

Carla Klitzke Espíndola

**OS SABERES-PODERES QUE ATRAVESSAM O PARTO: AS
NARRATIVAS DE DOULAS QUE ATUAM NO
HOSPITAL-ESCOLA DE FLORIANÓPOLIS/SC**

Dissertação submetida ao
Programa de Pós-Graduação em
Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina para a
obtenção do Grau de Mestre em
Serviço Social.
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciana
Patrícia Zucco.

Florianópolis
2018

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

Espíndola, Carla Klitzke

Os saberes-poderes que atravessam o parto: as narrativas de doulas que atuam no Hospital-Escola de Florianópolis/SC / Carla Klitzke Espíndola ; orientador, Luciana Patrícia Zucco, 2018.
199 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Parto. 3. Doulas. 4. Saberes. 5. Relações de gênero. I. Zucco, Luciana Patrícia . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. III. Título.

Carla Klitzke Espíndola

**OS SABERES-PODERES QUE ATRAVESSAM O PARTO: AS
NARRATIVAS DE DOULAS QUE ATUAM NO
HOSPITAL-ESCOLA DE FLORIANÓPOLIS/SC**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Florianópolis, 27 de novembro de 2018.

Prof.^a, Dr.^a. Beatriz Augusto de Paiva
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Luciana Patrícia Zucco
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Rosamaria Giatti Carneiro
Universidade de Brasília (videoconferência)

Dr.^a Daniele Beatriz Manfrini
Ministério Público de Santa Catarina

Dr.^a Silvana Maria Pereira
Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago

Este trabalho é dedicado a todas as mulheres que lutam contra as violências de gênero e aquelas que ainda não chegaram a luta.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, desejo agradecer a minha orientadora, professora **Luciana Patrícia Zucco**, por sua disposição, seriedade, empolgação e competência. Atributos que me contagiaram, ensinaram e impulsionaram a fazer escolhas durante a jornada acadêmica e profissional. Sou grata por me cobrar quanto devia, por investir no meu potencial, compreender as minhas limitações e pela relação de respeito e confiança que criamos. Sou grata pela jornada que tivemos juntas desde a graduação, à época quando eu era bolsista do PET-Saúde, depois na Monografia, seguido pela tutoria e orientação durante a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e, por último, no Mestrado em Serviço Social. Grata por ter feito parte da minha história.

Às professoras e profissionais **Silvana Maria Pereira, Daniele Beatriz Manfrini e Rosamaria Giatti Carneiro** pelas contribuições ao nosso trabalho, que muito nos ajudaram a desenvolver esta pesquisa.

Às colegas e professoras do Núcleo de Estudos em Serviço Social e Relações de Gênero (NUSSERGE/UFSC) pelas ricas trocas e incentivos durante o processo da pesquisa. Em especial, destaco duas colegas de profissão e amigas: **Catarina Nascimento de Oliveira e Mayara Zimmermann Gelsleichter**. Catarina, sou grata pela sua cumplicidade na partilha de ideais, sensibilidade e exemplo de força. Mayara, sou grata pela tua amizade, alegria e companheirismo compartilhados nessa jornada.

Às **Doulas** que participaram desta pesquisa. Agradeço pela disposição de vocês e por lutarem por mudanças.

Ao **Guilherme**, pelo afeto, cuidado e por e incentivar o meu crescimento com muito amor.

Aos **meus pais**, que investiram, acreditaram e lapidaram habilidades no meu caráter que me ajudaram a chegar até aqui.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar os saberes que atravessam o parto a partir das narrativas de doulas que atuam no sistema público de Florianópolis/SC. O estudo foi motivado pela atuação da autora, como assistente social, e inquietações vivenciadas durante a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS/UFSC) na maternidade de um Hospital-Escola de Florianópolis/SC. Ali, os conflitos e sobreposição entre os saberes eram recorrentes, sendo a mediação entre eles delicada. Entendemos, a partir de Michel Foucault (1987) que os saberes são construções sociais, não são neutros, são políticos e possuem sua gênese em relações de poder. Esta é uma pesquisa empírica, qualitativa e sustentada pela epistemologia feminista e estudos de Michel Foucault. Os resultados apontaram a invisibilidade dos saberes das mulheres no contexto dos modelos obstétricos, sendo esse quadro ainda mais agravado quando associado à intersecção de gênero, raça/etnia, classe, incapacitismo e geração. Identificamos um gradiente de saberes presentes nas narrativas das doulas estabelecidos nessa ordem: científico, feminino, natureza e espiritual, com primazia ao primeiro. Esses saberes, com destaque para o científico, remetem a uma hierarquia entre doulas e mulheres-gestantes/puérperas, dando espaço para relações de assimetria. Ademais, identificamos um conjunto de conflitos entre as doulas entrevistadas, sendo a “*gourmetização*” do parto humanizado, associado à lógica comercial e seletiva, um destaque. As tensões entre as doulas nos levou a denominar ‘Movimentos’ de Doulas no plural, para sublinhar a diversidade de mulheres, posições e orientações no Grupo, com a projeção de seus conflitos.

Palavras-chave: Doulas. Parto. Saberes.

ABSTRACT

This work had as objective to analyze the knowledge that cross the delivery from the narratives of doulas that act in the public system of Florianópolis / SC. The study was motivated by the author's role as a social worker and concerns during the Multiprofessional Integrated Residency in Health (RIMS / UFSC) in the maternity ward of a Hospital-School in Florianópolis / SC. There, the conflicts and overlap between the knowledges were recurrent, mediation between them being delicate. We understand, from Michel Foucault (1987) that knowledge is social constructs, are not neutral, are political and have their genesis in relations of power. This is an empirical research, qualitative and sustained by feminist epistemology and studies by Michel Foucault. The results pointed to the invisibility of women's knowledge in the context of obstetrical models, which is even more aggravated when associated with the intersection of gender, race / ethnicity, class, disability and generation. We identified a gradient of knowledge present in the narratives of doulas established in this order: scientific, feminine, nature and spiritual, with primacy to the first. These knowledges, with emphasis on the scientific, refer to a hierarchy between doulas and women-pregnant / puerperal women, giving space for asymmetric relationships. In addition, we identified a set of conflicts between the doulas interviewed, being the "gourmetization" of humanized childbirth, associated with commercial and selective logic, a highlight. The tensions between the doulas led us to denominate Doulas 'Movements' in the plural, to underline the diversity of women, positions and orientations in the Group, with the projection of their conflicts.

Keywords: Doulas. Parturition. Knowledges.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 – Características gerais das doulas entrevistadas..... | 83 |
| Quadro 2 – Características gerais da formação doulas entrevistadas | 87 |
| Quadro 3 – Tempo de experiência e local onde assiste partos | 97 |
| Quadro 4 – Histórico reprodutivo das doulas entrevistadas | 100 |
| Quadro 5 – Saberes utilizados por doulas em sua atuação | 130 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Alojamento Conjunto
ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADOSC – Associação de Doulas de Santa Catarina
ANDO – Associação Nacional de Doulas
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CO – Centro Obstétrico
COMATER – Comissão Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
GAMA – Apoio a Maternidade Ativa
HSF – Hospital Sofia Feldman
HU/UFSC – Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago
ICEA – *International Childbirth Education Association*
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MBE – Medicina Baseada em Evidências
MEC – Ministério da Educação
NACA - *National Association of Childbirth Assistants*
NUSSERGE – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Serviço Social e Relações de Gênero
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organizações Não Governamentais
PIC – Práticas Integrativas Complementares
PL - Projeto de Lei
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH – Política Nacional de Humanização
PT – Partido dos Trabalhadores

ReHuNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RELACAHUPAN – Rede Latino-americana e Caribenha pela Humanização do Parto e do Nascimento
RFS – Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
RIMS – Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
SBRA – Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida
SBRH – Sociedade Brasileira de Reprodução Humana
SIMESC – Sindicato dos Médicos do Estado
SOGIA-BR – Associação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TCR - Trabalho de Conclusão de Residência
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|---|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 19 |
| 1.1. | Aproximação da pesquisadora ao objeto | 19 |
| 1.2 | Situando o objeto | 22 |
| 1.3 | Considerações metodológicas..... | 34 |
| 2 | Parto, biopoderes, disputas e os Movimentos de Doulas no Brasil | 42 |
| 2.1 | O parto e seu processo histórico | 42 |
| 2.2 | Saberes, biopoder, feminismos e os modelos obstétricos no Brasil | 47 |
| 2.3 | A ciência como saber-poder dos modelos obstétricos em disputa... 58 | |
| 2.4 | Movimentos de Doulas no Brasil..... | 67 |
| 3 | Particularidades das doulas latinas que atuam na Maternidade-Escola da UFSC..... | 81 |
| 3.1 | Caracterização das entrevistadas | 81 |
| 3.2 | Histórico reprodutivo das doulas entrevistadas | 99 |
| 4. | Saberes que atravessam o parto: as narrativas de doulas latinas que atuam no Hospital-Escola de Florianópolis/SC | 112 |
| 4.1 | Posições políticas sobre os feminismos e ADOSC - “ser doula é uma assinatura feminista” | 112 |
| 4.2 | O lugar da religião na doulagem e a presença da espiritualidade no cenário do parto | 119 |
| 4.3 | Doulas e seus saberes..... | 128 |
| 4.4 | O saber e o protagonismo das mulheres-parturientes segundo as narrativas das doulas..... | 143 |
| 4.5 | Conflitos externos e internos aos Movimentos de Doulas..... | 151 |
| | CONCLUSÃO..... | 169 |
| | REFERÊNCIAS..... | 173 |
| | APÊNDICE A – TCLE..... | 189 |
| | APÊNDICE B – Roteiro da entrevista..... | 195 |
| | APÊNDICE C – Roteiro de análise das entrevistas..... | 197 |

APRESENTAÇÃO

Esta é uma pesquisa empírica de abordagem qualitativa, que teve como objetivo inicial analisar os saberes que atravessam o fenômeno do parto em uma Maternidade-Escola de Florianópolis/SC, a partir das narrativas de enfermeiras obstétricas e doulas. No caminho do estudo, o objetivo foi reconstruído em função das dificuldades encontradas no campo de pesquisa. O contato com as enfermeiras obstétricas foi atravessado por resistências e negativas em relação à participação no estudo. A maioria não respondeu aos contatos feitos por e-mail, um conjunto de enfermeiras declarou não ter interesse em se integrar à pesquisa, outras preferiram não participar, justificando dificuldades no ambiente de trabalho, e algumas optaram por não se pronunciar sobre o tema. A única enfermeira que respondeu afirmativamente ao contato e que entrevistamos, não cumpria aos critérios de inclusão, visto que ainda não havia concluído a especialização em enfermagem obstétrica, sendo tal fato identificado ao longo da realização da entrevista.

Diferentemente das enfermeiras obstétricas, as doulas apresentaram receptividade e fácil acesso, desvendando um campo complexo de discussão e saberes. Em função desse cenário, redimensionamos o foco da pesquisa para os saberes que atravessam o parto segundo a narrativa de doulas atuantes numa Maternidade-Escola de Santa Catarina, projetando seus saberes, o lugar que ocupam no cenário do parto, bem como as relações, resistências e conflitos instituídos com sua presença. Os objetivos específicos são: a) identificar os saberes que atravessam o parto a partir das 'sujeitas cognoscentes/doulas'; b) mapear as estratégias de resistência das 'sujeitas cognoscentes/doulas' no processo de assistir ao parir numa maternidade-escola pública; c) levantar as narrativas das doulas sobre o protagonismo da mulher-parturiente e seu lugar no parir; d) reconhecer como se apresenta a espiritualidade nos saberes identificados; e) apontar as resistências das sujeitas envolvidas (mulher-parturiente, doulas e equipe profissional) frente aos diferentes saberes que atravessam o cenário da parturição.

Para responder as questões propostas, organizamos o trabalho em quatro seções. A primeira tem o objetivo de apresentar o tema e objeto em estudo, explicar a aproximação da pesquisadora ao objeto, bem como situar o debate em torno dele e as considerações metodológicas que nortearam a pesquisa. Na segunda seção, desenvolvemos o referencial teórico adotado que informa a análise e a interpretação dos dados, a partir da literatura sobre o processo de institucionalização do parto e os modelos de assistência obstétrica, com destaque aos saberes e biopoderes

transversais ao cenário do parto, e à abordagem dos estudos feministas. Para finalizar essa parte, discorreremos acerca do desenvolvimento do 'Movimento de Doulas' e as particularidades construídas no Brasil. No terceiro capítulo, tomamos como centralidade a apresentação e discussão da caracterização das sujeitas entrevistadas, destacando seus dados pessoais, breve contexto de sua história reprodutiva e motivações para buscarem a formação de Doulas. Na última seção, projetamos a discussão dos resultados, embora a análise dos dados tenha atravessado todo o trabalho.

1 INTRODUÇÃO

Este item tem como propósito contextualizar as/os leitoras/es sobre o objeto de estudo em tela e a aproximação da pesquisadora aos conteúdos por ele mobilizado, bem como situar o debate em torno do tema e as considerações metodológicas que nortearam a pesquisa.

1.1. Aproximação da pesquisadora ao objeto

Esta pesquisa tem como objeto de estudo os saberes que atravessam o parto a partir das narrativas de doulas atuantes numa Maternidade-Escola de Florianópolis/SC. Os saberes são construções sociais e, de acordo com Michel Foucault (1987), não há saberes neutros, todos são políticos e possuem sua gênese em relações de poder.

As motivações que desencadearam o estudo estão vinculadas, principalmente, a alguns processos pessoais. O primeiro, refere-se a minha vivência como assistente social residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS)¹, no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), entre 2014 e 2016. A imersão na área de Saúde da Mulher e da Criança, especificamente no Alojamento Conjunto (AC)², proporcionou experiências multiprofissionais relacionadas ao atendimento de mulheres (gestantes, parturientes, puérperas) e seus familiares/acompanhantes.

Ali, os conflitos e sobreposição entre os saberes eram recorrentes, sendo a mediação delicada. Nas discussões de caso com a equipe multiprofissional, projetava-se o saber da equipe médica em detrimento de outros saberes. Ainda que um grupo de técnicas/os tivesse consenso sobre alguma questão, bastava um/a médico/a discordar para ‘impor’ seu encaminhamento. Alguns/mas obstetras eram mais abertos e estabeleciam canais de comunicação com os/as profissionais, embora os demais saberes

¹ A Residência Multiprofissional é uma pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e trabalho multiprofissional, sendo instituída pela Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005.

² Alojamento Conjunto é uma unidade de cuidados hospitalares em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mulher-puérpera em horário integral até a alta hospitalar. Durante a internação nesta enfermaria, é garantida a presença de um/a acompanhante de escolha da mulher, conforme Lei nº 11.108/2005.

fossem considerados complementares ao seu trabalho. Em tal dinâmica, revisitava-se à lógica de equipe médica e de paramédicos, vigente anterior à institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Com efeito, espera-se dos/as profissionais da saúde³ práticas mais horizontais ao considerar os princípios e diretrizes do SUS regulamentados desde 1990 pela Lei Orgânica da Saúde. Esta referência à assistência à saúde é pautada na universalidade, integralidade, equidade e descentralização das relações para a participação comunitária, preservação da autonomia das pessoas, direito à informação, entre outros, validados como fundamentais ao acesso ao conceito ampliado de saúde (BRASIL, 1990).

Dependendo da postura política e teórica de cada profissional, algumas/ns podiam interagir com os saberes das mulheres e de seus familiares/acompanhantes. Usualmente, a mulher-puérpera prevalecia como ‘objeto’ de coleta de dados para preencher formulários, prontuários e triagens, bem como receptora de informações e orientações sobre o cuidado com o recém-nascido, puerpério, amamentação e ‘planejamento familiar/reprodutivo’, entre outros. Frequentemente, a equipe se apresentava em superioridade à mulher-puérpera, silenciando e desconsiderando seu protagonismo e falas. Entendo que as equipes de psicologia, serviço social e enfermagem obstétrica eram mais sensíveis às necessidades dessas/es sujeitas/os e mediavam as relações entre a mulher-puérpera, seus familiares e a equipe médica. Destaco que não pude perceber a interação das Doulas na Maternidade-Escola, pois a aprovação da Lei Nº 16.869, de 15 de janeiro de 2016, que valida a atuação delas nas maternidades públicas de Santa Catarina, ocorreu no período de encerramento da minha jornada no HU/UFSC.

Percebi que entre as mulheres usuárias do serviço e seus familiares/acompanhantes, a posição, saberes e pareceres médicos/as costumavam ser mais respeitados e considerados, ainda que as/os sujeitas/os ora discordassem, questionassem e/ou não entendessem as posturas, abordagens, comunicação adotada pela equipe médica. Implicitamente, ocorria entre elas/es a máxima: ‘o que o/a médico/a falou está falado’, pois ele/a é ‘doutor/a’. Quando realizava o atendimento às mulheres, depois de pelo menos 24 horas do parto, era árduo desconstruir alguns discursos violentos e machistas que ouviam de profissionais de

³ Segundo a Resolução nº 287, de 08 de Outubro de 1998, do Conselho Nacional da Saúde, são profissionais da saúde: Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais (BRASIL, 1988).

saúde da maternidade e/ou daqueles/as que a acompanharam no pré-natal. Era problemático trabalhar as ideias que reforçavam as atribuições socialmente construídas para as/os sujeitas/os e àquelas referentes ao mito do amor materno (BANDITER, 1985; FREIRE, 2011, 2008).

A comunicação pode reforçar violências de gênero reproduzidas no exercício de poder e de relações marcadas pela assimetria, ao impor condutas de gênero, classe e raça/etnia às mulheres (GOMES, et al, 2005). Mobilizava-me as narrativas das mulheres-puérperas que se consideravam violadas nesse jogo discursivo, assim como aquelas que naturalizavam tal dinâmica, dada as construções históricas do silenciamento das mulheres em espaços, principalmente, públicos. Griboski e Guilhem (2006, p. 108) contribuem para a compreensão dessa realidade ao afirmarem que “O profissional de saúde detém o saber científico e a técnica para manter sob controle o processo. Isso contribui para a despersonalização da mulher nesse momento”.

O segundo processo que me levou a este tema recupera a construção e os resultados do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR)⁴, apresentado em março de 2016. Neste abordei as violências de gênero contra mulheres identificadas pelas/os profissionais de saúde que atuavam no Centro Obstétrico (CO) e no Alojamento Conjunto (AC) do HU/UFSC. Os resultados apontaram que a violência psicológica foi a mais identificada pelas/os profissionais entrevistadas/os (enfermeiras obstétricas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogas, médicas-obstétricas e neonatologista). Elas/es sinalizaram esta violência como frequente no ambiente hospitalar e doméstico. A violência institucional e obstétrica também foi denunciada com indignação, neste caso, pelas profissionais, o que pode estar associada ao fato de serem mulheres.

O terceiro deve-se à aproximação aos trabalhos sobre epistemologia feminista, em especial às obras que problematizam a relação entre gênero e ciência (CAMARGO et al, 2011; MARTINS, 2004; ROHDEN, 2012, 2011, 2002, 2001). Estas leituras nos proporcionaram a maturação das experiências profissionais citadas e a desconstrução dos discursos profissionais ancorados nas ‘evidências científicas’, tão reforçadas no cotidiano da intervenção hospitalar e pelo Movimento de Humanização do Parto e Nascimento (MENDONÇA, 2015).

A ‘Medicina Baseada em Evidências’ (MBE) diz respeito a um movimento social e à construção de um conjunto de saberes que se

⁴ O TCR deu origem este artigo apresentado no Seminário Internacional Fazendo Gênero 11, em agosto de 2017.

contrapõe à medicina biomédica ocidental tradicional. Seus agentes consideram cada vez mais a possibilidade de atingir “verdades soberanas” para a prestação da assistência à saúde e bem-estar às pessoas. Utilizam metodologias de produção de conhecimento auto-apreciadas como melhores, que afastariam profissionais e usuárias/os da ignorância, alienação e erros (CASTIEL & POVOA, 2001).

O quarto e último processo se reportam às impressões advindas da participação em ‘congressos científicos’⁵ que trataram sobre parto, nascimento e violências obstétricas. Nestes, as ‘evidências científicas’ receberam tamanho destaque que nos sugeriram a secundarização dos demais saberes presentes nos cenários do parto. Ademais, foi possível perceber uma fragmentação disciplinar e profissional, materializada na organização e direção dos eventos por categorias profissionais específicas, aparentemente distante da abordagem interdisciplinar. A configuração de tais eventos é um dado a ser considerado e pode estar relacionada ao campo de disputa do poder-saber disciplinar, além de responder a uma racionalidade representada pelo conhecimento científico (FOUCAULT, 2012, 1982).

Destaco que este trabalho não seria possível sem a colaboração das colegas do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Serviço Social e Relações de Gênero (NUSSERGE-UFSC); da equipe de assistentes sociais da maternidade do HU/UFSC; da enfermeira Silvana Maria Pereira, que atuou no ambulatório de Tocoginecologia do HU/UFSC; sobretudo, sem a orientação dedicada da Professora Dra. Luciana Patrícia Zucco. Ele é fruto de um trabalho conjunto e será apresentado e discutido, a partir de agora, na primeira pessoa do plural.

1.2 Situando o objeto

⁵ Para citar alguns: IIº Congresso Nacional do Parto Humanizado (junho, 2016) - organização não identificada; 1º Encontro Estadual de Doulas (junho, 2016) - organização não identificada; 1º Encontro Estadual de Enfermeiros Obstetras e Obstetizas (junho, 2016) - organização não identificada; VIII Congresso Catarinense de Obstetrícia e Ginecologia e III Congresso Catarinense de Perinatologia (maio de 2017) - organizado pela Sociedade Catarinense de Ginecologia e Obstetrícia em parceria com a Sociedade Catarinense de Pediatria; I Encontro sobre o Papel da Enfermagem Obstétrica Neonatal e Obstetiz na Saúde Catarinense (junho/2017) – organizado pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN/SC).

Historicamente, o saber e o domínio sobre corpo, sexo e parto foram restritos ao campo das ciências biomédicas⁶ (FOUCAULT, 2017). Tal perspectiva utilizou-se desta concessão para compreender a reprodução (MARTINS, 2005, 2004; ROHDEN, 2012, 2001; HEILBORN, 2002; TORNQUIST, 2004), justificar as atribuições do feminino e do masculino nas relações sociais, disciplinar os corpos (FOUCAULT, 2007, 1997), entre outros.

Os estudos interdisciplinares⁷ entram nessa seara no final do século XX (MÜLLER, et al, 2015) e inauguraram um campo de análises a partir de determinantes socioculturais, envolvendo a dimensão social, histórica e política (ALZUGUIR e NUCCI, 2015; ROHDEN, 2012, 2011, 2001). Associada às abordagens interdisciplinares, os estudos feministas e de gênero apontam para as leituras construtivistas, indicando as limitações das explicações ancoradas no biológico, uma vez que essencializam a natureza do feminino e masculino. Maria Luiza Heilborn (2002, p. 7) discorre sobre o tema e afirma:

⁶ O modelo biomédico desenvolveu-se por meio da construção de campos de saberes, baseado no discurso da racionalidade impulsionada pela Revolução Francesa e pela ciência moderna, proporcionando um conjunto de dispositivos de poder que transformaram sistematicamente o modo de parir das mulheres. Até então, o parto era domiciliar e conduzido exclusivamente pelos saberes das parteiras ‘tradicionais’ e de outras mulheres da família, mas, sobretudo, era considerado um ‘assunto feminino’. Todavia, através de diversas estratégias, a partir do século XIX, esse modelo foi perdendo sua hegemonia para o campo do conhecimento médico-científico, e o parto foi se institucionalizando, não sem resistências. Esse processo de transição contribuiu para que os corpos das mulheres fossem demarcados pela ‘razão masculina’, por um sistema obstétrico da desinformação (MÜLLER et al, 2015), e para a destituição do partear no ‘conforto’ doméstico e com participação da mulher parturiente (DINIZ, 1997, 2001; SENA, 2016; MANFRINI, 2017; MARTINS, 2005; 2004; MÜLLER et al, 2015; ROHDEN, 2017, 2001; SANTOS, NUNES, 2009; TORNQUIST, 2004; VARGENS et al, 2017).

⁷ No Brasil, “Uma das pioneiras foi Daphne Rattner que, em 1991, defendeu a dissertação intitulada Subsídios para a avaliação da qualidade do processo de assistência ao parto [...]. Em 1997, destaca-se a de Simone Diniz como importante marco para a reflexão de questões que problematizam a atenção corriqueira dada ao parto em nossa sociedade, desestabilizando os lugares de médicos e parturientes a partir de um enfoque de gênero. Esta dissertação, bem como a tese da mesma autora, defendida em 2001, são importantes referências para o campo, na medida em que põem em xeque o modelo lido como tecnocrático e medicalizado de assistência ao parto no Brasil” (MÜLLER, et al, 2015, p. 277).

Considera-se como construtivismo a postura de enfatizar a preeminência da socialização, da aprendizagem de regras, roteiros e cenários culturais para o exercício da experiência sexual. O essencialismo, por sua vez, seria a crítica que os construtivistas fazem à idéia de existência de um instinto sexual na natureza humana, que funcionaria a despeito do tipo de organização cultural. Ele é geralmente equacionado à vertente biomédica ou psicanalítica, referindo-se a algo constitutivo da natureza humana.

Muitos estudos referenciados pelas teorias feministas e de gênero elaboram pesquisas a partir da categoria analítica de gênero (SCOTT, 1990; HEILBORN, 2002, 1994, 1991; PEDRO, 2005), e visam articular uma outra forma de produzir conhecimento e transformações sociais (SALGADO, 2008). Nesse sentido, as epistemologias feministas somam à categoria gênero⁸ outras estruturas de análise de igual importância, como classe, raça, etnia, geração, religião, deficiência, entre outras (CREENSHAW, 2002). A esse grupo de marcadores sociais, incluímos as categorias poder-saber e ciência (FOUCAULT, 1992). Ademais, os estudos feministas e de gênero, impulsionados pelos Movimentos Feministas, buscam contribuir para a construção de uma realidade pautada na equidade de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos, daí a relevância de tal área de conhecimento para esta pesquisa.

O parto, como qualquer fenômeno social e histórico, é produto de sua época (TORNQUIST, 2004, CARNEIRO, 2015). Na conjuntura brasileira, a maioria deles ocorrem em instituições hospitalares (TESSER, 2017), nas chamadas maternidades⁹. Nestes espaços, há um conjunto de pessoas mobilizadas para assistir à parturição e ao parir. Há as/os profissionais de saúde da instituição, há aquelas/es que se aproximam do campo profissional da saúde e adentram neste espaço, há as parturientes e seus/suas acompanhantes¹⁰, entre outras/os. Isto é, o processo de

⁸ É importante lembrar que não há um conceito normativo sobre gênero, mas pode ser entendido como um filtro cultural e epistemológico (SALGADO, 2008).

⁹ Há outros serviços que prestam assistência ao parto e puerpério, como casas de parto públicas e equipes que atendem partos domiciliares, esta última de âmbito do setor privado.

¹⁰ A presença do/a acompanhante de escolha da parturiente é assegurada pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Porém, esse direito encontra obstáculos nas instituições de saúde: ora sua viabilização depende da interpretação dos gestores e

partejar promove o encontro de uma diversidade de saberes, corporificados e protagonizados, por exemplo, pelas/os: gestantes, enfermeiras/os, médicos/as, técnicos/as de enfermagem, obstetrites¹¹, doulas, parteiras, acompanhantes e familiares da mulher-parturiente, estudantes de graduação, residentes, curiosos/as.

Os partos que ocorrem fora das maternidades podem ser acompanhados de outras/os sujeitas/os, além das pessoas citadas, tais como: acupunturistas; fisioterapeutas; benzedeiras; crianças; terapeutas; pessoas do convívio familiar da gestante; fotógrafos/as, animais de estimação; entre outros/as (PIMENTEL, 2012).

Essas/es sujeitas/os são portadoras de conhecimentos empíricos e/ou sistematizados teoricamente, oriundos de compreensões: biomédicas; sobre humanização do parto¹², políticas públicas e organismos internacionais; filosóficas, acadêmicas e/ou científicas; críticas à medicina ocidental tradicional; das parteiras tradicionais; dos movimentos de mulheres e/ou feministas; das histórias e experiências partilhadas por gerações e mulheres; das crenças religiosas e/ou espiritualistas; entre outras. Em suas complexidades, cada uma dessas leituras possui ramificações, posições, orientações, tensões, contradições, e contribuem para a fluidez, construção e desconstrução de saberes oriundos desses encontros. Com efeito, esses mobilizam poderes na ação e comunicação cotidiana, constituindo experiências às/aos envolvidas/os.

profissionais da instituição; ora justifica-se que a infra-estrutura hospitalar não está apta para receber o/a acompanhante; ora é mais conveniente para a equipe de saúde ignorar esse direito; ou, ainda, seu descumprimento serve de punição às mulheres ‘queixosas’ e ‘insubmissas’. Por vezes, há mulheres que desconhecem esse direito (SANTOS e NUNES, 2009).

¹¹ Segundo a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, Obstetrite é a titular do diploma de Obstetrite, com competência legal para prestar serviços de assistência obstétrica, e cuja graduação em Obstetrite tem ênfase na promoção da saúde da mulher e na assistência da mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto. No Brasil, esta graduação é oferecida somente pela Universidade de São Paulo (BRASIL, 1986).

¹² O movimento pela ‘humanização do parto e do nascimento’ desenvolveu-se no Brasil na década de 1980 (TORNQUIST, 2002). É considerado um movimento de profissionais e de mulheres de classe média que têm questionado o nascimento tecnocrático no Brasil (MÜLLER, et al, 2015). O movimento defende a atenção ao parto à luz da ‘medicina baseada em evidências’, questionam o ordenamento jurídico vigente e discutem questões como cidadania, dignidade e integridade corporal (CARNEIRO, 2012, 2015).

Entre as práticas e recursos disponíveis e utilizados para o acompanhar a gestação e o parto, há os exercícios de pilates, yoga, dança, apometria quântica, macrobiótica, estudos especializados sobre o calendário Maia, alimentação vegetariana/saudável (FEYER, 2013), aromaterapia, reiki, massagens, fitoterapia (PIMENTEL, 2012). Essas práticas são as mais comuns entre mulheres que optam pela assistência ‘menos intervencionista’ e/ou partos domiciliares (FEYER, 2013). Nas maternidades públicas de Florianópolis/SC, os recursos não farmacológicos mais comuns, quando existem e em funcionamento, são a bola suíça, cavalinho, o chuveiro para banho terapêutico e cadeiras especiais para o parto vaginal de cócoras.

No ambiente hospitalar¹³, esse conjunto de saberes e práticas são classificados, principalmente, em duas grandes categorias: ‘científicos’¹⁴

¹³ Foucault (1982, p. 99) informa que o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. “A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais”. Ademais, segundo o autor, “Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituições de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência, e como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir a sua própria salvação” (p. 101-102). “O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII e o Hospital Geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece” (p. 102).

¹⁴ Saberes científicos são aqui denominados como aqueles saberes portadores de uma ‘razão’, conforme os moldes iluministas do século XVII e XVIII, desconsiderando o que escapa dos critérios do cálculo e da utilidade. Pretendem libertar, portanto, os indivíduos de qualquer interpretação ‘mágica’, consideradas irracionais. Nesse projeto, a ‘ciência’ adquire um lugar central, uma vez que propõe verdades indiscutíveis ou generalizações legítimas, que tenham um fundamento metodológico (GUILHERMO, 1998). Soma-se a essa interpretação, segundo Fabíola Rohden (2001, p. 25), o entendimento de que “a ciência é

e ‘não-científicos’. Essa categorização é influenciada pela perspectiva da racionalização do conhecimento moderno, que acaba por hierarquizar os saberes, instituindo poderes diferenciados entre eles. Tal agrupamento é comum em instituições que são marcadas pela construção iluminista, como os hospitais, universidades, entre outros.

A ciência é uma construção social e transforma em ‘fato científico’ determinado evento social (ROHDEN, 2011, 2001). A instituição de um ‘fato científico’ denota o interesse do fenômeno para algum grupo e explicita aspectos ideológicos em tais denominações, contribuindo para a invisibilidade de alguns assuntos e saberes em detrimento de outros. Os saberes ‘científicos’ estão historicamente institucionalizados nas maternidades e dão o tom às políticas de saúde e às intervenções profissionais, enquanto os outros saberes, por se distanciarem do designado ‘conhecimento científico’, ocupam um lugar secundarizado nas relações ali instituídas (FOUCAULT, 2007, 1986).

Nesse sentido, o campo teórico, discursivo e assistencial sobre o parto é marcado por disputas (MENDONÇA, 2015, TORNQUIST, 2004). A partir delas, há tendências que acabam por dicotomizar os modelos obstétricos entre: ‘modernos’ e ‘tradicionais’ (TORNQUIST, 2004; HOTIMSKY e ALVARENGA, 2002); ‘biomédico’ e ‘alternativa/naturalista’ (TORNQUIST, 2004); ‘perigosos’ e ‘não perigosos’ (MÜLLER et al, 2015); ‘tecnocrático’ e ‘humanístico/humanizado’ (MENDONÇA, 2015); ‘americanos’ e ‘européios’ (CARNEIRO, 2015). Por vezes, essas designações dizem respeito a um grupo qualificando outro, o que significa que o grupo ‘rotulado’ pode não se identificar e concordar com a denominação atribuída. Apesar disso, há claras rupturas entre as leituras sobre o parto e nascimento, sendo a mediação entre eles incerta. Ademais, os modelos de assistência obstétrica não são fixos, a cada momento há novas propostas, práticas, nomes, sujeitas/os e conceitos que se apresentam, reinventam e disputam espaços (MENDONÇA, 2015).

Embora cientes dessas denominações, paradigmas e seus dualismos, por vezes, utilizaremos a terminologia ‘mais intervencionistas’ e ‘menos intervencionistas’ ao nos referirmos aos

produto de seres humanos particulares que vivem em tempos e lugares específicos e são afetados pelas circunstâncias de suas vidas. Ela estaria, assim, muito próxima da ideologia, definida como visão de mundo expressa por um grupo que informa sua percepção e conceitualização”. Tais questões não invalidam o conhecimento produzidos por esses grupos, todavia, é importante contextualizá-los, bem como problematizar seus limites e possibilidades.

modelos de assistência e cuidado obstétrico. O primeiro está relacionado à supremacia dos discursos e práticas da técnica biomédica (modelo biomédico), que entende o parto como um ato psico-fisiológico e médico. O segundo, às perspectivas que comungam com a defesa do protagonismo da mulher-puérpera e entendem o parto como um evento ‘biopsicossocial’, sem desconsiderar a pluralidade de abordagens que atravessam todos os grupos.

Rosamaria G. Carneiro (2015), baseada em estudos de Daphne Rattner (1998), informa que nesse cenário existem dois grandes paradigmas de parto e de nascimento: o americano e o europeu. O primeiro, ‘mais intervencionista’, registra a cesárea como a melhor e mais frequente forma de nascimento, iniciado nos Estados Unidos, na década de 1940, e se estende por todo continente americano, exceto Cuba. O segundo, ‘menos intervencionista’, consiste em práticas de pré-natal e de parto assistidas por parteiras e enfermeiras obstetrias, razão pela qual os médicos espanhóis, holandeses e franceses somente participam de partos considerados difíceis ou cirúrgicos.

Como informa Carmem S. Tornquist (2004), desde os anos de 1930, na Europa, existiam no campo da obstetrícia correntes médicas que questionavam as leituras ‘mais intervencionista’ da assistência ao parto, a exemplo do francês Frédéric Leboyer. No Brasil também se destacaram, na década de 1970, alguns médicos que tencionaram esse modelo, entre eles José Galba de Araújo, no Ceará/CE, Cláudio Paciornick, em Curitiba/PR, e Hugo Sabatino, em Campinas/SP.

Cabe destacar que os saberes dos modelos obstétricos ‘mais intervencionistas’ e ‘menos intervencionistas’ problematizam entre si suas abordagens teóricas, discursivas e práticas, promovendo tensões (MENDONÇA, 2015). Parece que o principal ponto de divergência entre eles é o agendamento de cesáreas (MENDONÇA, 2015), a quantidade de intervenções e de tecnologias (medicamentos, instrumentos, entre outros) utilizadas na assistência ao parto. De modo geral, o primeiro modelo recorre ao uso do poder tecnológico e farmacológico como imperioso para o domínio do corpo e uma ‘boa’ assistência ao parto, enquanto o segundo opõe-se ao uso abusivo destes recursos, acusando tal prática de tecnocrática e medicalizante. Estudos (AGUIAR, 2010; DINIZ, et al, 2016; GRIBOSKI E GUILHEM, 2006; MENDONÇA, 2015; RIESCO e TSUNECIRO, 2002; TESSER, et al, 2011; TORNQUIST, 2004) apontam que o tensionamento entre essas linhas repercutem negativamente nas parturientes e reproduzem relações de poder presentes no ambiente hospitalar.

Considerando os conflitos entre os saberes na assistência ao parto, propomos dialogar com Doulas corresponsáveis em assistir partos no âmbito de uma Maternidade-Escola de Florianópolis/SC, vinculada ao SUS e ao Ministério da Educação (MEC). Destacamos que os conflitos e contradições, personificados na ação das/os profissionais no momento da parturição, estão registrados pelos estudos das ciências sociais, humanas e da saúde coletiva (AGUIAR, 2010; CARNEIRO, 2015; DINIZ, et al, 2016; DINIZ, 2009, 2001, 1997; GRIBOSKI e GUILHEM, 2006; MARTINS, 2005, 2004; MANFRINI, 2017; ROHDEN, 2012; SENA, 2016; TORNQUIST, 2004, 2002). Todavia, a pertinência desse tema persiste ao reconfigurar-se na dinamicidade da realidade social e das relações de poder.

As Doulas são representadas por mulheres que atendem às necessidades essenciais de outras sujeitas, numa perspectiva de direitos humanos, bem como possuem uma articulação direta com o ‘cuidado’ (FALEIROS, 2013). Na área da saúde, o ‘cuidado’ pode ser entendido como uma relação que propicia um melhor restabelecimento e nível de autonomia para cuidador/a e pessoa cuidada. Considera-se que o cuidado abrange duas áreas, uma formal e outra informal. A primeira representa os serviços institucionais e, a segunda, as ações desenvolvidas pela família e pela comunidade (GUTIERREZ; MINAYO, 2010). Nessa interpretação, entendemos que as nossas ‘sujeitas cognoscentes’ se enquadram na área do cuidado formal, pois figuram dentro de um vínculo de contrato remunerado e apoiadas em recursos teóricos, técnicos e éticos.

Paralelamente, as Doulas carregam simbolicamente uma identidade de gênero marcada pelo feminino, pois a ‘natureza’ do ‘cuidado’ informal está estreitamente relacionada às atribuições sociais construídas às mulheres. Isto é, há uma relação entre a construção social feminina do cuidado no campo doméstico e comunitário e o exercício de profissões que remetem a esta ‘dimensão’, que, conseqüentemente, são desempenhadas por uma maioria de mulheres.

As Doulas são consideradas “novas profissionais” no campo obstétrico (MENDONÇA, 2015; FLEISCHER, 2005). Elas são acompanhantes de parto contratadas e escolhidas livremente pelas mulheres-gestantes para prestar suporte físico e emocional no transcorrer da gravidez, parto e puerpério, buscando a promoção do bem-estar para a gestante, sua família ou pessoas de convívio próximo (LEÃO e OLIVEIRA, 2006). Possuem como característica o atendimento individualizado contínuo às necessidades da mulher-parturiente

acompanhada, e são avaliadas como centrais no paradigma da humanização do parto (PORTELLA, 2017).

A doulagem, a priori, é exercida exclusivamente por mulheres que possuem certificação ocupacional em curso para essa finalidade, com carga horária em torno de 32 horas (Lei Estadual nº 16.869 de 15 de janeiro de 2016). No Brasil, há várias organizações que oferecem a formação de Doulas na modalidade de curso livre. Todavia, as três principais organizações formadoras são: “Doulas do Brasil”; “Associação Nacional de Doulas (ANDO)”; Grupo de Apoio a Maternidade Ativa (GAMA). Paulatinamente, tal formação alcança mais adeptas, porém sem convergência de conteúdos, cargas horárias e vivências práticas (FERREIRA JR, 2015), o que gera debates dentro e fora do movimento de doulas.

As doulas apoiam a mulher-parturiente e seu/sua(s) acompanhante(s) aplicando medidas de assistência física, conforto e proteção, promovendo amparo emocional e disponibilizando informações sobre o tema do parto. As medidas de amparo físico e emocional dizem respeito a técnicas de relaxamento, respiração, massagens, uso de bolsa térmica, orientação acerca das posições mais confortáveis durante as contrações, além de prover encorajamento e tranquilidade durante todo o período do parto (BALLEN e FULCHER, 2006; KAYNE, GREULICH, ALBERS 2001). A prática da doulagem demanda pouca tecnologia, o que facilita a realização de sua atuação em qualquer espaço, institucional ou não (PORTELLA, 2017).

Somam-se às características do trabalho e ‘Movimento de Doulas’ a incorporação de pautas feministas, como o protagonismo da mulher durante todo processo gravídico-puerperal, a enfrentar as violências obstétricas, entre outras. Além dessas, um forte eixo são as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2018, 1985), que recomendam reduzir as intervenções obstétricas apenas àquelas que possuem ‘evidências científicas’. Tais orientações problematizam as interferências desnecessárias e a superação de práticas históricas que compreende as seguintes rotinas hospitalares: episiotomia (corte realizado no períneo da mulher para “facilitar” a saída do bebê); amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém o líquido amniótico); enema (lavagem intestinal); tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); partos cirúrgicos. Novos estudos apontam os danos que estes procedimentos de ‘regra’ trazem à saúde da mulher e do bebê, sendo, portanto, considerados superados por ‘modelos não intervencionistas’. Nesse sentido, algumas dessas práticas devem ser totalmente abolidas e outras utilizadas somente quando comprovadamente necessárias. Para

Simone G. Diniz (2016, 2009, 2005), estas são baseadas numa tradição e na crença de que o corpo feminino é naturalmente imperfeito, incapaz e perigoso.

Ademais, ressaltamos que há mais de 30 anos a OMS (1985) tem incentivado o parto vaginal, o aleitamento materno no pós-parto imediato, o alojamento conjunto (mulher-puérpera e recém-nascido), a presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto e a atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais. Soma-se, ainda, às orientações a inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde, nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente (TORNQUIST, 2002), e das doulas (DINIZ, et al, 2016; OMS, 1996). Isto é, essas recomendações não são novidades para os/as profissionais de saúde, exceto a mais recente, como a participação das doulas, que também é incentivada pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2001).

No âmbito legal, em 2013, o Ministério do Trabalho incluiu a atuação das doulas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (FONSECA, et al, 2017). Todavia, elas encontram dilemas no campo hospitalar por não serem profissionais de saúde (SANTOS e NUNES, 2009). Por esse motivo, algumas(ns) trabalhadores da saúde possuem uma postura de resistência com relação à presença e atuação das doulas no cenário do parto (FERREIRA JR, 2015; SANTOS e NUNES, 2009), inclusive por desconhecimento do seu papel (SANTOS e NUNES, 2009). Por esses motivos, segundo Sara S. Mendonça (2015), são constantes os embates entre elas e médicos/as e/ou hospitais que representam os modelos ‘mais intervencionistas’ de assistência obstétrica.

Nos últimos anos, estados e cidades¹⁵ autorizaram legalmente as Doulas a adentrar nas maternidades públicas. Santa Catarina se destaca por ser a primeira região a sancionar tal Lei, começando por Blumenau, em 2014, em seguida, ampliada a todo estado com a Lei nº 16.869, de 15 de janeiro de 2016. Os espaços conquistados somente foram possíveis por força dos movimentos sociais e posteriormente do Estado, após a adoção da Rede Cegonha (FERREIRA JR, 2015; FONSECA, et al, 2017). Santa Catarina também foi pioneira ao sancionar a Lei nº 17097, de 17 janeiro de 2017, que tipifica violência obstétrica (FONSECA, et al, 2017). Todavia, o acesso ao acompanhamento das Doulas não é um direito universal e depende, via de regra, da contratação da gestante interessada no serviço.

¹⁵ Além de Santa Catarina, foram aprovadas também nos estados de Brasília, São Paulo, Rondônia, Pernambuco e nas cidades de Blumenau/SC, Rondópolis/MT, Uberlândia/MG, Jundiaí/SP (PORTELLA, 2017).

As Doulas brasileiras se fazem presentes, primeiramente, em cenários ‘menos intervencionistas’, como nos espaços domiciliares, assistindo aos partos. Nas maternidades públicas de Santa Catarina, a atuação das doulas pode ocorrer voluntariamente ou através da prestação de serviço pago pela mulher-gestante. Em maternidades de outros estados, a exemplo do Hospital Sofia Feldman e Hospital das Clínicas, ambos de Belo Horizonte/MG, bem como de Hospitais na Bahia, o trabalho das Doulas é oferecido na modalidade de voluntariado, sendo a formação delas oferecida pela própria instituição (LEÃO e BASTOS, 2001; SANTOS e NUNES, 2009). No caso de Florianópolis/SC, até o momento, as maternidades não fornecem apoio para a formação de Doulas e projetos nesse sentido¹⁶.

Cabe destacar, de acordo com Mariana O. Portella (2017), que mesmo nos lugares onde há Lei para a entrada das Doulas, é corrente seu impedimento em hospitais públicos de todo o Brasil, por restrição médica ou por decisão institucional. Com efeito, a autora assegura que a figura da Doula somente faz sentido em uma perspectiva ‘humanizada’ de assistência, uma vez que a proposta de oferecer apoio, e amparo físico e emocional à mulher-parturiente se apresenta como próprio deste modelo. Outrossim, a entrada delas nos hospitais não substitui e não pode ser confundida com o/a a presença do/a acompanhante de escolha da mulher, assegurada pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

Estudos indicam (SILVA, et al., 2012; LUMLEY, 2004) que a presença de Doulas junto às parturientes diminui significativamente os procedimentos rotineiros, intervenções medicamentosas desnecessárias, reduz o tempo de trabalho de parto e minimiza as possíveis dores sentidas pela parturiente, tornando o momento do parto mais prazeroso para a mulher. Por essa razão, o trabalho dessas sujeitas passa a ser requerido por aquelas mulheres que buscam um parto respeitoso, segundo os princípios do movimento de humanização (FERREIRA JR, 2015).

As Doulas são pró-movimento de humanização do parto e também possuem organizações políticas próprias, através de suas associações e movimentos estaduais e nacionais. Em Santa Catarina, um grupo delas se organizam através da Associação de Doulas de Santa Catarina (ADOSC). Segundo contatos com a atual presidenta da ADOSC, Gabriela Zanela, a

¹⁶ Em 2013, o Ministério do Trabalho, através da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), enquadra as doulas como uma ocupação. Todavia, a categoria se autodenomina com status de profissional e, por isso, iremos assim denominá-las.

instituição possuía em abril de 2018 aproximadamente 90 associadas, todavia ela estima que Santa Catarina têm cerca de 300 doulas.

As Doulas formam um conjunto plural de mulheres, guiadas por saberes teóricos e políticos diversos. Entre eles estão os denominados saberes: ‘holísticos’¹⁷ e ecologistas; da Medicina Baseada em Evidências (MBE); das Práticas Integrativas Complementares (PIC); do sagrado feminino; entre outros. É corrente que a formação das Doulas problematiza, cada qual a sua maneira, a racionalidade médica e seus padrões interventivos advindos da modernidade (RIESCO e TSUNECHIRO, 2017; VARGENS et al, 2017; SANTOS e NUNES, 2009; LEAO e BASTOS, 2001), por secundarizarem a mulher-parturiente.

Contudo, estudos como de Raimunda M. Silva e colaboradoras (2012) apontam uma carência de pesquisas qualitativas sobre Doulas e seu reconhecimento na atuação junto às parturientes no Brasil. Destacam a importância de pesquisas desta natureza para suprir lacunas de conhecimento e identificar a relevância dos saberes e atuação delas nas equipes obstétricas, no sentido de projetar outros modelos de assistência à gestação, parto e puerpério.

Diante de tal contexto, partimos do pressuposto de que as Doulas promovem deslocamentos de saberes coloniais que orientam o parto e que são referendados pela racionalidade médica, assim como os reproduz. Seus discursos são de promoção do protagonismo das mulheres-parturientes e de construção de um movimento contra hegemônico ao saber biomédico-machista¹⁸-conservador, que sustenta a manutenção de uma assistência obstétrica violenta no Brasil. Geram, com isso, descontinuidades na formação e no modo de assistir, mas, igualmente, reafirmam continuidades ao buscarem institucionalizar suas práticas no campo da saúde.

Disso decorre nosso interesse pelas narrativas das Doulas e nos leva a questionamentos, a saber: no ambiente hospitalar público, até que

¹⁷ Segundo Tornquist (2001), as ideias ‘holísticos’ trazem consigo práticas e valores normalmente não privilegiados nos espaços institucionais de saúde, pois atuam a partir de concepções do modo de vida, saúde, corpo e espiritualidade que fogem dos padrões biomédicos ocidentais, ao usarem técnicas como massagens, manobras de parteiras tradicionais, chás, rezas, aromaterapia, cromoterapia, entre outros.

¹⁸ De acordo com Fabíola Rohden (2001), o discurso iluminista propagou a imagem da racionalidade masculina em contraste com a natureza irracional das mulheres.

ponto há uma reprodução e incorporação do saber biomédico por estas profissionais? Quais saberes utilizam na prática do assistir? Quais as resistências presentes no cenário do parto em uma maternidade-escola pública e quem as manifesta? Quais as narrativas das doulas sobre o protagonismo da mulher-parturiente e seu lugar no parir? Seus saberes e atuação têm contribuído para o protagonismo das mulheres e uma mudança na assistência obstétrica? Como se apresenta a questão da espiritualidade nos saberes no cenário da parturição?

