

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
COLETIVA**

Daniela Calvó Barrera

**AUTONOMIA E EMPODERAMENTO: a atuação de doulas no  
acompanhamento de gestantes.**

Florianópolis  
2018



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
COLETIVA**

Daniela Calvó Barrera

**AUTONOMIA E EMPODERAMENTO: a atuação de doulas no  
acompanhamento de gestantes**

Dissertação submetida ao  
Programa de Pós-  
Graduação em Saúde  
Coletiva da UFSC como  
requisito para obtenção  
do grau de mestre.  
Orientador: Prof. Dr.  
Rodrigo Otávio Moretti  
Pires

Florianópolis  
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Barrera, Daniela Calvó  
AUTONOMIA E EMPODERAMENTO : a atuação de doulas  
no acompanhamento de gestantes / Daniela Calvó  
Barrera ; orientador, Rodrigo Otávio Moretti  
Pires, 2018.  
102 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,  
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

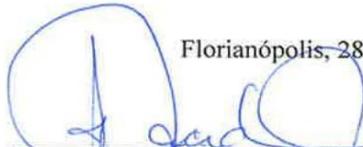
1. Saúde Coletiva. 2. atuação de doulas. 3.  
empoderamento feminino. 4. enfrentamento de  
violências. 5. violência obstétrica. I. Pires,  
Rodrigo Otávio Moretti . II. Universidade Federal  
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva. III. Título.

Daniela Calvó Barrera

**AUTONOMIA E EMPODERAMENTO: a atuação de doulas no  
acompanhamento de gestantes.**

Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título  
de Mestre (a) pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 28 de junho de 2018.



Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.  
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



Prof. Rodrigo Otavio Moretti Pires, Dr.  
UFSC (Presidente)



Ligia Moreiras Sena, Dra.



Prof. Sheila Rubia Lindner, Dra.  
(UFSC)



Bárbara de Oliveira Turatti, Dra.  
(IFSC)



## AGRADECIMENTOS

Gostaria de iniciar agradecendo a pai Oxalá e todos os orixás e guias por sua luz, orientação e proteção.

Agradeço também a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior uma vez que sem seu financiamento a pesquisa não teria sido possível. Grata também estou ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC e seus professores por todo processo de reflexão e aprendizado.

Especialmente agradeço de coração aberto ao meu orientador Rodrigo Moretti que sempre acreditou e se aliou na luta. E aos colegas do Epicen@s, Anm, Davi, Marcelo, Dalvan, Barbara, Mônica, cujas trocas foram essenciais.

Também agradeço à minha família. Minha mãe Lolita Sala (exemplo, inspiração, sócia, A-amor). A meu pai Hector, minha avó Ana, minha Yaya Anita e meu irmão Andreu. Cada um do seu jeitinho tornou possível a conquista deste mestrado.

Não posso deixar de mencionar a parceria des Menines do Bosque, que há quase dez anos se mantêm no brilho da chama que não se apaga. Babs, Cora, Flã, Keo, Lulu, Natiely, Thanica: sem palavras!

As migas do posto deixo o agradecimento por todo combustível pra seguir (cito alguns nomes, mas se eu não citei e você esteve lá, sabe que é pra você também!): Tatá, Isabela, Isadora, Mel, Ainá, Virginia, Alex, Carol, Tati, Zé Reinaldo, Luci, Coxa, Torto e Dr. Vinicius Bohemia (todo encontro uma palestra): Faça chuva ou faça sol, alegria não tem hora!

Gostaria de citar nominalmente algumas pessoas que me apoiaram nos últimos 12 meses de uma forma tão crucial que certamente sem elas não teria chegado onde estou. Marcela Viana (braços abertos e parceria), Gabi Hoffmann (tal vez, me entenderias, lo sé...), Ramos Flã (com sua franja feminista e com afeto), Paulinha Piolha (tão espaçosa que ocupou meu coração): vocês foram porto seguro, foram teto quando precisei ser acolhida! Petter Jones (realmente, foi um caminho sem volta), Rodrigo Neni (pela parceria que é um raro prazer com sabor de emoção), Bruno Marques (sobre Macumba, Foucault, Pablo Vittar e Amizade. BIRL!), Susana Gonçalves (por ser luz e por transformar em música tudo que me é ruído).

A todos vocês (e a tantos outros), meu mais sincero obrigada!

(É amor que fala né?)



## RESUMO

Trata-se de pesquisa qualitativa de cunho exploratório, com vistas a elaborar hipóteses de leitura de uma determinada realidade. A partir da realização de entrevistas com doulas de diferentes regiões brasileiras e de uma postura construcionista enquanto suporte epistemológico e metodológico busca compreender os sentidos atribuídos pelas doulas entrevistadas às suas experiências e vivências na doulagem e aos contextos relacionais em que se inserem. Percebendo as doulas como expoente dos movimentos em prol da humanização do parto, aponta algumas das situações de violência com as quais se deparam no cotidiano da sua atuação e na importância da vinculação entre mulheres para o fortalecimento da autonomia e empoderamento e superação das vulnerabilidades. Como resultado aponta que a atuação como doula não só traz a possibilidade de empoderamento para a pessoa gestante, através do apoio e informação trazidos pela presença da doula, como também da própria doula, ao se conectar a outras mulheres com o intuito enfrentamento das iniquidades com as quais se defrontam.

**Palavras-chave:** Doula, empoderamento, violência obstétrica



## **ABSTRACT**

This is a qualitative research of an exploratory nature, aiming to elaborate hypotheses for reading a given reality. From the interviews with doulas from different Brazilian regions and from a constructivist stand as epistemological and methodological support, it seeks to understand the meanings attributed by the doulas interviewed to their experiences and experiences in the doulas activity and to the relational contexts in which they are inserted. Realizing the doulas as an exponent of the movements for the humanization of childbirth, she points out some of the situations of violence with which they are faced in the day-to-day of their work and in the importance of the connection between women for the strengthening of autonomy and empowerment and overcoming of vulnerabilities. As a result, she points out that acting as a doula not only brings the possibility of empowerment for the pregnant person, through the support and information brought by the presence of the doula, as well as the doula itself, by connecting with other women in order to cope with iniquities with which they face.

**Keywords:** Doula, empowerment, obstetric violence



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Características relacionadas aos marcadores sociais .....	26
---	----



## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 PERCURSO METODOLÓGICO E OBJETIVO DE PESQUISA</b> .....	<b>21</b>
2.1 LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES .....	21
2.2 MÉTODOS DE COLETA E ANÁLISE .....	22
2.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	23
<b>3 DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>25</b>
3.1 VIOLÊNCIAS .....	28
<b>3.1.1 Construção social dos conceitos de sexo e gênero e</b> <b>heteronormatividade.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1.2 Violência de gênero .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1.3 Intersecção de gênero com sexualidade, raça, classe e</b> <b>geração .....</b>	<b>38</b>
3.2 RESISTÊNCIAS: ESTRATEGIAS CONTRA AS VIOLÊNCIAS	
.....	45
<b>3.2.1 Base legal dos direitos sanitários, sexuais e reprodutivos</b> <b>femininos .....</b>	<b>45</b>
3.2.1.1 Contexto Internacional.....	45
3.2.1.2 Contexto Nacional .....	48
<b>3.2.2 Humanização .....</b>	<b>52</b>
3.2.2.1 Integralidade e cuidado individualizado .....	54
3.2.2.2 Empoderamento e Autonomia .....	56
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>65</b>
<b>APENDICE A – ARTIGO.....</b>	<b>73</b>
<b>APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E</b> <b>ESCLARECIDO .....</b>	<b>100</b>



## 1 APRESENTAÇÃO

A gravidez, o parto e o puerpério muito mais o que eventos biológicos que ocorrem nos corpos femininos, são eventos sociais, que envolvem a pessoa gestante<sup>1</sup>, sua família (na qual pode fazer parte ou não uma pessoa parceira) e a comunidade. Segundo o documento *Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher* (2001) estes eventos que integram a vivência reprodutiva de mulheres e homens constituem uma das experiências humanas mais significativas, tendo “forte potencial positivo” e “enriquecedor” para todos envolvidos (BRASIL, 2001).

A partir do século XIX a assistência ao parto passa paulatinamente a ser institucionalizada e medicalizada (LEÃO, BASTOS, 2001:91) implicando, entre outras coisas, na predominância do ambiente hospitalar como o local adequado para seu transcórre. Esse processo não apenas desloca a pessoa gestante do ambiente doméstico e familiar, onde tradicionalmente aconteciam os nascimentos, como altera os atores envolvidos na atenção à este processo. A pessoa parturiente deixa de ser assistida em seu lar por parteiras ou mulheres de sua confiança, acompanhada por familiares e indivíduos com quem

---

<sup>1</sup>Ao longo do trabalho foi feita a escolha política de não nos referirmos exclusivamente a “mulheres” e “mães” nas questões relativas a gestação e nascimento, buscando também visibilizar os processos gestacionais de homens trans e pessoas trans Não-Binárias que foram “Assignadas Femininas ao Nascimento” (N-B AFAN), ou seja, pessoas que tiveram seu sexo assignado por profissional da medicina como sendo feminino, mas que ao longo de seu desenvolvimento se identificaram ou como homem, ou como outro gênero fora do binário Homem-Mulher. Essas pessoas estão sujeitas à gestação enquanto possuem útero e ovários, sendo que nem toda pessoa trans deseja realizar cirurgia de readequação. Assim, quando a identidade de gênero de quem está gestando for masculina, deve ser garantido o tratamento por pronomes masculinos, e respeitado seu papel de “pai” da criança. Por momentos ao longo do texto trazemos contribuições de autores que trataram as temáticas referentes gestação, parto e sexualidade especificamente de mulheres, porém, percebemos que estas questões podem - e devem - ser extrapoladas também para os homens trans, pois entendemos que o tratamento dispensado e possíveis violências que homens trans e pessoas trans N-B AFAN sofrem se dá em decorrência de serem associados à mulheridade e feminilidades, e à posição inferior que lhes é associada no interior da hierarquia patriarcal. Assim, mesmo sendo homens ou masculinos, a maneira como são tratados em relação à sexualidade e ao parto está relacionada a essa posição de menor valor atribuída ao corpo que é lido como feminino.

estabelece laços afetivos, para ser assistida exclusivamente por profissionais de saúde no contexto das maternidades, passando muitas vezes horas a fio sozinha em trabalho de parto. Portanto, como apontam Odaléa Brüggemann, Mary Parpinelli e Maria José Osis, a institucionalização do parto teve papel determinante no afastamento da família e da rede social do processo do nascimento (BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2005). Essa mudança no ambiente e nos atores envolvidos vem acompanhada de uma mudança também nas atitudes da pessoa parturiente e a ela dispensada. Se no domicílio ela tinha um papel ativo no nascimento, tendo autonomia sobre o processo, no hospital ela se torna paciente, submissa às decisões profissionais (SANTOS, NUNES, 2009:583).

Assim, para além da experiência “positiva” e “enriquecedora” apontada pelo documento oficial *Parto, Aborto e Puerpério*, os estudos que versam a respeito da assistência ao parto no contexto hospitalar têm apontado para experiências de “risco, sofrimento, insatisfação, frustração e violência” (SOUZA, DIAS, 2010:494), o que dificilmente resulta em uma experiência de parto gratificante ou positiva para a pessoa parturiente. Com isso, a excessiva medicalização da gestação e do parto passa a ser problematizada nas últimas décadas do século XX, sendo questionado o alto índice de cirurgias cesáreas realizadas, o perfil de morbimortalidade materna<sup>2</sup> (SANTOS, NUNES, 2009:583), e também a questão do alijamento da pessoa gestante de pessoas com quem estabelece laços afetivos, que poderiam lhe transmitir segurança emocional durante o trabalho de parto.

Uma vez que o suporte durante o trabalho de parto passou a ser mais exceção do que rotina, movimentos que visam a humanização do nascimento vêm retomando a importância desse apoio como uma de suas estratégias (BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2005:1317) o que veio a abrir espaço para a multiplicação das doulas.

---

<sup>2</sup>*Mortalidade Materna*: a morte em decorrência da gestação ou até 42 dias após seu término. Também está inserido o falecimento subsequente a “abortamento em condições de risco” (BRASIL, 2004.) *Mortalidade Perinatal*: morte ocorrida durante o período compreendido entre a 28.<sup>a</sup> semana de gestação e o 7.<sup>o</sup> dia de vida do recém-nascido. Escolheu-se utilizar ao longo do trabalho os termos “materno” e “mortalidade materna” por serem os indicadores oficiais, mesmo que reconheçamos que por vezes a gestação é de pais no contexto dos homens trans.

A bibliografia consultada refere a origem do termo doula como sendo grega e significando “mulher que serve”. Posteriormente o termo passou a ser usado para se referir a mulheres que ajudavam as pessoas recém-paridas nos afazeres da casa, como cozinhar, ajudar no cuidado com outras crianças, dentre outras necessidades. Atualmente é utilizado para se referir às mulheres (e alguns poucos homens<sup>3</sup>) sem experiência técnica na área da saúde, que dão suporte físico e emocional às parturientes durante a gestação, no trabalho de parto e parto e, muitas vezes, na amamentação. (BRASIL, 2001; BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSI, 2005:1319; LEAO, BASTOS, 2001:91; SANTOS, NUNES, 2009:583; SOUZA, DIAS, 2010). Podendo tanto ser designada e treinada pela instituição de saúde, quanto pela comunidade. (RODRIGUES, SIQUEIRA, 2008:182).

Miriam Leão e Marisa Bastos (2001) salientam como papel da doula “segurar a mão da mulher, respirar com ela, sorrir para ela, prover encorajamento e tranquilidade” (LEAO, BASTOS, 2001:91). Já Denise Santos e Isa Nunes (2009) apontam os aspectos emocionais do suporte, como “encorajar, tranquilizar e estimular; medidas de conforto e prestar orientações” (SANTOS, NUNES, 2009:583). Por sua vez, no *Manual de parto, aborto e puerpério* (2001) do Ministério da Saúde é destacado também o papel da doula em apoiar também a pessoa companheira/acompanhante para que a mesma possa também auxiliar no processo. Já em relação à pessoa gestante, a atuação da doula seria “encorajando, aconselhando medidas para seu conforto, proporcionando e orientando contato físico e explicando sobre o progresso do trabalho de parto e procedimentos obstétricos que devem ser realizados”. (BRASIL, 2001:65)

É importante ressaltar o importante caráter informativo da atuação da doula (SILVA et al. 2012), uma vez que, além do apoio emocional, ela fornece à pessoa em situação de parto

informações sobre todo o desenrolar do processo de parto e nascimento, esclarecendo-a quanto às intervenções e procedimentos, para que a mesma possa participar de fato das decisões acerca das condutas a serem tomadas neste momento. (SOUZA, DIAS, 2010)

---

<sup>3</sup> A inserção de homens nesta atividade é bem polêmica entre as doulas, dividindo as opiniões das entrevistadas.

Quando esta pesquisa começou a ser delimitada foi realizado um levantamento preliminar de textos nas bases de teses e dissertações, assim como no indexador de periódicos SciELO em que foi possível verificar que a existência de considerável bibliografia apontando para os benefícios da atuação de doulas para as pessoas gestantes assim como para suas famílias. (SILVA et al., 2012; BRASIL, 2001:65; BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2005; LEÃO, BASTOS, 2001). Pôde ser observado que o suporte dado à mulher durante o trabalho de parto e parto por profissionais de saúde, doulas e mulheres leigas tem sido foco de estudo em vários ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas, tornando esse suporte uma prática embasada em evidências científicas. (BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2005:1318).

Cabe contextualizar a aproximação prévia da pesquisadora com as temáticas de gênero, sexualidade e diversidade, uma vez que essa afinidade anterior foi fundamental para o surgimento de algumas indagações que posteriormente orientaram a realização do processo investigativo. O contato com esse campo de estudos foi estabelecido tanto no âmbito acadêmico, através do direcionamento ao longo da graduação para disciplinas eletivas e eventos relativos a essas temáticas, culminando na elaboração e defesa de seu Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação de Ciências Sociais sobre a temática da e integralidade da atenção à saúde de pessoas trans (BARRERA, 2014), e de sua vinculação ao longo do mestrado ao Núcleo de pesquisa Epicen@s: Núcleo de Estudos em Gênero e Saúde, quanto no âmbito pessoal de engajamento em movimentos relativos à emancipação feminina e de luta por direitos de civis de pessoas LGBT

Com o esforço de delimitar o objeto a ser investigado começamos a leitura da bibliografia selecionada e a realizar conversas informais com amigas doulas. Assim, passamos questionar a maneira como os padrões de gênero poderiam, ou não, exercer influência na maneira como se dão os partos atualmente, assim como nos frequentes casos de violência obstétrica. Nos indagamos também sobre o que aconteceria com as pessoas gestantes no processo gravídico-puerperal que as levaria a buscar o suporte de outra mulher para passar por esse processo junto delas. Nesses diálogos informais emergiu também a questão do trabalho informativo das doulas como tendo potencialidade de incentivo de empoderamento de mulheres e demais pessoas gestantes e com isso, passamos refletir sobre a potencialidade da transmissão de informação a respeito dos processos fisiológicos do parto e dos direitos sexuais e

reprodutivos como um contraponto a violência de gênero na cena do parto.

Outra hipótese de pesquisa que surgiu dessas conversas preliminares e que foi verificada com a realização das entrevistas foi a questão de que, as mulheres que exercem a atividade de doula após terem contato com a profissão e com a rede de mulheres que se estabelece nas formações e atividades ligadas à doulagem<sup>4</sup>, paulatinamente se aproximam das temáticas de gênero e sexualidade, assim como do feminismo. E sendo uma ocupação que requer contato, cuidado, apoio, geralmente há muita troca entre as profissionais e as pessoas por elas atendidas, o que nos levou a levantar a hipótese de que a atuação como doula afetaria também as próprias profissionais que a exercem, questão que não havia sido explorada nos artigos consultados no levantamento exploratório de bibliografia.

Assim, a partir de todas essas indagações e conexões entre atividade de doulagem e as questões de empoderamento feminino, começamos a perceber o ser doula para além de uma ocupação profissional<sup>5</sup>, mas a doulagem como potência de fortalecimento da autonomia e empoderamento tanto das mulheres e demais pessoas gestantes, como das próprias doulas.

Analisando o arcabouço teórico e a legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) é possível perceber a centralidade que ocupa a autonomia dos sujeitos, sendo o fomento do seu empoderamento e de sua autonomia central para a concretização de vários de seus preceitos, como a integralidade e a própria humanização. Assim, objetivamos ao longo da dissertação compreender os sentidos atribuídos pelas doulas entrevistadas às suas experiências e vivências na doulagem e aos contextos relacionais em que se inserem. Para responder as indagações levantadas foram realizadas entrevistas semiestruturadas com treze doulas residentes em diferentes estados brasileiros, com perguntas que discorriam a respeito de sua atuação e questões referentes à gênero e sexualidade. Sem ter a pretensão de generalizar as informações obtidas para toda a população de doulas e doulandas, acreditamos serem relatos representativos da realidade por elas vivenciada.

---

<sup>4</sup> Exercício da atividade de doula.

<sup>5</sup> Doula é reconhecido como uma ocupação, não como profissão.

Cabe ainda a título de introdução fazer uma breve distinção sobre alguns termos que serão utilizados com frequência ao longo do texto: *parto normal* é um parto por via vaginal. Já um *parto natural* é um parto normal que ocorre sem que sejam realizadas intervenções de nenhum tipo, como anestesia, analgesia, fórceps, indução por ocitocina sintética, episiotomia<sup>6</sup>, manobra de Krysteller, etc., ou seja, a pessoa parturiente é apenas observada e assistida ao longo da evolução do trabalho de parto. Tanto um quanto o outro podem ser humanizados ou não. O que torna um *parto humanizado* é o fato de o protagonismo ao longo de todo processo ser da mulher, as intervenções terem embasamento em evidências científicas e serem corretamente informadas a ela, sendo respeitadas as escolhas dela sobre a realização ou não de determinados procedimentos, assim como seu plano de parto, caso tenha sido elaborado. Por definição, uma *cesariana* não é considerada um parto, e sim uma cirurgia de extração fetal. Há controvérsias dentro dos movimentos de humanização se ela pode vir a ser humanizada. Há quem defenda que sim, caso tenha evidências científicas para ser realizada e em seu transcorrer a assistência seja respeitosa, o clampeamento do cordão umbilical seja tardio e o recém-nascido seja colocado imediatamente em contato com a parturiente não, dentre outras atitudes. Porém, há também muitas militantes quem afirmam que por não haver protagonismo da mulher não é possível considerar cesáreas como humanizadas.

---

<sup>6</sup> Leal e colaboradores apontam já haver estudos que demonstram que a realização de episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e hemorragia, tudo isso sem diminuição das complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal. Assim, baseando-se em estudos desenhados exclusivamente para esse tipo de avaliação, é desestimulado o uso rotineiro da episiotomia na assistência obstétrica pelas novas diretrizes clínicas. (LEAL et al., 2014:S22-S23)

## **2 PERCURSO METODOLÓGICO E OBJETIVO DE PESQUISA**

Trata-se de pesquisa qualitativa de cunho exploratório, com vistas a elaborar hipóteses de leitura de uma determinada realidade. A partir de uma postura construcionista enquanto suporte epistemológico e metodológico (GERGEN; GERGEN, 2010; LORENZI et al., 2014), tomamos como objetivo central desta pesquisa “compreender os sentidos atribuídos pelas doulas entrevistadas às suas experiências e vivências na doulagem e aos contextos relacionais em que se inserem”. Refletindo então sobre a maneira como a constatação das violências por que passam as mulheres e pessoas gestantes ao longo do ciclo gravídico-puerperal instigou a maioria das entrevistadas a se engajarem em movimentos sociais e feministas que visam mitigar estas violências.

Por nos orientarmos pela citada postura epistemológica ao longo da coleta e análise assumimos que não seria produzida uma verdade única, em detrimento de outras, passível de generalização, mas sim interpretações possíveis de contextos e dos diversos sentidos produzidos pelos atores envolvidos, fomentando discussões que diferem daquelas cristalizadas como verdade. Ao longo do percurso, foi levado em conta o lugar de onde tanto a pesquisadora, quanto as interlocutoras falam, uma vez que entendemos que os indivíduos expressam diferentemente os discursos, que variam a partir dos contextos em que se inserem, dos locais em que circulam, com quem dialogam, do que lhes foi dito anteriormente, e das interações por eles estabelecidas (SPINK, 2010). Assim, na medida em que cada doula está inserida em contextos específicos de raça, classe, sexualidade, identidade de gênero, geracional, vai diferir também a maneira como ela aborda, por exemplo, a gestação, o parto, parentalidade, corpo, sexualidade e gênero. Portanto, buscamos compreendemos ao longo da pesquisa quais contextos e discursos emergiam das falas das doulas entrevistadas.

