feudos (NASCIMENTO, 2018), impactando na vida das mulheres e suas ocupações, como a da Parteira, que representava o saber oculto da arte de partejar, sendo uma afronta para o autoritarismo da influência religiosa. A violência obstétrica expressa no parto pode ser vista sob a égide do dogmatismo religioso no qual dever-se-ia sofrer a expiação do pecado original, embutido nos dizeres “Parirás com dor”, que foram aplicados massivamente em mulheres negras, ao quais as negações de analgesia e do protagonismo se iniciaram com a escravidão e permanecem até hoje em nossa cultura.

O medo de parir se torna legítimo se considerarmos a influência religiosa e o contexto histórico escravocrata da obstetrícia e ginecologia com acontecimentos que causaram este sentimento na corpa, principalmente das pessoas negras, periféricas e transgêneras.

A medicina e seus avanços são necessários à vida, entretanto os paradigmas construídos desde o princípio da profissão deflagram a escassez de humanização no atendimento, legitimando explorações. Destacamos a pesquisa de Wall (2006) *apud* Martín (2018) sobre James Marion Sims considerado ‘o pai da ginecologia moderna’, cujo trabalho realizado no século XIX é transmitido e aplicado até hoje.

A narrativa hegemônica em saúde nos convence das benesses do avanço da ciência, manifestada em intervenções e instrumentos, por vezes sem ter uma real aproximação com a origem das coisas, da história por trás delas, a exemplo do espécuro de Sims, cuja função é dilatar as paredes vaginais para observação como um procedimento ginecológico habitual. Por mais funcional que seja este instrumento, o uso pode ser feito de forma

invasiva, e não obter um resultado significativo por não se encontrar alinhado com a saúde integrada. (MARTÍN, 2018, p. 38). Este invento apresentado em consultas ginecológicas é originado de um abuso. Sims escravizou mulheres pobres, negras e camponesas no Alabama em 1845, para realizar experimentos médicos sem consentimento e sem anestesia.

Anarcha, Lucy e Betsey afro-americanas e mais outras mulheres permaneceram aproximadamente cinco anos sendo torturadas no hospital construído pelo algoz. Anarcha Wescott foi o caso mais emblemático, desde os seus 17 anos passou por média de trinta operações, numa delas, “um parto de setenta e duas horas, com fístula vesico-vaginal /reto vaginal em decorrência do mau uso de fórceps por Sims” (MARTÍN, 2018, p. 37-38). Sem a presença das “mães” ocultas e do empréstimo não autorizado de suas corpos, a ginecologia moderna que conhecemos não existiria. A mãe da ginecologia é uma mulher negra chamada Anarcha.



**Figura 1** - Anarcha Wescott cercada por Sims e outros algozes para mais uma intervenção. Lucy e Betsey espiam no canto à direita. (Litografia por Robert Thom. Fonte: LadoB ladobe.com.mx).

Os movimentos feministas e grupos anticolonialistas contribuem com as mudanças desses paradigmas da ciência moderna, centrado em críticas e ações expressas nas denúncias de violências predominantes (BANDEIRA, 2008). Uma das ações públicas foi realizada na manhã do dia 17 de abril de 2018 com a derrubada da estátua do médico Sims, aprovado pelo comitê que

revisa monumentos históricos, este granito ficava exposto em frente a Academia de Medicina de Nova York durante 84 anos (GELEDÉS, 2018).

A seguir, a foto da estátua de Sims, relacionada às práticas misógina e racista sendo retirada, como uma forma de reparação histórica do sofrimento da mulher negra.



**Figura 2** - Estátua de Sims removida do Central Park e realocada no cemitério no Brooklyn (Por Getty Images/ Spencer Platt. Fonte:Portal Geledés).

É preciso enaltecer e se revoltar com a história das vítimas que foram violadas “em nome da ciência” e observar que a medicina ocidental contribuiu acentuadamente para a disseminação da misoginia, racismo e transfobia que encontramos hoje. A história que elas passaram continua sendo repetida sob a mesma ótica de falta de ética, manifestada no medo que mulheres cisgêneras e pessoas com útero têm.

Afinal é mais comum do que se imagina sair com dúvida e quiçá violentada/e/o de um atendimento clínico, onde por vezes não há espaço para entender o procedimento, o porquê deste e sem a devida permissão para intervirem ou até mesmo a negação de atendimento ginecológico/obstétrico como no caso de homens trans e não binários transmasculinos, que perdem o direito básico à saúde devido a transfobia estrutural, sendo o Brasil o país mata

peças transgêneras, segundo os dados divulgados no final do ano de 2016 pela ONG *Transgender Europe*<sup>7</sup>.

A objetificação manifesta-se ainda em protocolos hospitalares com a mutilação da corpa intersexo<sup>8</sup>. Uma questão que precisa ser discutida no pré-natal com parturientes, pois e se fosse revelado que o bebê não tem uma genitália correspondente a gênero específico? Segundo a ONU, existem mais de 40 tipos de intersexualidade/cromossomas para além do XX ou XY definidos como os padrões normativos para designar um gênero dentro da lógica binária (homem ou mulher). Presente em 1,7% de recém-nascidos estima-se que no Brasil existam 167 mil pessoas intersexuais. A mutilação genital sob o diagnóstico de “genitália ambígua” é justificada como “adequação” e tratada como uma “urgência biológica e social” pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2003; Guimarães, 2014).

Outra forma de violência de gênero e sexual está presente na cultura do estupro, a marca extrema da objetificação da corpa. Segundo o 15º Anuário de Segurança Pública<sup>9</sup> registrou 60.460 vítimas em 2020, onde a maioria eram crianças até 13 anos (60,6%) e mulheres cis (86,9%). Esses números se referem apenas as ocorrências registradas. O agressor geralmente é um conhecido (85,2% dos casos). Por mais que lutemos pela garantia dos direitos conquistados, ainda prevalece a ideia de que o homem pode possuir uma corpa sem autorização, e as informações do crime são omitidas ou distorcidas em favor do abusador. Esta pauta tem ganhado cada vez mais visibilidade nas redes sociais, sendo importante denunciar, mesmo que ainda seja considerado como um crime tolerável por autoridades, também há redes de acolhimento e movimentos políticos competentes.

Na nossa sociedade o caráter mestiço do povo brasileiro é enfatizado como uma “fusão democrática ou harmoniosa de sangues e raças” o que na

---

<sup>7</sup> Para mais informações acessar: <https://tgeu.org/about-us/> e [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo\\_Saude\\_de\\_Transsexuais\\_e\\_Travestis\\_SMS\\_Sao\\_Paulo\\_3\\_de\\_Julho\\_2020.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transsexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf).

<sup>8</sup> Termo usado para designar pessoas que nascem com órgãos sexuais distintos do que é aceito na sociedade: homem com pênis e mulher com vulva. Para mais informações acessar o artigo: Intersexualidade: entre saberes e intervenções de Paula Gaudenzi.