Finalmente, consideramos que as reflexões e proposições apresentadas são contribuições ao debate e atuação do Serviço Social, bem como aos estudos produzidos no âmbito da pós-graduação. As/os Assistentes Sociais trabalham diretamente no atendimento às mulheres e suas famílias nas maternidades, bem como na atenção à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), ao compor as equipes de saúde e são responsáveis por realizar práticas sócio-educativas individuais e coletivas com essas/es sujeitas/os, entre outros (MANFRINI, 2017). Desse modo, o olhar atento aos saberes que atravessam o parto e puerpério pode contribuir para intervenções críticas que privilegiam a autonomia das parturientes, e ações que desconstruam a percepção naturalizada da submissão e silenciamento das mulheres (GRIBOSKI e GUILHEM, 2006).

1.3 Considerações metodológicas

Esta é uma pesquisa empírica, de abordagem qualitativa (MINAYO, 2001), orientada pela Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define as recomendações e procedimentos-padrão para pesquisas em seres humanos. Foi protocolada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH/UFSC) e aprovada em março de 2018, sob Número do Parecer: 2.562.762. Todas as doulas participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I).

Para o nosso referencial teórico, incorporamos leituras do campo interdisciplinar feminista decolonial. Estas possibilitaram discutir as realidades locais das doulas, bem como problematizar a importação de modelos obstétricos europeus e sua formação, marcada pela influência norte americana (LUGONES, 2014; OLIVEIRA, 2016). A perspectiva decolonial nos oferece, igualmente, o suporte para recuperar os saberes e práticas locais, bem como a produção de conhecimento de mulheres e Doulas da América Latina, muito diferente da realidade dos Estado Unidos, Europa e outros continentes.

No entanto, ao trabalhar com a categoria saber-poder, ainda, estamos investidas de influências coloniais, que constituíram o tema e o objeto de estudo. Tal categoria tem como referência um teórico homem, branco e europeu: Michel Foucault. Sabemos que a ciência é um sistema de crenças, construções sociais, e que as/os pesquisadoras/es estão imbuídos/as de categorias de pensamento e interpretações limitadas e circunscritas geracional, cultural e historicamente, de modo que as questões metodológicas são sempre delicadas (TORNQUIST, 2004).

Contudo, os estudos de Michel Foucault (2017, 2006, 2005, 1997, 1996, 1992, 1980) são importantes para a apreensão da relação de saber-poder que atravessam as narrativas e o cotidiano das mulheres, bem como para compreender a reprodução da dominação de gênero nos corpos, relações sociais e instituições. O diálogo entre leituras tão particulares podem sugerir as limitações desse trabalho, que de certo modo são acolhidas e refletidas. Ao mesmo tempo, a investigação feminista tem uma maneira particular de pesquisar e produzir conhecimento *de, com e para* as mulheres, ‘livres’ de valores androcêntricos e sexistas, sem desconsiderar a necessidade de problematizar as escolhas teórico metodológicas.

Buscamos em todo processo relativizar certezas, estranhar o familiar, deslocar olhares, e contextualizar o particular. Esse movimento apresenta desafios e somam-se a eles, conforme Cláudia Fonseca (1997), a questão da subjetividade e das emoções que estão envolvidas no encontro da/o pesquisadora/r ou da/o ‘sujeita/o cognoscente’. Ou seja, a construção do estudo e, particularmente, o encontro com as mulheres entrevistadas não é interpessoal. Pesquisadora e Doulas são sujeitas/os sociais, estando, portanto, verdadeiramente informadas pela forma como foram socializada/os.

Durante a elaboração, maturação e execução desta pesquisa, utilizamos o diário de campo como ferramenta para registrar ideias, observações e novas descobertas, que se somaram ao *corpus* de análise. A observação se fez presente em vários espaços, como: em eventos onde o tema foi discutido; rodas de conversa; reuniões com Doulas; apresentação de trabalhos acadêmicos; durante as entrevistas realizadas.

Tivemos como “sujeitas cognoscentes” Doulas que atuam/atuarão no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). Nossos critérios de inclusão para composição do *corpus* foram: Doulas que estiveram na cena do parto e assistiram mulheres na Instituição cenário de coleta de dados; possuírem maioria; terem mais de seis meses de atuação; contarem com cadastro de atuação no HU-UFSC.

As doulas, por não fazerem parte do corpo técnico de profissionais do HU-UFSC, adentram na maternidade após um processo de cadastro, identificação e avaliação realizada pela equipe Comissão Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade (COMATER)¹⁹ da Instituição. Segundo a enfermeira do Ambulatório de Tocoginologia, responsável por receber os cadastros das doulas, em outubro de 2017 o HU/UFSC possuía o cadastro de 56 doulas aptas a atuar na maternidade. Lembramos que essa atuação está condicionada à contratação de livre escolha das mulheres-gestantes interessadas nesse serviço.

O interesse de interlocução com elas está relacionado a seis motivos, a saber: estarem diretamente ligadas à assistência ao parto e à mulher-parturiente; no âmbito hospitalar, o ‘cuidado’ à parturição é historicamente atribuído às mulheres, antes às parteiras, agora às enfermeiras e, recentemente, em Santa Catarina e em outros estados, compartilhado com as Doulas (Lei Estadual nº 16.869 de 15 de janeiro de 2016); representarem profissões eminentemente femininas e associadas ao ‘cuidado’ da mulher-parturiente; estarem habilitadas e serem reconhecidas legalmente para assistirem à mulher no momento do parto em Santa Catarina (Lei Estadual nº 16.869 de 15 de janeiro de 2016); terem uma formação que problematiza o modelo biomédico; corroborarem com a viabilização de políticas públicas (REDE CEGONHA, 2011; BRASIL, 2001) e recomendações internacionais (OMS, 2018, 1996, 1985). Estas contemplam a superação dos modelos ‘mais intervencionistas’/modelo biomédico.

Inicialmente, tivemos como interesse de pesquisa Enfermeiras Obstétricas e Doulas, pelos mesmos motivos citamos acima. Após a aprovação do projeto no CEPESH/UFSC, fizemos contato telefônico com a chefia da maternidade do HU, afim de apresentar a pesquisa e solicitar os contatos das Enfermeiras Obstétricas atuantes no Centro Obstétrico-HU (CO) e a lista de Doulas autorizadas a acompanhar partos na Instituição. Em resposta, a chefia solicitou que enviássemos o projeto de pesquisa, parecer do CEPESH/UFSC e documentos assinados pela direção do hospital com autorização da pesquisa. Enviamos os arquivos solicitados para a chefia da maternidade e do CO. A primeira ficou de disponibilizar a lista dos contatos das Doulas e a segunda das enfermeiras.

¹⁹ Mais detalhes sobre os critérios e normas de trabalho das doulas no HU/UFSC podem ser conferidas em: < <http://www.hu.ufsc.br/?p=3502>>.

A demora no envio da lista de Doulas nos levou a outros quatro contatos telefônicos com a chefia da maternidade, porém sem sucesso. Diferentemente dessa situação, o contato das Enfermeiras Obstétricas foi disponibilizado pela chefia do CO em uma semana, figurando na lista todas as profissionais do setor (oito enfermeiras). Enviamos um convite formal de participação, via e-mail, para as oito Enfermeiras Obstétricas. Destas, duas aceitaram o convite, todavia declinaram depois de alguns dias. Outra Enfermeira justificou que não achava coerente fazer uma pesquisa onde houvesse ‘comparação’ entre Doulas e Enfermeiras Obstétricas, e explicamos, por telefone, que essa não era a intenção, porém ela estava convencida a não participar. As demais não responderam ao primeiro contato.

Nesse cenário, insistimos em uma segunda tentativa via e-mail com as profissionais que não haviam respondido. Novamente, tivemos apenas duas respostas: uma referiu que preferia não participar, devido à frágil situação profissional no setor, estando em vias de ser removida; outra se posicionou afirmativamente, sendo, posteriormente, entrevistada. No entanto, não incorporamos os dados coletados na análise, por não contemplar os critérios de inclusão, uma vez que esta enfermeira não havia concluída a especialização em Enfermagem Obstétrica e trabalhava no setor há apenas três meses.

Em função da não disponibilização da lista de Doulas pelo Setor da Maternidade, recorremos à rede de contatos pessoais para acessá-las de outras formas. Acionamos uma colega de Núcleo de Pesquisa, membra da diretoria da Associação de Doulas do estado, que se dispôs a divulgar a pesquisa em um grupo de *WhatsApp* das associadas da ADOSC. Criamos um pequeno texto apresentando as pesquisadoras, a pesquisa e os critérios de inclusão, que foi enviado por essa colega ao referido Grupo. Das 90 doulas cadastradas, nove (09) manifestaram interesse em participar. Aquelas que se disponibilizaram, informaram seus respectivos e-mails para agendarmos a entrevista. Dessas, cinco declinaram: uma alegou não ter mais disponibilidade de tempo; outra não respondeu mais aos contatos, sem justificar o motivo; duas desmarcaram diversas vezes, o que contribuiu para inviabilizar a realização das entrevistas; outra pediu o TCLE da pesquisa e não retornou às tentativas de contato.

Portanto, das nove (09) Doulas que se colocaram, quatro (04) foram entrevistadas e indicaram outras cinco (05), conforme a técnica Bola de Neve (VINUTO, 2014). Todas as Doulas indicadas responderam ao nosso contato, entretanto, duas sinalizaram que não poderiam participar, uma por estar afastada da atividade e outra por questões de agenda, e três (03) foram entrevistadas, sendo todas associadas à ADOSC.

Durante o contato com as Doulas, fomos convidadas a participar de uma reunião para debater atividades de doulagem na atenção básica no SUS, que resultou na incorporação de mais três doulas ao *corpus* - duas não eram associadas à ADOSC. Desse modo, o *corpus* foi composto pela narrativa de dez (10) Doulas que acompanharam partos na maternidade do HU/UFSC. As entrevistas foram realizadas no primeiro semestre de 2018.

A técnica de Bola de Neve (VINUTO, 2014) é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Tem por dinâmica incorporar ao estudo pessoas indicadas, com as características desejadas, a partir da própria rede pessoal dos/as entrevistados/as. O quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse da/o pesquisadora/r.

Um dos limites dessa técnica, como assinala Juliana Vinuto (2014), é o possível inconveniente de acessar apenas argumentações semelhantes, uma vez que os/as indivíduos/as necessariamente indicarão pessoas de sua rede pessoal, o que pode limitar a diversidade de narrativas possíveis e desejáveis. Nesse sentido, percebemos a limitação dessa ferramenta ao longo das entrevistas, pois notamos que as doulas associadas à ADOSC nos indicavam somente colegas da diretoria, como uma possível estratégia de assegurar seu posicionamento ideológico-político. Todavia, acessamos outros grupos de doulas que não estavam filiadas, igualmente identificados na reunião mencionada. Estes apresentaram outras narrativas, trabalhadas adiante. Apesar das limitações da técnica Bola de Neve (VINUTO, 2014), ela é útil quando se caracteriza como a forma disponível para se estudar o grupo em questão.

Destacamos que, apesar da aparente receptividade das Doulas, um conjunto delas desistiu, outras não responderam mais aos contatos ou desmarcaram sucessivamente os encontros, embora tenhamos colocado nossa agenda à total disposição, oferecendo flexibilidade de local, horário e data. Os motivos para o adiamento das entrevistas, inclusive daquelas que integraram o *corpus*, foram diversos, como: compromissos no mesmo horário; adoecimento; incompatibilidade de agenda; indisposições. O universo de participantes foi delimitado pelo critério de saturação teórica e empírica, isto é, “interrompe-se a coleta de dados quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não são mais apreendidos a partir do campo de observação” (FONTANELA, et al, 2011, p. 389).

Para a coleta de dados utilizamos a entrevista semiestruturada (Anexo I), elaborada a partir da revisão bibliográfica. Os registrados contaram com o auxílio de um gravador de voz e de anotações em diário

de campo. Antes do início da entrevista, apresentamos o TCLE (Apêndice I) para todas as sujeitas que aceitaram participar da entrevista, assim, solicitamos suas respectivas assinaturas no referido documento.

Os TCLE's e transcrições das entrevistas de posse das pesquisadoras estão arquivados em local seguro e serão destruídos após cinco anos. Afim de garantir o sigilo da identidade das participantes, terão acesso a esses documentos somente as pesquisadoras do estudo. Conforme os compromissos éticos, seus nomes, imagem e voz serão mantidos em sigilo durante todo processo da pesquisa e elaboração da dissertação. Para tal, receberão codinomes fictícios representados pela letra D, seguido de um número.

Desde o primeiro contato com as participantes, buscamos abordá-las com respeito, considerando os direitos humanos e sociais, buscando, ainda, criar uma atmosfera de cordialidade e simpatia, que é de extrema importância para o sucesso da entrevista. Com isso, foi possível estabelecer o *rapport* (quebra de gelo) entre entrevistadora e entrevistada (FLEISCHER, 2006; GIL, 2004). Nesse ambiente, a participante pode sentir-se livre para interromper, pedir esclarecimentos e/ou criticar o tipo de perguntas.

As entrevistas foram realizadas em ambiente, horário e data indicadas pelas Doulas. Desse modo, supomos que as sujeitas da pesquisa estivessem em condições que lhes era mais agradável e confortável. Tal escolha pode contribuir para a construção de uma relação de confiança e respeito entre pesquisadora e participante, o que somou para a qualidade da coleta de dados. Realizamos um encontro individual com as participantes da pesquisa, exceto em um caso, onde foi necessário interromper a entrevista devido ao início de uma reunião, sendo finalizada em outro dia. Posteriormente, ao término das entrevistas, fizemos a transcrição das mesmas e registramos as primeiras impressões em diário de campo.

Os dados coletados buscaram responder aos objetivos dessa pesquisa a partir de narrativas que estão situadas em um contexto pessoal e coletivo. Com efeito, entendemos, segundo Corinne Squire (2014), que as narrativas são compreendidas como práticas de processamento retrospectivo das próprias experiências de ação narradas oralmente e espontaneamente por uma/m entrevistada/o (SCHÜTZE, 2014; SQUIRE, 2014). A fundação básica das narrativas é “fazer com que pessoas não envolvidas participem, de maneira mediada, de constelações de acontecimentos relativamente coesos em si, isto é, de história” (SCHÜTZE, 2014, p. 13). As narrativas são, portanto, “uma cadeia de signos com sentidos sociais, culturais e/ou históricos particulares, e não

gerais” (SQUIRE, 2014, p. 273). Neste tocante, as narrativas ocorrem num tempo e espaço determinado e apresentam características peculiares e específicas. O fato de as narrativas estarem arraigadas no particular, nos permite trazer à pesquisa fenômenos que são novos, ignorados ou vedados, devido à sua complexidade. Corinne Squire (2014) discorre que a particularidade das histórias verbais é o que distingue a narrativa da teoria, visto que explicam através da especificidade. Ademais, informa que as narrativas podem permitir transferibilidade e heurística, mais que generalização e preditibilidade.

A análise temática (BARDIN, 2010, 1977) das narrativas ocorreu após todas as entrevistas estarem transcritas e impressas. Esta metodologia consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicações de textos e documentos, realizada através de procedimentos sistemáticos que codificam e categorizam o material, visando a interpretação do mesmo a partir do referencial teórico adotado. A metodologia é elaborada em três etapas principais: 1) pré-análise: é o primeiro contato com os dados e compreende leitura flutuante, organização do material, bem como o destaque das palavras que chamarem atenção; 2) exploração do material: consiste na codificação e categorização dos dados; 3) tratamento dos resultados: etapa final que permite a interferência e interpretação dos resultados.

A discussão dos resultados foi eminentemente privilegiada nas seções 3 e 4, com destaque para este último. No capítulo 2, evidenciamos o processo histórico da institucionalização do parto, os biopoderes e disputas imbricadas nesse processo. Do mesmo modo, discorremos sobre o ‘Movimento de Doulas’ no Brasil, frisando acerca do desenvolvimento dessa “nova” personagem na cena obstétrica. No capítulo 3, trazemos a caracterização das “sujeitas cognoscentes” da pesquisa, contextualizando as narrativas das participantes do estudo. Na sequência, abordamos os saberes que atravessam o parto através do olhar das entrevistadas, destacando a interpretação dos sentidos temáticos encontrados para as categorias saberes, espiritualidade e protagonismo da mulher-parturiente.

A seguir, fazemos o exercício de mergulhar nas reflexões sobre o campo do parto e nascimento a partir dos estudos feminista e de gênero, assumindo que os aspectos subjetivos das pesquisadoras devem ser revelados, sem o temor de perda da validade da pesquisa.

2 Parto, biopoderes, disputas e os Movimentos de Doulas no Brasil

Nesta seção, desenvolvemos o referencial teórico adotado que informa a análise e a interpretação dos dados, a partir da literatura sobre o processo de institucionalização do parto e os modelos de assistência obstétrica, com destaque aos saberes e biopoderes transversais ao cenário do parto, e à abordagem dos estudos feministas e de gênero. Para finalizar essa parte, tomamos como centralidade o ‘Movimento de Doulas’ no Brasil e seus desafios endógenos e exógenos.

2.1 O parto e seu processo histórico

O parto é atravessado por saberes, mitos, explicações científicas, e dimensões políticas, econômicas, culturais, éticas e religiosas. Em torno dele, ocorre uma miríade de discursos, compreensões e argumentos, que informam ações e práticas sociais, mas, sobretudo, explicitam sentidos e lugares de fala. Desse modo, abordaremos alguns sentidos presentes na literatura, que orientarão o debate dos dados da pesquisa. Destacamos que a maior parte da produção e argumentação aqui apresentadas são produzidas por mulheres feministas das áreas de antropologia, sociologia, história e saúde coletiva.

Para a antropóloga Carmem S. Tornquist (2004), o parto e nascimento são eventos a um só tempo biológico, cultural e individual. Isto é, as mulheres parem de formas diferenciadas, conforme o contexto histórico em que vivem, sua cultura particular e experiências pessoais. Acrescenta, ainda, que ele é vivenciado como um ritual de passagem, demarcando mudanças tanto corporais, quanto familiares e sociais.

Segundo a historiadora Ana Paula V. Martins (2004), o parto é um evento social e histórico e, por isso, possui dispositivos morais, rituais, códigos e tradições. Elaine Müller e colaboradoras (2015) afirmam que o parto é envolto por tabus, sendo simultaneamente considerado “sagrado” e “impuro”. Para a pesquisadora Rosamaria G. Carneiro (2015), o parto, antes de ser fisiológico, é um acontecimento psíquico, emocional, pessoal, familiar, social e cultural, atravessado pela sexualidade e espiritualidade. E, tal acontecimento está interseccionado aos debates e concepções sobre maternidade, corpo, feminilidade, saúde-doença, pessoa, direitos sexuais e reprodutivos e movimentos feministas.

Nos parâmetros dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (2017)²⁰ da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o parto é definido como a “Expulsão do feto e placenta sob os cuidados de um obstetra ou profissional da saúde. Os partos obstétricos podem envolver intervenções físicas, psicológicas, clínicas ou cirúrgicas”. A concepção desse Banco, por ser referência profissional e acadêmica à área da saúde, evidencia qual é a ideia norteadora do fenômeno para o campo obstétrico. Observa-se que o principal destaque repousa na ideia parto como algo psico-fisiológico e receptor de intervenções.

Dentre as possíveis leituras acerca do parto, compartilhamos da abordagem proposta pela epistemologia feminista, presente na obra das autoras: Carmem S. Tornquist, (2004); Ana Paula V. Martins, (2004); Elaine Müller e colaboradoras (2015); Romaria G. Carneiro (2015); Camila Pimentel (2017). Tais abordagens compreendem a mulher como agente do seu próprio parto, além de considerá-lo em sua complexidade pessoal, social, familiar, comunitária, cultural, histórica, afetiva, cidadã, biológica, e contextualizar seus marcadores sociais da diferença (gênero, classe, orientação sexual, geração, religião, raça/etnia, deficiência). Por isso, entendemos o parto para além da concepção ‘psico-fisiológico’ corrente no modelo biomédico. Ademais, adotamos a epistemologia feminista decolonial como leitura analítica, pois possibilita investigações críticas, desconstrutivista e propositivas, que consideram os núcleos de dominação implícitas e explícitas da ciência e do sexismo (SALGADO, 2008), projetando a realidade das mulheres latinas e suas experiências.

A concepção, a gravidez e o parto são fenômenos que sofreram profundas modificações nos últimos séculos com o desenvolvimento científico e econômico-mercantil (MÜLLER, et al, 2017). Historicamente, a assistência ao parto e às mulheres-puerperas foram realizadas por outras mulheres, chamadas de parteiras ou assistentes de parto. Estas podiam ser amigas, familiares, vizinhas ou da comunidade, desde que consideradas experientes para colaborar com este momento. Até o século XVII, quando surgiram os primeiros e escassos parteiros, esta era uma tarefa exclusiva de mulheres (ACKER, et al, 2006).

Nota-se, no entanto, que a profissão de parteira é considerada umas das mais antigas do mundo, citada em escritos bíblicos de aproximadamente 1.445 ‘a.C.’. Segundo Justina Inês B. V. Acker e colaboradas (2006), as parteiras trabalharam desde os primórdios, porém

²⁰ Ver Descritores em Ciências da Saúde: Rede internet. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org> >. Acesso em 22 de junho. 2017

sem remuneração e horário estabelecidos, sendo seus conhecimentos transmitidos oralmente de geração em geração. Além de ajudar no parto, as parteiras prestavam cuidados após o nascimento do recém-nascido/a, cumprindo rituais e realizando aconselhamentos de acordo com a cultura local (ACKER, et al, 2006). Carmem S. Tornquist (2004) argumenta que no século XIX o ofício de partejar era uma das poucas carreiras femininas de prestígio.

Na Europa do século XVIII, houve a disseminação das escolas de parteiras, respondendo ao higienismo em curso e normatizando as ações das parteiras (MARTINS, 2004). No Brasil, foi na década de 1830 que esses cursos chegaram, com vistas a ‘qualificar’ as parteiras, referenciando a atuação em pesquisas científicas da época (ACKER, et al, 2006). No estado de Santa Catarina, o primeiro curso oficial de formação de parteiras foi criado em 1931, na capital, na Maternidade Carlos Corrêa (CANASSA, et al, 1994).

Em centros urbanos como Rio de Janeiro/RJ, Porto Alegre/RS, São Paulo/SP, entre outros, as parteiras, diplomadas ou não, seguiram atuando fora dos hospitais, contando com seu prestígio histórico junto à população (TORNQUIST, 2004). Em casos de complicações, eram alvos de criminalização e condenação dos médicos, daqueles interessados na modernização das cidades e do clérigo mais tradicional. Por vezes, eram acusadas de bruxas por rezarem e benzerem as mulheres (CARNEIRO, 2015). Rosamaria G. Carneiro (2015) informa que, atualmente, há organizações e mobilizações em prol das ‘parteiras tradicionais’, concentradas no Norte e Nordeste do Brasil, tendo como principais interlocutores as ONGs Curumin²¹ e Cais do Parto²², em Recife/PE.

A atenção médica sobre a gravidez, parto e pós-parto profissionalizou-se e recebeu o *status* de especialidade médica, chamada de obstetrícia ou tologia. Esta especialidade desenvolveu-se a partir da segunda metade do século XVIII, na Europa, e tinha como seus principais representantes os médicos escoceses William Hunter e William Smellie, considerados ‘pais’ da obstetrícia. Tal consagração foi legitimada pelas práticas intervencionistas, novos instrumentos obstétricos e aprimoramento dos métodos de diagnóstico desenvolvidos por eles (MARTINS, 2004; 2005).

Assim, a tologia agregou *status* de estudo ‘preciso’, quase matemático, transformando o corpo feminino num ‘corpo-paciente’, espaço analisável, mensurável e passível de intervenções (MARTINS,

²¹ Para mais informações acessar o site: <<http://www.grupocurumim.org.br/>>

²² Para mais informações acessar o blog: <<http://caisdoparto.blogspot.com.br/>>

2005). Michel Foucault (1980) ajuda a compreender que a criação desta especialidade médica e sua prática converteu o corpo feminino em objeto do saber e alvo do poder, sobretudo, sob o discurso da cientificidade (MARTINS, 2005).

A Escócia e Inglaterra foram os países precursores no ensino obstétrico, tendo os famosos cirurgiões Smellie e Hunter como professores de suas instituições. Até o final do século XIX, a obstetrícia francesa era modelo para os outros centros de ensino médico. Posteriormente, Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos passaram a ter instituições de ensino e hospitais que se tornaram referência nas especialidades de obstetrícia e ginecologia. (MARTINS, 2004; 2005)

O ensino da medicina no Brasil se organizou no século XIX e a ministração da ‘Cadeira de Partos’, idêntica ao modelo francês, foi reproduzida a partir de 1832, com a fundação das faculdades de medicina da Bahia/BA e do Rio de Janeiro/RJ. Naquele cenário, o acesso à autoridade e aos cuidados médicos no Brasil estavam circunscritos à burguesia, evidenciando um recorte de classe e raça. Esse acesso da população aos cuidados médicos não é alterado até o início do século XX (MARTINS, 2004, 2005).

A obstetrícia foi uma das primeiras especialidades médicas a se constituir, mesmo enfrentando resistências de seus pares e do monopólio das mulheres (parteiras e mulheres-parturientes). As críticas dos médicos acerca da obstetrícia versavam sobre a precariedade do ensino prático desta especialidade, ora pela falta de orientação, ora pelos impedimentos colocados pelas parteiras e mulheres-parturientes, que consideravam indecente e imoral a exposição do corpo nu aos estudantes de medicina (MARTINS, 2005).

Um conjunto de medidas foram realizadas para legitimar a obstetrícia entre os médicos e na sociedade europeia. Para isso, foi reestruturado o ensino desta prática nas faculdades de medicina. Posterior à constituição da especialidade, com objeto, instrumentos e vocabulário próprios, foram concedidos espaços hospitalares destinados ao parir. Tal reforma resultou na criação das maternidades na Europa, na segunda metade do século XIX, que visavam atender os partos, e servir de laboratório para a pesquisa e o ensino da medicina (MARTINS, 2005; TORNQUIST, 2002).

Segundo Ana Paula V. Martins (2005), as maternidades atraíam um número maior de mulheres à medida que os atendimentos melhoravam em qualidade e segurança, com a assepsia, o uso de anestesia durante o parto e as operações obstétricas, que, quando bem realizadas, resolviam rapidamente partos complicados e muito dolorosos. Para

Carmem S. Tornquist (2004), a institucionalização do parto foi um processo consolidado em meados do século XX e, neste ponto, conforme a autora, não há diferenças significativas entre países ‘desenvolvidos’ e ‘dependentes’. Afirma que:

Na Europa, nos Estados Unidos e mesmo na América Latina, os hospitais eram destinados àqueles que estavam à beira da morte. A adesão da mulher que ia ao hospital dar à luz era difícil, porque mesclava a conhecida desconfiança da população acerca da medicina científica e do próprio hospital, visto como um lugar para se morrer e não para nascer (TORNQUIST, 2004, p. 95).

A criação das maternidades fecha um ciclo iniciado com os cirurgiões parteiros do século XVIII, munidos de alguns instrumentos e vagos conhecimentos sobre o corpo feminino. Tais conhecimentos foram desenvolvidos pelos ‘obstetras’ do final do século XIX, que reuniram na mesma imagem “o cientista, o homem culto de princípios e o protetor da mulher” (TORNQUIST, 2004, p. 663).

No Brasil, a institucionalização do parto ocorre, gradativamente, com a inauguração das primeiras maternidades brasileiras. A primeira no Rio de Janeiro, em meados da década de 1850, e na primeira década do século XX em Salvador/BA, Recife/PE, Belo Horizonte/MG, Fortaleza/CE e Curitiba/PR (MARTINS, 2014). Nelas, as parteiras diplomadas são convidadas a trabalhar sob a supervisão dos médicos (ACKER, et al, 2006).

Ao longo do século XX foi sendo construído um lugar de projeção dos médicos em detrimento das parteiras. Dados da pesquisa de Justina Inês B. V. Acker e colaboradoras (2006) demonstram que no Rio Grande do Sul/RS, na década de 1970, apesar das parteiras acompanharem a maioria dos partos, quem recebia o pagamento eram os médicos, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Segundo Carmem S. Tornquist (2004), na rotina de trabalho compartilhada nas maternidades, aos médicos homens coube as intervenções cirúrgicas e os partos considerados ‘difíceis’, e às mulheres, sejam parteiras ou enfermeiras, os partos ‘fáceis’ e o acompanhamento do trabalho de parto (TORNQUIST, 2004; MARTINS, 2004). Nesse cenário e com a criação dos cursos de enfermagem, as relações de poder nas

maternidades se complexificavam. As tensões entre parteiras, parteiras diplomadas, enfermeiras e enfermeiras obstétricas são demasiado complexas e têm sido alvo de outros estudos, como citado anteriormente (TORNQUIST, 2004).

Finalmente, fica claro que a institucionalização do parto, como modelo criado e aprimorado pela medicina europeia, transmutou a realidade latina. O sistema colonial, através de suas estratégias, trouxe através do saber da medicina europeia a lógica hierárquica e cartesiano ao corpo latino grávido. Conforme María Lugones (2014), as hierarquias e a categorizações são centrais para o pensamento capitalista e colonial moderno sobre raça, gênero e sexualidade. Os médicos brasileiros, ao buscar e importar os moldes do pensamento colonial sobre o parto e parir, desencadearam a opressão das parteiras e mulheres parturientes, consideradas ‘menos humanas’, ‘não civilizadas’ em seu modo de viver, parir e trabalhar, se comparadas às europeias. Tal fato, somado à colonização da subjetividade, transformaria toda uma sociedade, particularmente o fenômeno do parir (LUGONES, 2014, p. 938). Tal transformação é tensionada e problematizada por feministas, como veremos a seguir.

2.2 Saberes, biopoder, feminismos e os modelos obstétricos no Brasil

Estamos cientes que o debate sobre parto remete direta e/ou indiretamente às mulheres dotadas de um aparato biológico que as permite, em idade reprodutiva, engravidar, gestar e parir; além de incitar o imaginário relativo a uma suposta mulher universal, ‘mãe’, e heterossexual. Estas questões nos acionam outras constatações incômodas: aquelas que decidem não ter filhos/as são constantemente questionadas e avaliadas por sua escolha; um conjunto de mulheres não estão contempladas pela categoria universal ‘mulher–mãe’, em função da diversidade de marcadores sociais (classe, gênero, orientação sexual, etnia/raça, religião). Por isso, frisamos que nossas leituras decorrem dessas preocupações, tão caras aos feminismos (MÜLLER, et al, 2015).

Outrossim, pela universalidade do evento do parto e nascimento é necessário destacar a presença da ideia do determinismo biológico, que provoca uma relação direta, de causa e efeito, entre as mulheres e maternidade (ALZUGUIR e NUCCI, 2015). Segundo a antropóloga Fabíola Rohden (2001), tal determinismo está associado à constatação médica de que os corpos femininos apresentam as condições necessárias para a reprodução, ou seja, uma bacia larga e curva, útero, ovários e menstruação.

Fernanda V. Alzuguir e colaboradora (2015) asseguram que a noção reprodutiva que se tem das mulheres está naturalizada na sociedade e perpetuou-se ‘graças’ aos discursos científicos. Segundo Michel Foucault (2002), é a partir do fim do século XVIII que a mulher passa a ser definida, gradativamente, por seus órgãos reprodutivos, e deles decorrem as justificativas para suas limitações sociais e econômicas (CARNEIRO, 2015). Embora Michel Foucault (2002) não esteja referenciado por uma leitura dos estudos feministas e de gênero, ele projeta a presença das relações de poder no domínio e mapeamento do corpo feminino, denomina por ele de ‘biopoder’.

Os debates feministas europeus, a partir da segunda metade do século XIX, levantaram questionamentos sobre a compulsoriedade das mulheres ao casamento, à maternidade, ao trabalho doméstico, bem como o não acesso ao trabalho assalariado, e às características prescritas aos seus comportamentos, como a docilidade, delicadeza, puritanismo, entre outras. Estas indagações desdobraram-se em ações públicas e conquistas sociais e políticas importantes para a vida das mulheres.

Os avanços, porém, contrariavam a ‘feminilidade’ estática prevista pela medicina hegemônica da época, sendo que as lutas e reivindicações das mulheres eram consideradas uma ‘ameaça’ às famílias nucleares e à ordem moral da sociedade. Nesse cenário, aquelas que não correspondiam à dinâmica estabelecida, além de ‘ameaça’, eram tomadas como doentes. Para tal, segundo Fabíola Rohden (2001), desenvolveram-se as cirurgias ginecológicas como forma de tratamento, correção, normatização, domesticação e cura para as mulheres ‘descontroladas’, julgadas ‘histéricas’, ‘ninfomaníacas’, entre outras.

A autora (2001) destaca que nem todos os médicos comungavam com a leitura do ‘descontrole’ feminino, daí a importância de não generalizarmos os discursos e intervenções médicas. Afinal, “nada é estável e a medicina foi feita tanto de erros como de verdades” (FOUCAULT, 1996, p. 31). Historicamente, os argumentos e práticas sobre o parto são múltiplos e atravessados por posições teóricas e políticas, vale lembrar a tese de Carmem S. Tornquist (2004), marco para a discussão, que aponta para as relações entre parto e poder (MÜLLER, et al, 2015; FOUCAULT, 1996, 1986).

Os modelos obstétricos brasileiros possuem diferentes correntes teórico-práticas, bem como noções literárias, religiosas, biológicas, médicas, jurídicas e filosóficas. Carmem S. Tornquist (2002, 2004) trabalha com a hipótese de que nesse universo existem duas principais vertentes de pensamento, a saber: a ‘biomédica’ e a ‘alternativa-naturalista’, que, respectivamente, estamos associando aos modelos ‘mais

intervencionistas' e 'menos intervencionistas'. Todavia, Rosamaria G. Carneiro (2015), Iara S. S. Feyer e colaboradoras (2013) contrapõem-se e problematizam a classificação 'alternativa-naturalista' trazida por Carmem S. Tornquist (2004) e outras autoras. Argumentam que as/os adeptas/os atuais dos partos 'menos intervencionistas', isto é, 'humanizados', representam uma pluralidade de pessoas, que não se resume às representações e experiências '*neo-hippies*', 'alternativas', 'naturebas' ou até mesmo 'irresponsáveis'. Alegam que tal classificação soa estigmatizante e não retrata a miríade de ideias sobre o 'parto humanizado' no Brasil. Iara S. S. Feyer e colaboradoras (2013) destacam que essa imagem de descrédito também diz respeito à crítica contra um estilo de vida real, que é encarado subversivo a uma ordem moral moderna.

Todavia, arriscamos a considerar que é consensual entre as feministas a classificação e posição de uma vertente representativa do saber médico na assistência obstétrica. Estas são designadas de diferentes formas pelas pesquisadoras: modelo 'biomédico' (CARNEIRO, 2015b; HIRSCH, 2014; MARTINS, 2005; MANFRINI, 2017; TORNQUIST, 2002, 2004); modelo 'tecnocrático' (CARNEIRO, 2015; DINIZ, 2009, 2005; MENDONÇA, 2015; SENA, 2016); modelo 'tecnocrático e medicalizante' (MÜLLER, et al, 2015); modelo 'tecnocrático-hospitalar' (DAVIS-FLOYD, 2000), entre outros. A antropóloga Robbie Davis-Floyd cogita que no modelo 'tecnocrático-hospitalar' quem 'dá a luz', na verdade, é o poder patriarcal estatal (CARNEIRO, 2015). Nós acrescentamos à categoria denominada por Robbie Davis-Floyd o poder colonial, isto é, quem pare nesse sistema é o poder patriarcal estatal colonizado.

A medicina moderna nasceu em fins do século XVIII, na Europa, e colonizou a formação/atuação médica brasileira (FOUCAULT, 1982). Michel Foucault (1996) considera que a medicina se construiu como uma disciplina apoiando-se, primeiramente, na história natural, depois na anatomia e na biologia. Ao instituir um campo de saber-poder sobre os corpos, com segredos técnicos e científicos, criou um regime de exclusividade e poder, em função das respostas dadas ao processo saúde-doença (FOUCAULT, 1996).

Tal expertise recebeu o nome de modelo 'biomédico', para outras 'tecnocrático' ou, ainda, 'tecnocrático e medicalizante', que é a base epistemológica do conhecimento produzido pela medicina. Doravante, chamaremos esse modelo de assistência de 'biomédico' ou 'mais intervencionista'. Este modelo sustenta-se no discurso 'científico' clássico e conquistou a exclusividade de instituições, como os hospitais e

as maternidades. Ademais, como campo de saber-poder, passa a orientar e normatizar a vida das pessoas, no caso, das mulheres, impondo-se particularmente no Ocidente. Logo, não é um sistema compartilhado por todas as sociedades e culturas (TORNQUIST, 2002; 2004).

Mariana O. Portella (2017) refere que a centralidade do paradigma biomédico é a doença e nesse processo há uma exclusão de outros saberes de cura através do silenciamento e coerção. Tal modelo possui dificuldades em prestar a assistência obstétrica de forma descentralizada e reconhecer a mulher como agente de saberes. A autora observa que na trama hospitalar a figura do médico/a é o que mais possui autonomia no exercício profissional, apontando para relações políticas, capitalistas, coloniais e hierárquicas que atravessam a disputa pelo parto.

Podemos considerar que o modelo biomédico instaurou um paradoxo. Por um lado, consolidou e padronizou a hospitalização do parto e nascimento ao resumi-lo à dimensão biológica, anátomo-patológica e cartesiana. Contribui, com isso, para a alienação das mulheres em relação ao seu processo fisiológico e disseminou o discurso de que este é um procedimento médico (MANFRINI, 2017; MÜLLER, et al, 2015). Ademais, transformou o parto em um evento patológico, controlado pela medicina e seus aparelhos e, posteriormente, pela equipe hospitalar (MARTINS, 2005).

Por outro, criou saberes e instrumentos que propiciaram salvar vidas e reverter situações de saúde antes inimagináveis. Por esse e outros motivos, mulheres-gestantes deliberam esclarecidamente por tal modelo de atenção, sendo esta escolha legítima, pois diz respeito aos seus direitos reprodutivos (MANFRINI, 2017). Outras, optam por convenção social, conveniência e medo do parto vaginal, influenciadas pelos discursos de segurança oferecida pelos equipamentos tecnológicos do hospital e experiências transmitidas por outras mulheres e pessoas (CARNEIRO, 2015). Todavia, no padrão de atendimento obstétrico cirúrgico, a mulher figura como um corpo ‘paciente’ e o protagonismo fica a cargo da equipe de saúde, principalmente a médica.

Historicamente, com a profissionalização da medicina, o atendimento médico a partos tornou-se uma atividade lucrativa (MANFRINI, 2017; MARTINS, 2004). Com a intensificação da mercantilização da saúde, os partos seguem na ‘esteira da linha de produção’, onde ocorrem partos cirúrgicos desnecessários e agendados, sobretudo, na rede privada de saúde, causando danos a milhares de mulheres e nascimentos prematuros. Segundo Simone G. Diniz (2016), denúncias sobre estas práticas na área assistencial ocorrem no Brasil desde 1970, e são consideradas violências obstétricas.

Os/as médicos/as representantes do modelo ‘biomédico’, segundo Sara S. Mendonça (2015), não conseguiriam conceber o parto como um evento fisiológico ‘saúdavel’, tendendo a interferir para ‘corrigir’ o processo, mesmo quando renunciam a este paradigma. De modo geral, esses profissionais consideram a prática intervencionista e a ‘cesárea de regra’ procedimentos seguros, indolores, rápidos e mais modernos (CARNEIRO, 2015).

De acordo com Fabíola Rohden (2001), os médicos representam e construíram uma classe profissional de homens bem esclarecidos e, frequentemente, inspiravam/inspiram romances e dramaturgias. Historicamente, foram os responsáveis por anunciar o progresso da ciência (fotografia, raio-X, eletricidade, clorofórmio, etc), tornando-se ‘sacerdotes’ com poderes normativos, além de enunciar regras para a sociedade.

A presença dos/as médicos/as era/é, ainda hoje, requisitada no âmbito político e na mídia. Sua relação com a política e o Estado, segundo Fabíola Rohden (2001), é permeada por interesses mútuos, na construção de um sistema de saúde medicalizante, voltado a ‘indigentes’ e assalariados para combater alcoolismo, tuberculose, ‘doenças venéreas’, prostituição a criminalidade. Instaura-se, com isso, o interesse pelo nascimento de ‘cidadãos saudáveis’ e pelo gerenciamento da reprodução, expresso nos ‘cuidados’ com a gravidez, parto, aleitamento, puericultura e casamento.

Os/as médicos obstetras e ginecologistas brasileiros/as construíram notáveis corporações políticas e acadêmicas, entre elas estão: desde 1959, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); desde 1947, a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH); desde 1995, a Associação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA-BR); desde 1996, a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA); desde 1998, a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia *online* e sindicatos estaduais.

Tais dispositivos de poder-saber são frequentemente acionados quando o modelo biomédico sofre ‘ataques’ ou quando é contrariado²³, e

²³ As reportagens online, abaixo, do site das organizações da classe profissional, apresentam discursos de proteção à categoria médica: “Violência obstétrica: Acompanhe a posição oficial da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de São Paulo sobre o tema”. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=3265>>;

asseguram a estabilidade do ‘conhecimento científico’ da medicina. Além do mais, nenhuma outra corrente de atendimento ao parto construiu tantas organizações e associações até o momento. Chama a atenção que, segundo a Demografia Médica Brasileira de 2015 (SCHEFFER, et al., 2015), a especialidade médica de ginecologia e obstetria é liderada em 52,9% por mulheres. Parece que tal dado não desencadeia mudanças profundas no sistema obstétrico atual, vide a formação conservadora da medicina que atinge seus estudantes, independente do sistema sexo/gênero.

Contraopondo-se a essa perspectiva ‘mais intervencionista’, desenvolveu-se no Brasil e no mundo um conjunto de movimentos, modelos e tipologias contra-hegemônicas, buscando partos mais respeitosos para a mulher, recém-nascido/a e seus familiares. Nesta seara há diferentes discursos, interpretações de parto, serviços, posições políticas e teóricas. Historicamente, esses movimentos tem somado novas/os adeptas/os, manifestações e leituras, sendo atravessados, principalmente, por duas principais perspectivas: a do parto ‘alternativo/naturalista’ e, posteriormente, do ‘parto humanizado’. Ambas se encontram, ora desencontram, ora rompem, ora se confundem em relação às orientações e abordagens sobre o parto e nascimento. Para situar tal desdobramento, a seguir, abordaremos os principais pontos desses movimentos no Brasil.

Inicialmente, o processo de construção dos modelos obstétricos ‘menos intervencionistas’ são impulsionados pelo modelo dito ‘alternativo/naturalista’ do final dos anos de 1980, influenciado pela conjuntura dos saberes ‘holísticos’, feministas e da Nova Era (TORNQUIST, 2002; 2004). Carmem S. Tornquist (2002, 2004) argumenta que esta perspectiva se aproxima das concepções de fisiologia humana e de parto, tão caras à concepção biomédica. Todavia, repudia o ‘modelo tecnocrático’ de atenção ao parto e à saúde, visto como emblemático do modo ocidental de pensar e viver. Ademais, questiona o predomínio da técnica e da cultura sobre procedimentos tidos como

“Contra a violência obstétrica”. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/noticias/item/170-contra-a-violencia-obstetrica>>; “Violência contra o obstetra”. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26869:2017-04-20-14-19-15&catid=46:artigos&Itemid=18>
“CREMERJ denuncia médico que defendeu parto domiciliar”. Disponível: <<https://www.cremelj.org.br/informes/exibe/1285;jsessionid=F3CC48D48E0BCC9CD1C28374E83109F7>>

naturais, postulando um retorno a uma vida ‘mais natural’. Os saberes ‘holísticos’, ancorados em ideários ecologistas, da Nova Era e modo de vida indígena, aproximam-se das concepções não ocidentais de vida, saúde, corpo e espiritualidade.

No cenário internacional, as manifestações da Nova Era, segundo Olivia N. Hirsch (2014), desenvolveram-se nas décadas de 1960 e 1970. A autora assegura que este campo não se trata de um movimento organizado clássico, mas de um fenômeno heterogêneo, por onde atravessam discursos variados. Uma referência comum entre eles é a influência das religiões de origem oriental, bem como a valorização da natureza a partir das cosmologias indígenas e dos sistemas xamânicos tradicionais, assim como a inexistência de uma figura de autoridade central e hierárquica. Com efeito, as ideias difundidas parecem ter servido de inspiração às teses dos médicos franceses Michel Odent e Frédéric Leboyer, referências para os adeptos dos partos ‘menos intervecionistas’ (MENDONÇA, 2015).

A grosso modo, os modelos ‘alternativo/naturalistas’ entendem o parto como eventos fisiológicos e naturais sobre os quais a medicina altamente tecnologicizada teria agido inadvertidamente, transformando aquilo que seria simples e sadio em complexo, medicalizante e patológico. Entendem que o parto hospitalizado prevê uma série de recursos e procedimentos ‘não-naturais’, que afastariam tanto a mulher quanto o recém-nascido de sua suposta ‘natureza’, destituindo-os de seus direitos à boa vida e à saúde (TORNQUIST, 2004). Essa proposta, segundo Rosamaria G. Carneiro (2015), na década de 1990, teve grande adesão de casais das camadas médias, notadamente atravessados pelo saber ecológico, do movimento *hippie* e da psicanálise.

Acerca da perspectiva do ‘parto humanizado’, este pode ser considerado a um só tempo, cenário de ativismo e ações sociais; espaço para políticas públicas e formação profissional; área de produção de conhecimento teórico e etnográfico; campo de disputas de saberes-poderes. Este movimento, de forma geral, visa desestabilizar o modelo obstétrico padrão (MÜLLER, et al, 2015), sugerindo, simultaneamente, um novo sistema e, sobretudo, tencionar a privação das mulheres de vivenciarem o parto em sua integridade, que seria roubado pelas intervenções da equipe médica (MENDOÇA, 2015).

No que diz respeito a sua atuação militante, Carmem S. Tornquist (2002, 2004) e Simone G. Diniz (2001) afirmam que a notoriedade do movimento do parto e nascimento humanizados acontece a partir dos anos de 1980. Para Simone G. Diniz (2001), tal movimento era influenciado pela agitação internacional, onde tal concepção também recebia outros

nomes, como *'parto respetuoso'* (Espanha) e *'gentle birth'* (Inglaterra e Estados Unidos), bem como pelas orientações da OMS de 1985. Por sua vez, Carmem S. Tornquist (2002, 2004) declara que o movimento se desenvolveu em países como Estados Unidos, França e Inglaterra, tendo projeção no Brasil no final de 1980. Aqui é endossado pelos livros e ideias do médico francês Michel Odent, e desenvolve-se na década de 1990 com as produções do médico brasileiro Moysés Paciornik e de vertentes feministas inglesas. Odent trouxe as propostas de 'nascimento sem violência' e do 'parto n'água'. Paciornik, ao estudar o parto vaginal indígena, compreendeu que a fisiologia era favorecida pela posição vertical, de cócoras, usada por elas, e que esta tinha mais lógica e trazia menos danos do que os partos vaginais realizados em mesas horizontais nas maternidades.

Para algumas autoras (CARNEIRO, 2015; HIRSCH, 2014), o ápice do Movimento da Humanização do Parto é na década de 1990. E é justamente neste período que as produções acadêmicas no campo da Saúde Coletiva, Ciências Sociais e Humanas sobre o tema da 'humanização do parto' começaram a aparecer timidamente, sobressaindo-se as críticas antropológicas e sociológicas ao modelo obstétrico hegemônico do país. Apesar de ser um campo de pesquisa relativamente novo, ele tem se consolidado e conquistado interesse de pesquisadoras/es que se destacam no cenário acadêmico nacional, político e de luta pelos direitos das mulheres (TORNQUIST, 2004).

Um marco no fortalecimento do Movimento do Parto Humanizado, segundo Simone G. Diniz (2001), ocorreu em 2000, quando o movimento se reuniu oficialmente pela primeira vez na I Conferência Internacional sobre a Humanização do Parto, em Fortaleza/CE. Desde então, foram realizadas quatro edições dessa Conferência, tendo como principal objetivo facilitar o intercâmbio de saberes entre pesquisadoras/es, universidades, centros de pesquisa, órgãos públicos, maternidades, casas de parto, profissionais autônomas/os e mulheres. Nestes eventos ocorrem discussões acerca das experiências de partos e nascimentos exitosos, debates sobre a redução de cesáreas desnecessárias no Brasil e no exterior, e projeta-se o problema das violências obstétricas (MENDONÇA, 2015).²⁴

A ideia de parto humanizado apresenta-se na literatura como 'modelo holístico', 'modelo humanizado' (DAVIS-FLOYD, 2000), 'humanístico/humanizado' (MENDONÇA, 2015), entre outros. Neste

²⁴ Para saber mais sobre a última Conferência, realizada em 2016, acessar o site: <<http://www.conferenciarehuna2016.org/>>

trabalho, preferimos adotar o termo ‘parto humanizado’ ou ‘parto respeitoso’, o primeiro por ser o mais popular na sociedade e nas instituições de saúde e o segundo por traduzir o sentido do movimento da humanização do parto.

Em termos conceituais, segundo Rosamaria G. Carneiro (2015), parir de forma ‘humanizada’ significa um parto com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possíveis, respeitando o tempo físico e psíquico de cada mulher, buscando ambientes acolhedores para a mulher-parturiente, e o seu consentimento para qualquer procedimento e toque. A autora (2015) ressalta que o parto normal em si não representa o ‘parto humanizado’, como pode ser popularmente entendido, sendo necessário um amplo contexto para que esta experiência ocorra.