### **2.1 LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES**

Pelo caráter qualitativo do estudo sem pretensão de análises estatísticas dos dados ou de generalização dos resultados para toda a população, a seleção das participantes não se pautou na composição de uma amostra composta por muitos indivíduos para sustentar sua representatividade e objetividade. Por sua vez, busca a o aprofundamento da compreensão e a interpretação de questões de gênero relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, o trabalho de doulas e possibilidades de empoderamento. Assim, foram entrevistadas treze doulas de diferentes regiões brasileiras.

Para a seleção das participantes foi realizada divulgação através de publicação convite em rede social na internet, inicialmente para doulas conhecidas da pesquisadora e em grupos de debates e trocas de doulas dos quais já acompanhava desde a delimitação do tema de estudo. Entendendo que um membro de uma população específica tem mais chances de conhecer outros membros que o pesquisador, utilizamos a técnica metodológica *snowball* ou *snowball sampling*, (BIERNACKI; WALDORF, 1981) ou seja, “amostragem em bola de neve”. Assim, cada doula que leu o convite repassou para outras doulas conhecidas que potencialmente se interessariam em participar. Então através desse contato estabelecido entre uma rede de doulas foram contatadas mulheres de diversas regiões brasileiras. A seleção final das interlocutoras se deu então pela sua implicação na realidade investigada. A amostra se delimitou por saturação, considerando atingido número suficiente de participantes quando verificamos que já havia sido alcançado o objetivo do estudo, assim como quando verificamos reincidência das informações sem acréscimos significativos de conteúdo. (RAMOS; JUNQUEIRA; PUPLAKSIS, 2008:195). Como critério de inclusão era necessário que tivessem realizado curso de formação de doula, já terem acompanhado pelo menos cinco gestantes, para que já tivessem um arcabouço de experiência prática no acompanhamento e que concordassem voluntariamente a participar da pesquisa.

Como algumas delas atuam em cidades pequenas, sendo facilmente reconhecíveis, decidimos por nos referir apenas às regiões de modo geral. Sendo assim, seis delas atuam no sudeste, três no nordeste, três no sul e uma no centro-oeste. Como a amostra foi selecionada pelo processo de bola de neve, não é possível fazer grandes constatações a respeito da distribuição das doulas pelo território nacional, apesar de ter aparecido em algumas falas que a humanização, de modo geral, tem se concretizado mais efetivamente nas regiões sul e sudeste. Como foi citada nas entrevistas, essa seria uma faceta elitista da humanização, ou seja, nessas regiões há uma maior concentração de pessoas que podem pagar aproximadamente R\$6.000,00 em um parto domiciliar (nvalor mencionado por uma interlocutora da região nordeste).

## 2.2 MÉTODOS DE COLETA E ANÁLISE

Os dados produzidos foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas realizadas entre setembro e novembro de 2017 com treze doulas que se dispuseram voluntariamente a participar da pesquisa.

O questionário utilizado foi elaborado dando ênfase aos objetivos de pesquisa, visando delinear perguntas que contribuíssem para visibilizar o tema abordado. Nos preocupamos em não elaborar perguntas que fossem arbitrárias, ambíguas, ou tendenciosas.

As entrevistas foram realizadas presencialmente ou via ferramentas de vídeo conferência *online*, uma vez que também foram selecionadas doulas que moravam em municípios distantes da residência da pesquisadora. Optamos pela videoconferência em detrimento relação a conversas em ferramentas de *e-mail* e *chat* uma vez que a consideramos superior por contar com a imagem da interlocutora, permitindo à pesquisadora observar nuances de expressões não verbais, importantes para compreender a reação das interlocutoras a cada pergunta ou temática conversada. Após permissão verbal de cada doula os áudios das entrevistas foram gravados e posteriormente transcritos na íntegra.

Para análise das informações não foram criadas categorias ou eixos temáticos pré-estabelecidos em que se enquadrariam as falas. Estas por sua vez foram descritas e relatadas com o debruçar da pesquisadora sobre as transcrições, refletindo a respeito dos sentidos construídos pelas entrevistadas durante as entrevistas a cerca dos padrões de gênero envolvidos nos processos de gestação parto e puerpério e as possibilidades de empoderamento de doulas e doulandas debatendo com a literatura referente ao tema (SPINK; LIMA, 2004). Trouxemos diversos trechos de entrevistas por entender que os sentidos se constroem relacionalmente, e assim, podemos perceber as ricas confluências de percepções presentes nas diversas falas.

### 2.3 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa atendeu aos aspectos éticos relativos às diretrizes de pesquisa com seres humanos estabelecidos pela Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Assim, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o protocolo n.º 2.229.100 cumprindo com a Resolução CNS 466/12 que trata de princípios científicos e éticos. De acordo com o estabelecido nas referidas normas, nos comprometemos em coletar e utilizar apenas dados relacionados aos objetivos desta dissertação. Antes das entrevistas as interlocutoras foram devidamente informadas a respeito dos objetivos da pesquisa e seu direito de se retirar dela a qualquer momento, além da garantia de seu anonimato através da criação pseudônimos e de que a pesquisa não

traria nenhum prejuízo para elas. Todas estas informações constaram no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apendice B) assinado por elas.

### 3 DESENVOLVIMENTO

Dentre as treze, dez se formaram como doulas depois de 2010, sendo que a formada há mais tempo concluiu o curso em 2007 e as que se formaram a menos concluíram em 2015. Doze delas acompanhavam a gestante desde a gestação, passando pelo parto, até pós-parto, diferindo minimamente no número de consultas estipuladas no pré-natal e no puerpério, sendo que algumas referiram ter treinamento específico em aleitamento, o que as levava a um acompanhamento pós-parto mais estendido. A doula com menos atendimentos tinha atendido sete gestantes, e a com mais referiu aproximadamente 400 atendimentos. Destacamos que as com maior número de atendimentos haviam atuado como voluntárias em grandes maternidades.

Podemos localizar nossas interlocutoras dentre os diferentes marcadores sociais da diferença. No tocante a geração, a mais nova dentre elas tinha 25 anos e a com mais idade tinha 46. A média das idades é 35,5 anos. Quanto a seu estado civil, cinco se declararam solteiras, cinco casadas, duas divorciadas e uma referiu estar em união estável. Por sua vez, em relação à raça/cor sete se autoreferiram brancas, uma como preta e cinco como pardas. Já no que diz respeito à orientação sexual, seis se declararam heterossexuais, cinco como bissexuais e duas se declararam lésbica, sendo que uma se denominou enquanto “sapatão”. Todas as características citadas estabelecem o lugar de onde fala cada uma, estando intimamente relacionado aos processos de atribuição dos diferentes sentidos às suas experiências.

A grande maioria incorpora em seus atendimentos algum tipo de prática integrativa, sendo que a aromaterapia foi a mais mencionada. Assim, sete das doulas referiram usar óleos essenciais durante o trabalho de parto e parto. A massoterapia veio na sequência, citada por quatro delas. Também foi referido o uso de terapia crânio-sacral, *Ayurvéda*, escalda-pés, visualização dirigida, *Reiki*, *Shiatzu*, terapia de respiração, expressão corporal, exercícios, relaxamento meditação no parto, *Tetha Healing* e também benzimento. Cabe ressaltar que todas essas técnicas estão diretamente relacionadas à tranquilização, ao relaxamento e ao alívio não farmacológico da dor.

Dentre as entrevistadas, doze afirmam acompanhar tanto partos domiciliares quanto hospitalares, mesmo que com mais experiência em um ou outro. Por essa variação nos locais de atendimento, têm contato com as diversas rotinas estabelecidas em cada ambiente e interações entre os próprios profissionais, entre os profissionais e elas como doulas

e entre eles e as parturientes, apresentando maior ou menor grau de humanização.

Estas informações podem melhor ser observadas no quadro a seguir:

Dados posicionais / entrevistadas	idade	grau de instrução	profissão/ocupação	estado civil	filhos	raça/cor	orientação sexual	Nº gestantes que acompanhou	formação doula
Mima	25	pós-graduação	doula estudante de obstetrícia	solteira	não	branca	heterossexual	10	2015
Ursulina	46	2º grau completo	doula e publicitária	divorciada	sim, 1	branca	heterossexual	15	2014
Maria da Conceição	26	superior incompleto	doula, terapeuta e educadora	solteira	não	branca	bissexual	20	2014
Isabel	29	superior incompleto	doula, educadora física, educadora perinatal e consultora em aleitamento	solteira	sim, 2	preta	bissexual	80	2012
Adelaide	35	superior incompleto	doula e terapeuta perinatal	casada	sim, 3	branca	bissexual	26	2013
Elizabeth	25	superior incompleto	doula	solteira	não	branca	sapatão	30/35	2014
Bridget	38	Pós-graduação	doula, fotógrafa e jornalista.	divorciada	sim, 1	branca	heterossexual	400	2010
Nyzette	32	especialização	doula, dona de casa, massoterapeuta biodinâmica	casada	sim, 2	parda	bissexual	15	2009
Merga	38	superior completo	doula e arquiteta	casada	não	parda	lésbica	70	2015
Blanca	35	superior completo	doula e participante de projeto cultural com crianças e mestres em sabedoria popular	solteira	não	parda	bissexual	50	2014
Gracia	35	2º grau completo	doula	casada	sim, 2	parda	heterossexual	7	2014
Agnes	34	especialização	doula e coordenadora pedagógica	casada	sim, 2	parda	heterossexual	10	2012
Joana	36	especialização	doula e fisioterapeuta	união estável	sim, 2	branca	heterossexual	120	2007

Quadro 1 – Características relacionadas aos marcadores sociais.

Dentre todas, apenas uma relatou atender apenas particular. Das que referiram atuar tanto particular, quanto voluntário, uma citou o esquema “pague quanto puder”, uma comentou que mesmo sem ter tido acordo prévio, as gestantes que ela atendeu de forma voluntária sempre acabaram lhe pagando alguma quantia. Três delas citaram realizar algum tipo de troca, seja por banco de horas, seja por serviços, seja com trocas para além do dinheiro. Apenas duas referiram a doulagem como ocupação e fonte de renda principal, a grande maioria tem outra profissão. Sete delas referiram ter ensino superior completo, sendo que

cinco concluíram também pós-graduação ou especialização. Quatro tinham o superior incompleto e duas completaram o segundo grau.

Ao longo do processo de análise dos resultados da pesquisa pudemos identificar as respostas das interlocutoras giravam em torno de dois grandes eixos de sentidos: o das Violências e o das Resistências. Ou seja, tratavam, por um lado, das denúncias dos diversos tipos de violências sofridas pelas mulheres e pessoas gestantes no seu processo gravídico-puerperal, e por outro, dos movimentos de resistência suscitados pela constatação das mesmas.

No eixo das violências os relatos-denúncias se relacionaram de modo geral, a violência de gênero, ou seja, ao fato de que a maioria das violações acontece por ser direcionada a corpos femininos e ao lugar que esses corpos ocupam na sociedade e a intersecção de gênero com raça, sexualidade, classe e faixa etária, trazendo questões como as violências perpetradas contra mães jovens, negras, de baixa escolarização. Também entra nessa parte as violências decorrentes da existência de padrões normativos de sexo e gênero, recaindo sobre mães lésbicas e bissexuais homens trans. Pudemos identificar também violências decorrentes das posições assimétricas de poder estabelecidas entre os profissionais de saúde, principalmente por médicos, e as pessoas parturientes. Aqui se inserem a negação de informação por parte da equipe, o cerceamento da autonomia e do protagonismo da mulher na hora do parto e a realização de procedimentos contra a vontade da pessoa parturiente e a desobediência ao plano de parto sem reais necessidades clínicas.

Já no eixo das resistências, identificamos a partir das respostas das entrevistadas algumas estratégias para combater as violências por elas identificadas. Discorremos sobre a humanização do parto e do nascimento e a necessidade de abordá-lo não como um movimento coeso, mas sim como “oS movimentoS”. É abordada a doula como potente representante desses movimentos e o seu importante papel informativo. Abordamos a questão da Integralidade e do cuidado individualizado dispensado á cada gestante e parturiente. Outra estratégia se relaciona aos benefícios trazidos pelo contato de mulheres com outras mulheres, pelo estabelecimento de redes, o incentivo à autonomia de cada uma e a possibilidade de fomento mútuo do empoderamento. Neste ponto entra também a relação de cada uma delas com os movimentos feministas e de mulheres.

### 3.1 VIOLÊNCIAS

A OMS define violência como o uso da força física ou do poder, seja real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002). Já a violência obstétrica pode ser entendida a partir da discussão realizada por Gabriela Zanardo e colaboradores, que entendem a mesma como uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto, ferindo sua autonomia e tomada de decisão sobre seus corpos.

A VO significa, portanto, a apropriação por parte dos profissionais da saúde dos processos reprodutivos das mulheres e pessoas gestantes, pautando-se em uma atenção ao parto “mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada” (ZANARDO et al., 2017). Essas autoras destacam que essa forma de violência pode se traduzir em negligência por parte dos profissionais, mentira para a paciente sobre a sua condição de saúde no intuito de induzir cesariana eletiva e a negação de informação para a parturiente sobre a sua situação de saúde e sobre os procedimentos que são necessários no processo parturitivo. Há também o âmbito psicológico das violências, percebidos através de hostilidade, ironias ameaças, coerção, gritos e humilhação intencional das gestantes pelos profissionais de saúde e a violência física, quando há manipulação e exposição desnecessária do corpo da pessoa parturiente, negação de analgesia quando há indicação técnica, ou ainda violência sexual.

Além disso, a violência obstétrica compreende o uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, assim como a realização de práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, não baseadas em evidências científicas. Alguns exemplos são a raspagem dos pelos pubianos, episiotomias de rotina, realização de enema, indução do trabalho de parto e a proibição do direito ao acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto. (ZANARDO et al., 2017)

#### **3.1.1 Construção social dos conceitos de sexo e gênero e heteronormatividade**

*“A literatura não é apenas um investigador frustrado mas também um incorrigível perpetrador do problema da sexualidade. [...] Não só as atitudes com relação à diferença*

*'geram e estruturam os textos literários', como os textos geram a diferença sexual".*  
(LAQUEUR, 2001)

Historicamente as representações ocidentais do corpo e comportamento das mulheres as caracterizam como seres com corpos incompletos, frágeis e com personalidades históricas e descontroladas (CARNEIRO, 2013), por isso, incapazes e despreparadas para a vida pública.

Com as intensas modificações sociais ocorridas na passagem do século XVIII para o XIX a sexualidade passa por um processo de cientificação e medicalização, deixando de ser encerrada no âmbito doméstico, familiar, discutida apenas com o padre - pra quem se confessavam os “pecados da carne”, e tornando-se também tema nos consultórios de médicos e de profissionais “psi” (psicólogos, psiquiatras e psicanalistas). Enquanto predominavam as noções sobre sexualidade pautadas pelo paradigma católico, o sexo estava necessariamente atado à reprodução, sendo que o único ato sexual moralmente aceitável era o praticado para fins reprodutivos – portanto, heterossexual, e no interior do matrimônio<sup>7</sup> (FOUCAULT, 2008). Com a disseminação de discursos sobre o sexo, instigando vontades de conhecimento, se constitui um discurso médico-legal e uma ciência da sexualidade, autorizados como saberes verdadeiros e adequados para tratar sobre ele<sup>8</sup> (FOUCAULT, 1988).

Discorrendo acerca da construção histórica dos conceitos de sexo e gênero Thomas Laqueur aponta em sua obra *Inventando o Sexo* (2001) que a partir do século XVIII ocorreu uma intensificação nos escritos a respeito das “diferenças radicais” entre o masculino e o feminino pautadas na biologia, consolidando no século XIX as definições de sexualidade, gestação e parto trazidas pelo paradigma científico biomédico.

Nessa transição se consolida o *dimorfismo*, ou seja, a noção que busca explicar cientificamente que existem dois corpos sexuais

---

<sup>7</sup> Os avanços técnicos e científicos consolidados no século XX trazem marcos importantes no rompimento na linearidade do sexo pra reprodução, como foi, por exemplo, a pílula anticoncepcional, dando alguma autonomia reprodutiva para as mulheres, porém ao mesmo tempo em que aproximando ainda mais a sexualidade da medicina.

<sup>8</sup> Cabe mencionar o caráter produtivo do dispositivo da sexualidade. Ele produz não só verdades, como também realidades e indivíduos.

radicalmente opostos, o feminino e o masculino e que as diferenças entre eles é o que embasa os comportamentos de gênero destes corpos. Essa concepção de dois sexos/duas carnes surge em oposição à concepção defendida até então, o *isomorfismo*, que propunha o sexo único/carne única, ou seja, que havia apenas um corpo básico - o masculino. Na concepção isomórfica a variação do masculino para o feminino se dava em decorrência da diferença entre o seu calor vital: a frieza do corpo da mulher mantinha para dentro o que o calor do corpo do homem expulsava para fora. A mulher era percebida como sendo fisiologicamente um homem invertido que carregava dentro de si tudo o que o homem trazia exposto (BENTO, 2008:26). Segundo Laqueur “nesse mundo, a vagina era vista como um pênis interno, os lábios como o prepúcio, o útero como um escroto e os ovários como os testículos”(LAQUEUR, 2001:16). Já com a consolidação do dimorfismo “todo aspecto concebível do corpo e da alma”, “todo aspecto físico e moral”, e principalmente todos os aspectos anatômicos e fisiológicos masculinos e femininos, passam a ser percebidos como incomensuráveis. (LAQUEUR, 2001:17). As mulheres deixam de ser uma variação menos perfeita de um homem para ser algo radicalmente diferente.

A pesquisadora Anne Fausto-Sterling (2001) assinala que nos anos 1970 popularizou-se pelos sexólogos John Money e Anke Ehrhardta ideia de que sexo e gênero seriam categorias distintas. Para estes pesquisadores o sexo era anatômica e fisiologicamente determinado, assim, quando se referiam a ele, diziam sobre os atributos físicos do corpo de um indivíduo. Ao abordarem o gênero o entendiam como “uma transformação psicológica do eu - a convicção interior de que se é homem ou mulher (identidade de gênero) e as expressões comportamentais dessa convicção”. (FAUSTO-STERLING, 2001:15). A autora realça que também nesta década militantes feministas realizaram o mesmo esforço de separação de um âmbito biológico, natural de um social, construído. Os termos foram colocados de tal modo “que sexo passou a representar a anatomia e funcionamento fisiológico do corpo e gênero passou a representar as forças sociais que moldam o comportamento”. (FAUSTO-STERLING, 2001:16).

A partir de então a categoria *gênero* é percebida como uma categoria cultural, e é constantemente apresentada da maneira como propõe a historiadora Joan Scott, ou seja, como “uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado” (SCOTT, 1995). Segundo essa concepção as diferentes sociedades atribuiriam significados culturais aos

corpos físicos, “reais”, “naturais”, biologicamente determinados, em contraposição ao que ocorria até o final do século XVII, quando era o gênero o dado primário, “real”, sobre o qual se ligavam significados culturais (LAQUEUR, 2001).

Entendemos que o esforço de historicização do sexo proposto por Laqueur não objetivou negar a existência de uma realidade anatômica dos corpos, mas que buscou evidenciar que tanto a diferença, quanto a igualdade dos corpos estão por toda a parte, destacando que uma grande quantidade de dados que sugerem não haver diferenças significativas entre os gêneros não é sequer citada nas pesquisas científicas iluministas, uma vez que o foco do interesse se centrava apenas em fundamentar na biologia dos corpos as diferenças de papéis sociais e estereótipos<sup>9</sup> normativos de comportamentos femininos e masculinos. Nesse sentido torna-se evidente que “a ciência não investiga simplesmente, ela própria constitui a diferença” entre a mulher e o homem, explorada pelo livro de Laqueur (LAQUEUR, 2001). E assim, não podemos deixar de considerar que “o sexo, tanto no mundo de sexo único como no de dois sexos, é situacional; é explicável apenas dentro do contexto da luta sobre gênero e poder” (LAQUEUR, 2001), e que após o século XVIII, é a ciência quem tem o poder de deliberar a respeito do sexo e do gênero. Laqueur é categórico em afirmar que “a mudança mais geral na interpretação dos corpos masculinos feminino originou-se, até mesmo em princípio, do progresso científico”<sup>10</sup>(LAQUEUR, 2001).

Segundo Berenice Bento, as diferenças anatômicas e fisiológicas visíveis entre os sexos não eram levadas em conta até o momento em que passou a ser politicamente importante a diferenciação biológica

---

<sup>9</sup> Oliveira e Amâncio descrevem papel sexual como “uma norma que proscree determinados comportamentos e prescreve outros e que é apreensível ao nível dos estereótipos sexuais (Amâncio 1993a), sendo os actores sancionados socialmente pela adoção de comportamentos não consonantes como seu papel sexual” (OLIVEIRA, AMÂNCIO, 2002).

<sup>10</sup> Assim como Laqueur fundamenta a passagem de um modelo isomorfista para um dimorfista no processo iluminista de “marcha para o progresso”, ou seja, no momento em que a ciência passa a fornecer as bases a serem usadas para a teorização sobre a temática da diferença sexual, a valorização da racionalidade e o discurso científico se tornam também o discurso adequado para tratar sobre gestação e parto, como abordado anteriormente na introdução.

através do discurso científico de homens e mulheres (BENTO, 2008:25). Citando Lynne Friedli (1999 apud BENTO, 2008) a autora coloca que a disputa no campo científico entre o dimorfismo e o isomorfismo se vinculava a outra luta em curso no século XVIII: a reorientação das posições masculinas e femininas na sociedade (BENTO, 2008:28). A fixação no corpo sexuado de papéis e estereótipos de gênero contribuíram para firmar um lugar essencialista para posições que no âmbito deste trabalho entendemos como variadas, fluidas, processuais.

Assim, o corpo passa a ser a justificativa para as desigualdades e diferenças hierárquicas entre o masculino e o feminino. E é revestido de cientificidade, que o discurso sobre a diferença sexual vai dar suporte ao julgamento moral das condutas diferenciadas de homens e mulheres (BENTO, 2008:29). Segundo essa autora

A refinada engenharia da diferença sexual esquadrinhou os corpos como objetivo de provar que não há nada em comum entre o feminino e o masculino. O único momento de encontro possível aconteceria no ato sexual. (BENTO, 2012:29).