<sup>9</sup> Para mais informações acessar: <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>

realidade é estupro, abuso sexual à corpos negros por homens brancos, sob o aval da estrutura social e cristã, que normalizou o crime, inserindo-o na “categoria dos crimes legais” (NASCIMENTO, 2019, P. 266). Sendo considerada uma política de embranquecimento da população brasileira.

Vera Daisy Barcellos *apud* Abdias Nascimento (2019) publicou o título “Mulher Negra” (1978), onde afirma:

Se a mulher branca sofre em sua condição de mulher numa sociedade predominantemente patriarcal, a mulher negra tem um outro componente que a torna mais discriminada ainda: a cor. Duplamente rejeitada. [...] Da ama de leite, da menina do recado, da mulher que o branco da casa grande usava quando queria. [...] No entanto, praticamente nada mudou; e nem poderia mudar, uma vez que não se modificaram os modos e os meios de produção. (NASCIMENTO, 2019, P. 265)

O aborto<sup>10</sup> clandestino é uma questão de saúde pública relacionada ao índice elevado de morbimortalidade de parturiente. Conforme o Supremo Tribunal Federal decidiu (2012) o aborto é considerado legal nos casos de risco à vida de gestante, estupro e anencefalia fetal, no entanto nem todos os dispositivos e profissionais têm capacidade para dar um suporte adequado. O aborto também tem cor. A taxa é mais elevada em gestantes de baixa escolaridade. O estudo sócio demográfico de Guerra et al (2010) sobre o abortamento no Brasil mostrou que o abortamento provocado e o espontâneo tem maior incidência em gestantes de pele não branca, assim como maior frequência em gestante que já pariram e nasce/a/o vive/a/o. A pesquisa ainda aponta maior constância em gestantes que tem uma relação conjugal e com baixa escolaridade. O Estado do Rio de Janeiro apresentou o maior índice de abortamento induzido (6,5%). Este é o cenário que vivemos na saúde, completamente desconectado da realidade.

Com isso a sociedade se relaciona com outro fator violento: a gravidez compulsória, ou seja, quando existe uma obrigatoriedade de parir, mesmo estando acompanhada/casada. Gilberta Soares considera que:

Historicamente, a sexualidade feminina foi dirigida para fins reprodutivos, sendo normatizada através dos dispositivos da heteronormatividade. Para empreender o projeto de controle da sexualidade foram adotados vários mecanismos de disciplinamento dos corpos das mulheres, como a castidade e o tabu da virgindade, a proibição da masturbação, a medicalização dos sintomas da insatisfação com a opressão de gênero. (SOARES, 2010, p. 1-2)

---

<sup>10</sup> Para mais informações: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/AbortoLegal%20\(5\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/AbortoLegal%20(5).pdf)

#### 4.2. Disputa pelo protagonismo, quem faz o parto?

*No atendimento de doulagem, a gestante de 26 semanas compartilhou a consulta que teve com seu obstetra no pré-natal em julho de 2020, no qual ele a respondeu que só faria parto normal dessa forma: ou com manobra de Kristeller ou com episiotomia, um ou outro, se não fosse dessa forma pra ele não funcionaria. Disse ainda que só poderia assisti-la até no máximo 39 semanas, que tinha que parir, pois placenta velha não alimenta. (Anexo 2)*

Esta frase foi dita por um médico obstetra da rede privada, que assegurou pactuar com o parto humanizado. Neste período A. primípara, ou seja, primeira gestação da parturiente, iniciava seus estudos sobre o parto quando disse ao obstetra que desejaria colocar no seu plano de parto a recusa da manobra de Kristeller e da episiotomia. diante desse *modus operandi patriarcal colonial racista, cisnormativo e positivista* do obstetra, A. optou por romper o vínculo com ele e contratar uma Doule.

O obstetra considerou a manobra de Kristeller como uma das formas “humanizadas” de “abreviar” a dor do parto. Consiste na pressão sobre o fundo uterino durante o período do expulsivo, em concomitância com as contrações uterinas, com a finalidade de “ajudar o trabalho de parto (TP)”, descrito pelo médico alemão Samuel Kristeller em 1867.

De acordo com os dados da pesquisa *Nascer no Brasil* (LEAL et al., 2014), a manobra de Kristeller foi executada em 36,1%, ou seja, cerca de 1/3 de parturientes que sofreram essa V.O. É uma intervenção geralmente não documentada no prontuário, por estar associada a danos ao binômio e ser passível de processos médico-legais. Apesar disto, a prática continua sendo transmitida no ensino de profissionais e executada nas maternidades deliberadamente, sem a evidência de abreviar o TP no período expulsivo.

No entanto tivemos este avanço aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem, (COFEN) nº 489/2019, o Conselho Regional do Rio de Janeiro considerou que:

[...] a manobra de Kristeller, no trabalho de parto não deve ser realizada por ser considerada uma violência obstétrica, segundo as organizações civis de mulheres e apoiadores das políticas de humanização do parto e nascimento, associadas às evidências científicas que demonstram ser a manobra de Kristeller ineficiente e danosa a saúde materna e neonatal. (p.186)

Já o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) afirma na resolução nº 293/2019:

A manobra de Kristeller muitas vezes está equivocadamente classificada como violência obstétrica e como “proscrita”. Não há qualquer evidência científica de que não deva ser utilizada em situações necessárias. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO ratificou a manobra de Kristeller para situações necessárias e excepcionais. (p.5)

A manobra ineficaz é contraindicada nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, do Ministério da Saúde (2017, p.26) Essa diretriz afirma que “A manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto”. Este procedimento não apareceu de forma isolada na fala do médico, encontrando-se intimamente ligada a outra técnica que ele considerou funcional: a episiotomia.

A episiotomia, popularmente conhecida como corte no períneo, é um procedimento cirúrgico de rotina, defendido com a intenção de ‘preservar o assoalho pélvico’, no entanto este argumento não encontra sustentação visto que a própria episiotomia provoca uma laceração de segundo grau, atingindo o músculo. Conforme o Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, na postagem sobre Principais Questões sobre Boas Práticas no 3º e 4º períodos do Trabalho de parto<sup>11</sup> (2020), os traumas e lacerações no períneo são classificadas em 1º, 2º, 3º e 4º graus, de acordo com a área lesionada. Constatou-se que em parturientes que não receberam a episiotomia, as lacerações foram poucas ou até mesmo nulas, com o períneo preservado.

A pesquisa *Nascer no Brasil* (LEAL et al., 2014) realizada entre 2011 e 2012, teve como objetivo analisar as intervenções no parto entre gestantes de risco habitual em diferentes lugares do país, com a amostra de 23.940 gestantes. Neste estudo identificou-se que 56,1% de gestantes do grupo de risco obstétrico habitual por parto via vaginal, 53,5% receberam episiotomia no parto. Percentual bem elevado do que a OMS recomenda: 10%. Verificou-se com essa análise, que mais da metade passou pela episiotomia e que um/a/e a cada quatro gestantes, sofreram algum tipo de violência obstétrica. Ainda sobre a episiotomia Diniz descreve:

No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e

---

<sup>11</sup> Correspondem ao período do nascimento até a expulsão da placenta e membranas.

levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada “cascata de procedimentos” (Mold & Stein, 1986). No Brasil, aí se incluem como rotina a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia), e em muitos serviços como os hospitais-escola, a extração do bebê com fórceps nas primíparas. Este é o modelo aplicado à maioria das pacientes do SUS hoje em dia. Para a maioria das mulheres do setor privado, esse sofrimento pode ser prevenido, por meio de uma cesárea eletiva. (2005, p. 3)

A litotomia ou posição ginecológica é a posição horizontal no parto ou de procedimento ginecológico, e está intimamente relacionada a episiotomia, por facilitar a manipulação médica, do “fazer o parto”. Esta posição traz o índice de 91,7% de frequência, o que vai em oposição as evidências que recomendam posições verticalizadas. O Ministério da Saúde recomenda que a pessoa deve ser encorajada a adotar a posição que se sentir confortável, cabendo a equipe respeitar a autonomia (BRASIL, 2003).

Dentre as intervenções medicamentosas de rotina durante o trabalho de parto (TP) está a ocitocina sintética, realizada em 38,2% de gestantes de risco habitual e mais frequente em parturientes do SUS e de menor escolaridade. Nesses grupos foi notado que o uso de analgesia foi menor (LEAL et al., 2014). Vale ressaltar aqui o racismo estrutural de acordo com o estudo, que não aponta diretamente essa evidência, contudo sabe-se que a menor escolaridade se encontra na população negra, e paira a crença de maior resistência a dor.

A ocitocina sintética traz como argumento acelerar o trabalho de parto com o aumento das contrações uterinas, para corrigir distocia e evitar hemorragia no pós-parto. O uso de rotina pode gerar consequências como taquissístolia uterina e comprometimento da frequência cardíaca fetal (MAESTRE et al., 2016). O uso ainda aumenta a probabilidade de uma cirurgia cesariana, pois lança luz aos processos definidos como “efeito cascata”. (DINIZ, CHACHAM, 2006) devido aos efeitos da ocitocina, que altera o ritmo da fisiologia, intensificando a dor e frequência das contrações, porém não está diretamente relacionada com o progresso da dilatação, e isso leva ao uso de outra intervenção, a analgesia raqui/ peridural/ epidural, onde 30% de parturientes receberam da pesquisa *Nascer no Brasil*.

Sobre a distocia de progressão do parto, ou seja, a questão do tempo de duração prolongada que se estipulam como anormal, mas afinal existe hora

certa para nascer? A distocia é um fator priorizado para a indução da cesárea desnecessária, que se procede com a cascata de intervenções, como por exemplo:

A amniotomia consiste na ruptura da membrana que envolve o bebê com a justificativa de acelerar o tempo do TP, sendo realizadas 40,7% de gestantes de risco habitual (LEAL et al., 2014). De acordo com Borgonove (2015) não há evidência científica que o rompimento da bolsa acelere o TP.

O cateter venoso periférico, um procedimento invasivo utilizado para a administração de medicações, fluidos e nutrientes, é considerado comum, apresentando a prevalência elevada de 73,8% em gestantes de risco habitual (LEAL et al., 2014).

A analgesia raqui/peridural/epidural é um tipo de anestesia que bloqueia a dor nos níveis sensorial e motor das regiões abdominal, pernas e costas. No estudo prospectivo de amostragem por conveniência realizado com 110 parturientes primigestas entre 20 e 40 anos, de gestação igual ou maior a 37 semanas, na fase ativa do TP, com 3-4 cm de dilatação, foi observado com a Escala de Avaliação Numérica (EAN), onde 0 indica ausência de dor e 10 o nível extremo da dor, que em parturientes com escore de dor igual ou acima de 6, foram administradas até 8mL, verificando-se que a peridural é ineficaz em caso de persistência da dor significativa (escore acima de 5) após a dosagem máxima, assim como também mostrou que não houve diferença significativa na duração do TP (YEE et al., 2016).

Segundo Diniz afirma:

A dor do parto é em grande medida iatrogênica, amplificada por rotinas como a imobilização, o uso abusivo de ocitócitos, a manobra de Kristeller, a episiotomia e a episiorrafia, entre outras. Por isso a experiência, para profissional, de infligir esses procedimentos dolorosos, e para parturiente de submeter-se a eles, é muito diferente com e sem a peridural. E suportar a dor da paciente, provocada pelos procedimentos que ele pratica pode ser uma experiência muito penosa também para o profissional. A ponto de, em um estudo recente, a disponibilidade da anestesia peridural ser considerada pelos médicos o fator mais importante na lista de “boas condições de trabalho do obstetra” (2005, p.9).

O jejum no TP é uma intervenção sem evidências científicas, sendo justificada como uma forma de prevenir caso precise de uma cirurgia, no entanto o Guia Prático de Assistência ao Parto Normal da OMS (1996) já se recomendava a ingestão de alimentos durante o TP.

A tricotomia, que é a raspagem dos pelos pubianos, é uma prática sem evidência científica que faz parte do protocolo hospitalar, e da crença de uma possível infecção, descartando a importância do contato com a microbiota vaginal para o desenvolvimento do sistema imunológico.

A questão da intervenção sobre o tempo, visando a abreviação do parto também se encontra no clampeamento e corte do cordão umbilical. Uma das práticas mais realizadas, Borgonove *apud* Portal de Boas Práticas afirma:

[...] atualmente não há evidências que sustentem o clampeamento imediato se não houver necessidade de reanimação neonatal ou outra contraindicação, como por exemplo o rompimento do cordão. Ele deve ser clampeado entre um e cinco minutos após o nascimento ou após cessar a pulsação. (2020, p.1)

Em alguns casos, o cordão é clampeado precocemente quando o sangue é coletado para ser enviado aos bancos de sangue de cordão umbilical (uma prática sem suporte científico, quando feita para uso individual). (VAIN, 2015 p. 1)

*Enquanto a irmã seguia o bebê nas mãos de um homem, para tirar fotos, permaneci em silêncio ao lado de C. e nesse momento vi realizarem um procedimento que me causou uma estranheza imediata, extraíram o sangue do cordão umbilical e colocaram em tubos de ensaio, sem autorização da gestante. Mais uma violência que nos deparamos. Expliquei o ocorrido no último encontro com C, que optou por não denunciar o tratamento recebido. (Anexo 1)*

O clampeamento e corte oportuno ou tardio do cordão umbilical propicia o contato imediato do binômio, favorecendo o vínculo e a amamentação (VAIN, 2015), assim como foi demonstrado que traz efeitos significativos sobre o volume sanguíneo do recém-nascido, visto que existe circulação ativa no cordão umbilical após o nascimento. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

A aplicação do nitrato de prata, o colírio nos olhos do recém-nascido, para evitar conjuntivite neonatal, causada por bactérias como *Chlamydia trachomatis*, que em seu agravamento pode levar a otite e a pneumonia e a *Neisseria gonorrhoeae*, que pode levar à cegueira além de quadro sistêmico. Isso ocorre devido ao contato de secreções genitais contaminadas, ou seja, se a/u/o gestante tiver com gonorreia positiva, o uso é recomendado, porém acontece como protocolo de rotina hospitalar, como uma intervenção desnecessária, até mesmo quando ocorre a cesárea. Sobre o uso

“Recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal. A utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservada apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina” (BRASIL, 2014, p.34).

Na recomendação aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2019) consideram que o índice elevado de cesarianas na maior parte sendo sem uma real indicação, se configura como violência obstétrica, acrescentando-se o fato de que as cesarianas desnecessárias expõem a pessoa que gesta a três vezes mais o risco de morte por parto.

As intervenções e medicalizações tornam o médico protagonista do parto, colocando-se na posição de “fazer o parto”, destituindo o protagonismo da pessoa gestante. O excesso de intervenções no parto é prejudicial e violento, correndo o risco de iatrogenias<sup>12</sup>. Esses procedimentos quando não informados para gestantes, realizados de forma arbitrária, sem o devido consentimento, constitui em V.O e podem ser denunciadas através de alguns canais mostrados no anexo 4.

---

<sup>12</sup> Alteração fisiológica ou doença causada pelo tratamento médico.

### 4.3. Humanização do Parto e Doulagem

*Ele se dizia pactuar com o parto humanizado.* (Anexo 2) Este trecho que corresponde ao descrito ao capítulo anterior, sobre o médico que pactua com a humanização fazendo uso da manobra de Kristeller e episiotomia, remete ao sentido de humanização expressado pelo “pai da obstetrícia Brasileira” Fernando Magalhães e pelo professor Jorge de Rezende no qual defendiam o uso de fórceps e narcose como recursos que fazem parte do processo de humanizar a assistência ao parto (DINIZ, 2005).

Verificou-se que este é outro sentido de compreender a humanização, que corresponde ‘no fazer’ do médico perante o alívio rápido da dor de quem gesta, buscando erradicar completamente a dor, e com isso rompeu-se a tutela com o modelo de assistência vinculado aos ideais da Igreja Católica, que defendia a dor como ‘desígnio divino’. Neste momento a prática adotada nesse paradigma passa a ser na eliminação da dor e do protagonismo de quem gesta.

Este sentido de humanização correspondente ao foco na dor, de lógica positivista<sup>13</sup>, ofusca a atenção integral da saúde e o protagonismo/autonomia de parturientes. Atualmente a humanização tomou outro sentido, diferente do que esse obstetra nos trouxe, advindo de um modelo obsoleto ainda em vigor. A política de humanização hoje em dia contrapõe a esse paradigma tecnocrático, identificando a violência obstétrica e propondo mudanças na atenção ao parto, partindo dos questionamentos dos movimentos feministas e ativistas do movimento de humanização do parto (DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2004), que enfatizam a importância da noção de cidadania e exercício da democracia nos contextos de direitos reprodutivos e sexuais (ÁVILA, 2003).

Esta mudança resultou no documento Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, elaborada em 2003 pelo Ministério da Saúde, ele traz orientações que norteiam a assistência e a produção de saúde, contextualizando a humanização contra as violências, mesmo que no documento não estejam definidas as formas de violências existentes, tais como: a violência psicológica, simbólica, moral, econômica,

---

<sup>13</sup> Corrente sociológica que defende o conhecimento científico como única via de conhecimento válido, da concepção de saúde-doença de característica científicista, desconsiderando os aspectos sócio-histórico-cultural-psicológico que estão presentes no contexto de sujeitos.

social, sexual; negligência, racismo e transfobia, que podem coexistir neste cenário que preza pela manutenção à vida (BORGES e WALDOW, 2011, p. 415). O documento traduz que a humanização está contida no relacionamento institucional, ressaltando a importância da boa comunicação entre usuáries, cuidadores, profissionais e gestores, que visa à corresponsabilidade de valorizar e incentivar a produção de saúde de forma transversal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Esta declaração se opõe aos relatos vividos, onde *A negligência sobre o caso de C. mulher negra, a falta de um posicionamento adequado e respeitoso, sem o parecer da equipe no momento que disseram que dariam causou estresse físico e emocional em todes. Após o almoço do dia 19/12/2019, uma profissional examinou sua barriga, mas não comunicou sua percepção, quando foi questionada comentou apenas que a pressão aferida se mantinha estável, acrescentando que era assim mesmo, que tinha que esperar. Mas porque, diante das condições que se apresentaram?* (Anexo 1)

Em outro caso *cheguei ao hospital assim que me informaram sobre a indução, porém não permitiram minha entrada devido o COVID-19, em outubro de 2020, sendo assim entreguei o óleo para massagem durante o trabalho de parto junto com o rebozo para o companheiro, que participou dos atendimentos da doulagem e estudou junto com I., retornei para casa, estando presente de forma remota quando me solicitavam. O parto demorou por mais de 24 horas. No momento do expulsivo mais de 5 residentes entraram para observar, e ao final perguntaram para o acompanhante se a Doula que contrataram era aquela que ajuda ou atrapalha, se referindo as práticas da equipe hospitalar.* (Anexo 3)

Nesse relato ressalta a hostilidade da equipe, com a falta de comunicação nesses hospitais, sem abertura ao diálogo, sem a transversalidade preconizada pelo SUS, e sem considerar práticas e atores de outros campos de atuação, como a figura da Doula, que se propõe um diálogo aberto com a equipe. O acompanhante foi participativo nos atendimentos da doulagem e nos estudos junto a I, dando uma boa assistência.

Para que haja consideração é necessário ampliar o horizonte e considerar outras práticas e disciplinas no parto, como a doulagem e práticas baseadas em evidência científica, visto que o parto é um fenômeno ímpar na vida de quem gesta, e se for vivido com medo, angústia e isolamento pode gerar

iatrogenias como distúrbios afetivos, psicológicos e emocionais (LEÃO & OLIVEIRA, 2006).

A fim de evitar esses efeitos nocivos de intervenções desnecessárias e ter uma boa experiência em meio ao contexto que objetifica corpos, é preciso se instruir sobre os direitos presentes. Considerando a importância de se sentir em segurança no parto, junto a alguém de confiança para estar ao lado, a entrada de acompanhante está assegurada pela lei nº 11.108/2005, tanto nos exames pré-natais como no parto no SUS ou na rede.

A presença de Doule/a está garantida pela Lei Estadual 7314/2016 garantindo o acesso no Rio de Janeiro. Essa presença profissional não anula a de acompanhante, assim como a de profissionais de outras categorias. “Doula não faz parto, faz parte”, entendendo que somente quem faz o parto é a pessoa que gesta, e nós ao redor, fazemos parte da transversalidade do cuidado humanizado.

A doulagem tem origem remota, a palavra Doula vem da Grécia, significando pessoa que serve a quem gesta, antes, durante e no pós-parto, assistindo no cuidado com o bebê e nas atividades cotidianas. Atualmente o servir, a doulagem, se encontra significado na atenção ao ciclo gravídico e puerperal, como também pode “atuar junto à equipe e na vigilância dos serviços de saúde prestados à comunidade” (LEÃO & OLIVEIRA, 2006, p. 29).

Motta (2003) descreveu que a doulagem no Brasil começou a aparecer no início dos anos 2000, através do voluntariado ou de forma autônoma. A autora conta que algumas maternidades forneceram capacitações e programas de voluntariado de doulas, formando mulheres da comunidade para oferecer este apoio às parturientes, enquanto outras são formadas por cursos particulares, atuando em maternidades privadas ou públicas, contratadas diretamente por gestantes. É uma profissão reconhecida recente.

No Projeto Humanização do Parto e do nascimento (BRASIL, 2014) a ocupação Doula é descrita como um apoio físico e emocional, e coloca sendo o apoio ofertado *por um acompanhante ou Doula*, este projeto é uma conquista política, contudo a colocação da palavra “ou” remete a substituição, pressupondo que ter acompanhante anula a presença de doula ou o contrário, causando uma confusão para quem não se atualizou sobre os direitos.

Este trabalho ressalta a importância da doulagem na promoção da humanização do parto. Traz como parte de sua atuação o acompanhamento da rede familiar no pré-natal, orientando e apoiando a autonomia de suas escolhas a todo o momento, cooperando com o diálogo entre a gestante e os profissionais de saúde. A doula ainda auxilia a achar posições mais confortáveis para gestante, sugerindo técnicas naturais para minimizar as dores e as sensações ruins sobre o desfecho. A doulagem faz parte do ciclo gravídico, parto, e puerpério, sem que ajam substituições de atores, pelo contrário, o apoio desse trabalho vem para somar (FADYNHA, 2003).

Faz parte da doulagem fornecer informações de produções da saúde baseada em evidências científicas para que gestantes elaborem escolhas conscientes, expressadas no plano de parto, que é o documento individual feito por gestante, como forma de exercer sua autonomia, contendo permissões e recusas no parto, sendo um documento flexível, pois pode mudar conforme a necessidade que for sentida no momento. O plano de parto está entre as evidências consideradas nas classificações de *Boas práticas de atenção ao parto* (1996) e ao nascimento, da qual destacamos o respeito a essas escolhas, à privacidade no parto, as avaliações de riscos durante o pré-natal no local que faz o acompanhamento, a segurança, o conforto, a informação sobre os procedimentos, utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos como técnicas de alívio da dor, massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto, preza a liberdade de se movimentar durante o TP, o clampeamento e corte do cordão umbilical de maneira oportuna ou tardia, o contato pele a pele imediato entre o binômio, ajudando a regular a temperatura, o apoio ao início da amamentação na primeira hora de vida no pós parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno, promovendo o fortalecimento de vínculo entre o binômio e práticas educativas, incentivando o acompanhamento do pré-natal e das rodas de gestantes.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doulagem é uma prática atrelada a humanização do parto, atuando com base nas evidências, dando apoio a/u/o gestante e família, com um ambiente acolhedor, com recursos que respeitem o protagonismo, auxiliando na diminuição da mortalidade e iatrogenias, proporcionando melhoria no prognóstico de alto risco, incentivando a amamentação, aumentando a sensação de prazer da memória do parto, gerando bem-estar e até mesmo influencia na economia por otimizar o tempo do TP de forma não invasiva, reduzindo o uso medicalização e da cirurgia cesariana desnecessária.

Considera-se que a humanização do parto traz consequências durante toda a trajetória de vida do binômio, pensando a longo prazo na vida de sujeitos de direitos e de desejos próprios. A doulagem contribui para reduzir a V.O, a morbimortalidade, revertendo o quadro assustador da lógica obstétrica *patriarcal e cisnormativa*.<sup>14</sup>

Este estudo apresentou a importância da doulagem e traz a importância do papel para que aja um maior reconhecimento pelo SUS, como afirma o I Encontro Nacional de Doulas no SUS (2021)<sup>15</sup>, para que incluam a doulagem como parte importante do parto a fim de evitar o afastamento dessa atuação.

Por fim, faço uma provocação para a Terapia Ocupacional com o intuito de aproximar do campo da assistência ao parto, pois assim como a doulagem, preza pela autonomia dos contextos de vida da pessoa, e a gestação, parto e puerpério é parte considerável de uma vida.

---

<sup>14</sup> Lógica de poder de decisão que pessoas cisgêneras detêm sobre as pessoas não cisgêneras em vários âmbitos da vida: Política, sexual, financeira, jurídica, obstétrica, etc.

<sup>15</sup> Para ler a carta na íntegra acessar:  
<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/carta%20doulas.pdf>

## 6. ANEXOS

### Anexo 1

A primeira doulagem aconteceu na manhã do dia 18/12/2019, dia de duas datas comemorativas: dia Estadual da Doula, e da santa católica N. S. do Bom Parto, sincronicidade que casaram para o exercício da profissão, que atuei como primeira experiência. C. primípara, me procurou quando eu ainda estava no fim do curso de qualificação profissional de Doula, passei informações sobre grupos com Doulas e rodas para gestante, expliquei sobre a doulagem, ela disse que tinha medo da dor e da violência obstétrica, ainda mais conhecendo a realidade e sendo uma mulher negra. Após a formatura ela me contratou. Tivemos duas visitas no pré parto a domicílio e uma no puerpério. No dia de trabalho de parto, recebi a ligação do seu companheiro dizendo que já estavam na maternidade, com a bolsa rota e contrações desritmadas. C. deu entrada na maternidade pública por volta das 10h. Foi admitida devido à bolsa rota. Na sala da triagem realizaram o toque vaginal e constatou um centímetro de dilatação. A gestante estava acompanhada pela mãe, irmã, e o companheiro, que participou de um dos encontros prévios da doulagem. Apresentaram os últimos exames na admissão, a ultrassonografia constava a posição pélvica do bebê. Aguardamos uma vaga para o leito coletivo. Na triagem apalpamos sua barriga e a encaminharam para o leito coletivo vago, uma ala desconhecida a mim, que só tive acesso na enfermaria privativa anteriormente. As contrações de C. permaneciam curtas e irregulares, e se intensificaram por volta das 17:15, pensamos que o trabalho fosse engrenar, e que teria profissionais capacidades de realizar parto pélvico, até por ser uma maternidade referência e amiga da criança, acreditei ingenuamente na possibilidade da espera respeitosa do TP. O argumento da equipe plantonista foi dizer que o bebê poderia virar durante o trabalho de parto, o que não iria acontecer devido o tamanho do bebê, sem espaço para girar, e sem auxílio de uma Versão Cefálica Externa (VCE), sendo inviável de acontecer naquele momento. Se o argumento era a esperar o bebê virar, a benção de ter alguém capaz de atuar no parto pélvico dentro da equipe era nula. Aferiram a pressão e deu 10:08. Às 20:17. Houve ausculta e toque vaginal e novamente deram um centímetro de dilatação. Se C. não estava dilatando e estavam cientes que o

bebê estava pélvico, por isso não houve a sugestão de indução por parte da equipe, então o que estavam esperando se já sabiam que não seria por via vaginal? Por que estava deixando C. esperar era o que todos se questionavam. Às 21:09 a enfermeira J. aplicou o antibiótico ampicilina prescrito pelo médico L. devido o tempo de bolsa rota, um protocolo hospitalar para evitar infecção. A enfermaria tinha três leitos com cadeira para acompanhantes. Fiquei na cadeira ao lado de uma gestante, que esperava o resultado da ultrassonografia sair para ser liberada, e pernoitou ali. C. ficou na maca 2, com companheiro ao lado. Às 22h avisaram que o médico iria dar um parecer sobre o caso de C. às 9h. Com isso a espera e o cansaço de todos, foram se prolongando, principalmente de C. Às 09:56 aplicaram soro com ampicilina. Às 11h10min a enfermeira S. realizou o cardiotoco. Mãe, avó e irmã chegaram se revessando na visita. A mãe estava angustiada ao ver a filha sentir dor e sofrer, deu sopa contra a vontade da gestante, fez orações, massagem e caminhadas pelo corredor. A negligência e o racismo sobre C., a falta de um posicionamento adequado e respeitoso, sem o parecer da equipe no momento que disseram que dariam causou estresse físico e emocional em todos. Após o almoço do dia 19/12/2019, uma profissional examinou sua barriga, mas não comunicou sua percepção, quando foi questionada comentou apenas que a pressão aferida se mantinha estável, acrescentando que era assim mesmo, que tinha que esperar. O pai de C. veio 12:38, passou tranquilidade, fez brincadeira, tirou self e retornou ao trabalho. O companheiro tentou dialogar com a equipe, porém sem êxito. Pediram para esperar. Mãe e irmã chegaram 14:20 irritadas por vê-la do mesmo jeito, com dor e sem o parecer da equipe. C. estava deitada, houve incômodos por não andar e por isso não estava exercendo meu papel. C. estava exausta e queria parir, lhe cabia descansar, fiz massagem e sua mãe sugeriu que tomasse banho. A irmã entrou no chuveiro e a auxiliou. Nesse momento falei com C. que iria deixá-la com a família e fazer uma pausa, após o estresse causado pela maternidade da abordagem violenta bem articulada, fazendo crer que a 'gestante escolheu esperar', como o parecer do caso. A maternidade se ausentou de sua responsabilidade e foi racista. Ainda que a doulagem tenha a "passabilidade" de atuação dentro da maternidade, a hostilidade da equipe somada a da família remeteu a doulagem a um lugar de falsa responsabilidade sobre o caso e subalternidade.

Com a pausa acionei minha rede e partilhei minha angústia diante dos acontecimentos. Não houve acionamento de backup, pois não negociamos no contrato. Voltei após um tempo, mesmo com a postura que a equipe adotou, através de afirmações relacionadas a gestante já estar bem amparada por ter Doula ali com ela, e que estava tudo bem com ela e com o bebê, fisiologicamente falando, mas não era bem assim. O sangramento de C. começou a intensificar e demoraram para examinar novamente. Não sabia como ainda estava ali digerindo a hostilidade da equipe e principalmente da família que foi conduzida a pensar que a prática da doulagem estava pondo em risco a vida da gestante e do bebê, por querer tanto um parto humanizado. O hospital nos violentava de diversas formas, com a negação de explicações e a falta de um atendimento digno. Este acontecimento fez perceber que prática de estágio não nos prepara de fato para a realidade da V.O. E da imprescindível garantia que acompanhantes devem estar conscientes da realidade obstétrica para assegurar gestante no TP.

O fato de estar acompanhada por Doula afloraram os sentimentos de punição, culpa e revolta. Eu me senti assim, pois a impressão foi que C. estava sendo violentada por minha causa, a família expressou isso por influencia institucional e C. relatou sua impressão, se culpabilizando pela violência que sofreu, o que foi absurda. A sensação de impotência diante da violência institucional se apoderou de todos, o companheiro sofreu racismo, pois além de lhe negarem informação, também lhe negaram alimento, da qual acompanhante tem direito, observando que não foi negado ao acompanhante do leito ao lado.

Sem discursão do caso, minimamente realizavam o papel protocolar, sem toques vaginais excessivos, e medicalização do antibiótico e aferição da pressão. Perguntei sobre o parecer da equipe, pois C. tinha sangrado mais naquele momento e a plantonista afirmou que não poderíamos exigir muito de profissionais que estavam trabalhando sem receber salário. Já no entardecer do dia 19, a greve foi usada como justificativa da falta de assistência humanizada. Por que fazer C. esperar todo esse tempo, por mais de 24h? Por que não comunicaram que já que o bebê permanecia pélvico e por isso deveria interromper a dieta líquida para a cirurgia cesariana que exige jejum prévio. A culpabilização foi gerada pelo simples fato de C. querer exercer seu

protagonismo, ser bem acolhida, sentir prazer e bem-estar nesse momento íntimo e único de sua vida, com pessoas e serviços que ela decidiu escolher, nesse cenário totalmente novo para C., primípara, e para mim, que atuava pela primeira vez.

Pouco tempo após a resposta da plantonista, o último exame de toque por um médico que sentiu o bebê nos dedos, sem dizer a dilatação que estava, e então finalmente deu o parecer da necessidade da cesariana, que acompanhei junto com a irmã, pois o companheiro que a princípio assistiria o parto, esqueceu do sapato fechado.

Enquanto assistíamos a cirurgia, uma médica pensou que a câmera do celular da irmã estava gravando e disse que ela só poderia tirar foto quando o bebê nascer, e sem filmagem. Y. nasceu dia 19 às 20:29 com 50 cm e 3,200kg. Foi trabalhoso participar deste primeiro encontro, ri e chorei de emoção e alívio, pois apesar de tudo elas estavam vivas. O bebê foi apresentado à mãe rapidamente, sem respeito ao plano de parto, sem hora dourada, nem o corte oportuno do cordão umbilical.

Enquanto a irmã seguia o bebê nas mãos de um homem, para tirar fotos, permaneci em silêncio ao lado de C. e nesse momento vi realizarem um procedimento que me causou uma estranheza imediata, extraíram o sangue do cordão umbilical e colocaram em tubos de ensaio, sem autorização da gestante. Mais uma violência que nos deparamos. Expliquei o ocorrido no último encontro com C, que optou por não denunciar o tratamento recebido. E isso não quer dizer que lhe faltou coragem, quer dizer sobre a fragilidade dos sistemas que nos atravessam. Foi a partir dessa primeira experiência que pude ter a real noção do cenário da V.O, que por mais que nos contem, que leia e esteja ciente, só vivenciando para assimilar os mecanismos de poder, e a partir daí conseguir minimamente se articular e dar o suporte possível. Apesar de tudo, foi gratificante e desafiador estar ao lado de C. no desfecho de seu parto.

## **Anexo 2**

Destaco aqui nesse relato apenas as questões relacionadas a V.O, da doulagem a partir do dia 19/08/2020.

Durante o atendimento de doulagem, A. me disse que quando estava com 26 semanas gestacionais foi a uma consulta com seu obstetra no pré-natal em julho de 2020, no qual ele a respondeu que só faria parto normal dessa forma: ou com manobra de Kristeller ou com episiotomia, um ou outro, se não fosse dessa forma para ele não funcionaria. Disse ainda que só poderia assisti-la até no máximo 39 semanas, que tinha que parir, pois placenta velha não alimenta. Dados sem evidências. A. também falou sobre o incomodo do tempo de duração curta das consultas, sem abertura ao diálogo.

Estas frases foram ditas por um médico obstetra da rede privada de saúde, que assegurou A. que pactuava com o parto humanizado. Neste período A. primípara, ou seja, primeira gestação, iniciava seus estudos sobre o parto quando disse ao obstetra que desejaria colocar no seu plano de parto a recusa de receber a manobra de Kristeller e episiotomia. A partir da resposta do obstetra optou por contratar Doula e romper o vínculo com o médico, diante desse modus operandi patriarcal colonial racista, cisnormativo e positivista.

Outra V.O foi de forma psicológica, observada em uma consulta na qual A. estava chegando há 40 semanas gestacionais e o segundo médico obstetra de seu plano alegou que era preocupante sua taxa da sífilis, mesmo ele não sendo infectologista, atentou que poderia ter uma espécie de sífilis agressiva e o bebê nascer com alguma anomalia. A. que já estava tratada da Sífilis, me ligou abalada, pois obstetra abordou de forma violenta. Conversamos, ela teve insônia devido a isso. Para estar em paz consigo. A. consultou infectologista, que comprovou a falsa suposição de sífilis neural. O parto ocorreu de forma humanizada no SUS.

### Anexo 3

Destaco aqui nesse relato apenas as questões relacionadas a V.O, da doulagem do dia 11/10/2020.

Acompanhei I. durante sua gestação. Nos encontros presenciais, houve o máximo de cuidado possível diante da pandemia, e diante desse fato, não pude entrar na maternidade, fui barrada devido a pandemia de COVID-19, permitindo apenas a entrada do companheiro. A princípio I. foi indicada pela clínica da família para realizar o exame de pré eclampsia no hospital de sua referência, bem distante de seu domicílio devido o risco de hipertensão, diagnóstico dado pela clínica, que marcou a data para fazer o exame e comentaram sobre a indução do parto devido os exames apresentados. Fiquei em aguardo, pois se o exame acusasse positivo para pré eclampsia realizariam a indução de I. com 39 semanas. Antes de sair o resultado do exame, I. e seu companheiro foram conduzidos para a indução. Ao telefone perguntei sobre o resultado do exame, e o companheiro já tinha perguntado a equipe, sem êxito, sentindo uma dificuldade da equipe em entregar, até que por muita insistência conseguiu, e o resultado deu negativo para pré eclampsia. O fato foi ignorado e não repassado para a gestante e companheiro, fazendo acreditarem que a indução estava de acordo com o laudo positivo para pré-eclâmpsia. Foram ofertados 8 comprimidos de Misoprostol até I. conseguir parir. Cheguei ao hospital assim que me informaram sobre a indução, porém não permitiram minha entrada devido o COVID-19, sendo assim entreguei o óleo para o trabalho de parto junto com o rebozo para o companheiro, que participou dos atendimentos da doulagem e estudou junto com I., retornei para casa, estando presente de forma remota quando me solicitavam. O trabalho de parto demorou cerca de 24 horas. Quando I. estava exausta, sugeriram a cesárea, mas ela negou e pariu na banqueta.

No pós-parto, me relataram que no momento do expulsivo entraram mais de 5 residentes para observar o parto, tirando totalmente a privacidade de I, e ao final do atendimento lançaram mão da pergunta preconceituosa para o acompanhante, se a Doula que contrataram era aquela que ajuda ou atrapalha, se referindo as práticas da equipe.

#### **Anexo 4**

Informações de utilidade pública para denúncia de Violência Obstétrica:

Central de atendimento da prefeitura do Rio de Janeiro →1746;

Defensoria pública → Núcleo de Defesa dos Direitos da Mulher vítima de violência de gênero (Nudem) nudem.defensoriarj@gmail.com e em parceria com ADoulasRJ → [www.violenciaobstetricafale.com.br](http://www.violenciaobstetricafale.com.br);

Comissão Especial pelo cumprimento das leis → [cumprasealerj@gmail.com](mailto:cumprasealerj@gmail.com);

Disque Saúde →136;

Disque violência contra a mulher →180;

Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Violência doméstica contra a mulher e Núcleo de gênero (CAO) → [cao.vd@mprj.mp.br](mailto:cao.vd@mprj.mp.br);

Recomenda-se também a entrar em contato com o hospital e pedir a cópia do prontuário médico, sendo um direito, para saber quem participou do atendimento e o que foi notificado sobre a abordagem realizada, assim como se dirigir até a ouvidoria do hospital;

Acionar órgãos envolvidos, como o Conselho Regional de Medicina (CRM) e/ou o Conselho Regional de Enfermagem COREN);

No caso da violência obstétrica ter ocorrido na rede privada, uma outra opção é prestar queixa na Agência Nacional de Saúde (ANS) e na ouvidoria do plano de saúde.

## 7. REFERÊNCIAS

AQUINO, E.M.L. **Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil**: De volta ao futuro. Caderno de Saúde Pública. Vol. 30. Nascer no Brasil. 2014

Ávila, M. B. (2003). **Direitos sexuais e reprodutivos**: desafios para as políticas de saúde. Cadernos de Saúde Pública, 19 (Suppl. 2):S465-S469 disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800027>>.

BANDEIRA, L. A. Contribuição da Crítica Feminista à Ciência. **Revista Scielo**, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/LZmX67CZRJScmfcdsy4LxzJ/?lang=pt&format=pdf>> Acessado em: 02/06/2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Além da sobrevivência**: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília-DF. 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem\\_sobrevivencia\\_praticas\\_integradas\\_atencao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_praticas_integradas_atencao.pdf)>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**: Versão Resumida. Brasília-DF. 2017. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento/Ministério da Saúde**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos Humaniza SUS; v. 4). Disponível em: <[https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. Brasília-DF. Primeira edição. 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)> Acessado:12/05/2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF; 2003. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)> Acessado em: 31/05/2021.

BOFF, L.; MURARO, R.M. **Feminino e masculino**: Uma nova consciência para o encontro das diferenças. Editora Sextante (GMT Editores Ltda.) p.9,10;2002. Acessado em: 25/04/2020.

BORGES, R.F.; WALDOW, V.R. Cuidar e humanizar: Relações e significados. Artigo de Revisão na **Revista Scielo**, p. 415-416, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>> Acessado em: 25/04/2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Recomendação Nº024 de 16/05/2019**. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1sDM6kUaoGjSvCeOTqMW5c7xpzmoXa7Fv/viEW>>.

CREMERJ. **Resolução CREMERJ nº 293/2019**. Publicada no DOERJ em 06/02/2019, Parte V, p. 5. Disponível em: <<https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>>.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Decisão COFEN nº 489**, de 10 de janeiro de 2019. Publicado em: 05/04/2019 | Edição: 66 | Seção: 1 | Página: 186. Disponível em: <[https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/70264534](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/70264534)>.

DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil**: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência Saúde Coletiva*, v.10, n.3, p.627-37, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYqJ6ssQ/?lang=pt&format=pdf>> Acessado: 26/03/2021.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, n.1, v.1, p.80-91. 2006.

Entringer AP, Gomes MASM, Costa ACC, Pinto M. Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**. 2018;42:e116. <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.116>>.

FADYNHA (2003). **A Doula no parto** - de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente. São Paulo: Editora Ground.

FIOCRUZ. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, na postagem sobre Principais Questões sobre Boas Práticas no 3º e 4º períodos do Trabalho de parto**. 2020. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-boas-praticas-no-3o-e-4o-periodos-do-trabalho-de-parto/>>.

GELEDÉS, Instituto. **O SUS que não se vê**. Portal (online) Geledés 2020. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/o-sus-que-nao-se-ve/>> & <<https://www.geledes.org.br/nova-york-retira-estatua-de-medico-que-operava-escravos-sem-anestesia/>> Acessados em: 02/06/2021.

GUEDES, A. **Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil.**

Fonte: Agência Senado. 2018. Disponível em:

<<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>>

GUIMARÃES JUNIOR, A.R. **Identidade Cirúrgica: O melhor Interesse da Criança Intersexo Portadora de Genitália Ambígua.** Uma perspectiva Bioética. Tese de doutorado em Ciências na área de Saúde Pública. 2014.

Disponível em:

<[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25692/1/ve\\_Anibal\\_Ribeiro\\_ENSP\\_2014](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25692/1/ve_Anibal_Ribeiro_ENSP_2014)> Acessado em:02/06/2021.

IACONELLI, V. **Maternidade e erotismo na modernidade:** assepsia do impensável na cena de parto. Artigo publicado na Revista Percurso, nº 34.

2005. Disponível em: <<http://institutogerar.com.br/wp-content/uploads/2017/02/maternidade-e-erotismo-na-contemporaneidade.pdf>>

Acessado em: 20/07/2020.

KAMPF, Dias. A Episiotomia na Visão da Obstetrícia Humanizada: Reflexões a partir dos estudos sociais da ciência e tecnologia. **Revista Scielo.** 2018.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500013>>.

LANSKY, S. ET AL. Violência Obstétrica: Influência da Exposição Sentidos do Nascer na Vivência das gestantes. **Revista Scielo.** 2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrij/?lang=pt>>

LEAL, M.C. et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Caderno de Saúde Pública 2014; 30 (Supl. 1):17-32.

LEÃO, V. M., & OLIVEIRA, S. M. J. V. de. (2006). O papel da doula na assistência à parturiente. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, 10 (1), 24-29.

MAESTRE ET AL, 2016. **Estimulação do Parto com Oxitocina:** Efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. 2016. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rlae/a/RVcQ6KDq65jfXSnmyfyctRg/?format=pdf&lang=pt>> Acessado em 31/05/2021.

MOTT, Maria Lúcia. **Assistência ao parto:** do domicílio ao hospital, 1830-1960. Projeto História, v.25, p.197-219. 2002. Disponível em:

<<https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588>>

Acessado:17/04/2021.

NASCIMENTO, Abdias. **O Quilombismo.** Documentos de uma militância pan-Africanista. Editora Perspectiva LTDA. 3ª ed. 2019.

NASCIMENTO, M.B. Caça Às Bruxas, a história do presente: Uma abordagem sobre o controle do corpo feminino. Trabalho de Conclusão de Curso na UFJF. 2018. Disponível em: <https://www.ufjf.br/bach/files/2016/10/MONIQUE-BATISTA-DO-NASCIMENTO.pdf>

ODENT, Michel. **A Prioridade hoje é mamiferizar o parto:** Parto humanizado x parto “animalizado”. Palestra transcrita do Seminário BH pelo Parto Normal em 2008, publicada em 06/01/2016. Disponível em: <https://www.institutomichelodent.com.br/blog-instituto-michel-odent/michelodentmamiferizarparto>> Acessado: 26/05/2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento.** 1996. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Boas-Pr%C3%A1ticas-ao-Parto-e-Nascimento-1.pdf>>.

POLI, M.E.H, et al. **Manual de Anticoncepção da FEBRASCO**, 2009. Disponível em : [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4232752/mod\\_resource/content/1/Femina-v37n9\\_Editorial.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4232752/mod_resource/content/1/Femina-v37n9_Editorial.pdf)> Acessado em: 02/06/2021.

RAMOS, J.G.L.; MARTINS-COSTA, S.; VETTORAZZI-STUCZYNSKY, J.; BRITZKE, E. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul - Brasil: um estudo de 20 anos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Vol. 25, n.6, p.431-436, 2003. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032003000600008](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000600008)> Acessado: 16/04/2021.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2020. Sep;42 (9): 522-528.

RESOLUÇÃO CREMERJ nº 293/2019, publicada no DOERJ em 06/02/2019, Parte V, p.5. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2019/293\\_2019.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2019/293_2019.pdf)>.

ROESE, A. et al. Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Vol. 5, No. 3., 2006. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/598/141>>.

SILVA, L. P. **Influência do tipo de parto na composição da microbiota intestinal infantil:** Uma revisão sistemática de literatura, considerando o papel do aleitamento materno. Programa de Pós-Graduação em Nutrição (PPGN), do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2020.

SILVA, M. G; SHIMO, A.K.K. Influência da Iluminação nas Expressões Emocionais de Parturientes: Ensaio Clínico Randomizado. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. Publicado na **Revista Scielo**. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0217.pdf>> Acessado:17/04/2021.

SOARES, G.S. **Experiências reprodutivas e desejos de maternidade em lésbicas e bissexuais**. Artigo para o “Fazendo Gênero 2010”. Disponível em: <[http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278284965\\_ARQUIVO\\_ArtigoFazendoGenero-Gilberta.pdf](http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278284965_ARQUIVO_ArtigoFazendoGenero-Gilberta.pdf)> Acessado: 17/04/2021.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder**: análise do movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFSC, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/86639>>.

VAIN, Néstor E. Em tempo: como e quando deve ser feito o clampeamento do cordão umbilical: será que realmente importa? 2015. **Revista Paulista de Pediatria**, 33 (3), 258-259. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.06.001>>

VENDRÚSCOLO, C.T; KRUEL, C.S. A História do Parto: Do Domicílio ao Hospital; das Parteiras ao Médico; de sujeito a objeto. Universidade Franciscana. Trabalho Final de Graduação publicado na **Revista Eletrônica Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Aprovado em: 15.06.2016. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>

VESCHI, B. **Etimologia de Humanização**, 2019. Disponível em: <<https://etimologia.com.br/humanizacao/>>

YEE, ET AL. **Analgesia Combinada Raquiperidural em Trabalho de Parto**: seus efeitos sobre o desfecho do parto. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rba/a/Vxjsr34LQ6JmyKWvNQZjF5c/?lang=pt&format=pdf>>.