O ‘parto humanizado’ deve ser entendido como uma categoria que abrange uma pluralidade de termos, leituras, e contempla múltiplas posições, locais, serviços e práticas para parir. Isto é, pode acontecer através de serviços de “partos domiciliares, hospitalares, na água, de cócoras, acompanhado por médicos, enfermeiras, parteiras urbanas e até mesmo desassistidos, estes quando o casal coordena o respectivo andamento” (CARNEIRO, 2015, p. 40). Nesse cenário, um conjunto de profissionais aderem e são resignificados por esta filosofia, e outros surgem, como é o caso das doulas, enfermeiras obstétricas e obstetrizes, estas últimas autodenominando-se parteiras ou parteiras urbanas (CARNEIRO, 2015).

Não por acaso, segundo Simone G. Diniz (2005), o termo ‘humanização’ está sujeito a disputas e múltiplos sentidos, sendo utilizado há muitas décadas por médicos brasileiros que são referências dos modelos ‘mais intervencionistas’, como Fernando Magalhães e Jorge Rezende, para os quais humanizar o parto incluía narcose e o uso de fórceps. Desse modo, Rosamaria G. Carneiro (2015) destaca que o termo ‘parto humanizado’, popularizado na década de 1990, deve ser entendido como polissêmico.

A autora (2015, p. 107) constata que as/os atuais usuárias/os do ‘parto humanizado’ são plurais, projetando-se “mulheres de camadas médias, heterossexuais, urbanas, de aproximadamente 30 anos, casadas, vinculadas a planos de saúde privados, conectadas à internet, críticas da realidade obstétrica e tendo noções de escrita e leitura”. A diversidade deve-se, de acordo com Rosamaria G. Carneiro (2015), à combinação de um suposto resgate das ‘experiências na contemporaneidade’ (DUARTE, 2004) e da ‘orientalização do ocidente’ (CAMPBELL, 2001). Considera, ainda, que as/os usuárias/os dos serviços privados (rede privada e domiciliar) e público de saúde que procuram pelo parto ‘menos

intervencionista' tem perfis distintos relacionados à classe e raça/etnia (CARNEIRO, 2011). Acrescenta que tais dados desnaturalizam aquela ideia de que esta experiência de parto é procurada apenas pelas/os 'naturebas', 'alternativas', 'neo-hippies', mulher 'bicho-grilo'; e conclui que tal evidência traz novidade em relação ao perfil das/os usuárias/os averiguados nos estudos de Salem (2007) e Carmem S. Tornquist (2004).

Rosamaria G. Carneiro (2015) considera que o Movimento de Humanização do Parto e Nascimento brasileiro não pode ser considerado como um movimento social nos termos tradicionais, visto que se apresenta de forma pulverizada, virtual e pontual. Sugere que este pode ser entendido como um "novo modelo de ação social". Soma-se a essa especificidade, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNA), que desde 1993 realiza eventos, conferências, publicações, marchas e mobilizações nacionais. Estes encontros foram fundamentais para a difusão social da possibilidade de partos e nascimento positivos, tanto para mulher quanto para o/a recém-nascido/a.

Esta Rede é composta principalmente por profissionais da saúde, cientistas sociais que atuam na saúde pública, e mulheres identificadas com as lutas do movimento (TORNQUIST, 2004). Além do mais, apresenta-se como uma entidade importante na discussão e elaboração de normas e portarias (MANFRINI, 2017; HIRSCH, 2015). Várias demandas do movimento foram ouvidas pelo Estado e estão inscritas em políticas sociais e públicas, como a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2003), lançada em 2003, e a Rede Cegonha, em 2011 (BRASIL, 2011), além de campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde, como "Normal é o parto natural". Todavia, a formação profissional e as instituições executoras das políticas mencionadas têm sido resistentes a essa prerrogativa (DINIZ, 2016).

No âmbito do SUS, não podemos deixar de citar o Hospital Sofia Feldman (HSF) de Belo Horizonte/MG, referência na prestação da assistência 'humanizada' e protagonismo das mulheres-puerperas, Doulas e Enfermeiras Obstétricas; assim como, as casas de parto David Capistrano Filho, no Rio de Janeiro/RJ (HIRSCH, 2015), e Angela e Sapopemba, em São Paulo/SP.

Concomitantemente ao ReHuNa, outros movimentos, Redes, Organizações Não Governamentais (ONG's) e coletivos internacionais, regionais, estaduais e municipais, ligados à ReHuNa ou não, têm discutido a temática da humanização do parto e das violências obstétricas. Os movimentos têm ganhado visibilidade e somado militantes, principalmente, a partir de redes sociais *online* e blogs (CARNEIRO, 2015), possibilitando que outras mulheres 'não militantes' acessem esse

debate através da internet. Dentre eles, destacamos: Rede Latino-americana e Caribenha pela Humanização do Parto e do Nascimento (RELACAHUPAN); ‘Parto do princípio’ de Belo Horizonte/MG; ‘Somos todas Adelir’, coletivo organizado a partir de um caso de violência obstétrica ocorrido em Torres/RS; ‘Parto Alegre’ de Porto Alegre/RS; ‘Amigas do Parto’ de São Paulo; blog ‘FemMaterna’²⁵, grupo autodeclarado feministas, entre outros²⁶.

Em Florianópolis projetam-se os seguintes grupos: ‘Coletivo Parto Plural’, que atua desde 2013; ‘Gestar - Grupo de apoio à gestante’, desde 2014²⁷; Plataforma ‘Cientista Que Virou Mãe’²⁸. Este último, segundo o próprio *site*, é a “primeira plataforma brasileira de informação independente produzida exclusivamente por mulheres mães e financiada coletivamente”. Soma-se a essas, a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS), que faz um debate mais amplo no campo da saúde. Na cidade há, ainda, equipes de atendimento a parto domiciliar, ancoradas na discussão da humanização do parto, são elas: Equipe Hanami e Grupo AMAnascer.

Sobre as ONG’s que compõem o campo do ativismo e contribuem para esta luta coletiva, citamos a ‘Artemis’ de São Paulo/SP, que desde 2013 debate violências contra a mulher e a humanização do parto. As ONG’s, assim como as demais instituições de militância, têm oferecido espaços para as mulheres darem depoimentos sobre suas experiências, bem como lerem artigos sobre assuntos relacionados a parto e maternidade. Algumas oferecem grupos de apoio multiprofissional, documentários, vídeos, sobretudo, possibilitam a troca de experiências e informações entre mulheres.

Os grupos citados foram criados nesta última década, paralelos à conjuntura de implementação da Rede Cegonha, em 2011. Contudo, é oportuno destacar que este Programa tem gerado controvérsias desde seu início. A Rede Feminista de Saúde considera que essa ação apresenta um retrocesso de trinta anos na luta das feministas pela saúde e emancipação

²⁵ Disponível em: <<https://femmaterna.com.br/>>. Acesso 07 ago 2017.

²⁶ Para conhecer o mapa dos coletivos de mulheres que discutem o parto humanizado visite: <<http://www.mamu.net.br/>>. Acesso 25 jul 2017.

²⁷ Coletamos informações sobre os coletivos, como data de fundação e temas discutidos, a partir das suas páginas em redes sociais (Facebook) e blogs, visto que nem todos possuem sites institucionais próprios.

²⁸ Disponível em: <<http://www.cientistaqueviroumae.com.br/>>. Acesso 07 ago 2017.

feminina, ao ter como foco de sua ação a ‘reprodução’, apontando para o paradigma do modelo materno-infantil e um reducionismo da concepção “mulher” (CARNEIRO, 2013; DINIZ, 2013, COELHO, 2011). Tal noção, portanto, desconsidera as diretrizes cunhadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), ao recomendar a integralidade na atenção à saúde das mulheres em todos os seus ciclos de vida (BRASIL, 2004).

Embora a Rede Cegonha não seja objeto da nossa discussão²⁹, destacamos que o modelo obstétrico que o Programa implementa é atravessado por um saber-poder, pois aponta para uma leitura no modo de parir e o feminino. Por sua vez, o paradigma revisitado pela Rede Cegonha não é consensual nos Movimentos de Doulas e Feministas, acrescentando tensão a esse debate, ao reafirmar o saber-poder da MBE, dos médicos/as obstetras, das enfermeiras obstétricas e, acrescentaríamos, das doulas.

2.3 A ciência como saber-poder dos modelos obstétricos em disputa

Queremos chamar a atenção para outro aspecto que atravessa os dois principais paradigmas de atenção ao parto (modelo biomédico e do parto humanizado): o conhecimento científico. Segundo Sara S. Mendonça (2015), o que está em disputa neste campo obstétrico é ‘qual discurso de verdade prevalecerá’, sendo importante observar que ambos os lados (‘mais’ ou ‘menos intervencionista’) se valem de saberes-poderes e ideais da medicina para legitimar suas posições, ações e lugares na sociedade.

Com efeito, grande parte do argumento em favor do ‘parto humanizado’ se assenta no discurso das ‘evidências científicas’, seja como estratégia ou como crença (MENDONÇA, 2015). Isto é, os modelos ‘menos intervencionistas’ têm se apoiado numa releitura da ciência tradicional e internacional, que recebe o nome de MBE. Essa perspectiva utiliza os estudos randomizados e as revisões sistemáticas como as principais fontes de construção de saberes, com o objetivo de subordinar a prática médica ao método científico (PORTELLA, 2017).

Em termos conceituais, Carmem S. Tornquist (2002, p. 487) adverte que a MBE

²⁹ Para mais referências sobre a discussão da Rede Cegonha: CARNEIRO, 2013; DINIZ, 2013; FREIRE, 2012.

“[...] crítica a medicina convencional pelo uso e abuso de crenças e valores tidos como ‘extracientíficos’, quais sejam, os baseados na tradição e em concepções culturalmente consideradas ultrapassadas, como a chamada ‘crença’ na importância da raspagem dos pelos pubianos para evitar infecções [...].

Para Luis D. Castiel e Educarado C. Póvoa (2001), a MBE desenvolveu-se na década de 1980, no Canadá, e consiste na tentativa de amplificação e criação da expertise médica. Seu objetivo é, especialmente, diminuir as incertezas no processo clínico “diagnóstico/terapêutica/prognóstico”, através da consulta continuada a informações produzidas (e validadas) em pesquisas de epidemiologia clínica, visto que as incertezas teimam em rondar os processos clínicos (CASTIEL E PÓVOA, 2001, p. 213).

Simone G. Diniz e colaboradores (2016) discorrem que a MBE começa com a saúde perinatal, e é um movimento de profissionais de saúde aliados aos movimentos de mulheres. Estes estariam preocupados em dar visibilidade às rotinas de sofrimento desnecessárias no parto e aos seus efeitos prejudiciais, como: “proibição da presença de familiares, imobilização física, privação de água e alimentos, lavagens retais, raspagem de pelos pubianos, entre outras” (DINIZ, et al, 2016, p. 253). Entretanto, as autoras asseguram que no Brasil e em países de renda média, com uma medicina pouco regulada, essas práticas foram pouco incorporadas no cotidiano da assistência ao parto e nascimento pelas/os profissionais de saúde.

As ‘evidências científicas’ são também citadas pelas orientações da OMS de 1985 e 2018, sendo referenciadas pela produção da biblioteca virtual *Cochrane Library*. Esta plataforma, de colaboração internacional, foi fundada em 1993 pelo pesquisador britânico Iain Chalmers, ao questionar as rotinas consolidadas no campo da saúde e medicina (MENDONÇA, 2015).

Desse modo, nenhum dos principais modelos obstétricos no Brasil rejeita a fortaleza da ciência, mas cada grupo promove uma visão distinta, de forma a elaborar e dar suporte a suas práticas. De um lado a ciência é vista como tecnologia a ser incorporada a serviço do maior controle e previsibilidade do parto. Paradoxalmente, de outro, estudos científicos argumentam que maior tecnologia não é sinônimo de melhor assistência ao parto, ao contrário, representaria intervenções praticadas

indiscriminadas (MENDONÇA, 2015; TORNQUIST, 2002), contradizendo o argumento da ‘segurança’.

Chama a atenção, conforme Sara S. Mendonça (2015, p. 168), que os/as atores/atrizes do modelo do parto humanizado, na busca por sua legitimação em campo:

[...] são compelidos a atuar pelas regras dos que dominam o jogo, de modo que o assentamento no argumento científico, enfatizando levá-lo mais a sério do que os que defendem o modelo tecnocrático, vem sendo um modo e capaz de conquistar espaço e influência. Porém não sem custos caros ao ideário da humanização do parto como um todo, **sobrepondo as importantes questões relativas ao protagonismo e autonomia das mulheres.** (Destaque nosso).

Nesse sentido, cabem duas questões: quais os limites e desdobramentos do discurso do ‘parto humanizado’, considerando que as mulheres continuarão se defrontando com um saber científico que lhes informa o que devem fazer?; Qual o ‘lugar’ das mulheres e das/os profissionais na interlocução entre parto ‘humanizado’ e MBE? Elas continuarão encontrando limitações para seus desejos e campos de possibilidades. Ademais, é oportuno lembrar que, segundo Marta Salgado (2008), a ciência é a ‘argamassa’ que sustenta a hegemonia das elites, marcada pela lógica machista e colonial, por isso, não poderíamos esperar que usassem contribuições dos estudos feministas e de gênero, e ou práticas que realmente fortalecessem a autonomia feminina.

Conforme sugerem Sara S. Mendonça (2015) e Carmem S. Tornquist (2002), podemos considerar que há um paradoxo na aliança entre o ‘parto humanizado’ e a MBE, que aliados desenvolvem, parafraseando Carmem S. Tornquist (2002), as ‘armadilhas da humanização do parto’. Além desse eixo com a MBE, somam-se outras limitações da filosofia da ‘humanização do parto’, qual seja, o “discurso em torno da essência feminina, sua associação com a natureza que – além de não provocar uma ruptura com o pensamento biomédico clássico – reproduz categorias como a de instinto materno” (MENDONÇA, 2015, p. 268).

Na mesma linha das ‘armadilhas’, Fernanda V. Alzuguir e colaboradora (2015) apontam as emboscadas que as mulheres estão sujeitas ao viverem a prática do parto humanizado referenciada por algumas vertentes mais conservadoras do movimento. Em sua pesquisa,

realizada a partir do material de um *blog* denominado ‘Maternidade Ativa – Vila Mamífera’, as autoras (2015) sinalizam os discursos essencialistas e naturalizados relatados pelas mulheres. É importante destacar que as pessoas envolvidas com o *blog* adotam concepções de uma ‘natureza feminina universal’ e explicações ancoradas nos efeitos fisiológicos e hormonais para explicar a ideia do ‘vínculo mãe-bebê’, proporcionado pela ‘ocitocina’ durante o parto e amamentação.

A ideia da ocitocina é referenciada nos estudos de Michel Odent (1999) como ‘prova científica’ da própria ‘natureza mamífera feminina’. Para Fernanda V. Alzuguir e colaboradora (2015), tal argumento retoma o caráter problemático da naturalização da maternidade como extensão das ‘fêmeas mamíferas’. Ademais, a maternidade é tratada nesse discurso como uma questão individual (que diz respeito à díade mãe-bebê), restringindo a possibilidade de ‘escolha’ às mulheres-mães que dispõem de recursos (financeiros e apoio de terceiros) para se dedicarem exclusivamente à primeira infância da criança. Essa dedicação requer, conforme as orientações asseguradas pelo ‘pleno desenvolvimento’ do bebê, amamentação sob livre demanda, pronto atendimento ao choro, oferta de contato pele-a-pele constante, entre outros.

Fernanda V. Alzuguir e colaboradora (2015) corroboraram o que foi escrito por Carmem S. Tornquist (2002) e somam outros entraves do movimento e das propostas de Michel Odent. A autora (2002) argumenta que as ideias de ‘natureza’, ‘universalidade do instinto’ e ‘comportamento humano’, além da clássica ‘associação da mulher à natureza’, remetem às concepções evolucionistas e românticas de um mundo e de uma humanidade distantes ou libertos da arbitrariedade da história e da cultura. Outrossim, apresentam-se estranhas aos cientistas sociais e aos estudos feministas e de gênero, embora sejam bem aceitas entre os profissionais de saúde, marcados pela formação biomédica, universalista e generalizante, que representam a maioria dos integrantes e ativistas do movimento de humanização do parto.

Carmem S. Tornquist (2002) esclarece que para a perspectiva construcionista, ao contrário, humanizar o parto implicaria trazer para o campo do simbólico a experiência da parturição; implicaria perceber a indissociabilidade das dimensões biológica, psíquica e cultural, que se fazem presentes no ritual do parto, protagonizado pela mulher que pari. Por sua vez, as leituras ancoradas na ‘natureza’ e ‘universalidade do instinto’ entendem que o ‘empoderamento’ das mulheres passaria pelo resgate dos poderes e saberes femininos que o processo civilizatório teria eliminado ou submetido. Nessa abordagem, os poderes estariam centrados no argumento da condição natural, biológica e instintiva da

mulher, ou seja, da sua sexualidade, capacidade reprodutiva e instinto maternal, resgatando os saberes ancestrais do parir e do maternar. Dessa forma, a autora (2002) chama a atenção para os limites do discurso do ‘parto ideal’ pregado pelo movimento de humanização, todavia, sem desconsiderar as conquistas coletivas que o país alcançou através dele.

Lembramos novamente que as técnicas e saberes não ocorrem num vazio político, mas em uma sociedade estruturada por relações de poder³⁰ extremamente institucionalizadas (FOUCAULT, 1982). Machado (2006), estudioso de Michel Foucault, sintetiza que: “[...] saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder” (MACHADO, 2006, p. 177). Esse agenciamento apresenta-se dissolvido numa rede de organismos sociais, públicos e privados, produzindo o campo de aplicação do biopoder (REVEL, 2005).

Historicamente, as categorias parto e maternidade foram objetos de discussão tanto dos estudos feministas, com produção de conhecimento, quanto dos movimentos sociais (MÜLLER, et al, 2015). Entretanto, a discussão de parto e maternidade nem sempre foi compreendida como possível por algumas linhas dos movimentos feministas, que tendem a problematizar o retorno da mulher à função puramente reprodutiva, bem como à naturalização do ‘determinismo biológico’ relacionado à maternidade, à família nuclear e à heteronormatividade. Se aborto e contracepção servem de alternativas para as mulheres negarem uma suposta ‘fatalidade biológica’, o parto parece ser visto como uma reafirmação desta fatalidade (MÜLLER, et al, 2015).

Neste processo de encontro e tensões, a socióloga Lucila Scavone (2001) recupera algumas contribuições teóricas do feminismo para situar em três momentos os posicionamentos feministas frente à reprodução. O primeiro deles, caracterizado como um feminismo pós-guerra e com forte influência de Simone de Beauvoir, tendeu a reprimir a experiência e a discussão da maternidade, demonstrando um desconforto em relação à vulnerabilidade e falta de controle atribuídas às mulheres. A tentativa era de eliminar a associação entre mulher e corpo, presente na interpretação patriarcal da opressão feminina. A maternidade era, então, reconhecida como um ‘*handicap*’, devendo, portanto, ser recusada.

³⁰ Segundo Michel Foucault (1982, p. XIV), “Rigorosamente falando, o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona”.

Em um segundo momento, iniciado na década de 1970, as mulheres deveriam tomar pé das perversas distorções patriarcais formuladas sobre a maternidade, para, assim, despertar para o enorme potencial positivo desta condição. A intenção era resgatar, reinterpretar e revalorizar a diferença, colocando a mulher como portadora de um poder insubstituível conferido pela maternidade.

Por último, o terceiro momento, que estaria ainda em curso, com influências pós-modernas e pós-estruturalistas, traz a maternidade como contingência de poder e opressão, auto realização e sacrifício, reverência e desvalorização. Estas supostas contradições revelariam uma necessidade de redefinições, negociações, críticas e defesas com o intento de problematizar e, também, integrar e reinterpretar os pensamentos anteriores, sem perder de vista que as relações sociais de dominação, para além do patriarcado, atribuem significados à maternidade.

As contribuições dos estudos de gênero nos possibilitam discutir, segundo Simone G. Diniz (2009, p. 318), que

No caso da assistência ao parto, a cegueira de gênero leva pesquisadores e profissionais a aceitar crenças da cultura sexual sobre o corpo feminino, relacionadas a este “sexo socialmente construído”, como sendo explicações científicas e objetivas sobre o corpo e a sexualidade.

Acrescenta, ainda, que historicamente o corpo feminino é visto como essencialmente defeituoso, imprevisível e potencialmente perigoso, portanto, necessitado de correção e tutela, expressas nas intervenções. Tal compreensão leva à crença nos benefícios da tecnologia e à subestimação, ou mesmo invisibilidade, dos efeitos adversos das intervenções. Para Simone G. Diniz (2009) um exemplo desta “cegueira de gênero” é a história da episiotomia, corte da musculatura, tecidos eréteis, nervos e vasos da vulva e vagina, instituída no início do século XX, com a intenção de ampliar o canal de parto.

Dagmar Meyer (2005) identifica e chama a atenção para mais um ponto: há um conjunto de pressupostos presentes nas políticas e programas (saúde, educação, jurídico, econômico) que fundamentam e reiteram, além das relações interpessoais, as funções do feminino e masculino dados pela ‘natureza’. Estes responsabilizam unicamente as mulheres pelas atividades maternas – gestação e amamentação - e são sustentados, inclusive, por correntes teóricas e políticas do próprio feminismo. Isto é, o discurso feminista dentro dos movimentos sociais

pode vir atravessado por argumentos essencialistas, que não apontam para a autonomia da mulher, tampouco, para a equidade de gênero.

Os movimentos feministas ao questionarem a naturalização e determinação das mulheres à reprodução e suas alegorias impulsionou o processo que produzirá o conceito de direitos reprodutivos e servirá de base para a construção dos direitos sexuais. Em linhas gerais, estes dizem respeito ao pleito da igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade e da reprodução, que reverberam nas dimensões de cidadania e, conseqüentemente, de vida democrática (ÁVILA, 2003). É próprio destacar que os direitos reprodutivos somente puderam ser plenamente entendidos na medida em que se compreendeu a reprodução sem a necessidade de relação sexual, implicadas nas tecnologias reprodutivas (PEGORER, 2016). Desse modo, saúde reprodutiva é um termo que ganha outro enfoque, porque passa a ser percebido como um direito e como uma questão que atravessa homens e mulheres, não sendo limitado ao campo das mulheres.

Para Lucila Scavone (1999), a noção dos direitos reprodutivos se expandiu nos movimento feminista mundial em meados dos anos de 1980, depois do Congresso Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, ocorrido em Amsterdã, no ano de 1984. Somam-se a esse, outros eventos internacionais considerados marcos históricos: Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em Cairo no ano de 1994, e IV Conferência Mundial da Mulher, em Pequim, no ano de 1995. Tais Conferências facilitaram a promulgação de portarias e instrumentos para a implementação dos direitos sexuais e reprodutivos, que referenciarão políticas públicas pelos países signatários de suas Plataformas, instituindo outros saberes e novas relações de poder.

Com efeito, as contribuições dos estudos feminista e de gênero e da noção dos direitos sexuais e reprodutivos promovem a descontração da “cegueira de gênero” (DINIZ, 2009), tão naturalizada na sociedade e nos modelos de atendimento obstétrico em disputa no Brasil. A discussão e incorporação dessa abordagem pelo modelo obstétrico hegemônico é desafiadora, e urgente diante dos indicadores de saúde.

Os indicadores sobre o parto no Brasil apontam que a média de cesarianas realizada no SUS por ano é de 52%, e no setor privado de 88% (CARNEIRO, 2015; TESSER, 2015; TESSER, et al, 2011). Essa taxa está muito acima dos 15% recomendados pela OMS (1985, 2018), que considera que a cesárea representa quatro vezes mais riscos de vida à mulher-gestante e a/ao recém-nascida/o, quando comparada ao parto vaginal (CARNEIRO, 2012, 2015; TESSER, 2017; VARGENS et al,

2017). Os dados indicam a razão pela qual o Brasil se torna o líder mundial em cesarianas e o porquê tal temática tem sido objeto de estudos (CAD. SAÚDE PÚBLICA, 2014; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, 2013).

Estariam entre as principais razões para a alta taxa de cesáreas:

[...] a conveniência e a segurança do profissional de saúde; os fatores institucionais ligados ao pagamento da cesárea e à exclusão do uso de anestesia no SUS; a esterilização cirúrgica durante as cesáreas eletivas ou ligamento de trompas; o medo do parto normal, das lesões perineais e da dor do parto, bem como a crença de que o parto vaginal é mais arriscado que o abdominal (CARNEIRO, 2015, p. 45).

Este cenário reúne um conjunto de noções relacionadas ao econômico, profissional, saberes, crenças e aspectos culturais, que apontam como prioridade a intervenção, bem como a medicalização no processo de assistir. Segundo Elaine Müller e colaboradas (2015), o atendimento aos partos brasileiros se resumem a dois padrões. O primeiro contempla o parto realizado pelo SUS, onde as mulheres atendidas apresentam experiências de parto normal repletas de intervenções. O segundo tem como referencia o parto realizado pela rede suplementar, com cesarianas agendadas previamente. Por isso, diante desse panorama provável de violências obstétricas³¹, um conjunto de mulheres têm optado por modalidades de partos ‘desinstitucionalizados’, vide os serviços pagos de assistência a partos domiciliares.

Um estudo com 25 casais que optaram pelo serviço de parto domiciliar em Florianópolis/SC constatou um perfil sociodemográfico diferenciado da rede SUS e pertencente aos estratos econômicos da classe média alta brasileira (FEYER, et al, 2013). Em sua maioria, eram casais com relacionamentos conjugais estáveis; residiam em centros urbanos, com posse de imóvel próprio; possuíam formação universitária, o que,

³¹ Violência obstétrica são “diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos – episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina (quase) de rotina, ausência de acompanhante – dentre os quais destaca-se o excesso de cesarianas, crescente no Brasil há décadas, apesar de algumas iniciativas governamentais a respeito” (TESSER, et al, 2014, p. 2).

segundo as autoras, refletia a facilidade de acesso à informação crítica; identificavam-se com “neoreligiões” e valorizavam a espiritualidade; além de as mulheres serem primíparas. Para Iara S. S. Feyer e colaboradoras (2013, p. 304), os casais de sua pesquisa “buscam profissionais capacitados e qualificados para esse tipo de assistência, levando-se a acreditar que o retorno do parto para o domicílio não tem relação, necessariamente, com um resgate do passado, e sim, com uma maneira de revitalizar o nascimento como algo íntimo e familiar”.

Rosamaria G. Carneiro (2015) considera tal prática uma ‘fuga’ planejada das maternidades, como um exercício de ‘microresistências’ ao modelo obstétrico ‘mais intervencionista’, que tem como regra a cesárea e a despersonalização da mulher. Simone G. Diniz (2016) informa que em outros países, como no Reino Unido, há um pesado investimento na ‘desinstitucionalização’ do parto, seguindo a tendência da reforma psiquiátrica. Porém, no caso brasileiro, esta é uma opção para um grupo seletivo de mulheres, de determinada classe social e raça/etnia, por se enquadrar num serviço privado de alto custo. Para a grande maioria resta a possibilidade dos serviços ‘mais intervencionistas’, que tendem a ser violentos com as mulheres, e “quanto mais pobre, mais negra e mais jovem, maior é a possibilidade de violência” (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, 2013; LEAL, et al, 2017). É oportuno lembrar que este cenário não se restringe ao brasileiro, partilham dessa forma de assistir países como Holanda e Inglaterra, outrora considerados referências em partos ‘menos intervencionistas’ (CARNEIRO, 2015).

Grosso modo, Müller e colaboradoras (2015) acreditam que um dos pilares de sustentação dessa realidade adversa do parto e nascimento é o discurso biomédico, haja vista que os procedimentos obstétricos repetidos e recomendados pela medicina legitimaram-se e naturalizaram-se na sociedade, embora tenham sido construídos historicamente. A validação e aceitação social desse modelo ocorre diante do lugar de poder-saber que a medicina edificou, sustentando suas práticas em nome da veracidade do ‘conhecimento científico’, onde as/os sujeitas/os deixam de seguir conselhos para obedecer a ordens (ROHDEN, 2001).

Contudo, contrariando o discurso biomédico, os modelos obstétricos ‘mais intervencionistas’ não resultaram na redução da mortalidade perinatal (TESSER, 2017). No Brasil, a mortalidade materna está para 62 casos de morte a cada 100 mil nascimentos (VARGENS, et al, 2017). Nesse contexto, Simone G. Diniz (2009, p. 316) afirma que o país vive um “paradoxo perinatal” na assistência ao parto, visto que convivemos com o pior de dois mundos: “o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada, e o adoecimento e a morte por excesso de

tecnologia inapropriada”. A autora sugere que as iniciativas governamentais, como o ‘Hospital Amigo da Mulher e da Criança’ (BRASIL, 2014), podem potencializar quadros de mudança na assistência ao parto e puerpério, mas não são suficientes para transformar questões estruturais.

Nesse sentido, os Movimentos de Doulas se somam à crítica ao modelo intervencionista e sistematizam práticas menos intervencionistas como alternativa de prevenção das violências no âmbito do parto e nascimento, bem como de promoção do protagonismo das mulheres-parturientes e de um parto respeitoso.

2.4 Movimentos de Doulas no Brasil

Para contextualizar os saberes e poderes que atravessam o parto segundo a narrativa das Doulas, os lugares que ocupam no cenário de parto, bem como as relações, resistências e conflitos instituídos com sua presença, iniciamos a discussão pelo significado do termo e seu âmbito de atuação. Coube, ainda, situar o resgate dessa ocupação na América do Norte, sua “importação” para o Brasil e as particularidades aqui construídas, como a criação e organização das associações de doulas, formação, experiências registradas no SUS e benefícios da doulagem, a partir da literatura nacional, que até o momento é escassa. Outrossim, tal compreensão e clareza do tema nos aproximou do objeto e apontou para a construção dos resultados.

O termo ‘doula’ tem origem grega e foi resgatado pela antropóloga americana Dana Raphael, estudiosa da prática do aleitamento materno, que em 1973 escreveu o livro “*The Tender Gift: Breastfeeding*” (SIMAS, 2016). Nele a palavra “doula” é utilizado para designar as mulheres que ofereciam apoio físico, emocional e suporte cognitivo às mulheres grávidas e sua família em casa após o parto, auxiliando no cuidado com o bebê e em seus afazeres domésticos (FONSECA, et al, 2017; SIMAS, 2016 SILVA, et al, 2012; SOUZA e DIAS, 2010). Se Dana Raphael focava, naquele momento, no cuidado pós-parto, agora, os sentidos atribuídos foram ampliados. Atualmente, as doulas apoiam a mulher e seus familiares/acompanhante(s) durante o período perinatal, tanto na gravidez, no parto como no processo de amamentação, através de acompanhamento voluntário ou contratação de serviço por mulheres que desejam receber esse suporte ou a serviço de alguma maternidade (SILVA, et al, 2012; SIMAS, 2016).

A partir de um estudo de metassíntese, Raimunda M. Silva e colaboradoras (2012) constaram que a definição de doula é semelhante na

literatura internacional e nacional, ou seja, compreende a mulher que assegura suporte físico, emocional, social e espiritual, fornecendo também orientações às parturientes durante o trabalho de parto, parto e pós- parto.

No âmbito do Estado brasileiro, o Ministério da Saúde, ao publicar o Caderno Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher (BRASIL, 2001), define doula como uma acompanhante treinada que, além do apoio emocional, deve fornecer informações à parturiente sobre todo o desenrolar do processo de parto e nascimento, esclarecendo-a sobre as intervenções e procedimentos que envolvem esse momento. Sua ação, portanto, promoveria a participação de fato da mulher nas decisões acerca das condutas a serem tomadas (SOUZA e DIAS, 2010; FONSECA, et al, 2017).

A literatura (SIMAS, 2016; FLEISCHER, 2005) aponta que durante sua atuação, as Doulas podem sugerir e facilitar junto à gestante métodos de alívio da dor, como o uso da bola, chuveiro, massagens e outras terapias alternativas - aromateparia, musicoterapia, chás, danças, rezas, métodos de respiração. Ademais, a Doula pode realizar este leque de atividades e, ainda, incorporar outras “terapias naturais”, conforme sua especialização. Por isso, “Na contramão do avanço tecnológico, as doulas advogam por uma prática artesanal, com base nas mãos, na intuição, na bricolagem de técnicas.” (FLEISCHER, 2005, p. 16).

De modo geral, as Doulas realizam dois ou mais encontros com a gestante antes do parto, com o objetivo de construir um vínculo de confiança com ela e seu(s) acompanhantes/familiares/cônjuge, trocar informações, prestar orientações e conhecer os anseios, desejos, necessidades e medos da mulher. De acordo com Soraya Fleischer (2005), é nesses encontros que elas orientam a gestante sobre o “Plano de Parto”. Neste documento a mulher gestante descreve suas intenções de parto, e as etapas que a equipe médica e a parturiente pretendem – idealmente – cumprir durante o parto. O recomendado é que o mesmo seja feito durante a gestação, para assegurar um planejamento e evitar motivos de conflito no processo de parto. Encontros pós-parto também são realizados por algumas Doulas, com o intuito de acompanhar a amamentação, puerpério e dúvidas em relação ao recém-nascido/a.

Segundo Raquel Simas (2016), as Doulas são, em sua maioria, brancas, de camadas médias, moradoras de grandes centros urbanos e intelectualizadas. Trata-se de um novo serviço de mulheres para outras mulheres, que não querem perder sua autonomia frente a uma equipe de saúde com posturas hierárquicas. Outra característica é que muitas Doulas participam ativamente de redes de ativismo, algumas estão entre as

organizadoras de eventos, como marchas e conferências sobre a humanização do parto e nascimento (SIMAS, 2016).

As Doulas são representantes do Movimento de Humanização do Parto e Nascimento, e se orientam, como pauta de luta, pelas estatísticas das cesáreas e depoimentos que denunciam maus-tratos e ‘alienação’ das parturientes. Assim, o ideal que norteia o trabalho das Doulas é o parto natural, centrado na mulher, minimamente cercado de médicos/as e tecnologias. Quando necessário, o parto pode ser cirúrgico, mas deve contar com procedimentos humanizados. Além disso, para elas, culturalmente, o parto no ocidente reúne muitos termos negativos, como “dor”, “contração”, “complicação”, “risco”, noções que devem ser transformadas ou substituídas (FLEISCHER, 2005, p. 16).

Historicamente, estudos (SILVA, et al, 2012, FONSECA, et al, 2017) apontam que foi em 1976, nos Estados Unidos, onde aconteceu o primeiro trabalho relativo a Doulas. Na década de 1980, com as altas taxas de partos cesáreos, ocorreu uma popularização da doulagem entre as norte-americanas, como estratégia de instruí-las, dando suporte no trabalho de parto, apoio as suas decisões e ajudando-as a evitar procedimentos que as conduzissem à cesárea.

Os Estados Unidos também foi o país pioneiro na criação de organizações sobre tal atuação. Em 1984 foi criada a “*National Association of Childbirth Assistants* (NACA)”, que encerrou suas atividades dez anos depois, momento em que vários outros grupos apareceram (SIMAS, 2016). Em 1992, em Chicago (Estados Unidos), foi criada a *Doulas of North America* (DONA), organização que certifica doulas, e que alterou recentemente o nome para DONA International, considerada a primeira forma de organização de treinamento para doulas. A DONA International é uma organização sem fins lucrativos, que tem como missão formar, treinar e certificar Doulas. Com 25 anos de sua fundação, a ONG formou mais de 12 mil Doulas em mais de 50 países³². A organização define a doula como “Profissional treinada que fornece suporte físico, emocional e informacional contínuo para a mães antes, durante e logo após o parto para ajudá-la a alcançar a experiência mais saudável e mais satisfatória possível” (Tradução nossa)³³.

³² Informações disponível em: <<http://www.dona.org/>>. Acesso em: 10.05.2018

³³ “a trained professional who provides continuous physical, emotional and informational support to a mother before, during and shortly after childbirth to help her achieve the healthiest, most satisfying experience possible”. Fonte: <<http://www.dona.org/>>. Acesso em: 10.05.2018

No Brasil, o modelo de Doulas é inspirado no padrão estadunidense e o desenvolvimento de seu trabalho está hegemonicamente referenciado nos postulados difundidos pela DONA Internacional (SIMAS, 2016). Segundo Inara Fonseca e colaboradoras (2017), o primeiro curso de certificação de Doulas no Brasil aconteceu em 2003 e foi ministrado pela Doula estadunidense Debra Pascali Bonaro. Na ocasião, o evento foi intermediado pela ReHuNa, e realizado em Brasília-DF e no Rio de Janeiro-RJ, com o objetivo de preparar multiplicadoras para capacitação de Doulas. As autoras informam que antes de 2003 existiam algumas poucas Doulas atuando no Brasil, entretanto, sem utilizarem tal denominação. Estas exerciam sua prática de forma autônoma e experimental, sendo totalmente autodidatas e apoiando mulheres-parturientes que lhes eram próximas (amigas, alunas de ioga, parentes, vizinhas, etc) (FLEISCHER, 2005).

Para Inara Fonseca e colaboradoras (2017), tal curso desencadeou a criação da Associação Nacional de Doulas (ANDO), nos moldes da Dona Internacional, com o objetivo de formar e treinar doulas. A ANDO chegou a realizar cursos em parceria com o Ministério da Saúde, embora, em 2009, tenha encerrado suas atividades por dois principais motivos: distância geográfica e baixa adesão de associadas (FONSECA, et al., 2017).

Inara Fonseca e colaboradoras informam que a pauta inicial que uniu as doulas brasileiras foi a elaboração e implementação de leis que garantissem sua atuação nas instituições de saúde públicas e privadas (FONSECA, et al., 2017). Em 2015, no Distrito Federal, nasceu a primeira associação. Hoje, dos 26 estados brasileiros, 13 possuem associações de doulas, a saber: Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Ceará, Alagoas, Paraíba e Bahia. Chamamos a atenção o avanço das associações, visto que no início de nosso levantamento, em 2016, haviam organizações somente em Santa Catarina, Rio de Janeiro, Brasília, São Paulo, João Pessoa, Teresina e Uberlândia. Tal dado aponta o progresso e organização da categoria no país.

No que diz respeito à legislação, algumas regiões tiveram leis para a atuação das Doulas antes mesmo da existência das associações, como é o caso de Santa Catarina, que aprovou a Lei das Doulas em janeiro de 2016. A associação existiria legalmente oito meses depois, em outubro do mesmo ano. A capital também teve o primeiro município brasileiro, Blumenau, a aprovar uma lei que regulamentasse o trabalho das doulas, ainda em 2013.

As autoras (FONSECA, et al., 2017) afirmam, ainda, que a expansão das doulas no país se deu de maneira lenta. O quadro começou a transformasse no ano de 2011, quando no governo da presidenta Dilma Rousseff foi instituída a Rede Cegonha, pelo Decreto 1.459 do Ministério da Saúde. Seu objetivo era: “fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança”; “organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil”; e “reduzir a mortalidade materna e infantil” (BRASIL, 2011). A Rede Cegonha tornou-se a primeira política de atenção à saúde das mulheres a preconizar a existência da Doula na assistência ao parto. Este fato fortaleceu a categoria, que também se utilizava do discurso da Rede Cegonha para legitimar sua existência e atuação nas instituições de saúde (FONSECA, et al, 2017).

A ampliação da doulagem no cenário brasileiro nos últimos anos, conforme Inara Fonseca e colaboradoras (2017), está associada às políticas de humanização da saúde da mulher do SUS e, por conseguinte, condicionada à sua consolidação. Com efeito, o crescimento da presença das Doulas no sistema obstétrico proporcionou debates relacionados ao acesso dessas sujeitas às maternidades de saúde privadas e públicas. Segundo as autoras, não somente a gestão administrativa dos hospitais desconfiava da presença da doulas, como – e principalmente – as/os profissionais da saúde, sendo que tal processo desencadeou as primeiras associações de doulas no Brasil.

Apenas em 2013 as Doulas foram reconhecidas pelo Ministério do Trabalho, sendo a doulagem incluída na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), e se caracterizando como uma das primeiras conquistas da categoria organizada. A pauta surgiu durante o 8º Encontro Nacional de Doulas, realizado no âmbito da 3ª Conferência Internacional de Humanização do Parto. Promovida pela ReHuNa, a Conferência mobilizou além das doulas, pesquisadoras da Universidade de São Paulo (USP), que colaboraram na tramitação do reconhecimento da doulagem como profissão (FONSECA, et al, 2017).

O reconhecimento dessa ocupação, embora recente, mobiliza diferentes aspectos e dispositivos, para citar alguns: a formação de doulas e suas contradições; a organização da categoria em movimentos sociais e associações de doulas; as legislações e instituições; as metodologias de trabalho; assim como a produção de conhecimento sobre a profissão e os temas com que ela lida. Esses aspectos serão abordados no desenvolvimento desse item, a partir da parca literatura produzida sobre o tema no país.

No Brasil, existem cursos para a formação de doulas profissionais ou voluntárias. Os cursos profissionalizantes são organizados por

entidades como “Doulas do Brasil”, “Associação Nacional de Doulas (ANDO)”, “Grupo de Apoio a Maternidade Ativa (GAMA)” e pessoas ligadas aos Movimentos de Doulas³⁴. A segunda modalidade, por sua vez, é ministrada por maternidades públicas que promovem projetos de doulas voluntárias, modelo este menos comum.

Inicialmente, o treinamento das Doulas era centrado em informações sobre a história e fisiologia do parto, alívios não farmacológicos da dor, técnicas para conforto e progressão do parto, amamentação, pós-parto, trato com os familiares. Atualmente, práticas que valorizam a subjetividade e as “vivências” (dança circular, biodanças, renascimentos) foram incluídas (SOUZA e DIAS, 2010). Chama a atenção a curta duração da formação, embora a maioria possua algum curso superior prévio, inclusive na área da saúde, diferentemente das parteiras “tradicionais” dos estudos de Carmem S. Tornquist (2004) e Ana Paula V. Martins (2005, 2004). Por isso, muitos valores são compartilhados com o campo médico, como o saber científico. Como moradoras de cidades, pertencentes a camadas médias da população e intelectuais, as tensões entre as ideias de médicos e doulas não ocorrem na mesma dimensão daquelas que envolveram as parteiras “tradicionais” e as agentes de saúde. (FLEISCHER, 2006, 2005).

As antropólogas Soraya Fleischer (2006, 2005) e Raquel Simas (2016) realizaram trabalhos etnográficos em cursos de formação de doulas. A etnografia de Soraya Fleischer foi em 2003, em uma grande cidade do país (a autora não revela a cidade/estado no trabalho), e a de Raquel Simas (2016), em 2013, no Rio de Janeiro.

Soraya Fleischer (2005) discorre sobre a metodologia adotada, matizada por palestras, aulas, vivências, exercícios, discussões, roda de depoimentos, mostra de vídeos e de slides. Nos cursos era recorrente a menção a antropólogas do parto e da reprodução estadunidenses, como Brigitte Jordan, Robbie Davis-Floyd, Sheila Kitzinger e Wenda Trevathan, como comprovação dos benefícios de se ter uma doula e um parto “humanizado”. Do mesmo modo, eram referenciados obstetras que publicaram ideias inovadoras sobre parto, como Mardsen Wagner,

³⁴ Embora a literatura consultada traga o termo ‘Movimento de Doulas’ no singular, podemos constatar a heterogeneidade desse grupo, o que nos levou a empregar essa categoria no plural - ‘Movimentos de Doulas’. Tal opção pretende sublinhar a multiplicidade de mulheres-doulas, posições e orientações nesse grupo pesquisado, e que serão trabalhadas ao longo do estudo. Contudo, respeitaremos o termo no singular quando se refere à ideia de uma autora(s) citada(s).

Frederic Leboyer e Michel Odent. Nesse cenário, pontua a constante comparação entre Estados Unidos e Brasil, tanto positiva quanto negativamente, seja pela forte pulverização da atuação das doulas, seja pelo modelo intervencionista tal qual o adotado no brasileiro.

A autora (2005) destaca que a individualidade era um valor altamente considerado pelas instrutoras, que respondiam às perguntas das alunas com as seguintes frases: “Cada parto é um parto”; “Cada parturiente é uma parturiente”; “Cada doula é uma doula”. Outra orientação enfatizada era o papel da mulher e de seu/sua acompanhante cobrarem pela execução do Plano de Parto, deixando claro que a doula não deveria “representar” ou “falar pela” parturiente. (FLEISCHER, 2005, p. 16). Desse modo, essa orientação reforça ações de promoção do protagonismo feminino, ancorado numa leitura feminista, e que atravessa a doulagem, mas que, em oposição, gera tensão com uma equipe médica que viabiliza seu trabalho numa medicina tradicional.

Soraya Fleischer (2005) chama a atenção, ainda, para as exigências feitas à candidata à profissionalização da doulagem: disponibilidade de tempo (para ficar acordada durante a noite, ficar de plantão, abdicar de compromissos sociais, viagens e férias); ser saudável e fisicamente capaz; ter quem cuide dos filhos; ter o apoio do companheiro e da família; ter outra doula para cobrir emergências; contar com uma forma confiável de transporte; ter feito algum treinamento. Estes requisitos apontavam para a necessidade de alguma base material para se tornar uma doula profissional, o que tendia a excluir mulheres sem um alto poder aquisitivo.

Raquel Simas (2016) corrobora com a análise de Soraya Fleischer (2005), todavia, acrescenta que os anos que separam suas análises são marcados por um aumento da valorização da produção de conhecimento brasileira em detrimento da internacional. Afirma que não há na formação das doulas uma negação da ciência, não na metodologia dos cursos acompanhados. Pelo contrário, as instrutoras faziam questão de frisar que as doulas questionavam a “medicina tradicional”, por manter práticas ultrapassadas e herdeiras de uma tradição religiosa que não tem como foco da ação o bem-estar das mulheres, sendo estas voltadas para sua submissão. Tal argumento é uma das críticas que fundamenta o movimento pela humanização do parto e nascimento, e a leitura das doulas, que em oposição defendem a MBE.

Raquel Simas (2016) relata que em vários momentos as Doulas reconhecem a importância da ciência e dos ganhos para a diminuição da mortalidade materna e neonatal com a assistência médica. Também não há críticas aos procedimentos adotados durante o pré-natal, na realidade,

estes são vistos como fundamentais para uma boa assistência, principalmente, quando o parto é domiciliar. A ciência e o atendimento por profissionais qualificados garantiriam a segurança de um parto, daí as críticas aos partos desassistidos. Recupera as falas das Doulas sobre dados de pesquisas, proferidas durante o curso, como exemplos da crença na MBE. Neste, as instrutoras projetavam às participantes a “epidemia de cesáreas” no país e seus motivos: “a cultura do risco, em que tudo é visto como inseguro e que deve ser alvo de intervenção, e os baixos valores pagos pelos planos de saúde para o acompanhamento de um parto normal, que é muito mais demorado e menos controlado que uma cesárea” (SIMAS, 2016, p.52)

Para Raquel Simas (2016) e Soraya Fleischer (2005), as Doulas formulam, a partir dos estudos “baseados em evidências”, um discurso sobre as condições ideais para se parir e as fases do parto. Este, por sua vez, acaba fortalecendo uma noção de universalidade, ao reforçar uma visão de parto biologizante, que preconiza uma essência feminina. Raquel Simas (2016) amplia o debate ao explicitar a posição das formadoras sobre a estrutura médico-hospitalar da sociedade capitalista. Esta seria a responsável por um mau atendimento das gestantes; médicos que, acima do bem-estar das grávidas, pensam em seus lucros; hospitais que têm uma série de rotinas prejudiciais e não discutidas por aquelas que as sofrem; mulheres passivas, perdendo o papel de protagonista para o médico.

Contudo, desenvolve um contraponto à crítica economicista ao citar Patah e Malik (2011), e ressalta que poucos são os trabalhos na literatura que abordam aspectos econômicos e incentivos relacionados aos interesses médicos e sua decisão pela cesárea. Problematiza, portanto, a argumentação das doulas, de que os médicos do modelo hegemônico visam ampliar seus lucros atendendo mais cesáreas em menos tempo, e aponta a necessidade de estudos mais detalhados. Segue discutindo que os médicos obstetras reconhecidos como “humanizados” raramente atendem planos de saúde e cobram a partir de R\$ 10.000 para acompanhar um parto, e as enfermeiras obstétricas a partir de R\$ 6.000 para atenderem um parto domiciliar. Em nossa realidade são valores elevados e não incluem as consultas durante o pré-natal. Por isso, para a autora, muitos médicos poderiam migrar para um atendimento “humanizado” e aumentar seus dividendos.

Diante dessa crítica e argumento economicista, evidenciamos as disputas e construção de saberes-poderes nesse campo, tanto entre aquelas/es inclinados aos partos menos intervencionista quanto por aquelas/es que defendem os modelos mais intervencionistas.

Paralelamente, ocorre a criação de discursos repetitivos e insistentes que explicitam o interesse das/os sujeitos envolvidos (DESLANDES, 2004).

Em termos de posição política e de movimento social, além da bandeira do parto humanizado, há doulas que defendem pautas feministas, sendo as principais: o combate à violência obstétrica; a necessidade do resgate do protagonismo das mulheres no seu processo gravídico-puerperal; a problematização das intervenções decorrentes de um modelo de assistência ao parto hospitalocêntrico e tecnocrático como forma de controle e violência contra as mulheres e seus corpos (FONSECA, et al, 2017). Tais defesas projetam a autonomia da mulher e podem ser uma das razões pela qual a literatura (SILVA, et al, 2012) aponta os avanços na qualidade do parto quando acompanhado por doulas. Por outro lado, abortamento e relacionamentos homossexuais, não são compromissos explicitados em seus discursos.