Ao colocar o ato sexual heterossexual como o único momento em que esses corpos e gêneros tão distintos se encontram, além de fixar papéis e estereótipos de gênero em corpos específicos como já citado, a consolidação do modelo de dois sexos também passa a orientar a sexualidade adequada a esses corpos.

O esforço realizado por anatomistas do século XVIII de fixar um nome específico para a vagina (que como exposto era percebida apenas como um “pênis invertido”) passa a defini-la como “tubo ou bainha na qual seu oposto, o pênis se encaixa e através da qual nasce o bebê” (LAQUEUR, 2001:17). Essa definição é significativa em diversos aspectos, uma vez que não só reforça o esquema binário no qual só existem dois órgãos sexuais distintos um do outro – o masculino e o feminino, apagando as diversas condições intersexuais<sup>11</sup>, mas também por passar a colocar o ato sexual heterossexual como o único momento de aproximação entre esses dois órgãos incomensuráveis, na medida em que o pênis “se encaixa” anatomicamente na vagina. Essa complementaridade natural entre a vagina e o pênis passa então a ocupar o lugar de prova irrefutável da heterossexualidade da humanidade,

---

<sup>11</sup> Indivíduos que possuem genitália ambígua, ou seja, não enquadrada em nenhum dos dois sexos.

configurando as origens da *heterossexualidade compulsória*<sup>12</sup>(ou *heteronormatividade*), uma vez que apenas a heterossexualidade possibilitaria a unidade entre as diferenças binárias dos gêneros. Por fim, cabe ainda apontar que a citada definição de vagina traz a reflexão sobre o atrelamento obrigatório entre a vagina, o ato sexual e a procriação/maternidade. Além do sexo aceito como “natural” ou “bom” nos termos de Gayle Rubin (RUBIN, 2003), ser aquele praticado entre um pênis e uma vagina, é também aquele do qual decorre uma gestação e nasce um bebê.

Essa discussão a respeito da heteronormatividade é relevante no âmbito do nosso trabalho uma vez que entendemos que a heterossexualidade não é só uma pratica sexual, mas também atua como “um regime de poder”, que tem como efeito que “a ‘mulher’, não é uma identidade natural, mas uma categoria política que surge no marco do discurso heterocentrado” (BENTO, 2008:30). Partindo da percepção da heterossexualidade enquanto um regime de poder, cabe evidenciar que ela não aparece espontaneamente no momento de nascimento de uma criança, mas ela “inscreve-se reiteradamente através de constantes operações de repetição e de recitação dos códigos socialmente investidos como naturais” (BENTO, 2008:30). Assim, devemos perceber que, por mais que sejam apresentadas como a-históricas, as ideias de complementaridade natural dos corpos e a dos próprios corpos sexuais são condicionadas e demarcadas pelas convenções sociais históricas, que não só colocam o corpo de mulher como o único local que pode ser ocupado pelo feminino e o corpo de homem pelo masculino (BENTO, 2008:31), como também determinam as maneiras como cada corpo deve exercer a sua masculinidade ou feminilidade e quais corpos serão seu “objeto de amor ou do erotismo” (LIONÇO, 2009:48). Será então o alinhamento entre sexo-gênero-desejo que estruturará a heteronormatividade (BUTLER, 2015).

Orientando-se pelas noções binárias de sexo e gênero, pautadas no que é determinado pelo médico com base na anatomia da criança na hora de seu nascimento, a feminilidade e a masculinidade são

---

<sup>12</sup>Entendemos a *heterossexualidade compulsória* ou *heteronormatividade* como a capacidade que a heterossexualidade tem de se apresentar como norma, como uma lei que regula e determina a impossibilidade de vida fora dos seus marcos (BUTLER, 2015).

essencializadas em identidades que são mutuamente excludentes. A partir dessa lógica OU se pode ser homem, se for referido ao nascimento pelo profissional a existência de um pênis, OU se pode ser mulher, se for constatada a presença de uma vagina. Deste órgão biológico - que foi investido de cultura desde a primeira ultrassonografia, será esperada uma série de comportamentos. Se tiver pênis, deverá apresentar condutas tidas como masculinas, como a bravura, a inteligência, a força. Sua masculinidade culmina em seu interesse sexual-afetivo por mulheres. Se tiver vagina, deverá cumprir com o que se espera de feminilidade, delicadeza, maternalidade e aptidão para o cuidado, além de sentir desejo por homens e deles engravidar. Nesta lógica de linearidade de sexo-gênero-desejo discutida por Judith Butler (2015), a identidade de gênero está colada a sexualidade, e por consequência, só pode ser mãe aquela que engravida (de um homem) e pare<sup>13</sup>.

Com isso, mesmo que os avanços tecnológicos tornaram possível a fertilização *in vitro*, o nascimento é quase que exclusivamente retratado nos documentos oficiais e artigos científicos consultados como resultado de uma união heterocisnormativa<sup>14</sup>, ou seja, de uma união entre uma mulher com vagina, útero e ovários e um homem com pênis e testículos. Toda vez que é referida a pessoa que está gestando utilizam-se termos como “a mãe” ou “a mulher”, e nas raras exceções que se referem ao “companheiro”, de modo geral utiliza-se “o pai”. Nesta lógica heterociscentrada em que a única maneira “natural” reprodução

---

<sup>13</sup> Porém as experiências de pessoas trans têm nos mostrado que atributos de masculinidades e feminilidades não pertencem essencialmente a corpos específicos, podendo variar a partir das diferentes apropriações “pessoal, social, cultural e histórica do feminino e do masculino” (LIONÇO, 2009:48). A afirmação da existência de diversidade sexual e de gênero é um importante contraponto à heterocisnormatividade e à dinâmica homotransfóbica, que desqualificam o status social de indivíduos em decorrência de alguma ruptura com o alinhamento sexo-gênero-desejo (BARRERA, 2014).

<sup>14</sup> Utilizamos no trabalho o termo *cisgênero* (cis) para referir a pessoa que se identifica como mesmo gênero que lhe foi designado pela autoridade médica no momento de seu nascimento. São as pessoas que não são Trans. *Cisnormatividade*, por conseguinte, é norma que determina que pênis = homem, vagina = mulher e que não existem opções para além disso. Assim, a *heterocisnorma* determina que homens são masculinos, têm pênis e devem se atrair afetivo-sexualmente por mulheres, e que mulheres são femininas, têm vaginas e devem se sentir atraídas por homens.

seria a realizada por ato sexual entre um homem/pênis e uma mulher/vagina, toda a pluralidade de composição das famílias da pessoa que gesta é apagada, como por exemplo, as compostas por indivíduos trans e de pessoas de orientação não heterossexual.

Aqueles corpos que não mantêm uma “coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo” (BUTLER, 2015), ou seja, pessoas que não seguem a linearidade pênis-homem-masculino-atração por mulheres *versus* vagina-mulher-feminina-atração por homens, não se enquadrando no que Butler propõe como “gêneros inteligíveis”, ou seja, aceitáveis justamente por se inserirem na matriz heterossexual hegemônica, tornam-se vulneráveis a sanções sociais e a negação de direitos de cidadania, como é, por exemplo, o caso das pessoas homossexuais, bissexuais, intersexuais, travestis, transexuais e todas as que de alguma maneira rompem com essa pressuposta continuidade.

### 3.1.2 Violência de gênero

Assumindo que o perfil de saúde e doença das populações resulta da interação não só dos aspectos biológicos, mas também das dimensões sociais, econômicas, históricas e políticas, a questão do gênero torna-se fundamental para compreendermos as relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos que interagem ao longo do processo gravídico-*puerperal*.

Documentos oficiais do Ministério da Saúde como o *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres* (BRASIL, 2004) e a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (BRASIL, 2011) abordam o gênero como a construção social do ser masculino e do ser feminino, que está essencialmente vinculado a relações de poder de desiguais entre homens e mulheres que se expressam nas leis, práticas sociais e políticas públicas. Segundo Cabral, Ressel e Landerdahl (2005) esses desequilíbrios podem vir a aprofundar as desigualdades existentes na sociedade, interferindo relevantemente na vida e saúde das mulheres. A partir da organização social das relações de gênero as autoras afirmam maior vulnerabilidade das mulheres ao sofrimento, adoecimento e morte, tornando-se assim imprescindível

A incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (CABRAL, RESSEL, LANDERDAHL, 2005:460).

Não podemos deixar de ressaltar que as concepções de sexo e gênero que hegemonicamente pautam os saberes médicos e as relações no interior da nossa sociedade são datadas historicamente, construídas relacionalmente e em disputa.

Historicamente as representações ocidentais do corpo e comportamento das mulheres as caracterizam como seres com corpos incompletos, frágeis e com personalidades históricas e descontroladas (CARNEIRO, 2013), por isso, incapazes e despreparadas para a vida pública. Com o mencionado processo de cientifização e medicalização pelo qual passou a sociedade no século XIX, especialistas das áreas da ciência, anatomia, fisiologia, ginecologia e obstetrícia modernas retiram o corpo grávido e o momento do parto do universo de cuidados e saberes femininos “tradicionais”, transformando-os em “assuntos médicos”.

Essa apropriação por parte de médicos e cientistas do corpo da mulher contribuiu de forma relevante não só para exercer controle sobre sua reprodução e sexualidade, mas também para as representações que temos de mulher “inferiorizada, menor e desigual” (CARNEIRO, 2013:2377), perpetuando a noção incompletude e incompetência feminina. (PIMENTEL, et Al., 2014) e justificando a limitação da sua participação social somente na esfera doméstica, exercendo a função de reprodutoras (CABRAL; RESSEL; LANDERDAHL, 2005).

As discussões sobre a situação feminina e sua inserção social e nos serviços de saúde emergiram na década de 1980 (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006), trazendo a tona que o sistema de estereótipos normativos em que se baseiam as representações sociais de masculino e feminino, não é “natural”, ou seja, determinado meramente pela biologia. A constatação da determinação social da dominação entre homens e mulheres reafirma que as relações de normas e condutas designadas para cada gênero são contextualizadas política, econômica, cultural e geograficamente (CABRAL; RESSEL; LANDERDAHL, 2005:460).

Com as menções nas bibliografias consultadas e nos relatos das interlocutoras sobre as relações assimétricas estabelecidas entre profissionais de saúde (detentores do conhecimento) e parturientes (leigas) se torna evidente o viés hierárquico tanto do modelo assistencial medicalizado, quanto de gênero, presentes na assistência hospitalar ao processo parturitivo. Neste ambiente também será esperada da mulher uma postura submissa, lhes sendo negada a voz, o esclarecimento de dúvidas, e principalmente, o protagonismo e autonomia, reforçando a

sua dependência em relação aos profissionais de saúde (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006:110).

A sujeição das mulheres ao que lhes é ordenado, as priva de seu poder e as transforma em objeto passivo da ação dos profissionais, reforçando socialmente a ideia de que é o médico que “faz o parto” (PIMENTEL, et al., 2014:174). Assim, podemos perceber que o próprio ambiente hospitalar reproduz (mesmo que em menor escala) as assimetrias nas relações de poder presentes no espaço social e das violências perpetradas contra os corpos femininos (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006). Assim, através de diversas falas das interlocutoras foi transparecendo a noção de que, de modo geral, muitas das violências obstétricas acontecem pelo fato próprio fato de serem mulheres, por já ser costumeiro o seu silenciamento (CABRAL; RESSEL; LANDERDAHL, 2005).

Em muitas das falas das entrevistadas aparece a questão da informação como perpetuadora de assimetrias hierárquicas de poder, uma vez que o médico tem informação, instrução, o que o coloca na posição de “saber o que está fazendo” em oposição à gestante que chega no parto sem esclarecimento dos processos fisiológicos e procedimentos que podem ser realizados. Todas as interlocutoras responderam existir relações assimétricas de poder entre os profissionais de saúde, em especial os médicos, e as parturientes.

A partir então dos relatos das doulas e da bibliografia consultada percebemos que a maneira como se dão os partos hoje em dia, a grande incidência de cesarianas e de denúncias de violência obstétrica (VO) aparece muitas vezes aparecem como reflexos das violências de gênero, desse lugar de submissão calada e passiva a autoridade médica traduzida em fases como “pra fazer não gritou”. Assim quando uma mulher é dissuadida a parir sem intervenção pois “não vai aguentar”, ou que ela vai causar sofrimento ao feto, quando é orientada a dar mamadeira pois seu leite “é fraco”, se joga com suas inseguranças e culpas maternas, intimamente conectadas ao lugar relegado à mulher na estrutura patriarcal, a desqualificação das mulheres e daquilo que é feminino. Afinal de contas, é o médico quem sabe o que é bom pra ela, é o leite em pó que tornará a criança forte, e não o corpo feminino. Como poderia ele, fraco, homem incompleto?

Como mencionam Rabelo e Silva (2016)

ainda se prescrevem muitas normas para a mulher: que crie bem os filhos, cuide do ambiente domestico, não ganhe mais que o homem; portanto, não seja provedora do lar, tenha um corpo magro e elegante, seja regida pela

emoção — em detrimento da razão — e submissa a seu esposo, chefe ou pai (Rabelo; Silva, 2016)

### **3.1.3 Intersecção de gênero com sexualidade, raça, classe e geração**

Há considerável número de trabalhos apontando para a persistência de desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil, denunciando que mulheres indígenas, pretas, com menor escolaridade, com maior número de gestações e aquelas residentes nas regiões Norte e Nordeste têm menos acesso à assistência pré-natal adequada (DOMINGUES et al. 2015; GOES, 2018; LEAL, et al., 2014:S29). Deste modo, ao analisar as violências obstétricas relatadas pelas interlocutoras, para além de considerar a variável gênero devemos também mencionar a influência decisiva de marcadores como “nível de escolaridade, raça, região geográfica e fonte de pagamento do parto” (LAMARCA, VETTORE, 2015) na atenção prestada às pessoas em situação de parto.

Orientadas pelas teóricas do “feminismo das diferenças”, as discussões sobre os marcadores sociais da diferença começam a se intensificar nos Estados Unidos a partir dos anos 1980. Essa vertente teórica buscava evidenciar e criticar o fato de que as teorias elaboradas nas metrópoles do Norte Global se voltavam para “mulheres brancas, anglófonas, heterossexuais, protestantes e de classe média” (PELÚCIO, 2011:79), denunciando as tentativas de universalização das experiências desse grupo específico e limitado de mulheres para todos os contextos. O feminismo da diferença passa então a salientar a constituição social e cultural dos sujeitos, evidenciando que

gênero, raça, religião, nacionalidade, sexualidade e geração não são variáveis independentes, mas se enfeixam de maneira que o eixo de diferenciação constitui o outro ao mesmo tempo em que é constituído pelos demais (PELÚCIO, 2011:79).

Assim, para além de estabelecer um sujeito político universal do feminismo, passou-se a evidenciar as variáveis que diversificam as experiências das mulheres ao redor do mundo e como essas diferenças singularizam cada contexto de enfrentamento. Assim, ao analisar as diferenças por esse prisma, as experiências dos sujeitos adquirem dimensão cultural, social e política (PELÚCIO, 2011:80).

Com base no exposto, percebemos que as experiências vivenciadas nos partos no Brasil estão entrecortadas pela racialização, classismo e etarismo, pautadas em relações subalternizantes, uma vez que as diferenças são vividas como desigualdades, hierarquizando

sujeitos e coletividades (PELÚCIO, 2011:80). Assim, devemos tomar gênero, geração, raça/cor e classe como categorias analíticas que devem ser consideradas nos estudos em saúde, reconhecendo que como construções sociais, vão configurar o espaço de socialização e repercutir no “acesso e uso dos serviços de saúde, bem como na forma pela qual os indivíduos se orientam frente às diferentes instituições sociais”. (COSTA JUNIOR; COUTO, 2015:1310).

A intersecção entre os marcadores sexo e gênero tem grande relevância no âmbito desta pesquisa na medida em que percebemos ao longo da análise das entrevistas que as interlocutoras consideram o desrespeito por parte dos profissionais de saúde à identidade de gênero e à orientação sexual das pessoas gestantes como um importante fator de desempoderamento e de intensificação da sua vulnerabilidade durante o processo gravídico-puerperal. Inclusive, a não aceitação por parte dos profissionais e o desconhecimento tanto destes, quanto das próprias pessoas gestantes dos direitos sanitários, sexuais e reprodutivos das pessoas LGBT são apontados pelas doulas entrevistadas como fatores que influenciam nos números de violência obstétrica que temos hoje. Não podemos assim deixar de lado a consideração da identidade de gênero e da orientação sexual da pessoa gestante e da pessoa parceira (quando há), para que se concretize o atendimento integral às suas necessidades de saúde.

Uma vez que há recomendações oficiais que restringem o acompanhamento ao parto à figura do “pai” (HOTIMKSKY; ALVARENGA, 2002), excluindo companheiros que não se enquadram nessa definição, como segundas mães ou pais trans que não tenham retificado seu nome e sexo nos documentos, devemos também refletir sobre o âmbito institucional<sup>15</sup> das violências relacionadas a gênero e

---

<sup>15</sup>Por violência institucional entendemos aquela que é exercida nos/pelos próprios serviços públicos, no caso desta pesquisa, de saúde. Ela pode ser ocasionada tanto por ação, quanto por omissão, abrangendo os abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições. (BRASIL, 2002). Dentre as diversas formas de violência institucional contra mulheres o Ministério da Saúde identifica as seguintes: “maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental; violação dos direitos reprodutivos [discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas (HIV), quando estão grávidas ou desejam engravidar]” (BRASIL, 2002).

sexualidade e não apenas como atos individuais cometidos por profissionais específicos, de determinadas unidades de saúde. Essa questão da discriminação para com casais lésbicos e o enfrentamento de dificuldades da parceira de acompanhar o parto apareceu em trechos das respostas assim como foi mencionada pelas interlocutoras a violência para com homens trans e as dificuldades por eles sentidas no processo gravídico-puerperal.

Foi evidenciado nas falas das doulas que para não incorrer em violência institucional, os serviços e profissionais de saúde devem estar sensibilizados nas questões de sexualidade e gênero e orientados quanto às diferentes possibilidades de configuração familiar, respeitando as parentalidades não normativas que se apresentam na hora do parto. Prestando atendimento respeitoso e satisfatório, de modo a não ferir os direitos sanitários e reprodutivos das pessoas LGBT gestantes pode-se concretizar de fato a integralidade da atenção às necessidades de saúde de gestantes lésbicas, bissexuais e transexuais.

O marcador raça e classe também foram referidos em diversos estudos que abordam a temática do parto (DOMINGUES et al. 2015; D'ORSI et al., 2014; GOES, 2018, LEAL, et al., 2014:S29) e nas falas das doulas entrevistadas nesta pesquisa.

As questões raciais e de classe se apresentam no estudo de Domingues et al. (2015) que teve como objetivo verificar o grau de adequação da assistência pré-natal no Brasil e se a maior ou menor adequação se associavam à características demográficas, sociais e econômicas das mulheres por eles entrevistadas. Como resultado do estudo foi constatado que as mulheres pretas ou pardas, apresentam menores chances de um PN adequado, assim como as adolescentes (< 20 anos), as mulheres com partos anteriores, com menor escolaridade, pertencentes a classes econômicas mais baixas, sem companheiro, que não possuem um trabalho remunerado, pelas que são atendidas em serviços públicos e as residentes nas regiões Norte e Nordeste do país. Assim, as mulheres residentes nas regiões Sul e Sudeste são as que apresentam maiores chances ter um pré-natal adequado, sendo que a chance de um pré-natal adequado é mais do que duas vezes superior em mulheres pertencentes às classes econômicas A ou B e para aquelas com doze ou mais anos de escolaridade. (DOMINGUES et al. 2015:140).

Já o estudo de D'Orsi e colaboradores (2014) que buscou avaliar o grau de satisfação de mulheres com a atenção a seus partos<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup>As autoras apontam que a maior satisfação foi relatada por usuárias do serviço de saúde privado (e, portanto, com melhores condições socioeconômicas),

demonstra que há uma desigualdade social na atenção à saúde das mulheres pretas ou pardas, uma vez que a cor de pele foi associada à pior avaliação do tempo de espera até ser atendida, menor chance de respeito e privacidade durante o atendimento nos exames e no trabalho de parto e parto. Também foi maior o relato de violência do que o verificado dentre as mulheres brancas. Além do atendimento desigual recebido pelas mulheres pretas e pardas as autoras apontam diferenças significativas na assistência ofertada a parturientes das classes sociais D/E, de escolaridade mais baixa, oriundas das regiões Norte e Nordeste<sup>17</sup>, que tiveram parto vaginal e que foram atendidas no setor público. (D'ORSI et al., 2014:S161). Nas palavras das autoras

Esses dados evidenciam a iniquidade presente em nosso sistema de saúde e a existência de discriminação nos serviços de atendimento a partos – uma realidade que, mais cedo ou mais tarde, o sistema de saúde terá de reconhecer e abordar. (D'ORSI et al., 2014:S166)

Os resultados da pesquisa *Nascer no Brasil*, um estudo de coorte de base hospitalar coordenado pela pesquisadora Maria do Carmo Leal corrobora com o apresentado nos estudos citados, expondo que a relação com os profissionais de saúde foi melhor avaliada por mulheres atendidas na Região Sudeste e na Sul, no setor privado, com maior escolaridade e com acompanhante. Complementando apontam que aquelas atendidas no setor público, principalmente mulheres de baixa escolaridade e de pele escura, há uma maior referência a maus tratos psicológicos e verbais (LEAL, 2015).

Por fim, acrescentam que para as mulheres socioeconomicamente desfavorecidas houve uma maior utilização de procedimentos dolorosos, como a aceleração do trabalho de parto e de baixo uso de analgesia obstétrica, assim como nos é apresentada a constatação de menor

---

estando associada ao menor numero de relatos de violência, a se sentirem mais respeitadas, por terem mais privacidade, por sentirem maior clareza nas explicações, tendo mais possibilidade de fazer perguntas e assim, apresentando maior poder de participação nas decisões. (D'ORSI et al., 2014)

<sup>17</sup> O grau menor de adequação do pré-natal nas regiões Norte e Nordeste se entrelaça com a maior ocorrência nessas regiões de desfechos perinatais negativos, como por exemplo, valores mais elevados de razão de mortalidade materna, mortalidade neonatal e transmissão vertical do HIV (D'ORSI et al., 2014:S161; LANSKY et al., 2014). Cabe ressaltar que a morte materna é considerada uma morte prevenível, que geralmente poderia ser evitada com a oferta de atendimento adequado às mulheres. (GOES, 2018)

aplicação de analgesia para os grupos étnico-raciais mais discriminados, apontando a perversidade dos impactos da desigualdade de raça/cor (LEAL et al., 2017:05)

Neste estudo de Leal et al. (2017) são reforçadas as evidências das desigualdades de raça/cor nas condições de atenção pré-natal e parto das mulheres brasileiras, apontando para a existência de benefícios e oportunidades diferenciadas segundo a raça/cor da parturiente, em decorrência de aspectos do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde que resultam em prejuízo para aquelas que apresentam cor de pele mais escura (LEAL et al., 2017:05). Os autores esclarecem:

Mesmo após controle das variáveis sócio-demográficas através do pareamento pelos escores de propensão, as mulheres de raça/cor preta e parda, quando comparadas às brancas, apresentaram, de maneira geral, piores indicadores de atenção pré-natal e atenção ao parto (LEAL et al., 2017:05).