A militância virtual é uma das estratégias utilizadas pelas doulas, buscando defender seu trabalho e promover o modelo de assistência “humanizado”. A mobilização, contudo, não fica restrita ao espaço virtual, elas se fazem presentes em atos que levantam outras bandeiras feministas, além dos direitos reprodutivos. Nesse campo, as Doulas disputam com a biomedicina hegemônica o saber sobre o parto, criando verdades sobre este com uma linguagem que as aproxima da equipe médica. Apesar dos antagonismos, há a partilha de princípios entre doulas e médicos/as, e alguns estudos (DIMAS, 2016) apontam para a complementaridade entre os agentes deste campo. No processo de legitimação das doulas como autoridades específicas para o suporte assistencial e afetivo das mulheres grávidas e em trabalho de parto, a autoridade dos/as médicos/as é questionada. Todavia, a crítica ao modelo obstétrico hegemônico acontece no interior dos próprio ‘Movimento de Doulas’, apoiada na racionalização dos saberes sobre o corpo, na universalização destes saberes, na especialização das áreas e na individualização dos agentes (SIMAS, 2016).

Apesar da relação entre o ‘Movimento de Doulas’ e Feministas no Brasil, e de ambos impulsionarem a discussão do protagonismo feminino, observamos uma escassa produção bibliográfica feminista e brasileira sobre as doulas e seus saberes-poderes. Não localizamos, até julho de 2018, qualquer publicação sobre essas ‘sujeitas cognoscestes’ nas principais revistas feministas nacionais: Revista Estudos Feministas e Cadernos Pagu. Todavia, há um conjunto recente de dissertações e pesquisas elaboradas por pesquisadoras feministas (FONSECA, et al 2017; SIMAS, 2016; FLEISCHER, 2005).

No campo da saúde algumas pesquisas (SOUZA e DIAS, 2010; RATTNER e TRENCH, 2005) foram desenvolvidas e indicam que a presença da doula no cuidado à mulher em situação de parturição significa alívio da dor, apoio, coragem, amor e paz. Por buscarem desenvolver uma escuta ativa, possibilitam sensações e um ambiente de receptividade, o que proporciona à mulher bem-estar para expressar seus sentimentos ou necessidades. Esses estudos asseguram que o clima de acolhimento e respeito representa segurança e coragem para a parturiente.

Em âmbito internacional há mais produções (SCOTTK e KLAUS, 1999; ZIMMER, 2006; CHALMERS e WOLMAN, 1993) sobre as doulas, principalmente na área da saúde. Nestas referências são presentes estudos do tipo metanálise e de abordagem qualitativa. Apontam, ainda, os benefícios do suporte da doula, demonstrando que as mulheres acompanhadas aumentam duas vezes a chance de ter parto vaginal, comparadas ao grupo que não recebeu este suporte, além de apresentarem melhoria no pós-parto, avaliados por meio de características físicas e emocionais. Zimmer (2006) mencionou que a presença contínua do gênero feminino, representado pela doula, reduziu significativamente o uso de analgesia, ocitocina, fórceps e cesariana (SILVA, et al, 2012).

O estudo de revisão de Chalmers e Wolman (1993) comparou os vários achados na literatura científica sobre apoio durante o trabalho de parto, oferecido por profissionais de saúde, pais, familiares, amigos, monitores treinados e doulas. Os autores concluem que o apoio oferecido por doulas gera resultados mais extensivos e significativos, é metodologicamente seguro e produz efeitos consistentemente positivos nos resultados psicossociais e obstétricos (LEÃO e BASTOS, 2001).

Com base nessas evidências científicas, algumas maternidades brasileiras criaram projetos de doulas no âmbito do SUS, como o instituído pelo Hospital Sofia Feldman (HSF). Todavia, no HSF a doulagem ocorre na modalidade voluntária. A iniciativa data de 1997, quando foi criado o Projeto “Doula Comunitária”, muito antes da Lei do/a acompanhante de 2005 ser implementada pelo SUS (LEÃO E BASTOS, 2001). Ali, as doulas recebem treinamento da equipe multiprofissional sobre gestação, parto, puerpério, amamentação, cuidados com bebê, planejamento familiar, papel da doula, rotinas da instituição e comportamento ético. Além disso, ocorrem reuniões mensais entre equipe de saúde e doulas para esclarecer dúvidas e discutir temas relevantes ao grupo. Todas as voluntárias são selecionadas por uma equipe do Hospital, que privilegia as candidatas residentes na comunidade assistida pelo HSF. O trabalho é exercido em plantões de 12 horas, o que garante às doulas voluntárias apenas uma ajuda de custo para o transporte e alimentação. A

doulagem é assegurada prioritariamente àquelas mulheres que não têm acompanhante no momento do parto (LEÃO e BASTOS, 2001).

Além do HSF, há outras maternidades com projeto com doulas voluntárias: Hospital das Clínicas de Belo Horizonte-MG; Hospital Maternidade Herculano Pinheiro, em Madureira, no Rio de Janeiro-RJ (SIMAS, 2016); entre outras. Todavia, como no caso do HSF, a formação de doulas é oferecida por equipe hospitalar, e não por outra(s) doula(s), o que confere debates dentro dos Movimentos de Doulas. O ponto central da discussão é que a metodologia de formação hospitalar possa servir mais aos interesses das instituições do que das mulheres-parturientes, ao estar historicamente ancorado no modelo biomédico. Tal debate será abordado com mais detalhes no item 2.6, quando trataremos sobre os debates e conflitos endógenos e exógenos aos Movimentos de Doulas.

Em termos conceituais sobre o parto, o ‘Movimento de Doulas’, segundo o estudo de Soraya Fleischer (2005, p. 16), ora prioriza explicações biológicas ao fenômeno e outros momentos destacam as explicações culturais. Para o Movimento, Fleischer destaca (2005, p. 16), o parto prima pelo desdobramento “normal” da biologia: “As doulas querem que músculos, ossos, ligamentos, cartilagens, mucosas funcionem como foram “programadas”. Isto é, “humanizar” seria justamente, atrelar o ser humano ao que ele tem de mais “natural” – seu arcabouço fisiológico”. Mas, em outros momentos, humanizar pode significar completamente o contrário, ou seja, criar condições (tidas como positivas) no ambiente social para que o parto aconteça. Assim, a doula proporciona conforto físico e emocional, para que, só então, o mesmo arcabouço fisiológico relaxe e cumpra seu papel “programado”.

A antropóloga Raquel Simas (2016) reafirma a visão de Soraya Fleischer (2005) sobre a valorização da fisiologia do parto pelas doulas, e destaca que é constante essa compreensão em seus discursos: “o corpo da mulher sabe o que fazer”. Por isso, para que o parto seja uma experiência positiva deve-se, segundo as doulas, evitar qualquer intervenção, deixando a mulher se conectar com sua “natureza” e perceber as demandas do próprio corpo. É como se ela tivesse que se despir de seus valores culturais e desconectar-se do mundo a sua volta. A mulher sem a cultura seria a mulher do “estado de natureza”, e a cultura encarada como uma capa que recobre a essência feminina. Desta forma, um ideal de parto é formulado, tendo em vista que há um ideário de “natureza” da mulher, que não abraça a diversidade de partos. Logo, aquelas mulheres que escolhem partos cesáreos podem ser consideradas ‘alienadas’ (SIMAS, 2016).

A autora (2016) revela que a partir deste ‘ideal de parto’ constroem-se as classificações e os lugares adequados para sua realização. No quadro de tipologias, o parto domiciliar tornou-se o mais valorizado pela diminuição das intervenções. Em sua própria casa, a mulher teria uma capacidade maior de se conectar a sua “natureza”, pois está em um ambiente que a conforta, conhecido e com pessoas de sua confiança; tudo propício para a emergência da “natureza” feminina.

Nesse sentido, o parto das “índias” é recuperado como um “tipo perfeito” de demonstração da fisiologia, ou melhor, da “natureza” da mulher, tornando-se um estereótipo que as generaliza e as torna exóticas. Portanto, Soraya Fleischer (2005) informa que no discurso das doulas, a cultura afastaria as mulheres de sua “verdadeira natureza”, enquanto o estereótipo da indígena representaria uma simbologia da relação ideal entre o ser humano e a natureza. Nesse discurso, aliado a outras falas, inferem que a medicalização e intervenções no parto são uma corrupção do “parto natural”, sendo que o processo evolutivo das técnicas obstétricas caminhou para algo ruim. Em contrapartida, a autora (2005) chama a atenção que esse discurso é atravessado pela essencialização das mulheres, tendo como ancora os argumentos de Michel Odent, teórico que muito influencia o movimento pela “humanização”. Com efeito, esse autor defende que a parturição deve ser encarada como um retorno às origens, como uma conexão com a própria ‘animalidade da mulher’.

Desse modo, as doulas buscam espaço no debate sobre o ‘parto ideal’ e para isto utilizam um discurso de diversidade de técnicas em várias sociedades para questionar a cesárea, mas, em paralelo a este discurso que reforça a diversidade, a ideia fundamental é a de que a mulher recorra a seus instintos e respeite a “natureza humana”. Nessa relação, percebe-se a utilização das categorias cultura e natureza, mantendo uma fluidez entre estas (FLEISCHER, 2005). O parto ora é encarado como um evento fisiológico que irá acontecer independente do desejo e vontade da grávida, ora como um evento cultural e social que varia de uma sociedade para outra. Porém, percebemos uma ênfase na interpretação que o relaciona a aspectos fisiológicos e biológicos essencializados.

Contudo, segundo Raquel Simas (2016), as doulas repudiam sua associação e das mulheres-grávidas a ‘índias’, hippies, comunistas e bruxas, bem como levantam a bandeira da “medicina baseada em evidências”. Elas não rejeitam as técnicas culturais, entretanto, estas devem ser cientificamente comprovadas, usadas se necessárias, e não crenças de uma medicina “tradicional” e “machista”, que violenta as mulheres. Convivem no discurso das doulas uma valorização saudosista

da “natureza”, que remete o parto ideal ao passado, com outra forma de valorização da natureza não dissociada do saber científico. Este novo posicionamento sobre a integração mulher/natureza também está relacionado ao processo civilizatório, na medida em que o discurso do Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento sustenta a ideia de que a “humanização” é um novo passo no processo civilizatório.

Raquel Simas (2016) acredita que esta valorização das chamadas “evidências científicas” constitui uma forma de disputar, dentro do campo biomédico, lugares de poder e de prestígio. As doulas sustentam a nova tecnologia do parto como um ideal a ser seguido por todas as mulheres, desvalorizando outras formas de parir que não sejam esta. A autora destaca, ainda, que se o ‘Movimento de Doulas’ prezam pelo protagonismo feminino, ao cristalizar um modelo ideal de assistência obstétrica, fecha-se o espaço para a escolha da mulher e reitera-se a visão de que ela é um animal que nasceu com um código programado para parir. Desse modo, ocorre uma contradição de ideias, que se por um lado o ‘Movimentos de Doulas’ pretendem promover o protagonismo das mulheres, por outro difundem novamente a ideia de “essência feminina”, fenômeno historicamente problematizado e superado por segmentos dos Movimentos Feministas ao tentar romper a associação direta entre mulheres e maternidade, por exemplo (NICHOLSON, 2000).

Raquel Simas (2016) considera que normalmente, para as doulas, a culpa do corpo não parir é do meio social, que constrange e estimula os sentimentos negativos sobre o parto (SIMAS, 2016). Mas há casos em que as mulheres buscam o controle deste meio social, a partir das informações condizentes com a “humanização”, e mesmo assim não têm o parto que desejaram. Algumas reconstróem seus relatos tentando encontrar as falhas, não do corpo, mas das situações exteriores. Muitas culpabilizam a equipe médica e outras questionam a atuação das doulas e os ideais do movimento, achando que alguns pressupostos são muito radicais e funcionariam em outro tipo de sociedade (SIMAS, 2016).

A noção de “natureza feminina” também é manifesta no discurso sobre as emoções durante o parto (SIMAS, 2016). Nele, a racionalidade das mulheres-parturientes seria prejudicial para o processo de se conectar à “natureza”, fundamental para que o parto possa acontecer. Este ideário reforça algumas noções tradicionais sobre o que é ser mulher e o que é ser mãe, todavia, invertendo a valoração para pensar numa “natureza” forte e não frágil da mulher (SIMAS, 2016).

Neste sentido, a defesa de um ideal de “parto humanizado”, com um modelo fechado do que seja isto, torna-se problemática, na medida em que o ataque das doulas à cesárea se fundamenta na crítica ao modelo

colocado como o único e o melhor para parir. Elas levantam argumentos de que o parto possui múltiplas formas em diferentes sociedades e tempo, mas quando postulam o “melhor” dentro do ideal da “humanização”, obscurecem a ideia de autonomia da mulher. Caminhar para este ideal pode constituir uma agressão para aquelas mulheres que desejam outro atendimento obstétrico. E não considerá-las “empoderadas” o suficiente, pode constituir uma tutela às mulheres (SIMAS, 2016). Este e outros aspectos constituem-se em questões aos Movimentos de Doulas em seu processo de construção tanto de uma ação profissional quanto voluntária e serão trabalhados no item 4.5, associadas aos conflitos externas e internas impostas às doulas.

3 Particularidades das doulas latinas que atuam na Maternidade-Escola da UFSC

Nesta seção, projetamos os resultados, embora a análise dos dados tenha atravessado todo o trabalho. Abordaremos especificamente as características do grupo de doulas estudado, seus dados pessoais, reprodutivos e as motivações que lhes levaram a buscar formação de doula.

3.1 Caracterização das entrevistadas

Neste item, as 10 doulas entrevistadas, suas narrativas e lugares de fala são apresentados, com destaque às características, como dados pessoais, breve contexto de sua história reprodutiva e motivações para buscarem a formação de doulas. Todas receberam codinomes fictícios representados pela letra fixa ‘D’, mais um número específico para cada uma. Conforme nossos critérios de inclusão, todas possuem maioridade, atuam/atuaram no Hospital Universitário (HU/UFSC), tem mais de seis meses de experiência ocupacional e cadastro de atuação na referida maternidade-escola.

Os encontros foram realizados pessoalmente, em ambiente, data e horário de escolha das participantes, ocorrendo em locais como: universidades (quatro: D1, D3, D9, D10); cafeterias no sul e centro da Ilha (duas: D4, D8); trabalho (duas: D6, D7); praça de alimentação de um centro comercial no centro da cidade (uma: D2); domicílio na região continental (uma: D5). As entrevistas aconteceram em Florianópolis/SC – oito na Ilha e duas no Continente.

A maioria preferiu realizar a entrevista em locais públicos, o ambiente universitário o mais escolhido, sendo três universidades particulares e uma pública, nas quais as doulas cursavam cursos de graduação. D3 e D9 estão na segunda faculdade, cursando enfermagem. Chama a atenção que as cafeterias escolhidas por D4, D8 são frequentadas por consumidores/as das camadas médias e altas de Florianópolis que buscam um conceito de alimentação orgânica, vegetariana, vegana e *fitness*, enunciado pelo próprio estabelecimento³⁵. Os locais de escolha das participantes para a realização das entrevistas sinalizam os espaços que costumam circular, seu pertencimento ao território e a grupos sociais.

³⁵ Vide: Disponível em:

<<http://www.guiafloripa.com.br/servicos/compras/produtos-organicos-naturais/mercado-sao-jorge-florianopolis.htm>>. Acesso em 04 out. 2018

Não conhecíamos nenhuma das participantes pessoalmente, portanto, com todas foi o primeiro contato. No geral, as doulas foram receptivas, afetivas durante e no encerramento da entrevista. A maioria, ao finalizar a entrevista, despediu-se com abraço e desejando sucesso para a pesquisa. Entre as exceções, uma entrevistada filiada à ADOSC se destacou apenas no início da conversa, ao apresentar sinais claros de resistência. Indagou sobre o problema de estudo, questionando nosso conhecimento, teceu críticas à redação do TCLE e perguntou se a entrevistadora era feminista. Tal questão ecoou como um critério indispensável para sua participação na entrevista e, após respondermos suas perguntas, a conversa transcorreu amistosamente. Despediu-se dando um abraço e informando-nos o nome de pessoas que estão pesquisando sobre violência obstétrica na cidade.

Conforme ilustrado na Quadro 01, as doulas entrevistadas têm idade entre 28 e 40 anos, sete delas estão na faixa dos trinta anos, sendo que a maioria (sete) se declarou casada, duas solteiras e uma separada. Todas auto declararam-se mulheres e com identidade de gênero feminina. Chama a atenção um certo desconforto de algumas ao serem indagadas sobre sua identidade de gênero, talvez, por considerarem óbvia a resposta ou não terem proximidade à discussão.

Quadro 1 – Características gerais das doulas entrevistadas

| Nome Fictício | Faixa etária | Situação conjugal | Naturalidade | Raça/etnia | Religião |
|----------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------|--|
| D1 | 25 - 29 | Solteira | Região Sul | Branca | Tem práticas espirituais, mas não uma religião |
| D2 | 30 - 35 | Casada | Outro país (Paraguai) | Indígena | Agnóstica |
| D3 | 36 - 39 | Casada | Região Sul | Branca | Nenhuma |
| D4 | 30 - 35 | Casada | Região Sudeste | Branca | Cristã, evangélica |
| D5 | 30 - 35 | Casada | Região Sul | Branca | Espírita |
| D6 | 36 - 39 | Casada | Região Sudeste | Branca | Cerimônias shamânicas Guarani |
| D7 | 40 - 45 | Separada | Região Sul | Parda | Espírita e menos |

| | | | | | |
|------------|---------|----------|------------------------|------------------|--|
| | | | | | frequente, umbandista |
| D8 | 36 - 39 | Casada | Região Nordeste | Branca | Tem práticas espirituais, mas não um religião |
| D9 | 30 - 35 | Solteira | Região Sul | Negra | Omolokô |
| D10 | 25 - 29 | Casada | Região Centro-oeste | Não respondeu | Universalista |

Fonte: Elaboração da autora

A migração ao Estado e, particularmente, a Florianópolis é um dado significativo desse grupo entrevistado. Quatro doulas são de Santa Catarina, uma de São Paulo, uma do Rio Grande do Sul, uma de Mato Grosso, uma da Bahia, uma do Rio de Janeiro e uma do Paraguai. Nota-se que as regiões de naturalidade são diversas, mas predomina as nascidas no Sul no Brasil.

Em relação à raça/etnia, algumas manifestaram resistência à pergunta:

Vira-lata (*risos*). Pode ser branca mesmo (D6);

Essa é uma pergunta que eu não respondo assim. Não sei. Mas na minha certidão de nascimento tá escrito branca. Nunca gostei de responder, sempre deixei em branco. Se alguém me fizesse responder, eu criava outra caixinha e falava “não definido”. É que a gente está no Brasil, eu não consigo definir raça, sabe (D10).

Dentre as dez entrevistadas, uma auto declarou-se negra (D9), uma parda (D7) e uma indígena (D2); as demais, empreendendo um tom irônico às respostas, consideraram-se brancas (D6, D8, D10). Segundo a narrativa de D9, ela é a única doula negra atuante em Florianópolis até o momento da entrevista. Desse modo, nosso *corpus* é representado por uma maioria de doulas brancas, heterossexuais, casadas, adultas jovens, escolarizadas, residentes em centro urbano e em bairros considerados nobres na cidade. Tais características reafirmam o clássico estereótipo de mulheres que integram o movimento do parto humanizado, problematizado por Carmen S. G. Diniz (2009, 2005) e Rosamaria G.

Carneiro (2015, 2011), bem como suas desigualdades raciais, étnicas e de gênero.

À luz de tal estrutura de poder, Kimberlé Crenshaw (2002, p. 173) assegura que “classe, casta, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual, são diferenças que fazem diferença na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação”. Neste caso, pela racialidade, D9 referiu não se sentir à vontade e pertencente no movimento do parto humanizado de Florianópolis.

[...] E aí o meu incômodo hoje eu entendo que era sempre assim, eu era sempre basicamente a única negra dessas rodas [de gestante], eu sou né... a minha origem é a periferia, eu sempre me sentia muito incomodada [...] inclusive fui convidada por uma das equipes de parto domiciliar, dessas rodas [de gestantes] aí, a participar, a ser doula de uma das equipes na época, mas não... e aí eu disse não. E aí eu fiquei... eu não entendi porque eu tinha, porque que eu tinha dito não... porque eu não tinha aceitado... O que seria uma coisa bacana, inclusive financeiramente e tals. E aí depois eu entendi que era isso, assim... que eu não me sentia meio fora do ninho assim sabe, **eram mulheres que eu não me identificava, eu não conseguia me enxergar naquelas mulheres.** Eu não estou dizendo que eu quero atender só mulheres que eu me enxergue, não é isso, mas era estranho para mim. (D9)

A discriminação de gênero somada à de raça, ou de outros marcadores, contribui para a vulneralização de um conjunto de mulheres na sociedade e, particularmente, a (des)legitimidade de seu saber construído para assistir ao parto e nascimento. No âmbito dos movimentos de doulas da cidade, as exclusões podem se reproduzir e apontar para a invisibilidade de posições e representações sobre a doulagem, em função das diferenças entre as mulheres (CRENSHAW, 2002).

No que diz respeito à religião e/ou filosofias de vida/espirituais, somente duas delas (D2, D3) afirmaram não ter vínculo com qualquer atividade nessa área. Entre as demais, diversas religiões/filosofias foram citadas, com tendências a doutrinas espíritas, não-cristãs e práticas espirituais não vinculadas a uma congregação religiosa tradicional, monoteísta e ocidentalizada. Quatro doulas (D1, D6, D9, D10) falaram

com muita naturalidade e liberdade sobre a presença da religião/espiritualidade na vida pessoal e profissional durante toda a entrevista, explicitando o quanto essa dimensão é importante para a atuação delas.

Olha, então... eu tenho um caminho meio médium” [...] Se eu falar muito metaforicamente você me fala, mas no contexto de aterramento, sabe, de ponte, de elo entre tudo o que eu to vivenciando aqui, que não é só físico, com aquela equipe que tá preparada para lidar com meu físico. Eu sinto que, sabe isso... O aterramento seria o aterramento de todas essas questões emocionais dela, espiritual, mental, etc, junto com aquela equipe, aterrar ela naquele contexto com a equipe (D10);

Eu sou ligada a espiritualidade, mas também botando isso muito no concreto também. [...] Então foi essa dimensão que me abriu muita coisa, até mudança de pensamento, mudança de postura, mudança minha mesmo, que eu não estava muito bem, e ela meio que me expandiu os horizontes, a ligação com a espiritualidade foi um divisor de águas na minha vida. E daí eu vim, tenho vindo até hoje, meio que conectando essa espiritualidade com a academia, que é o que eu gosto de estudar (D1).

Outras foram mais resistentes (D2, D3, D4, D5, D7, D8) e não deram destaque ao assunto. Todavia, no transcorrer dos relatos, a maioria desse último grupo expressou com brilho nos olhos momentos ‘sobrenaturais’ vivenciados pelas parturientes.

Tais dados evidenciam a diversidade de doulas, todavia com prevalência de manifestações espirituais pouco institucionalizadas e exteriores a/ao sujeita/o, tão incomum à cultura religiosa cristã imposta pelos colonizadores europeus. As entrevistadas sugerem uma tendência a descolonização de suas vidas espiritual e religiosa, apontando práticas de “orientalização do ocidente”, conforme discutido por Rosamaria G. Carneiro (2015, p. 175). De acordo com a autora, esse fenômeno tem se sobressaído nas últimas quatro décadas com o abalo do cristianismo, que teria dado espaço para uma espiritualidade mais integrada à natureza e a valores de autodesenvolvimento e autossatisfação. Paralelamente, potencializado com o movimento da Nova Era e dos movimentos

ecológicos e ambientais, reproduzido posteriormente pelo movimento *hippie*.

Ao comparar nossos dados à pesquisa de Antônio R. Ferreira Jr e colaborador (2016), realizada em 2013, com 13 doulas de sete estados federativos brasileiros, notamos que as características encontradas por eles se distanciam em alguns aspectos das nossas, principalmente estado civil e religião. Os autores informam que a representação do grupo entrevistado era de “mulheres em idade média de 30 anos, em união estável, católicas e da raça branca”. Nenhuma das nossas entrevistadas declarou-se católica, tampouco em situação conjugal de união estável. Em contrapartida, o *corpus* do seu estudo apresentou uma participação maior de negras e pardas, ainda que discretamente.

Conforme apresentado no ‘Quadro 02’, abaixo, oito doulas possuem ensino superior completo, com graduação em: administração; história; ciências sociais; fisioterapia; psicologia; educação física; naturologia.

Quadro 2 - Características gerais da formação das doulas entrevistadas

| Nome Fictício | Ensino Superior | Ano de realização da formação de doula | Instituição de formação de doula |
|----------------------|--|---|---|
| D1 | Graduação em andamento | 2011 | GAMA; Curso Doula na Tradição |
| D2 | Superior completo e mestrado abandonado | 2017 | GAMA |
| D3 | Superior completo e outra graduação em andamento | 2007 | GAMA |
| D4 | Superior completo | 2017 | GAMA |
| D5 | Superior e mestrado completos | 2016 | GAMA e Mulheres Empoderadas |
| D6 | Superior completo | 2006 | GAMA |
| D7 | Superior completo | 2014 | GAMA |
| D8 | Superior completo | 2014 | GAMA |
| D9 | Superior completo e outra graduação em andamento | 2014 | GAMA |

| | | | |
|------------|------------------------|------|------|
| D10 | Graduação em andamento | 2014 | GAMA |
|------------|------------------------|------|------|

Fonte: Elaboração das autoras

Uma doula possui mestrado em “Relações de Gênero e Poder”, com pesquisas em saúde sexual e reprodutiva, particularmente sobre aborto. Os cursos que mais se repetiram foram psicologia (três doulas) e administração (duas doulas), e as áreas de conhecimento mais representativas foram ciências humanas, sociais aplicadas e da saúde. Nesse aspecto, nossos dados se aproximam e corroboram os encontrados por Antônio R. Ferreira Jr e colaborador (2016), ao constatarem a predominância do ensino superior completo e a formação em psicologia.

Quatro doulas (D1, D3, D9, D10) se encontravam cursando uma graduação no momento da coleta de dados. Destas, duas (D3 e D9) possuem ensino superior completo na área da saúde - a primeira em fisioterapia e a segunda em educação física -, sendo esta a segunda graduação, em enfermagem. Destacamos que D9 ingressou na universidade pelo sistema de cotas para negros/as, reafirmando a relevância das Políticas Afirmativas no Brasil (PIOVESAN, 2008). Ambas relataram que pretendem ser parteiras, e que a doulagem promoveu o projeto desta outra faculdade. As doulas D1, D9 são bolsistas, solteiras e se dedicam exclusivamente ao curso, denominando a doulagem no atual momento de vida como ‘bicos’. Chama a atenção que ambas mencionaram a ausência de equilíbrio financeiro, embora atuem, fundamentalmente, de forma voluntária e por opção política.

A maioria fez a formação de doula a partir de 2011, somente duas realizaram antes desse período: 2006 (D6) e 2007 (D3). O ano de 2014 concentrou o maior número de formação de doula (D7, D8, D9, D10), ocorrendo, ainda, em 2011 (D1), 2016 (D5) e 2017 (D2 e D4). Todas realizaram sua formação pelo Grupo de Apoio da Maternidade Ativa na cidade de São Paulo/SP (GAMA), exceto duas que fizeram o Curso em Florianópolis/SC, mas promovido pela mesma entidade, de forma itinerante.

A centralidade do GAMA explicita alguns aspectos importantes dessa formação. Dentre eles, destacamos que o conjunto de saberes que caracterizam as práticas das doulas é recente no campo da saúde e na sociedade em geral, o que possivelmente gera embates e desafios para a categoria, como, por exemplo, o desconhecimento de suas atividades. A exclusividade e concentração desse Grupo na reprodução de leituras e orientação sobre a assistência ao parto e nascimento, restringindo a

interlocução com outras formas de doulagem, visto que era a única instituição formadora no Brasil. Nesse caso, a forte influência norte americana na formação, que projeta de modo singular a MBE, em detrimento dos saberes locais e regionais repassados por gerações e que historicamente informaram o acompanhamento ao parto. Revisita-se, assim, processos de colonialidade com o argumento de promover respeito, acolhida, escuta e protagonismo. E, por último, a restrição do acesso à formação, demarcada, claramente, por um recorte de classe.

Segundo o *site* do GAMA³⁶, o Grupo oferece, além da formação de doulas, outros cursos profissionais, como: educação perinatal; parteira baseada em evidência; *coach* para doulas, consultoria em aleitamento materno; emergências obstétricas; massagem para gestação, parto e pós-parto; treinamento em reanimação neonatal; treinamento avançado para doula; capacitação para parto humanizado, entre outros. Alguns desses são abertos para quaisquer profissionais a preços que podem variar a custo aproximado de um salário mínimo.

Segundo o *site* do Grupo, atualmente ele é coordenado pela doula e educadora perinatal Maria Angelina Pita, que também possui formação em psicologia. De acordo com a mesma fonte, a formação de doulas tem como programa de ensino a seguinte ementa:

A ASSISTÊNCIA AO PARTO - A obstetrícia no Brasil - A cultura do parto no Brasil - Anatomia e fisiologia do parto - Correção não invasiva de distócias - As recomendações da OMS - Ambiente, acompanhamento, atenção ideais ao parto - Vídeos de partos.

ATIVIDADES E FUNÇÕES DA DOULA - Plano de Parto - Anatomia da bacia pélvica e as consequências fisiológicas de diferentes posturas para parir - Respiração, relaxamento, visualização: tipos e técnicas - Lidando com a dor do parto - Diferentes posições no trabalho de parto e parto, **driblando as restrições hospitalares** - Recepção do recém-nascido após o parto e amamentação - Massagem, tipos e técnicas - Amamentação - Lidando com as perdas.

A PROFISSÃO DE DOULA - Doula, o que é ser doula, breve histórico e situação atual - **As armas da doula**, as palavras, o olhar, as mãos, seu

³⁶ Disponível em: <<http://www.maternidadeativa.com.br/doulas3.html>> Acesso em 19 jun. 2018.

material - Como administrar a nova profissão? horários, filhos, plantão, **contrato** - Ética da doula; qual o papel dela na equipe que dá assistência à parturiente, como se comportar em sala de parto, centro obstétrico, cirurgias, etc.

O programa projeta o lugar da MBE na formação, com centralidade na fisiologia do corpo e nas orientações da OMS. Corrobora, portanto, as análises que apontam a reprodução do modelo biomédico e do modelo materno-infantil pelas doulas (FONSECA, et al, 2017; SIMAS, 2016). Entre os cursos oferecidos pelo GAMA, destacamos a “especialização em doula”, bem como a ênfase em determinados conteúdos de seu Programa, apresentados abaixo:

- Plano de Parto - porque pode ajudar e quando atrapalha
- Relacionamento entre doula, companheiro(a) da gestante e família - dinâmicas interessantes e sugestões
- Diferenças em estilos de médicos e parteiras e onde a doula e a mãe se encaixam
- Parto e Trauma - como mulheres podem atravessar barreiras e como a doula ajuda **clientes** com histórico de trauma e como prevenir que um parto seja traumatizante
- Depressão pós parto - prevenção e apoio e até onde a doula pode ajudar
- VBAC - o parto normal depois de cesárea - a doula ajudando a mães a tomarem a decisão e no apoio de trabalho de parto a mães que tiveram cesarianas
- Indução natural de parto - por quê, quando e como
- **Marketing** para doulas e educadoras perinatais - o que pode ajudar
- Hormônios de parto e **mulher mamífera**
- Cuidando da doula - não é possível cuidar de tanque vazio
- Aulas de preparação de parto - tópicos essenciais
- O que é **BINI Birth**

A ‘especialização em doula’ tem como principal docente a brasileira Ana Paula Markel, educadora perinatal certificada pela *International Childbirth Education Association* (ICEA), doula habilitada há 17 anos, treinadora e presidenta, em 2018, da *DONA International*. De

acordo com a mesma fonte, Ana Paula Markel mudou-se para os Estados Unidos em 1999, fez sua formação e atua, ainda hoje, naquele país. É dona da empresa *BINI Birth*⁴³ e está diretamente envolvida com outras organizações internacionais sobre parto e nascimento humanizado.

Há no conjunto dos dados apresentados - informações do curso de especialização, do programa de ensino e da doula docente - uma influência de cunho empresarial ('cliente', '*marketing*') e de noções do contexto estadunidense (empresas como a '*BINI Birth*'). Não foi possível identificar na ementa do curso de especialização, tampouco no curso regular de doula, qualquer discussão voltada aos princípios do sistema de saúde brasileiro, às noções de saúde como direito universal ou à concepção de saúde da mulher segundo a PNAISM. Explicitamente, a formação é voltada à tradição materno-infantil e às orientações da OMS (FONSECA, et al, 2017), o que nos leva a reafirmar que a influência estadunidense tem sido importada e incorporada no Brasil sem grandes interlocuções com a realidade local, onde a maioria das mulheres parem em instituições do SUS, por exemplo. Ademais, ecoa uma formação direcionada ao mercado do parto humanizado e não à saúde pública. Nesse sentido, há uma naturalização acerca dos saberes 'imperialistas' do hemisfério Norte, apontando para a colonialidade da formação e atuação das doulas brasileiras.

Posto isso, tal contexto nos ajuda a entender os motivos que contribuam para a incorporação de discursos e práticas 'norte-americanizadas' nos Movimentos de Doulas, fato apontado pelas etnografias de Soraya Fleischer (2005) e Raquel Simas (2016). Esses estudos enunciaram que na formação de doulas pesquisadas era recorrente comparação entre Estados Unidos e Brasil, com tendência a referenciar autoras e filmes estadunidenses.

Notamos que a programação do curso de formação de doulas privilegia a lógica da mulher mamífera em detrimento dos estudos de gênero, resgatando uma lógica essencialista da mulher, assunto problematizado, recentemente, como 'armadilha' por Fernanda V. Alzuir e Marina Nucci (2015) e, anteriormente, por Carmem S. Tourquist (2002). Cabe sinalizar, que os processos de formação são atravessados por valores, ancorados em posições políticas e ideológicas que compreendem modos de vida, classe social, raça/etnia, orientação sexual, assim como concepções de mundo, relações sociais, mulheres, entre outras. Logo, a discussão não se restringe ao tipo de conhecimento e assistência que assegura o parir e nascer com protagonismo e centralidade na mulher, mas se amplia para quem/quantas acessam esse

saber/poder? Quem/quantas mulheres parturientes acessarão tal assistência?

Ressaltamos que a metade do conjunto das mulheres entrevistadas possui outras formações complementares, com referências que se distanciam da América do Norte e Europa: D1 fez Curso de Doula na Tradição, fotografia para parto e curso parteiria tradicional mexicana; D5 fez um curso de imersão de doulas pelo Mulheres Empoderadas, em São Paulo, além de curso de aromaterapia; D6 possui formação em *core energético*, que é uma linha da psicoterapia corporal reichiana, e formação com parteiras guarani; D9 possui formação em yoga; D10, além de ter cursado massoterapeuta holística e possuir vários cursos em terapias alternativas, como reiki tríade universal, fez formação com parteiras mexicanas.

O quadro de formação complementar das entrevistadas aponta relações de continuidade e descontinuidade com os saberes colonizados. As descontinuidades se apresentam na aproximação aos saberes de povos originários latinos e regionais, quase sempre repassados pela tradição oral - parteiras mexicanas e indígenas guaranis. As doulas recorrem a estes saberes como forma de complementar aqueles obtidos com a formação norte-americana da doulagem, uma vez que se encontram mais em consonância com a realidade da América Latina. O fato de tais cursos serem pagos, reafirma a necessidade da formação continuada, ao não se limitarem apenas ao curso de base.

Destacamos que o investimento financeiro em novos cursos agrega saberes e valores à ‘carreira’ e ao ato da doulagem. Além do mais, o custo desses cursos – tanto de formação de doula como os complementares – representa acessos possíveis a algumas e não a outras, reestabelecendo, de certa forma, a lógica meritocrática presente na realização do curso de doulagem. Ou seja, barreiras econômicas e de classe social estão postas tanto para as doulas quanto para as parturientes, havendo uma reprodução da lógica de mercado. As narrativas de D1 e D9 dão visibilidade a essas barreiras. Ambas solteiras, estudantes e oriundas de classes trabalhadoras, relataram que somente puderam fazer a formação de doula ao receberem recurso de processos trabalhistas.

[...] a minha origem é a periferia, né, toda a minha família mora ali no Morro [...] E aí foi até interessante, porque eu não tinha dinheiro para ir para São Paulo [para fazer o curso de doula], hospedagem, dinheiro pra fazer o curso, passagem.... na época eu ia conseguir ficar na casa

dos pais dessa amiga que moram lá em São Paulo tem todo um custo, e eu não tinha dinheiro, mas eu queria fazer. E daí, né, no meu entendimento por forças maiores aí, caiu um dinheiro na minha conta, no meu colo assim, que era de processo trabalhista, que eu nem lembrava, né. E daí veio esse dinheiro que eu falei “gente, olha!” E aí eu fui fazer o curso (D10);

Eu tinha sido demitida grávida, então eu estava sem trabalho, sem nada, comecei a costurar e fui me enfiando nos meios maternos e em 2011, no ano seguinte do nascimento dela, no final do ano, eu consegui fazer o curso que foi em SP pelo GAMA e eu tinha recebido.... casou bem certinho... por que eu tinha ganhado um processo trabalhista dessa empresa que me demitiu grávida. Então foi onde eu achei que eu ia usar esse dinheiro pra eu trabalhar também né. E daí eu paguei a passagem e curso e foi o que me deu essa possibilidade de fazer esse curso (D1).

Ademais, as formações complementares aperfeiçoam o saber técnico e significam ‘um diferencial’ no leque de qualificações das doulas, distinguindo-as daquelas que não possuem tais acessos. A hierarquia de formação e curricular é “encorpada” pela demanda ao contabilizar procura e experiência, que alimenta o mercado de serviços do “parto *gourmet*” – nos apropriamos nessa expressão, referenciada pela entrevistada D5, que tem o sentido de chamar a atenção para a seletividade e noções neoliberais envolvida nesse contexto. Desse modo, Antônio R. Ferreira Jr e colaborador (2016, p. 1403) referem que a ocupação de doula no Brasil “não é diferente das outras categorias profissionais, pois se inicia certa reserva de mercado com direito de controlar a prestação de determinado serviço, que começam a desempenhar atividades específicas no seu bojo de atuação, na tentativa de diferenciação das demais”.

Do conjunto de alegações das nossas participantes acerca das **motivações** que as levaram à formação de doula, obtivemos respostas diversas, a saber: desemparo emocional, espiritual e mental das mulheres no momento do parto; violências obstétricas e o impacto do documentário “Renascimento do Parto” (D10); interesse pelo mundo feminino e do nascimento, bem como a referência de seus pais, que trabalhavam com grupos de saúde sexual e reprodutiva (D6); ‘chamado’ para essa área e a

possibilidade de ajudar outras mulheres a terem experiências positivas de parto como a sua (D4); missão de vida e incomodo significativo com a constatação de um determinado perfil de mulheres nas rodas de parto humanizado na cidade, motivando D9 a lutar pela inclusão de outras mulheres, principalmente as negras e usuárias do SUS; experiência pessoal da maternidade e possibilidade de trabalho para uma mulher-mãe (D2); identificação com os estudos sobre mulheres, experiência de acompanhar amigas no puerpério, além da indignação com a naturalização das violências obstétricas e o documentário “Renascimento do Parto” (D5); gosto pelo mundo da gestação e dos bebês, e indignação com a naturalização das violências obstétricas (D7); experiência com o acompanhamento que recebeu no parto de uma doula e querer proporcionar aquilo que viveu para outras mulheres (D1); suas ancestrais eram de parteiras tradicionais, experiências negativas pessoais com seus partos e impacto pessoal relacionado ao documentário “Renascimento do Parto” (D8).

Dentre essas justificativas, quatro alegações se repetiram, respectivamente: violências obstétricas; experiências pessoais negativas e/ou positivas em relação ao parto e nascimento; impacto ao assistir ao documentário “O Renascimento do Parto”; razões espirituais traduzidas como ‘chamado’ e ‘missão’ para atuar nessa área. De modo similar, Antônio Ferreira Jr e colaborador (2016) constataram distintos motivos entre suas entrevistadas para buscarem a formação de doula, sendo a tendência predominante o desejo de ajudar outras mulheres, bem como a necessidade pessoal de superar situações negativas por elas vivenciadas e de compartilhar os benefícios da vivência de parto. Porém, nosso estudo ainda revelou as motivações ligadas a influência de práticas espirituais pessoais e ao documentário crítico.

As doulas com formação a partir de 2014 foram aquelas que destacaram o documentário “Renascimento do Parto” (2013), de direção de Eduardo Chauvet, como um dos gatilhos para motivá-las a fazer o Curso.

A primeira gestação eu fiquei muito interessada e tals, mas na segunda gestação que teve todo aquele lançamento do filme ‘O Renascimento do Parto’ e dai eu já ajudava indiretamente outras mulheres, mas não de uma maneira direta, assim, ali na cena do parto, como doula. Dai na segunda gestação, pra mim foi o máximo, assim; eu assisti fiquei motivada falei: ‘quero seguir com isso’. (D10)

Este documentário retrata a realidade obstétrica mundial e, sobretudo, brasileira, que se caracteriza por um número alarmante de cesarianas ou de partos com intervenções traumáticas e desnecessárias. A participação de figuras e artistas famosos, como Márcio Garcia, Andrea Santa Rosa, Michel Odent, Robbie Davis-Floyed, somada aos dados, igualmente, mobilizou a atenção. A película teve forte penetração no movimento de humanização do parto e nascimento, que auxiliou sua divulgação. Ele também foi exibido nos cinemas em agosto de 2013 e, atualmente, está disponível *online* nas plataformas do *Netflix* e *Youtube*³⁷, ambas com acesso pago. Em 2018, estreou “O Renascimento do Parto 2”, que dá continuidade à denúncia da banalização das intervenções excessivas no parto e da violência obstétrica, além de privilegiar uma discussão claramente feminista e dos estudos de gênero para abordar a temática. Essa versão ainda não está disponível nas plataformas citadas acima.

A motivação de cunho espiritual para a atuação como doula foi citada por duas entrevistadas (D4 e D9), não sendo este dado uma novidade. Segundo Raquel Simas (2016), algumas doulas entendem a atuação da doulagem quase que de forma messiânica. Nessa chave de compreensão, há um ‘salvador’ e alguém a ser ‘salvo’, sendo que o ‘salvador’ é a figura central, que detém o poder, a cura e a libertação da ‘ovelha perdida’. O sentido dessa missão/chamado para as nossas entrevistadas pode estar ligado a práticas, assim como a projetos de vida e ‘redenção’ da própria doula e das mulheres atendidas. Ademais, essa perspectiva demarca uma linha tênue entre ação técnica e caridade e, não por acaso, ambas têm a maioria dos seus atendimentos voluntários e voltados para mulheres de baixa renda. Reafirmam essa opção ao relatarem seus atuais objetivos: “acessar aquelas mulheres que não sabem o que é uma doula, é conseguir chegar nessas mulheres [...] penso na diferença que isso pode fazer para elas” (D4); “estar em espaços e lugares que discutem o acesso para todas as mulheres, em especial aquelas do SUS” (D9).

Do conjunto das entrevistadas, apenas três (D2, D4, D6) dedicam-se integralmente a ocupação de doula, compartilhando as seguintes

³⁷ Disponível em: < <https://www.netflix.com/browse> > e < <https://www.youtube.com/watch?v=wtAVWytZHRY> >. Acesso em 24 jul. 2018

características: são casadas; possuem ensino superior completo; têm filhas/os. Todavia, a doula D4 apresenta a especificidade de atuar, principalmente, no sistema de trocas e voluntariado, embora relate que acharia justo receber retorno financeiro pelo seu trabalho, mas justifica que costuma atender mulheres que não tem condição de realizar o pagamento.

Entre as demais, três (D7, D8, D10) atuam como autônomas em outras áreas, uma (D3) é servidora pública municipal e outra (D5) é assistente administrativo de uma organização. A maioria das entrevistadas tem um duplo vínculo de trabalho, em função da dificuldade de se manter financeiramente dessa ocupação, representando um mercado de trabalho instável. Com efeito, nesse quesito, nossos dados diferem do estudo apresentado por Antônio R. Ferreira Jr e colaborador (2016), ao constatarem a doulagem como atividade exclusiva da maioria de suas entrevistadas. Tal panorama reafirma que a realidade da comunidade de doulas brasileiras não é homogênea, sendo atravessada pelas especificidades de marcadores sociais, como território, classe, raça/etnia, gênero, que vão repercutir na forma e exercício da doulagem.

Conforme ilustrado na Quadro 03, abaixo, a doula com mais partos acompanhados foi D6, com 480 à época da entrevista, seguida de D3, com aproximadamente 250 partos assistidos. Não por um acaso a primeira atua no campo há 12 anos e a segunda há 11. A média de partos/ano acompanhada por D6 representa 40 e por D3, aproximadamente, 23. Quando perguntamos quantos foram realizados no HU/UFSC, D6 respondeu 18 e D3 não lembrava exatamente, mas alegou poucos. Em relação às demais, aquelas que têm entre três e seis anos de experiência com doulagem, a média de partos assistidos varia de quatro a 11 partos/ano. Aquelas com menos de dois anos de atuação, a média é de oito a 10 partos/ano assistidos.

Quadro 3 – Tempo de experiência e local onde assiste partos

| Nome fictício | Tempo que atua assistindo o partos | Total de partos atendidos | Partos atendidos | | | |
|---------------|------------------------------------|---------------------------|------------------|--------|-----------------|--------------|
| | | | SUS | | Privado | |
| | | | HU-UFSC | Outros | Maternidade-des | Domicílio-ar |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------|----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| D1 | 06 anos | aprox. 30 | não lembra | não lembra | não lembra | não lembra |
| D2 | 01 ano | 10 | 07 | 0 | 03 | 0 |
| D3 | 11 anos | aprox. 250 | não lembra | não lembra | não lembra | não lembra |
| D4 | 09 meses | 04 | 02 | 01 | 01 | 0 |
| D5 | 1,5 ano | 12 | 03 | 03 | 06 | 0 |
| D6 | 12 anos | aprox. 480 | 18 | 54 | 168 | 240 |
| D7 | 3,5 anos | aprox. 20 | 01 | 01 | não lembra | não lembra |
| D8 | 04 anos | aprox. 40 | 19 | 0 | 19 | 02 |
| D9 | 04 anos | aprox. 45 | 04 | 41 | 0 | 0 |
| D10 | 04 anos | aprox. 15 | 01 | 4 | 0 | 10 |

Fonte: Elaboração das autoras

Em relação ao número de partos assistidos pelas entrevistadas, identificamos três grupos: aquelas com mais de 10 anos de experiência assistiram mais partos domiciliares; aquelas com média de atuação de quatro anos, assistiram mais partos em maternidades privadas; as doulas com até um ano e seis meses de atuação acompanharam mais partos no SUS, o que de certo modo demonstra que a orientação sugerida por algumas formações, de iniciarem a assistência nos serviços públicos de saúde, é seguida.

Através da narrativa das doulas D3 e D6, que atuam há mais de dez anos na área, percebemos ‘paixão’ e defesa pelo parto domiciliar em detrimento das maternidades, ao destacarem a harmonia que o domicilio proporciona para a gestante e para a equipe. Identificamos certa resistência de D3 (11 anos de doulagem) em não revelar o número de partos acompanhados no SUS. Relatou apenas que “são poucos”, possivelmente tendo consciência do impacto desse dado para a discussão da universalização do acesso ao parto humanizado. Uma das justificadas das doulas para terem atendidos poucos partos no SUS era a dificuldade, em Santa Catarina, antes da ‘Lei das doula’ (2016), de atuarem em maternidades privadas ou partos domiciliares. Todavia, elas referem que uma possibilidade utilizada para entrarem no SUS, antes de 2016, era quando a mulher-gestante escolhia ser assistida pela doula ao invés da presença do/a acompanhante. Este cenário figurava, na verdade, como uma estratégia de perdas e ganhos, pois a mulher abria mão do direito de ter presente o/a acompanhante indicado (Lei no 11.108, de 7 de abril de 2005), para acessar uma assistência digna, horizontal, respeitosa e, supostamente, protegida das violências obstétricas-institucionais e do

medo que elas projetam às mulheres. Ademais, tal ‘substituição’ gerava um distanciamento da figura de afeto, representada pelo/a acompanhante, o que poderia acarretar em prejuízo aos benefícios que essa assistência traz (DINIZ, et al, 2014).

As doulas (D7, D8, D9, D10) com tempo médio de atuação de quatro anos têm mais partos assistidos no ambiente privado, com exceção de D9, que atendeu somente no SUS. D7, assim como D3, relevou que não lembrava quantos partos atendeu no ambiente domiciliar e em maternidades privadas, porém sabia que tinha apenas dois partos acompanhados no SUS. Esta doula foi explícita ao destacar a importância da renda para seu contexto de vida: separada, com uma filha de 2,5 anos e autônoma, atuando simultaneamente como doula. Relata que a função de provedora da família não lhe oportunizou ser flexível, inclusive na negociação do valor da doulagem:

Sim, a maioria me remunerou. Eu acompanhei acho que um ou dois partos como voluntária, mas minha necessidade financeira era muito grande e meu tempo muito escasso, em função da minha filha. Eu não me abri para acompanhamentos voluntários. (...) No começo eu até tinha bastante flexibilidade de valor, eu acompanhei parto pelo o que ela poderia pagar, pela troca que ela pudesse na época, mas totalmente voluntário, não mais (...).

Ao questionarmos quantos partos D1 havia assistido em sua trajetória de trabalho, sua resposta foi uma crítica à contabilização, relatando que não atua de forma produtivista e, por isso, não sabe o número de atendimentos realizados. Destacou que os números não são uma preocupação sua, mas a qualidade com o trabalho desenvolvido. Também enfatizou que não entende a doulagem somente associada ao acompanhamento de partos, não tendo, portanto, sentido a contabilização:

Tem doulas que, no mesmo tempo de atuação que eu, já tem mil partos, mas não é nem meu foco. Mas eu boto assim uma média de uns 5 partos por ano. Que é o que eu me dedico, é o que eu dou conta. Mas eu nunca parei pra ficar contando... não me importo muito... (...) A pouco tempo ainda eu estava com uma mulher que eu acompanhei o bebê, agora ele tá com três anos, o outro com quatro anos e a gente segue trocando igual, desde a gestação.

Então, pra mim, **são processos que não encerram**. Tu não tens como ser pontual aqui. Então, números assim não me cabem muito, sabe (...) Eu acho que um pouco do caminho que eu fui tomando, de estudar psicologia e de continuar nesse processo, independente da ideia do **maternar, não só o parto pontual** (...) Eu entendo de onde vem a tua pergunta, ‘mas quantos partos que tu já acompanhou?’ **parece que a doula é só para aquele momento, sabe. E eu enxergo uma dimensão tão maior.**

Além da contestação à pergunta referente ao número de partos, porque pode remeter à lógica de mercado e, igualmente, a uma possível “cotação” de serviço, resultante da experiência e de um currículo, D1 demonstrou, ainda, resistência ao conceito de doulagem restrito ao parto e nascimento. Destacou que entende o trabalho da doula de forma mais ampla e não limitada ao momento do parir, associando a doulagem à “maternagem” (D1), técnica empregada na psicoterapia (STELLIN, et al, 2011).

Notamos que as doulas iniciantes (D2, D4, D5), aquelas com até um ano e seis meses de atuação, têm, proporcionalmente, mais partos atendidos no SUS do que as demais. Tal realidade é justificada por D2 no seguinte relato:

[...] como eu estou começando agora no trabalho de doula, faz 1 ano, o que é relativamente pouco, o preço acaba facilitando para uma mulher que vai ganhar no público e já tem outros gastos, assim, às vezes, acaba fazendo exames particulares, pagando uma consulta ou outra, então, ela investe numa doula. Dai se já vai parir no particular, já vai **contratar uma doula que cobra mais caro, que tem mais experiência e nome**. Por isso, talvez, esse número meu no SUS é tão saltitante (destaque nosso) (D2).

Como identificado no trabalho de Raquel Simas (2016), alguns cursos de formação de doulas recomendam que elas iniciem seu trabalho cobrando menos, com a finalidade de acumularem mais experiência, sendo tal orientação implícita no relato de D2. Por sua vez, o saber qualificado da doula, associado ao acúmulo da experiência profissional, são monetizados em custos mais altos para as mulheres-gestantes. Como

expresso no relato acima, além da experiência, o quesito ‘nome’ e ‘fama na praça’, explicitado por D2, somam-se ao custo cobrado pelas doulas de Florianópolis. Outro fator que chama a atenção é o acompanhamento de mulheres com menos poder aquisitivo e usuárias do SUS, com vistas à construção de um currículo e histórico profissional que acumula saber/experiência.

3.2 Histórico reprodutivo das doulas entrevistadas

Nosso *corpus* é formado por um grupo de mulheres que tiveram partos naturais e experiências positivas ou superpositivas ao darem à luz em modelos obstétricos menos intervencionistas. Do conjunto de doulas entrevistadas, oito (08) possuem filhos/as e tiveram partos vaginais, exceto D8, que realizou três cesarianas, sendo duas eletivas, referindo ter vivido violências obstétricas, assim como D1 e D3, que tiveram experiências negativas apenas com o primeiro parto. A maioria tem mais de um filho/a, exceto D4 e D7, que tem apenas um/a, como representado no Quadro abaixo.

Quadro 4 – História reprodutiva das doulas entrevistadas

| Nome Fictício | Possui filhxs | Local do parto | Tipo de parto | Parto foi acompanhado por doula | Experiência positiva ou negativa com seus próprios partos |
|---------------|---------------|---|---------------|---------------------------------|---|
| D1 | 1 filhx | SUS (HU) | Parto vaginal | Sim | Negativa; com violências obstétricas; doula substituiu o/a acompanhante |
| | 1 filhx | Domiciliar desassistido, cuidados finais no SUS (Carmela) | Parto vaginal | Não | Positiva até chegar no hospital, após nascimento da filha |
| D2 | 1 filhx, | SUS (HU) | Parto vaginal | Não | Positiva. Parto acompanhado pelo esposo |

| | | | | | |
|------------|----------|--|-----------------|-----|--|
| D3 | 1 filhx | SUS (HU) | Parto vaginal | Não | Negativa, sem violências obstétricas |
| | 1 filhx | Domiciliar | Parto vaginal | Sim | Muito positiva. |
| D4 | 1 filhx, | SUS (Carmela) | Parto vaginal | Não | Positiva. Parto acompanhado pelo esposo |
| D5 | - | Sem filhos, mas deseja ter | - | - | - |
| D6 | 1 filhx | Domiciliar | Parto vaginal | Sim | Super positiva. |
| | 1 filhx | Domiciliar | Parto vaginal | Sim | Super positiva. |
| D7 | 1 filhx | Domiciliar | Parto vaginal | Sim | Positiva. Parto acompanhado pelo esposo |
| D8 | 1 filhx | SUS (Carmela) | Cesariana | Não | Negativa, não teve qualquer acompanhante durante o parto |
| | 1 filhx | Maternidade Privada | Cesaria eletiva | Não | Negativa, com violências obstétricas |
| | 1 filhx | Maternidade Privada | Cesaria eletiva | Não | Negativa, com violências obstétricas |
| D9 | - | Sem filhos, mas deseja ter | - | - | - |
| D10 | 1 filhx | Domiciliar | Parto vaginal | Não | Positiva |
| | 1 filhx | Domiciliar desassistido, cuidados finais equipe parto domiciliar | Parto vaginal | Não | Positiva |

Fonte: Elaboração da autora

Os três principais ambientes de parto ‘escolhidos’ por elas foram, respectivamente:

- partos domiciliares (cinco partos) e maternidades privadas (dois partos), somando sete (07) partos em sistemas privados;

- instituições do SUS, com destaque para o HU/UFSC (três partos) e Maternidade Carmela Dutra (dois partos), totalizando cinco nascimentos em ambiente público;
- partos domiciliares desassistidos, perfazendo dois (02).

Chama a atenção o fato de a maior parte, inclusive aquelas que pariram no SUS, ter planos de saúde, reafirmando a realidade identificada por Rosamaria G. Carneiro (2011). Em seu estudo, a autora evidenciou que a imensa maioria das adeptas do parto humanizado possui convênio médico e é assistida por médicos/as e instituições particulares, enquanto as mulheres assistidas pelo SUS são, geralmente, oriundas das periferias, adensando as camadas mais populares de nossa sociedade.

O parto domiciliar, para aquelas entrevistadas que conseguiram acessá-lo, soa como a ‘cereja do bolo’, pois possibilita o alcance de várias potencialidades do ‘parto ideal’ defendidas pelo movimento do parto humanizado e doulas (SIMAS, 2016). Essas prerrogativas incluem: a liberdade de emoções, movimento, expressões religiosas, necessidades físicas; protagonismo da mulher-parturiente acolhido e amparado; a mulher-parturiente e o trabalho de parto que ditam o tempo e não a equipe de saúde; presença das pessoas, profissionais e objetos de escolha dela; poucas intervenções obstétricas; controle do ambiente (luz, som); uso que terapias alternativas, como bola, banho terapêutico, uso de ervas, óleos essenciais; demandas pessoais atendidas de forma individualizada e não protocolar, coletivas e padronizada como nas instituições. Quanto mais dessas necessidades forem atendidas, melhor, pois aproximam a mulher da sua ‘natureza’, a exemplo dos modelos de parto indígenas. Não por um acaso, a contemplação desse conjunto de características do ‘parto ideal’ é pouco provável na maioria das maternidades públicas brasileiras, daí o grande desejo pelo parto domiciliar.

Todas as participantes que tiveram partos domiciliares referiram experiências muito positivas (D1, D3, D6, D7, D10), a exemplo das doulas D6 e D7 que partilham com alegria e orgulho suas experiências:

[...] ai, minhas experiências de parto foram **fantásticas!** Fantásticas! Tipo, no sentido de eu me sentir totalmente acolhida, empoderada, no meu lugar de responsabilidade para o meu próprio processo, sabe. De sentir assim que o papel delas [mulheres presentes da equipe + mãe] era simplesmente de permitir que eu pudesse vivenciar aquela experiência que era só minha. Então, eu

sentia segurança por elas estarem lá, mas sabia que a responsabilidade de fazer tudo era minha. Então: muito respeito! Assim, é, me senti muito respeitada. E lógico, que teve momentos desafiadores, né, internamente, com relação a lidar com a dor do parto [...] mas eu digo que **eu pariria muitas vezes dessas formas como eu pari**, eu me senti muito bem nesses partos.

[...] eu percebi que dentro da Maternidade eu não teria a liberdade de escolha que eu teria dentro da minha casa. Então, na época, eu falei com meu marido, com o pai da minha filha, ele super me apoiou, e disse “to contigo, se tu quiseres, é isso aí que a gente vai fazer”. Mesmo tendo **plano de saúde**, eu escolhi pelo parto domiciliar. [...] em nenhum momento senti medo ou fiquei preocupada por estar em casa, eu me senti muito segura, até porque o **médico** tava lá, né, com todos **equipamentos**, o que era preciso. Eu tava sabendo que estava tudo bem. E eu entendi o que é que era esse mesmo o processo, então **me senti muito respeitado, empoderada** [...] com um poder de decisão que eu queria fazer, na hora que eu queria fazer, a posição que eu queria estar, do jeito que eu queria estar, o que eu queria comer, o momento que eu queria comer, dentro da minha casa, no meu chuveiro, pelada, sabe... totalmente à vontade; num ambiente totalmente íntimo (D7).

Notamos que o modelo de parto domiciliar é personalizado à maneira das particularidades da história de cada mulher-parturiente, como expresso nos relatos acima. D7 se sentiu bastante segura com a presença do médico (homem) e seus equipamentos em sua casa. D6, por sua vez, destacou a presença das mulheres, sua mãe e equipe de profissionais que eram suas colegas de trabalho, sem sequer mencionar a presença de qualquer tipo de tecnologia. Tal diferença aponta as necessidades específicas de cada mulher, e sua relação com a concepção de corpo, parto, saúde, segurança. Também foi possível observar que a maioria das doulas entrevistadas, que pariram em ambiente domiciliar, estiveram acompanhadas pelo companheiro, por uma doula ou por amigas que não tinham formação em doulagem, mas representaram esse papel:

Eu fui acompanhada por uma equipe de enfermeiras obstétricas. Na época, em Floripa, não tinha praticamente nenhuma doula. Então, **duas amigas** minhas foram comigo no parto, foram na minha casa, no parto, e elas foram, **apesar de não terem formação de doula formal**, elas foram um grande apoio, pois eram pessoas que me conheciam profundamente e sabiam o que eu gostaria para o meu parto. Então, foi muito **lindo!** (D3).

Nesse sentido, D3 aborda positivamente a presença de outras mulheres, sem formação em doula, ocupando esse lugar/função de acolhimento e acompanhamento, desde que sejam próximas e conectadas com os planos da mulher-parturiente. De certo modo, recupera as histórias/experiências das mulheres que pariam em casa, acompanhadas de outras mulheres e parteiras tradicionais, realidade ainda presente em regiões remotas do Brasil.

Por sua vez, notamos que entre as entrevistadas que pariram no SUS, a maternidade mais escolhida e desejada foi a do HU/UFSC, a exemplo de D4. Esta tinha planejado sua internação no HU/UFSC, chegando a abrir mão do seu convênio médico, mas em virtude da super lotação, pariu em outra maternidade pública de Florianópolis:

[...] quando eu engravidei dela, eu já queria ter um parto humanizado, eu comecei a estudar... e na época, mesmo **tendo convênio**, o meu convênio só cobria o Santa Helena [*maternidade privada*]. E daí, por conta disso, eu optei em ter no HU, porque eu sabia que lá eu teria menos chances de sofrer uma violência obstétrica do que na Santa Helena, ou de ser coagida de fazer uma cesárea. Ai eu fiz o **grupo de gestantes do HU e foi muito bom** para mim, somou com as informações que eu já estava buscando na internet e tal. Dai resolvi ter lá. Dai no dia que eu entrei em trabalho de parto, eu fui no HU, só que quando eu cheguei lá, cheguei com 6 cm de dilatação e estava lotado. Dai foi bem estressante, eu não queria ser transferida de jeito nenhum, e o médico-residente veio conversar comigo e ele falou que “não tem como”. E, realmente, tinha gestantes em trabalho de parto ali na Triagem, no corredor, não tinha mesmo onde me colocar. E ai eu fui transferida para a Carmela, fui

de ambulância com 7 cm de dilatação, mas o médico foi junto comigo. E aí no final, ela acabou nascendo na Carmela e tive uma experiência positiva. Eu cheguei lá com muito medo, eu nunca tinha entrado lá, e eu ouvia relatos muito ruins da Carmela, mas acabou que não foi tão ruim assim, foi tranquilo (D4).

Destarte, as narrativas das entrevistadas nos apontam uma relação paradoxal com a maternidade-escola da UFSC. Por um lado, elas reconhecem pontos positivos e reafirmam a boa reputação da instituição por ser referência na política de parto humanizado na região, inclusive relatando que indicam esta maternidade para suas ‘doulandas’; por outro, não deixam de sublinhar as limitações da instituição ao descreverem as violências obstétricas que sofreram lá como parturientes, ou outros desafios da dinâmica institucional quando atuam como doulas. Os relatos das doulas D6 e D5 representam essa situação:

[...] ali no HU os residentes são maravilhosos. Eles estão vindo preparados da educação. Então, eu vejo que a graduação está sendo boa, porque vejo que todos os residentes, toda vez que eu acompanhei nesses últimos, nos últimos anos 05 anos, os residentes são muito respeitosos. [...] Já os obstetras de plantão, são grossos daquele jeito, tipo somos os chefões, e aí o residente está construindo aquele contexto bonito de muito acolhimento e eles chegam e “não! Agora vai fazer o toque, agora...”. Tudo que foi construído é quebrado. Mas eu vejo isso, que os **residentes** estão chegando muito prontos, muito prontos. Eu to com muita esperança dessa equipe que está vindo (D6).

Bom, eu sou uma defensora absoluta do SUS [...] eu não vejo diferença da qualidade de atendimento de uma mulher que tem um parto no HU e na maternidade Ilha [maternidade particular], por exemplo, que são as duas referências de parto humanizado em Floripa [...] No HU, especificamente, eu percebo que assim, em termos de humanização do parto, isso é **relativo na prática**, porque tudo **depende da equipe de plantão**. Tanto no sistema privado como no público. Tudo depende da equipe de plantão,

depende de quem está na chefia da enfermagem, depende de quem está na chefia da obstetrícia. No HU é um pouco diferente, porque tem os residentes, então, a dinâmica muda (D5).

Ambas doulas apontam a presença das/os residentes de medicina como potencial de transformação da realidade institucional, sendo que D6 distribui elogios para ‘as novas gerações da medicina’. D5, assim como outras, assegura que tudo depende da equipe de plantão e do entendimento dela de parto humanizado, por isso, “é rezar para pegar um bom plantão”. Tal afirmação indica que um parto menos intervencionista na instituição está à sorte das/os profissionais presentes naquele momento, e pouco problematiza as questões estruturais envolvidas nesse contexto.

As doula D2, D1, D3, apesar de terem experiência de partos diferentes, e em momentos distintos, têm em comum o local de nascimento do primeiro filho/a: HU/UFSC. Elas relatam que a ‘fama’ da instituição em relação à política de humanização de partos foi determinante na escolha, e ressaltam questões positivas e negativas do momento:

Foi uma experiência muito boa para mim, acredito que para o meu filho também ter nascido dessa forma. E o **HU foi um ambiente que respeitou bastante as nossas vontades**. A gente tinha feito o curso de gestantes na Lagoa, e a gente fez um Plano de Parto, que a gente apresentou para todo plantão que estava lá no dia; e a plantonista foi super compreensiva, ela leu todo o plano de parto junto com a gente e tirou todas as nossas dúvidas. **E ela disse que tudo o que estava no Plano de Parto era possível no HU**, que faz parte da política do Parto Humanizado. Então, foi bem bom nesse sentido. A gente teve que assinar umas coisas legais, porque a gente não queria colocar o colírio nos olhos do bebê. Foi feito todos os exames, que eu não tinha qualquer doença, nisso **meu companheiro foi bem pressionado** a deixar colocar [o colírio], porque foi o momento que eu estava levando pontos, então, o bebê ficou separado de mim, foi com o meu companheiro [...]
(D2).

[...] a gente tava decidindo se eu ia pra Clínica Santa Helena ou pra Clínica Ilha, ou pro HU. E por ter essa **referência de humanização, a gente meio que definiu o HU**. O medo de ir para a Santa Helena era uma cesárea não indicada, como foi a minha irmã, que teve na Santa Helena e na Clínica Ilha e não lembro o motivo. [...] Bom, e no momento do parto, no expulsivo, onde a equipe chegou, começou meio que... e foi uma enfermeira específica na verdade... mas dali a gente tinha que mudar. Na época ainda tinha que mudar de quarto, do pré-parto para a sala de parto... e eu lembro dela **gritar comigo** se eu queria que minha filha nascesse no meio do corredor, sabe, porque eu parava na contração e não queria ir, eu queria ficar onde eu tava né, e ela gritou e foi o que me fez ir para a outra sala – lógico – só que ali mudou todo o processo. O que **estava fluindo lindo**, perfeito, **travou tudo...** eu parei de ter contração, eu comecei a ficar nervosa, começou a faltar o ar, eu sentei naquela cadeira e eu estava odiando estar naquela cadeira[...] (D1).

Aí me deparei com a cena de que as taxas de cesariana muito altas, **eu tinha plano de saúde**, eu já sabia que eu ia cair numa cesárea, e aí eu optei por fazer o acompanhamento que era plantonista do HU, e na época eu já sabia que eu tinha uma filosofia mais disso, da confiança no parto natural. Eu fiz meu pré-natal com ele e pari no HU. Dai, enfim, eu sai do parto, tive um parto com analgesia, ocitocina, foi um parto de cócoras, sem Episiotomia, e fui atendida por esse plantonista que eu fazia pré-natal. Por **sorte** ele estava lá, **foi uma pessoa incrível**, ele realmente me deu uma assistência assim, legal, no final do trabalho de parto, na hora do nascimento mesmo; mas eu **passei por vários profissionais que tinham condutas diferentes**, alguns de maneira mais agressiva, outros mais acolhedores, e aí essa diferença toda de praticas me deixou confusa (D3).

Outro conjunto de partos chamou nossa atenção: os ‘desassistidos’ por qualquer profissional, principalmente a situação da participante D1,

que assumiu tal risco por não ter condição de pagar um parto domiciliar e não querer se submeter a intervenções desnecessárias em maternidades públicas. Já D10 contratou uma equipe de parto, mas ela não chegou a tempo (à época ela morava no interior do estado e a equipe estava vindo da capital) e a doula não compareceu, pois estava viajando, trazendo prejuízos financeiros e emocionais à entrevistada. Ademais, D10 assegura que “Então, foi uma experiência de um parto desassistido, não porque eu quis, mas, mas também correu tudo bem, deu tudo certo, depois que a equipe fez os exames e tal... tava tudo bem” (D10). Desse modo, diferentemente da doula D1, D10 afirma que o parto desassistido não foi planejado, mas um conjunto de questões culminaram para isso, e não envolveu a falta de recurso financeiro.

Porém, D1 deixa claro que o parto desassistido foi a única opção que encontrou, pois tinha muito medo das intervenções obstétricas e não tinha condições de pagar um parto domiciliar. Relata que quando decidiu ter o parto desassistido, não recebeu apoio do seu companheiro, seus familiares, nem das suas colegas doulas, sentindo-se totalmente desamparada e sozinha.

[...] eu queria um parto domiciliar por essa experiência que vivi no HU, e vi que, mesmo com doula, a gente estava à mercê de sofrer intervenção e sofrer violência numa maternidade (...) Então, eu fui buscando o parto domiciliar desde o início, busquei, busquei, e eu vi que **não era a minha realidade financeira**. E no final eu decidi que eu ia ter desassistido, se eu visse que eu não ia dar conta, eu iria para uma maternidade. E daí, eu tentei de várias formas atendimentos de parto domiciliar e não teve como, **apesar de eu ter conhecidas no meio**.

Nesse sentido, o abandono, inclusive das suas colegas doulas, recupera a problematização de Raquel Simas (2016), ao referir que elas pactuam apenas um modelo de parto, ocorrendo uma relação binária entre o parto ‘certo’ e ‘errado’. A escolha pelo parto desassistido pode trazer consequências severas para a mulher e recém-nascido/a. Ela informou que após o nascimento da sua filha, sua mãe levou ela e a recém-nascida para a maternidade mais próxima do SUS (Maternidade Carmela Dutra), e ao chegar lá, foi submetida a uma série de punições por sua ousadia, como: violências psicológicas da equipe; intervenções desnecessárias após o parto; separação da sua filha por duas horas, ouvindo o choro dela à

distância; internação mais longa sob justificativa de ‘supervisionar o bebê que não nasceu no hospital’.

Tais fatos revelam a realidade conhecida de violências institucionais obstétricas as quais as mulheres brasileiras estão submetidas, e quão urgente é a necessidade de mudanças na formação profissional (GOMES, 2014), bem como nas estruturas conservadoras da sociedade, que auxiliam a reprodução dessa realidade. Projeta-se, ainda, a necessidade de efetivação dos princípios - universalidade de acesso, integralidade de atenção e relações respeitosas entre usuárias/os e profissionais -, que referenciam as políticas públicas, como o SUS e a PNAISM. Contraditoriamente, sua materialidade afetaria as motivações que levam a busca pelos serviços privados de parto domiciliar, e até mesmo pelas doulas. Ousamos considerar que o Brasil é campeão em violências obstétricas porque alguém ganha com isso, e esse alguém não são as mulheres, independe de gênero, classe e raça. Ademais, é imperativo a superação da lógica individualista, própria da dinâmica e formação estadunidense importada para as doulas latinas (SIMAS, 2016).

Além do mais, a opção pelo parto desassistido representa a fuga da violência obstétrica (CARNEIRO, 2015); a limitação e sofrimento de um conjunto de mulheres que não pode pagar um parto domiciliar; o medo de reviver experiências de partos traumáticas no SUS; os caminhos que algumas mulheres encontram para lidar/driblar as violências estruturais; a potência de resistências de um grupo de mulheres-gestantes diante do sistema de saber-poder ‘biomédico’ institucionalizado.

Por sua vez, é nesse contexto de medo e violências obstétricas que o trabalho das doulas, enfermeiras obstétricas/parteiras urbanas, equipes de parto domiciliares são requisitados e representam a esperança de um parto mais respeitoso. Todavia, conforme relatado por D1, nem todas as mulheres podem acessar tais serviços, e aquelas que não têm essa opção, ficam à mercê. Essas fazem parte de um conjunto de mulheres invisíveis e ‘não dignas’ ao ‘parto *gourmet*’, pois não cumpre o pré-requisito monetário necessário para a compra do pacote, remontando as violências de gênero e classe social. Com efeito, ao acharem caminhos secundários, que não os culturalmente aceitos, são punidas.

Outro fato que saltou aos nossos olhos foi que as entrevistadas D1 e D10 descreveram experiências negativas com doulas. D1 relatou que no seu primeiro parto foi atendida por uma doula novata, totalmente inexperiente, que cortou os vínculos criados após o nascimento da sua filha. Ela avalia tal ruptura prejudicial, por soar como uma relação mercadológica superficial e monetizada. D1 defende que as doulas devam

estar disponíveis e contribuir com a maternagem da puérpera a longo prazo, por ser tratar de uma fase que traz novos desafios e solidão.

No caso de D10, ela informou que a doula contratada não pode comparecer, o que lhe deixou insegura e abalada emocionalmente durante e após o parto. Esta situação reforça aspectos da narrativa de D1, e nos leva a problematizar a dependência criada entre doulas e mulheres-gestantes, contrapondo-se ao discurso de autonomia, protagonismo e liberdade, defendido e promovido pelas doulas. Implicitamente, essa vinculação pode trazer prejuízos às mulheres e representar mais uma das armadilhas do parto humanizado.

O último grupo de partos versa sobre o caso da única doula do nosso *corpus* que teve partos cirúrgicos (D8). Esta narrou muitas violências obstétricas e sua fala era carregada de sofrimento/raiva ao nos informar sobre suas experiências com as cesarianas. Tal sofrimento parece ainda mais agudo ao revelar que “todas as mulheres da sua família pariram” via parto vaginal, somado ao histórico de ter parteiras tradicionais na família. Nessa compreensão, as mulheres que não atendem às características do ‘parto ideal’ e se ‘submetem’ a cesarianas ou outros modelos de parto, são consideradas ‘alienadas’ pelas ativistas do movimento (SIMAS, 2016). Portanto, não por acaso, tal histórico reprodutivo incomoda tanto D8 e outras mulheres que não atenderam esse modelo. A seguir, D8 relata sobre o seu primeiro parto, na adolescência:

[...] Então, eu tive contrações o dia inteiro, eu entrei num início de trabalho de parto... o médico que me examinou, quando me indicou a cesariana, ele disse que eu tava com 5cm, mas eu não sei né, **ele pode ter mentido**, eu podia estar com mais, eu não sei [...]. Eu fui encaminhada para uma cesariana, que até hoje eu não sei de verdade qual foi a real indicação, fui encaminhada para uma cesariana bastante difícil, eu não tive ninguém comigo... do momento da triagem até o momento que eu desci da recuperação, eu não vi ninguém da minha família, não vi meu filho quando ele nasceu, ele foi levado direto para a UTI. Eu também não sei se ele precisava ir mesmo pra UTI, até hoje eu não sei... ou se colocaram como forma de punição, ou, enfim, eu não sei. Então assim, esse processo foi bem difícil pra mim, e destruiu tudo o que eu até então tinha construído muito naturalmente sobre uma ideia de parto e nascimento. **O dia que meu**

filho nasceu não foi o dia mais feliz da minha vida, não foi mesmo. [sobre o segundo parto] Eu criei vínculo com a obstetra pelo simples fato dela garantir que eu não passaria por aquilo [violências obstétricas], que eu passei antes. E hoje eu sei que ela não me trouxe a informação que eu precisava, ela não respeitou meu corpo, que sim, ela pensou muito na praticidade da agenda dela, mas na época eu não tinha esse entendimento [...].Eu sempre fiquei com aquela sensação de que eu não tinha parido. Todas as mulheres da minha família tinham parido. E eu não falava isso também. Uma vez uma tia minha, minha madrinha, inclusive, ela falou assim “ah, mas mãe que não pariu, não sabe o que é a experiência completa de ser mãe”. Isso me ofendeu muito; meio que a gente teve uma briga, mas eu não consegui argumentar, porque não conseguia trazer uma reflexão crítica sobre isso. Eu até entendo que no contexto da minha família, em que todas as mulheres pariram, e eu sou de fato a única mulher... não eu tenho uma prima também que **não pariu, ela teve duas cesarianas eletivas**. Mas ela também tem toda uma outra história de traumas. Mas as minhas irmãs pariram, minha mãe, minhas tias, todas as mulheres até essa prima, mas ela foi ter bem depois de mim. Até aquele momento, eu era a única mulher da minha família que não tinha parido. Isso me deixava ... não no sentido da comparação, mas há algo errado comigo. (D8) [destaque nosso].

Nota-se que para algumas mulheres, doulas e sujeitas/os do movimento da humanização do parto, somente é considerado parir o parto vaginal, conforme a discussão de ‘parto ideal’ trazida por Raquel Simas (2016). O parto cirúrgico, vilão da história, é traduzido como algo trágico, um dano muito grave, uma batalha perdida para o sistema obstétrico machista, capitalista e opressor. Parece que o parto cirúrgico traz sentimentos próximos ao do luto e inconformismos, como explicitado por D8: “há algo errado comigo”. Ademais, percebemos que o discurso sobre as mulheres que foram submetidas à ‘cesariana vilã’ percorre, numa linha tênue, três fatores: a vitimização/fatalismo da mulher em relação ao sistema; culpabilização da própria mulher pela sua falta de

protagonismo/conhecimento à época do parto; demonização da equipe médica.

Chama a atenção que maternidades como a do HU/UFSC – referência de humanização do parto e nascimento - também não consideram a cesariana ‘parto’, segundo as doulas entrevistadas. Esta compreensão e definição adotadas as proíbe de entrar no centro cirúrgico da maternidade e acompanhar as cesarianas; fato que discorreremos no próximo item. Na Plataforma dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), parto obstétrico é considerado “Expulsão do feto e placenta sob os cuidados de um obstetra ou profissional da saúde. Os partos obstétricos podem envolver intervenções físicas, psicológicas, clínicas ou **cirúrgicas**.”³⁸. Isto é, cesariana também é parto.

Outro aspecto que se projeta na fala de D8 é a expectativa sobre o ‘parto ideal’: “O dia que meu filho nasceu não foi o dia mais feliz da minha vida, não foi mesmo” (D8). Tal narrativa representa, para a informante, como a positividade do parto está relacionada ao parto vaginal e à naturalização da maternidade como processo essencial, momento ápice da vida de uma mulher, sentido problematizado há décadas pela literatura, como apontado por Banditer (1985) no livro “Um amor conquistado: o mito do amor materno”.

As doulas D5 e D9 informaram que não têm filhos por opção, mas que desejam engravidar num futuro próximo, a depender da conclusão de alguns projetos pessoais. Elas não encontraram problemas com suas doulandas por não serem mães. Ambas, porém, repetiram várias vezes que estudam bastante sobre o tema.

³⁸ Fonte: < <http://decs.bvs.br/>>. Acesso em 23 jun. 2018

4. Saberes que atravessam o parto: as narrativas de doulas latinas que atuam no Hospital-Escola de Florianópolis/SC

Neste item abordaremos os saberes que atravessam o parto a partir das ‘sujeitas cognoscentes’. A comunidade de doulas é uma categoria heterogênea, expressa saberes plurais e atuações/posições diversas, que são neste item abordados, com ênfase aos saberes-poderes que atravessam o cenário do parto, a partir das narrativas das ‘sujeitas cognoscentes’. Discorreremos como se projetam as confluências e dissidências no campo político expressas na relação das doulas com a Associação de Doulas de Santa Catarina (ADOSC), destacando como se apresenta a questão do feminismo, da espiritualidade, das evidências científicas e do saber da natureza. De igual modo, apontamos quais as narrativas das doulas, inclusive sobre suas ações, em relação ao protagonismo das mulheres-gestantes e parturientes nas maternidades públicas.

4.1 Posições políticas sobre os feminismos e ADOSC - “ser doula é uma assinatura feminista”

A relevância da associação política via ADOSC foi destacada pela maioria das doulas. Das dez entrevistadas, oito são associadas, entre essas, cinco (D2, D3, D5, D7, D8) estão na diretoria da entidade, e algumas destas estão ligadas a partidos políticos de esquerda. As associadas à ADOSC alegam acreditar: no poder da militância; em ações coletivas; na pressão popular como uma forma de lutar pela democratização do parto respeitoso; na proteção e ajuda mútua. Apenas duas participantes do estudo (D1 e D9) não são associadas à entidade, e referiram que tal escolha deve-se a questões pessoais, políticas, metodológicas e teóricas. Expressaram, ainda, certa resistência e desconforto para esclarecer os motivos dessa opção, mas foram dando pistas de suas posições no transcorrer da entrevista, como veremos ao longo desse item.

Sobre os feminismos, identificamos dois grupos de pertencimento: uma maioria (D1, D2, D3, D5, D7, D8, D10) se posicionou como ‘**totalmente feminista**’ ou ‘**feminista em construção**’; outras (D4, D6, D9) reconhecem a importância dos movimentos feministas, mas ‘**tecem críticas e revelam suas reservas ao feminismo**’.

Do conjunto de respostas do primeiro grupo, a doula D1, que não é associada à ADOSC, declara abertamente que é feminista, porém relata que não costuma anunciar tal posicionamento por causa do que ela chama de “feminismos-discursos”. Ela se considera ativista pelo direito das

mulheres e relata “eu acho que toda mulher é feminista: todas! Algumas tem clareza disso, outras não tem. Mas no momento em que eu luto por mim, que eu acho que eu tenho direito, que eu corro atrás, eu to sendo feminista, eu to fazendo por todas. Então, eu me vejo dentro do feminismo assim, nessa luta que eu faço por mim e por todas.” D10 expõe que estuda o feminismo, considera o tema essencial para sua atuação, apesar de não gostar de rótulos “feministas”, assim como D1.

A doula D2 entende que possui uma relação antiga com o feminismo, que este influenciou sua história e escolhas de vida. Narra que usa esse saber nas relações sociais cotidianas e como ferramenta de desconstrução social e política. D3, por sua vez, informa que “Eu me descobri feminista quando eu comecei a trabalhar com parto. Porque eu vi que a gente precisa se reconhecer como pessoa, que tem o direito de se expressar e (...) inclusive sobre o que pode ser feito com o nosso corpo”. A participante D8 acredita que é essencial toda doula ser feminista e relata “ser doula é uma assinatura feminista”. Ela descreve o feminismo como um lugar de subversão, que abre fissuras necessárias no sistema obstétrico. A participante D7, assim como D8, crê que ser feminista é uma premissa para ser doula.

O segundo grupo de doulas, que não se autodeclara feminista, apresentou justificativas ligadas ao desconhecimento teórico da área e discordância com algumas posições ‘radicais’ dos movimentos, a saber: D4 informa que somente conhecia o termo feminismo, mas nunca tinha lido a respeito. Teve o primeiro contato mais próximo com o debate no curso de doula e nas discussões/reuniões da ADOSC. Afirma que tem desejo de ler mais sobre o tema e que a convivência com doulas feministas tem aberto seu campo de visão para assuntos antes naturalizados. Nesse passo, a doula não se declarou feminista, porém informa que reconhece a importância do tema. A informante D6 narra que tem relação com o feminismo, “mas não 100%”, ela diz “não sou radical, eu luto pelo direito das mulheres, mas não concordo com a separatividade do movimento com o masculino”. D9 relata que apesar de já ter se declarado feminista negra, hoje defende o direito das mulheres, mas não se identifica mais com o feminismo negro. Menciona que vê limitações no movimento e revela que o contato com outros saberes, como o pan-africanismo, mudou sua perspectiva sobre o feminismo. Assim como a Doula D6, ela comenta que o masculino é negligenciado dentro do movimento e que não concorda com isso.

As críticas levantadas pelas doulas D6 e D9 são dados de reflexão para o movimento feminista e de doulas, visto que algumas expressões e formas de comunicação tem afastados mulheres/doulas do feminismo.

Estas poderiam se somar à ação política, assim como suas demandas e posições, ampliando ainda mais a miríade de leituras feministas. As relações de gênero com o masculino, mais do que serem negadas, podem ser problematizadas e desconstruídas, no sentido de promover culturas simétricas de gênero. A ‘demonização’ e afastamento do masculino, decorrente das violências pessoais e sociais que as mulheres vivem/viveram, instituem dicotomias e polarizações presentes na história dos feminismos e questionadas como tal. A convivência, o diálogo e o tensionamento podem ser importantes ferramentas para a desconstrução do machismo, ao contrário do separatismo. Os homens precisam ser reconstruídos na sua relação com o feminismo, e não abandonados (SCOTT, 1990).

Percebemos, ao longo das entrevistas, que algumas doulas retratam o homem como vilão, assim como a cesárea. Também foi atribuído, por algumas, o homem como um acessório, necessário para a fecundação. Talvez, seja desse lugar de desmerecimento do masculino que as doulas D6 e D9 reclamam e discordam.

Ademais, a partir dos relatos do primeiro e segundo grupo fica claro que todas as doulas entrevistadas esforçam-se, tanto no âmbito privado quanto no público/profissional, até pela busca desta ocupação, pelos direitos das mulheres. Todas relataram a importância do movimento feminista, ainda, que cada uma à sua maneira. Algumas declaram-se feministas convictas; outras se aproximam do tema, outras ‘dando um tempo’ e revendo a organicidade do movimento; algumas preferem não usar o “rótulo” de feminista; outras trazem suas críticas sobre o radicalismo/separativismo entre o feminino e o masculino e a fragilidade das discussões sobre raça/etnia e classe social.

O processo de construção do masculino/feminino, maternidade/paternidade não foi problematizado. O discurso parece estar mais centrado no direito das mulheres, com pouca proximidade ao debate sobre o masculino e a participação do homem-pai. Raquel Simas (2016) levantou dados semelhantes e relata que apesar das doulas se identificarem como feministas, durante as reuniões de gestantes ou outras atividades que envolviam um público maior, pouco problematizavam outras dimensões das desigualdades entre homens e mulheres que não fossem aspectos da saúde reprodutiva. No entanto, cabe lembrar que tal posição faz parte de uma leitura feminista, uma ação política, um saber, que por sua vez não abarca a ampla discussão dos direitos sexuais e reprodutivos e da questão relacional que envolve o conceito de gênero (SCOTT, 1990).

Nenhuma das entrevistadas citou o conceito/noções dos ‘direitos sexuais e reprodutivos’ durante a entrevista, ainda que aproximações tenham sido feitas por D6 e D8 ao problematizarem o aborto. Defendem que as mulheres deveriam ter o direito de serem acompanhadas por doulas nesses procedimentos, se assim quisessem. Tal dado pode estar associado aos apontamentos da pesquisa de Inara Fonseca e colaboradoras (2017), ao informarem que a presidenta da ADOSC declarou que a entidade não se relaciona com a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS)³⁹, nem com a ReHuNa. Essa evidência pode ser uma das razões para o silenciamento ou desconhecimento das doulas atuantes em Florianópolis sobre o assunto.

Inara Fonseca e colaboradoras (2017, p. 07) relatam que a RFS e a ReHuNa são as principais defensoras do parto e nascimento humanizados no Brasil e possuem pautas comuns. Todavia, a diferença de perspectiva aparece a partir de seus objetivos. A RFS “além do parto humanizado também tem como pautas o fortalecimento do movimento de mulheres, defesa do Sistema Único de Saúde e descriminalização do aborto”. A ReHuNa [...] “tem como pautas principais: divulgar práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento (com base em evidências científicas), e incentivar através do conhecimento que as mulheres tenham mais autonomia sobre seus corpos e partos.”

As autoras (FONSECA, et al, 2017) acrescentam que a não proximidade da ADOSC com a RFS pode estar associada à multiplicidade das sujeitas que compõe o próprio movimento de doulas. A exemplo disso, informam que as doulas são provenientes de dois movimentos distintos: humanização e feminista, sendo o ciclo gravídico puerperal (ainda que nem todas sejam mães) o ponto que as une. Assim, a narrativa discursiva do movimento explicita saberes em disputa à medida que as doulas eleitas como representantes da ADOSC estão mais próximas do movimento feminista do que do movimento de humanização.

De igual modo, nenhuma das doulas entrevistadas se reportou à RSF ou ReHuNA, nem sobre o movimento de humanização do parto e nascimento em si, exceto D10:

³⁹ “Criada em 1991, a RFS desenvolve trabalhos políticos e pesquisas sobre a saúde da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. Autodeclarada feminista, para além do parto humanizado a Rede também tem como pautas o fortalecimento do movimento de mulheres, defesa do Sistema Único de Saúde e descriminalização do aborto.” (FONSECA, et al, 2017, p. 6-7).

[...] uma coisa que me impactou muito, chegando aqui em Floripa, foi bem essa questão **das doulas cada uma por si**. “não, eu defendo meu, por que fiz curso com não sei quem”... sabe, existe um ... como que fala... uma **carteirada de diploma** de onde eu, você fez curso, de qual é a sua experiência, isso foi meio geral, que eu senti. Procurei muitas doulas quando eu cheguei aqui [*em Florianópolis*]. ‘Ah, vamos conversar, como é o movimento da humanização aqui?’ **Porque eu vim de lá, a gente trabalhando por um movimento, não por um trabalho individual**. Dai quando eu cheguei aqui, foi meio chocante assim... “quem é você? Eu to no meu aqui”, então, eu fiquei meio assustada, desanimada; já falei ‘ah, não tem ninguém pelo movimento aqui, tá todo mundo único individual’.

Essa realidade sugere tendências de atuações/relações mais individualistas, pouco articuladas com o debate de transformações estruturais e políticas sociais, possível consequência da formação marcada pela cultura social e econômica estadunidense.

De acordo do Inara Fonseca e colaboradoras (2017), apesar do “Movimento de Doulas” apresentar pautas feministas, como o combate à violência obstétrica, ele foca exclusivamente no parto e na maternidade, restringindo o campo de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos. As autoras (2017) destacam a fragilidade dessa perspectiva por não abranger o princípio da integralidade na prestação da assistência às mulheres, visto que questões como abortamento, planejamento familiar, infertilidade, perdas gestacionais não são exploradas, representando um modelo alicerçado no paradigma materno-infantil. Por essas razões, as autoras consideram que o movimento de doulas é mais ligado ao movimento de mulheres do que aos movimentos feministas. Asseguram que as discussões sobre a descriminalização do aborto, o direito das mulheres escolherem não ter filhos e o desejo de não parir de parto vaginal são motivos de críticas e separação na comunidade de doulas. Destacamos que além das questões trazidas pelas pesquisadoras (2017), incluímos a sexualidade como um tema igualmente invisibilizado ou não explorado, perfazendo uma questão secundária, ficando à mercê da bagagem individual da doula.

Há, ainda, para Inara Fonseca e colaboradoras (2017), uma fissura discursiva no interior do movimento, mediada pelas representantes das associações que buscam integrar o discurso da humanização do parto e

nascimento ao feminista e deslocar a leitura do binômio materno-infantil para uma lógica integral no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. Como movimento social, as representações em instâncias de controle social e as tentativas de negociação com o Estado são formas de participação que objetivam colaborar para a implementação das políticas públicas de saúde da mulher. Todavia, apesar das fragilidades dos ‘Movimento de Doula’, as autoras (2017) advogam que ele tem atuado em dois dos três eixos principais do PNAISM.

De modo geral, o debate interseccional entre gênero, raça/etnia, classe social, orientação sexual não foi destacado pelas doulas entrevistadas. Entre as exceções estão D9 e D1, que projetaram com paixão e indignação o marcador de classe social, seguido de raça/etnia; não por acaso são as únicas doulas não associadas à ADOSC. Ao fazerem a discussão de classe, posicionaram-se criticamente à ADOSC e a apontam com tendências elitistas. Do mesmo modo, entre as filiadas à Associação de Doulas, há um número reduzido que incorpora a leitura de classe e raça/etnia como um princípio de direito e de acesso ao SUS, reafirmando sua concepção ampliada de saúde. Desse grupo, as doulas D10, D5 e D8 foram as que mais se aproximaram da discussão ao comentarem aspectos ligados ao aborto e à classe social.

Destacamos que o feminismo interseccional não está incorporado como norteador da formação profissional das doulas, embora haja elementos interseccionais em algumas narrativas, que figuraram como residuais. A incorporação de determinados marcadores sociais por algumas entrevistadas é, novamente, um dado individual e, talvez, legado da origem de classe e/ou da natureza do curso de formação superior (história e psicologia). Contudo, aquelas que apresentam “leituras interseccionais” ampliam a interpretação sobre as sujeitas que demandam a ação da doula e problematizam uma doulagem instituída, inclusive de suas instituições de representação, como a ADOSC, destacando outros saberes e compressões acerca do exercício da doulagem.

[...] E o que eu sinto que falta um pouco da ADOSC é essa questão mais de projetos sociais, mais... porque como eu falei antes... aquela mulher que é graduada, que tem acesso à informação, ela chega lá com a voz dela, com as coisas dela, eu sei que é muito importante a doula – porque ela ta fazendo o acolhimento emocional, ela ta com a massagem, com outros métodos – **mas aquela mulher tem condições de pedir para o sistema um tratamento adequado... agora o que eu sinto que**

falta um pouco desse olhar da ADOSC é para essas mulheres que não tem condições de pedir [...] E assim, querendo ou não, a ADOSC fica um pouco nesse grupinho mais **elite**, mais servindo essas outras mulheres assim... [...] Mas é só esse ponto assim que eu acho... **a luta não é só ir fazer manifestação, né. A luta é fortalecer quem não está conseguindo chegar na manifestação** (D9).

D1 entende a saúde como um direito, não como um privilégio de classe, e defende a doulagem via política pública, que, segundo ela, é pouco debatida nessa perspectiva pela ADOSC.

Porque ali na ADOSC é como se... se juntasse esses dois pensamentos: quem vê a **saúde como mercado** e quem vê como direito, mas acaba prevalecendo o mercado, lógico, né, por ter mais força. [...] Mas o problema é que quando a gente começa a entrar nisso, a seguir o mesmo caminho que tem ali, fingindo que é outra coisa, mudando o discurso, mudando a roupa, e começa a ganhar dinheiro, fica cômodo: ‘ah, tá muito bom pra mim’... ‘ah, mas aquelas **outras mulheres não estão tendo acesso**’... ‘ah, mas isso é problema delas, aqui pra mim, pra nossas tá bom’. E eu me incomodo muito porque eu não to ali, não ta bom pra mim nem pras nossas... eu também to com as mulheres que não tem **acesso** (D1).

D10, por sua vez, explicita um desconforto acerca da sua raça/cor em relação às demais doulas de Florianópolis, bem como a noção de transgressão, por ocupar um lugar de mulheres brancas e não apresentar as características da inclusão e do pertencimento ao grupo. Relata que se sentia estranha e chegou a recusar oportunidade de trabalho por não se identificar com as mulheres que iria trabalhar e atender. Sua resistência em relação à ‘branquitude’ está posta, assim como as lutas pessoais e locais que articula para oportunizar que ‘as suas/nossas’ tenham acesso a partos respeitosos.

Então, eu sempre questionei muito essa coisa da doulagem ser muito **elitizada**, pelo menos em Florianópolis, né [...] eu era sempre, basicamente, **a única negra** dessas rodas de gestante. Eu sou,

né... a minha origem é a periferia, né. E essas rodas geralmente são em bairros também específicos. [...] inclusive fui convidada por uma das equipes dessas rodas aí, a ser doula de uma das equipes de parto domiciliar, mas eu disse não. E aí eu fiquei... eu não entendi porque eu tinha dito não... porque eu não tinha aceitado... O que seria uma coisa bacana, inclusive financeiramente e tals. E aí depois eu entendi que era isso, assim... que eu me sentia meio fora do ninho, assim sabe, eram mulheres que eu não me identificava, eu não conseguia me enxergar naquelas mulheres, e eu não estou dizendo que eu quero atender só mulheres que eu me enxergue, não é isso, mas era estranho para mim (D9).

O racismo permanece como uma estrutura da sociedade que hierarquiza relações e corpos, estando transversal ao cotidiano da assistência obstétrica, tanto para quem atua como para quem recebe o atendimento. Os 380 anos de escravidão no Brasil estão no passado, mas a ideologia permanece com lugares definidos para brancas/os e não-brancas/os, inclusive nos acessos aos partos humanizados.

Logo, chama a atenção como as narrativas de D9, D1, D10 estão comprometidas com as questões sociais e econômicas, projetando outros saberes em relação à doulagem. As três preocupam-se com o acesso e a negação do parto respeitoso e domiciliar para as mulheres de baixa renda e negras.

4.2 O lugar da religião na doulagem e a presença da espiritualidade no cenário do parto

As doulas integrantes da nossa pesquisa declararam possuir diversas religiões, como doutrinas cristãs (espíritas) e não-cristãs, bem como práticas espirituais não vinculadas a congregações religiosas tradicionais e monoteísta. Há entre elas a primazia de práticas espirituais latinas (GONZALEZ, 2009), evidenciando uma tendência a decolonização de suas vidas espiritual e religiosa.

Identificamos três tendências entre as entrevistadas, que organizamos nos seguintes grupos: **‘harmonia entre o saber espiritual e científico’**, representado pelas doulas D1, D6, D9, D10, que deram muito destaque a temas místicos; **‘hierarquia do saber científico sobre os demais saberes’**, constituído pelas doulas D4, D5, D7, D8, que deram pouco destaque ao tema da espiritualidade/religião; **‘resistência/aversão**

à **discussão da espiritualidade/religião**, composto pelas entrevistadas D2 e D3, que não mencionaram o assunto.

O primeiro grupo de doulas (D1, D6, D9, D10) – **‘harmonia entre o saber espiritual e científico’** - apresentou muita naturalidade e familiaridade com a discussão. Neste, a espiritualidade era transversal a suas vidas, ocupando integralmente seus modos de ser e estar nas relações sociais. Integrava, portanto, sua subjetividade, a formação/cursos de parto, os saberes que guiam a atuação ocupacional e a compreensão da mulher-parturiente, estando, inclusive, marcada nas metáforas utilizadas, bem como em seus corpos, com tatuagens e acessórios.

D6 trouxe desde o início da entrevista uma comunicação associada ao saber espiritual. Cita, por exemplo, que seu parto domiciliar foi realizado em um “espaço sagrado”, ao se referir ao lar, e que tem “alma de parteira”, pois nem todas as doulas, parteiras ou obstetras tem essa ‘alma’. Em outro momento da narrativa, revela que a maternidade-hospitalar tem uma “energia negativa”, e compara a doulagem a uma “vela que simboliza a luz da consciência da própria mulher [parturiente] como se a gente [doulas] fosse um espírito ali, uma vela”. Ademais, relata que todas as mulheres se conectam com a espiritualidade no momento do parto, principalmente quando estão com um grau de dilatação avançado, entre sete e dez centímetro: “é nesse momento que elas chamam pelas divindades que elas acreditam”. Porém, é no ambiente domiciliar, segundo D6, que essa manifestação é mais oportunizada, embora nas maternidades públicas também ocorra, apesar da movimentação e interrupções das equipes. Ela informa que incentiva a mulher a entrar em contato com essa dimensão: “A gente até requisita: entre em contato, entre em contato com alguma força que você acredita, que te cuida, que te faça sentir fortalecida e vai para esse lugar e busca ali uma resposta, um acolhimento” (D6).