Viellas e colaboradores (2014) novamente apresentam que mulheres de raça/cor preta apresentaram baixa proporção de início precoce do pré-natal e de número de consultas realizadas. Assim como foi menor em adolescentes e mulheres “residentes nas regiões Norte e Nordeste, em puérperas com menor escolaridade, sem companheiro, com maior número de gestações prévias, que não desejavam engravidar, insatisfeitas com a gestação atual e que tentaram interromper a gestação” (VIELLAS et al., 2014:S88)

A questão da peregrinação das mulheres no momento da internação para o parto volta a aparecer neste estudo, se mostrando mais frequente em parturientes que residiam na Região Nordeste do país; nas de cor parda, preta ou amarela; nas mulheres de menor escolaridade; naquelas sem companheiro; nas que se encontravam na primeira gravidez e em adolescentes. (VIELLAS et al., 2014:S96).

A constante referência às iniquidades na atenção às gestantes adolescentes nos leva a comentar sobre o marcador geração<sup>18</sup>. As categorias geracionais nos ajudam a compreender as condições específicas de saúde e vulnerabilidades vivenciadas por um grupo específico de sujeitos, assim como analisar as possibilidades de acesso a

---

<sup>18</sup> Entendemos nesta pesquisa geração como um coletivo de indivíduos nascidos aproximadamente num mesmo período de tempo, com idade aproximada e compartilhando determinadas experiências, não tendo necessariamente relação de parentesco.

recursos que possibilitem para o enfrentamento dessas vulnerabilidades (COSTA JUNIOR; COUTO, 2015:1310). Da mesma maneira que gênero, classe e raça/etnia posicionam os indivíduos no interior das relações de poder, o recorte geracional também acarreta em experiências específicas de adoecimento, cuidado à saúde e acesso a recursos e uso de serviços de saúde. Assim, não podemos descuidar dos marcadores geracionais para compreender intersecções nos processos de cuidado e atenção ao parto. (COSTA JUNIOR; COUTO, 2015:1311)

Gama e colaboradores (2004) apontam em sua pesquisa que gestantes adolescentes tendem a iniciar mais tardiamente o acompanhamento pré-natal, costumando ter um menor número de consultas em comparação às mulheres com vinte anos e mais (GAMA et al., 2004:S101). Os autores abordam os prejuízos trazidos pela atenção precária à gestação de adolescentes, apontando como possibilidade que os efeitos de um pré-natal inadequado nesse grupo sejam mais pronunciados porque a gravidez na adolescência é um fenômeno muito mais presente nas jovens de grupos sociais excluídos, frequentemente desprovidas do apoio da família, do pai do bebê e da sociedade. (GAMA et al.,2004:S101)

Assim, para estes pesquisadores, o fato de a gestante chegar à maternidade sem a companhia de familiares ou de um companheiro estaria relacionado a um menor número de realização de consultas de pré-natal, “reforçando a hipótese de que a jovem que se sente pouco apoiada tem menos motivação para integrar-se adequadamente ao programa de pré-natal. Daí a importância do apoio familiar e, em especial, do companheiro”. (GAMA et al.,2004:S107). Ressaltando que segundo determina o estatuto da Criança e do Adolescente a pessoa menor de idade gestante deve estar acompanhada dos pais ou de adulto responsável na internação para o parto, porém, essa obrigatoriedade pode vir a limitar a sua escolha por um acompanhante que a faça sentir segura e acolhida durante o processo parturitivo (HOTIMKSKY; ALVARENGA:2002).

Com a transferência da regulação da vida sexual pelo discurso religioso para o discurso médico-legal citada anteriormente, os profissionais da saúde passam a exercer a função não só de regular qual é o gênero associado ao corpo de quem vai engravidar e parir e quem deve ser o parceiro nesse processo, como a idade adequada em que ele deve ocorrer. Esse saber instruído academicamente somado à função dos adultos de, por terem mais tempo de vivência no mundo, educar, ensinar as regras sociais do grupo no qual o adolescente está inserido. Porém,

Costa Junior e Couto (2015) referem que a idade é comumente utilizada para justificar e naturalizar o poder e a dominação de um grupo de pessoas mais velhas ou adultas sobre crianças ou adolescentes, o que produz privilégios e desigualdades nas relações entre estes grupos (COSTA JUNIOR; COUTO, 2015:1304). Com isso, quando uma parturiente adolescente ingressa em um serviço de saúde seja no pré-natal, seja no parto, ela passa a estar sujeita a intersecção de diversas relações de poder. Por um lado, se apresenta uma mulher (ou ainda um homem trans), jovem, leiga, nua em frente desconhecidos, o que foi apontado pelas entrevistadas como algo que potencializa a vulnerabilidade. Do outro lado geralmente estão homens, adultos, especialistas, que estudaram por diversos anos para estar ali. Assim, o espaço do parto é muitas vezes utilizado para “dar uma lição” na jovem mãe, partindo de uma noção de que existe um momento certo da vida para engravidar e parir, o que se reflete nas constantes menções nos trabalhos citados anteriormente de violência contra mães adolescentes.

Em vista disto, mesmo possamos perceber avanços consideráveis nas ciências sociais e da saúde em direção às reivindicações feministas emergidas nas décadas de 70 e 80, e que a assistência pré-natal no Brasil já alcançou cobertura praticamente universal, no que diz respeito especificamente ao parto, ainda não é possível verificar melhorias significativas. São frequentes os relatos de inequidades no acesso a cuidados adequados na gestação e parto, relacionados aos indicadores perinatais desfavoráveis ainda observados no país. (DOMINGUES et al., 2015). Com estas considerações e assumindo que o perfil de saúde e doença das populações resulta da interação não só dos aspectos biológicos, mas também das dimensões sociais, econômicas, históricas e políticas, percebemos como imprescindível a criação e implementação de estratégias por parte dos serviços de saúde, principalmente públicos, voltadas para as populações vulnerabilizadas socialmente, de modo que se reduzam as barreiras de acesso e facilite o início precoce o da assistência pré-natal, permitindo que as mulheres que mais se beneficiariam dessa assistência tenham acesso a esse cuidado. (DOMINGUES et al., 2015:146)

## 3.2 RESISTÊNCIAS: ESTRATEGIAS CONTRA AS VIOLÊNCIAS

### 3.2.1 Base legal dos direitos sanitários, sexuais e reprodutivos femininos

#### 3.2.1.1 Contexto Internacional

O parto e o nascimento vêm sendo estudados nas últimas décadas enquanto questões relativas à Saúde Pública, ou seja, percebidos enquanto reflexos dos avanços e desafios da implementação das políticas públicas do setor saúde do país e, de modo geral, da condição sanitária da população. As dificuldades na organização do sistema e de consolidação das políticas relativas à atenção à saúde materna podem ser percebidas nas frequentes denúncias dos altos índices de mortalidade materna, das expressivas taxas de cesáreas (FAUNDES; CECATTI, 1991), da pouca qualificação do pré-natal (SILVA; SILVEIRA, 2007) e do déficit de disponibilidade de leitos nas maternidades (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008). O Enfrentamento desses problemas tem sido compromisso de diferentes setores como órgãos governamentais brasileiros, organismos internacionais, sociedade civil organizada e núcleos de pesquisa vinculados às universidades. É possível resgatar alguns esforços políticos e sociais desses setores representados por conferências e pactos internacionais que influenciaram paulatinamente os questionamentos a respeito dos direitos sanitários das mulheres.

As grandes conferências internacionais ocorridas na década de 80 e, principalmente, na de 90, trouxeram muitos questionamentos a cerca da concepção hegemônica de saúde da mulher. Até então, o cuidado à sua saúde era resumido às questões materno-infantis, ou seja, exclusivo ao ciclo gravídico-puerperal, fixando a mulher como um mero objeto de reprodução (CABRAL; RESSEL; LANDERDAL, 2005:460). Nesse contexto, as premissas dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres trazidas pelas convenções e pactos foram de grande importância na medida em que evidenciaram “a urgência em olhar a mulher para além da sua maternidade, para ampliar a concepção de saúde da mulher no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, na perspectiva dos direitos humanos” (CABRAL; RESSEL; LANDERDAHL, 2005:460).

No contexto internacional, a primeira contribuição que podemos trazer foi a *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher* (CEDAW), adotada em 1979 pela Assembleia geral da Organização das nações Unidas (ONU). Esse foi o primeiro acordo internacional que debateu amplamente sobre os direitos

humanos das mulheres, estabelecendo parâmetros mínimos para as ações estatais na promoção de seus direitos. Essa que pode ser considerada como “a Carta Magna dos direitos das mulheres” traz no seu 12º artigo recomendações acerca da eliminação da discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos, visando assegurar acesso igualitário entre homens e mulheres aos serviços médicos, inclusive ao planejamento familiar. Neste artigo consta também que os estados devem garantir às mulheres “assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto” (NAÇÕES UNIDAS, 1979). Já em 1985 a Organização Mundial da Saúde (OMS) arranjou a *Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e Parto*, ocorrida em Fortaleza - CE. Nessa conferência o grupo de especialistas em saúde reprodutiva participantes declarou, com base em uma revisão dos dados disponíveis na época, que não haveria justificativa para taxas de cesáreas maiores do que 10-15% em qualquer região do mundo, o que foi explicitado no documento *Appropriate Technology for Birth* (WHO, 1985). Os dados em que foram baseadas essas taxas eram provenientes principalmente de países no norte europeu, que apresentavam ótimos resultados maternos e perinatais com essas taxas de cesárea. (OMS, 2015). Em 2015 a OMS fez nova declaração com base em duas novas pesquisas, uma revisão sistemática dos estudos que buscaram determinar qual seria a taxa ideal de cesáreas para um país ou uma população e um estudo que analisou todos dados mais recentes de cada país sobre esse assunto. Como resultado, a OMS declarou que ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão, por si só, associadas com a redução da mortalidade materna e neonatal, e que é um grande desafio a definição de uma taxa de cesárea que seja adequada em termos populacionais, ou seja, uma taxa mínima de cesáreas que efetivamente tenham indicação médica para serem realizadas, mas que, ao mesmo tempo, evite cirurgias desnecessárias. Outro ponto relevante foi a recomendação por parte dos especialistas da presença de um acompanhante de escolha da parturiente durante o processo do parto e pós-parto, trazendo evidências científicas que mostraram que o acompanhamento contribui para o bem-estar da pessoa parturiente e do recém-nascido, sendo relevante na melhoria dos indicadores de saúde maternos e neonatais.

Da década de 90 cabem ser mencionadas as contribuições de algumas conferências mundiais importantes, como por exemplo, a Conferência Mundial de Direitos Humanos (CMDH) em Viena no ano de 1993, que passa a reconhecer os direitos das mulheres enquanto

direitos humanos e reitera as questões do direito à assistência adequada ao pré-natal, parto e puerpério trazida anteriormente pela CEDAW; a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, que passa a dar outro enfoque à concepção de saúde reprodutiva, passando a priorizar também os indicadores de saúde relativos à morbidade, à mortalidade e ao bem-estar geral da população feminina; e a conferência de Pequim em 1995, que condiciona a igualdade de direitos e oportunidades entre mulheres e homens, como indispensável para que se atinjam a justiça, a paz e o progresso em todo o mundo.

Já em 1996 a OMS lançou o manual *Assistência ao parto normal: um guia prático*, que trazia normas para as “boas práticas” no manejo do processo do trabalho do parto normal através da estratégia de implementação de uma rede de cuidados que assegurasse às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério. Esse documento orienta o *Programa maternidade segura* também adotado pelo Brasil.

No ano 2000 a ONU estabeleceu com o apoio de 191 nações signatárias *Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* (ODM) a partir da Declaração do Milênio, buscando sintetizar acordos internacionais prévios elaborados em cúpulas mundiais ao longo dos anos 90. São compostos por oito metas, das quais cabe destacar a terceira, referente à “Igualdade entre os sexos e valorização da mulher”, a quarta, “Reduzir a mortalidade infantil” e a quinta, “Melhorar a saúde das gestantes”.

As premissas estabelecidas nesses encontros internacionais foram importantes uma vez que, ao mesmo tempo em que estabeleceram parâmetros para uma atenção adequada e humanizada ao parto, afirmando a importância de um acompanhante durante todo o processo, também passam a considerar a saúde da mulher para além da função de gestar e parir, ou seja, para além da dimensão biológica, passando a percebê-la abor-la “em sua dimensão social, econômica, histórica, política e cultural, uma vez que é na interação desses aspectos que resulta o perfil de saúde e doença do ser humano” (CABRAL; RESSEL; LANDERDAHL, 2005:460), o que por sua vez, amplia a concepção de saúde da mulher no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, numa perspectiva de direitos humanos.

O Brasil, como participante e signatário das ações recomendadas por essas conferências, passa a elaborar e paulatinamente promulgar portarias visando sanar a discriminação contra a mulher.

### 3.2.1.2 Contexto Nacional

Com o florescimento da segunda onda do feminismo no Brasil ao longo dos anos 70 e sua influência entre as intelectuais brasileiras (SILVA, 2015:895) foi possível observar um paulatino crescimento da atuação feminina em todos os âmbitos da sociedade, emergindo também no contexto nacional as discussões sobre a condição feminina, sua inserção na sociedade e nos serviços de saúde e, com isso, a questão dos direitos sexuais e reprodutivos.

Nesse contexto de participação feminina nas instâncias de deliberação, foi de fundamental importância a ampla participação dos movimentos feministas e de mulheres na elaboração do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM), implementado pelo Ministério da Saúde em 1984. Este programa tinha como meta o atendimento global das necessidades sanitárias da população feminina, desde a adolescência até a terceira idade, buscando adotar uma nova perspectiva de atendimento que oferecesse às mulheres uma assistência mais humanizada em todos os níveis de atenção (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006). O PAISM se destaca como um avanço na esfera das políticas públicas brasileiras, uma vez que não mais se enfatizavam os aspectos biológicos da gestação, demonstrado se preocupar com os inúmeros fatores que influenciam e condicionam a qualidade sanitária e de vida das diferentes mulheres. Cabe ressaltar que o PAISM foi elaborado por pressão dos movimentos de mulheres em resposta ao relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre o crescimento populacional, solicitada em 1982 pelo presidente General João Baptista de Oliveira Figueiredo (SILVA, 2015) no contexto mundial da anticoncepção e esterilização em massa da população de baixa renda para controle do crescimento populacional. A essa altura o tema do ‘planejamento familiar’ já havia sido abordado nas conferências internacionais sobre população em 1974 em Bucareste, novamente em 1984 no México e depois em 1994 no Cairo, onde foram avaliados grandes avanços no que dizia respeito a formalização do conceito de saúde reprodutiva (SILVA, 2015).

É importante citar também o processo da *Reforma Sanitária* vivenciado no Brasil nos anos 80, uma vez que toda a discussão teórica realizada nesse processo foi de grande contribuição para o arcabouço teórico não só do PAISM, como também de todo Capítulo de Seguridade Social da Constituição Federal promulgada em 1988, e da criação do Sistema Único de Saúde em 1990 através da Lei 8.080/90. Da reforma sanitária vieram premissas importantes para a conquista dos

direitos sanitários das mulheres enquanto direitos de cidadania, como por exemplo as noções de integralidade e equidade da atenção (CABRAL; RESSEL; LANDERDAHL, 2005).

Com esse cenário de problematizações, na virada da década de noventa para os anos dois mil começam a ser realizadas iniciativas voltadas à melhoria da qualidade de atenção obstétrica e a redução das mortes maternas e perinatais e o suporte psicossocial à pessoa gestante ao longo do processo de parturição, principalmente no pré-parto e parto.

A primeira que pode ser observada, preocupada com a solidão da pessoa gestante durante o processo de parturição, se deu no contexto do Estado de São Paulo com a promulgação da Lei 10.241, de 17 de março de 1999, onde no inciso XVI do artigo 2º autoriza a “presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto” (SÃO PAULO, 1999).

Outra medida tomada, desta vez em âmbito nacional, foi o lançamento do *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento* (PHPN) sob a Portaria/GM nº569, de 1º de Julho de 2000. Publicado pelo Ministério da Saúde apresentava medidas de atenção que visavam a redução das altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país e a adoção de medidas que assegurassem melhorias tanto no acesso e na cobertura, quanto na qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal (BRASIL, 2000). No anexo II desse documento, onde são apontados os princípios gerais e as condições para uma assistência ao parto adequada, é posto dentre as responsabilidades de todas as unidades integrantes do SUS a admissão “da visita do pai sem restrição de horário”, além de assegurar as condições para que parturientes tenham direito a acompanhante durante sua internação (BRASIL, 2000).

Partindo do PHPN e objetivando “disseminar conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde” o Ministério da Saúde publicou em 2001 o *Manual de parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher* (BRASIL, 2001), voltado a capacitação técnica dos profissionais de saúde, ressaltando a necessidade de humanização do processo de atenção à gestação e ao parto. Neste importante documento é frisado que, até então, esta atenção estava marcada por uma intensa medicalização, por intervenções desnecessárias e “potencialmente iatrogênicas” e pela prática excessiva de cesarianas. É frisado ainda que os riscos maternos e perinatais são muitas vezes agravados em decorrência do isolamento da pessoa

gestante de seus familiares e pelo desrespeito à sua autonomia sobre seu corpo (BRASIL, 2001). É separado um capítulo exclusivo no documento a respeito do acompanhamento durante o trabalho de parto e parto, percebido enquanto um suporte psicossocial, destacando não apenas o papel de um acompanhante familiar, mas de uma doula. O manual se pauta em diversos ensaios clínicos aleatorizados que apontam como benéfico o acompanhamento da pessoa parturiente pela doula, uma vez que, “reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de partos operatórios [...] também mostram a redução do número de cesáreas” (BRASIL, 2001:65). São descritas ainda algumas vantagens no pós-parto, apontando que os grupos de parturientes que foram acompanhados por doulas durante o parto apresentaram menos depressão pós-parto e tiveram resultados mais positivos na amamentação de seus recém-nascidos nas primeiras seis semanas de vida em relação às parturientes dos grupos de controle (BRASIL, 2001:65).

Outra importante contribuição que este documento trouxe foi o reconhecimento de que o parto representa um dos momentos cruciais na vida psicossocial da mulher, e assim, destaca que quando o mesmo

é vivenciado com dor, angústia, medo e isolamento, pode levar a distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais, podendo influenciar o relacionamento mãe/filho, além de sua vida afetiva e conjugal. *O medo gera dor e a dor aumenta o medo.* (BRASIL, 2001:64 grifo nosso)

Reconhecendo as lacunas que ainda existiam na atenção e as dificuldades para a consolidação SUS, é divulgada no ano 2001 a *Norma Operacional de Assistência a Saúde* (NOAS), estabelecendo para os municípios a garantia de ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino.

Já no contexto do Estado de Santa Catarina em 12 de março de 2002 foi promulgada a Lei nº 12.333, que assegura acompanhamento no parto em todos os hospitais públicos e conveniados naquele Estado. A responsável pela elaboração do projeto de lei estadual foi a senadora Ideli Salvati (PT/SC), contando com o suporte técnico dos pesquisadores do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa sobre Parto e Nascimento da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo que posteriormente a senadora também apresentou ao Senado Federal projeto similar que garantisse este benefício à todas as mulheres do país (BRÜGGEMAN, PARPINELLI, OSIS, 2005)

Em 08 de março de 2004 foi lançado o *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*, com a intenção de

monitorar a implementação das ações de proteção à saúde da criança e da mulher, levando em consideração o fato de que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda eram elevados, principalmente se comparados aos índices de países mais desenvolvidos (PORTARIA Nº 1.459/2011).

Outro marco importante a ser comentado foi a promulgação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM em 2004, partindo de um diagnóstico epidemiológico sobre situação da saúde da mulher brasileira e também da constatação da necessidade da formulação de diretrizes que servissem como referência para as políticas de Saúde da Mulher. A PNAISM teve como base o PAISM. Essa política novamente contou com movimentos de mulheres como o feminista, o movimento de mulheres negras e o de trabalhadoras rurais, além de pesquisadores e estudiosos da área, de organizações não governamentais, de gestores do SUS e de agências de cooperação internacional. (BRASIL, s.n.t.). Um avanço considerável a ser destacado é o fato de essa política levar em conta questões de gênero na sua formulação, reconhecendo que mesmo com dados epidemiológicos constatando que mulheres vivem mais do que os homens, elas também adoecem mais frequentemente. A resposta que a PNAISM traz é que essa vulnerabilidade feminina em relação a certos agravos e causas de morte estaria “mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos” (BRASIL, 2004:09). Podemos perceber ao longo do texto da PNAISM que, ao contemplar as questões de gênero, é levado em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres têm forte impacto nas condições de saúde da população feminina. (BRASIL, 2009).

Foi então, com base nestas experiências e problematizações anteriores, que em 08 de abril de 2005 promulgou-se a Lei nº 11.108, conhecida como “lei do acompanhante”. Ela altera Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) acrescentando um capítulo em que visa “garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2005).

A redução da mortalidade materna e infantil aparece novamente dentre as prioridades, os objetivos e as metas do *Pacto pela Vida*, definidos pela Portaria nº 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009.

Uma nova estratégia é implementada no âmbito do SUS através da Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011, a *Rede Cegonha*. Levando em consideração o compromisso internacional assumido pelo Brasil de

cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, visa por em funcionamento uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, através da adoção de medidas que melhorem o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal; além das boas práticas e segurança na assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança. No artigo 7º, inciso I, alínea c é determinado que as práticas de atenção à saúde devem ser baseadas em evidências científicas, nos termos do documento *Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento*" da OMS de 1996. Já na alínea d, é determinado que deve ser garantido o acompanhamento durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Assim, no contexto de o Brasil ter ganhado o título de campeão mundial nas cesáreas eletivas e da busca pelo Ministério da Saúde de sanar esse problema de saúde pública, foram elaborados as citadas leis e programas visando a humanização da assistência profissional ofertada às mulheres e pessoas gestantes durante a gestação parto e puerpério (SOUZA, SCHEID, 2014), ao mesmo tempo em que o movimento de humanização encabeçado por profissionais engajados e mulheres ativistas buscou se contrapor à excessiva medicalização do parto. Nesses esforços institucionais e militantes pela humanização dois pontos cruciais devem ser destacados: a diminuição das taxas de cesáreas eletivas e a garantia ao acompanhamento no parto.

Cabe apontar que a presença de um acompanhante - mesmo que escolhido pela pessoa gestante - por si só não é sinônimo de suporte, definido por Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005) como o oferecimento de “conselhos, medidas de conforto físico e emocional, e outras formas de ajuda para a parturiente durante o trabalho de parto e parto” (BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2005:1317). Assim, ressaltamos o retorno do apoio por parte da doula para além do acompanhamento por parentes ou companheiros/as à pessoa gestante vem acontecendo como uma das estratégias de humanização do nascimento (BRÜGGEMAN, PARPINELLI, OSIS, 2005).

### **3.2.2 Humanização**

O termo humanização é polissêmico e geralmente está relacionado a centralizar as referências nas relações humanas. No contexto específico da saúde Ana Verônica Silva e Arnaldo de Siqueira apontam que, quando se trata de trazer os princípios e valores humanísticos para atender os pacientes, tem-se buscado um cuidado que

seja mais sensível, centrando-se na pessoa e nas relações interpessoais (SILVA; SIQUEIRA, 2007: 128). Estes autores apontam que os debates ao redor dos diferentes sentidos do termo humanização refletem não só as controvérsias em relação às práticas obstétricas dispensadas, mas também as visões sobre o próprio processo saúde-doença e seus determinantes, e dentro desse âmbito, a saúde da mulher, o parto e seus significados, suas dores e temores (SILVA, SIQUEIRA, 2007).

No que tange as práticas assistenciais é ressaltado por Rejane Griboski e Dirce Guilhem a centralidade de se combater a violência simbólica presente no modelo de assistência hospitalar para que de fato se resgate a humanidade, já que ela representa “a antítese do diálogo, a negação do outro em sua humanidade”. (GRIBOSKI, GUILHEM, 2006:112). Assim, torna-se possível a construção de um modelo que se pautar pela comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores, resgatando e promovendo o respeito pelo feminino e a prestação de atendimento mais digno e de qualidade. (GRIBOSKI, GUILHEM, 2006:112).

Apesar da popularização das doulas acompanhar o movimento de humanização do parto e do nascimento, o termo “humanização” não é um termo consensual, assim como o próprio movimento em si não é uno. Foi abordado pelas entrevistadas as disputas e rupturas presentes nos diferentes movimentos que se constroem pela humanização, o que nos levou a compreensão de que o que existem são “oSmovimentoS”, compostos por diferentes sujeitos que podem se identificar ou não como feministas, que podem se aliar ou não a pautas como o aborto e existem também profissionais que aproveitam a discussão da humanização para se inserirem em um nicho de mercado, e não se envolvem politicamente.

Simone Vieira de Souza e Amanda Oliveira Scheid (2014) salientam que o que vai de fato caracterizar a humanização do parto e do nascimento são as atitudes de quem acompanha o parto, em relação tanto a gestante e ao recém-nascido quanto a família (SOUZA; SCHEID, 2014). Para estas autoras a humanização é um processo que deve ser compreendido como um dever das unidades de saúde em acolher, com dignidade, a mulher, a sua família e o recém-nascido. Apontando ainda que para que efetivamente se produzam mudanças no lugar que tradicionalmente se destina à mulher no momento de nascimento dos filhos, é necessário que os profissionais de saúde assumam uma postura ética e solidária. Para que isso se concretize é de fundamental importância a capacitação dos profissionais envolvidos de forma a olhar para além do biológico, levando em consideração as

“características emocionais, culturais, sociais e espirituais” (SOUZA;SCHEID, 2014). Com isso e levando em conta complexidade e a particularidade de cada situação de parto, ressaltamos a potencialidade do princípio de integralidade para esse fim, uma vez que aponta para o reconhecimento do indivíduo como um todo, tendo uma história e estando inserido em contextos determinados.

### 3.2.2.1 Integralidade e cuidado individualizado

A integralidade da prática de saúde foi promulgada pela Constituição Federal de 1988. Abordando o âmbito da assistência prestada, garante o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). Ou seja, determina que as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde devem ser articuladas (ARRUDA, 2012). Já a “Lei Orgânica da Saúde” (Lei nº 8.080/90) traz o entendimento da integralidade de assistência como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos *para cada caso* em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990grifonosso).

A partir da abordagem humanizada da atenção às gestantes e parturientes, entendemos que para que o cuidado integral se concretize é necessário que se rompa com o modelo hegemônico de atenção à saúde. Uma vez que o mesmo padroniza e rotiniza procedimentos, deve ser buscar a incorporação na prática de profissionais e serviços de saúde uma atenção que assegure aos usuários seu protagonismo no processo de cuidado. O desafio, portanto, seria a (re)construção de um modelo de atenção à saúde que apresente práticas inovadoras que

não devem ser balizadas no saber/poder que toma o indivíduo, a família e demais grupos da comunidade como um objeto despido de seus valores, de suas relações sociais, de sua singularidade e de seus desejos e saberes, mas *colocando-os como sujeitos do ato de cuidar*. (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010:623 grifo nosso)

Quando é esperado de uma mulher gestante uma postura passiva, submissa e silenciada sem que se reconheça a pluralidade de experiências e vivências, não é possível a compreensão de suas necessidades específicas, impossibilita que se efetive o preceito da integralidade da atenção uma vez que a mesma está condicionada a atenção “ caso a caso”. Porém, quando há o reconhecimento por parte

dos profissionais de saúde de que as pessoas gestantes estão inseridas em contextos sociais específicos, compreendendo-as como seres biopsíquicos e sociais, (SOUZA, DIAS, 2010:497) torna-se possível a criação de vínculos que permitem a promoção de uma escuta ampliada de suas demandas (que podem ser físicas, emocionais ou socioculturais) e decisões, buscando a coparticipação dos sujeitos e sua autonomia nas escolhas referentes principalmente aos procedimentos a serem realizados – ou não– na hora do parto.

De modo geral, o que surgiu nas falas das doulas sobre o que entendiam por humanização estava intimamente relacionado ao respeito aos desejos da parturiente, a individualização do cuidado e ao respeito da sua autonomia frente a sua gestação e frente aos profissionais de saúde.

Salientando a centralidade da informação para a promoção da autonomia das mulheres e demais pessoas gestantes e consolidação da humanização e da qualificação da atenção em saúde. Como apontam Rabelo e Silva (2016) a humanização está intimamente relacionadas ao compartilhamento de saberes pelos profissionais de saúde.

Além de aparecer nos relatos das entrevistadas a informação de qualidade é citada em diversos textos como crucial para a concretização da humanização. É através do conhecimento que se torna possível o empoderamento e exercício de autonomia. Sendo o protagonismo da mulher e da pessoa gestante então condição para humanização, a relevância da doula deve ser ressaltada, uma vez que tem como uma de suas principais atribuições garantir que essas pessoas cheguem na hora do parto informadas, capacitadas a avaliarem as situações tomarem decisões (SOUZA; DIAS, 2010). Possibilitando, assim, que as mulheres e demais pessoas gestantes se empoderem e tenham autonomia nas decisões ligada a esse processo (BRASIL, 2001).

Cabe reafirmar que a perda da autonomia no processo de parto estaria relacionada, principalmente, com a medicalização intensa que o corpo assignado feminino ao nascimento sofreu nas últimas décadas (BRASIL, 2001). Quando dentro do ambiente hospitalar a pessoa é deixada sozinha durante o trabalho de parto, quando não lhe são esclarecidos os procedimentos realizados, além de invadida a sua privacidade, a pessoa gestante muitas vezes perde sua autonomia na aceitação ou não de certas condutas que serão adotadas “o que aumenta dúvidas e temores que surgem e/ou são alimentados durante a gestação” (SANTOS; NUNES, 2009:583). Assim, deixar de associar a discussão da questão da prestação de assistência com a da autonomia, seria

perpetuar a exclusão dessas pessoas como protagonistas de seu próprio parto, cerceando o exercício da sua autonomia. (BRASIL, 2001:19).

Pires, Rodrigues e Nascimento (2010) defendem que a autonomia dos pacientes implica na “possibilidade da reconstrução dos sentidos de sua vida, e, por conseguinte, tal ressignificação poderá influenciar seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades de saúde, da forma mais ampla possível” (PIRES, RODRIGUES, NASCIMENTO, 2010:626). No contexto do parto e nascimento, a ressignificação estaria relacionada à possibilidade de transformar um contexto em que comumente prevalece a ansiedade, o medo, a dor (RODRIGUES, SIQUEIRA, 2008; SANTOS, NUNES, 2009, SOUZA, DIAS, 2010) e muitas vezes violência institucional (RABELO, SILVA, 2016; HOTIMSKY, ALVARENGA, 2002) que tem como consequência um parto mais prolongado (SOUZA, DIAS, 2010:497), em uma vivência que pode ser satisfatória ou mesmo prazerosa. (LEÃO, BASTOS, 2001).

Portanto, se buscamos a alteração do modelo biomédico tecnocrático que atualmente pauta a prática do cuidado às mulheres e pessoas gestantes, transformando a realidade de medicalização dos corpos, é necessário que seja assegurada a elas uma assistência qualificada e humanizada e pautada na integralidade do cuidado, para que assim sejam garantidos seus direitos humanos e de cidadania, sem que se omitam, inclusive, seus direitos sexuais e reprodutivos (RABELO, SILVA, 20016:1209).

### 3.2.2.2 Empoderamento e Autonomia

Apesar de não ser possível precisar o surgimento do termo empoderamento, pode-se remontar a disseminação de seu uso a partir da década de 70 por ativistas dos movimentos *black* e feministas (ALVES, 2016:194; PIMENTEL et al, 2014:173) sendo um termo que apresenta uma polissemia de sentidos no decorrer do seu uso, relacionados a na maioria das vezes a uma noção de emancipação e de autodeterminação de si pelo sujeito. Pode-se definir de maneira simples *empoderamento* individual enquanto um processo de tomada de consciência e *empoderar* enquanto capacitar o indivíduo para que conscientemente tome decisões de maneira autônoma. No contexto dos movimentos feministas, empoderamento é percebido como uma importante ferramenta de transformação social “que proporciona um fortalecimento das posições social, política e cultural das mulheres mediante a redistribuição do

poder dentro das relações sociais e intersubjetivas.” (PIMENTEL et al, 2014:173). Nestes movimentos, o empoderamento estaria necessariamente relacionado a lutas por transformações na ordem social que objetivam a diminuição das desigualdades de gênero. (LEÓN 2000 apud PIMENTEL et al, 2014:173

Já é ponto comum nos manuais e legislações que regem a assistência à saúde no Brasil que o cuidado em saúde deve estar pautado pelos princípios dos direitos humanos, de integralidade e de humanização (BRASIL, 1988; 1990; 2000). Assim, não há como pensar a assistência ao parto que não leve em conta a autonomia e o empoderamento dos indivíduos (RABELO, SILVA, 2016:1209). Porém, na prática, os relatos coletados em pesquisas com pessoas que pariram são de violência e abuso de poder/autoridade por parte de profissionais da saúde, principalmente médicos. Abordando a temática das relações de poder, Rabelo e Silva (2016) apontam que os profissionais de saúde “desconsideram as singularidades dos sujeitos por ele[s] cuidados”. Há de modo geral, uma padronização de práticas que teoricamente seriam destinadas a pacientes “previsíveis e passivos”, embasadas em “relações técnicas” e no desprezo por conhecimentos populares (RABELO, SILVA, 2016:1210). Esse tipo de conduta descrita vai diretamente de encontro com o princípio da integralidade, que pressupõe um cuidado diferenciado caso a caso, uma vez que a Lei Orgânica da Saúde conceitua a integralidade como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos *para cada caso*” (BRASIL, 1990 grifo meu), portanto, a individualização do cuidado deve constar como parte essencial de qualquer projeto terapêutico e de assistência, sendo de fundamental importância que os profissionais de saúde considerem o contexto em que se dão as escolhas relativas à gestação e ao parto (BARRERA, 2014:131). Nesse contexto o “plano de parto”<sup>19</sup> é um instrumento que tem o potencial de melhorar a comunicação entre gestante e equipe médica e de enfermagem (RABELO, SILVA, 2016:1210) e contribuir para a autonomia de quem dará à luz.

Ana Renata Rabelo e Kênia Lara Silva (2016) com base em uma revisão integrativa destacam que para que haja empoderamento da

---

<sup>19</sup> O plano de parto é, basicamente, uma ferramenta em que a mulher ou pessoa gestante descreve como prefere passar pelas diversas fases do trabalho de parto, detalhando procedimentos que devem ou não ser realizados e também como gostaria que seu bebê fosse cuidado após o nascimento.

pessoa atendida nos serviços de saúde, para que o indivíduo tome para si o poder sobre seu corpo, a sua relação com o profissional de saúde deve ser pautada na autonomia, que, por sua vez, é

conceituada como compartilhamento de poder, saber e experiências e que, para ser fomentada, pressupõe a democratização das relações entre profissionais e pacientes, superando as assimetrias de poder (RABELO; SILVA, 20016:1209).

Assim, devemos pensar as mulheres e pessoas parturientes enquanto sujeitos que, quando corretamente orientados e informados, são plenamente capazes de decidir as práticas de saúde a serem adotadas ao longo do período gravídico-puerperal em conjunto com os profissionais. E é aí que se revela a importância do trabalho informativo das doulas, uma vez que elas têm como objetivo capacitar as escolhas conscientes das pessoas gestantes. Segundo essas autoras a informação deve ser percebida como “instrumento estratégico de empoderamento dos sujeitos” (RABELO; SILVA, 20016:1209).

Foi frequente nas falas das entrevistadas que a busca pelos cursos de formação de doula se deu após entrarem em contato com violências, negação de protagonismo e abusos de poder por parte dos profissionais da saúde no transcorrer da gestação ou parto seus ou de outras mulheres. Assim, a doulagem surge como reação, um retorno dessas mulheres ao sistema de saúde na intenção de oferecer suporte às pessoas gestantes, auxiliando-as para que não se repitam as violências por elas vivenciadas anteriormente.

Dentre o universo de doulas entrevistadas assim como foi significativo o contato com violências para o ingresso na doulagem, se tornar doula foi decisivo para a sua aproximação dos movimentos sociais e para a elaboração de si mesmas enquanto feministas. Ao responderem ao questionamento sobre se o envolvimento com o feminismo teria influenciado elas a se tornarem doulas, nove dentre as treze responderam indicando terem trilhado o caminho inverso. Ou seja, a percepção de si enquanto feministas se deu após se depararem como doulas com casos de violência contra mulheres em decorrência da gestação ou parto. Foi ressaltada nas entrevistas a necessidade de se extrapolar o âmbito individual do atendimento a uma gestante específica, destacando a primordialidade de movimentação coletiva e do papel da doula de “puxar” movimentos sociais como o de humanização.

Foi perceptível tanto nas respostas sobre se elas se identificavam como feministas, quanto nas respostas sobre a relação entre o feminismo e a entrada na doulagem, a existência de uma noção senso comum do

que é ser feminista prévia que foi reformulada após o contato com a doulagem, com as violências e com os movimentos sociais. Esse processo reflexivo foi decisivo na elaboração de algumas do que era o feminismo em si, e o que era ser feminista.

Assim, essas mulheres paulatinamente deixam de perceber as violências que presenciaram enquanto casos isolados, de âmbito individual, mas como reflexos da maneira como estão organizadas as relações sociais entre homens e mulheres, como abordado anteriormente. Esse deslocamento pôde ser percebido quando uma das interlocutoras discorreu a respeito da violência obstétrica que sofreu como um problema coletivo que é estrutural, cultural, político e econômico. Retomando então o âmbito institucional das violências obstétricas.

Em suas narrativas as doulas destacam que puderam reconhecer-se no mundo e repensar e reconhecer “todas as outras mulheres”. Entendemos que com esse processo de repensar a si e repensar as outras, estas entrevistadas passaram a conceber-se para além de sujeitos individuais, mas como sujeitos coletivos (BUTLER, 2015), atravessados por opressões e violências que estão enraizadas nas instituições, saberes e práticas. Através reflexão a respeito da violência obstétrica e da constatação de que ela está intimamente vinculada às violências de gênero, começam a perceber a si e as outras como sujeitos políticos de movimentos que lutam pela humanização do parto e do nascimento, assim como de movimentos que visam, à emancipação das mulheres, à superação das violências e desrespeitos aos corpos lidos como femininos, e à equidade entre os gêneros.

Os relatos das doulas entrevistadas evidenciaram que a situação de vulnerabilidade, desempoderamento, silenciamento das mulheres na cena de parto é uma continuidade dos padrões normativos e opressivos de gênero e sexualidade estabelecidos em nossa sociedade, assim como de processos hierarquizantes da medicalização. Foi o desejo de transformação da violência perpetrada contra as mulheres durante o parto que as motivou a se engajarem nos movimentos sociais de mulheres e feministas.

Por proporcionar contato físico, segurando a mão da mulher, respirando com ela; promover seu encorajamento e estimular, trazendo tranquilidade e proporcionando medidas de conforto e alívio da dor; além de prestar orientações aconselhar e explicar sobre o progresso do trabalho de parto e procedimentos obstétricos que podem ou devem ser realizados (BRASIL, 2001:65; LEAO; BASTOS, 2001:91; SANTOS;

NUNES, 2009:583), resulta que as parturientes muitas vezes verbalizam a associação das doulas a figuras como “anjos” e “fadas” (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008:183). Porém, o que queremos visibilizar como resultado de pesquisa é que, ao contrário de figuras místicas, dotadas de poderes, as doulas são mulheres que também tiveram que mobilizar conhecimentos, se engajar em redes, passando elas mesmas por processos de (auto) conhecimento e empoderamento sobre si e seu corpo.

O que nos cabe apontar é que para que possam representar essa figura de suporte, fortalecendo as mulheres atendidas enquanto cidadãs, há conjuntamente um percurso pessoal de contato com violências, com redes estabelecidas com as pessoas gestantes que acompanham e com outras doulas durante os cursos de formação e aperfeiçoamento e eventos relacionados à atividade, sendo que a informação passa a acessar ao se tornar doula é fundamental para o seu empoderamento individual. (SANCHEZ; CICONELLI, 2015). Ao longo das formações elas puderam vir a conhecer melhor o próprio corpo e a olhá-lo de outras maneiras conforme aprendiam sobre as etapas que o corpo passa durante a gestação, pré-parto, processo expulsivo e puerpério.

A partir de trocas e aprendizados com outras mulheres, todas entrevistadas referiram observar mudanças na maneira como se percebem no mundo e na maneira como se relacionam com próprio corpo. As maiores mudanças referidas foram, por um lado, um novo olhar para o corpo e para a estética, e por outro lado, decorrente da primeira, apareceu a mudança na maneira como se relacionam com a sua sexualidade. Carvalho (2004) aponta que o processo de desenvolvimento da autoconfiança e da autoestima relacionados a essa nova maneira de olhar para si, para o corpo e sexualidade são fatores determinantes para o empoderamento (CARVALHO, 2004)

Quando entraram em contato com técnicas de alívio não farmacológico da dor, refletiram sobre a medicalização do parto e a utilização rotineira de analgésicos e anestésias. Aprenderam sobre seus direitos sexuais e reprodutivos ao se aproximarem dos movimentos sociais de mulheres e feministas, participando de discussões a respeito de padrões normativos de sexo e gênero e sobre emancipação feminina. Assim como ao participarem partos em que as mulheres se liberta dos padrões impostos, mostrando toda a potencia do corpo feminino também se empoderaram. Isso se torna evidente em suas respostas quando indagadas sobre se o contato com outras mulheres fez com que elas se sentissem mais empoderadas. Podemos extrapolar para o contexto das

doulas e gestantes aquilo que Rabelo e Silva comentam sobre a relação de enfermeiras com mulheres:

Nessa exploração das subjetividades, apresentam-se as praticas emancipatórias, que são formuladas em consideração a mulher usuária e partilhando com ela em uma relação de liberdade para ambas. Todo processo emancipatório e autoconhecimento, ele não se descobre, se cria (RABELO; SILVA, 2010:1212)

Ao apoiar o processo de parto em que uma mulher passa a acreditar que ela é capaz, que seu corpo é capaz e que ela é um sujeito com direito de ser respeitado tanto como ser humano, quanto como cidadã, se empoderando e se fortalecendo (SOUZA, DIAS, 2010; GRIBOSKI; GUILHEM, 2006; CABRAL; RESSEL; LANDERDAHL, 2005), tornou-se claro para as doulas a possibilidade real de fortalecimento feminino. Com isso próprio processo de empoderamento da doula é retroalimentado, motivando-as a continuarem a exercer sua atividade. O empoderamento se dá de forma relacional, promovido por relações pautadas na troca de informações dialogadas, respeito e confiança (RABELO; SILVA, 2016). Para a grande maioria das doulas entrevistadas ver a força de uma mulher se empoderando fortalece a possibilidade do próprio empoderamento pessoal.

Se mulheres associam as doulas a figuras como “amiga” ou “mãe” (Rodrigues; Siqueira, 2008:183; Silva; Siqueira, 2007) mesmo em casos em que não havia sido estabelecido vínculo prévio, é porque as doulas se reconhecem nas parturientes por elas atendidas, e se reconhecer no outro gera empatia, impulsionando o agir com vistas à transformação. As entrevistadas apontaram que se conectar com outras doulas e com as gestantes fortaleceu sua relação com mulheres em um nível que elas “não tinham nem ideia de que existia”.

Onze das entrevistadas afirmam que após os contatos com a rede de mulheres passaram a se sentir mais empoderadas. Dentre as duas que responderam negativamente, o argumento aponta para o quanto ainda precisa ser feito no âmbito do empoderamento feminino e da humanização. Mas em sua maioria os relatos foram de transformação, fortalecimento e empoderamento de si, reconhecendo os espaços de formação e de trocas entre doulas como relevantes para esses processos.

Foi destacada por elas a potencialidade da coletividade de mulheres, na sua união, ressaltando que é trilhando esse caminho juntas que se torna possível repensar os padrões que pautam a relação como próprio corpo, abrindo espaço pra mudança.

Da interação entre as doulas e as parturientes resulta um crescimento e empoderamento mútuo entre aquelas que cuidam e aquelas que são cuidadas. Como bem apontam Souza e Dias (2010) “cuidar significa praticar o convívio, o respeito e a solidariedade. A pessoa que cuida de algo ou de alguém, sempre se sente afetada pelo outro. Por isso, ao cuidar de alguém também estamos cuidando de nós mesmos” (SOUZA; DIAS, 2010:498). Assim, a doulagem traz para essas mulheres entrevistadas novas maneiras de se relacionarem consigo mesmas e com o mundo, além de sentimentos de conexão, de pertença, de responsabilidade coletiva.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da realização das entrevistas e da consulta à bibliografia entramos em contato com denúncias de violação de direitos humanos das pessoas gestantes e em situação de parto. Percebemos que com a institucionalização do parto as redes de apoio das gestantes foram cada vez mais afastadas, aumentando sua vulnerabilidade à violência obstétrica. Com a assimetria de poder estabelecida entres os médicos e pacientes, acentuada pelas relações de gênero hierárquicas, a autonomia de decisão das mulheres sobre seu corpo e sobre seu feto/filho é muitas vezes cerceada e o protagonismo do parto assumido cada vez mais pelos profissionais da saúde, culminando na noção de que são os médicos que “fazem o parto”.

Em contrapartida ao desempoderamento e às violências perpetradas contra gestantes e parturientes surgem os movimentos de humanização, que tendo a figura das doulas como seu expoente, buscam resgatar a tomada de decisões esclarecidas e autônomas por parte das gestantes através do apoio físico e emocional e da informação de qualidade tanto sobre processos os fisiológicos ligados ao parto, quanto sobre seus direitos sexuais e reprodutivos.

Compreendemos com o processo dessa pesquisa que se buscamos a alteração do modelo biomédico tecnocrático que atualmente pauta a prática do cuidado às mulheres e pessoas gestantes, transformando a realidade de medicalização dos corpos, é necessário que seja assegurada a elas uma assistência qualificada e humanizada e pautada na integralidade do cuidado, para que assim sejam garantidos seus direitos humanos e de cidadania, sem que se omitam, inclusive, seus direitos sexuais e reprodutivos (RABELO; SILVA, 20016:1209).

Entendemos também que aproximar-se da humanização da assistência permite às mulheres e aos profissionais de saúde desenvolver relações menos desiguais e menos autoritárias. Sendo essencial para esse fim o resgate da autonomia e do poder de decisão das mulheres, especificamente, no parto, o seu espaço social e cultural (GRIBOSKI; GUILHEM 2006).

Foi possível apreender que os encontros estabelecidos pelas doulas tanto com outras doulas, em cursos de formação, simpósios temáticos, rodas de conversas e outros encontros de categoria, quanto delas com as gestantes que acompanham, possibilitam o contato das próprias doulas com informações que as esclarecem e empoderam, tornando-as agentes ativas nos processos de transformação social. O seu contato com a possibilidade de superação de todo um sistema de

opressões institucionalizadas através do empoderamento das mulheres em processo de parto sobre seus corpos e suas vidas, tomando decisões autônomas e conscientes, fortalece também a doula perante sua própria vida, retroalimentando a sua atuação com as gestantes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Rôssi. Resistência e empoderamento na literatura urbana carioca. **Estud. Lit. Bras. Contemp.**, Brasília, n. 49, p. 183-202, Dec. 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2316-40182016000300183&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-40182016000300183&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 02 Maio 2017.

ARRUDA, Enoghalliton de Abreu. Integralidade: Realidade ou Utopia? **Omnes Humanitate** Vol. 02, nº 05, 2012. Disponível em:<http://revistadaesab.com/?p=370>Último acesso em 09/01/14.

BARRERA, Daniela Calvó. **Integralidade e Cissexismo**: Uma revisão de artigos sobre atenção à saúde das pessoas Trans. 2014. 196 f. TCC (Graduação) - Curso de Ciências Sociais, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em:

<[https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/124407/Daniela CalvóBarrera - TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/124407/Daniela%20Calv%C3%B3Barrera%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acessado em: 02 maio 2017.

BENTO, Berenice. O que é transexualidade? São Paulo: Brasiliense, 2008. (Primeiros Passos).

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2007.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Saúde Integral da Mulher. s.n.t. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher>. Acesso em 31 Out. 2015.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, Seção II. Senado, Brasília: DF. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) Acessado 04. Abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei n. 11.108, de 08 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto

imediatamente, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF), 08 Abr. 2005. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm) Acessado em: 04. Abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Programa de humanização ao pré-natal e nascimento. Brasília (DF); 2000

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual de parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

\_\_\_\_\_. 2004a. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF);

\_\_\_\_\_. 2004b Ministério da Saúde (BR) Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília (DF);

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Série A. Normas e Manuais Técnicos nº 5. Brasília (DF); 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço. 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_19.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf) Acessado em 04 Junho 2018.

BRUGGEMANN, OM; PARPINELLI, MA; OSIS, MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **CadSaudePublica**. [on-line] 2005 set/out; [citado 03 jun 2005]; 21(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2015.

CABRAL, F. B.; RESSEL, L. B.; LANDERDAHL, M. C. Consulta de enfermagem: estratégia de abordagem à gestante na perspectiva de

gênero. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 459-465, Dec. 2005.

CARNEIRO, R. Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto. Experiências e percepções dissidentes de saúde e de bem-estar na contemporaneidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 8, p. 2369-2378, Ago. 2013

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1088-1095, Aug. 2004 .

COSTA JUNIOR, F. M.; COUTO, M. T. Geração e categorias geracionais nas pesquisas sobre saúde e gênero no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 4, p. 1299-1315, dez. 2015 .

D'ORSI E., et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad Saúde Pública**. 2014 Ago; 30( Suppl 1): S154-S168.

DOMINGUES, R. M. S. M, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2015;37(3):140–7.

DOULA COMUNITÁRIA, s.n.t. Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/atencao-a-mulher/doula/> Acessado em 26. Abr. 2017.

FOUCAULT, M. História da sexualidade i: a vontade de saber; tradução de Maria Thereza Da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

GAMA, S. G. N. et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 1, p. S101-S111, 2004 .

GERGEN, K. J.; GERGEN, M. *Construccionismo social: um convite ao diálogo*. [S.l.]: Editora do Instituto NOOS, 2010.

GOES, Emanuelle. **Violência obstétrica e o viés racial**. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/agregator/sources/86>. 14 Mar 2018. Acessado em: 15 Maio 2018.

GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 107-114, mar. 2006.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; ALVARENGA, Augusta Thereza de. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica?. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 461-481, July 2002.

IACONELLI, V. Maternidade e erotismo na modernidade: assepsia do impensável na cena do parto. **Revista Percurso**, São Paulo, n. 34, p. 77-84, 1º sem. 2005.

KRUG eg et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em: [HTTP://APPS.WHO.INT/IRIS/BITSTREAM/HANDLE/10665/42495/9241545615\\_ENG.PDF;JSESSIONID=3BD49D146B867419C3B55F2279D6BD6C?SEQUENCE=1](HTTP://APPS.WHO.INT/IRIS/BITSTREAM/HANDLE/10665/42495/9241545615_ENG.PDF;JSESSIONID=3BD49D146B867419C3B55F2279D6BD6C?SEQUENCE=1) Acessado em: 06 Jun. 2018.

LAMARCA, G.; VETTORE, M. Série (4): *As desigualdades sociais interferem na satisfação das mulheres com o atendimento ao parto?* Rio de Janeiro: DSS Brasil; 2015 Maio 21. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2015/05/serie-4-as-desigualdades-sociais-interferem-na-satisfacao-das-mulheres-com-o-atendimento-ao-parto/>

LANSKY, S, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **CadSaude Publica**. 2014;39(Supl 1):S192-207

LEAL, M. C. Série (3): entrevista com Maria do Carmo Leal, coordenadora geral da pesquisa "Nascer no Brasil" [entrevista na internet]. Rio de Janeiro: portal DSS Brasil; 2015 Abr 02. Entrevista concedida a Jaqueline Pimentel. Disponível em: <http://dssbr.org/site/entrevistas/serie-3-entrevista-com-maria-do-carmo-leal/> Acessado em 09 Maio 2018.

LEAL, M. Com., et al . A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, supl. 1, e00078816, 2017

LEAL, M.C., et al .Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014 .

LEÃO, M. R. C.; BASTOS, M. A. R. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Rev Latino-am Enfermagem** [on-line] 2001 maio; [citado 16 maio 2001]; 9(3).

LEÃO, MRC; BASTOS, MAR. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Rev Latino-am Enfermagem** [on-line] 2001 maio; [citado 16 maio 2001]; 9(3).

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2009.

LORENZI, C. G. et al. *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. 1. ed. Rio de Janeiro: Instituto NOOS, 2014.

LOURO, Guacira Lopes. *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e a teoria Queer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra. 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15\\_02\\_por.pdf?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15_02_por.pdf?sequence=3) Acessado em: 11 Jun. 2018

PELUCIO, Larissa. Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 76-85, Mar. 2011

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

PIRES, Vilara Maria Mesquita Mendes, RODRIGUES, Vanda Palmarella, NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Sentidos da Integralidade do Cuidado na Saúde Da Família. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):622-7.

RABELO, Ana Renata Moura; SILVA, Kênia Lara. Cuidado de si e relações de poder: enfermeira cuidando de outras mulheres. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1204-1214, Dez. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000601204&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601204&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 04 Abr. 2017.

RAMOS, D. Luiz de Paula; JUNQUEIRA, Cilene Rennó; PUPLAKSIS, Nelita de Vecchio. Benefícios da avaliação ética de protocolos de pesquisas qualitativas. In: GUERRIERO, Iara Coelho Zito; SCHMID, Maria Luisa Sandoval; ZICKER, Fabio (Org.). **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 193-205. Disponível em: <<https://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1546.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 8, n. 2, p. 179-186, Mar. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292008000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em:02 Mai. 2017.

RUBIN, Gayle. Pensando sobre sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade". **Cadernos Pagu**, Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero Pagu, n. 21, p. 1-88, 2003.

SANCHEZ, R. M., CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. 2012;31(3):260-8.

SANTOS, D. S.; NUNES, I. M. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 582-588, Sept. 2009 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 02 Mai. 2017.

SÃO PAULO. Lei 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado. São Paulo (SP), 18 mar 1999 : Seção 1:1.

SILVA, A. V. R.; SIQUEIRA, A. A. F. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um centro de parto normal. **RevBras Crescimento Desenvolv Hum.**, 2007 abr; 17(1): 126-35.

SILVA, R. M., et al . Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saude soc.**, São Paulo , v. 25, n. 1, p. 108-120, Mar. 2016

SILVA, R. M., et al . Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 10, p. 2783-2794, Oct. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001000026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000026&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 02 Mai. 2017.

SOUZA, K. R.a F.; DIAS, M. D.. Oral History: experience of doulas in the care of women. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 4, p. 493-499, 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 02 Mai. 2017.

SPINK, M. J. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: BVCE, 2010.

SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*, Cortez São Paulo, v. 2, p. 93–122, 2004.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al . VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 29, e155043, 2017 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 25 Jul. 2018.

## **APENDICE A – ARTIGO**



**AUTONOMIA E EMPODERAMENTO DE DOULAS NO  
ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES**  
*AUTHONOMY AND EMPOWERMENT OF DOULAS IN  
PREGNANCY CARE*

**RESUMO:** Trata-se de pesquisa qualitativa de cunho exploratório, com vistas a elaborar hipóteses de leitura de uma determinada realidade. A partir da realização de entrevistas com doulas de diferentes regiões brasileiras e de uma postura construcionista enquanto suporte epistemológico e metodológico busca compreender os sentidos atribuídos pelas doulas entrevistadas às suas experiências e vivências na doulagem e aos contextos relacionais em que se inserem. Percebendo as doulas como expoente dos movimentos em prol da humanização do parto, aponta algumas das situações de violência com as quais se deparam no cotidiano da sua atuação e na importância da vinculação entre mulheres para o fortalecimento da autonomia e empoderamento e superação das vulnerabilidades. Como resultado aponta que a atuação como doula não só traz a possibilidade de empoderamento para a pessoa gestante, através do apoio e informação trazidos pela presença da doula, como também da própria doula, ao se conectar a outras mulheres com o intuito enfrentamento das iniquidades com as quais se defrontam.  
**Palavras-chave:** Doula, empoderamento, violência obstétrica

**ABSTRACT:** This is a qualitative research of an exploratory nature, aiming to elaborate hypotheses for reading a given reality. From the interviews with doulas from different Brazilian regions and from a constructivist stand as epistemological and methodological support, it seeks to understand the meanings attributed by the doulas interviewed to their experiences and experiences in the doula activity and to the relational contexts in which they are inserted. Realizing the doulas as an exponent of the movements for the humanization of childbirth, she points out some of the situations of violence with which they are faced in the day-to-day of their work and in the importance of the connection between women for the strengthening of autonomy and empowerment and overcoming of vulnerabilities. As a result, she points out that acting as a doula not only brings the possibility of empowerment for the pregnant person, through the support and information brought by the presence of the doula, as well as the doula itself, by connecting with other women in order to cope with iniquities with which they face.  
**Keywords:** Doula, empowerment, obstetric violence

## INTRODUÇÃO

A gravidez, o parto e o puerpério muito mais que eventos biológicos que ocorrem nos corpos femininos, são eventos sociais que envolvem a pessoa gestante, sua família (da qual pode fazer parte ou não uma pessoa parceira) e a comunidade. Integram a vivência reprodutiva de mulheres e homens, além de constituírem uma das experiências humanas mais significativas, tendo “forte potencial positivo” e “enriquecedor” para todos envolvidos (Brasil, 2001). Porém, a bibliografia acadêmica produzida no Brasil a respeito da temática da atenção ao parto denuncia frequentes casos de violações os direitos das gestantes e parturientes. Altos índices de cesáreas e outras intervenções prescindíveis e cerceamento de sua autonomia aparecem nesses textos como importantes fatores de desempoderamento e acentuação das violências para com as mulheres no processo parturitivo. (Griboski; Guilhem, 2006; Rabelo; Silva, 2016).

As violências em grande parte estão relacionadas aos estereótipos de gênero e aos decorrentes comportamentos que se esperam de homens e mulheres dentro das hierarquias sociais, sendo acentuadas pelas relações autoritárias estabelecidas entre os profissionais de saúde, especialistas, e as parturientes, leigas. (Carvalho, 2004; Griboski; Guilhem, 2006; Rabelo; Silva, 2016). Documentos oficiais como a Política Nacional de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) reconhecem a organização social das relações de gênero, interferem de forma relevante nas condições de vida e saúde das mulheres. (Brasil, 2004a; 2004b) Uma vez que se apresentam em leis, práticas sociais e políticas as desigualdades entre homens e mulheres tornam as mulheres mais vulneráveis ao sofrimento, adoecimento e morte (Cabral; Ressel; Landerdahl, 2005).

A partir do século XIX a assistência ao parto passa paulatinamente a ser institucionalizada e medicalizada (Leão; Bastos, 2001:91) implicando, entre outras coisas, na predominância do ambiente hospitalar como o local adequado para seu transcorrer. Esse processo não apenas desloca a pessoa gestante do ambiente doméstico e familiar, onde tradicionalmente aconteciam os nascimentos, como altera os atores envolvidos na atenção a este processo. A pessoa parturiente deixa de ser assistida em seu lar por parteiras ou mulheres de sua confiança, acompanhada por familiares e indivíduos com quem estabelece laços afetivos, para ser assistida exclusivamente por profissionais de saúde no

contexto das maternidades, passando muitas vezes horas a fio sozinha em trabalho de parto. Portanto, a institucionalização do parto teve papel determinante no afastamento da família e da rede social do processo do nascimento (Brüggemann; Parpinelli; Osis, 2005). Essa alteração no ambiente e nos atores envolvidos vem acompanhada de uma mudança também nas atitudes da pessoa parturiente e a ela dispensada. Se no domicílio ela tinha um papel ativo no nascimento, tendo autonomia sobre o processo, no hospital ela se torna paciente, submissa às decisões profissionais (Santos, Nunes, 2009:583).

Com a constatação de que “o ambiente hospitalar reproduz as desigualdades nas relações de poder presentes no espaço social” (Griboski; Guilhem, 2006:111) os estudos que versam a respeito da assistência ao parto no contexto hospitalar têm apontado para experiências de “risco, sofrimento, insatisfação, frustração e violência” (Souza; Dias, 2010:494), o que dificilmente resulta em uma experiência de parto gratificante ou “positiva” e “enriquecedora” para a pessoa parturiente. Como apontada pelo documento oficial *Parto, Aborto e Puerpério*.

Assim, a excessiva medicalização da gestação e do parto passa a ser problematizada nas últimas décadas do século XX, sendo questionado o alto índice de cirurgias cesáreas realizadas, o perfil de morbimortalidade materna (Santos; Nunes, 2009), e também a questão do alijamento da pessoa gestante de pessoas com quem estabelece laços que poderiam lhe transmitir segurança emocional durante o trabalho de parto.

Contrapondo-se às mencionadas violências surgem movimentos que visam a humanização do parto e nascimento, reconhecendo que a negação do acesso das mulheres à conhecimentos sobre seus corpos e seus direitos restringe diretamente o exercício da sua autonomia. Para que se concretize a humanização é central o diálogo entre os profissionais dos serviços de saúde e as usuárias, promovendo o respeito e incentivando a autonomia da pessoa gestante sobre seu próprio corpo e sobre a tomada de decisões referente aos processos que o envolvam. Assim, como apontam Rejane Griboski e Dirce Guilhem (2006) trata-se do resgate e promoção do respeito à condição feminina, para além da reorganização dos serviços de assistência à saúde das mulheres.

Tendo em vista a humanização e qualificação da atenção obstétrica é preconizado pelo Ministério da Saúde a incorporação de condutas que sejam acolhedoras e que não intervenham desnecessariamente no processo parturitivo, além de promover o acesso

a serviços de saúde de qualidade, com atenção integral às necessidades das gestantes e do recém-nascido (Brasil, 2005). Enquanto atenção integral entendemos não só aquela que abarca todos os níveis da atenção - promoção, prevenção e assistência à saúde – mas também a percepção da gestante enquanto um ser social, inserido em determinado contexto e com características/necessidades únicas, devendo a atenção ser individualizada, dispensada conforme cada caso, além de valorizar a usuária e promover a sua autonomia (Cabral; Ressel; Landerdahl, 2005).

O presente artigo analisa experiências de doulas de diferentes regiões brasileiras, busca apontar algumas das situações de violência com as quais se deparam no cotidiano da sua atuação e na importância da vinculação entre mulheres para o fortalecimento da autonomia e empoderamento e superação das vulnerabilidades. Destacando que a atuação como doula não só traz a possibilidade de empoderamento para a pessoa gestante, através do apoio e informação trazidos pela presença da doula, como também da própria doula, ao se conectar a outras mulheres com o intuito de enfrentamento das iniquidades com as quais se defrontam.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de pesquisa qualitativa de cunho exploratório, com vistas a elaborar hipóteses de leitura de uma determinada realidade. A partir de uma postura construcionista enquanto suporte epistemológico e metodológico (Gergen; Gergen, 2010; Lorenzi et al., 2014), buscamos compreender os sentidos atribuídos pelas doulas entrevistadas às suas experiências e vivências na doulagem e aos contextos relacionais em que se inserem (Bosi; Mercado, 2007). Refletindo então sobre a maneira como a constatação das violências por que passam as pessoas gestantes ao longo do ciclo gravídico-puerperal instigou a maioria das entrevistadas a se engajarem em movimentos que visam através da sua atuação, mitigar estas violências.

Os dados produzidos foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas realizadas entre setembro e novembro de 2017 com treze doulas que se dispuseram voluntariamente a participar da pesquisa. Para a seleção das participantes foi realizada divulgação através de publicação convite em rede social na internet, inicialmente para doulas conhecidas da pesquisadora e em grupos de debates e trocas de doulas dos quais já acompanhava desde a delimitação do tema de estudo. Assim, através do processo de “bola de neve” (Biernacki; Waldorf, 1981), em que cada uma que leu repassou o convite para outras doulas

conhecidas que potencialmente se interessariam em participar. Então através desse contato estabelecido entre uma rede de doulas foram contatadas mulheres de diversas regiões brasileiras. A seleção então se deu pela sua implicação na realidade investigada. A amostra se delimitou por saturação, considerando atingido número suficiente de participantes quando verificamos que a pergunta de pesquisa já havia sido respondida e o objetivo do estudo alcançado. Assim como quando verificamos reincidência das informações sem acréscimos significativos de conteúdo. (Ramos; Junqueira; Pupilaksis, 2008:195), Como critério de inclusão era necessário que tivessem realizado curso de formação de doula, já terem acompanhado pelo menos 5 gestantes e que concordassem voluntariamente a participar da pesquisa.

O roteiro de entrevistas utilizado foi elaborado dando ênfase ao objetivo de pesquisa, visando delinear perguntas que contribuíssem para visibilizar o tema abordado. As entrevistas foram realizadas presencialmente ou via ferramentas de vídeo conferência *online*, uma vez que também foram selecionadas doulas que moravam em municípios distantes da residência da pesquisadora. Optamos pela videoconferência em detrimento a conversas em ferramentas de *e-mail* e *chat* uma vez que a consideramos superior por contar com a imagem da interlocutora, permitindo à pesquisadora observar nuances de expressões não verbais, importantes para compreender a reação das interlocutoras a cada pergunta ou temática conversada. Após permissão verbal de cada doula os áudios das entrevistas foram gravados e posteriormente transcritos na íntegra.

Para análise das informações não foram criadas categorias ou eixos temáticos pré-estabelecidos em que se enquadrariam as falas. Estas por sua vez foram descritas e relatadas com o debruçar da pesquisadora sobre as transcrições, refletindo a respeito dos sentidos construídos pelas entrevistadas durante as entrevistas a cerca dos padrões de gênero envolvidos nos processos de gestação parto e puerpério e as possibilidades de empoderamento de doulas e doulandas, debatendo com a literatura referente ao tema (Spink; Lima, 2004). Assumimos ao longo da investigação que não seriam produzidas verdades, mas sim interpretações possíveis, levando em conta o lugar de onde tanto a pesquisadora, quanto as interlocutoras falam.

Esta pesquisa atendeu aos aspectos éticos relativos às diretrizes de pesquisa com seres humanos estabelecidos pela Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Assim, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC

sob o protocolo nº 2.229.100 cumprindo com a Resolução CNS 466/12. De acordo com o estabelecido nas referidas normas, antes das entrevistas as interlocutoras foram devidamente informadas a respeito do objetivo da pesquisa, e seu direito de se retirar dela a qualquer momento, além da garantia de seu anonimato através da criação pseudônimos, informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por elas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Historicamente as representações ocidentais do corpo e comportamento das mulheres as caracterizam como seres com corpos incompletos, frágeis e com personalidades históricas e descontroladas (Carneiro, 2013), por isso incapazes e despreparadas para a vida pública. Com o mencionado processo de cientifização e medicalização pelo qual passou a sociedade no século XIX, especialistas das áreas da ciência, anatomia, fisiologia, ginecologia e obstetrícia modernas retiram o corpo grávido e o momento do parto do universo de cuidados e saberes femininos “tradicionais”, transformando-os em “assuntos médicos”. Sobre esse processo a doula Agnes comenta:

(...) antigamente os partos eram coisa de mulher, eram as mulheres, eram as parteiras que faziam esse trabalho. Então com a, vamos dizer assim, a hospitalização, com a medicalização do parto, desde que a figura do médico se destacou nas sociedade e os médicos já iniciaram sendo homens, né? Desde que as bruxas foram dizimadas, vamos dizer assim, [risos] a mulher foi afastada desse papel que originalmente era dela, né?

Essa apropriação por parte de médicos e cientistas do corpo da mulher contribuiu de forma relevante não só para exercer controle sobre sua reprodução e sexualidade, mas também para as representações que temos de mulher “inferiorizada, menor e desigual” (Carneiro 2013:2377), perpetuando a noção incompletude e incompetência feminina. (Pimentel et al., 2014) e justificando a limitação da sua participação social somente na esfera doméstica, exercendo a função de reprodutoras (Cabral; Ressel; Landerdahl, 2005).

As discussões sobre a situação feminina e sua inserção social e nos serviços de saúde emergiram na década de 1980 (Griboski; Guilhem, 2006), trazendo a tona que o sistema de estereótipos normativos em que se baseiam as representações sociais de masculino e feminino, não é “natural”, ou seja, determinado meramente pela biologia. A constatação da determinação social da dominação entre

homens e mulheres reafirma que as relações de normas e condutas designadas para cada gênero são contextualizadas política, econômica, cultural e geograficamente (Cabral; Ressel; Landerdahl, 2005:460).

Atualmente, diversos documentos oficiais do Ministério da Saúde (Brasil, 2001, 2004) reconhecem que a construção social do ser masculino e do ser feminino está essencialmente vinculada a relações de poder desiguais entre homens e mulheres. Esses desequilíbrios advindos da organização social das relações de gênero se expressam em leis, práticas sociais e políticas públicas, interferindo de maneira relevante na vida e saúde das mulheres, tornando-as mais vulneráveis ao sofrimento, adoecimento e morte. Assim, torna-se imprescindível que incorporem a perspectiva de gênero tanto nas análises do perfil epidemiológico, quanto no planejamento de ações de saúde, visando a promoção da melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (Cabral; Ressel; Landerdahl, 2005).

Com as menções nas bibliografias consultadas e nos relatos das interlocutoras sobre as relações assimétricas estabelecidas entre profissionais de saúde (detentores do conhecimento) e parturientes (leigas) se torna evidente o viés hierárquico tanto do modelo assistencial medicalizado, quanto de gênero, presentes na assistência hospitalar ao processo parturitivo. Neste ambiente também será esperada da mulher uma postura submissa, lhes sendo negada a voz, o esclarecimento de dúvidas, e principalmente, o protagonismo e autonomia, reforçando a sua dependência em relação aos profissionais de saúde (Griboski; Guilhem, 2006:110).

A sujeição das mulheres ao que lhes é ordenado, as priva de seu poder e as transforma em objeto passivo da ação dos profissionais, reforçando socialmente a ideia de que é o médico que “faz o parto” (Pimentel et al., 2014:174). Assim, podemos perceber que o próprio ambiente hospitalar reproduz (mesmo que em menor escala) as assimetrias nas relações de poder presentes no espaço social e das violências perpetradas contra os corpos lidos como femininos. (Griboski; Guilhem, 2006). Podemos verificar essa postura submissa em algumas respostas das interlocutoras sobre se percebiam a influência de padrões de gênero no parto e na violência obstétrica, como na de Mima:

(...) uma coisa que eu acho também que influencia [a violência obstétrica] é como a mulher se comporta, porque às vezes ela é muito treinada para ser submissa, pra não decidir, pra não fazer nada sem alguém, sem alguma pessoa por ela e aí na hora do parto é ela, e aí é

pedir demais porque ela já não fez isso a vida inteira e agora a hora do parto ela não vai conseguir, entendeu?

Assim, através de diversas falas das interlocutoras foi transparecendo a opinião de que, de modo geral, muitas das violências obstétricas acontecem pelo próprio fato de serem mulheres, por já ser costumeiro o seu silenciamento (Cabral; Ressel; Landerdahl, 2005).

Maria da Conceição: Porque é muito mais aceitável você violentar uma mulher que tá numa, numa situação de vulnerabilidade e que aprendeu desde criança que ela não tem que reagir, né? ela é uma vítima fácil. A gente tá acostumada né, a sofrer o abuso e a violência e a se calar. Acostumada não né, acho que a gente aprendeu isso, né.

Em muitas das falas das entrevistadas aparece a questão da informação como perpetuadora de assimetrias hierárquicas de poder, uma vez que o médico tem informação, instrução, o que o coloca na posição de “saber o que está fazendo” em oposição à gestante que chega no parto sem esclarecimento dos processos fisiológicos e procedimentos que podem ser realizados. Todas as interlocutoras responderam existir relações assimétricas de poder entre os profissionais de saúde, em especial os médicos, e as parturientes em afirmações como:

Elizabeth: o médico como uma posição de autoafirmação de conhecimento se coloca nesse lugar de “eu sei, eu sei o que é melhor pra você”. Então a gente diz isso porque até médicos humanizados tem essa relação de hierarquia, então “vem comigo que eu sei. Eu sei o que é melhor pra você”. E muitas vezes a gestante já chega lá acreditando nisso porque já tá tão vulnerável, já tá tão sozinha nessa situação que ela acaba acreditando nessa voz né. O abuso de poder é imenso, é isso.

A partir então destes relatos e da bibliografia consultada percebemos que a maneira como se dão os partos hoje em dia, a grande incidência de cesarianas e de denúncias de violência obstétrica (VO) aparece muitas vezes como reflexo das violências de gênero, desse lugar de submissão calada e passiva a autoridade médica traduzida em fases como “pra fazer não gritou”. Assim quando uma mulher é dissuadida a parir sem intervenção pois “não vai aguentar”, ou que ela vai causar sofrimento ao feto, quando é orientada a dar mamadeira pois seu leite “é fraco”, se joga com suas inseguranças e culpas maternas, intimamente conectadas ao lugar relegado à mulher na estrutura patriarcal, a desqualificação das mulheres e daquilo que é feminino. Afinal de contas, é o médico quem sabe o que é bom pra ela, é o leite em pó que

tornará a criança forte, e não o corpo feminino. Como poderia ele, fraco, homem incompleto?

Considerável número de trabalhos apontando para a persistência de desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil, denunciando que mulheres indígenas, pretas, com menor escolaridade, com maior número de gestações e aquelas residentes nas regiões Norte e Nordeste têm menos acesso à assistência pré-natal adequada (Leal, et al., 2014:S29; Domingues et al. 2015; Goes, 2018). Deste modo, ao analisar as violências obstétricas relatadas pelas interlocutoras, para além de considerar a variável gênero devemos também mencionar a influência de marcadores como “nível de escolaridade, raça, região geográfica e fonte de pagamento do parto” (Lamarca; Vettore, 2015) na atenção prestada às pessoas em situação de parto.

A partir as discussões sobre os marcadores sociais da diferença emergidas nos Estados Unidos a nos anos 1980 que criticavam as teorias elaboradas nas metrópoles do Norte Global, denunciando as tentativas de universalização das experiências de um grupo específico e limitado de mulheres para todos os contextos. Assim, passou-se a evidenciar as variáveis que diversificam as experiências das mulheres ao redor do mundo e como essas diferenças singularizam cada contexto de violência e enfrentamento, reforçando o fato de que as experiências dos sujeitos não são meramente determinadas pela biologia, mas possuem dimensão cultural, social e política (Pelúcio, 2011:80).

Com base no exposto, percebemos que as vivências de partos no Brasil estão entrecortadas pela racialização, classismo e etarismo, pautadas em relações subalternizantes, uma vez que as diferenças são vividas como desigualdades, hierarquizando sujeitos e coletividades (Pelúcio, 2011:80). Isso pode ser nitidamente percebido na fala de Adelaide:

A gente sabe, por exemplo, que as *mulheres em situação de rua* e as *mulheres profissionais do sexo* assim como as *indígenas* e as *negras*, elas sofrem muito mais violência em qualquer assistência à saúde, né. Então, assim, elas vão ser mais violentadas, elas vão receber tratamentos muito inferiores, muito aquém, e isso é violência... Tá relacionado às questões de gênero, raça... E as *adolescentes* também. (destaques nossos)

Assim, devemos tomar gênero, geração, raça/cor e classe como categorias analíticas que devem ser consideradas nos estudos em saúde, reconhecendo que como construções sociais, vão configurar o espaço de socialização e repercutir no “acesso e uso dos serviços de saúde, bem

como na forma pela qual os indivíduos se orientam frente às diferentes instituições sociais”. (Costa Junior; Couto, 2015:1310).

A intersecção entre os marcadores sexo e gênero percebida na não aceitação por parte dos profissionais e o desconhecimento tanto destes, quanto das próprias pessoas gestantes dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das pessoas LGBT, são apontados pelas doulas entrevistadas como um importante fator de desempoderamento e de intensificação da sua vulnerabilidade durante o processo parturitivo.

Uma vez que há recomendações oficiais que restringem o acompanhamento ao parto à figura do “pai” (Hotimksky; Alvarenga, 2002), excluindo companheiros que não se enquadram nessa definição, como segundas mães ou pais trans que não tenham retificado seu nome e sexo nos documentos, devemos também refletir sobre o âmbito institucional das violências relacionadas a gênero e sexualidade e não apenas como atos individuais cometidos por profissionais específicos, de determinadas unidades de saúde. Essa questão da discriminação para com casais lésbicos e o enfrentamento de dificuldades da parceira de acompanhar o parto apareceu em trechos das respostas sobre a influência dos padrões normativos de sexo e gênero tanto na maneira como se dão os partos atualmente, quanto nos números que temos de violência obstétrica, as doulas comentam:

Isabel: Eu acompanhei nos últimos dois anos acho que, dois partos de manas lésbicas e que são socialmente tidas como "machinhos", E foi muito claro a diferença de tratamento e atenção médica a essas duas mulheres. Muito claro. (...) Inclusive em um desses partos teve uma “treta” homérica porque o hospital bateu pé que só aceitava que assistisse o parto O PAI [fala com ênfase]. Tá mas a criança tem outra mãe! E o hospital disse ou é acompanhante, ou é o pai. E a outra mãe da criança precisou entrar como acompanhante, ou seja, ela perdeu o direito de ter uma terceira pessoa ali, né porque o pai tem direito de assistir o parto, mas a outra mãe não tem.

A doula Elizabeth traz essa preocupação quando fala que não só gostaria de ter a experiência de doular mulheres lésbicas, bissexuais ou homens trans gestantes, mas também de proporcionar mais espaços de discussões sobre essas temáticas

Elizabeth: começar mudando a linguagem, né, porque essa linguagem é muito viciada “a mulher, a mulher, a mulher, a mulher”. Eu acho que a gente começando a transformar na linguagem, a gente já vai chegando em novos lugares, abrindo mais espaços mesmo.

Também foi mencionada pelas interlocutoras a violência para com homens trans e as dificuldades por eles sentidas no processo gravídico-puerperal, como exemplificado no seguinte trecho:

Adelaide: (...) a gente sabe que mulheres lésbicas também sofrem mais violência, e a gente sabe que homens trans que estão gestando não podem pensar em entrar numa maternidade parindo, né? Então assim, a gente já teve relatos de homens trans que tiveram que buscar partos domiciliares porque não conseguem... não correm o risco de se expor ao nível de violência obstétrica que vão sofrer numa situação de parto, por despreparo das próprias equipes, né (...) Então essas são assim, vamos dizer assim, os grupos de mais vulnerabilidade.

Essa fala da doula Adelaide evidencia que para não incorrer em violência institucional, os serviços e profissionais de saúde devem estar sensibilizados nas questões de sexualidade e gênero e orientados quanto às diferentes possibilidades de configuração familiar, respeitando as parentalidades não normativas que se apresentam na hora do parto. Prestando atendimento respeitoso e satisfatório, de modo a não ferir os direitos humanos e reprodutivos das pessoas LGBT gestantes pode-se concretizar de fato a integralidade da atenção às necessidades de saúde de gestantes lésbicas, bissexuais e transexuais.

Os marcadores raça/cor e classe também foram referidos em diversos estudos que abordam a temática do parto (D’Orsi et al., 2014; Leal, et al., 2014:S29; Domingues et al. 2015; Goes, 2018). Também foi mencionado em falas de entrevistadas como Merga, que ao ser questionada se os padrões de gênero influenciavam a maneira como os partos se dão atualmente, afirma que “Influencia sim. Influencia. Ainda mais as mulheres de *classe mais baixa*, que eles tratam muito mal. (destaques nossos)”.

A grande maioria dos estudos que abordam as iniquidades em saúde apresenta em seus resultados a existência de benefícios e oportunidades diferenciadas segundo a raça/cor da parturiente que resultam em prejuízo para aquelas que apresentam cor de pele mais escura (Leal et al., 2017). Leal e colaboradores (2017:05) elucidam que “(...) as mulheres de raça/cor preta e parda, quando comparadas às brancas, apresentaram, de maneira geral, piores indicadores de atenção pré-natal e atenção ao parto”.

O que vem evidenciar que mulheres pretas e pardas estão mais sujeitas a sofrerem violências e a terem seus direitos fundamentais

violados na atenção pré-natal e parto. Estes estudos apontam também a existência de diferenças significativas na assistência ofertada a parturientes adolescentes (< 20 anos), naquelas com menor escolaridade, pertencentes a classes econômicas mais baixas, sem companheiro/acompanhante, que não possuíam um trabalho remunerado, que foram atendidas em serviços públicos, residentes nas regiões Norte e Nordeste do país, assim como nas com maior número de gestações anteriores, insatisfeitas com a gestação atual ou que tentaram interromper a gestação (D’Orsi et al., 2014:S161; Viellas et al., 2014:S88; Domingues et al., 2015;Leal, 2015;).

Dentre as evidências dos impactos das desigualdades podemos destacar que as mulheres socioeconomicamente desfavorecidas tiveram menores chances de um PN adequado (Domingues et al., 2015), pior avaliação do tempo de espera até serem atendidas, menor chance de respeito e privacidade durante o atendimento nos exames e no trabalho de parto e parto e maior número de relatos de violência (D’Orsi et al., 2014). Também apresentaram pior relação com os profissionais de saúde e maior referência a maus tratos psicológicos e verbais (Leal, 2015), além de terem sido utilizados mais procedimentos dolorosos como a aceleração do trabalho de parto e de baixo uso de analgesia obstétrica (Leal, et al., 2014:S29; Leal et al., 2017:05), baixa proporção de início precoce do pré-natal e de número de consultas realizadas e a peregrinação das mulheres no momento da internação para o parto (Vrellas et al., 2014:S96).

Cabe mencionar que, da mesma maneira que gênero, classe e raça/etnia posicionam os indivíduos no interior das relações de poder, o recorte geracional, também acarreta em experiências específicas de adoecimento, vulnerabilidades, cuidado à saúde e acesso a recursos e uso de serviços de saúde, assim como acesso a recursos que possibilitem o enfrentamento dessas vulnerabilidades (Costa Junior; Couto, 2015). Assim, não podemos descuidar dos marcadores geracionais para compreender intersecções nos processos de cuidado e atenção ao parto.

Costa Junior e Couto (2015) referem que a idade é comumente utilizada para justificar e naturalizar o poder e a dominação de um grupo de pessoas mais velhas ou adultas sobre crianças ou adolescentes, o que produz privilégios e desigualdades nas relações entre estes grupos (Costa Junior; Couto, 2015:1304). Com isso, quando uma parturiente adolescente ingressa em um serviço de saúde seja no pré-natal, seja no parto, ela passa a estar sujeita a intersecção de diversas relações de poder. Por um lado, se apresenta uma mulher (ou ainda um homem

trans), jovem, leiga, nua em frente desconhecidos, o que foi apontado pelas entrevistadas como algo que potencializa a vulnerabilidade. Do outro lado geralmente estão homens, adultos, especialistas, que estudaram por diversos anos para estar ali. Assim, o espaço do parto é muitas vezes utilizado para “dar uma lição” na jovem mãe, partindo de uma noção de que existe um momento certo da vida para engravidar e parir, o que se reflete nas constantes menções nos trabalhos citados anteriormente de violência contra mães adolescentes. Essas reflexões também foram abordadas na fala de uma entrevistada:

Adelaide: (...) as mães adolescente também sofrem porque existe um padrão cultural de que existe o momento certo para você ser mãe e você ser mãe antes dessa hora certa é muito mal, é muito feio, é muito ruim. Então eu mesmo sofri violência obstétrica muito claramente por ser uma mãe adolescente.

Em vista disto, mesmo possamos perceber avanços consideráveis nas ciências sociais e da saúde em direção às reivindicações feministas emergidas nas décadas de 70 e 80, e que a assistência pré-natal no Brasil já alcançou cobertura praticamente universal, no que diz respeito especificamente ao parto, ainda não é possível verificar melhorias significativas. São frequentes os relatos de iniquidades no acesso a cuidados adequados na gestação e parto, relacionados aos indicadores perinatais desfavoráveis ainda observados no país. (Domingues et al., 2015). Com estas considerações e assumindo que o perfil de saúde e doença das populações resulta da interação não só dos aspectos biológicos, mas também das dimensões sociais, econômicas, históricas e políticas, percebemos como imprescindível a criação e implementação de estratégias por parte dos serviços de saúde, principalmente públicos, voltadas para as populações vulnerabilizadas socialmente, de modo que se reduzam as barreiras de acesso e facilite o início precoce o da assistência pré-natal, permitindo que as mulheres que mais se beneficiariam dessa assistência tenham acesso a esse cuidado. (Domingues et al., 2015:146)

Foi frequente nas suas falas que a busca pelos cursos de formação de doula se deu após entrarem em contato com violências, negação de protagonismo e abusos de poder por parte dos profissionais da saúde no transcorrer da gestação ou parto seus ou de outras mulheres. Assim, a doulagem surge como reação, um retorno dessas mulheres ao sistema de saúde na intenção de oferecer suporte às pessoas gestantes, auxiliando-as para que não se repitam as violências por elas vivenciadas anteriormente.

Adelaide: Eu sou uma doula que tive três cesarianas. A primeira cesariana foi extremamente violenta, as outras duas eu entendo que houve violência obstétrica em algum nível, especialmente no nível da negação da informação completa por parte da minha obstetra, nesse sentido. (...) Acho que inclusive, ter vivido violência obstétrica, contribui pro meu trabalho já que combater violência obstétrica é uma das funções primordiais do trabalho da doula.

Dentre o universo de doulas entrevistadas assim como foi significativo o contato com violências para o ingresso na doulagem, se tornar doula foi decisivo para a sua aproximação dos movimentos sociais e para a elaboração de si mesmas enquanto feministas. Ao responderem ao questionamento sobre se o envolvimento com o feminismo teria influenciado elas a se tornarem doulas, nove dentre as treze responderam indicando terem trilhado o caminho inverso. Ou seja, a percepção de si enquanto feministas se deu após se depararem como doulas com casos de violência contra mulheres em decorrência da gestação ou parto, como pode ser percebido nas seguintes falas:

Joana: na medida que eu comecei a trabalhar [como doula], a minha afinidade foi muito grande por movimentos políticos, mas eu não tinha isso muito claro pra mim. *Aí a partir disso é que eu descobri a política, pela questão de ser doula e aí a gente vê que pô, eu trabalho aqui com a mulher no individual, mas a gente tem que fazer um movimento maior, a gente tem que puxar e tal. Aí eu fui descobrindo esses movimentos sociais, a atuação política.*(grifo nosso)

Gracia: A humanização tá ligada ao empoderamento da mulher, e o empoderamento da mulher tá ligado ao feminismo. Então foi isso que me puxou pra esse lado eu comecei a aprender mais, e continuo aprendendo.

Da fala de Joana convém ressaltar que também emerge a necessidade de se extrapolar o âmbito individual do atendimento a uma gestante específica, destacando a primordialidade de movimentação coletiva e do papel da doula de “puxar” movimentos sociais como o de humanização.

Foi perceptível tanto nas respostas sobre se elas se identificavam como feministas, quanto nas respostas sobre a relação entre o feminismo e a entrada na doulagem, a existência de uma noção senso comum do que é ser feminista prévia que foi reformulada após o contato com a doulagem, com as violências e com os movimentos sociais. Esse

processo reflexivo foi decisivo na elaboração de algumas do que era o feminismo em si, e o que era ser feminista, como pode ser identificado nas seguintes falas:

Elizabeth: eu acho que depois que eu me tornei doula que eu fui me dar conta da violência contra a mulher, da violência obstétrica, da falta de espaço, do protagonismo da mulher falando da sua própria saúde, sobre seu próprio corpo. *Foi aí que eu fui entender de fato o que era o feminismo*, porque até eu então eu acho que eu reproduzia um pouco desse pensamento do tipo “ai, feminismo é muito extremo” “feminismo é muito isso, feminismo é muito aquilo”.

Assim, essas mulheres paulatinamente deixam de perceber as violências que presenciaram enquanto casos isolados, de âmbito individual, mas como reflexos da maneira como estão organizadas as relações sociais entre homens e mulheres, como abordado anteriormente. Esse deslocamento pode ser percebido quando a doula V discorre a respeito da violência obstétrica que sofreu como um problema coletivo que, nas suas palavras “é estrutural, é cultural, é político, é econômico” (Adelaide). Ao pensar seu corpo e as violências sofridas enquanto um problema que é coletivo torna-se claro para ela que seu corpo

Adelaide: foi violentado não por uma prática de um profissional técnico, ou de dois ou de três [...] foi violentado porque é um corpo de mulher em uma sociedade que não respeita o corpo da mulher.

Retomando então o âmbito institucional das violências obstétricas. Partindo dessa constatação, relata que foi possível reconhecer seu corpo, a função social dele e a sua própria função social enquanto indivíduo. Em sua narrativa Adelaide destaca que esse processo de reconhecer-se no mundo é relevante na medida em que leva também a repensar e reconhecer “todas as outras” mulheres. Entendemos que com esse processo de repensar a si e repensar as outras, estas entrevistadas passaram a conceber-se para além de sujeitos individuais, mas como sujeitos coletivos (Butler, 2015), atravessados por opressões e violências que estão enraizadas nas instituições, saberes e práticas. Através reflexão a respeito da violência obstétrica e da constatação de que ela está intimamente vinculada às violências de gênero, começam a perceber a si e as outras como sujeitos políticos de movimentos que lutam pela humanização do parto e do nascimento, assim como de movimentos que visam, à emancipação das mulheres, à

superação das violências e desrespeitos aos corpos lidos como femininos, e à equidade entre os gêneros.

Adelaide: O meu entendimento do movimento de humanização do parto, movimento com o qual eu me identifico, é um movimento político, feminista, essencialmente e fundamentalmente feminista! E eu gosto de dizer que eu sou ativista do movimento de humanização do parto e nascimento e de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos de pessoas com útero. Então, assim, esse é meu entendimento de movimento. É desse movimento que eu faço parte, é político, é subversivo e é resistência.

Os relatos das doulas entrevistadas evidenciaram que nas suas trajetórias, foi o reconhecimento de que a situação de vulnerabilidade, desempoderamento, silenciamento das mulheres na cena de parto é uma continuidade dos padrões normativos e opressivos de gênero e sexualidade estabelecidos em nossa sociedade assim como de processos hierarquizantes da medicalização. É o desejo de transformação da violência perpetrada contra as mulheres durante o parto que as motivou a se engajarem nos movimentos sociais de mulheres e feministas.

Por proporcionar contato físico, segurando a mão da mulher, respirando com ela; promover seu encorajamento e estimular, trazendo tranquilidade e proporcionando medidas de conforto e alívio da dor; além de prestar orientações aconselhar e explicar sobre o progresso do trabalho de parto e procedimentos obstétricos que podem ou devem ser realizados (Brasil, 2001:65; Leão; Bastos, 2001:91; Santos; Nunes, 2009:583), resulta que as parturientes muitas vezes verbalizam a associação das doulas a figuras como “anjos” e “fadas” (Rodrigues; Siqueira, 2008:183). Porém, o que queremos visibilizar com este artigo é que ao contrário de figuras místicas, dotadas de poderes, as doulas são mulheres que também tiveram que mobilizar conhecimentos, se engajar em redes, passando elas mesmas por processos de (auto)conhecimento e empoderamento sobre si e seu corpo.

O que nos cabe apontar é que para que possam representar essa figura de suporte, fortalecendo as mulheres atendidas enquanto cidadãs, há conjuntamente um percurso pessoal de contato com violências, com redes estabelecidas com as pessoas gestantes que acompanham e com outras doulas durante os cursos de formação e aperfeiçoamento e eventos relacionados à atividade, sendo que a informação passa a acessar ao se tornar doula é fundamental para o seu empoderamento individual. (Sanchez; Ciconelli, 2015). Ao longo das formações elas

puderam vir a conhecer melhor o próprio corpo e a olhá-lo de outras maneiras conforme aprendiam sobre as etapas que o corpo passa durante a gestação, pré-parto, processo expulsivo e puerpério. A doula Elizabeth aponta

Elizabeth: as mesmas vivências que eu passei nos cursos de formação eu faço com elas pra que elas consigam liberar esses corpos presos. Porque a gente tem muita vergonha, muito medo das nossas intimidades (...)

A partir de trocas e aprendizados com outras mulheres, todas entrevistadas referiram observar mudanças na maneira como se percebem no mundo e na maneira como se relacionam com próprio corpo. As maiores mudanças referidas foram, por um lado, um novo olhar para o corpo e para a estética, e por outro lado, decorrente da primeira, apareceu a mudança na maneira como se relacionam com a sua sexualidade

Adelaide: Sim. Em mim foi muito forte, a relação com meu corpo mudou muito, porque a partir do momento que eu entendi que eu sofri violência obstétrica e que na verdade a violência obstétrica é um problema estrutural. (...) quando eu entendi isso, precisei me reconhecer nesse corpo de mulher e precisei reconhecer a minha função social e a função social do meu corpo. Isso para mim foi muito forte. *E quando eu reconheço a mim mesma, eu reconheço todas as outras, todas as demais,* então, sim, mudou a forma de cuidar do meu corpo, mudou, eu passei a questionar a minha relação de consumo, o meu padrão estético que eu achava que era o meu gosto estético pelo corpo e eu entendi que é um padrão construído, então mudou muita coisa. Mudou o que eu entendo da minha sexualidade (...) (grifos nossos)

Elizabeth: Completamente. Eu tenho uma outra relação de liberdade com o meu corpo, tenho uma outra relação de liberdade com a minha própria sexualidade, com a minha história, com o universo que tem dentro de mim, com as outras pessoas também com quem eu encontro, com um outro olhar de acolhimento, sabe? De compreender que, enfim, nossos corpos são sempre invisibilizados por conta dessa questão de padrões e tudo mais e que eu não preciso disso tudo na minha vida. E aí consegui transformar

isso em mim... nas mulheres que eu encontro e que eu doulo também, que eu acabo doulando... a gente entra muito nessas questões do que é o se despir, né.

O processo de desenvolvimento da autoconfiança e da autoestima relacionado à essa nova maneira de olhar para si, para o corpo e sexualidade são fatores determinantes para o empoderamento (Carvalho, 2004)

Quando entraram em contato com técnicas de alívio não farmacológico da dor, refletiram sobre a medicalização do parto e a utilização rotineira de analgésicos e anestésias. Aprenderam sobre seus direitos sexuais e reprodutivos ao se aproximarem dos movimentos sociais de mulheres e feministas, participando de discussões a respeito de padrões normativos de sexo e gênero e sobre emancipação feminina. Assim como ao participarem partos em que as pessoas gestantes se libertam dos padrões impostos, mostrando toda a potência do corpo lido como feminino, também se empoderaram. Isso se torna evidente em suas respostas quando indagadas sobre se o contato com outras mulheres fez com que elas se sentissem mais empoderadas. Podemos extrapolar para o contexto das doulas e gestantes aquilo que Rabelo e Silva comentam sobre a relação de enfermeiras com mulheres:

Nessa exploração das subjetividades, apresentam-se as práticas emancipatórias, que são formuladas em consideração a mulher usuária e partilhando com ela em uma relação de liberdade para ambas. Todo processo emancipatório e autoconhecimento, ele não se descobre, se cria (Rabelo; Silva, 2010:1212).

Ao apoiar o processo de parto em que uma mulher ou pessoa gestante passa a acreditar que ela é capaz, que seu corpo é capaz e que ela é um sujeito com direito de ser respeitado tanto como ser humano, quanto como cidadã, se empoderando e se fortalecendo (Cabral; Ressel; Landerdahl, 2005; Griboski; Guilhem, 2006; Souza, Dias, 2010), tornou-se claro para as doulas a possibilidade real de fortalecimento feminino. Com isso, o próprio processo de empoderamento da doula é retroalimentado, motivando-as a continuarem a exercer sua atividade. O empoderamento se dá de forma relacional, promovido por relações pautadas na troca de informações dialogadas, respeito e confiança (Rabelo; Silva, 2016). Para a grande maioria das doulas entrevistadas ver a força de uma mulher se empoderando fortalece a possibilidade do próprio empoderamento pessoal, como é perceptível nas colocações a seguir:

Merga: Nossa, muito mais! [empoderada] Muito mais. É porque *doular uma mulher é visitar muitas profundezas dentro da gente mesma, né?* (...) é muito transformador doular uma mulher. Então *é uma oportunidade de se ver né, eu me vejo em muitas mulheres.(...) Então é um aprendizado e nesse aprendizado cresce esse empoderamento, né?* (grifos nossos)

Isabel: ah não tem como não, né? [não se sentir mais empoderada]É impossível não sentir. *Quando você sente a força de outra mulher, você se sente forte também.(...) Eu sempre volto mais forte de cada parto que eu acompanho. Eu sempre trago um pouquinho da força de cada mulher que eu vi parir e que eu vi se abrir pra ela e pro mundo.E que eu vi a entrega dela e a gente sempre volta mais forte e a gente sempre volta um pouquinho mais empoderada!* (grifos nossos)

Se mulheres associam as doulas a figuras como “amiga” ou “mãe” (Silva; Siqueira, 2007; Rodrigues; Siqueira, 2008:183;) mesmo em casos em que não havia sido estabelecido vínculo prévio, é porque as doulas se reconhecem nas parturientes por elas atendidas, e se reconhecer no outro gera empatia, impulsionando o agir com vistas à transformação. Nas palavras da doula Ursulina se conectar com outras doulas e com as gestantes fortaleceu sua relação com mulheres em um nível que ela “não tinha nem ideia de que existia”, e com isso

Ursulina: Eu me sinto mais fazendo parte, na verdade. Eu me sinto menos só. Pra ser franca, eu me sinto mais responsável pelas outras. Por nós, pelo nós, sabe?

Onze das entrevistadas afirmam que após os contatos com a rede de mulheres passaram a se sentir mais empoderadas. Dentre as duas que responderam negativamente, o argumento aponta para o quanto ainda precisa ser feito no âmbito do empoderamento feminino e da humanização

Nyzette: Mas com certeza eu não me senti mais poderosa não, eu percebi mais a impotência das mulheres e esse saber que eu tenho, que eu integrei, me deixa mais aflita assim, porque eu vejo com um olhar de urgência muito grande pras questões de sexualidade feminina de modo geral, não só parto e puerpério, mas tudo. O contato com o próprio corpo.

Já a doula Adelaide por mais que sinta os efeitos da opressão percebe a potência do empoderamento mútuo das relações entre as mulheres que tem contato

Adelaide: Totalmente. Embora as vezes eu me sinto muito impotente diante da opressão, eu me sinto empoderada comigo mesma, me sinto empoderada dentro dos grupos onde eu transito.

Mas em sua maioria os relatos foram de transformação, fortalecimento e empoderamento de si, reconhecendo os espaços de formação e de trocas entre doulas como relevantes para esses processos

Elizabeth: Sim, muito. Cada curso de formação que eu participei, tanto eu quanto as mulheres que participaram junto, o nosso feedback é “meu, isso mudou minha vida”. E muda a vida de assim...tu olha pra tudo que tem na tua volta, todas as escolhas que você já fez até hoje e você fala não, eu quero além, eu quero mais que isso. Então muda mesmo, muda a relação com o próprio corpo, muda a autoconfiança, muda as escolhas que a gente quer pra nossa própria vida e abertura vai acontecendo, não tem como não acontecer. A gente vai abrindo e rompendo com essas amarras, cordas, com essas prisões internas psicológicas assim. Quando você vê, tão todas urrando *Então pra gente chegar nesse lugar precisa de muita mudança, e a gente consegue chegar nesse lugar bem rápido juntas.*

Nesta fala da doula Elizabeth destacamos a potencialidade que ela aponta na coletividade de mulheres, na sua união. Ela ressalta que é trilhando esse caminho juntas que se torna possível repensar os padrões que pautam a relação como próprio corpo, abrindo espaço pra mudança. Sobre esse processo coletivo podemos refletir também sobre o que nos conta a doula Bridget que mesmo percebendo que sempre teve uma relação diferente da comum com seu corpo e que a maternidade foi crucial para mudar a maneira como lidava com ele, destaca a relevância de se perceber conectada com outras mulheres para se fortalecer perante as pressões sociais

Bridget: Então assim, eu acredito que esse contato com essas mulheres, com esse outro universo fez realmente isso que já estava em mim ter eco, porque talvez se fosse uma voz isolada, se eu tivesse sozinha e não estivesse em rede talvez eu não tivesse essa reverberação e ficaria mais suscetível a essa enorme pressão externa social né, cultural, enfim. Então eu acho que sim, esse contato com

as mulheres me ajudou a abraçar ainda mais essa minha questão com o meu corpo, com quem eu sou e tudo.

Da interação entre as doulas e as parturientes resulta um crescimento e empoderamento mútuo entre aquelas que cuidam e aquelas que são cuidadas. Como bem apontam Souza e Dias (2010) “cuidar significa praticar o convívio, o respeito e a solidariedade. A pessoa que cuida de algo ou de alguém, sempre se sente afetada pelo outro. Por isso, ao cuidar de alguém também estamos cuidando de nós mesmos” (Souza; Dias, 2010:498). Assim, a doulagem traz para essas mulheres entrevistadas novas maneiras de se relacionarem consigo mesmas e com o mundo, além de sentimentos de conexão, de pertença, de responsabilidade coletiva.

Adelaide: Acho que a coisa de mulheres apoiando mulheres não tem como negar, a importância que isso tem nesse momento histórico e político, mulheres sendo amparadas e acolhidas por outras mulheres e a descoberta da potência do corpo. As doulas são as mensageiras do segredo e o segredo é a potência do corpo da mulher. Esse corpo que a gente fala tanto da questão do sexo e da sexualidade que é silenciada, e o parto é sexualidade, o parto é o ápice, é o momento alto, é a maior potência do funcionamento desse corpo e da sexualidade e nós somos mensageiras desse segredo, que o corpo da mulher funciona, e ele é extremamente potente. Eu acho que isso muda o mundo!

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo da realização das entrevistas e da consulta à bibliografia entramos em contato com denúncias de violação de direitos fundamentais das pessoas gestantes e em situação de parto. Percebemos que com a institucionalização do parto as redes de apoio das gestantes foram cada vez mais afastadas, aumentando sua vulnerabilidade à violência obstétrica. Com a assimetria de poder estabelecida entre os médicos e pacientes, acentuada pelas relações de gênero hierárquicas, a autonomia de decisão das mulheres sobre seu corpo e sobre seu feto/filho é muitas vezes cerceada e o protagonismo do parto assumido cada vez mais pelos profissionais da saúde, culminando na noção de que são os médicos que “fazem o parto”.

Em contrapartida ao desempoderamento e às violências perpetradas contra parturientes surgem os movimentos de humanização, que tendo a figura das doulas como seu expoente, buscam resgatar a tomada de decisões esclarecidas e autônomas por parte das gestantes

através do apoio físico e emocional e da informação de qualidade tanto sobre processos os fisiológicos ligados ao parto, quanto sobre seus direitos sexuais e reprodutivos.

Foi possível apreender com o processo dessa pesquisa que, tanto nos encontros com outras doulas, em cursos de formação, simpósios temáticos, rodas de conversas e outros encontros de categoria, quanto delas com as gestantes que acompanham, as próprias doulas entram em contato com informações que as esclarecem e empoderam, tornando-as agentes ativas nos processos de transformação social. O contato com mulheres em processo de parto e a possibilidade de superação de todo um sistema de opressões institucionalizadas, que se empoderam sobre seus corpos e suas vidas, tomando decisões autônomas e conscientes fortalece também a doula de sua própria vida, retroalimentando a sua atuação com as gestantes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. *Snowball sampling: problems and techniques of Sociological Methods & Research*. Thousand Oaks, CA, v. 10, n. 2, 1981.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço. 2002 Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_19.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf) Acessado em 04 Junho 2018

\_\_\_\_\_. 2004a. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF);

\_\_\_\_\_. 2004b Ministério da Saúde (BR) Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília (DF);

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR).Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Série A . Normas e Manuais Técnicos nº 5. Brasília (DF); 2005.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2015.

CABRAL, F. B.; RESSEL, L. B.; LANDERDAHL, M. C. Consulta de enfermagem: estratégia de abordagem à gestante na perspectiva de gênero. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 459-465, Dec. 2005.

- CARNEIRO, R. Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto. Experiências e percepções dissidentes de saúde e de bem-estar na contemporaneidade. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2369-2378, Ago. 2013
- CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, Ago. 2004.
- COSTA JUNIOR, F. M.; COUTO, M. T. Geração e categorias geracionais nas pesquisas sobre saúde e gênero no Brasil. *Saude e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1299-1315, dez. 2015.
- D'ORSI E., et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014 Ago; 30 (Supl 1): S154-S168.
- DOMINGUES, R. M. S. M, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2015;37(3):140-7.
- GAMA, S. G. N. et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S101-S111, 2004.
- GERGEN, K. J.; GERGEN, M. *Construccionismo social: um convite ao diálogo*. [S.l.]: Editora do Instituto NOOS, 2010.
- GOES, Emanuelle. Violência obstétrica e o viés racial. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/aggregator/sources/86>. 14 Mar 2018. Acessado em: 15 Maio 2018.
- GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto contexto – enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 107-114, mar. 2006.
- HOTIMSKY, Sonia Nussenzeiwig; ALVARENGA, Augusta Thereza de. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica?. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 461-481, July 2002.
- LAMARCA, G.; VETTORE, M. Série (4): As desigualdades sociais interferem na satisfação das mulheres com o atendimento ao parto? Rio de Janeiro: DSS Brasil; 2015 Maio 21. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2015/05/serie-4-as-desigualdades-sociais-interferem-na-satisfacao-das-mulheres-com-o-atendimento-ao-parto/>
- LANSKY, S, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;39(Supl 1):S192-207

- LEAL, M. Com., et al . A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 33, supl. 1, e00078816, 2017
- LEAL, M. C. *Série (3): entrevista com Maria do Carmo Leal, coordenadora geral da pesquisa "Nascer no Brasil"* [entrevista na internet]. Rio de Janeiro: portal DSS Brasil; 2015 Abr 02. Entrevista concedida a Jaqueline Pimentel. Disponível em: <http://dssbr.org/site/entrevistas/serie-3-entrevista-com-maria-do-carmo-leal/> Acessado em 09 Maio 2018.
- LEAL, M.C., et al . Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014 .
- LEÃO, M. R. C.; BASTOS, M. A. R. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [on-line] 2001 maio; [citado 16 maio 2001]; 9(3).
- LORENZI, C. G. et al. *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. 1. ed. Rio de Janeiro: Instituto NOOS, 2014.
- PELUCIO, Larissa. Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids. *Saúde e Sociedade*, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 76-85, Mar. 2011
- PIMENTEL, Camila et al. Autonomia risco e sexualidade: a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. *REALIS*, v. 4, n. 1, p. 166-185, Jan-Jun 2014.
- RABELO, Ana Renata Moura; SILVA, Kênia Lara. Cuidado de si e relações de poder: enfermeira cuidando de outras mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1204-1214, Dez. 2016 .
- RAMOS, Dalton Luiz de Paula; JUNQUEIRA, Cilene Rennó; PUPLAKSIS, Nelita de Vecchio. Benefícios da avaliação ética de protocolos de pesquisas qualitativas. In: GUERRIERO, Iara Coelho Zito; SCHMID, Maria Luisa Sandoval; ZICKER, Fabio (Org.). *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 193-205.
- RODRIGUES, Ana Verônica; SIQUEIRA, Arnaldo A. Franco de. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. *Revista Brasileira de Saude Materno-Infantil*, Recife , v. 8, n. 2, p. 179-186, Mar. 2008 .
- SANCHEZ, R. M., CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2012;31(3):260-8.
- SANTOS, D. S.; NUNES, I. M. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 582-588, Sept. 2009

- SILVA, R. M., et al . Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). *Saúde e Sociedade*, São Paulo , v. 25, n. 1, p. 108-120, Mar. 2016
- SILVA, A. V. R.; SIQUEIRA, A. A. F. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um centro de parto normal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* 2007 abr; 17(1): 126-35.
- SOUZA, Karla Romana Ferreira de; DIAS, Maria Djair. Oral History: experience of doulas in the care of women. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo , v. 23, n. 4, p. 493-499, 2010 .
- SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*, Cortez São Paulo, v. 2, p. 93–122, 2004.
- VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.

**APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa intitulada “AUTONOMIA E EPODERAMENTO: a atuação de doulas no acompanhamento de gestantes”. A presente pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Daniela Calvó Barrera, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Este trabalho pretende analisar a partir da experiência profissional das doulas, os padrões de gênero e sexualidade reforçados no ciclo gravídico-puerperal. Para isso, durante a fase de campo da pesquisa, você será entrevistada uma vez, de forma individual e reservada, para conversarmos sobre sua experiência enquanto doula.

Lembramos que durante a entrevista é possível que alguns aspectos de sua trajetória profissional lhe tragam lembranças desagradáveis. Nesse sentido, a pesquisadora realizará a condução da entrevista visando minimizar as consequências preservando sua integridade. Durante os procedimentos de coleta você sempre estará acompanhada por um dos pesquisadores que lhe prestará a assistência necessária e lhe esclarecerá qualquer dúvida sobre o projeto. Além disso, você poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Caso opte em deixar de participar da pesquisa você não terá qualquer prejuízo.

Ressaltamos que os pesquisadores serão os únicos a ter acesso às informações das entrevistas e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, todavia sempre existe a possibilidade, mesmo que remota, da quebra do sigilo involuntário e/ou não intencional, cujas

consequências serão tratadas nos termos da lei. Informamos também que os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros e/ou publicados revistas científicas, entretanto mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

O desenvolvimento deste projeto de pesquisa possui grande relevância social e acadêmica, principalmente no tocante do conhecimento e reconhecimento da possibilidade de empoderamento não só das mulheres e pessoas gestantes, como também das próprias doulas. Dessa forma, sua participação nesta pesquisa é de suma importância para que o campo científico, a sociedade em geral, o estado e seus servidores tenham a possibilidade de acessar narrativas que relatem as trocas realizadas entre doulas e pessoas gestantes, uma vez que consideramos que a presença de uma mulher treinada para dar suporte e apoio a pessoa gestante pode contribuir não só para o empoderamento desta pessoa sobre seu corpo nas negociações com os profissionais da medicina no momento do trabalho de parto e parto, contribuindo na redução da medicalização do parto e restando procedimentos invasivos, mas também para que essa mulher se empodere de sua vida, quebrando com padrões normativos de gênero e sexualidade,

Informamos que a legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Ressaltamos que você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa, mas, em caso de despesas com transporte e/ou alimentação, decorrentes da participação da pesquisa,

você será ressarcido integralmente pelos pesquisadores. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Em caso de necessidade, a qualquer momento que julgar necessário, você poderá contatar o coordenador da pesquisa, Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires, através do telefone de número +55 (048) 3721-4869, pelo e-mail: [rodrigo.moretti@ufsc.br](mailto:rodrigo.moretti@ufsc.br) ou ainda presencialmente na Sala 130 do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, no Centro de Ciências da Saúde localizado na Rua Delfino Conti, Bairro Trindade, Florianópolis, Santa Catarina. Poderá também contatar ou dirigir-se ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) no Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor

Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SCCEP 88.040-400, ou pelo e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br, ou ainda pelo número: + 55 (48) 3721-6094.

O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Duas vias deste documento, que possui duas páginas estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável, lembre-se de guardar cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável (Prof<sup>o</sup> Rodrigo Otávio Moretti Pires)