D1 relata que foi a partir de uma formação com parteira mexicana que começou a atentar para a dimensão da espiritualidade –

(...) foi ali que começou a mexer em alguma coisinha dentro de mim [...] e fui vendo coisas a mais, e daí eu fiz esse da tradição [curso], que é como se ele conectasse a essa dimensão psicofísica aqui, mais essa coisa a mais que a gente não nomeia na academia, mas que tá dado.

Em contrapartida, ela informa que nem sempre essa dimensão é bem aceita, tanto pelas instituições e equipes hospitalares quanto por

outras doulas. Assim como D6, D1 tem total disponibilidade em compartilhar e potencializar a espiritualidade da mulher-parturiente. No ato da doulagem, busca o equilíbrio entre conhecimento científico e espiritual, não abrindo mão de nenhum deles:

Normalmente eu acabo, no parto, **eu viro a religião que a pessoa tem**, porque é uma das dimensões da pessoa. Então, como é que ali no momento mais rasgar de alma a gente vai excluir isso que é dela... então, eu uso muito dos dois. A minha linha é procurar dar esse equilíbrio dos dois, sabe, do que tem de evidências científica e do que tem evidência espiritual”.

Por sua vez, a doula D10 revela “eu tenho um caminho meio médium”, e assim como D6, acredita que no espaço domiciliar as mulheres expressam mais sua fé. Para ela, a manifestação espiritual fica explícita até entre as puérperas ateístas. Relata, através de uma comunicação também metafórica, que a doula atua numa relação:

[...] de aterramento, sabe, de ponte, de elo entre tudo o que eu to vivenciando aqui, que não é só físico, com aquela equipe que ta preparada para lidar com meu físico [...] O aterramento seria o aterramento de todas essas questões emocionais dela, espiritual, mental, etc, junto com aquela equipe, aterrar ela naquele contexto com a equipe.

Reafirma, como D6, que é a partir do sétimo ao oitavo centímetro de dilatação que as mulheres-parturientes buscam com mais intensidade suas divindades.

Eu percebo bem mais naquele momento que está pegando... que é aquela fase de transição, aquele momento entre 7 e 8 cm, aquele momento que elas começam a gritar mesmo “meu Deus, me ajuda”, “nossa senhora do bom parto” [...]. Eu percebo que isso é bem importante pra elas assim, sabe. É um processo que acontece, é nítido de ver. Fora isso, numa questão mais subjetiva. Da pra... não só subjetiva, sensível da minha parte, da pra perceber que elas entram num estado de transi, né. [...] acontece uma experiência espiritual ali [...] mas

cada uma vai expressar de uma forma diferente (D10).

Assim como as demais (D1, D6 e D10), D9 traz com bastante naturalidade seus valores religiosos. Relata que antes de sair de casa para atender qualquer mulher-gestante ou parto sempre evoca a seus guias e protetores para estarem junto delas. Atua, principalmente, no sistema público, e percebe bastante a expressão da espiritualidade nas mulheres-gestantes e parturientes. D9 acredita que os encontros e vínculo criado entre mulher-gestante e doula antes do parto facilitam essa expressão entre elas. Nesses encontros, ao ouvir a história de vida da mulher-gestante, consegue perceber seus medos, anseios, mitos, dilemas e religiosidade. Para exemplificar essa habilidade, descreveu um caso que vivenciou junto com uma mulher-parturiente no HU/UFSC:

[...] quando a gente começou a fazer o acompanhamento, ela estava com 34 semanas mais ou menos [...]. A gente começou a conversar, e eu senti muito a presença mesmo da mãe dela que já faleceu. [...] E eu senti que ela tava buscando essa mãe assim sabe [...] teve um momento do trabalho de parto dela que tava bem ‘punk’, assim, para ela, a dor tava muito forte, muito intensa. E já tava quase, né [...] Eu falei, cara eu preciso dessa mulher aqui comigo, eu não posso perder ela, né, perder para a cesárea, logo agora tá quase nascendo, tava com 8 de dilatação. E aí eu pensei muito na mãe dela, “vem cá, me ajuda aqui, fique comigo, me ajuda estar aqui com a tua filha” – eu me arrepio toda de falar - e aí quando ela tava na cama [...] e aí eu tava do lado dela, segurando a mão e eu comecei a olhar pra ela, e realmente eu sinto que não é eu to ali, não sou só eu que to ali. E ela me olhou, e ela tava com muita dor e ela parou de gemer e começou a olhar muito, muito fundo assim, um olhar muito profundo, e ela ficou ali não sei por quanto tempo, parecia uma eternidade, ela ficou me olhando muito profundo, e eu senti uma coisa muito diferente ali. Aí tá, passou. Dai ganhou, conseguiu! Maravilha! [...] E aí já na recuperação, já depois de ter tido o bebê [...] Ela falou assim para mim: “D9, teve uma hora que tava doendo muito e daí eu acho que eles iam fazer o toque e eu olhei para você e eu vi a minha mãe [...] Mas não foi ver

de imaginar, ela disse que viu mesmo. [...] Então sabe, então para mim, pelo menos não tem como negar que existe essa parte. (D9)

A partir de tais narrativas percebemos que a espiritualidade pode ser compartilhada entre doula e mulher-parturiente, ou somente uma das partes atentando para essa dimensão. Os relatos apontam que essas experiências podem acontecer no ambiente público-institucional ou domiciliar. Todavia, a abertura e exploração desse tema pela doula pode potencializar sua vivência pelas mulheres-parturientes. Chama atenção a história relatada por D9, sua sensibilidade para os elementos simbólicos (presença da mãe) da mulher-gestante e como essa dimensão pode ser ‘libertadora’ para o momento do parir. Tal atuação aponta para ações integrativas e de integralidade em saúde.

O segundo grupo (D4, D5, D7, D8), **‘hierarquia do saber científico sobre os demais saberes’**, abarcou as que deram poucos detalhes e não tinham comentado sobre o assunto da espiritualidade até perguntarmos. Essas doulas, apesar de relatarem vínculos a alguma prática espiritual/religiosa, demonstraram certa resistência ao tema, como se fosse algo menor na sua atuação. Em contrapartida, o tom da conversa sobre o assunto expressou que as evidências científicas são a referência central para a prática profissional, em detrimento do campo espiritual. Talvez tal postura tinha em vista não reforçar rótulos como os das parteiras tradicionais, que são/eram imersas na dimensão espiritual, com uso de ervas e benzimentos (MARTINS, 2005). Ademais, essa distância da dimensão ‘mística’ pode ser mais atraente para um grupo de consumidores branco-hetero-cristão do mercado da humanização do parto.

D4 destacou-se nesse grupo com sua reação afrontada diante de nossa pergunta sobre sua religião, uma vez que considera algo muito pessoal. Com certo constrangimento disse que era cristã, mas não especificou a igreja/doutrina que segue. Quando perguntamos se ela identifica alguma expressão espiritual da mulher-parturiente no cenário do parto, expôs: “Eu não tive nenhuma experiência muito marcante com relação a isso. Mas teve uma que ela colocou música relacionada ao que ela acreditava... Das outras gestantes que eu acompanhei, não teve uma demanda muito assim nessa área”. Aproveitando a deixa, pedimos que narrasse mais sobre a situação. Mencionou que o parto foi no HU/UFSC e que desconhecia a religião da mulher-parturiente.

Não chegamos a conversar sobre isso. Mas eram músicas relacionadas a orixás, então, eu acredito que... daí eu não sei se é umbanda, candomblé... não entramos no assunto. Mas ela botou no celular assim, e foi essa que a gente conseguiu ficar na sala PPP no HU. Daí como ela tinha mais liberdade, ela botou a musiquinha dela, daí ela ficou ali na bola rebolando enquanto estava tendo essa música que ela colocou.

Embora a iniciativa do exercício da espiritualidade não tenha sido da doula, tampouco tenha conversado sobre o tema com a mulher-parturiente, esta acessou tal dimensão, demonstrando seu protagonismo na cena do trabalho de parto. Todavia, notamos um certo “desapreço” ao denominar ‘musiquinha’ a busca pela espiritualidade daquela mulher-gestante, talvez, por não compartilhar da mesma religião.

Ao terminarmos a entrevista e desligar o gravador, depois de algum tempo, voltamos ao assunto que lhe causou tamanho estranhamento. D4 revelou que participava a pouco tempo de uma igreja evangélica local e tinha medo do rótulo estereotipado que evangélicos/as recebem. Descontraída, informou que buscou nos últimos meses participar de redes sociais *online* que debatem a relação entre cristianismo e feminismo.

Diferentemente de D4, D5 demonstrou mais receptividade ao tema. Contudo, abordou o assunto somente ao ser indagada sobre sua religião, distinguindo-se das doulas do primeiro grupo que trouxeram a discussão naturalmente. Quando perguntamos se percebe alguma expressão da espiritualidade da mulher-parturiente durante o parto, respondeu:

Percebo, porque quando essa mulher mergulha dentro dela, aparecem coisas que a gente não sabe o que é, sabe [...] que as pessoas chamam de partolândia. Ela vai buscar um caminho ali, e a gente não sabe qual que é, não faz a mínima ideia. Mas, em muitos momentos, elas evocam ou as ancestrais, ou o anjo da guarda, a Nossa Senhora, Jesus, ou é uma vela que pode acender, o objeto de poder que está junto, as vezes, é uma correntinha, as vezes, não tem nada, entendeu. [...] Às vezes, a mulher busca essa conexão com o divino, sabe; um lugar de força dentro dela [...] e se não é nessa conexão com o divino, é ‘ai, minha mãe, me ajuda!’. E as vezes não é a mãe. Pode ser a mãe

terra, pode ser a mãe Gaia, pode ser a deusa Cali, mas é uma coisa da mãe: Muito forte! Talvez mais forte que o cristianismo. Porque as vezes não é Jesus, é a Nossa Senhora, “ai, minha mãe sagrada, me ajuda”. Rola muito! [...] Eu não acompanhei nenhuma mulher que seja umbandista ou candomblecista. Eu acompanhei mulheres ateias... (D5).

Parece que, para essa entrevistada, há uma relação entre ‘partolândia’ e espiritualidade, momento em que o lado ‘racional’ da mulher-parturiente ‘diminui’ e dá vazão a suas crenças. Tal posição é outro ponto de destaque em relação ao primeiro grupo de doulas, que vêm o exercício espiritual/religioso atravessar toda as fases da gestação, parto e puerpério, além de entender que é no momento expulsivo que elas mais buscam suas divindades.

D8, ao ser questionada sobre o tema, discorreu que se preocupa e o aborda com a mulher-gestante antes do parto, afim de saber se tal dimensão é importante para a doulanda.

Eu pergunto para as mulheres que eu acompanho. Eu pergunto se elas têm uma religiosidade, se elas têm alguma crença e aí eu pergunto, não só isso. Eu pergunto se elas acham que isso pode ou deve fazer parte do processo delas. Porque se pra elas é importante trazer a espiritualidade delas pra experiência de parto eu vou também contribuir para que isso aconteça com respeito. [...] Assim, no hospital, acaba sendo um pouquinho mais difícil as mulheres manifestarem qualquer coisa assim mais religiosa, mas quando a gente consegue as vezes ajudar a mulher a trazer isso nos momentos antes de ir para a maternidade. Então, por exemplo, quando eu vou na casa da mulher, eu sei que mulher tem um altar, que ela tem lá as questões religiosas dela, as vezes, quando eu to orientando ela no início do trabalho de parto e digo pra ela “olha, vai ali no teu altar, lembra de ascender uma vela pra tua santinha que ta lá. Faz o teu rezo”, porque as vezes elas esquecem disso também. Elas tem tudo isso na vida delas, mas elas esquecem a que recorrer... então eu lembro elas da religiosidade... a gente conversou sobre isso... tu falou que era importante, então... usa, ta aqui. E não sou eu

promovendo, só lembrando, né?. [...] Mas assim, eu já vi mulheres agradecer a Deus, pedir a Deus, Mãe Divina, enfim... a grande mãe; grande espírito, me ajuda... esse tipo de manifestação, sim. Mas assim, mas que não determina é essa ou essa ou aquele viés religioso.

Entre o último grupo de doulas (D2, D3), **‘resistência/aversão à discussão da espiritualidade/religião’**, que afirmou não ter vínculo com qualquer atividade espiritual, D2 foi a que se posicionou de forma mais avessa a essa dimensão, ao narrar: “Como eu sou agnóstica, eu não coloco essa parte religiosa, nem gosto de debater sobre isso, porque eu acho que cada um tem as suas crenças, então, eu não entro nesse mérito[...]. Destaca que não tem afinidade de trabalhar em uma dinâmica que abranja essa noção, ao referir que: “Não é a instituição que sugere, e no caso também não é a doula; porque eu enquanto pessoa, não enquanto doula, não trabalho com isso, eu sei que tem outras doulas que já dão mais espaço para isso.”

Por ter esse posicionamento, D2 informa que no primeiro encontro aborda o assunto com a mulher-gestante e deixa claro que não trabalha em uma perspectiva espiritualista: “Eu costumo perguntar se isso é importante pra elas, se são religiosas [...] justamente por eu não ser, as vezes, elas tem direito de procurar uma doula que seja da mesma religião. Então, eu já deixo isso bem claro nesse início”. Chama a atenção que apesar da resistência ao assunto, percebe o ‘perfil’ espiritual das mulheres-gestantes que lhe procuram: “quem me procura [...], percebo que são mulheres mais ligadas ao budismo, uma coisa mais “zen”, vamos dizer assim, uma espiritualidade mais oriental, não uma coisa assim católica, ou evangélica, acho que mais meu perfil”.

Notamos que durante sua reflexão, ao falar na espiritualidade, ainda que inicialmente ela falou que não gostava de debater esse assunto, apresentou uma certa contradição no discurso ao questionar sua própria postura ao indagar: “será que eu também fiz isso?”

Tem aquelas que rezaram um monte, tem as que chingaram Deus, “você me abandonou!”. Então a gente sempre vê, que a fé está sendo um pouco testada na hora do parto, porque é um momento de dor. No momento de dor, muitas acessam, mas no momento em que o bebê nasce e está saudável, acho que todas agradecem. Dai eu fico, “será que

eu também fiz isso?”. Porque todas ficam assim: “ai meu Deus, obrigada que deu tudo certo!

Percebemos que ao relatar que “todas agradecem”, seus olhos brilharam e expressou uma relação de afeto em relação à cena por ela imaginada.

No que diz respeito à doula D3, esta pouco se manifestou sobre o assunto, preservando-se ao falar de sua experiência com a religião no processo da doulagem. Contudo, informa que acompanhou partos domiciliares em que as mulheres recorreram a suas crenças espirituais/religiosas, reconhecendo a importância da religião em suas vidas:

No parto domiciliar as mulheres conseguem expressar muito mais. Até durante o pré-natal a gente percebe que tem mulheres que tem uma ligação maior com a religiosidade, que usa isso para se fortalecer, inclusive na confiança dos processos do parto. Mas no momento do parto institucionalizado é difícil as mulheres expressarem de forma mais... No parto domiciliar existe muito mais rituais próprios daquela família. Então, eu já acompanhei algumas mulheres que participam do Daime, ou mesmo assim Budista, fazem essa preparação, ali, um altar... Então, é muito mais fácil exercitar isso ... mas já acompanhei algumas mulheres com religião evangélica, onde pegava bastante essa parte de confiar que Deus [...] Mas não é o mais comum, né ... Mais comum são mulheres que não têm uma conexão muito forte assim, né. Mas tem, as vezes, inclusive mulher que tem essa parte, principalmente do Daime. Eu não acompanhei muito, mas pouco, que essa coisa de parir em casa é muito forte pra poder expressar a sua forma de parir que é através do uso do vegetal, não sei o que...

As narrativas das doulas sobre a mobilização da espiritualidade no processo do trabalho de parto evidenciaram uma diversidade de opiniões e percepções. Porém, fica claro que seu exercício é mais valorizado e percebido quando a própria doula tem um vínculo pessoal e forte com essa dimensão. De modo geral, percebem claramente que as mulheres-

parturientes atendidas acessam suas divindades, principalmente, em uma fase final do parto, quando as contrações e dores estão mais agudas, figurando esse momento como crítico para a mulher. As doulas que não expressaram interesse no assunto, apresentaram a tendência a minimizar a presença da religião/espiritualidade durante o parto, embora, contraditoriamente, tenham mencionado que suas doulandas pertencem a grupos voltados a religiões orientais ou ‘zen’.

Houve uma propensão entre as doulas a acharem que as mulheres-parturientes expressam sua espiritualidade com mais liberdade no ambiente doméstico, no parto domiciliar. Contudo, as doulas D9 e D4 apresentaram exemplos de mulheres que manifestaram seu misticismo através de músicas, dança, rezas e transis no âmbito da maternidade-escola da UFSC. Esse dado aponta que as expressões da espiritualidade durante o parto podem sobrepor-se às possíveis barreiras institucionais (interrupções, barulho, pessoas estranhas, ambiente desconhecido e público, profissionais que não são sensíveis a essa questão), apresentando-se como uma dimensão de suporte importante para as mulheres-parturientes.

4.3 Doulas e seus saberes

A maioria das doulas entrevistadas discutiram sobre os saberes-poderes que atravessam o parto e problematizaram o tema relacionado a sua atuação. De igual modo, apresentaram o tema imbricado às resistências das/os profissionais de saúde que possuem o modelo biomédico como padrão. A facilidade em debater sobre os saberes-poderes pode estar relacionada a três questões: possuírem formação acadêmica nas áreas de ciências sociais, humanas e da saúde; deterem orientações teóricas sobre gestação, parto e nascimento oriundas dos cursos de doulas; terem proximidade com os estudos feministas. Do conjunto dos saberes, a categoria ‘**informação**’ recebeu destaque, sendo utilizada como estratégia para o protagonismo das mulheres e doulas. Suas narrativas revelam que ‘**estudam muito**’, inclui-se nessa ação as orientações da MBE, é um dos diferenciais do trabalho das doulas. O saber da ‘**natureza**’, igualmente, é valorizado.

Ao perguntarmos às doulas participantes quais os saberes utilizados em sua atuação, as respostas foram variadas, porém algumas figuraram como tendências. Abaixo, no Quadro 05, elencamos as posições assumidas, obedecendo a ordem de importância empregada pelas entrevistadas:

Quadro 5 – Saberes utilizados por doulas em sua atuação

| Doula | Saberes |
|-------|---|
| D1 | equilíbrio entre as evidências acadêmicas e espirituais; |
| D2 | informações técnicas, experiência empírica com a própria maternidade e trocas interdisciplinares sobre a maternidade; |
| D3 | evidências científicas e história da mulher-gestante; |
| D4 | evidências científicas, orientações da OMS e Ministério da Saúde, demandas de cada mulher; |
| D5 | evidências científicas, feminismos, história, ginecologia natural, indicadores, reflexão |
| D6 | saber da natureza feminina, da mulher e natureza |
| D7 | saber da mulher e da natureza da fisiologia, saber científico, história de vida das mulheres |
| D8 | empatia, intuição, sensibilidade, evidências científicas, saberes ancestrais, psicologia, feminismo, saber político e cultural. |
| D9 | saberes científicos que são a favor do parto humanizado e vejam a mulher de forma integral, saberes tradicionais e saberes espirituais |
| D10 | saberes espirituais, evidências científicas, saberes da natureza, saberes que importam para mulher-gestante, parteira tradicional e psicologia. |

Fonte: Elaboração própria

Como é possível perceber no Quadro 05, as tendências comuns entre elas foram: a utilização de mais de um saber na atuação; o reconhecimento de uma hierarquia entre os saberes, exceto pela doula D1; a utilização das evidências científicas, exceto pela D6.

A doula D8 afirma que o saber das doulas é formado a partir da dinâmica: “A gente vai pro empírico, a gente namora com todas as questões ancestrais, com todo saber ancestral, mas, assim, tem produção científica que baseia e que nos dá segurança para trabalhar. Então, a gente estuda informação baseada em evidência científica” (D8).

As **evidências científicas** ou saberes acadêmicos são citados logo de início pelas doulas entrevistadas, porém não é sempre o primeiro a ser mencionado, compondo um grupo de saberes considerados fundamentais. Além do saber científico, cada doula traz outros, próprios de suas especificidades, história de vida, formação acadêmica e obstétrica, como: psicologia; parteira tradicional; natureza; espiritualidade; ancestralidade; ginecologia natural; empírico; de organizações/instituições; político e cultural; feminismo; história da mulheres-gestante.

Há, no entanto, em suas narrativas uma hierarquia de saber-poder, caminhando paralelamente com o saber científico e aqueles agregados ao

longo da experiência de vida das doulas. Ressaltamos que as evidências científicas consideradas ‘verdadeiras’ por elas, são aquelas produzidas no rol da *Cochrane Library*, biblioteca virtual que embasa as discussões do Movimento do Parto Humanizado, ao questionar os paradigmas médicos medicalizantes e tecnicistas tradicionais.

Chama a atenção que seis doulas indicaram os saberes da mulher-gestante como fundamentais para sua atuação, destacando a história e demandas delas como essenciais ao trabalho, e outras duas apontaram o feminismo como vital para a doulagem. Tal dado aponta para um grupo de doulas que anseia, pelo menos no plano discursivo, pela valorização do saber e protagonismo feminino. Essa especificidade não é compartilhada por todas/os profissionais que assistem ao parto, o que promove conflitos e tensões no interior das equipes.

Outra questão recorrente entre as participantes é a ideia de que o paradigma da obstetrícia brasileira é feito de crenças e tradição sobre a necessidade de o parto ser direcionado pelo/a profissional, em virtude da incapacidade das mulheres e de seus corpos de parirem. Projetam, com isso, uma crítica à “opressão” vivida pela mulher e à secundarização de seus saberes, inclusive sobre o próprio corpo, questionando os saberes que sustentam os argumentos de uma postura intervencionista dos/as profissionais. Para as doulas há uma ausência de comprovação científica de um conjunto de intervenções colocado como central à assistência, imposto pelo modelo biomédico, exemplificada por D5: “a medicina que a gente tem no Brasil não é baseada em evidências, ela é baseada em achismos”.

Tal ideia tende a cair em oposições e noções binárias, classificando a ciência entre a “ciência certa – MBE” e a “ciência errada – biomédica”, ou seja, “bom” e “mau”. Ambas estão no marco do conhecimento científico, embora a medicina baseada em evidência, fonte de referência para as doulas, seja projetada como a certa, pois estaria sustentada por comprovações científicas. Geram com isso, narrativas polarizadas e em disputas, que acabam por desqualificar os diferentes saberes e a possibilidade de um trabalho interdisciplinar. Paradoxalmente, várias doulas entrevistadas recorrem a saberes, igualmente, distante do campo da evidência científica, sem, contudo, oporem-se a eles; talvez, por comungarem de um respeito à mulher parturiente ou, ainda, por não representarem um poder em disputa.

Desse binarismo provém a construção de uma hierarquia de saberes-poderes relatada por Michel Foucault (1992, p. XX), ao referir que “não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de

poder”. Explicita, portanto, que saber e poder se implicam mutuamente. A partir dessa reflexão é possível sugerir que o ideário da humanização do parto e nascimento, bem como o movimento de doulas constitui novas relações de poder ao construírem um novo campo de saber, tendo como uma de suas estratégias desqualificar seu principal opositor: o modelo biomédico intervencionista.

As evidências científicas ‘verdadeiras’ figuram como a principal direção para algumas doulas, principalmente aquelas que não tem uma ligação com a dimensão espiritual na sua atuação, como é o caso da doula D4. Em sua narrativa revela um desconforto em relação a outros saberes que não sejam o baseado em evidência:

Tem outras doulas que usam mais esse lado de “ervas, questão da tradição, sagrado feminino”, várias coisas assim ... Do empoderamento, esse lado mais... eu não sei que palavra usar. [...] então, tem doulas que parte para esse outro lado que eu acho super válido também. **Mas na minha experiência, na minha prática, é evidência científica.** Então, eu respeito a mulher, por exemplo, uma delas que eu atendi ela gostava muito de aromaterapia, e ela tinha uns ólezinhos [...] Então, essas coisas assim que a mulher quer, as vezes, a mulher demanda alguma coisa nesse sentido, dai tudo bem, dentro do que a gente consegue fazer.

É importante considerarmos que a “legitimidade” do trabalho de algumas doulas baseadas nas evidências científicas goza do *status* historicamente construído da representação da ciência como a instituição que promove “verdades” e segurança. Nesse sentido, a doula ocupa um lugar significativo na assistência se comparada à mulher-parturiente, que tem suas demandas atendidas “dentro do que a gente consegue fazer” (D4). Essa concepção nos leva a resgatar o estudo de Mello (2013), quando afirma que o ideário da humanização do parto preza pelos desejos de cada mulher, todavia, sem romper com o paradigma da biomedicina.

Destacamos que apesar de a maioria das doulas entrevistadas se auto declarar feminista, nenhuma delas teceu críticas sobre a representação do saber científico de modo geral e que orienta o MBE. Elas reproduzem esse saber de forma bastante naturalizada e discursiva como ferramenta de atuação, segurança e **fundamental para o protagonismo das mulheres**. Portanto, críticas baseadas em estudos

feministas sobre a construção idealizada do conhecimento científico não foram citadas ou identificadas em suas falas.

A problematização do saber científico no campo da humanização, como mais uma forma de dominação sobre os saberes femininos, não é recente, tendo como destaque os estudos de Carmen S. Tornquist (2002, 2004), ao nomear tal fenômeno como: ‘armadilhas do ideário da humanização do parto’. A autora Sara S. Mendonça (2015) corrobora esse ponto de vista e declara que enquanto não houver um rompimento com o paradigma biomédico, mesmo que baseado no MBE, não haverá grandes mudanças no protagonismo e autonomia das mulheres. Nesta direção, Fabíola Rohden (2012, 2011, 2001) discorre que a ciência é uma ideologia criada por grupos com uma visão de mundo definida, que informa sua percepção e conceituação, sendo historicamente machista, cartesiana e voltada para dominar corpos.

A constante reprodução do discurso da medicina baseada em evidências pelas doulas entrevistadas, sem problematizar seus potenciais e desvantagens junto às mulheres, parece se transformar também em uma crença, acusação tão frequente usada por elas contra o modelo obstétrico biomédico-intervencionista. Sara S. Mendonça (2015) sinaliza que no campo obstétrico há um jogo discursivo, disputando qual verdade prevalecerá. Por isso, os modelos mais e menos intervencionistas utilizam estratégias para reproduzir ou tencionar seus ideias de parto e mulher, sendo o saber científico utilizado por ambos.

Chama-nos a atenção que em todas as narrativas, articulada à questão das evidências científicas, está a categoria **“informação”** como chave de acesso ao protagonismo da mulher e, subliminarmente, de prevenção da violência obstétrica, não denominada dessa forma pelas entrevistadas. Ora esta é apresentada como “boas” informações ora como “más” informações, em uma lógica dicotômica e que atravessa os sentidos identificados. As “boas” informações são aquelas baseadas na MBE, com as quais a maioria das doulas trabalha; as “más” são aquelas ligadas aos campos da medicina intervencionista e medicalizante, própria dos modelos obstétricos mais intervencionistas. A única doula que não deu destaque à ação informativa da doulagem foi D1.

Com efeito, no conjunto dos saberes, a categoria **“informação”** assume diferentes sentidos, por vezes integrados, sendo empregada pelas entrevistadas como: **‘manipulação de informações’**; **“dar” ou “passar” informações**; **‘escolha ou decisão informada a partir das “boas informações”**; **‘ferramenta de batalha’**; **‘condições de estruturais’**; **‘desinformação’**. Para as entrevistadas, via de regra, as doulas são portadoras de informações de qualidade e seguras. Todavia,

destacamos que este privilégio as coloca em um campo de poder-saber, ao se apropriar de um diploma que as tornam ‘especialistas’ em algum assunto e peritas em ‘dar informações corretas e seguras’. Por estabelecer uma hierarquia, pode construir uma armadilha silenciosa para a autonomia das mulheres, além de sugerir um vínculo de dependência entre mulheres-gestantes/parturientes e doulas ‘detedoras de informações’.

Uma narrativa constante é a ‘**manipulação de informações**’ pela equipe médica/hospitalar como instrumento de controle das mulheres-gestante ou parturientes. D8 parte de sua experiência de parto e exemplifica: “[...] o médico que me examinou, quando me indicou a cesariana, ele disse que eu estava com 05 centímetros, mas eu não sei, né, ele pode ter mentido, eu podia estar com mais, eu não sei.” No mesmo sentido, D6 menciona que os partos que mais lhe marcam negativamente são aqueles em que as mulheres são desconsideradas, tratadas como sujeitas passivas: “Os partos em que a mulher não é respeitada, não é escutada, é tratada como um lençol, como nada, é manipulada. Isso para mim é muito, muito difícil”.

Nessa direção, D8 afirma que o ‘sistema’ nega informações para as mulheres, destacando a doula como uma sujeita que trabalha de forma horizontal, diferente dos demais sujeitos/as envolvidos/as na cena do parto:

Acontece que o saber da doula é compartilhado com a mulher, porque o saber da doula ele não é da doula, ele é **um saber que é nosso**. Então, a gente faz a **função de agrupar, reorganizar, e de entregar para a mulher esse saber que é nosso, sempre foi nosso e nos roubaram**. Então, o que eu preciso saber pra ser doula é muito simples, é complexo quando é confrontado com o **sistema que nega a informação para mulher** sobre o próprio corpo e experiência dela. A coisa fica complexa aí. Mas o que uma doula precisa saber fazer para ser doula é muito simples. E o que ela precisa saber é o que uma mulher precisa saber também. Então, a gente está num lugar muito de igual. E é nesse lugar que a gente potencializa a força da mulher. [...]

Tal relato indica a ideia de horizontalidade entre o saber da doula e da mulher, por outro lado, aponta para ações de tutela ao “entregar” um

saber ‘pronto’ para a mulher-gestante, organizado por outra mulher-doula. Todas referem que a informação é muito importante, o que diferencia é a forma como ela é mobilizada e assegurada às mulheres-parturientes, bem como o sentido dessa ação. A maioria enfatiza a noção do ‘repasso’, ‘dar’, e fica satisfeita por ter feito a sua parte, como expressado por D2. Apenas sinaliza para um conjunto de discussões e parte do saber da mulher (D10).

Segundo as doulas entrevistadas, **“dar” ou “passar” informações** para as mulheres é considerado um dos pontos mais fortes do seu trabalho se comparado ao de outros profissionais. Esta ação é estabelecida para que a mulher-parturiente e acompanhantes não caiam na ‘manipulação de informações’ durante o parto, e para que estes/as preparem-se para o momento do parto e nascimento. D7 destaca o papel informativo que a doula tem: “Eu acredito principalmente na informação que a gente traz para a mulher, essa informação tira ela do campo do medo, do desconhecido, e traz ela para os fatos, para a realidade”. De modo geral, ao reafirmarem sua atuação como propagadoras do saber e sua importância, acabam projetando a doula em detrimento da mulher, sendo aquela a protagonista do saber.

Nesse sentido, D10 tece críticas em relação à postura das doulas ‘darem’ ou ‘passarem’ informações para outras mulheres e considera tal ação questionável. Para ela, as doulas deveriam atuar como facilitadoras ou ponte de acesso à informação:

Então, eu acho que o primeiro ponto é aquela questão que eu te falei antes, que é essa **ponte** de acesso às informações. E daí também fica uma questão meio estranha, né, porque a gente pensa **‘tá, tá falando do protagonismo da mulher, mas o acesso vem de outra mulher?’** É um ponto questionável, mas que a gente tenta ter bastante cuidado... que como eu te falei, é **trazer** a informação e falar ‘olha, está vendo tudo isso? Você pode pensar sobre isso’ eu acho que é mais **aquela pessoa que facilita o acesso à informação do que ‘ah, eu dou poder pra aquela mulher conseguir parir’**, sabe. (D10)

Tal comunicação expressa a preocupação de D10 sobre a autonomia da mulher e a ação do diálogo entre as sujeitas, de modo que provoque trocas e reflexões entre doula e mulher-gestante. Na ausência de interlocuções horizontais, o lugar de saber-poder não

institucionalizado da doula é projetado e pode gerar dificuldades de as mulher se posicionarem. D10 aponta uma crítica coerente com os estudos feministas em relação ao protagonismo das mulheres e às posturas que não culpabilizam a gestante-parturiente, mesmo quando ela toma decisões contrárias ao saber da MBE.

Todavia, a mulher que recebe as informações é uma sujeita única e cada uma elaborará e desencadeará reflexões particulares. Esse processo é complexo e envolve aspectos sociais, históricos e afetivos, que tenham sentido e identificação com suas vidas. Por isso, a interlocução não se restringe a receber conhecimento, embora um conjunto significativo de doulas fale em “dar”, “passar” informações.

As informações ou ‘saberes informativos’ sobre as evidências científicas são fundamentais na assistência ao parto, entretanto, limitam a incorporação de outras metodologias que favorecem a interlocução entre os diferentes saberes e o protagonismo (feminino). Os ‘saberes informativos’ em uma dinâmica interdisciplinar, ancorados em leituras feministas decoloniais, poderiam potencializar a promoção e prevenção em saúde das mulheres-gestantes de modo integral. Incentivariam o deslocamento dela e de seus/suas acompanhantes de lugares passivos para processos ativos, com atuação estratégica das doulas.

Se a informação é importante, igualmente, é a intuição, como revela D7, mas ambas remetendo à centralidade da orientação na doula, para que a mulher mobilize sua “natureza”: “A gente não tem que dar muita informação para essa mulher durante trabalho de parto, importante é que ela se desligue mesmo [...] ela só precisa conectar com o corpo e sentir a intuição dela”. O fator ‘intuição da mulher’ remete, novamente, à essencialização feminina no âmbito do movimento de doulas e da humanização. Tal leitura influenciada pelo saber e discurso em torno da essência feminina e sua associação com a natureza, além de não provocar uma ruptura com o pensamento biomédico clássico, reproduz categorias como o instinto materno (MENDONÇA, 2015).

Na mesma chave interpretativa sobre a atuação primordial da doula de “dar” ou “passar” informações, D2 refere “Eu gosto de passar bastante informação, passar vídeos, passo *WhatsApp* para trazer o companheiro, ou para quem for para estar na hora do parto, porque, as vezes, é a mãe da gestante, a irmã”. Todavia, reconhece a limitação de seu trabalho e a condição de sujeito da gestante, demarcando seu lugar de portadora de saberes. Sugere, ainda, a ação informativa como parte da rotina da doulagem, o que nos leva a problematizar o ato como ‘repasso’ e não, necessariamente, como impulsor de processos reflexivos: “Então, eu sou bem sincera com as coisas [...] independente, ‘ah olha, a taxas

maiores de cesárea seriam no Carmela, mas ela diz ‘eu quero parir no Carmela’, ‘tudo bem’. Meu trabalho está feito, passei a informação”.

D3, assim como D7 e D2, enfatiza a ação informativa como capital em seu trabalho e a associa à ‘**escolha ou decisão informada a partir das “boas informações”**’ da mulher ou do casal, a partir de um processo de orientação: “Então, hoje, eu me considero assim, uma pessoa, uma doula que trabalha no sentido de realmente trazer as informações para os casais, informá-los, informá-los mesmo, e deixar que eles decidam”. Se por um lado, estamos tratando de acessos e de direitos na construção de um protagonismo das mulheres ou do casal, por outro, há também o não compartilhamento das consequências das escolhas e suas responsabilidades entre mulher, ‘casal’ e doula. A informação é adotada como uma prerrogativa do direito individual das mulheres e protetora de possíveis violências obstétricas (TESSER, et al, 2014). As narrativas nos colocam duas questões: o lugar de referência da doula como agente responsável pela informação e, ao mesmo tempo, de distanciamento e “neutralidade” do processo de tomada de decisões.

No conjunto dos sentidos encontrados, há noções binárias que classificam a “ciência boa – MBE” e a “ciência má – biomédica”, como mencionado anteriormente. Desse modo, as doulas transmitem para suas ‘doulandas’ um conjunto de ‘boas informações’, baseadas na “ciência boa – MBE”, que proporcionam a ‘**escolha ou decisão informada**’. A narrativa de D5 exemplifica tal ação:

[...] a doula atua fortalecendo a questão da escolha informada. Se essa mulher leu muito sobre, que nem uma mulher que tipo – que nem uma mulher que leu muito sobre, estudou muito sobre, a gente fez muitas coisas bacanas na **educação perinatal**, mas ela queria lavagem intestinal, que é uma coisa que não se usa desde os anos 1990. Olha só, ela teve todos os elementos para decidir com consciência. ‘eu quero uma lavagem intestinal’. Tá, é o poder de decisão dela... ótimo. (D5).

Novamente, esse sentido aparece na fala de D2 ao relatar:

Eu acho que a maior contribuição delas [das doulas] é a informação, que passa para a gestante, para essa gestante tomar a **decisão informada**. Não fazer as escolhas: “ah, eu que falo”, “é o que o médico indicou”, não, ela está informada. Não, ela

pode dizer eu “quero uma cesariana porque eu quero e por tais e tais motivos”... **mas eu sei que o parto normal é melhor** (D2).

Nessa perspectiva cabe a narrativa crítica de D1, ao relatar sobre os possíveis desconfortos para a mulher-gestante ao contratar uma doula pouco flexível: “[...] como já tem aquele contrato que vai ter a doula no parto e a doula quer estar no parto, e a doula quer ver bebês nascer, sabe... a mulher fica meio que... como eu vou privar essa pessoa que está aqui entre aspas “se dedicando?”. Por isso, D1 acredita que algumas mulheres podem ultrapassar seus limites de dor por uma relação contratual com a doula e pelo estabelecimento do pacto com o parto normal. Tal mediação quando baseada nas hierarquias de poder pode trazer sentimentos como o de culpa, quando o Plano-ação não for alcançado.

A informação também traz um sentido de **‘ferramenta de batalha’** para a doula, mulher e pessoas que a acompanham, a exemplo da fala de D9: “Muni essa mulher de informações para que ela tenha condições de fazer escolhas mais conscientes, melhor informada. Não só ela, mas também quem a acompanha, né”. Nesse sentido, o ambiente do parto realizado nas maternidades públicas é encarado como um campo hostil, que requer a preparação dos sujeitos em desvantagens (mulher-gestante, acompanhante e doula). Esta é feita assegurando-os de “munição”, ou seja, de informação, sendo, igualmente, fundamental no pré-natal, onde negociações com o/a obstetra exigem que a mulher esteja consciente de suas escolhas: “Quando uma mulher vai atrás da informação e tem um acompanhamento de uma doula ou sozinha mesmo, ela, autodidata, se informa, e ela sabe, opa, não é assim que a coisa funciona, e ela questiona aquele médico” (D7).

D6 destaca que a informação pode ser um instrumento contra as violências obstétricas e projeta a discussão de classe e raça/etnia ao mencionar que as mulheres mais desrespeitadas moram em determinados lugares, tem uma cor de pele específica e possuem uma condição econômica particular, mesmo dentro do conjunto de mulheres atendidas pelo SUS.

[...] eu acho que são mulheres [referindo-se às usuárias do SUS que são acompanhadas por doula] que já conseguem ter mais **acesso à informação**. Estão menos no caminho da sobrevivência. Tipo, uma **mulher da favela**, ela pode até saber que eu existo, mas, tipo, tem uma hora que ela vai parir mesmo e vai pro hospital, e ela vai parir, entendeu.

E ela vai ser muito mau tratada pela cor dela, ou pela situação dela, eu sei, eu já vi. Mas eu vejo que ainda a informação, **o caminho e o tempo para se chegar à informação facilita com que as mulheres nos procurem** (D6).

D6 situa o acesso à informação como dependente de ‘**condições estruturais**’, sejam elas sociais e/ou econômicas, demarcando sua estreita relação com a classe e raça/etnia. Sugere que as mulheres que costuma acompanhar no SUS pertencem a um grupo “privilegiado” no âmbito da saúde pública, pois elas detém algumas condições econômicas, promovendo o acesso a mais informações, logo, com possibilidades de contratar uma doula. Estabelece, portanto, uma relação de dependência entre condições econômicas, informação e contrato de doulagem, enfatizando lugares definidos para mulheres brancas e não brancas. É unânime entre as doulas a noção de que a ‘informação’ é o meio para que as mulheres-gestantes conheçam e se interessem pelo trabalho das doulas, porém a questão de classe é que vai definir se essa mulher terá ou não o acesso à doulagem.

O último sentido, recorrente e presente de certo modo nos demais, é a ‘**desinformação**’ do lugar e da atuação da doula nas maternidades públicas, o que geraria resistência em relação à sua presença. D5 relata a dificuldade em entrar no Centro Obstétrico, particularmente, pela falta de conhecimento da recepção do hospital sobre o trabalho que desenvolve: “[...] Por exemplo, quando eu chego no HU, eu nunca consigo entrar lá embaixo na recepção: “doula: o que é isso?”. [...] Então, eu tenho que explicar para a pessoa da recepção qual o meu papel”. Estende a desinformação, bem como a resistência a toda a equipe de saúde, sendo tal compreensão partilhada por D3, que acrescenta que os profissionais da saúde, por falta de informação, desmotivam as mulheres a buscarem seu trabalho:

Porque, por exemplo, no HU tem aquela visita à maternidade toda primeira terça-feira do mês. As próprias **enfermeiras** desestimulam que os casais procurem doulas. Então, já teve casal que tinha uma doula e voltou atrás porque os profissionais falaram que “não, a doula atrapalhava, também, porque deixava o pai sem muita função”. E isso é uma completa desinformação.

Outro saber que chamou a atenção no conjunto das narrativas, por ser enfatizado constantemente pelas doulas, é o de que elas “**estudam muito**”. Algumas relataram que estudaram exaustivamente durante suas próprias gestações, mesmo aquelas que não pariram reforçam que estudam em demasia. Parece que a ação de ‘estudar’, para ter acesso à “boa informação”, é a chave para estar num patamar técnico próximo ao dos profissionais da saúde e auto afirmar a relevância do trabalho como doula. A linguagem e os termos técnicos do campo da saúde utilizados por algumas doulas no transcorrer das entrevistas reafirmam a compreensão de conhecedoras da área. Todavia, parece que há uma diferença entre as doulas que estão há mais tempo no exercício da doulagem e aquelas com menos de dez ano de atuação, em termos de abordagens e de discursos. As que possuem mais anos de trajetória profissional dão menos destaque às técnicas e às evidências científicas, e as que tem uma trajetória recente na doulagem insistem em assegurar o tempo com o estudo e a importância da MBE, bem como apresentam um apego às técnicas e recursos utilizados no transcorrer do trabalho de parto. Explicitam, com isso, a necessidade de legitimar a doulagem e sua ação como um serviço central para um parto respeitoso.

Conforme disposto no Quadro 05, a ‘**natureza**’ foi outro saber frequente nas narrativas das doulas, embora não tanto quanto o MBE. Ao discorrerem sobre a natureza na doulagem, empregaram os seguintes sentidos: natureza da fisiologia; saberes da natureza; natureza feminina/da mulher; ginecologia natural⁴⁰. Nestes foi possível identificar uma tendência nas narrativas das doulas entrevistadas em valorizar o “saber da natureza”, principalmente associado ao “feminino”. O saber da ‘natureza’ apresentou-se, portanto, associado a dois campos que ora se distanciam, ora se conectam, que denominamos: ‘**natureza-floresta-indígena**’ e ‘**natureza-corpo-fisiológico-essencialização**’.

D6 foi a que mais se destacou na mobilização do sentido ‘**natureza-floresta-indígena**’, transversal à entrevista, empregando metáforas, como: “caverna, vira-lata, floresta, animais, mar, ervas, predador, raízes”. Ao discorrer sobre as particularidades do parto

⁴⁰ A ginecologia natural visa quebrar paradigmas estabelecidos pela medicina tradicional sobre o corpo, as doenças e o ciclo menstrual das mulheres a partir da construção de um processo de autoconhecimento e cuidado (...) procura as emoções que desencadeiam cada tipo de doença e distúrbios. Fonte: Disponível em: < <http://ginecologianatural.com.br/> > Acesso 11.out 2018

domiciliar, ela refere: “em casa não precisa se preocupar com o predador, sabe aquela coisa... que as vezes no hospital a mulher tem que viver... em casa não tem essa!”. Ademais, assegura que os 12 anos de experiência na doulagem lhe trouxeram elementos para repensar sua prática profissional.

Antes eu ia pela técnica, no começo, né... no meu primeiro ano como doula. Tinha uma insegurança de me entregar profundamente pra aquilo e, então, o que eu tentava fazer era muita coisa: um milhão de tipos de massagem, muitos tipos de óleos, e não sei o quê, bola... Hoje em dia, antes a minha mala de parto era gigante, hoje em dia é uma mala desse tamanho [mostra com as mãos – mala pequena]. E, muitas vezes, eu nem uso ela, **só uso o meu corpo**. Quando eu estou com uma mulher, eu tento entrar com ela nesse espaço aonde conecta com essa **natureza mais primitiva**, do saber da natureza. (D6).

Para aprofundar a noção de natureza abordada por D6, questionamos seu entendimento de ‘saber da natureza’, que o define exemplificando:

Então, sabe, de realmente **conectar** ela com a força daquela **guerreira** que **existe dentro dela**. Com a **força do mar**... eu sempre falo para elas... imagina a força que o mar tem, **ele tá dentro de você**; sente a força da **floresta** que existe dentro de você. Se você fosse a floresta, sente as suas **raízes** vindo, te ocupando, porque quando a mulher vai para esse lugar, ela sai desse contato pequeno com aquela coisinha que tava incomodando ali. E ela vai para algo muito maior e expande a consciência dela. E que lógico, tem um resgate do saber da mulher junto com isso, porque **essa mulher é instintiva** [...].

Sua compreensão explícita que o saber da natureza engloba os campos ‘**natureza-floresta-indígena**’ e ‘**natureza-corpo-fisiológico-essencialização**’, tendência esta identificada por Carmem S. Tornquist (2004), ao problematizar o campo alternativo/naturalista da humanização do parto e nascimento no Brasil.

Em contrapartida, D7 apresenta sua narrativa mais voltada para o saber da natureza no sentido **‘natureza-corpo-fisiológico-essencialização’**. Do mesmo modo que D6, a doula D7 sustenta que essa ‘natureza’ é encontrada dentro de cada pessoa, entendida como um ‘mergulho’ no seu próprio ser, proporcionando experiências de paz, força e vitórias:

Por isso, por acreditar na **natureza da fisiologia**, né, que eu acho que ... aí, depois, claro, estudando e a gente vem com os **conhecimentos científicos**. Mas eu tenho muito essa, do que eu procuro, principalmente, mais do que levar dados e **informações científicas** para a mulher. Se eu vejo que é uma mulher que precisa muito disso, eu vou levar bastante disso para ela, mas quando vejo que é uma mulher que não, **ela precisa mais acreditar mais mesmo é nela**, eu levo até poucos dados, porque às vezes quanto mais também tu enche... tu deixa de ter aquela credibilidade da mulher, **aquela credibilidade da natureza, e começa olhar para o científico.**” (D7).

Nessa narrativa o saber da natureza e espiritual é empregado como um guia para o trabalho, todavia, algumas outras explicitam e são enfáticas ao falar que ainda buscam a validação deles no conhecimento científico. Na pluralidade das doulas entrevistadas, há algumas que demonstram uma postura de flexibilidade frente às necessidades da parturiente e ao saber da natureza, por entender que ele pode não fazer sentido para um conjunto de mulheres. A postura de D10 exemplifica essa noção:

Eu acredito plenamente nessa questão da natureza, mas eu não trago isso 100% na minha atuação, porque eu acho que **depende muito do contexto de cada mulher**. Porque se você chega, dependendo da mulher, num contexto totalmente natural e ‘aí vamos lá, está tudo dentro de você e vai dar certo’ ... não, pera aí, pra mim não. Então, eu busco ser mais ampla, assim.

Chamou-nos a atenção as doulas que relataram não reportar ao argumento da natureza para assistir às mulheres, embora em suas narrativas figuravam: “eu sei que dentro daquele corpo ali, que sei lá, que

fosse um corpo “bicho do meio do mato”, provavelmente ia parir, mas a gente tem muita história” (D3); “A gente controla tudo na nossa vida, a hora que come, a hora que acorda, tudo por um aplicativo do celular, então, a gente esquece de se entregar na nossa parte mais mamífera e animal. E se não é no momento do parto, quando vai ser?” (D5).

Destacamos que o saber das entrevistadas está intimamente ligado à formação que receberam em seus cursos de doulas, sendo explícita a centralidade das evidências científicas ao discorrerem sobre o exercício da doulagem. Como apresentado, anteriormente, todas fizeram sua formação no Grupo de Apoio à Maternidade Ativa (GAMA), que além do MBE assegura orientações econômicas e teóricas baseadas no movimento de doulas norte-americano.

Algumas apresentaram críticas em relação à metodologia e perspectiva ideológica do Curso, como D1 e D5: “E esse curso, especificamente do GAMA, ele dá uma visão geral da atuação da doula, mas ela dá uma visão bem dentro das evidências científicas, que é aceito academicamente. É uma visão ainda dentro do sistema, é uma visão bem de médico, de enfermeiro obstétrico” (D1). D1 reconhece que o GAMA traz uma formação fundada no sistema biomédico e entende que ele promove a manutenção da lógica obstétrica presente nas instituições de saúde, sendo a atuação da doula uma ‘maquiagem’ na estrutura, ao não atuar na raiz do problema. Em outro sentido, D5 aponta críticas à abordagem teórico-metodologia do GAMA ao indicar:

Eu tive essa primeira formação de doula lá [GAMA]... três meses depois, não dois meses depois, eu fiz um curso de doulas em SP num outro sistema, num sistema de imersão com a Gisele Leal e eu acho que tinha uns 20 palestrantes, que é dos “Mulheres Empoderadas”... que é um outro sistema de ensino. A linha mestra é a mesma, mas **trazendo o que tinha de mais power em evidência científicas** e um curso que mesclou, não só teórico, mas teórico-prático e com uma **imersão** (D5).

Tal dado evidencia que tanto o GAMA quanto o “Mulheres Empoderadas” têm como eixo as evidências científicas, trazendo diferentes abordagens em suas metodologias. De modo geral, as doulas entrevistadas que atuam em Florianópolis se utilizam de um gradiente de saberes estabelecidos nessa ordem: científico, feminino, natureza e espiritual, com especial destaque ao primeiro. Esses saberes podem sugerir uma hierarquia de poder entre doulas e mulheres-

gestantes/puérperas, dando espaço para relações de assimetria. Ademais, foram projetadas, ainda, como dimensões dos saberes a ‘informação’ e o ‘estudar’, ambas ligadas fundamentalmente ao saber científico e o saber ‘natureza’, associado a uma perspectiva essencialista e biológico das mulheres.

4.4 O saber e o protagonismo das mulheres-parturientes segundo as narrativas das doulas

Todas as doulas entrevistadas se preocuparam e tiveram como objeto a promoção do protagonismo e autonomia das mulheres, implicitamente, contra as violências obstétricas ou, explicitamente, o uso excessivo da medicalização/intervenção. Identificados sete sentidos nesse eixo: **‘invisibilidade do saber das mulheres-parturientes’**; **‘Plano de Parto’**; **‘doula como agente de proteção e fortalecimento das mulheres-parturientes’**; **‘mulher-parturiente como sujeita individual e única’**; **‘doula como sujeita necessária e fundamental no parto’**; **‘doulas numa posição de dominação em relação às gestantes’**; a **‘comunicação entre olhares na cena no parto’**.

O sentido **‘invisibilidade do saber das mulheres-parturientes’** foi identificado quando perguntamos às doulas sobre o lugar do saber das parturientes no momento do parto no contexto do HU/UFSC. Elas afirmaram que a mulher-gestante e parturiente não é ouvida, ou é pouco escutada, ou ouvida por protocolos, exceto D10 que afirma que as mulheres graduadas são mais respeitadas. D2, por sua vez, acredita que a mulher se faz ser ouvida quando questiona a equipe. Na ordem de hierarquia de saber-poder, a maioria das entrevistadas relatou que a autoridade máxima na cena do parto é do médico, outras da instituição ou da chefia de enfermagem, sendo que as mulheres, acompanhante e doula, ficam por último nessa escala.

D3 informa que a hierarquia presente na cena do parto é um empecilho muito grande para o protagonismo das mulheres:

A hierarquia do saber médico sempre está ali dominante, mesmo para as mulheres que se preparam muito para o parto. Você vê que quando está no ambiente ali, ela se submete a coisas que, né, que não se submeteria, mas por essa coisa da instituição ser muito forte e, eu acho que ali **a mulher está longe de ser protagonista (D3)**.

Já D10 relata que “Agora, se fosse ao meu ver, como deveria ser [a hierarquia]... eu **colocaria a mulher sempre em primeiro lugar na hierarquia** no parto, ditando aquilo que ela quer, depois viria o médico, a enfermeira, e a doula no mesmo barco e a instituição por último” (D10)

Todas doulas comungam da invisibilidade do saber da mulher pela equipe profissional no momento do parto, o que difere entre elas é o gradiente dessa invisibilidade. Algumas colocam que ela é totalmente desconsiderada e que inclusive a doula é a sua porta-voz. Outras são menos taxativas e acreditam o que saber das mulheres é mobilizado, porém por uma questão de protocolo e rotinas institucionais:

“[...] a minha questão é o saber daquela mulher que está parindo, entendeu? **Ela tem que saber sobre o corpo dela**, por que a dona da contração é ela. Não é minha, não é sua, não é do médico. Então, nesta cena o saber dela, **a potência dela**, o conhecimento dela sobre si e sobre aquele processo, **é ignorado**. Eu acho que uma **chave de transformação muito grande e poderosa está ali**, por isso ele é tão fragmentado, **controlado**, ‘faz assim, faz assado’. Então, quando o médico diz “não precisa berrar tanto!” ou até, sei lá, passa a técnica de enfermagem e ela “faz forcinha de cocô, mãezinha”. Como aquela mulher vai saber? O corpo dela vai indicar o caminho. São raras as vezes que você precisa guiar uma mulher no expulsivo. Não precisa. “bota o queixinho aqui”... então, no fundo, **todo mundo tem um saber, e o da mulher é totalmente desconsiderado.**” (D5)

[...] dentro da maternidade, dentro de instituições, eu acho que **o saber da mulher é bem pouco considerado**. As vezes ouve-se mais por protocolo mesmo ‘porque tem de ouvir, né’. Mas de uma maneira geral, assim, eu acho que não é respeitado, e a bagagem daquela mulher, o que ela pensa, acha, quer, o que não quer, é difícil ser ouvido. (D9).

“Diferente de alguém que chega de cima, o médico que está lá com a sua vida na mão, e daí ele vai lá e fala “você tem que fazer isso, isso, isso e aquilo”. Do que chega outra pessoa e fala oh ‘**eu to aqui para te servir, qual a sua vontade?**’. O médico não pergunta qual a nossa vontade na hora de parir,

então, eu acho que esse ponto de se colocar à disposição numa escuta, sabe, eu acho que isso também já facilita a questão do empoderamento da mulher.”(D10)

Outras respostas a respeito do saber da mulher durante o parto foram: “ela é considerada uma doente pela equipe, e fica no meio de um jogo psicológico, ela nunca é questionada durante o parto” (D4), “ela é a última a ser ouvida, as vezes, a doula é mais ouvida que a mulher, infelizmente” (D1), “a equipe não deixa a mulher se pronunciar, as vezes se a equipe se mostra aberta, a mulher pergunta alguma coisa [...] Eu vejo que a mulher que quer ser protagonista do seu parto tem que militar muito para conseguir esse espaço no momento do parto” (D2); “eu não sinto acolhimento para a autonomia das mulheres no HU” (D7).

A invisibilidade do saber das mulheres-parturientes durante o parto, segundo as doulas, está associada a vários fatores que passam pelas: pelas construções sociais que envolvem as relações de gênero e por trazer consigo marcadores sociais que têm um pressuposto de incapacidade das mulheres, que, por sua vez, mobilizam preconceitos da ordem do racismo e do sexismo; outro fator está associado a falta de conhecimento das “boas informações” sobre o seu corpo e trabalho de parto. Assim, a secundarização das mulheres é uma forma de não reconhecê-las e destituí-las seu saber-poder no momento do parto e de inclusive alterar sua interlocução com a equipe.

D10 aborda que o impacto dos saberes das mulheres e o espaço dele no momento do parto está condicionado ao nível de escolaridade, classe, raça, território da mulher, apontando para as vulnerabilidades interseccionais o que também está associado a relações de preconceito e racismo da sociedade brasileira:

Se essa mulher é uma pessoa que tem conhecimento, que tem uma graduação... eles respeitam. Agora se você vê uma mulher que não tem conhecimento, uma mulher que erra algumas palavras... ‘nooossa!’. Isso eu já presenciei pela questão do **voluntariado**. Então, assim, o tratamento é totalmente diferente. Eu tive uma experiência que foi bem traumática para a mulher e pra mim... que foi de acompanhar uma **deficiente auditiva**. E, assim, tinha uma pessoa pra traduzir, uma enfermeira que estava ajudando, mas ela traduzia ao modo dela, servindo a instituição.

Então, **essa mulher não foi ouvida em nenhum momento**. Sabe... porque ela era deficiente. Sabe, se chega **mulheres da zona rural**, que foi o que eu também trabalhei, **elas não são ouvidas**. Elas não são ouvidas em nenhum momento[...] agora se chega uma mulher, né, que ela mostra ali na hora que ela sabe, daí eles têm um pé atrás. Sabe... daí existe essa questão de ser ouvida, “não, eu não quero isso porque eu já estudei”, **ela pode estar com doula, ou sem doula, não importa**, se é uma mulher que tá ali, ela tá falando, tá tendo condições de se expressar e tal... **eles nem olham para a doula, porque eles vão respeitar aquela mulher**, sabe. (D10)

Nesse caso, ocorre a denúncia de preconceitos e incapacitismos (MELLO, 2016) relacionados aos marcadores sociais, acompanhados pela situação dessa mulher-parturiente não ser portadora de saberes técnicos e pela “não normalidade” ligada a deficiência. Esse cenário aponta para a sobreposição de violências obstétricas partir da interseccionalidade, independentemente da presença da doula. Ademais, o relato de D10 evidencia a estrutura de saber-poder, onde as mulheres consideradas portadoras de ‘senso comum’ ou ‘ignorantes’ em relação ao “conhecimento acadêmico” estão mais vulneráveis, inclusive assegurando-as um lugar de silenciamento total.

As doulas (D10, D5 e D2) acreditam que um instrumento de protagonismo e voz da mulher nas instituições públicas é o Plano de Parto - “E o **Plano de Parto** entra nesse lugar como algo bem importante, assim, mas eu acho que nem as mulheres tem noção disso”. Esse instrumento trata-se de um documento com todas as etapas que a equipe médica e a parturiente pretendem – idealmente – cumprir durante o parto. Segundo Fleischer (2005) as doulas sugerem que o mesmo seja feito durante a gestação, evitando assim que seja um motivo de conflito durante o parto, sendo que a mulher-parturiente e seu/sua acompanhante devem cobrar a execução do plano. Todavia, segundo as nossas entrevistadas, mesmo com as possibilidades que o Plano de Parto traz, o parto domiciliar ainda é considerado como o melhor ambiente para o protagonismo e liberdade da mulher-parturiente e seus/suas acompanhantes.

Quando questionadas acerca das contribuições da doulagem para o protagonismo das mulheres, as respostas remeteram para ações da ‘**doula como agente de proteção e fortalecimento das mulheres-parturientes**’, como exemplificam nas seguintes narrativas: “a doula

deve proteger a mulher das intervenções e fazer mediações com a equipe” (D1); “dando informação para ela tomar as escolhas bem informada e o vínculo que a doula com ela” (D2); “fortalecer o poder dentro dela, promover o fortalecimento da escolha informada a partir do feminismo e sendo invisível, mas presente para as necessidades dela no momento do parto”; (D5); “mostrar para a mulher quem ela realmente é... estabelecendo uma conexão profunda com ela” (D6); “servir a mulher e suas necessidades, estar ao lado dela, oferecer informações e apoio emocional, despertar o empoderamento interior dela” (D7); “suscitar a reflexão para a mulher e acompanhante que vai acompanhá-la no parto e muni-los de informações.” (D9); “facilitar o acesso a informações, colocar-se à serviço da mulher, ajudar ela se sentir confiante e segura, não impor condutas” (D10).

Com efeito, os sentidos de proteção, afeto e fortalecimento das mulheres que as doulas buscam, representa a tentativa trabalhar a favor das parturientes dentro do cenário das violências obstétricas e sendo uma parceira no auto-cuidado, na troca de saberes e uma relação confessional virtude dos vínculos de confiança criados. Nesse sentido a doula D8 defende que: “[...] nós colocamos ela num lugar de protagonismo central, sem tutelar. É o nosso saber, o saber da doula, ele é ou deve ser equivalente ao saber da mulher, igual (...)”, justificando a diferença das doulas em relação aos demais outros profissionais. Todavia, a profissionalização das doulas, prevista pelo Projeto de Lei - PL 8363/2017, é capaz construir barreiras para essa referência de equivalência entre o saber da mulher e da doula. A institucionalização de qualquer ocupação cria e se apropria de um conjunto de saberes-poderes que constrói hierarquias em relação a seu público, o que significa que as mulheres-gestantes e parturientes podem cair novamente na histórica noção de corpo ‘paciente’.

Outro sentido encontrado foi da mulher como uma **sujeita individual e única**, noção que, segundo as entrevistadas, é pouco oportunizada nas maternidades devido à pouca flexibilidade dos protocolos, pela rotatividade de mulheres-parturientes, sobrecarga de trabalho dos profissionais e dinâmica das equipes. Em contrapartida, a doula é aquela que compreende a mulher dentro da sua dimensão singular, estando presente com ela de forma contínua. Nesse quesito, a partir do vínculo de confiança entre doula e mulher criado desde a gestação, oportuniza um ambiente confessional, momento que algumas mulheres chegam a revelar que sofreram abusos sexuais, tem relações conjugais abusivas ou tentaram abortar. Segredos historicamente aguardados são revelados em virtude das questões que envolvem o corpo e a sexualidade.

Segundo D5, são essas revelações que lhes ajudam a compreender algumas reações das mulheres-parturientes antes, durante e após o parto:

eu acompanhei uma mulher que **ela chegou nos 10 cm e ela não quis um expulsivo**. Ela olhou e falou assim: “agora deu”. Essa mulher tinha um histórico de **violência sexual**. Então, talvez, o expulsivo pra ela possa ser reviver marcas de violência ou seria muito curador. Quem sou eu para dizer? [...] Outra mulher não queria ficar nua, porque também passou por situações de abuso... situações de abuso são muito recorrentes. [...] Eu acompanhei três casos muito especiais, assim, em que duas mulheres me contaram depois que elas tinham... uma contou durante o processo do acompanhamento que ela pensou em abortar e tentou **abortar**, e como isso refletiu no puerpério dela depois[...] (D5)

Disponibilizar-se para ouvir, servir e atender a história e necessidades das mulheres-gestantes e parturientes, pode significar não ter um parto vaginal. O parto humanizado pode ter outra conotação para a mulher, dessa forma a doula D3 acredita “tem mulheres que vão chegar lá com uma história de parto anterior mega traumática, e as vezes o parto vaginal não é algo humanizado, por mais que tratem ela da melhor forma possível [...] eu sei que é bem complexo, mas, assim, que as mulheres possam ser ouvidas em tudo”.

D1 acredita que todas as mulheres devem ser donas do seu parto, e terem direito a ter uma doula, caso queiram. Ela problematiza a figura da “**doula como sujeita necessária e fundamental no parto**”, relatando que essa figura deveria ser representada por outras pessoas (amiga, mãe, tia) como se fosse algo natural, sem necessitar da mediação de pagamento.

No transcorrer das entrevistas, a maioria das doulas enfatizou a importância da doulagem em detrimento das noções de protagonismo da mulher, movimento de humanização do parto, violências obstétricas, conflitos de saberes-poderes. Essa tendência não significa que tais discussões não estivessem presentes, mas aponta a demarcação de um espaço (pesquisa) possível de visibilidade e de contribuição para o trabalho realizado, bem como de sua legitimidade. Desse modo, houve um reforço constante da centralidade da doula como figura fundamental para a promoção de um parto respeitoso, sendo exemplificada por D2: “eu

acho que falta o aval dos profissionais na Atenção Básica, no pré-natal, dizendo: “olha, isso faz diferença!”. E tem até um desses estudiosos que começou a falar do trabalho das doulas lá na década de 1970, que ele fala assim: “se doula fosse remédio, seria antiético não prescrevê-lo.”

A ênfase da presença da doula na assistência ao parto e nascimento, além de se caracterizar como uma ferramenta de reafirmação do trabalho, demarca conquista de espaços num campo de disputas profissionais e mercantis. Em contrapartida, D1 usa a mesma frase para dar outro sentido à função das doulas:

Tem doulas que falam ‘**se doula fosse um antídoto seria antiético não receitar**’... eu fico: ‘gente, é **muita prepotência**, sabe... de dizer o quanto a doula é necessária... não, necessária ali é só a mulher, o bebê e a pepeca. Pronto, sabe. Não tem que ter nada necessário. E no momento que tu botas isso: ‘**Ah, a doula é a salvadora daquele momento**’, **então, tu está dando poder pra aquela mulher ali, que não é para a gestante**. Então, ‘ah, botar uma doula ali de plantão’ como se ela fosse a única solução para parir, não é muito o que eu penso. (D1)

Dessa forma, D1, em contraponto com D2, acredita que a doula deve se ajustar à necessidade de cada mulher, e entender que nem sempre as doulas serão necessárias ou chamadas no momento do parto. Muitas vezes, o acompanhamento perinatal na gestação basta à mulher, que se sente segura em ir somente com seu/sua acompanhante de escolha para a maternidade, sendo este o ideal a ser alcançado. Todavia, a relação contratual pode colocar em cheque essa autonomia da mulher, pois a doula e mulher-gestante pacturam a presença daquela no momento do parto.

Diferentemente de outros estudos (SIMAS, 2016; ALZUGUIR e NUCCI, 2015), nossas entrevistadas não deram destaque à categoria ‘empoderamento’, palavra de origem da língua inglesa que foi abasileirada e tem em sua raiz etimológica o conceito de poder. Contudo, nossa pesquisa trouxe a mesma constatação apontada por Raquel Simas (2016), ao identificar relatar que ‘**doulas tinham uma posição de dominação em relação às gestantes**’. Tal evento pode ser percebido na narrativa a seguir: “quando o médico tá falando, as vezes, ele dá um comando ali, e a mulher olha para mim [...] e eu falo “sim, você pode agachar assim como ele está falando, mas respira também[...]”. (D6).

Nesse mesmo sentido a doula D4 relata “mas meio que ela [puérpera] busca uma aprovação [da doula] do tipo “é isso mesmo?”. Então, elas olham assim. Eu vejo que a importância da doula é muito grande, porque elas te buscam realmente como um porto seguro ali naquele momento”(D4); “[...] eu vejo muitas vezes o médico vem fala alguma coisa, e elas não entendem, elas imediatamente olham para mim. Então, é uma coisa assim: em quem elas estão confiando? Mesmo que seja o médico, que tenha todo aquele saber e poder, meu, parece que precisa de uma aprovação minha. Eu não sou ninguém para aprovar nada, a decisão é tua. Mas rola que precisa dessa legitimação minha do tipo: “está certo, é verdade, é isso aí, o médico não mentiu.”

Com efeito, a ‘**comunicação por olhares**’ entre doula e mulher-parturiente é constante nas narrativas das entrevistadas, sendo uma marca expressiva da relação estabelecida e do trabalho desenvolvido. O olhar é o recurso encontrado, visto que nas maternidades as doulas e mulheres-parturientes não possuem legitimidade para se expressar, diante a hierarquia de saber-poder constituída no modelo biomédico à saúde. Ademais, simbolicamente, o olhar entre elas representa confiança, cumplicidade, autorizações e confirmações para a mulher-parturiente fazer determinados movimentos, conexão afetiva, força, reconhecimento de uma presença feminina protetiva, entre outros. Outro sentido expresso pelo olhar foi encontrado na fala da doula D7 ao relatar o depoimento de uma das suas doulandas: “em nenhum momento eu tive medo, porque quando a D7 olhava com confiança dentro dos meus olhos, e me transmitia que estava tudo certo, eu sabia que ela estava ali, me trazendo essa confiança quando eu pensava em desistir”.

Quando questionamos quais as características das mulheres que elas costumam atender, ecoam gestos de desconforto, como se fosse um assunto árduo e cansativo. Talvez esse incomodo esteja relacionado pelo amplo conhecimento de que o público atendido por doulas e movimento da humanização tem características bastante particulares. Ademais, esse assunto apresentou-se como um possível ‘espinho na carne’ dos Movimentos de Doulas, pois apresenta as limitações do acesso de uma maioria de mulheres ao parto respeitoso e acompanhado por uma doula.

Algumas doulas responderam sem rodeios que atendem mulheres brancas, de classe média-alta, com nível universitário, primíparas, heterossexuais, moradoras de centros urbanos. Dados que corroboram com aqueles encontrados na pesquisa realizada por Iara S. S. Feyer e colaboradoras (2013) acerca de casais que optam pelo parto domiciliar em Florianópolis. Outras encaminharam a resposta para uma ampliação do perfil de mulheres atendidas, sendo estas negras e empregas

domésticas, mas recaem na lógica do “*parto gourmet*” ao reportarem que a contratação é feita pela “patroa” da mulher assistida. Porém, outro conjunto de características é relato pelas doulas que fazem trabalhos voluntários no SUS, principalmente ligado à classe social, local de moradia (Morros), situação conjugal (tendência a mulheres solteiras), nível de escolaridade, idade (mais jovens) e número de filhos (mais de um). Independentemente das diferenças sociais, econômicas e culturais atendidas pelos grupos de doulas, há características comuns entre as mulheres gestantes/parturientes, a saber: são heterossexuais e de cor branca.

4.5 Conflitos externos e internos aos Movimentos de Doulas

Os conflitos externos e internos aos Movimentos de Doulas são aqui trabalhados *stricto sensu* no campo da saúde, considerando as diferentes abordagens teóricas, terapêuticas e políticas. Tal construção - ‘conflitos externos’ e ‘conflitos internos’ - foi adotada como explicativa de tendências e dinâmicas particulares aos Movimentos de Doulas, situados em um contexto permeado por saberes e poderes. Todavia, não pretendemos cristalizar uma fronteira de demarcação como se fossem dicotomias estanques, visto que são polos fluidos e que interagem. Os conflitos ‘externos’ são aqueles relacionados a um contexto conjuntural, relacionado com os saberes-poderes de outras/os sujeitas/os, instituições e dispositivos sociais (FOUCAULT, 1992). Quando nos referimos aos conflitos ‘internos’ dos Movimentos de Doulas, nos reportamos às particularidades intrínsecas da dinâmica relacional entre as sujeitas, das relações próprias desse grupo, de seus saberes e posições políticas em relação à doulagem.

Dentre ‘conflitos externos’, apontamos: a relação **acompanhante versus doula** nas maternidades do SUS; o **desconhecimento do papel da doula** por profissionais da saúde, instituições, mulheres e suas famílias; a **resistência e ataques** de algumas categorias profissionais.

Dos ‘conflitos internos’, marcadamente oriundos das leituras e posições diversas sobre a prática da doulagem, ressaltamos algumas dicotomias: **‘quem e como será realizada a formação das doulas’**; o **serviço de doulagem pago versus o voluntário**; **profissionalização da doulagem versus a não profissionalização**; a **defesa do mercado da humanização versus a crítica da “gourmetização” do parto**; **‘parto domiciliar privado versus partos via SUS’**; os debates em torno do **‘masculino e paternidade’**. Ressaltamos que os ‘conflitos internos’ não se resumem a polos dicotômicos, embora os retratamos didaticamente

para dar visibilidade à discussão e por estarem projetados de modo significativo nos dados coletados. Outrossim, alguns conflitos se desdobram no imbricamento de debates, desafios, limitações e superações que apontam à complexidade dos Movimentos de Doulas.

No que diz respeito à **doula versus acompanhante** nas maternidades do SUS, o direito da mulher-gestante, parturiente e puérpera ser acompanhada foi conquistado em 7 de abril de 2005, com a Lei n°. 11.108, que altera a Lei Orgânica da Saúde (n° 8080, de 19 de setembro de 1990). A Lei de 2005 determina aos serviços de saúde do SUS e da rede própria ou conveniada a **presença de um acompanhante** com a parturiente durante o processo de parto, nascimento e pós-parto imediato. Outra conquista é o direito da mulher escolher quem irá acompanhá-la, não ficando restrita ao pai do bebê ou cônjuge e ampliando o direito de escolha, inclusive, por uma doula (SOUZA e DIAS, 2010; DINIZ, et al, 2014).

Embora em alguns momentos a literatura coloque a doula como equivalente ao acompanhante de escolha da mulher assegurada pela Lei n°. 11.108, os atribuições, vínculos e afetos são diferentes. O/a acompanhante e doulas são “apoios” e interações distintas para a mulher-parturiente, que se complementam e não representam papéis equivalentes (SOUZA e DIAS, 2010). As doulas pretendem integrar equipes hospitalares ou serviços de saúde, enquanto o/a acompanhante da rede de apoio possui um ‘papel mais passivo’, caso comparado com o acompanhamento-orientado e práticas que uma doula oferece. Nesse rol, um conjunto de profissionais da saúde são contra a substituição das doulas pelo acompanhante assegurado pela Lei n°. 11.108, pois alegam que ela ‘roubaria’ o papel do/a acompanhante. No entanto, a questão não é a substituição de um/a por outro/a, mas sim o respeito às normativas que asseguram tanto a presença do/a acompanhante quanto da doula e contribuem para um parto respeitoso.

O/a acompanhante de escolha da mulher é, de modo geral, pessoas do seu círculo afetivo e de confiança, que podem trazer conforto e apoio no momento do parto, bem como otimizar o trabalho de parto, em detrimento do estresse e ansiedade vividos comumente nesse processo (DINIZ, et al, 2014). Para Simone G. Diniz e colaboradoras (2014, p. 141), durante o parto a mulher está propensa a experimentar situações que a mobilizam, como: “falta de familiaridade com os profissionais de saúde, com o ambiente hospitalar e suas rotinas, a dor e o desconforto (do próprio nascimento ou das intervenções), a preocupação e a incerteza sobre o que está acontecendo, as dificuldades de comunicação, a falta de empatia, o tratamento hostil, e a solidão”. Além disso, a presença de um/a

acompanhante corrobora com os princípios do SUS, ao prezar pela integralidade, universalidade e equidade da assistência.

As autoras asseguram que o apoio contínuo no trabalho de parto e nascimento é uma intervenção segura e altamente efetiva para melhorar os resultados maternos e neonatais, com altos índices de satisfação materna e baixo custo. O papel do acompanhante é estar atento a mulher, amparando-a emocional e fisicamente, e se necessário fazer mediações com a equipe de saúde. Após 13 anos da conquista desse direito, sabemos que ele não é uma garantia em todas as maternidades públicas e privados do Brasil (DINIZ, et al, 2014). Tal dado não é por um acaso, pois ter um/uma acompanhante de parto:

é um privilégio para as mulheres com maior renda e escolaridade, de cor branca, pagando pela assistência, e que tiveram uma cesariana. A resistência à garantia de acompanhantes para todas as mulheres em todos os momentos do parto, e para a promoção de um ambiente de nascimento confortável para a mulher, reforça a denúncia dos movimentos sociais de que há um conflito de interesses na organização da assistência ao parto, com o objetivo de “pessimizar a experiência do parto para vender cesáreas”: se uma melhor experiência de parto fosse possível, menos mulheres decidiriam por cesariana apenas para se sentirem mais protegidas da violência, da solidão e da indignidade. (destaque nosso) (DINIZ, et al., 2014, p. 151).

Somada à realidade de quem nem todas as mulheres podem ter seu/sua acompanhante de confiança no momento do parto, a presença da doula, então, seria um luxo ou impossível para uma maioria de usuárias do SUS. Há um processo de construção de barreiras para que as mulheres não recebam esses “apoios” durante o processo gravídico-puerperal, a saber: o hospital não permitir a entrada de um/a acompanhante de escolha da gestante por questões de infraestrutura ou outras razões institucionais; há estados que não há ‘Lei da doula’, nesses casos, a gestante tem que escolher entre seu/sua acompanhante ou doula; há estados onde existe a ‘Lei da Doula’, mas as maternidades aplicam obstáculos para sua entrada e permanência, justificando a falta de estrutura e regras institucionais, entre outras.

Ter que optar entre a doula e seu/sua acompanhante não parece confortável à mulher, visto que a doula, normalmente, é uma pessoa contratada pela gestante, onde o vínculo inicia no momento da contratação/contato pelo serviço e, possivelmente, tem data de desligamento, diferentemente do/a acompanhante de parto. Além disso, o/a acompanhante não assiste de forma rotineira a partos, o que pode fragilizá-lo/a diante do cenário, deixando-o/a inseguro/a, diferentemente das doulas, que possuem, via de regra, mais experiência nesse processo. Por essa razão, algumas doula asseguram que precisam, em alguns momentos, doular os/as acompanhante/s no momento do parto, pois eles/as se preocupam com as contrações e desconhecem as reações próprias do parto. Dai a importância de não confundir seus papéis sociais e não substituir um pelo outro.

Outro conflito na relação acompanhante e doula refere-se ao desconhecimento sobre o papel de cada um, tanto pelos serviços como pelas/os usuários/as dos serviços. A queixa do **desconhecimento da função da doula** pela equipe e instituições foi recorrente em nossas entrevistas, e revelam uma possível falta e falha de comunicação, um desconhecimento da atividade, por ser uma prática recente e por haver resistências entre ADOSC e hospitais.

Tal situação gera, segundo Raquel Simas (2016), a dificuldade de mapeamento do número de doulas em atuação no Brasil, pelos seguintes fatores: não há uma legislação federal que regulamente o registro e a atuação destas profissionais; existe uma quantidade grande de organizações que certificam doulas, mas não reportam as estatísticas de seus quadros; e muitas doulas exercem a profissão sem ter terminado ou até iniciado alguma formação para tal. Esse conjunto de problemas poderiam ser minimizado com a profissionalização da categoria, embora possa trazer e reforçar outros dilemas para as mulheres-gestantes e parturientes.

Raquel Simas (2016) apoiada nos estudos de Kaylee S. Wolfe (2015) postula que a presença da doulagem nas maternidades tem um impacto, inclusive, para aquelas mulheres que não são atendidas pelas doulas: as negras, pobres e de áreas rurais. Seu argumento é de que ao tornar a experiência do parto mais prazerosa para as clientes, em geral, brancas, de classe média e com ensino superior, as doulas contribuem para uma estratificação nas maternidades e trazem soluções individuais para as que podem pagar por seu serviço e não uma melhora como um todo no sistema de saúde. Além disso, assegura que a existência das doulas pode ocasionar a diminuição da pressão para os hospitais fornecerem um melhor atendimento.

O desconhecimento passa, inclusive, pelo domínio da ocupação legal das doulas por parte das equipes de saúde e familiares. Às doulas não é permitido realizarem quaisquer procedimentos e exames médicos de enfermagem, de enfermagem obstétrica e neonatais, ou determinar, sugerir e questionar condutas da equipe de saúde responsável em assistir à parturiente na instituição de saúde. Esse formato tem causado debates, confrontos e desconfortos entre doulas, gestantes e profissionais da saúde, caracterizando um campo de atuação em disputa (SIMAS, 2016).

No Brasil, a presença de doulas é restrita e regulada nas maternidades, mesmo que estas trabalhem de forma voluntária ou contratada pela parturiente, demarcando outro ‘conflito externo’: **resistências e ataques**. Há resistências por parte de alguns/mas profissionais da presença de qualquer pessoa que não faça parte da equipe da instituição, em especial às profissionais que assistem a mulher (doula) ou o/a acompanhante. Assim, Raimunda M. Silva e colaboradoras (2012) defendem a necessidade de as instituições de saúde modificarem suas práticas rotineiras e tradicionais, bem como as relações de poder e de trabalho.

Um dos exemplos emblemáticos de resistências das/os profissionais de saúde às doulas em Santa Catarina, ocorrido no primeiro semestre de 2018, foi o ingresso de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) contra o Decreto 1.305/2017, que regulamenta a ‘Lei das Doulas’, pelo Sindicato dos Médicos do Estado (SIMESC) ⁴¹. A ADI visava a proibição da permanência destas profissionais antes, durante e depois do trabalho de parto nos estabelecimentos hospitalares de Santa Catarina. O principal argumento refere-se ao tratamento diferenciado e pago a doulas que atuam nas maternidades do SUS. O Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de Santa Catarina, por sua vez, pronuncia-se a favor da atuação das doulas, mas é contra a cobrança de serviços no âmbito do SUS⁴², corroborando a posição do SIMESC. Diante da possibilidade de não conseguirem atuar em hospitais da rede pública, as doulas catarinenses se mobilizaram nas redes sociais para reverter a campanha impulsionada

⁴¹ Vide a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) apresentada pelo sindicato dos médicos de Santa Catarina contra a lei das doulas, em março de 2018. Fonte <<http://dc.clicrbs.com.br/sc/estilo-de-vida/noticia/2018/03/acao-contra-lei-das-doulas-em-sc-e-julgada-improcedente-10182691.html>> Acesso em 12 jun. 2018

⁴² Fonte: <<http://www.corensc.gov.br/2015/10/14/presidente-do-corensc-debate-conteudo-do-projeto-de-lei-que-dispoe-sobre-presenca-de-doulas-durante-trabalho-de-parto-parto-e-pos-parto/>> Acesso 11.06.2018

pela ADI. Em resposta, o Órgão Especial do Tribunal de Justiça julgou improcedente a ADI.

Assim como em Santa Catarina, houve polêmica no Rio de Janeiro, igualmente, promovida por órgãos da classe médica. Segundo Raquel Simas (2016), a disputa empreendida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) contra doulas é antiga e data de 2012. À época, as Resoluções 265 e 266 indicam o embate entre médicos/as, doulas e outros/as profissionais. A primeira resolução dispõe sobre a vedação da participação de médicos/as em partos domiciliares ou da equipe de apoio a este tipo de parto. A segunda (266) corresponde à proibição da atuação de doulas, parteiras e obstetizas, que seriam, segundo o CREMERJ, profissionais não reconhecidas na área da saúde e em instituições de saúde. Como as Resoluções foram suspensas na sequência de sua publicação por uma ação civil promovida pelo COREN, as doulas continuaram atuando em poucos hospitais públicos cariocas. Contudo, em fevereiro do corrente ano, o Tribunal de Justiça do Estado julgou procedente o recurso impetrado pelo conselho de medicina e reverteu a decisão. A principal maternidade que aceitava a presença de doulas, com receio de ver punidos seus médicos, acabou por acatar a Resolução e impedir a entrada de doulas.

Reproduzindo movimento similar ao promovido pelas doulas catarinenses, as cariocas se mobilizaram via redes sociais e iniciaram uma campanha para reverter as consequências da posição do Tribunal de Justiça do Estado. Além disso, pressionaram o legislativo, circulando pela Assembleia Legislativa e lotando a plateia das sessões de votação, para que o projeto de Lei nº 2.195 de 12 de junho de 2013 fosse desengavetado e aprovado pelos deputados estaduais.

Outro viés **de resistência e ataques** das/os profissionais da saúde em relação às doulas encontra-se no argumento da não universalização da doulagem a todas as mulheres do SUS. Para elas/es, esse serviço fere os princípios e diretrizes do SUS, embora as próprias doulas reconheçam esse argumento. Isto é, doulas e profissionais da saúde identificam tal lacuna. Todavia, a equipe de saúde defende que esse serviço não deveria ocorrer e as doulas querem que seja reconhecido por lei e profissionalizado. Algumas doulas entrevistadas, justamente por reconhecerem essa lacuna de acesso, atuam voluntariamente por identificar a necessidade de ampliar a doulagem às usuárias do SUS. As divergências que molduram o embate entre doulas e as demais categorias são localizadas num campo complexo de construção de um saber-poder biomédico, técnico e científico, que embora se pretenda neutro, possui em sua matriz um forte viés de colonialidade, gênero, classe e biopoder.

Dos **‘conflitos internos’** observado entre as doulas entrevistadas, destacamos o denominado **‘quem e como será realizada a formação das doulas’**. Esse sentido compreende um conjunto de debates, que envolve quem forma e como ocorrerá a formação das doula. Segundo Simas (2016), as doulas, inclusive as entrevistadas, fazem críticas à formação ser ministrada por equipes de maternidade ou instituições de saúde, como no caso do HSF. Tal argumento remete à desconfiança de que a formação oferecida por equipes hospitalares poderia trazer uma tutela para a atuação das doulas, desenvolvendo uma ação limitada teórica e politicamente. Nesse viés, a autora afirma que a discussão aponta que a doula deve pertencer a equipe da mulher-gestante e não do hospital ou médica, por isso, a formação não deveria ser realizada pela instituição de saúde.

No que diz respeito à execução da doulagem, ocorrem **‘conflitos internos’** a respeito do **serviço de doulagem pago versus o voluntário**. O debate se situa no pagamento da prestação do serviço ou na ação voluntária. Particularmente no campo do voluntariado de doulas, identificamos duas modalidades que causam tensões e controvérsias entre a categoria: os projetos de voluntariado de doulas institucionalizados e criados por maternidades, como o caso do HSF, e o voluntariado de iniciativa da própria doula. O desconforto com voluntariado de doulas institucionalizado em maternidades destacou-se entre algumas entrevistadas. O desalento encontra-se na questão de considerarem seu trabalho importante e digno de receber um retorno financeiro, assim como acontece com as/os demais profissionais que assistem ao parto. Argumentam que o voluntariado, historicamente, foi ocupado pelas mulheres e atrelado à desvalorização do **‘cuidado feminino’**. Desse modo, elas articulam o voluntariado institucionalizado a uma exploração do sistema machista:

[...] eu tenho uma questão com o voluntariado que é aquele voluntariado assim: temos lá o hospital humanizado, aí o médico tem o salário dele, a enfermeira, as técnicas também, e a gente tem aqui um grupinho de doulas que elas trabalham voluntárias. Elas ficam ali 8, 10 horas trabalhando e são voluntárias. Eu discuti isso uma vez quando eu fiz uma visita numa Casa de Parto lá em Salvador. A casa de parto maravilhosa, com índices maravilhosos [...] E elas super orgulhosas, a médica e a enfermeira chefe, super orgulhosas dos números que elas produziram em seis anos de casa

de parto. Daí eu perguntei: E esses números vocês atribuem ao trabalho da doula? “ah, o trabalho da doula é fundamental e bla, bla bla”... o ano que elas tinham os piores números foi justamente o ano que não tinha doula. Elas falaram “não, mas as doulas fazem toda diferença”. Eu falei “mas porque elas trabalham voluntariamente? Por que elas não são dignas de terem um retorno financeiro? **Se tudo nesse mundo, nesse sistema é valorizado através de dinheiro, por que o trabalho das doulas não pode ser?**”. Daí a gente cai de novo naquele lugar estrutural e patriarcal que as mulheres têm que servir, as mulheres trabalham por amor, mas ‘ok’ se elas receberem um retorno. O voluntariado sempre cai sobre as mulheres. [...] Das pessoas que eu sei que fazem trabalho voluntário quantas são mulheres e quantos são homens? Proporcionalmente, são pouquíssimos homens que fazem trabalhos voluntários, porque eles estão ocupados ganhando dinheiro. Entendeu? (D8)

Segundo Barbosa, et al (2018), há uma grande resistência das equipes de saúde em reconhecer a contribuição das doulas no cuidado à parturiente, e os profissionais acabam invisibilizando essas personagens na cena do parto, sendo a questão da desvalorização financeira parte desse contexto. Aquelas doulas que voluntariam por iniciativa própria, segundo algumas das entrevistadas, não são contrárias ao pagamento da doulagem, elas na verdade o desejam. Todavia, o identificam como um espaço para assistir mulheres usuárias do SUS que não poderiam pagar, pois significaria desembolsar um recurso médio de um salário mínimo (em Santa Catarina), piso estipulado pela ADOSC para o ano de 2018.

Algumas doulas entrevistadas utilizam formas alternativas de pagamento, como trocas através do Banco do Tempo de Florianópolis⁴³ ou valores considerados “simbólicos” (100 a 200 reais), segundo elas. Desse modo, a ação do voluntariado individual é contingencial entre as

⁴³ É uma comunidade online no Facebook, onde pessoas cadastram suas habilidades e oferecem horas do seu serviço em troca de horas de serviço de outras pessoas que estiverem inscritas no grupo. Não é utilizado dinheiro para qualquer transação, somente frações de tempo. Vide: < <https://www.youtube.com/watch?v=7QylcZ4pYsw> >, < <https://www.facebook.com/groups/837082279745501/about/> > Acesso 13 jun. 2018

entrevistadas, não sendo um consenso, e evidencia os diferentes saberes que atravessam os movimentos de doulas.

[...] no SUS principalmente, pelo menos a maioria das doulas que eu conheço, faz atendimento voluntário mesmo... **é difícil cobrar para atender no SUS**. As vezes, como eu cobrei um valor mais baixo, uma ajuda, mas a maioria é no voluntariado mesmo. [...] Eu não gosto de deixar de atender uma pessoa por ela não poder pagar. [...] Uma delas até foi pelo Banco do Tempo; os encontros antes e depois, só que o parto em si não tem como fazer pelo Banco do Tempo. Mas daí a gente pensa em outras alternativas para não deixar de atender, as vezes rola uma troca. [...] Até pela maioria dos meus atendimentos ser voluntário é complicado a gente ter um retorno pra investir em mais coisas, em cursos, são cursos caros (D2).

[...] eu conheço, as [doulas] mais próximas de mim, que são umas duas aí, uma, duas **fazem mais voluntariado do que do que qualquer outra coisa, né...** E daí é isso que eu te falo... eu fico correndo para fazer outras, pra ter uma fonte de renda, para poder doular e não cobrar dessas mulheres [que não tem condição de pagar] (D9).

Eu acompanhei acho que um ou dois partos como voluntária, mas como a minha necessidade financeira era muito grande e meu tempo muito escasso em função da minha filha. **Eu não me abri para acompanhamentos voluntários**. [...] No começo eu até tinha bastante flexibilidade de valor, eu acompanhei parto pelo o que ela poderia pagar, pela troca que ela pudesse na época, mas totalmente voluntário, não mais (D7).

Não é novidade que há controvérsias sobre o trabalho voluntário no Brasil, inclusive para além do campo da saúde (BARBOSA, et al, 2018). Alguns gestores, doulas e usuárias dos serviços não vêem problema nessa ação, pois compreendem a necessidade de preencher essa lacuna no sistema de saúde e obstétrico, outras/os querem justamente dar visibilidade a essa brecha e, por isso, não ocupam o voluntariado. A principal crítica em relação ao trabalho voluntário de mulheres, por um

grupo de doulas, está baseado nos estudos feministas, dando destaque à desigualdade de gênero na relação do trabalho (MADALOZZO, et al, 2010). Esse argumento aponta para: o lugar da desvalorização histórica do trabalho feminino; o sistema de caridade e solidariedade utilizados para desresponsabilizar o Estado; a precarização do vínculo de trabalho, por ser uma atuação desprotegida de direitos e segurança, entre outros. Além disso, o debate sobre o trabalho voluntário problematiza a ausência da saúde como um direito de todas/os e dever do Estado, consequentemente, a ausência de universalidade do acesso por todas as mulheres brasileiras ao trabalho da doula.

Ainda nessa chave de ‘conflitos internos’, que geram debates acalorados no interior dos Movimentos de Doulas e doulas entrevistadas, está a **profissionalização da doulagem versus a não profissionalização**. Respondendo a essa questão, está em o andamento do Projeto de Lei (PL) 8363/2017 para a profissionalização das doulas, proposto pela deputada Erika Kokay - PT/DF. O intuito é padronizar a formação das doulas com carga horária mínima de 180 horas, através de cursos livres, que incluam aulas teóricas e práticas supervisionadas. Atualmente, os cursos adotam a carga de 32 horas, nos quais as doulas são certificadas sem passar por estágio curricular supervisionado. Ademais, o PL 8363/2017 propõem que os cursos sejam ministrados e coordenados por doulas, limitando a atuação somente para doulas legalmente certificadas e/ou inscritas nas instituições de classe oficializadas.

No interior dos Movimentos de Doulas, há aquelas que defendem a causa da profissionalização e acreditam que tal reconhecimento e organização garantiria a entrada das doulas nas maternidades públicas e privadas de todo país, além de assegurar um padrão de formação mais completo. Defendem, ainda, que a profissionalização naqueles moldes inspiraria mais respeito/confiança dos profissionais da saúde e instituições, bem como legitimaria um campo de trabalho formal e regulado para mulheres.

Porém, a proposta de profissionalização não é apoiada por toda a categoria e associações de doulas, visto que há um discurso de que a doulagem deveria ser uma atuação transitória, por conta desse momento histórico de destituição das mulheres-parturientes no cenário do parto e respectivas violências obstétricas. Para algumas entrevistadas, na medida em que se altere as relações entre as/os sujeitas/os, a lógica institucional e a assistência ao parto e nascimento, as doulas não figurariam mais como profissionais necessárias para um parto respeitoso. Nesse sentido, para aquelas que defendem a transitoriedade da doulagem, a doula seria somente um “gatilho de acesso”/“resgate passageiro” a esse espaço

historicamente feminino, que outrora protagonizava o parto. Ademais, o saber das doulas deveria ser incorporado por todas as mulheres e sociedade, o que, conseqüentemente, modificaria a estrutura de atendimento obstétrico do país.

Para algumas entrevistadas, outros países são referenciados como exemplos dessa compreensão, onde a doula não é necessária, visto que o parto e as mulheres são naturalmente respeitados. Ademais, alegam que a doulagem como profissão encobriria as limitações do atendimento obstétrico prestado nas unidades de saúde, pois não altera radicalmente a estrutura de formação dos profissionais, tampouco do sistema, ampliando a “*gourmetização*” do parto humanizado. Outra crítica dentro desse debate é o deslocamento do protagonismo do parto para as doulas e não para as mulheres, tornando um saber ‘simples’ e ‘acessível’ em técnico e restrito a um grupo de profissionais.

Segundo D9, a maioria das associações de doulas é a favor da profissionalização, todavia a ADOSC é contra, por acreditar que a ocupação deve ser transitória e os saberes mobilizados no parto e nascimento incorporados por todas as mulheres, como ocorria antes da hospitalização do parto.

A ADOSC e mais uma outra associação, que agora eu não tenho certeza qual é, se é SP ou MG, são as únicas associações que não são favoráveis a esse Projeto de Lei [PL 8363/2017]. Ou seja, dentro do movimento do nosso coletivo, a maioria entende como algo positivo a profissionalização. Eu pessoalmente não concordo e também como representante da associação de doulas manifesto a nossa contrariedade a essa decisão, esse projeto. [...] Quando a gente profissionaliza, a gente se coloca no lugar, esse é o meu entendimento, ‘viu, você precisa estudar muito; viu que parir realmente não é tão simples, porque pra você ajudar uma mulher a parir você precisa fazer um curso de 500 horas; você tem que fazer uma extensão, você tem que fazer um estágio’. Eu não acredito nisso, eu não acredito nesse modelo (D9).

No entanto, reside em tal argumento um paradoxo caracterizado pela defesa da transitoriedade da doulagem *versus* sua remuneração, uma vez que todas as doulas que defendem o protagonismo feminino e a transitoriedade do serviço cobram pelo acompanhamento prestado.

Particularmente, corroboramos com a posição de transitoriedade, pois a institucionalização dessa atuação pode cristalizar a atual estrutura do parto e nascimento, permanecendo as mulheres-gestantes e parturientes dependentes de mais uma figura profissional e não alterando o sistema histórico de subordinação.

A particularidade dessa submissão, nesse caso, ao invés de ser parametrada pelo machismo, seria sutil e transmutada por “relações simétricas” estabelecida por informação e mulheres, em sua maioria branca, com ensino superior, classe média alta, heterossexuais, detentoras de um saber-poder ‘ideal’. Tal fato nos lembra a primeira ‘onda do feminismo’, onde as mulheres brancas pleiteavam direitos civis e políticos, porém um conjunto diverso de mulheres, entre elas as negras, não eram reconhecidas e não se identificavam com a pauta reivindicada. Tal fato pode estar sendo reproduzido nessa relação: doula branca, classe média a alta, instruída *versus* mulheres usuárias do SUS, sem ensino superior, pobres, negras, moradora das periferias urbanas ou meio rural. Fica a pergunta se as doulas conseguiriam, diante da profissionalização, manter uma relação horizontal com as mulheres e usuárias do SUS.

Para o protagonismo de todas as mulheres-gestantes e parturientes, Dagmar Meyer (2005) tem cunhado o conceito da “politização do feminino e da maternidade”, processo que recoloca as mulheres no centro da bio-política, por excelência, como gestoras da vida e de seus corpos. Nessa categoria, a mulher não depende de outra figura. A autora, ao estudar o campo da saúde e educação, propõe a necessidade de confrontar as forças sociais, poderes e conflitos que se conectam para produzir e definir a maternidade. Trazemos essa proposição para pensar o parto, ao entender quão revolucionário seria as mulheres assumirem o poder cotidiano sobre seus corpos.

Nesse cenário da defesa pela profissionalização da doulagem *versus* a não profissionalização, soma-se aos ‘conflitos internos’ as discussões em torno da ‘defesa do mercado da humanização *versus* a crítica da “*gourmetização*” do parto’. Segundo algumas entrevistadas, o mercado “*gourmet*” criado em torno da violência obstétrica e do parto humanizado oportuniza a venda de pacotes de serviços, muito influenciada pela criação de um discurso em torno do parto ideal. D5 sustenta que os sistemas de intersecção de raça/etnia e classe social atravessam a defesa do parto humanizado, acessado somente por um grupo privilegiado de pessoas: “[...] o parto humanizado tornou-se um mercado elitizado, branco, ‘gourmet’[...] Beleza, né?... parto natural... mas parece uma coisa muito gourmet e muito inatingível para uma parcela da população”.

Raquel Simas (2016) afirma que durante sua etnografia identificou que as doulas fazem contratos com as mulheres, numa lógica mercadológica, onde podem ser orientadas por visitas ou por pacotes. O mais comum é o contrato que estabelece um valor único para as visitas pré e pós parto e parto. Os valores cobrados à época da sua pesquisa, em 2013, no Rio de Janeiro, eram 800 a 900 reais. Informa que as doulas iniciantes eram orientadas a cobrar menos pelos seus serviços, por volta da metade do preço ou não cobrar. Entretanto, o piso acordado pelo Núcleo Carioca de Doulas era entre 1.500 a 5.000 reais, sem teto estipulado. Soraya Fleischer (2005, p. 19) relata que a relação contratual, copiada do modelo estadunidense, gera polêmicas no movimento de doulas: “Algumas doulas têm manifestado certo constrangimento em introduzir um contrato em uma relação que prioriza “afeto, amor, diálogo, apoio, amizade”, enquanto outras já o têm utilizado.”

Algumas de nossas participantes informaram que realizam contratos de até sete folhas, onde registram tudo o que poderia acontecer no acompanhamento pré, durante e após o parto, como nascimento prematuro, óbito do bebê, entre outros. Elas asseguram que o contrato protege a doula e a mulher.

Eu faço um contrato escrito, ele tem sete páginas, porque eu coloco ali tudo o que pode acontecer. [...] Tipo, prematuro, e aí o que eu faço? É uma situação. [...] Eu coloco no contrato duas horas de deslocamento, desde a hora que ela me liga e diz “vem”. Eu também coloquei: se nascer nessas duas horas o que acontece. Se eu recebo, não recebo. [...] Então eu coloquei tudo o que pode acontecer nesse contrato; óbito também. Tentei fazer um contrato que me beneficia, me proteja, mas que também proteja quem está me contratando (D2).

Assim, a doula reproduz a lógica do capital, como indicam Barbosa e colaboradores/as (2018). Os/as autores desse estudo (2018, p. 427) constataam que a doula, “De ‘calcanhar de Aquiles’ do modelo biomédico tradicional, como se vê no sistema público, passa a compor os combos das equipes ‘humanizadas’ no serviço privado. Ao invés de configurarem-se como uma ruptura com a lógica do grande capital (...)”.

A leitura feminista decolonial chama a atenção para a relação comercial que envolve a assistência ao parto e nascimento, bem como para a secundarização da produção de conhecimento dos povos colonizados, do Cone Sul, que vivenciam a colonialidade do saber e poder

do Hemisfério Norte. Destacamos que, historicamente, as parteiras foram perseguidas e tiveram seu trabalho deslegitimado pelo saber-poder da medicina eurocêntrica, pagando, com isso, um alto preço (MARTINS, 2005).

Nesse sentido, os Estados Unidos, como parte integrante do Cone Norte, interfere diretamente no parto e nascimento brasileiros, quando as doulas utilizam o modelo de doulagem daquele país como referência. O contrato revela a lógica comercial desse acompanhamento em detrimento dos princípios do SUS, ainda que a formalização seja uma maneira de assegurar responsabilidades. Reforça a ideologia do individualismo, tão comum à noção norte-americana e neoliberal, e vai na contramão dos direitos sociais.

No rol do **mercado da humanização**, Raquel Simas (2016) identificou que as doulas, durante seu curso de formação, são estimuladas a oferecer “um diferencial” às mulheres-gestantes. Isto é, outros serviços, como: fotografia; consultoria de amamentação; *belly mapping* (pintura da barriga da grávida para que ela reconheça o posicionamento do bebê no útero); esalda-pés; massagens etc. Segundo a autora, o parto domiciliar, considerado o ‘ideal de parto’, também é o mais incentivado. Com efeito, algumas doulas entrevistadas são contundentes em suas críticas à gourmetização do parto humanizado.

A noção ‘*gourmet*’ tem o sentido de um serviço exclusivo e arrojado, um bem de consumo desejado e de difícil acesso, diríamos: elitizado. Logo, protagonismo feminino, posse do corpo, respeito, afeto e relações humanizadas no momento do parir, nascer e amamentar são acessados mediante pagamento e por um grupo seletivo. No mercado comum, ‘*gourmet*’ refere-se a produtos com características únicas, elegantes e, geralmente, intitulado como produto de posicionamento “*premium*”, por possuir um forte valor agregado, tendo um nicho de mercado bastante explorado por quem tem condições econômicas. Esta associação faz sentido se comparada aos serviços do parto domiciliar, onde o valor mínimo em Florianópolis, segundo a entrevistada D9, é de 10 mil reais.

Outro ponto de conflito nos Movimentos de Doulas é a discussão ‘**parto domiciliar privado versus partos via SUS**’. Todas as doulas se mostraram preocupadas com o acesso das mulheres a um parto humanizado e respeitoso, domiciliar ou hospitalar, sendo esse um ponto comum entre elas. Todavia, as divergências aparecem diante da realidade concreta que não permite o acesso do ‘parto ideal’, leia-se ‘domiciliar’ (SIMAS, 2016), a todas as mulheres, acentuando, com isso, as fissuras entre as doulas entrevistadas.

Dentre as posições das doulas entrevistadas, há dois grupos. O primeiro defende o parto humanizado no SUS e, esporadicamente, acompanha mulheres na saúde pública, mas trabalha com equipes de partos domiciliares que cobram aproximadamente 10 mil reais (preço cobrado, em 2018, em Florianópolis) da mulher-gestante. Em alguns casos, quando a mulher não pode pagar o preço total do parto domiciliar, a doula é contratada para acompanhar a parturiente no SUS, pagando somente pelo seu serviço, o que gera outra tensão com a equipe de saúde e a lógica do SUS. As doulas entrevistadas que trabalham nesse segmento reconhecem que atendem um conjunto de mulheres com características bem peculiares, leia-se: distanciadas do perfil da população SUS dependente (CONH, 2009), atravessado pelo recorte de classe, raça e etnia. Demonstraram ter total clareza do que isso significava e tal reconhecimento vinha acompanhado de olhares de desconforto e desvio de conversa. Este dado pode sugerir um eventual problema no discurso do parto humanizado.

O segundo grupo de doulas critica o serviço do parto domiciliar privado, seus altos custos as mulheres-gestantes e o recorte de classe, raça/etnia que ele atende. Elas reconhecem a qualidade da ambiência proporcionada pelo lar, mas por representar o não acesso da maioria das mulheres brasileiras às condições preconizadas por esse segmento, se posicionam contra esse serviço e reforçam a importância do parto respeitoso ocorrer no âmbito no SUS. Tal narrativa é encontrada em doulas com “origem periférica” - termo usado por elas - e que tiveram o acesso a partos domiciliares negados por falta de recursos financeiro.

Esse grupo defende a saúde como direito e não como mercadoria. Revelam ser silenciadas durante as discussões da ADOSC, pois são a minoria do segmento catarinense e não possuem articulações políticas tão consolidadas como o primeiro grupo. As doulas ligadas à defesa do SUS apresentam muitas críticas à ADOSC, pois acreditam que a associação defende os interesses particulares de um grupo específico: mulheres brancas, de classe média e acesso diferenciado à moradia. As doulas representantes dessa posição política desejam que o parto domiciliar seja iniciativa de política pública e direito de todas as mulheres. Inclusive, elas reúnem-se sistematicamente com o objetivo de planejar articulações e atividades com as Unidades Básicas de Saúde nos bairros em que residem, como as rodas de conversa.

Diante do conflito ‘parto domiciliar privado *versus* partos via SUS’, é preciso sinalizar as tensões entre os saberes, que repercutem em relações de poderes e resistência de ambos os lados. Tal embate

demonstra os interesses de classe social envolvidos no trabalho das doulas e como eles se revelam nos Movimentos de Doulas.

Outra questão polêmica entre elas é o entendimento do **‘masculino e da paternidade’**, inclusive no que diz respeito à proibição de homens receberem o título de doulos. Segundo Raquel Simas (2016), existe uma diferenciação no tratamento dos homens pelas doulas. Aqueles que não encampam o ideal da “humanização”, bem como não participam das reuniões de gestantes e de outras atividades na gravidez, são vistos como um “entrave” para o trabalho de parto das mulheres e para a relação entre estas e as doulas. Por sua vez, os homens que se assumem “grávidos” e partilham dos ideais de uma parceria igualitária são considerados aliados. A autora salienta, ancorada em Salem (1989), que o casal igualitário, mais do que uma vivência comum nas camadas médias e urbanas da população, apresenta-se como a representação de um ideal.

Raquel Simas (2016) afirma que, com frequência, as doulas vêm com desconfiança a participação dos homens no cenário do parto. Sugere que a restrição ao masculino na participação do parto pode ser decorrente das teorias de Michel Odent. Para o obstetra, o papel do pai não é relevante no trabalho de parto, tendo em vista que as mulheres possuem uma capacidade “inata” de parir. Sua presença pode, inclusive, interferir no andamento do processo. Contudo, a autora observa que o ideal de casal igualitário é muito forte para o movimento pela “humanização”, por estar atrelado à noção de família nuclear existente nas camadas médias da população e que compõe este movimento.

Assim como o pai, os demais familiares e, principalmente, a mãe da mulher-gestante podem não ser bem-vindos no processo do parto (SIMAS, 2016). A pesquisadora relata que caso as mulheres decidam parir em casa, as doulas podem pedir para substituir os acompanhantes que são leigos no assunto, uma vez que não compartilham dos ideais de “humanização”. Parentes da parturiente que não saibam como se “comportar” e passem sua insegurança para a mulher em trabalho de parto podem levar ao fracasso do “parto natural”, como dizem as doulas. Vale ressaltar que em muitos momentos os familiares eram vistos como obstáculos para os planos das mulheres (SIMAS, 2016). Neste sentido, estimula-se à grávida a não contar a data provável do parto nem para os familiares, o que garantiria menos pressão com sua proximidade.

Outro debate em torno do masculino é a presença de homens em curso de formação de doulas. Uma das representante da ADOSC destacou que é totalmente contra a formação de ‘doulos’, visto que esse é um espaço conquistados por mulheres e os homens, mesmo que “desconstruídos” (D9), não seriam bem-vindos. Informa que conhece

‘doulos’ que fizeram a formação, mas que eles não atuam por reconhecer que esse espaço é feminino. Sublinhou que pretende organizar um curso de doulas, e se em algum homem se inscrever, não assinará o certificado do mesmo. A narrativa aponta para os poderes imbricados em um ‘certificado’ e as disputadas que envolvem o espaço profissional.

Além das dicotomias identificadas, Soraya Fleischer (2015, p. 20) acrescenta outras ao referir que “o discurso e a prática destas doulas são perpassados por pares de categorias. Alguns destes pares, a meu ver, são mulher/homem, natureza/cultura, corporal/racional, animal/humano, prática/teoria, espiritual/terreno, por exemplo”. Relata que ao passo que criticam a biomedicina, estas doulas continuam a acionar o modelo ocidental, racionalista e cartesiano no parto, mas invertem os pólos de valores. Isto é, a primeira categoria de cada par – “mulher”, “natureza”, “corpo”, “animal”, “prática” e “espiritual” – passa a ser positivada. Apesar desta ênfase, circula-se com uma certa fluidez entre os pares de categorias. Partilhamos da posição de Soraya Fleischer (2015), de é preciso cuidado para que a fluidez discursiva entre categorias tão dicotômicas não turve o que as doulas têm de melhor a oferecer: promoção e respeito ao protagonismo das mulheres-gestantes, parturientes e puérperas.

CONCLUSÃO

Realizamos uma aproximação as leituras feministas decoloniais, contudo sabemos que nosso olhar está historicamente investido da epistemologia europeia. Reconhecemos que tal dado traz limitações a esse trabalho, e abre portas para aprofundarmos outros estudos acerca das doulas latinas. Ademais, a pesquisa trouxe desafios em sua execução, sendo um dos mais significativos o acesso às ‘sujeitas cognoscentes’ - doulas e enfermeiras obstétricas - para a coleta de dados, levando à mudança do objeto. Essa resistência, negação em fazer parte, diz respeito não apenas ao fato de ser um estudo sobre direitos reprodutivos com profissionais da saúde, mas à emergência de um pleito de “profissionalização de uma ocupação” por determinada categoria (doulas), atravessado por relações históricas de poder no campo da saúde. Aponta, ainda, dinâmicas e discussões, bem como disputas e tensões na assistência ao parto e nascimento.

O contato com as enfermeiras foi difícil a ponto de inviabilizar sua participação no estudo. Com as doulas a situação se reproduzia, mas conseguimos gerar identificações e “atravessar” a barreira de “proteção” de seu grupo de pertença, através de meios não formais e pelos contatos com membras da diretoria da ADOSC. Desse modo, foi possível acessar outro grupo de doulas, não associadas à ADOSC, e participar de uma reunião fechada. Outra questão que viabilizou a coleta de dados com as doulas está relacionada à identidade de gênero da pesquisadora - mulher cisgênero, heterossexual e casada -, para quem, “naturalmente”, a maternidade está colocada como um projeto. Tal identificação contribuiu para a entrada em campo, algo impossível para um homem pesquisador.

Embora a literatura traga o termo ‘Movimento de Doulas’ no singular, ainda que aponte para as heterogeneidades, os resultados evidenciam uma divisão e conflitos no âmbito da categoria de doulas. Levou-nos, portanto, a denominar o ‘Movimento’ no plural, para sublinhar a diversidade de mulheres, posições e orientações no Grupo, com a projeção de seus conflitos. Estes se explicitam quando a profissionalização, o voluntariado, o acesso e universalização ao parto domiciliar, o entendimento de saúde, as posições políticas da ADOSC, são levantados como tema pelas ‘sujeitas cognoscentes’.

Outros pontos de divisão no âmbito dos Movimentos de Doulas estão centrados no entendimento sobre sexualidade e aborto, bem como nas leituras sobre feminismo, corpo, saúde e políticas públicas. No geral, a “*gourmetização*” do parto humanizado, com seus pacotes de serviços, catalisa discordâncias e divisões. Nessa ação está implícita a concepção

de saúde distanciada dos princípios do SUS e empregada como mercadoria para um grupo privilegiado de mulheres brancas, urbanas, escolarizadas, casadas, heterossexuais e de determinada classe social.

Assim como há diferenças, há, igualmente, a partilha de alguns princípios, como: o bem-estar e respeito pelas mulheres; o protagonismo feminino; a integralidade da saúde da mulher, capitaneados pela aproximação aos estudos feministas e incorporação de uma visão ampliada do feminino. Contudo, a prática profissional é envolta por essencialismos, sobretudo, na caracterização das mulheres como mamíferas e sua associação aos animais e natureza.

Sobre os feminismos, dois grupos de pertencimento foram demarcados: uma maioria se posicionou como ‘totalmente feminista’ ou ‘feminista em construção’, sendo a doulagem uma assinatura feminista; outras reconhecem a importância dos movimentos feministas, mas tecem críticas e revelam suas reservas a estes. Tal posição política aponta para as relações de saberes-poderes e resistências presentes na atuação das doulas, que repercutem tanto nas interações com as mulheres-gestantes e parturientes, quanto com as/os profissionais de saúde.

Um grupo de doulas ao trazer implicitamente o feminismo interseccional projeta uma outra forma de doulagem, problematizando a atuação norte-americanizada instituída. Disso decorre, também, as críticas à instituição que as legitima (ADOSC). As críticas estão circunscritas aos aspectos relacionados à elitização do parto domiciliar e à branquitude de quem é atendida e de quem atende. Outrossim, a perspectiva interseccional amplia a compreensão dos resultados e possibilita revelar outros saberes sobre o exercício da doulagem.

A construção das identidades de gênero, sua relação com a reprodução e o exercício da maternidade/paternidade não foram problematizados pelas doulas. A centralidade esteve no direito das mulheres, com pouca proximidade ao debate sobre o masculino e a participação do homem-pai no parto e nascimento, assim como as desigualdades entre homens e mulheres, restritas aos aspectos da saúde reprodutiva. Nesse sentido, o feminismo essencializado se apresentou como uma leitura interpretativa recorrente.

A espiritualidade foi identificada como transversal à ação das doulas, não sem resistência e descrença, sustentadas pelo saber científico. Um grupo significativo de doula atua alinhando os saberes espirituais ao científico, porém a maioria afirma buscar validação dele no conhecimento acadêmico. Do mesmo modo, a abertura e exploração da espiritualidade pela doula pode potencializar sua vivência pelas mulheres-parturientes. As doulas que não expressaram interesse no assunto, apresentaram a

tendência a minimizar a presença da religião/espiritualidade durante o parto, embora, contraditoriamente, tenham mencionado que suas doulandas pertencem a grupos voltados a religiões orientais ou posições espiritualistas - ‘zen’.

Os resultados demonstram um gradiente de saberes presentes nas narrativas das doulas estabelecidos nessa ordem: científico, feminino, natureza e espiritual, com primazia do primeiro. Esses saberes, com destaque para o acadêmico, remetem a uma hierarquia de poder entre doulas e mulheres-gestantes/puérperas, dando espaço para relações de assimetria. Ademais, foram projetadas como dimensões dos saberes a ‘informação’ e o ‘estudar’, ambas associadas ao saber científico. A primeira, como chave para o protagonismo das mulheres-gestantes e parturientes, e a segunda, como ferramenta de “batalha” - reconhecimento e legitimidade - para as doulas.

As doulas que optam em trabalhar norteadas, principalmente, pela MBE (ciência e verdade) aparentaram menos proximidade ao saber-poder das mulheres, se comparadas com aquelas que buscam trabalhar com saberes voltados à espiritualidade e à natureza. Quando muito fechadas ao saber-poder da ciência, as doulas também podem ser representantes da norma, da ‘norma boa’, da ‘verdade’, defendidas pela MBE, que apresenta orientações pouco flexíveis para atender outros saberes.

Todas as doulas entrevistadas se preocuparam e tiveram como objeto a promoção do protagonismo e autonomia das mulheres e uma “luta”, implicitamente, contra as violências obstétricas ou, explicitamente, o uso excessivo da medicalização/intervenção, embora, de certo modo, haja uma posição de “dominação” em relação às mulheres durante o parto. Comungam, ainda, da crítica à invisibilidade do saber da mulher pela equipe profissional no momento do parto, o que difere entre elas é a opinião referente ao gradiente dessa invisibilidade. Algumas colocam que a mulher-parturiente é totalmente desconsiderada e que inclusive a doula se torna sua porta-voz. Outras são menos taxativas e acreditam que o saber das mulheres é mobilizado, porém por uma questão de protocolo e rotinas institucionais. Por esse e outros motivos, o parto domiciliar continua sendo o ambiente ideal e preferido pelas doulas para o nascimento.

A invisibilidade do saber das mulheres durante o parto, segundo as doulas, está associada a vários fatores. Estes passam pelas: construções sociais que envolvem as relações de gênero, raça/etnia, classe, que têm como pressuposto a incapacidade das mulheres, que, por sua vez, mobilizam preconceitos da ordem do racismo e do sexismo; falta de

conhecimento pelas mulheres parturientes das “boas informações” – ancoradas na MBE - sobre seu corpo e trabalho de parto.

Assim, a secundarização das mulheres é uma forma de não as reconhecer e destituí-las de seu saber-poder no momento do parto, bem como de alterar sua interlocução com a equipe, sendo a contribuição da ação das doulas para o protagonismo das mulheres a proteção, o afeto e seu fortalecimento. Essa direção do fazer cria um ambiente confessional à mulher-gestante, onde segredos ligados ao corpo, sexualidade e abusos são revelados, a partir dos vínculos de confiança construídos.

As relações de saber-poder vão além das disputas e tensões no ambiente do parto, elas marcam no corpo, na alma e na história de milhares de mulheres-parturientes e doulas, pelo fato de se contraporem ao modelo obstétrico biomédico e às históricas violências obstétricas.

REFERÊNCIAS

ACKER, Justina Inês Brunetto Verruck; Fabrina Annoni; Ioná Carreno; Giselda Veronice Hahn. As parteiras e o cuidado com o nascimento.

Rev Bras Enferm, 2006 set-out; 59(5): 647-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500010> Acesso em 17 jul. 2017.

AGUIAR, Janaina M. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. 204f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ALZUGUIR, Fernanda Vecchi; NUCCI, Marina. Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. **Mediações**. Londrina, V. 20, N. 1, p. 217-238, jan/jun 2015.

Disponível em:

<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/21114/pdf_7> Acesso em 17 jul. 2017.

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. v.15, n.36, pp.79-91, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>> Acesso em 17 jul. 2017.

BADINTER, Elisabeth. **Um Amor conquistado: o mito do amor materno**. Elisabeth Badinter; tradução de Waltensir Dutra. — Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, Murillo Bruno Braz; HERCULANO, Thuany Bento; BRILHANTE Marita de Almeida Assis; SAMPAIO, Juliana. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. **SAÚDE DEBATE** | Rio de Janeiro, V. 42, N. 117, P. 420-429, ABR-JUN 2018 Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42n117/420-429>> Acesso em 04. Out. 2018

BRASIL. **Lei nº 16.869, de 15 de janeiro de 2016.** Dispõe sobre a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências. Florianópolis, 2016. Disponível em: < <http://leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-16869-2016-santa-catarina-dispoe-sobre-a-presenca-de-doulas-durante-todo-o-periodo-de-trabalho-de-parto-parto-e-pos-parto-imediato-e-estabelece-outras-providencias>> Acesso em: 18 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.153,** de 22 de maio de 2014. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html > Acesso em 17 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.459,** de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 27/06/2011

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM Nº. 569,** de 1/06/2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Portaria/GM nº 569,** de 01 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde: Legislação Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 18 set. 2017.

BRASIL. **Programa Humanização do Parto:** humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> >. Acesso em: 18 set. 2017.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras

providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 18 set. 2017.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 25 jun 1986. Seção 1, p. 9275-9279. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 18 set. 2017.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em 07 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério.** Assistência humanizada à mulher. Brasília, Ministério da Saúde. 2001

BOURGUIGNON, Ana Maria de Lima. **Humanização do parto e nascimento: os discursos construídos nas teses e dissertações brasileiras.** Dissertação [mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Sociologia Política. Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/132746/333150.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em 07 ago. 2017.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de parto e políticas do corpo.** 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. v. 1. 328p.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. Sexualidad, Salud y Sociedad - **Revista Latinoamericana** / n.20 - aug. 2015 - pp.91-112. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/11943/13344>> Acesso em 10 jul. 2017.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface** (Botucatu. Online), v. 17, p. 49-59, 2013;

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. E onde ficam os direitos das mulheres no momento de dar à luz? Parir no Brasil, um problema de saúde pública. **Revista de Direito Mackenzie**, v. 5, p. 227-237, 2011.

Disponível em:

<<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/rmd/article/view/5085/3879>> Acesso em 10 jul. 2017.

CANASSA, Neli Silvia Andreazzi; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; GREGÓRIO, Vitória Regina Petters. O saber/fazer das parteiras na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis - SC (1967/1994). **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 mai-jun; 64(3): 423-30. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300003> Acesso em 23 mai. 2017.

CAD. SAÚDE PÚBLICA. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol.30 supl.1, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20140013&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 30 mai. 2017.

CAMARGO, Kenneth Camargo; ROHDEN, Fabíola; CÁCERES, Carlos F. **Ciência, gênero e sexualidade**. Sonia Corrêa e Richard Parker (Orgs.) Sexualidade e política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos. Rio de Janeiro, 2011. p 125. Disponível em: <http://www.sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/2011/07/dialogo-la_total_final.pdf> Acesso em 29 mai. 2017.

CASTIEL, Luis David & PÓVOA, Eduardo Conte. Expertise em Medicina Baseada em Evidências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(1):205-214, jan-fev, 2001.

CHALMERS B; WOLMAN W. Social support in labor: a selective review. **J Psychosom Obstetr Gynaecol**, 1993 March; 14(1):1-15
CREENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, vol. 10, n. 1, 2002. p. 171-188.

COELHO, Clair Castilhos. “**Senhora presidenta, ouça as mulheres**”: As gongonhas vão parir... tudo está resolvido!!. 2011. Site: Viomundo,

02 abr. 2011. Disponível em:

<<http://www.viomundo.com.br/politica/clair-castilhos-senhora-presidenta-ouca-as-mulheres.html>>. Acesso em: 18 de set. 2017.

DESLANDES, Suely F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002> Acesso em: 15 de jun. 2017.

Diniz, Simone G.. Feminismo, materno-infantilismo e políticas de saúde materna no Brasil. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 7, p. 119-126, 2013.

FEYER, Iara Simoni Silveira; MONTICELLI, Marisa; KNOBEL, Roxana. Perfil de casais que optam por parto domiciliar assistidos por enfermeiras obstétricas. *Esc Anna Nery (impr.)* 2013 abr - jun; 17 (2):298 – 305. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200014> Acesso em 21 out 2017

FREIRE, Maria Martha de Luna. Maternalismo e proteção materno-infantil: fenômeno mundial de caráter singular. *Cadernos de História da Ciência*, v. VII, p. 55-70, 2012.

GUILHERMO, Hugo Spinelli. A medicina na “modernidade”. In: **Razão, saúde e violência** :, ou, a (im)potencia da racionalidade medicocientífica. Tese de doutorado. Fac. de Ciências Médicas. Campinas/SP, UNICAMP: 1998.

GRIBOSKI, Rejane Antonell; GUILHEM, Dirce. **Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento**. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006; 15(1): 107-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100013> Acesso em: 15 de jun. 2017.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):7-14, 2004

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Território Conhecimento. Café Filosófico - **Feminismos, Corpo e Saúde: Uma Agenda no Século 21-HD**. Site Youtube, Canal Café Filosófico CPFL, 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=EhcK-_Ozqz0> Acesso em 23 jul. 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; D'ORSI, Eleonora; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; TORRES, Jacqueline Alves; DIAS, Marcos Augusto Bastos; SCHNECK, Camilla A.; LANSKY, Sônia; TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; RANCE, Susanna; SANDALL, Jane. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S140-S153, 2014 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>> Acesso em 08/06.2018

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal**. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009; 19(2):313-326. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14348/art_DINIZ_Genero_saude_materna_e_o_paradoxo_2009.pdf> Acesso em 18 jul. 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, pp.627-637, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019> Acesso em 11 jun. 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; NIY, Denise Yoshie; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; SALGADO, Heloisa de Oliveira . A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface** (Botucatu. Online), v. 20, p. 253-259, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000100253&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 11 jun. 2016.

FALEIROS, Vicente de Paula. Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 83-91, 2013. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802013000300006/24863>> Acesso em 29 mai. 2017.

FERREIRA JUNIOR, Antonio Rodrigues. **Profissionalização invisível: formação e trabalho de doulas no Brasil**. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP : [s.n.], 2015.

FLEISCHER, Soraya. Doulas como “amortecedores afetivos”: Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto. **Ciências Sociais Unisinas**, volume 41 número 1, janeiro/abril, 2005

_____. Quem exotiza quem? Bastidores metodológicos do encontro de uma antropóloga e um grupo de doulas. **Barbarói (USCS)**, v. 25, p. 131-144, 2007

FIOCRUZ/COFEN. Bloco Identificação Sócio-Econômica. Enfermeiros. 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco1/bl_ident-socio-economica-enfermeiros.pdf> Acesso em 18 out 2017

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1: A vontade de saber**, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guillhon Albuquerque. 4a ed. Rio de Janeiro/São Paulo, Paz e Terra, 2017

FOUCAULT, Michel. **Estratégia, poder-saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forence, 2006. 396p. ISBN 8521803966.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Coimbra: Almedina, 2005. 264p. ISBN 9724016943.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. 1997. São Paulo, Perspectiva.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1996. 79p. (Leituras filosóficas) ISBN 8515013592

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 1995. 239p. (Coleção campo teórico) ISBN 8521801459 : (broch.).

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992. 295p. (Biblioteca de filosofia e história das ciências; v.7)

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica.

Cad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, n.2, pp.388-394. ISSN 1678-4464. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>> Acesso em 12 out 2017

FONSECA, Inara; FREITAS, Rosana de Carvalho Martinelli; RIL, Stephany Yolanda. **Movimento de doulas no Brasil**: trajetória das atrizes na construção de uma cultura de não violência obstétrica. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X

FREIRE, Maria Martha de Luna. Ser mãe é uma ciência?: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920.

História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, 2008.

Disponível e, < <http://www.scielo.br/pdf/hesm/v15s0/08.pdf>> Acesso em 11 jun. 2016.

FREIRE, Maria Martha de Luna. Maternalismo e proteção materno-infantil: fenômeno mundial de caráter singular. **Cad. hist. ciênc.**

[online]. 2011, vol.7, n.2, pp. 55-70. ISSN 1809-7634.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999. 202 p. ISBN: 8522422702.

GOMES, Romeu; MINAYO, Cecilia de Souza; SILVA, Claudio Felipe Ribeiro da. Violência contra a mulher uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Ministério da Saúde (BR).

Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília (DF); 2005: 9-41.

HEILBORN, Maria Luiza. “Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade”. **Cadernos Cepia nº 5**, Gráfica JB, Rio de Janeiro, dezembro de 2002, p. 73-92 (apoio Fundação Ford e UNIFEM).

Disponível:

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/341846/mod_resource/content

/2/Heilborn%20-%20genero,%20corpo%20e%20sexualidade%20pdf.pdf> Acesso em 05 jun 2017.

HEILBORN, Maria Luiza. “Construção de si, gênero e sexualidade”, in: HEILBORN, Maria Luiza. (org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**, IMS/UERJ. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999, p. 40-59
Disponível em:
<http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/97_1512_contrucaodesi.pdf>
Acesso 05 jun 2017.

HEILBORN, Maria Luiza. “De que gênero estamos falando? In: **Sexualidade, Gênero e Sociedade**. ano 1, n° 2 CEPESC/IMS/UERJ, 1994. Disponível em:
<<http://www.teoriaepesquisa.ufscar.br/index.php/tp/article/viewFile/49/42>> Acesso em 04 jun 2017.

HIRSCH, Olivia Nogueira. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 229-249, abr.-jun. 2015.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweing; ALVARENGA, Augusta Thereza de . A Definição Do Acompanhante No Parto: Uma Questão Ideológica? **Estudos Feministas**, Florianópolis, 2002

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; PEREIRA, Ana Paula Esteves; PACHECO, Vanessa Eufrauzino; CARMO, Cleber Nascimento do; SANTOS, Ricardo Ventura. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2017; 33. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 02 mai. 2018

LEAO, Míriam Rêgo de Castro; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2001 maio; 9(3):90-4

LISBOA, Teresa Kleba. **Feminismos, Pesquisa e Produção do conhecimento em Serviço Social**. Rev. Katál. Florianópolis v. 13 n. 1 p. 66-75 jan./jun, 2010. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n1/08> > Acesso em 25 mai. 2017.

LISBOA, Teresa Kleba; OLIVEIRA, Catarina Nascimento de. Serviço Social com perspectiva de gênero: o que a “cegueira ideológica” não permite ver. **Revista Feminismos**. Vol.3, N.2 e 3, Maio - Dez. 2015

LUMLEY J, AUSTIN MP, CREINA M. Intervening to reduce depression after birth: a systematic review of the randomized trials. **Int J Technol Assess Health Care**, 2004; 20(2):128-144.

MACHADO, Roberto. **Foucault: a ciência e o poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MARTINS, A. P. V. **A ciência obstétrica**. In: Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. RJ: Editora Fiocruz, 2004. Coleção História e Saúde.

MARTINS, Ana Paula Vosne. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 13(3): 320, setembro-dezembro/2005.

MANFRINI, Daniele Beatriz. **‘Somos todxs Adelir’**: Partir de si e ação política frente à violência obstétrica em Florianópolis. 2016. 289p. Tese. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

MADALOZZO, Regina; MARTINS, Sergio Ricardo; SHIRATORI, Ludmila. Participação no mercado de trabalho e no trabalho doméstico: homens e mulheres têm condições iguais?. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 547, jan. 2010. ISSN 1806-9584. Disponível em:
<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2010000200015>>. Acesso em: 04 out. 2018.

MELLO, Anahi Guedes de. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. **Ciência & Saúde**

Coletiva, 21(10):3265-3276, 2016. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n10/1413-8123-csc-21-10-3265.pdf>>.
Acesso em 11 out. 2018

MEYER, Dagmar E. Estermann. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Revista Gênero**, Niterói, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2o sem. 2005. Disponível em:

<

<http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/view/198/134> > Acesso em 19 fev 2017.

MENDONÇA, Sara Sousa. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 250-271, abr.-jun. 2015. Disponível em:

<

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17899/13392> > Acesso em 02 ago 2017.

MENDONÇA, Sara Sousa. Mudando a forma de nascer: agência e construções de verdades entre as ativistas do parto humanizado. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013
MÜLLER, Elaine; RODRIGUES, Laís, PIMENTEL, Camila. O tabu do parto. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 272-293, abr.-jun. 2015. Disponível em:

<

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17928/13393>> Acesso em 02 ago 2017.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 9, jan. 2000. ISSN 1806-9584. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11917>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

KLITZKE, Carla; ZUCCO, Luciana Patrícia. Violências de gênero: como os/as profissionais de saúde a identificam. In: **anais 13º Mundo de mulheres e Fazendo gênero 11**. Florianópolis, 2017

KRÜGER, T.R; Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. *Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.

RATTNER, Daphne, TRENCH B, organizadores. **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Senac; 2005. p. 94-101

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. Tradução Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovesani. São Carlos: Claraluz, 2005.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis. vol 10. n 2, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14970.pdf>>. Acesso em 24 abr. 2017.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 327p. ISBN: 8522421110.

ROHDEN, Fabíola. Fragmentos da história da medicalização do parto: da indecência moral ao domínio médico. **Revista Coletiva**, v. 9, p. 1-3, 2012. Disponível em: <<http://www.coletiva.org/index.php/artigo/fragmentos-da-historia-da-medicalizacao-do-parto-da-indecencia-moral-ao-dominio-medico/>>. Acesso em 17 jun. 2017.

ROHDEN, Fabíola. **Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições**. Rev Saúde Pública 2011;45(4):722-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0034-89102011005000038&pid=S0034-89102011000400012&pdf_path=resp/v45n4/2378.pdf&lang=pt> Acesso em 17 jun. 2017.

ROHDEN, Fabíola. Ginecologia, Gênero e Sexualidade na Ciência do Século XIX. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125, junho de 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100006> Acesso em 15 mai. 2017.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2001

LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 22(3): 320, setembro-dezembro/2014

SALEM, Tânia. **O casal grávido**: disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro, RJ: editora da Fundação Getúlio Vargas.

SALGADO, Martha Patricia Castañeda. **Metodología de la Investigación Feminista**. Fundación Guatemala. Universidad Nacional Autónoma de México, 2008

SANTOS, Denise da Silva; NUNES, Isa Maria. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 jul-set; 13 (3): 582-88. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a18.pdf>> Acesso em 11 jul. 2017.

SCAVONE, Lucila. Direitos reprodutivos, políticas de saúde e gênero. Estudos de sociologia. ANPOCS. 1999. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/view/196/192>> Acesso em 07 fev. 2017.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu** (16) 2001: pp.137-150. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332001000100008> Acesso em 16 mar. 2017.

SCHEFFER, Mário; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 páginas. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>> Acesso em 13 jul. 2017.

SCHÜTZE, Fritz. Análise sociológica e linguística de narrativas. **Civitas**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. e11-e52, maio-ago. 2014. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17117/11469>> Acesso em 18 out 2017

SILVA, Raimunda Magalhães da; BARROS, Nelson Filice de; JORGE, Herla Maria Furtado; MELO, Laura Pinto Torres de; FERREIRA JUNIOR, Antonio Rodrigues; Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), v. 17, p. 2783-2794, 2012.

SILVA, R. M. ; JORGE, H. M. F. ; MATSUE, R. Y. ; FERREIRA JÚNIOR, A. R. ; BARROS, N. F. . Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saúde e Sociedade** (Online), v. 25, p. 108-120, 2016.

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

STELLIN, Regina Maria Ramos et al . Processos de construção de maternagem. Feminilidade e maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 170-185, jun. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282011000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 out. 2018.

FERREIRA JÚNIOR, A. R.; BARROS, N. F. . Motivos para atuação e formação profissional: percepção de doulas. **PHYSIS. Revista de saúde coletiva (online)**, v. 26, p. 1395-1407, 2016.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, vol. 16, nº 2, Porto Alegre, jul/dez 1990. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>> Acesso em 17 jun. 2017.

SENA, Ligia Moreiras. Tese: **Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração** - A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. UFSC. Florianópolis: 2016.

SQUIRE, Corinne. O que é narrativa? **Civitas**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 272-284, maio-ago. 2014. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17148>>. Acesso em 12 out. 2017.

OLIVEIRA, Catarina Nascimento. Epistemologia feminista sob a ótica do Sul Global. In: Ana Maria Veiga; Teresa Kleba Lisboa; Cristina Sheibe Wolff. (Org.). **Gênero e violências: diálogos interdisciplinares**. 1ed. Florianópolis: Edições do Bosque/CFH/UFSC, 2016, v. , p. 1-278.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório do Grupo Técnico “Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família”. Brasília, Ministério da Saúde. 1996.

PEDRO, Joana Maria. **Traduzindo o debate**: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. *História*, São Paulo, v.24, n.1, p.77-98, 2005.

Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/his/v24n1/a04v24n1.pdf>> Acesso em 16 mai. 2017.

PISCITELLI, A. “**Recriando a (categoria) Mulher?**”. In: Leila Algranti (org.) *A prática Feminista e o Conceito de Gênero*. Textos Didáticos, nº 48. Campinas, IFCH-Unicamp, 2002, p. 7-42.

PIOVESAN, Flávia. AÇÕES AFIRMATIVAS NO BRASIL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 887, set. 2008. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2008000300010>>. Acesso em: 04 out. 2018.

PORTELLA, Mariana de Oliveira. *Ciência e costume na assistência ao parto*. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Recife, 2017.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; RIGON, Tomaz; BAVARESCO, Gabriela Zanella. Os médicos e o excesso de cesária no Brasil. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.2, n.1, p.04-12, 2011.

TESSER Charles Dalcanale, KNOBEL, Roxana. ANDREZZO Halana Faria de Aguiar, DINIZ, Simone Grilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro 1-12. 2014

Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Parto e poder**: O movimento pela humanização do parto no Brasil (Tese). UFSC. Florianópolis, 2004

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no

ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**,

Florianópolis, v. 10, n.2, p. 483-492, 2002. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972.pdf> > Acesso em 11 mar. 2017.

VARGENS, Octavio Muniz da Costa; SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos; PROGIAN, Jane Márcia. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, 21(1) 2017.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170015.pdf>> Acesso em 08 mai. 2017.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014. Disponível em <

<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637> > Acesso em 12.jun. 2018

ZUCCO, Luciana; SIMÕES, Pedro. Os anos 2000: os homens no Serviço Social. In: SIMÕES, Pedro. **Assistentes Sociais no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: E-Papers / Faperj, 2012.

WOLFE, Kaylee S. **A Doula Can Only Do So Much**: Birth Doulas and Stratification in United States Maternity Care". Honors Projects, Paper 37, 2015

APÊNDICE A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaríamos de convidá-la a participar do estudo intitulado “Os saberes que atravessam o parto: as narrativas de doulas e enfermeiras obstétricas”.

Por favor, leia com atenção e cuidado as informações a seguir e se desejar, discuta suas dúvidas e observações com a pesquisadora responsável Carla Klitzke Espíndola, para que sua participação possa ser uma decisão bem informada. Caso aceite fazer parte do estudo assine ao final deste documento (nas duas vias) que também está assinada pelas pesquisadoras responsáveis. Uma das vias é sua e outra da pesquisadora responsável. A via entregue a você deve ser guardada cuidadosamente, é nesse documento que constam informações importantes como contatos e seus direitos enquanto participante da pesquisa.

Você será esclarecido sobre esta pesquisa em qualquer ponto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento e interromper a participação, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Se não tiveres interesse em participar do estudo, você não sofrerá qualquer desvantagem ou coerção. Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa.

Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) para aprovação. O **objetivo** desta pesquisa é analisar os saberes que atravessam o fenômeno do parto em uma maternidade-escola a partir das profissionais enfermeiras obstétricas e doulas. Esta será conduzida pela Profa. orientadora Dra. Luciana Patrícia Zucco, que atua no departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e pela assistente social Carla Klitzke Espíndola, que é mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFSC. Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Carla K. Espíndola, que é orientado pela Profa. Dra. Luciana P. Zucco.

Esta é uma pesquisa empírica, de abordagem qualitativa e utilizamos como referencial teórico a epistemologia feminista, os estudos de gênero e de Michel Foucault. Buscamos apreender a percepção das profissionais sobre a mulher-parturiente e seu lugar no parir; Identificar os conhecimentos que atravessam o parto a partir das ‘sujeitas

cognoscentes'; Apontar as estratégias de resistências frente aos diferentes saberes por parte das sujeitas envolvidas (mulher-parturiente; acompanhante; enfermeiras obstétricas; doulas e equipe médica) no momento do parir. Tal estudo se faz importante diante dos quadros de violência obstétrica no Brasil, bem como da naturalização da subordinação da autonomia das mulheres no processo de parir.

Durante a pesquisa você será entrevistada a partir de perguntas relacionadas com o objetivo da pesquisa. Os dados serão registrados pelas pesquisadoras, por meio de entrevista(s) gravada(s) e as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa. Seus nomes, imagem e voz serão mantidos em **sigilo** durante todo processo da pesquisa e elaboração da dissertação, suas narrativas ficarão em anonimato. As pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo das informações. Porém existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da Lei.

Os dados das entrevistas ficarão armazenados em local seguro na sala da professora orientadora do estudo situada na UFSC, durante cinco anos. Terão acesso apenas a/s pesquisadora/s do estudo, a fim de garantir seu anonimato. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos à pesquisa com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros acadêmicos e/ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, voz, imagem, ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Utilizaremos nomes fictícios na dissertação e nos artigos decorrentes da pesquisa. Os resultados dessa pesquisa serão divulgados a você, caso o solicite, e as pesquisadoras são as pessoas com quem deve contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre seus direitos como participante.

Sua participação na pesquisa é voluntária e você poderá se negar a participar da mesma, bem como deixar de participar a qualquer momento. Para isso, basta que comunique sua decisão, por qualquer meio, a qualquer uma da/s pesquisadora/s. Você pode falar o que realmente pensa, sem que isso interfira em qualquer questão.

Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto (financeiro, por exemplo). Entretanto, esperamos que este estudo

contribua posteriormente com informações importantes ao conhecimento acadêmico e, principalmente, podendo ajudar a coletividade.

O estudo não oferece riscos à sua integridade física. Entretanto, é possível que os questionamentos contidos no instrumento de coleta de dados possam oferecer riscos emocionais, mesmo que involuntários e não intencionais e de ordem reflexiva uma vez que durante as entrevistas você poderá reviver experiências e aspectos negativos poderão aflorar. Para evitar e minimizar os possíveis riscos, os questionários serão respondidos ao seu tempo, no momento e local que lhe for mais pertinente. Garantimos que, se isso acontecer e você se sentir constrangida e ou mobilizada emocionalmente, será dado o tempo necessário para você se recompor e seguir a entrevista, se assim você desejar. Caso necessário a/s pesquisadora/s farão os devidos encaminhamentos de assistência imediata e integral para o seu suporte emocional, e interromper imediatamente a entrevista, se assim você preferir.

De acordo com a legislação brasileira, não é prevista nenhuma despesa pessoal para você, bem como remuneração ou gratificação para participar da pesquisa. As pesquisadoras/es comprometem-se, formalmente, indenizá-la por eventuais danos decorrentes da pesquisa, desde que devidamente comprovado sua relação com a mesma. Da mesma forma, as pesquisadoras/es comprometem-se a realizar o ressarcimento de possíveis despesas, ainda que não previstas, decorrentes da sua participação na pesquisa.

Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da Lei.

Se você tiver algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento pelo telefone ou e-mail abaixo.

A pesquisadora responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa

As pesquisadoras, Carla Klitzke Espíndola e Profa Dra. Luciana P. Zucco, que assinam esse documento, comprometem-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.

Dúvidas e informações: Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa e/ou dúvidas, em qualquer momento, poderão ser obtidas através dos seguintes contatos:

- Carla Klitzke Espíndola (pesquisadora responsável), através do telefone (048) 99933 6319 e/ou pelo e-mail: <carla.klitzke@gmail.com>;

- Profa. Dra. Luciana Patrícia Zucco (orientadora da pesquisa) pelo e-mail: <lpzucco@uol.com.br> ou no endereço físico: Departamento de Serviço Social, Centro Socioeconômico, sala 016, Campus Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, Florianópolis/SC, CEP: 88040-900.

- Para esclarecimentos e dúvidas, também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, pelo e-mail <cep.propesq@contato.ufsc.br> ou endereço físico: Rua Desembargador Vitor Lima, no 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC – 88.040-400.

A pesquisadora responsável Luciana Patrícia Zucco e pesquisadora assistente Carla Klitzke Espíndola, que assinam 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.

Desta forma, concordo de maneira livre e esclarecida em participar da pesquisa: **Os saberes que atravessam o parto: as narrativas de doulas e enfermeiras obstétricas**. Além de ter lido e entendido todas as informações sobre minha participação na pesquisa, tive a oportunidade de discuti-las e fazer perguntas. Todas as minhas duvidas foram esclarecidas satisfatoriamente.

Assinatura da Pesquisadora responsável
Luciana Patrícia Zucco

Assinatura da Pesquisadora assistente
Carla Klitzke Espíndola

RG: _____
Assinatura e RG da/o Participante da Pesquisa

Florianópolis, _____ de _____ de 2018.

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista

Codinome escolhido pela entrevistada: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Enfermeira/o () Doula ()

Sexo: () F () M

Identidade de gênero.

Idade.

Situação conjugal.

Religião que se identifica ou pratica e/ou filosofia de vida

Natural de que região do país.

Raça/etnia autodeclarada.

2. HISTÓRIA REPRODUTIVA

Nº. de filho/a(s).

Idade em que teve o primeiro filho/a, caso tenha.

Idade em que teve o último filho/a, caso tenha.

Idade do/a(s) filho/a(s).

Discorra sobre seu(s) processo(s) de parto e nascimento (como foram, onde foram realizados, por que das escolhas por determinados tipos de parto).

Caso não tenha filha/o, falar sobre sua escolha.

3. FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Formação/Ano.

Formação específica sobre o nascer e parir/ano/instituição formadora.

Vínculo de trabalho com alguma instituição de saúde?

Tempo que atua assistindo ao parto e nascimento.

Relate sobre sua primeira experiência com o nascer/parir, quando viu pela primeira vez um parto, em que circunstância e o ano.

Comente sobre as motivações que a levaram a escolher sua profissão (doula ou enfermeira obstétrica).

Detalhe sua atuação na assistência ao parto e nascimento.

Descreva, no geral, o momento da assistência ao parto e nascimento, os/as atores/atrizes que circulam, as principais falas e expressões.

Comente o parto que mais lhe chamou a atenção e por quê.

Fale sobre o lugar da mulher parturiente no momento do parto.

Comente sobre seus principais desafios/conflitos na assistência ao parto e nascimento.

4. SABERES

Discorra sobre os **saberes** que atravessam a cena do parto que você atende (gestante, acompanhante, médico, enfermagem, técnicos) e o lugar que você ocupa.

De onde vêm esses saberes? Como se apresentam os saberes das mulheres-parturientes?

De onde considera que venha estes saberes que utiliza na atuação? (Academia, conhecimento empírico, aprendizado com outras pessoas.)

Justifique o que você entende por saberes (científicos, não-científicos).

Fale sobre a relação espiritualidade/religião e parir.

Quais os saberes da enfermagem que você considera que sejam importantes nesta assistência ao parto?

Que contribuições a doula pode fazer em termo de saberes-conhecimentos no acompanhamento da mulher em trabalho de parto?

Consegues identificar, em alguns dos partos que atendeu, a manifestação de saberes da mulher-parturiente?

Tem algo que faça ou fale que indique conhecimentos dela em seus trabalhos de parto? Pode dar exemplos?

Percebe filosofias de vida?

5. RELAÇÃO COM A MULHER PARTURIENTE

Descreva quem é a parturiente que você costuma atender (raça, classe, etc).

No geral, como você definiria a mulher que você assiste.

Fale sobre a relação estabelecida com a mulher parturiente.

6. ATUAÇÃO POLÍTICA

Vínculo com Associações ou Coletivos voltados ao parto e nascimento.

Discorra sobre as motivações para essa participação.

Fale sobre sua relação com o feminismo.

APÊNDICE C – Roteiro de análise das entrevistas

Código de identificação da participante: _____

Tipo de parto da entrevistada: () vaginal () cesariana () cesariana eletiva () domiciliar () desassistido () não tem filhos () pretende ter filhos

Local do parto: () SUS () Privado () Desassistido

Parto foi acompanhado por doula: () sim () não () parcialmente

Cobra pelo serviço de doulagem: () sim () não () as vezes () voluntariado () nunca cobrou

Tem outras fontes de renda: () sim () não () parcialmente. Qual

Qual o estado emocional apresentado na narrativa:

() frases interrompidas () repetição () gaguez () sons incoerentes
() presença de ‘hã’ () apresentou desconforto ao longo da entrevista
() apresentou resistência () apresentou emoção, olhos cheios d’água
() outros _____

Conseguiu discutir sobre os saberes que atravessam o parto?

() sim () não () parcialmente

Quais saberes identificou? (científicos, natureza, espiritual, etc):

Respondeu todas as perguntas? () sim () não () teve dificuldade em alguma(s)

O que não conseguiu responder?

Personagens que aparecem na narrativa:

Núcleos de sentido da comunicação cuja presença e frequência de aparição podem significar algo:

Quais os adjetivos, substantivos e verbos mais utilizados na narrativa:

Percepção e narrativa da doula sobre o feminismo:

Fez articulações com as discussões de gênero () sim () não

Fez articulações com as discussões de gênero, classe, raça/etnia () sim () não

Associada a algum movimento social/político: () ADOSC () partido político () nenhum () outro: _____

Desmarcou quantas vezes a entrevista: _____

Apresentou contradições ao longo da narrativa: () sim () não

Quais as categorias de destaque da narrativa: () espiritualidade () protagonismo da mulher () movimento parto humanizado () importância da doula () importância da puerpera () violência obstétrica () outras:

O que mais chamou atenção na entrevista e entrevistada:

Impressões das entrevistada sobre o HU

Hierarquia de saber-poder que a entrevistada identifica no cenário do parto no HU

Ideia central sobre o saber(es) das doulas (princípios mencionados): _____

Lugar da doula no cenário do parto: _____

2. Ideias da entrevistada sobre:

Saberes presentes no parto:

Protagonismo da mulher:

Espiritualidade:

a) Da doula: _____

b) Da mulher que está acompanhando: _____

Utiliza quais saberes na sua atuação:

Percepção sobre a mulher-parturiente e seu lugar no parir:

Estratégias de resistência das 'sujeitas cognoscentes' no processo de assistir ao parir:

Resistências frente aos diferentes saberes por parte das sujeitas envolvidas (mulher-parturiente; acompanhante; enfermeiras obstétricas; doulas e equipe médica) no momento do parir: _____

Características das doulas:

Motivações para ser doula:

Desafios/conflitos identificados na cena do parto:

Características das mulheres que a entrevistada costuma atender:
