

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

THAIS GONÇALVES DE SOUZA

**DOULAGEM EM CENA: DESIGUALDADES, DIREITOS E DISPUTAS EM TORNO
DE UMA NOVA PROFISSÃO DO PARIR.**

Juiz de Fora

2025

THAIS GONÇALVES DE SOUZA

**DOULAGEM EM CENA: DESIGUALDADES, DIREITOS E DISPUTAS EM TORNO
DE UMA NOVA PROFISSÃO DO PARIR.**

Dissertação de mestrado apresentada ao
ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências Sociais da Universidade Federal
de Juiz de Fora como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Ciências
Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Dias da
Silva

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Souza, Thais Gonçalves de.

Doulagem em cena : desigualdades, direitos e disputas em torno de uma nova profissão do parir / Thais Gonçalves de Souza. -- 2025. 163 f. : il.

Orientadora: Cristina Dias da Silva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2025.

1. Doulas. 2. Humanização. 3. Violência Obstétrica. 4. Gênero. 5. Saúde. I. Silva, Cristina Dias da, orient. II. Título.

Thais Gonçalves de Souza

Doulagem em Cena: desigualdades, direitos e disputas em torno de uma nova profissão do
parir

Dissertação de mestrado apresentada ao ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Sociais da Universidade Federal de Juiz de
Fora como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Ciências Sociais.

Aprovada em 25 de fevereiro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cristina Dias da Silva - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Rogéria Campos de Almeida Dutra
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Marina Fisher Nucci
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Dedico esta dissertação à minha mãe, Eliane,
às minhas avós, Luzia e Raquel, e a todas as
“Marias, Mahins, Marielles e Malês.”

AGRADECIMENTOS

A realização desse trabalho e toda a minha trajetória profissional e acadêmica, só é possível pela participação e pelo incentivo de muitas pessoas.

Assim, gostaria de agradecer aos meus pais, Eliane e Alexandre, que sempre me apoiaram nos estudos e investiram por toda vida, emocionalmente e financeiramente, para que eu pudesse alcançar meus objetivos. Aprendi com vocês a *costurar* palavras e *consertar* parágrafos, *costurar* histórias de vida e teorias, tentando *consertar* as mazelas do mundo.

Agradeço ao Raul, meu companheiro de vida, que sempre acreditou em mim e me apoia em cada passo dado. Não sei o que seria de mim se não fossem suas motivações cotidianas. Obrigada por todo amor, cuidado e compreensão. Por ter me ensinado a equilibrar meu corpo e minha alma entre a escrita e a dança.

À minha orientadora, Cristina Dias, por quem tenho uma profunda admiração, agradeço por ter me acolhido com tanto carinho desde a graduação. Pelas conversas, aulas, observações e leituras, sempre tão atenciosas e generosas. Por toda paciência, compreensão, incentivos e apoio que cercam os milhares de ensinamentos durante esses anos de parceria.

À banca examinadora, Marina Nucci e Rogéria Dutra, agradeço por terem gentilmente aceitado o convite de participar da avaliação desta dissertação e dedicarem seu tempo e conhecimentos nesta leitura. Suas contribuições foram valiosas e enriquecedoras, e sem dúvidas, fundamentais para qualidade deste trabalho.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora. Lá encontrei professoras e professores que contribuíram para minha formação em instigantes disciplinas, e amigos e amigas que foram essenciais neste percurso. São muitos nomes que acolheram minhas preocupações e medos nas dificuldades e que trocaram conhecimentos, ideias e boas risadas. Agradeço também os amigos pesquisadores do Laboratório de Pesquisas Antropológicas em Política e Saúde, nossos encontros contribuíram muito para esta dissertação e, principalmente, para me fazer acreditar que é possível uma vida acadêmica inspiradora e transformadora do mundo.

Agradecimentos especiais à FAPEMIG, pelo apoio financeiro que viabilizou a minha permanência na Universidade e a dedicação exclusiva à pesquisa.

Por fim, minha eterna gratidão às queridas doulas que entrevistei, que me trataram sempre com muito respeito e carinho. As entrevistas, nossas trocas de olhares, afetos, lágrimas e muitos conhecimentos, reavivaram em mim a esperança no *fazer* da pesquisa. Não posso revelar seus nomes, pela ética, mas saibam que sou extremamente grata por terem confiado em mim e compartilhado suas histórias de vida comigo.

“É preciso estar atento e forte, não temos tempo
de temer a morte.” (Caetano Veloso e Gilberto Gil, 1968)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar o campo da doulagem, as práticas, sentidos e discursos das doulas. As doulas são mulheres instruídas com conhecimentos teórico-práticos em relação à assistência às gestantes, parturientes e puérperas, que atuam oferecendo suporte emocional e físico. Além disso, fornecem informações qualificadas sobre os processos e procedimentos que envolvem o gestar, parir e maternar. Ao discutir uma bibliografia que versa sobre ciência, gênero, Estado, natureza, cultura e as moralidades impostas ao corpo feminino, articulando o debate do cuidado ao ciclo gravídico-puerperal, a maternidade pela perspectiva antropológica e a crítica feminista, busca-se refletir como estas profissionais atuam cotidianamente e quais as disputas, externas e internas, em que estão inseridas. Para isso foram percorridas três frentes metodológicas: descritiva, exploratória e etnográfica, sendo utilizadas, portanto, técnicas de revisão bibliográfica, análise de documentos, observação participante e entrevistas com as doulas.

No primeiro capítulo apresenta-se uma imersão na história do campo de assistência à saúde da mulher e ao parto no Brasil buscando explorar como se estruturou essa assistência no âmbito médico-hospitalar, as bases em que se desenvolveu o modelo de medicalização e o ideal tecnocrático, e como foram sendo colocadas em voga os ideais, as políticas e programas de humanização. Neste capítulo também será pautada uma breve discussão sobre o debate feminista contemporâneo e as suas relações com a maternidade e influências no campo da saúde, uma ênfase que pode ser considerada importante para a difusão da profissão das doulas.

No segundo capítulo apresenta-se o levantamento dos dados sobre o campo da doulagem, tanto em uma perspectiva histórica e social do movimento, quanto as lutas, posicionamentos e questões recentes, as práticas cotidianas de doulas, as suas percepções e discursos. Busco iniciar a apresentação, pela via da observação-participante e das entrevistas, de trajetórias e discursos de doulas e refletir junto a essas histórias, de vida e profissão, aspectos das práticas cotidianas de trabalho da doulagem e marcos importantes do campo, na linha da regulamentação, profissionalização e valorização da categoria.

No terceiro e último capítulo, ainda pelas trajetórias das interlocutoras doulas, apresenta-se uma análise sobre o campo de forma mais elaborada e plural, buscando destacar e comparar os pontos fundamentais, comuns e divergentes, aos discursos e práticas das doulas. Busca-se ressaltar a diversidade que pode ser encontrada intra-grupo, os diferentes sentidos que são atribuídos à profissão e as suas práticas, valorizando a amplitude e a densidade do movimento. O objetivo é construir uma espécie de tipologia da doulagem, diferenças encontradas no campo elaboradas como um *continuum*: doulas ativistas, educadoras, alternativistas e espirituais. A intenção é reconhecer a doulagem enquanto uma rede de produção e divulgação de conhecimentos que precisa resistir ao cerceamento já historicamente característico nas sociedades ocidentais e fazer frente à dominação dos saberes biomédicos sobre o corpo feminino e seus processos, mas também destacar uma visão que se questione: De que tipo de doulagem estamos falando?

Palavras-chave: Doulas. Humanização. Violência Obstétrica. Saúde. Gênero.

ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze the field of doulaship, the practices, meanings and discourses of doulas. Doulas are educated women with theoretical and practical knowledge about assisting pregnant women, parturients and puerperal women, who offer emotional and physical support. They also provide qualified information on the processes and procedures involved in pregnancy, childbirth and motherhood. By discussing a bibliography that deals with science, gender, the state, nature, culture and the moralities imposed on the female body, articulating the debate on care in the pregnancy-puerperium cycle, motherhood from an anthropological perspective and feminist criticism, the aim is to reflect on how these professionals act on a daily basis and what external and internal disputes they are involved in. To this end, three methodological fronts were explored: descriptive, exploratory and ethnographic, using bibliographic review techniques, document analysis, participant observation and interviews with doulas.

The first chapter explores the history of the field of women's health care and childbirth in Brazil, seeking to explore how this care was structured in the medical-hospital sphere, the basis on which the medicalization model and the technocratic ideal developed, and how humanization ideals, policies and programmes came into vogue. This chapter will also include a brief discussion of the feminist debate on the subject. This chapter also provides a brief discussion of the contemporary feminist debate and its relationship with motherhood and influences in the field of health, an emphasis that can be considered important for the dissemination of the profession of doulas.

The second chapter presents a survey of data on the field of doulaship, both from a historical and social perspective of the movement, as well as recent struggles, positions and issues, the daily practices of doulas, their perceptions and discourses. Through participant-observation and interviews, I try to present the trajectories and discourses of doulas and reflect on these life and professional stories, aspects of the daily work practices of doulas and important milestones in the field, along the lines of regulation, professionalization and appreciation of the category.

In the third and final chapter, still based on the trajectories of the doula interlocutors, a more elaborate and plural analysis of the field is presented, seeking to highlight and compare the fundamental points, both common and divergent, in the discourses and practices of doulas. The aim is to highlight the diversity that can be found within the group, the different meanings that are attributed to the profession and its practices, valuing the breadth and density of the movement. The aim is to construct a kind of typology of doulaship, the differences found in the field elaborated as a continuum: activist, educator, alternative and spiritual doulas. The intention is to recognize doulaship as a network for the production and dissemination of knowledge that needs to resist the curtailment already historically characteristic of Western societies and confront the domination of biomedical knowledge about the female body and its processes, but also to highlight a vision that asks: What kind of doulaship are we talking about?

Keywords: Doulas. Humanization. Obstetric Violence. Health. Gender.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Fotografia vencedora do “Doula em Cena” (Concurso - Fenadoulas) ... **78**
Figura 2 – Quadro “continuum”: percepção da manifestação da tipologia **125**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil das doulas entrevistadas	91
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
MBE	Medicina Baseada em Evidência
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Plano Integral de Assistência à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Assistência à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
REHUNA	Rede de Humanização do Parto e do Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Parecer nº 32/2018 do Conselho Federal de Medicina	136
Anexo 2 – Carta de Itapepecerica (1984)	149
Anexo 3 – Carta de Campinas (1993)	154
Anexo 4 – Lista de Unidades Federativas que dispõem de legislação que garante a presença das doulas no atendimento às parturientes em instituições que são realizados partos, tanto públicas como privadas	157
Anexo 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	159

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 – Contradições, conflitos, marchas e contramarchas na assistência à saúde das mulheres	32
1.1 Ciência e moralidade: história da medicalização dos corpos femininos e dos partos	32
1.2 A maternidade em questão: reflexões do movimento feminista e o modelo humanístico na saúde	42
CAPÍTULO 2 – Trajetórias da doulagem: um novo <i>ethos</i> profissional no cenário da assistência ao ciclo gravídico-puerperal	53
2.1 Considerações Iniciais	53
2.2. Bricolagens da prática: o campo do <i>alternativo</i> , os meandros das evidências científicas e uma proposta de educação e “desmedicalização <i>sui generis</i> ”	61
2.3 Passos iniciais ou resoluções finais: formação, profissionalização, regulamentação, reconhecimento e valorização	80
CAPÍTULO 3 – Um gradiente de possibilidades: as diferentes faces do doular	89
3.1 “Para mudar a forma de nascer é preciso mudar o mundo!”: Reflexões sobre o paradigma da humanização	93
3.2 Doulas na linha de frente: estratégias e metodologias de enfrentamento às violências obstétricas	104
3.3 Tabus e dilemas: O aborto em questão	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
APÊNDICE A	133
ANEXOS	135

INTRODUÇÃO

“Impregnada de uma agressividade que beira a histeria” – estes foram os adjetivos usados para qualificar o uso da expressão “violência obstétrica” em um parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM) elaborado pela Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia em maio de 2018¹. O documento, com o objetivo de manifestar a posição do Conselho frente a proliferação de leis sobre a violência obstétrica é composto por treze páginas.² A origem da expressão é atribuída aos movimentos sociais e feministas, que no texto são considerados radicais, e conclui-se o uso do termo como pejorativo; contra o conhecimento científico; promotor do conflito entre paciente e médico e uma agressão contra a especialidade médica de ginecologia e obstetrícia que estaria sendo demonizada. Segundo o parecer, a expressão se volta somente em desfavor dos médicos obstetras, estigmatizando-os e tornando-os alvo de processos por atos de violência ou discriminação contra a mulher na assistência ao parto.

Assim, mesmo reconhecendo a existência das violências no âmbito da assistência ao parir e caracterizando esta enquanto uma violência de gênero que deveria ser resolvida por políticas públicas que envolvem a prevenção da violência contra a mulher, a promoção da saúde e a atenção integral, o documento explicita o tema da violência obstétrica enquanto promotor de posições político-ideológicas. Além disso, problematiza as denominadas “boas práticas” da Medicina Baseada em Evidências (MBE) enquanto discriminatórias das práticas médicas gerais. O parecer ainda traz o campo da humanização na atenção à saúde e seus ideários, articulado somente a assistência provida pelas enfermeiras obstétricas e as doulas, considerando este enquanto constantemente apoiado pelo Ministério da Saúde (MS) sem que tenha o apoio das entidades médicas.

Diferentes problemáticas que envolvem a autonomia da mulher podem ser observadas na construção do Parecer. A menção ao plano de parto é um exemplo

¹ Faz-se importante pontuar o contexto político que impera sobre 2018, com o espalhamento do bolsonarismo socialmente e sua ascensão institucional e em seguida com a eleição presidencial de Jair Messias Bolsonaro. O Governo Bolsonaro (2019-2022) conduziu uma série de medidas que provocaram fortes retrocessos à pasta da Saúde, e, principalmente, à pauta das mulheres e dos direitos sexuais e reprodutivos destas. O próprio Ministério da Saúde reiterou no início de 2019 o uso do termo violência obstétrica como “inadequado e prejudicial à assistência ao ciclo gravídico-puerperal.” Além disso, provocou o desmonte de órgãos e de políticas públicas relacionadas às mulheres, como as Casas da Mulher, de creches e de programas de enfrentamento à violência e produziu outras diversas problemáticas relacionadas à defesa das “pautas de costume”, da estrutura familiar tradicional, agindo na produção de pânico morais, com falas misóginas e até perseguição institucional em casos de acesso ao aborto legal.

² O parecer completo está no Anexo 1.

desta questão, ao ser interpretado enquanto um documento que impele a assistência a adotar os desejos da mulher sem que este tenha sido uma construção mútua com o médico. Outro interessante exemplo é configurar a ideia de uma “medicalização dos partos”, principalmente o nascer pela via cesariana, como um movimento que parte da própria escolha das parturientes, ao considerar que estas estariam atuando em busca de segurança, tendo em vista a superação dos problemas encontrados dentro do próprio sistema de saúde.

Este parecer é só um de muitos momentos de expressão da categoria médica e suas figuras e instituições representativas contra o uso do termo violência obstétrica, pregando por sua interdição, em reação principalmente aos movimentos criados contra as cesarianas realizadas de forma rotineira e pelo cessar das violências contidas na assistência ao gestar e parir, muitas vezes coordenados pelas doulas.

O documento expressa, de forma exemplar, a construção de uma discursividade e de uma retórica já estabelecida, recheada de elementos históricos, culturais e sociais, qual seja: o conflito da classe médica com os outros – ou outras – profissionais da assistência à saúde; a crítica aos movimentos que prezam pela reconfiguração da assistência sobre novos parâmetros, como versam as políticas de humanização ou a prática da Medicina Baseada em Evidências (MBE); as acusações das críticas à medicalização excessiva e atos violentos enquanto argumentos político-ideológicos. Uma postura que se diz neutra é constantemente defendida, além da ênfase na classificação da participação dos movimentos sociais, e principalmente das críticas das feministas, enquanto argumentos desfavoráveis ao campo da saúde, estigmatizando-as enquanto “agressivas e histéricas”.

O desdobramento do campo das ciências ginecológicas e obstétricas é marcado pelo desenvolvimento de técnicas e tecnologias intervencionistas, mas também por um desenvolvimento discursivo. O deslocamento do conhecimento sobre o corpo feminino e seus processos das mãos das mulheres para a classe médica, majoritariamente composta por homens, foi caracterizado por uma marcha lenta e conflituosa. Segundo Vieira (2002), por quase três séculos, estratégias de organização, regulamentação, repressão, institucionalização e medicalização foram sendo postas em prática para o estabelecimento da legitimidade médica nessa área, articulando o ideário de uma racionalidade moderna e científica com normas sociais vigentes e o modelo de sociedade capitalista.

A medicina e o feminino – em uma inversão do que, de fato, deveriam ser seus pronomes na prática – travam, portanto, há séculos uma história de disputas sobre saberes, cuidados, técnicas e práticas, imbuídos em dilemas de poder e legitimidade. O corpo das mulheres, objetificado pela ciência médica, é pautado sob o signo da diferença, “desde os ossos até o cérebro, passando a pele, pelos músculos e pelas fibras”, como traz Rohden (2001). Especialmente no século XIX o corpo feminino foi consensualmente tratado no campo científico enquanto a expressão inferior do corpo masculino (COSSETTE, 2012), reiterando uma diferença sexual que é tida como essencial, universal, incomensurável e intransponível. Parte-se do estabelecimento de diferenças que vão desde o âmbito biológico – consideradas coladas à *natureza* – para o campo político, através de discursos morais e papéis sociais. A situação reprodutiva das mulheres é mais do que resultado da biologia, simplesmente, mas a forma como a biologia é mediada pela cultura e pela organização da sociedade, como pontua Petchesky (1980).

Nesse *regime de verdade*³, as mulheres estariam eminentemente presas à sua função sexual e reprodutiva. A atenção aos órgãos reprodutivos, suas fases e processos, seriam fundamentais para a manutenção da saúde segundo o discurso médico, e, além disso, a normalidade do feminino seria considerada instável, perturbada e potencialmente patológica, o que reforça a necessidade da atenção médica constante. (ROHDEN, 2001.) Mas, diferente do que se pode imaginar, este debate não é localizado em um passado distante. Assim como a nomeação da histeria ainda assombra a contemporaneidade, a diferença sexual, a proximidade da mulher à natureza em contraponto ao homem à cultura, e consequentemente a inferioridade das mulheres a estes, são reiteradas cotidianamente.

Na neurociência, por exemplo, um campo do saber *sedutoramente científico* e que tem uma ampla divulgação midiática, como postulado por Nucci (2010), constantemente são produzidos discursos que mencionam “evidências físicas” de

³ *Regime de verdade* é um conceito de Foucault que ressalta a “verdade” como fruto de um processo econômico, político e social de um determinado sistema de poder, ou seja, não existe uma verdade absoluta, universal e inscrita essencialmente, a verdade sempre é produzida em relação a determinada realidade, contextual, de um sistema de poder. “ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro. [...] Por “verdade”, entender um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados. A “verdade” está circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apoiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem.” (FOUCAULT, 1982, p. 10-11)

habilidades cerebrais que seriam especificamente femininas e masculinas, ou o próprio mapeamento de hormônios “masculinos” e “femininos” que atuariam enquanto “mensageiros químicos” da feminilidade e da masculinidade para o cérebro. Um processo que utiliza a autoridade científica do campo para produzir justificativas às desigualdades de gênero. No entanto, pela dinâmica própria de campos de poder e de saber, no campo científico também se estruturam disputas, lutas e reivindicações, e com elas, outras formas de pensar e fazer ciência que também estabelecem seus métodos, práticas, técnicas, modelos e parâmetros.

Nesse sentido, Nucci (2010) demonstra em sua pesquisa que existem redes de neurofeministas preocupadas com uma crítica a neurociência que cola sexo e gênero e pauta-se em diferenças entre homens e mulheres para o estabelecimento de hierarquias. A rede *NeuroGenderings*, analisada pela autora, é uma rede heterogênea, formada por pesquisadoras que discutem a relação entre sexo, gênero e o cérebro, bem como as relações entre feminismo e ciência e procuram examinar criticamente a produção de conhecimento neurocientífico e combater o que chamam de *neurosexismo*, isto é, estereótipos em relação à masculinidade e feminilidade que estariam presentes em grande parte da produção neurocientífica, bem como em sua divulgação para o público mais amplo.

Foi lendo sobre esse movimento e a rede de estudos e divulgação que comecei a observar e identificar figuras no campo da saúde sexual e reprodutiva que se preocupavam com a medicalização dos corpos femininos, dos processos fisiológicos e da forma como discursos de determinação biológica e justificativa social e moral assumem um lugar de explicação única e legítima sobre os fenômenos das mulheres e se reproduzem em lógicas institucionalizadas. As diversas redes do movimento de mulheres que formaram o levante das propostas de humanização no cenário de assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres são um forte exemplo.

Debates sobre a humanização dos cuidados em saúde são muito mais amplos do que o território do parto e dos nascimentos, e foram sistematizados e implementados a partir de 1970, como afirma Deslandes (2006), em contraposição às formas de desumanização que se estabeleceram no sistema médico, como: a negação do estatuto de pessoa ao paciente; as tecnologias como substitutas ou mediadoras das relações; aspectos relacionados a experimentações clínicas; as lógicas das relações de poder. Humanizar o parto, portanto, essencialmente, pode

ser considerado “um movimento de contracultura que busca resgatar a humanidade e a individualidade da mulher que pare” (MAIA, 2010, p. 42).

O ideal da humanização no cenário do parto envolve conhecimentos, atitudes e práticas para oferecer partos e nascimentos saudáveis e seguros, sem que a segurança seja sinônimo de intervenções ou medicalização. Este paradigma tem sido posto colocado em voga, em políticas e programas do Estado brasileiro, desde os anos 2000. Entre diversas portarias, normas e manuais, pode-se citar o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) de 2002 e a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (2005), que trazem uma série de descrições, com valores e princípios, sobre o que seria uma “assistência qualificada e humanizada”.

A garantia de autonomia, privacidade, protagonismo, acesso às informações, voz e poder nas tomadas de decisão são alguns destes. Nos termos dos documentos acima citados a humanização se baseia em “atitudes éticas e solidárias” por parte dos profissionais de saúde e da própria organização da instituição hospitalar, empenhada em criar um ambiente acolhedor e instituir rotinas que “rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher”. Soma-se a essa descrição a referência à adoção de medidas e procedimentos “sabidamente benéficos” na assistência ao nascimento, distanciando de práticas intervencionistas por rotina, consideradas não-benéficas e, portanto, para esse grupo, muitas vezes desnecessárias e potencialmente arriscadas à saúde e integridade da mulher e ao recém-nascido.

No entanto, assim como expresso no parecer do CFM, existem discordâncias, formas distintas de entendimento e adequação do que se compreende enquanto humanização. Verdadeiramente são estabelecidas disputas e contrapontos entre o que se descreve em marcos normativos, manuais, ou o que médicos obstetras, doulas e enfermeiras obstétricas, compreendem, defendem e implementam no cotidiano, em cada tomada de decisão. São nestes limiares das propostas de humanização entre evidências, discursos, críticas e contradições que se observa a figura das doulas enquanto um importante personagem que se posiciona frente às estruturas de dominação do saber médico no campo da ginecologia e da obstetrícia.

As doulas aparecem no cenário como verdadeiras agentes da humanização. A proposta da categoria é oferecer suporte na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, tanto físico e emocional, quanto informacional, frente aos

processos e procedimentos que envolvem o gestar, parir e maternar. Não necessariamente as doulas são profissionais com formação acadêmica ou técnica na área da saúde, a formação da doulagem ocorre pela modalidade de cursos livres, sejam estes privados ou públicos.

É importante reconhecer que as doulas valorizam um repertório de conhecimentos e saberes que se legitimam em contraposição a cultura tecnificada dos partos e dos ditames biomédicos, acessando saberes populares, tradicionais, métodos não-farmacológicos de alívio para as dores e a constante manutenção da parturiente enquanto protagonista em todos os momentos. Ainda assim, se aproximam fortemente dos discursos da MBE, seja para validar positivamente a sua presença no cenário dos atendimentos ao gestar e parir ou para demonstrar práticas já desatualizadas e violentas que ainda são rotineiramente realizadas.

Nos cenários de assistência ao parto, a postura fundamental da doula é assistir ao trabalho de parto *ativamente*. Isto é estar à disposição das demandas da parturiente fisicamente e emocionalmente sem que isso implique em intervenções. A doula pode tanto indicar exercícios, auxiliar na mudança de posições, fazer massagens, fornecer métodos não-farmacológicos de alívio para a dor ou praticar técnicas respiratórias, quanto acolher emoções, ansiedades, medos, desconfortos, apoiando e encorajando a mulher em todo o processo e em todas as tomadas de decisão conscientes.

Além disso, via de regra, pela conexão e relação de confiança criada durante todos os encontros de educação perinatal durante a gestação, a doula na cena de parto é constantemente um lembrete à parturiente dos conhecimentos e motivações que foram gestados para esse momento e guiam as escolhas e decisões. Assistir ativamente, proporcionar cuidado e atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, na lógica das doulas, é uma postura afastada do campo das intervenções, como rotineiramente pode ser configurado o cenário da assistência ao parto hospitalar com os toques vaginais constantes, a imposição da posição ginecológica para parir ou o uso de ocitocina de rotina para acelerar o parto.

Essa construção é interessante visto que a figura das doulas mescla dois cenários distintos, demonstrando as possibilidades de seguir saberes e práticas “tradicionais” colados aos benefícios de determinados “avanços científicos” que são contemporâneos. É o anúncio de uma proposta de assistência e cuidado que resgata os conhecimentos tradicionais desde que respaldados pelas evidências

científicas. Alzuguir e Nucci (2015), assim como Russo, Nucci, Silva e Chazan (2019), apontam de forma interessante para essa mistura de dimensões produzida pelo movimento de humanização dos partos e por novas personagens deste cenário, como as doulas. A postura, nos trabalhos, é identificada como uma “bricolagem” ou um processo de “desmedicalização *sui generis*”, já que é “curiosamente submetida ao conhecimento médico” ao mesclar visões “alternativistas” com as evidências científicas.

“Um dos atributos que qualificam como “naturais” esses eventos [parto e a amamentação] é justamente a possibilidade de dispensar intervenções médico-tecnológicas como, por exemplo, todo o aparato hospitalar implicado na cirurgia cesárea, bem como o uso de mamadeiras, leites industrializados e bicos de silicone, no caso da amamentação. *A despeito da nítida vertente de desmedicalização do corpo feminino como diretriz defendida para a consecução de uma maternidade “mais natural”, “ativa” e “empoderada”, tal vertente se apoia, paradoxalmente, na ciência – a partir do respaldo em “evidências científicas” – como matriz privilegiada de legitimação das práticas humanizadas de parto e amamentação.*” (ALZUGUIR e NUCCI, 2015, p. 223, grifo nosso)

Com a presença da doulagem o evento da parturição ganha contornos tanto do âmbito doméstico quanto do âmbito hospitalar, e mutuamente a figura das doulas se afasta tanto das parteiras tradicionais quanto dos médicos obstetras. Um ótimo exemplo desse feito é a função dos planos de parto, documentos construídos de maneira pessoal pelas gestantes, junto a família e a doula, que funciona como um roteiro que contém as preferências e os desejos da parturiente para o processo de parturição, e influência na dinâmica das intervenções.

Esse documento é uma manifestação do exercício do princípio da autonomia, que é defendido na macronarrativa das políticas e dos programas de humanização, como apresentado anteriormente. Mas, o mesmo princípio é interpretado pelos médicos como algo que precisa de limites. No parecer do CFM é explícita a consideração: “a autonomia da mulher deve ter limites, principalmente quando existem fatores que possam colocar tanto a mãe quanto a criança em risco se o parto vaginal for escolhido, e em local que não seja o hospital.” No entanto, sem entrar ainda no mérito dos *partos em casa*, são muitas as situações apontadas por estes personagens enquanto *arriscadas* e determinantes para a impossibilidade de um parto vaginal nos hospitais e maternidades. O caso clássico da “circular de cordão”, por exemplo, que se refere a voltas do cordão umbilical no pescoço do bebê é um desses impasses que se apresentam no movimento pela humanização.

Para os médicos obstetras a “circular de cordão” é um impeditivo para o prosseguimento do parto pela via vaginal, tratando frequentemente como uma possibilidade de enforcamento do bebê no nascimento ou uma causa de sofrimento. Outras tantas dificuldades, como esta, são consideradas para decidir interromper o processo de parto vaginal, como: bebês que estavam “sentados”, o nascimento de “bebês grandes” ou um quadril/bacia considerada estreita da gestante.

Em contraponto, as doulas constantemente em seus discursos e práticas ressaltam o contrário. Nas redes sociais, estas atuam muitas vezes demonstrando vídeos de desfechos seguros e saudáveis de partos com circulares de cordão ou de bebês sentados, reforçando que é possível ter partos “naturais e humanizados” em diversas condições, mantendo a segurança, com base em evidências científicas, com confiança na fisiologia do processo e o protagonismo da mulher nas tomadas de decisão. Para as doulas esta é uma importante frente de trabalho: viabilizar um descortino de mitos e medos que costumam envolver esse processo do gestar e parir que produzem, no geral, desfechos de parto com cesarianas sem uma real indicação clínica, por rotina, ou partos vaginais cercados de violência.

Costumeiramente a ideia do parto vaginal é produzida no imaginário sociocultural enquanto um evento arriscado, demorado, inseguro, doloroso e sofrido, que não pode ser controlado. Em contraponto, as cesáreas são apresentadas como um evento controlado, indolor, seguro e rápido. No discurso da humanização, os médicos são ainda mais protagonistas dos partos quando estes são pela via cesárea, já que decidem todo o desdobrar do evento, que tomam as decisões - como optar pelas cesáreas determinando os “riscos” de um parto vaginal.

A ideia do obstetra que “faz o parto”, e não somente o “assiste” se explica nestas situações. Além disso, na dicotomia apresentada, novamente a autonomia é um princípio interessante, pois curiosamente é utilizada como parâmetro válido pelos médicos obstetras nos casos em que a gestante solicita a cesárea. A autonomia é valorizada mesmo que essa decisão parta de medos e desconhecimento, como apontam as doulas, ou ainda de uma recusa a se submeter a uma assistência que, via de regra, no Brasil é violenta, não baseada em evidências científicas atualizadas e repleta de precariedades.

A pesquisa *Mapeamento de Doulas*, realizada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, unidade técnico-científica da Fiocruz, e a ADOULASRJ, aponta que a categoria das doulas é amplamente escolarizada, com ensino superior

em diversas áreas do conhecimento. O mapeamento, divulgado no final de 2021, foi realizado com 785 participantes respondentes, de um universo de 4091 doulas identificadas em parceria com as Associações de Doulas. As participantes são residentes dos estados do Rio de Janeiro, Mato Grosso, Paraíba, Santa Catarina e São Paulo, ou seja, 5 territórios de 4 regiões do Brasil. Pelo mapeamento é possível ter acesso a dados sobre perfil, renda, formação, atuação e opiniões sobre reconhecimento, ativismo e o cenário obstétrico.

A pesquisa aponta que o perfil das doulas é majoritariamente branco, cerca de 64%, e a parcela de doulas negras (pardas e pretas) atinge a marca de 32%. Em sua maioria são mulheres na faixa etária dos 31 a 40 anos e 88% possuem ensino superior, contabilizando desde o incompleto à pós-graduação. A renda média é de até três salários mínimos e a maior parte delas complementa a renda com outros trabalhos. Somente 27% atua somente como doula. Quase a totalidade (98%) possui certificação de doula e apenas 37% também têm uma formação na área da Saúde (em áreas como Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Enfermagem obstétrica).

Um aspecto interessante traçado pela pesquisa é o papel de difusão de informações e de relação com o ativismo pelo parto humanizado. São 78% de mulheres doulas atuantes nas redes sociais, cerca de 50% que realizam rodas de apoio à gestação, parto e puerpério e 64% atuam em ações como voluntárias. A maioria das respondentes se considera ativista (92%) e participa de atos e manifestações (78%).

Na divulgação dos dados da pesquisa, que é pioneira nessa identificação da categoria, buscando compreender quem eram essas pessoas que são doulas e os aspectos sobre como se dava o seu exercício profissional, a professora-pesquisadora Morgana Eneile, da EPSJV/Fiocruz, ressalta que a grande predominância das mulheres brancas doulas respondem a oferta majoritária de uma formação e certificação privadas, e por isso os dados são maiores em São Paulo (74% brancas x 25% negras) e em Santa Catarina (82% brancas x 16% negras) em comparação ao Rio de Janeiro (55% brancas x 42% negras) e a Paraíba (36% brancas x 57% negras) que têm trajetórias de processos formativos públicos que permitem que outros perfis de mulheres possam se tornar doulas.

Pelo mapeamento também é possível observar alguns dados sobre perfil das gestantes atendidas por estas profissionais. Majoritariamente são atendidas

mulheres de classe média (58%) e de classe média baixa (35%), e 52% dos partos atendidos são feitos em instituições públicas pelo SUS. Esse ponto é acompanhado por outra ressalva importante da professora-pesquisadora Morgana, a consideração de que os dados da pesquisa possibilitam a desmistificação de um estereótipo clássico ligado à figura das mulheres doulas enquanto pertencentes a classe alta da sociedade, com remuneração alta e realização de acompanhamento para mulheres que têm acesso ao setor privado de saúde. Para Morgana, a categoria das doulas seria um contraponto ao que se cristalizou ao longo do tempo sobre o movimento de humanização, em suas palavras:

“Estamos muito felizes em apresentar para a sociedade um pouco do perfil das doulas, desmistificando que elas não são pessoas ricas, mas sim trabalhadoras no universo da saúde que ganham até três salários-mínimos e que atuam privilegiadamente no SUS. São operárias à luz do movimento humanizado, que se cristalizou como pouco acessível, e vêm transformando a realidade através do cotidiano de sua atuação em diferentes cenários.” (ENEILE, Morgana, EPSJV/Fiocruz, 2021)

Ressalta-se que o trabalho das doulas se conforma fortemente neste encorajamento às mulheres que gestam de que é possível um parto pela via vaginal, natural e humanizado, através da promoção de acesso à informação e uma apresentação de cenários benéficos, não violentos e sem sofrimento. A aposta é no desenvolvimento de uma confiança das gestantes para realizar escolhas seguras, amparadas cientificamente e pela promoção da valorização do seu protagonismo. Mas, assim como Morgana traz em sua fala, a atuação das doulas em diferentes cenários pode corresponder aos diferentes momentos que compreendem o ciclo gravídico-puerperal em que o trabalho da doula pode ser demandado. Para além do parto estariam os encontros pré-natais e um acompanhamento no pós-parto, com as dinâmicas do puerpério, amamentação e os primeiros cuidados.

As “evidências científicas”, como as doulas gostam de enfatizar, apontam que a presença, o apoio e o suporte realizado por elas reduzem significativamente (39%) os desfechos de parto em cesáreas⁴ ao serem comparados ao suporte de outros profissionais de saúde ou a presença de acompanhantes familiares. Além disso, o mesmo estudo, de 2017, também aponta outros resultados benéficos, como: trabalhos de partos mais curtos, menor necessidade de analgesia medicamentosa, menos cirurgias cesarianas, bebês com menos dificuldades respiratórias no

⁴ BOHREN, Meghan A. et al. Continuous support for women during childbirth. Cochrane database of systematic reviews, n. 7, 2017.

nascimento, menor risco de parto instrumental (fórceps ou vácuo extrator) e experiência mais positiva e satisfatória de parto.

Já uma pesquisa⁵ mais recente, publicada em 2022 pelo The Lancet, informa que aquelas parturientes que receberam cuidados de doula tiveram 52,9% menos chances de cesariana e 57,5% menos chances de desenvolver quadros de depressão pós-parto ou ansiedade pós-parto. A presença das doulas é considerada pelo estudo uma estratégia eficaz para melhorar a saúde materna, especialmente entre populações minoritárias, marginalizadas e socioeconomicamente vulneráveis, uma vez que os resultados foram semelhantes entre diferentes grupos raciais/étnicos. Por isso, inclusive, se considerarmos violências obstétricas essas manifestações de intervenções rotineiras sem consentimento ou conhecimento da parturiente e sem evidências científicas benéficas, é possível compreender porquê de antemão as representantes do campo da doulagem se posicionaram em repúdio à decisão de proibição do termo “violência obstétrica” no parecer do CFM, considerando essencial a nomeação dos fenômenos dessa maneira.

Percebe-se que o conceito de “violência obstétrica” é cercado de controvérsias. Algumas destas foram investigadas por Pulhez (2021) ao identificar o termo como um *conceito fronteira*. A proposta teórica seguida nesta interpretação é de Ilana Löwy (1992), que define a frouxidão de conceito como capaz de gerar a força de seu efeito. Pulhez exemplifica, em seu argumento, uma capacidade da temática das violências obstétricas em adquirirem visibilidade, não apenas nas arenas públicas de debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos, mas além delas, como um forte indicativo desse encaixe teórico. Robustez e plasticidade se mesclam ao redor dos conceitos fronteirizos e “diversas conotações são operadas por diferentes atores⁶ envolvidos. Assim, ora o conceito é negado, ora redefinido como violência contra o obstetra, ora é violência institucional, ora violência de gênero, ora crime que deveria ser tipificado, ora uma pura invenção de feministas.

No campo das pesquisas, uma das pioneiras em tratar a temática da violência no parto foi desenvolvida pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC

⁵ FALCONI, A.M. et al. Doula care across the maternity care continuum and impact on maternal health: Evaluation of doula programs across three states using propensity score matching. *eClinicalMedicine* 50: 101531, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101531>.

⁶ Pulhez cita uma série de sujeitos, como: “obstetras, pediatras, médicas/os de família, obstetrizes, enfermeiras obstétricas, doulas, médicas/os sanitárias, juristas, entre outras/os profissionais, usuárias/os do sistema público e privado de saúde, advogada(o)s, jornalistas, vereadora(e)s, deputada(o)s, senadora(e)s.” (PULHEZ, 2021, p. 67)

(Serviço Social do Comércio) em 2010, intitulada “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”. Em um dos capítulos da pesquisa, abordando a Saúde reprodutiva e Abortamento, os dados apontavam que uma a cada quatro mulheres brasileiras confirmaram ter passado por algum tipo de violência em seus partos. (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO e SESC, 2010). É interessante observar que nesse período ainda não havia se popularizado o termo violência obstétrica, especificamente, mas o debate começava a efervescer no Brasil. No arcabouço dessas violências mapeadas estavam os exames de toques dolorosos, negar algum tipo de alívio para dor, negar informações sobre os procedimentos que estavam sendo realizados, além de gritos, xingamentos e assédios.

Em 2012 a pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento” coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz) foi publicada e proporcionou pela sua abrangência e ineditismo um rico conjunto de análises. A pesquisa, considerada um marco na produção de conhecimentos sobre o modelo de assistência ao parto no país, permitiu abordar as altas taxas de cesáreas no Brasil, indicando uma medicalização das maternidades, problematizar os índices de mortalidade materna e o protagonismo dos obstetras nas assistências. Além disso, foi fundamental para comparar boas práticas de atenção ao parto e as intervenções obstétricas, e reconhecer a presença de desfechos de parto mais desfavoráveis nas populações vulneráveis: mulheres de baixa escolaridade, negras, pobres, e das regiões Norte e Nordeste do país.

É importante pontuar que estão no rol de boas práticas destacadas nas análises a ingestão de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto, o uso do partograma e a presença de acompanhante durante todo o período de hospitalização. Já diante das intervenções obstétricas foram consideradas o uso de cateter venoso, a ocitocina para aceleração do trabalho de parto, amniotomia, analgesia, litotomia, a manobra de Kristeller e episiotomia para parto vaginal, além, claro, da cesariana. No artigo “*Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual*”, que se baseia nos dados da Nascer no Brasil, são apresentados em seus achados estatísticos que a incidência da posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia foram de 92%, 37% e 56%, respectivamente.

Além disso, foi identificado que menos de um terço das mulheres se alimentou durante o trabalho de parto e utilizou procedimentos não farmacológicos para alívio da dor. Aproximadamente 45% destas referiram ter se movimentado durante o trabalho de parto e em mais de 70% das mulheres foi realizada a punção venosa periférica, o uso de ocitocina e a amniotomia ocorreu em cerca de 40% delas e a analgesia em cerca de 30%. Do total de partos, 48,1% foram vaginais, 5% vaginais sem nenhuma intervenção durante o trabalho de parto e 51,9% foram cesarianas. (LEAL et al, 2014, p.)

“Um dos aspectos mais impressionantes da prática obstétrica brasileira é a pressa em provocar o nascimento das crianças, sem respeito à autonomia das mulheres no processo de parturição. O controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo as cesarianas, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão do médico e não na dinâmica do corpo da mulher. Esse processo inicia durante a atenção pré-natal quando as mulheres não são informadas sobre as boas práticas e cuidados obstétricos adequados, sobre os benefícios do parto vaginal, e não são preparadas para conduzirem o seu parto. No hospital, esse processo tem continuidade com a imposição de uma cascata de intervenções que não se baseiam em evidência científica e produzem um parto ruim.” (Leal et al., 2014, p. S29.)

É possível observar nos dados, portanto, uma persistência da realização de intervenções que não possuem o respaldo das evidências científicas atualizadas na assistência aos partos do Brasil. Esse conjunto de práticas, portanto, desatualizadas, consideradas não-benéficas e comumente dolorosas e violentas, são a base que conformam o conceito de violência obstétrica. O termo tem suas primeiras aparições no cenário jurídico, pode-se mencionar tanto a “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” de 2007 na Venezuela quanto a “Ley de protección integral a las mujeres” da Argentina em 2009, e foi articulado a um campo de violências de gênero e de violações dos direitos humanos. Ao longo dos anos o conceito começou a se popularizar no movimento pelos partos humanizados.

Um marco importante para a definição do conceito e sua popularização no cenário brasileiro foi em 2012 com o dossiê “Parirás com dor”, produzido pela Parto do Princípio, uma rede de mulheres pela Maternidade Ativa composta, na época, por mais de 300 mulheres em vinte e dois Estados brasileiros. A rede trabalha voluntariamente na divulgação de informações sobre gestação, parto e nascimento baseadas em evidências científicas e em recomendações da OMS. O dossiê, com

cerca de 180 páginas, foi entregue naquele ano a uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) do Congresso Nacional, referente à temática da Violência Contra as Mulheres. A CPMI foi criada com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência

O documento aborda as violências no cenário da assistência ao gestar e parir sob os termos da violência obstétrica, sendo, portanto, um dos primeiros documentos no Brasil a buscar delimitar violência obstétrica. Inicialmente é trabalhada uma interpretação das leis apontadas anteriormente, a venezuelana e a argentina, analisando as formas de tipificação e categorização da violência obstétrica nestes países. São reconhecidos os movimentos produzidos por coletivos de saúde, organizações e grupos de mulheres que já denunciavam o cenário problemático da saúde reprodutiva das mulheres no Brasil, ressaltando os altos índices de cirurgias cesarianas bem como índices de morbimortalidade materno-infantil e a necessidade de se desnaturalizar a violência nesse cenário.

Uma rica contribuição do dossiê é a exploração de dados de pesquisas que registram depoimentos, experiências e opiniões de sujeitos envolvidos no parto hospitalar - parturientes, médicos e enfermeiras - mas, principalmente, o levantamento de um grande número de relatos de mulheres que sofreram as várias expressões da violência obstétrica em seus atendimentos de pré-natal, partos ou em situações de abortamento. São classificadas no documento formas de violência obstétrica de tipo físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático.

A antropóloga Mariah Torres Aleixo (2024), trabalha as ações mais recentes do movimento pela humanização do nascimento e contra a violência obstétrica pela ótica da noção de consentimento. Seguindo um clássico interesse antropológico sobre a categoria, a autora nos permite observar a presença de duas dimensões de interpretação da categoria de violências obstétricas. Segundo Aleixo,

“Uma [dimensão] mais facilmente reconhecível, relativa a maus tratos, como xingamentos, tratamentos ríspidos, falas grosseiras de profissionais da saúde que dizem para a parturiente não gritar ou mesmo rebaixamentos morais comumente exemplificados pelas interlocutoras, como a fala “na hora de fazer não gritou” ou “não grita/chora, ano que vem você está aqui de novo”. E outra face, mais “técnica”, que questiona procedimentos que eram realizados rotineiramente na assistência ao parto e que muitos profissionais da saúde, especialmente médicos, aprenderam como sendo o correto a ser feito, mesmo que a ginecologia e as orientações profissionais

mais recentes também não indiquem que eles sejam realizados rotineiramente, como é o caso da episiotomia.” (ALEIXO, 2024, p. 4-5)

Essa divisão pode, inclusive, elucidar o questionamento dos médicos, ginecologistas e obstetras, em relação ao uso do termo violência obstétrica, como expresso no Parecer do CFM. A ideia geral, que incomoda determinada parcela de profissionais da saúde, é de que “combater a violência no parto implica uma mudança expressiva no modo como a obstetrícia é praticada no país”. Essa dimensão foi mutuamente observada pela antropóloga Mariana Marques Pulhez, ainda em 2013, que aponta como um determinado vocabulário vinha sendo acionado de modo a pôr em disputa direitos reprodutivos e sexuais no campo das políticas de saúde pública.

“O que chama a atenção no seu [das mulheres vítimas de violência obstétrica] discurso não é elas dizerem que levaram tapas no rosto ou que foram amarradas à maca, mas sim afirmar que **certos procedimentos realizados em seus corpos são atos violentos**. Afinal, se são procedimentos rotineiros e próprios do saber médico, por que se haveria de vê-los como violentos? O que há na efetuação desses procedimentos que lhes agrega o ingrediente de violência?” (PULHEZ, 2013, p. 8-9)

A autora argumenta em seu trabalho como a linguagem dos direitos humanos - em categorias como igualdade, dignidade, respeito, justiça e valor da pessoa humana - era operada para expressar demandas que se põem em conflito com um discurso médico-científico vigente, reafirmando que o que está em disputa nas denúncias das mulheres, sob esse termo de violências obstétricas, é um movimento de busca por “reconhecimento social de uma violência através da alteração da visão de mundo sobre aquilo que é constitutivo de um parto.” As mulheres que se identificam neste paradigma recente da humanização, através de uma mudança de visão moral sobre a ideia de parto, desejam o desdobrar de uma relação mais *igualitária* perante aos profissionais envolvidos na sua assistência, evocam um direito de escolha, de decisão, de negociação. Os planos de parto, como expresso neste texto anteriormente, são uma manifestação exemplar dessas exigências.

Na legislação brasileira, a nível federal, não houve a promulgação de uma lei específica. Uma tentativa foi realizada em 2014, com um projeto de lei construído por uma ONG do movimento do parto humanizado, a Ártemis, depois da comoção nacional do Caso Adelir⁷, e foi acolhido e assinado pelo então Deputado Federal

⁷ O caso de Adelir Góes refere-se a uma mulher que foi obrigada pela Justiça, em 2014, a se submeter a uma cesárea após o deferimento de uma medida liminar proposta pela médica que a havia atendido. Adelir, que ansiava por um parto normal, foi retirada de casa por oficial de justiça acompanhado por policiais durante a madrugada e conduzida ao hospital para a realização da cesárea. Ver mais em SIMAS e MENDONÇA, 2017.

pelo PSOL do Rio de Janeiro, Jean Wyllys. O PL 7633/2014 tinha caráter educativo, mais do que punitivo, e ainda tramita no legislativo, agora apensado ao PL Nº 878/2019. Já na legislação estadual e municipal é possível encontrar diversas sanções de leis a respeito da tipificação da violência obstétrica.

Recentemente, dez anos após a divulgação da pesquisa Nascer no Brasil I, a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) inicia as divulgações preliminares da Nascer no Brasil II, o segundo inquérito nacional acerca da saúde da mulher e da criança, realizado entre 2021 e 2023. É interessante observar que foram divulgados aprimoramentos diretos nos instrumentos que buscam observar e aferir maus-tratos e abusos no cenário dos partos e nascimentos, nominando a violência obstétrica, e apresentando diversas características e manifestações, além de possibilitarem explorar também as principais consequências desses atos na saúde das mulheres e seus recém-nascidos.

No “1º Encontro de Prevenção da Mortalidade Materno, Infantil e Fetal do Comitê Municipal de Juiz de Fora”, um dos eventos presenciais que participei durante o meu trabalho de campo, foi possível acessar os resultados preliminares da pesquisa “Nascer no Brasil II” apresentados pela Tatiana Henriques Leite, uma das pesquisadoras responsáveis pela coordenação do segmento que aborda a violência obstétrica e a satisfação com o atendimento ao parto e aborto na pesquisa. A prevalência da violência obstétrica, considerando os variados indicadores que foram abordados pela pesquisa, ressalta que 55% das mulheres sofrem alguma forma de violência obstétrica. Tatiana também reafirmou que são mantidos fatores de desigualdade em relação a ocorrência dessas violências, visto que a prevalência é maior nas regiões Norte e Nordeste, em mulheres atendidas do setor público, mulheres em situação de abortamento e em mulheres que permanecem por muito tempo em trabalho de parto nas instituições hospitalares.

Em relação aos toques vaginais inadequados, por exemplo, Tatiana apresenta que é um dos indicadores com maior prevalência, cerca de 42%. A pesquisa ainda especifica opções de detalhamento deste item de resposta às puérperas: se o toque foi informado, foi feito um pedido de consentimento, se foi feito de forma dolorosa, agressiva, ou até mesmo repetida por múltiplos profissionais. Os itens que mais aparecem são o toque sem informações e sem consentimento. Já em relação a investigação das consequências dessas violências, a pesquisa é fortemente relevante, apontando que a ocorrência de violências obstétricas implica em maiores

riscos de depressão pós-parto, diminui as chances de a puérpera ir até uma Unidade Básica de Saúde buscar atendimento pós-natais para si própria e para o recém-nascido, contribui para as dificuldades iniciais no processo de amamentação ou no desmame precoce.

Antes de enveredar profundamente neste rol de estudos, meu primeiro interesse de pesquisa era o campo amplo das violências contra as mulheres negras. Mas, por ter me aproximado das discussões sobre maternidade ativa em projetos de extensão na área da Antropologia, ainda em 2018, logo no início da minha graduação na Universidade Federal de Juiz de Fora, comecei a imbricar os interesses. O projeto se desdobrava no acompanhamento de gestantes e puérperas em rodas de conversa e trocas de experiências sobre maternidade com a presença e mediação de profissionais diversas, como educadoras perinatais, consultoras de amamentação, homeopatas, aromaterapeutas, doulas, ativistas da criação com apego e da comunicação não-violenta, professoras de dança contemporânea. Eram proporcionados espaços de vivência que produziram a criação de uma rede de apoio mútuo. Foi ali a primeira vez que ouvi a palavra *doula* e também a primeira vez que ouvi sobre *violência obstétrica*.

Assim, no movimento de costura dos meus interesses, quando comecei a produzir academicamente, busquei discutir os contornos das violências compreendidas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal em relação ao racismo institucional. A intenção era compreender como as violências obstétricas para além da inscrição enquanto violências de gênero eram violências raciais – algo que pouco tempo depois passou a ser nomeado enquanto *Racismo Obstétrico* (DAVIS, 2019). Foi em diálogo com estudos históricos da construção e representação social do corpo negro feminino no Brasil, em como estes corpos se tornam alvos de diversas violências, com o desenvolvimento e as tensões nos modelos de assistência ao nascimento, que se desdobrou a discussão das dimensões culturais, sociais e as regularidades que circundam esse processo.

Pensando as desigualdades e hierarquias expressas neste campo e refletindo a ascensão da obstetrícia e a institucionalização da classe médica, em contraposição, ao cenário das parteiras comunitárias, das “aparadeiras e comadres e curiosas” (BRENES, 1991), que passaram a me chamar atenção as mobilizações contemporâneas em prol da humanização na saúde e as relações de disputas que vinham sendo estabelecidas entre os envolvidos na assistência ao ciclo

gravídico-puerperal. Assim, no Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Sociais, defendido em meados de 2023, intitulado *“De ofício à profissão: As doulas no enfrentamento às desigualdades no cenário de assistência gravídico-puerperal brasileiro”* passei a me debruçar de fato com as pesquisas do campo da doulagem.

Neste último trabalho, me dediquei a refletir os recentes movimentos pela profissionalização da categoria no cenário brasileiro, diante da caminhada histórica e social deste grupo profissional do cuidado, dimensionando suas características principais e as disputas, internas e externas, que enfrentam para ocupar espaço nos serviços de saúde referentes à mulher-gestante analisando documentos, projetos de lei, normas e diretrizes que influenciaram no processo de regulamentação da profissão nacionalmente e, até mesmo, o próprio transcorrer das discussões, comissões e eventos na Câmara dos Deputados e no Senado.

A investigação tinha como objetivo demonstrar como a categoria vinha se organizando para regulamentar a profissão de doula, estabelecendo uma identidade profissional que se afastava de ideias e vocação ou do cumprimento de um dom que retomava um ideal problemático da natureza feminina. A percepção forte desse novo movimento era a configuração de uma figura de enfrentamento ao sistema obstétrico hegemônico e as formas de violência que nele se expressam, enfatizando um papel social e político e delimitando com normas, regras, estatutos, leis e matrizes curriculares a formação de uma TrabalhaDoula.

No entanto, ao me dedicar a este movimento de profissionalização, recortei parte do grupo de doulas que tratei enquanto ativistas, doulas que estavam fortemente ligadas aos discursos e ao campo político. Essas atuam como um movimento social de luta pela conquista e legitimação de direitos das mulheres no campo dos direitos sexuais e reprodutivos através da defesa dessa presença de uma profissão que preza pelo protagonismo da mulher parturiente, pela inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), valorizando o acesso informacional da parturiente aos seus direitos e aos funcionamentos dos processos do gestar e dos momentos e fases do parir.

Com esta percepção, surgiu um ímpeto em pesquisar mais profundamente sobre a heterogeneidade do grupo, com uma hipótese de que existem diferenças de discurso e outros tipos de doulagem que se manifestam para serem mapeados, sejam mais próximas de determinadas dimensões. Podem ser identificadas doulas mais próximas dessa lógica burocrática-legal, mais ativistas operando na lógica de

um movimento social, mais ligadas à dimensão da educação. Também doulas que atuam com uma motivação e uma ênfase a dimensão espiritual, explorando a conexão do fisiológico com a natureza, que se desenvolvem no rol práticas integrativas e das terapias holísticas nas suas assistências com ou, até mesmo, que sejam mais articuladas a esfera de mercantilização da humanização.

Neste trabalho, portanto, visa-se abordar o campo da doulagem refletindo acerca das formas distintas de pensar e lidar com a ciência, investigando como constroem seus discursos e dão sentido às suas práticas, como se relacionam com os outros profissionais da assistência e a sua entrada nas instituições. Além disso, busca-se identificar como aparecem, nestas práticas e discursos, a temática da violência obstétrica, o balizamento das denominações de parto humanizado, natural ou digno e respeitoso, e a virada fundamental da profissionalização da categoria seja articulada ou desvinculada da consolidação de uma agenda política ou à perspectiva dos movimentos feministas.

Para esse feito, pretendo percorrer três frentes metodológicas: descritiva, exploratória e etnográfica. Serão utilizadas, portanto, técnicas de revisão bibliográfica, análise de documentos, observação participante e, principalmente, entrevistas com doulas. A revisão bibliográfica faz-se importante para construir um levantamento teórico da própria forma como se estrutura o cenário de assistência ao parto e ao nascimento na sociedade brasileira, seu modelo oficial e seus discursos basilares, buscando compreender a inserção e o lugar que parte essa postura profissional das doulas.

A análise documental movimenta a história da doulagem, a reivindicação de direitos, as disputas entre outros atores da assistência, a aparição nas legislações e nas políticas públicas e a construção de sua identidade profissional. A observação participante se faz fundamental para uma descrição detalhada do cotidiano e das pautas principais das doulas, seja na imersão em cursos de formação ou nos eventos, simpósios e fóruns da categoria. Assim como as entrevistas, buscando uma amostra que represente distintos tipos de doulagem, identificando os sentidos que atribuem a suas práticas, como constroem seus discursos, buscando padrões, conceitos e categorias recorrentes ou divergentes.

Além de outras tantas autoras e autores que serão mencionados nesta dissertação, o referencial teórico utilizado baseia-se em: Carmen Simone Grilo Diniz (2000; 2005), Carmen Susana Tornquist (2002; 2004), Cristina Dias da Silva (2006),

Elisabeth Meloni Vieira (2002), Emily Martin (2006), Fabíola Rohden (2001; 2003; 2008), Marina Fisher Nucci (2010; 2015), Mônica Bara Maia (2010), Rosamaria Giatti Carneiro (2015).

No primeiro capítulo apresenta-se uma imersão na história do campo de assistência à saúde da mulher e ao parto no Brasil. Intitulado “Contradições, Conflitos, Marchas e Contramarchas na assistência à saúde das mulheres”. Esta seção tem como objetivo descrever e discutir como se estruturou o modelo de assistência médico-hospitalar, compreendendo sobre quais bases o modelo de medicalização e o ideal tecnocrático se fundamentou e legitimou-se hegemonicamente, e como foram sendo colocadas em voga os ideais e as políticas e programas de humanização.

No segundo capítulo pretende-se trazer os primeiros dados levantados sobre a presença e crescimento da doulagem no Brasil, os achados do trabalho de campo e das entrevistas. Para isso serão apresentados tanto o movimento das doulas em uma perspectiva histórica e social, quanto como as lutas, posicionamentos e questões recentes. A atenção principal se dá às práticas de trabalho cotidianas de doulas, as motivações, percepções e discursos sobre a profissão e a caminhada rumo à profissionalização e valorização diante da regulamentação. Busco, portanto, refletir através das histórias de vida e das trajetórias profissionais de doulas, marcos importantes do campo da doulagem e da defesa de partos humanizados ou respeitosos e dignos.

Por fim, no terceiro e último capítulo, é conduzida uma análise sobre o campo da doulagem de forma mais elaborada e plural. Ainda pelas histórias das interlocutoras doulas, busca-se destacar os pontos fundamentais e comuns aos discursos e práticas das doulas e, ao mesmo tempo, a heterogeneidade, a diversidade que se pode encontrar intragrupo, os diferentes sentidos que são atribuídos ao papel da profissão, valorizando a amplitude e a densidade do movimento. Elaborei quatro tipos de doulagem encontrados no campo: doulas ativistas, doulas educadoras, doulas alternativistas e doulas espirituais. Tipos estes não interpretados como categorias estanques, mas como um *continuum* que permita refletir e questionar: De que tipo de doulagem estamos falando?

CAPÍTULO 1 - Contradições, Conflitos, Marchas e Contramarchas na assistência à saúde das mulheres

“On the contrary, far from asserting that the structures of domination are ahistorical, I shall try to establish that they are the product of an incessant (and therefore historical) labour of reproduction, to which singular agents (including men, with weapons such as physical violence and symbolic violence) and institutions families, the church, the educational system, the state - contribute.” (BOURDIEU, 2001, p. 34)

1.1 Ciência e moralidade: história da medicalização dos corpos femininos e dos partos

O pressuposto cultural da “natureza feminina” enquanto inferior à natureza masculina possui um forte estatuto na sociedade ocidental, com raízes que refletem a concepção de uma realidade biológica universal. É em nome dessa inferioridade associada a uma realidade biológica imaginada como universal que se estabelecem hierarquias de poder, sujeição e dominação. Entre tantas linguagens e figuras culturais que desvalorizam as mulheres, como a inscrição do ser enquanto inerentemente patológico, debilitante, perturbado, anormal e amoral, são colados aos corpos femininos atribuições e papéis sociais específicos. (ROHDEN, 2001) Neste rol de competências da natureza feminina, o cuidado no ambiente doméstico e a maternidade ocupam lugar de destaque, estando posto como natural não somente ser mãe, mas ser uma “boa mãe” (BADINTER, 1985).

Essas atribuições são possíveis a partir do exercício da diferenciação biológica dos corpos que modelam o binômio feminino/masculino e tornam indistintas as dimensões de sexo e gênero. Contudo, esse movimento de ênfase na diferença biológica e moral se acirra em torno do fim do século XVIII e começo do século XIX quando passa a ser principalmente tematizado no discurso científico e médico. Embora calcadas na anatomia, as diferenciações não são consequência de um desenvolvimento científico *stricto sensu*, e sim moldadas por circunstâncias sociais abrangentes, principalmente em um período de grandes transformações que carecia do estabelecimento de uma nova ordem social.

“Fenômenos como a industrialização, a crescente urbanização, os grandes empreendimentos científicos e tecnológicos, a entrada mais efetiva da mulher no mercado de trabalho, o surgimento de movimentos de reivindicação de direitos (calcados nos ideais de igualdade e liberdade herdados da Revolução Francesa) que singularizaram a época, implicaram, como não poderia deixar de ser, na criação de novas possibilidades de relação entre homens e mulheres. Sobre tudo a propagação de um ideário feminista, baseado no direito à educação e ao trabalho, requeria mudanças

nas concepções a respeito das relações de gênero vigentes.” (ROHDEN, 2001, p. 14)

Assim, cabe ao estabelecimento das diferenças no nível da anatomia, fisiologia, temperamento e intelecto, o papel de estabilizar e controlar o complexo conjunto de mudanças sociais e manter uma determinada ordem social e os papéis tradicionais de gênero. É possível reconhecer, portanto, o papel fundamental da ciência e da medicina nesse processo, embora pautados nesses seios de conhecimento revestidos de um véu de neutralidade e objetividade, atendiam a anseios enviesados socialmente.

É nesse contexto que surge a ginecologia, uma especialidade médica tratada enquanto “a ciência da mulher” que não encontra comparativo no caso dos homens. Faz-se interessante reconhecer que a questão do corpo masculino passa a ser uma preocupação no Brasil em função da sífilis. Sérgio Carrara (1996) descreve a gigantesca mobilização médica e estatal em torno da luta contra sífilis visto que esta era tratada enquanto um perigo para a própria sociedade e a ordem social, pela associação ao “enfraquecimento e degeneração da raça”. Uma preocupação com uma doença que está relacionada ao excesso sexual e é adquirida, não é manifestação da própria natureza interna, de uma essência patológica como é o caso das doenças femininas.

Mais do que se preocupar com as tantas doenças femininas, a ginecologia se sustenta nas diferenças que seriam encontradas não somente “nos órgãos sexuais, mas na totalidade fisiológica e psicológica dos indivíduos.” Por exemplo, ideias recorrentes da ginecologia reafirmaram que as mulheres teriam o crânio e o cérebro menor que o dos homens e conseqüentemente menos capacidade intelectual, ou então que, principalmente na puberdade, estas não deveriam se desgastar com atividades intelectuais para gastarem as energias no pleno amadurecimento dos seus órgãos reprodutivos. (ROHDEN, 2001, p. 55; 91.)

O ideal de corpo construído postulava o corpo masculino como a métrica a ser seguida e, portanto, todos os aspectos que não guardavam similaridade eram tratados enquanto ausências, desvios, incompletudes e anomalias. Entende-se que os processos e fases que envolviam os ovários, o útero, como a menstruação, a ovulação ou a menopausa, eram manifestações de disfunções de uma natureza patológica e perigosa, ou seja, transformavam-se eventos fisiológicos em doenças. (ROHDEN, 2001, p. 52.)

É importante ressaltar que esse movimento só é possível por um novo status adquirido pelo próprio saber médico nas sociedades ocidentais capitalistas, uma identificação para além da prática médica enquanto saber científico, que converge para um papel também político. Tratar a ideia de medicalização nas sociedades remete a clássica abordagem de Foucault (1980a, 1982, 1988.) O autor apresenta fundamentos pelos quais esse cenário, de orientações de controle e dominação, se formata. Esse franco projeto que, convencionalmente, passou a ser tratado como medicalização, para Foucault era a apresentação do impacto dos discursos médicos e da saúde na vida e subjetividade das pessoas.

O controle social desempenhado pela higiene, por exemplo, é um marco dessa penetração do discurso médico, não só nos espaços públicos, mas também nos domésticos. São medidas de saúde fortes que atuam mutuamente como formas de desenvolvimento da sociedade capitalista e de constituição do Estado-nação. Ao final do século XVII, segundo Foucault (1988), surgem mecanismos e dispositivos que passam a tratar a sexualidade e a reprodução sob uma forma política.

[...] a sexualidade foi definida como sendo, "por natureza", um domínio penetrável por processos patológicos, solicitando, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização; um campo de significações a decifrar; um lugar de processos ocultos por mecanismos específicos; um foco de relações causais infinitas, uma palavra obscura que é preciso, ao mesmo tempo, desencavar e escutar. É a "economia" dos discursos, ou seja, sua tecnologia intrínseca, às necessidades de seu funcionamento, as táticas que instauram, os efeitos de poder que os sustêm e que veiculam — é isso, e não um sistema de representações, o que determina as características fundamentais do que eles dizem. A história da sexualidade — isto é, daquilo que funcionou no século XIX como domínio de verdade específica — deve ser feita, antes de mais nada, do ponto de vista de uma história dos discursos." (FOUCAULT, 1988, p. 66)

"[o corpo da mulher] saturado de sexualidade, foi integrado sob efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas, pelo qual foi enfim, posto em comunicação orgânica com o corpo social cuja fecundidade regulada deve assegurar, com o espaço familiar (do qual deve ser o elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral, que dura todo o período da educação): a Mãe. com sua imagem em negativo que é a mulher nervosa, constitui a forma mais visível desta histerização." (FOUCAULT, 1988, p. 98)

Foucault ainda delimita como o controle social da sociedade inicia-se no corpo e com o corpo. A medicina se faz uma estratégia fundamental de estruturação da biopolítica, enquanto um saber-poder, "o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, [...] Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu na sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. (FOUCAULT, 1982, p. 80)

No entanto, sob o termo foram atribuídos diversos sentidos, principalmente por este ter sido abordado ao longo dos séculos em contextos distintos e por diversos autores. Como pontua Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr (2014) o conceito costumeiramente passou a significar uma crítica ao poder médico. Peter Conrad (2007) caracteriza mutuamente a medicalização como irregular, uma trajetória recheada de marchas e contramarchas, mas Foucault é uma figura central para a construção desse debate.

Vieira (2002) baseada nos aspectos levantados por Donnangelo (1979) especifica como a prática médica no século XVIII se estendeu e penetrou socialmente em dois sentidos. Primeiro, em uma ampliação quantitativa dos serviços e a incorporação crescente das populações ao cuidado médico e, segundo na extensão do campo da normatividade da medicina, no anseio pelas representações e concepções de saúde e meios para obtê-la. Tais aspectos são o que pautam também a noção de medicalização.

Este modelo médico une o estabelecimento de uma vida saudável pelo ligamento sexual da mulher ao matrimônio com finalidades reprodutivas, o que caracterizava a masturbação, relações extraconjugais ou a prostituição à distúrbios. A histeria - mencionada como categoria de acusação ainda no século XXI, como apresentado no início deste trabalho - é o caso clássico dessa visão médica, a solução para os problemas encontrados era a intervenção para a retirada do útero. Além dos sentidos de extensão normativa e ampliação quantitativa da medicina no bojo social, grandes transformações e avanços tecnológicos impactaram na figura de prestígio que passa a representar o médico e seus discursos, como: as análises microscópicas, o desenvolvimento da química farmacêutica, o Raio X, os princípios da pasteurização na terapêutica, na clínica, na cirurgia e na higiene, a anestesia, as vacinas e os inúmeros aspectos da assepsia. (ROHDEN, 2001, p. 36)

“É nesse contexto que a medicalização do corpo feminino se insere: um dispositivo social que relaciona questões políticas mais gerais, a partir de questões populacionais, aos cuidados individuais do corpo feminino, normatizando, administrando e regulando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana. A medicalização do corpo feminino, com o desenvolvimento técnico da medicina, permite a formação e manutenção da sociedade em relação às questões de saúde que envolvem a reprodução humana, ao elaborar ideias que, através de uma racionalidade moderna e científica, visam ao entendimento e consequente intervenção nesse corpo como estratégia social.” (VIEIRA, 2022, p. 24)

Como tido no trecho acima, o processo de medicalização do corpo feminino apresentado por Vieira (2002) se dá principalmente pela via da naturalização deste corpo, nas considerações a respeito das inerentes patologias femininas e na atribuição das características relacionadas à reprodução humana como se fossem manifestações de uma causalidade lógica: a capacidade de gestar *versus* o cuidado, a criação e o amor materno – negando abruptamente o âmbito da cultura e suas mediações no campo da maternidade. Essas determinações, portanto, também se associam aos postulados da obstetrícia. Nesse caso, pode-se observar a alteração de um quadro de saberes, práticas e cuidados, de formas de percepção sobre os processos dos nascimentos, para uma ótica intervencionista e normalizadora.

O parto no Brasil, até o século XIX, era amplamente assistido pelas parteiras e suas “ajudantes”, aparadeiras, comadres e curiosas. (BRENES, 1991.) Estas mulheres faziam uso de um conjunto de estratégias e produtos de tratamento, como remédios da flora brasileira, elixires importados, rezas e simpatias. (ROHDEN, 2001, p. 72) A dimensão dos nascimentos, portanto, era familiar, comunitária e um espaço de protagonismo das mulheres. Dessa forma, para propagar suas técnicas e a prática da internação, a obstetrícia precisou enfrentar as questões infecciosas que aumentavam as taxas de mortalidade materna nos casos de partos hospitalizados e as moralidades da época. Mesmo com o desenvolvimento da bacteriologia, a moralidade ainda era um ponto que causava o afastamento das mulheres desses espaços, visto a majoritária presença e olhares dos médicos homens.

A construção da legitimidade médica nesse campo também foi fruto da criação de uma imagem de “charlatões” para estas mulheres e da perseguição de outras práticas que não eram aquelas ensinadas nas escolas médicas e, portanto, associadas à desordem e à incompetência. As parteiras já eram tidas enquanto suspeitas pela Igreja, desde os tempos medievais, associadas ao ideal das bruxas e feiticeiras, relacionadas a técnicas de aborto ou a promoção de infanticídio. No entanto, eram a referência e figuras de confiança para o mulherio dos cuidados durante a gestação, parto e puerpério. Cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio. (BRENES, 1991, p. 135.)

Rohden (2001), em seu trabalho de recriação dos caminhos da ginecologia, destaca um comentário importante do médico Alfredo Nascimento sobre a atividade das parteiras, ainda no período da colônia.

“Mais precário [que o ofício de boticários, barbeiros e sangradores] era ainda o mister de parteira, exercido por mulheres inteiramente incultas, brancas, caboclas e negras, apelidadas Comadres, que, além de partejarem, curavam das doenças ginecológicas e de outras médicas e cirúrgicas, elevando-se ao papel de curandeiras, usando de bruxedos, rezas, benzeduras e outras superstições. As casas que habitavam tinham à porta, como conhecido emblema indicador, uma cruz branca; levando debaixo das manilhas cartas de alcoviteiras, feitiços e pussangas, lá conduziam também, a abandonar nas ruas e recantos, os produtos das práticas ilícitas e criminosas a que essa profissão se presta e a que sem escrúpulo se entregava.” (NASCIMENTO, 1929 apud ROHDEN, 2001, p. 74)

Empenhados na normalização das práticas relativas ao corpo feminino e no estabelecimento de um monopólio do cenário, buscando se assegurar enquanto detentores oficiais e legítimos dos saberes, a classe médica diante das parteiras assume a estratégia de controle e exclusão pelo estabelecimento da necessidade de regulamentação da profissão, exigindo a feitura de um exame de habilitação aplicado por médicos que garantisse um diploma para o desempenho da função. Ainda assim, denominavam-se curiosas e comadres aquelas que escapavam a norma, tornando comum, como identifica Tornquist (2004), que as redes de saber e informações entre as mulheres fossem consideradas “conversas de comadre”, sinônimo de proliferação de informações falsas, lendas e superstições em torno da gestação e do parto. Em contraponto aos conhecimentos das mulheres sobre seus corpos, os produtos e as dinâmicas das parteiras, instauraram-se o fórceps, o pelvímetro e o cefalobrito, acompanhados das sondas, agulhas, tesouras e ganchos (MAIA, 2010, P. 31), para reforçar a imagem de conhecimento científico e competência pela criação de um conjunto de instrumentos próprios.

“A metáfora da mudança de endereço da casa para o hospital, [...] usada para sinalizar a alteração na forma de parir e de assistir o parto é, de fato, muito apropriada e carregou consigo uma sucessão de mudanças: passou de ofício à profissão, de affaire de femmes para assunto de homens, de pobres para elites escolarizadas, das mãos negras para luvas brancas, do rural para o urbano, de saberes populares para saberes científicos, de corpos pulsantes para corpos patológicos, de técnicas mecânicas e ritos espirituais para técnicas químicas, de uma percepção abrangente para um olhar esquadrinhador e metuculoso.” (TORNQUIST, 2004, p. 98)

No Brasil, para além disso, com essa distinção produzida entre o próprio grupo de parteiras, classificando e “admitindo” as que fossem diplomadas repercute-se uma exclusão das iletradas do processo e marca, mutuamente, uma distinção que segue uma imbricação entre as dimensões de classe e etnia. Sabe-se que o processo de medicalização dos processos de gestar e parir no país seguiam os ditames do desenvolvimento em outros países, tidos como o “Primeiro Mundo”, e

são produtos da intensificação do projeto civilizador proposto pela vinda da Corte Real Portuguesa.

Anteriormente, as questões de saúde no Brasil não eram prioridade, a colônia não contava com um contingente expressivo de médicos e os poucos hospitais e Santa Casas operavam de maneira precária. Com a chegada da família real portuguesa, no início do século XIX, começam a se formatar as escolas médicas, as maternidades, difundem-se ações de saúde pública na capital e costumes europeus no âmbito da família e da saúde. (MAIA, 2010, p. 20)

Assim, no período higienista impresso no século XIX e XX as noções de impureza, incivilidade e perigo eram assimiladas, principalmente, as parteiras pobres, camponesas e negras, produzindo uma cadeia de estigmatização, constrangimentos e ameaças. Carmen Suzana Tornquist (2004) em uma pesquisa de fôlego, intitulada “Parto e poder”, investiga o movimento pela “humanização” do parto no Brasil, suas formas de organização e ideários, e apresenta diversos depoimentos de médicos e representantes do governo da época que demonstram as acusações às parteiras:

“O comum era as negras, tidas como peritas, escravas preciosas, que vinham sentar-se à cama entre as pernas das sinhás, esfregando as mãos sujas nos nascedouros para aquilatarem os progressos do desprendimento e, muitas vezes, quando a coisa era demorada, pitando.” (CABRAL 1974-1977 apud TORNQUIST, 2004, p. 84)

“Na recusa de terem ao seu lado um médico, preferem entregarem-se a essas mulheres, essas entendidas, satisfazendo-lhes todos os caprichos, todas as exigências que lhes sugerem a ignorância e a estupidez, entre a aplicação dos inseparáveis e infalíveis bentinhos, e sua baforada de nauseabundos cachimbos. Mal sabe a parturiente o perigo que corre sua vida com a presença dessas harpias, cujas garras imundas, infeccionadas, lhes vão tocar o corpo!” (HORN, 1983 apud TORNQUIST, 2004, p. 85)

Transformado paulatinamente ao longo dos séculos, daquele evento familiar, fisiológico e demorado, como descrito nas falas acima, o parto e os nascimentos vão se tornando um ato médico. As patologias, o risco e as complicações são as regras pelas quais fundamentam-se as práticas médicas, pelo qual inaugura-se o *modelo tecnocrático* de assistência e imprimem-se marcas de caráter excludente e desigual para o futuro da assistência ao parto no país. Reforço: em um país de periferia global como o Brasil, colonizado e de grande extensão territorial, conformam-se muitas nuances nesse processo.

“Desde os primórdios desta nação a assistência à saúde se construiu como um campo de dicotomias e de tentativas de superá-las: Rio de Janeiro versus resto do país; urbano versus rural; trabalhadores formais versus

trabalhadores informais e desempregados; norte versus sul; prevenção versus assistência; ações campanhistas versus ações permanentes; previdência individual versus saúde coletiva; centralização versus descentralização; ricos versus pobres; público versus privado.” (MAIA, 2010, p. 19)

Seguindo o pressuposto de que ao tratar as temáticas que envolvem o paradigma sexo/gênero verdadeiramente se está refletindo sobre a lógica de funcionamento de cada sociedade, seus processos políticos e econômicos, Martin (2006) irá enfatizar como a função reprodutiva das mulheres se associa com a fábrica, metaforicamente, tornando inteligíveis as relações de poder, dominação e controle nesse âmbito. A autora, pesquisando o cenário norte-americano, estuda a cultura médica através dos manuais médicos e dos conceitos cunhados e mobilizados pela ginecologia e a obstetrícia.

Nesse contexto, o trabalho *de parto* é assimilado ao trabalho mecânico, onde o útero é representado como a principal força interessada e estabelecem-se dinâmicas de tempo e movimento, usadas na indústria, que avaliam e controlam seu trabalho. Assim, a ideia *corpo máquina* faria sentido, o útero é a máquina e o produto é o bebê, o lugar da mulher é diminuído muitas vezes a simples hospedeira passiva da máquina. Se o trabalho de parto se desloca da dinâmica pré-estabelecida entre tempo e movimento e das metas entre estágios e subestágios, a ação do médico se torna ainda mais central para intervir e corrigir os distúrbios. O médico é o *supervisor* do trabalho, ele conduz o ritmo adequado. Se o trabalho é insuficiente preconiza-se acelerar este pelos medicamentos e instrumentos mecânicos. Um dos trechos colocados na análise da autora, da fala de um obstetra, deixa expresso: “a natureza fundamental da condução ativa é de que nenhum parto pode durar mais de 12 horas.” (MARTIN, 2006, p. 118)

Sobre essas bases, que se criam, mutuamente, justificativas e associações para a promoção da prática das cesáreas, representando uma via de obter “melhores resultados”. Como posto por Martin (2006), a cesariana “exige o máximo de ‘condução’ por parte do médico e um mínimo de ‘trabalho’ do útero e da mulher, é considerada como o processo que fornece os melhores produtos”. (MARTIN, 2006, p. 119). Já postas em campo desde os avanços na antisepsia, assepsia e as anestésias, as cesáreas passam a ser consideradas uma fonte de resultados na queda de taxas de mortalidade entre mãe e bebê, pela sua evolução técnica, é em meados dos de 1970 que as taxas de cesarianas dispararam no Brasil. Em 1980 o

percentual de 15% passa para 31%, segundo dados do INAMPS, e segue sendo até hoje motivo de preocupação estatal e dos movimentos sociais de mulheres, atualmente tratado enquanto “epidemia das cesáreas”, representando 52%. Maia (2010) reúne cerca de dez motivos que se espalharam no país durante a década de 70 que colaboraram para a disseminação da prática.

“maior valor pago pela tabela do INPS para a cesárea, na década de 1970; medo, por parte das mulheres, da dor do parto normal; crença, por parte das mulheres e dos médicos, de que o parto vaginal afrouxa os músculos da vagina e interfere na satisfação sexual; crença de que o parto vaginal é mais arriscado para o bebê do que uma cesárea; conveniência (hora marcada) e economia de tempo para o médico; falta de qualificação do médico para o parto normal; pré-natal incapaz de preparar para o parto; atendimento centrado no médico, e não em equipes multidisciplinares que incluam obstetizes; não pagamento de anestesia para o parto normal; o uso da cesárea para a realização de laqueadura tubária;” (FAÚNDES & CECATTI, 1991; CHACHAM & PERPÉTUO, 1996 apud MAIA, 2010, p. 38).

É diante de uma série de doze aspectos, por exemplo, relação médico e paciente, corpo e mente, definem as autoridades, responsabilidades, padrão e a organização do trabalho, uso de tecnologias e intervenções, que o modelo tecnocrático, já anteriormente citado, foi identificado por Davis-Floyd (2001) em contraponto a outros dois modelos, o humanístico e o holístico. A ideia dos modelos desvela os princípios orientadores, valores, técnicas e tecnologias que são tratadas enquanto consenso na assistência obstétrica mesmo que não tenham fortes evidências científicas, mas que se sustentam pela forma como fazem sentido culturalmente.

“The way a society conceives of and uses technology reflects and perpetuates the value and belief system that underlies it. Despite its pretenses to scientific rigor, the western medical system is less grounded in science than in its wider cultural context; like all health care systems, it embodies the biases and beliefs of the society that created it. Western society’s core value system is strongly oriented toward science, high technology, economic profit, and patriarchally governed institutions. Our medical system reflects that core value system: its successes are founded in science, effected by technology, and carried out through large institutions governed by patriarchal ideologies in a profit-driven economic context. Among these core values, in both medicine and the wider society, technology reigns supreme.” (DAVIS-FLOYD, 2001, p.)

Assim, frente aos doze aspectos elencados por Davis-Floyd (2001), o modelo tecnocrático estabelece: a separação corpo-mente, o entendimento do corpo como máquina, o paciente é tratado enquanto objeto e alienado pelo profissional, o diagnóstico e os tratamentos se dão de fora para dentro, se estabelece uma padronização da assistência e a organização é hierárquica, autoridade e responsabilidade competem ao profissional, supervaloriza-se a tecnologia,

intervenções agressivas para atingir resultados desejados em curto prazo, a morte é entendida como um fracasso, o sistema se orienta ao lucro e repele-se outras formas e modelos distintos de assistência.

O modelo tecnocrático, portanto, seria o modelo que se consolidou desde o início da assistência hospitalocêntrica haja vista a assimilação das suas características com os ideais de ascensão da classe médica, da valorização e centralidade desta figura enquanto autoridade científica, a relação de sinônimo criada entre segurança, tecnologias e intervenções, e, principalmente, assumindo esse sentido atribuído ao corpo enquanto máquina, bem explorada por Martin (2006). No Brasil, especialmente, esse modelo encontraria solo fértil para se legitimar devido às características de uma cultura que valorizava a doença, valorizava as especialidades médicas e via com importância as intervenções fortes de alta tecnologia.

Segundo Maia (2010), as práticas curativas-hospitalares, de caráter individual, são privilegiadas e consolidadas em solo brasileiro devido às idas e vindas na estruturação da assistência à saúde que se constituiu no país desde o fim do século XIX até a criação do SUS. O principal aspecto é o modelo de financiamento que se adota inicialmente na estruturação dos serviços, mas também a constituição dual de um *mix* de serviços públicos e privados. As práticas curativas que eram pautadas pela arrecadação do sistema previdenciário, pelo Ministério da Previdência Social, se espriam, visto os recursos financeiros vinculados e crescentes, em detrimento das práticas coletivas, de prevenção e promoção da saúde que eram coordenadas pelo Ministério da Saúde e se faziam contidas. (MAIA, 2010, p. 29).

Essa sequência de movimentos e interpretações que conformam o cenário da assistência ao parto expõe como a história do parto e dos nascimentos nas sociedades ocidentais decorrem de formas e figuras construídas em torno do corpo feminino que atendem a determinados interesses. A história repete cenas de desqualificação, subalternização, perseguição, normalização e institucionalização das práticas e processos. Passa-se a associar ao parto a uma concepção de saúde-doença, embasados por um discurso científico, de produção de verdade, acerca da mulher e da natureza feminina que buscavam justificar e manter a ordem social.

A percepção do parto como dado biológico ou natural, exclui as fortes raízes sociais e culturais desse evento, de como é possível versar sobre estes aspectos

tematizando a própria sociedade. O fenômeno dos nascimentos, como trata Tornquist (2004), é multidimensional, ou seja, para além da sua inscrição no corpo, levanta aspectos biológicos, culturais, individuais e políticos. Os interesses que definem a forma como o parto e os nascimentos são levados pelas sociedades ocidentais marcaram uma trajetória de apagamento de determinadas sujeitas, e principalmente, de dismantelamento de um conjunto de saberes femininos. Por isso, é fundamental compreender os processos sociais desse âmbito pela ótica das tensões, disputas e conflitos. O discurso médico, com sua legitimidade construída pela desqualificação dos outros saberes, ditou sobre o corpo feminino, as moralidades e vinculou o ser mulher a uma função sexual e reprodutiva que culminaram no ser mãe.

Neste cenário foram estabelecidos parâmetros para a assistência à saúde da mulher e ao parto balizados nessas construções e serviram de base para o modelo tecnocrático, que se tornou hegemônico. Mas, outros atores – e atrizes – se envolvem nesse processo, outros profissionais e outros *ethos* profissionais, movimentos sociais, intelectuais e políticos que demandam outras posturas, direitos e garantias. Entre marchas e contramarchas, ao passar das ondas, o cenário do parto e das maternidades ganharam novos contornos nos debates por diferentes frentes e passaram a influenciar a criação de políticas e programas sob o paradigma dos direitos reprodutivos e buscando uma lógica de atenção sob o *modelo humanístico*.

1.2 A maternidade em questão: reflexões do movimento feminista contemporâneo e o modelo humanístico na saúde

Desde 2018, quando comecei a me interessar pelos estudos de gênero, e principalmente me aproximei do campo da maternidade, do cuidado, dos partos e dos nascimentos, a atribuição de diversos adjetivos ao substantivo maternidade me despertava curiosidade: maternidade real, maternidade romântica, maternidade ativa, maternidade solo, maternidade lésbica (ou dupla maternidade), maternidade atípica. A manifestação desses *tipos de maternidade*⁸ destaca diferentes valores e

⁸ Quando menciono *tipos de maternidade*, faço brevemente para apontar uma ideia emerge da percepção do trabalho de campo, de que contemporaneamente multiplicam-se os discursos e sentidos de ser mãe, relacionados às subjetividades dessas mulheres e suas posições de classe, estruturas familiares, raça/etnia, sexualidade, ou seja, são diferentes posições assumidas frente aos valores dominantes que são definidos pelos parâmetros socioculturais da maternidade na sociedade.

parâmetros que balizam os sentidos de ser mãe e a construção de identidades distintas, e hoje sendo pensadas para além da “ordem simbólica androcêntrica, enquanto reprodução, anatomia e destino das mulheres”, algumas se aproximando de um ativismo feminino, algumas a uma responsabilização coletiva sobre cuidado e o trabalho reprodutivo, outras pensando mutuamente questões de sexualidade.

Contemporaneamente, portanto, é possível perceber algumas contradições, mudanças e permanências da maternidade enquanto prática social, mas a categoria no movimento feminista já é pauta de reflexão crítica há décadas. Scavone (2001) pontua três momentos da reflexão feminista contemporânea sobre a maternidade desde 1960 aos meados de 1980, recuperados de um estudo de Ferrand e Langevin (1990), que demonstram pontos fundamentais de leituras e releituras sobre o debate das mulheres com a maternidade, caminhando para o estabelecimento de uma crítica a própria articulação da dimensão sexo/gênero, a superação dos postulados bio-deterministas e a crítica a medicalização dos processos de gestar e parir. Sarti (2001) também é uma importante referência para compor esse contexto de compreensão desse movimento, elaborando as particularidades do caso brasileiro, suas possibilidades e limites.

O primeiro momento, recuperado por Scavone (2001), caracteriza a maternidade enquanto um *handicap* (defeito natural), que confinava as mulheres em uma bio-classe. Assim, a maternidade era sinônimo de uma desvantagem ao definir o lugar submisso que as mulheres ocupariam na sociedade. A recusa, portanto, a esse papel era a chave do movimento *igualitário*, a luta pela contracepção livre e gratuita e a liberação do aborto eram a condição básica levantada para o estabelecimento dos direitos de liberdade e de igualdade social. Em meados de 1970, o lema levantado pelo feminismo francês era “uma criança se eu quiser, quando eu quiser” [*“un enfant, si je veux, quand je veux”*].

Na segunda ênfase do movimento acontece uma inversão do ideal anterior, isto é, a *negação do handicap*. Articulando o âmbito da maternidade como um espaço de poder e saberes femininos, o movimento reflete teses lacanianas, históricas e antropológicas e situa-se reafirmando as diferenças e a identidade feminina, por isso

Em alguns casos, essas categorias já foram pesquisadas e, de certa forma, delimitadas. Práticas da *maternidade ativa*, por exemplo, são investigadas por PULHEZ, 2015 e diferenças entre maternidade ativa, real e romântica trabalhadas por DE OLIVEIRA-CRUZ, 2021. Busquei realizar um resumo dessas categorias no Apêndice A, separadas de forma didática, mas é importante enfatizar que as experiências de maternidade são complexas e que mulheres-mães podem se encaixar em mais do que uma só categoria.

é parte da corrente denominada *diferencialista*. É na terceira fase, resgatada pela autora, que ocorre a *desconstrução do handicap natural*. Nesse entendimento, desloca-se a ideia de que é a reprodução enquanto fato biológico que define a posição das mulheres e migra-se essa problemática para as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade. Nesse sentido, fundamentalmente, fica posto que a reflexão feminista contribuiu para a compreensão do fenômeno social da maternidade e do estabelecimento da questão das mulheres enquanto uma questão de direitos e de politização das questões postas como privadas.

“Em suma, a definição teórica destes três momentos é reveladora de uma prática social – a maternidade – com todas suas contradições, mudanças e permanências. A recusa ou aceitação da maternidade pode acontecer, ao mesmo tempo, em espaços e posições sociais diferenciadas e não estão, necessariamente, ancoradas na ideia do handicap. Apesar da crítica feminista ter partido da constatação da diferença biológica entre os sexos, considerando-a um defeito, ela acaba mostrando que a dominação de um sexo sobre o outro só pode ser explicada social e não biologicamente.” (SCAVONE, 2001, p. 141)

O argumento que busco reforçar trazendo esse contexto de mobilizações e reflexões críticas, como já discutido por Silva (2017), é da articulação dos ditames do movimento feminista com os avanços para o estabelecimento do modelo humanístico na assistência à saúde da mulher. Mesmo diante destes encontros e desencontros dos ideais feministas com os princípios que envolvem o parto e o nascimento ou as práticas sociais do materno, como demonstrado anteriormente, ou até mesmo das diversas razões que provocavam uma negação da semelhança no discurso e um conflito de ideias entre feminismo e maternidade – como Carneiro (2015) apresenta ao abordar práticas femininas de parto humanizado dos anos 2000 – entendo que as revisões e reflexões que surgem das mobilizações de resistência das mulheres demandando percepções outras sobre a vida sexual e reprodutiva, deslocadas dos ditames de medicalização ou da imposição de desígnios naturais são fundamentais para o caminhar das discussões que alteram o cenário político, normativo e institucional rumo ao paradigma humanístico.

Especificamente no Brasil, em meados de 1960 e de 1970, segundo Carneiro (2015), a demanda das feministas circulava em torno da maior liberdade sexual, pelo uso da pílula contraceptiva, na luta contra a violência doméstica e por inserção política, econômica e social. A questão do parto e das reivindicações ao modelo médico não era uma pauta de destaque e a maternidade era tematizada via a

necessidade de amparo estatal e das creches. O sentido comum nas lutas feministas, de acordo com Sarti (2001), era a oposição e resistência à ditadura, elaborando politicamente e pessoalmente a derrota da luta armada, para além das influências do feminismo internacional e algumas mudanças para as mulheres no país que punham em questão as hierarquias de gênero.

É no final dos anos 80, com a redemocratização e a anistia, que o movimento de mulheres no Brasil, assume “uma força política e social consolidada” e passa a ter mais capilaridade entre “associações profissionais, partidos, sindicatos, legitimando a mulher como sujeito social particular”. (SARTI, 2001, p. 41) É o período de crescimento de uma frente de atuação mais especializada, com a presença de organizações não-governamentais (ONGs) que tinham a intenção de influenciar as políticas públicas em áreas específicas. É nesse momento que surgem com maior força as pautas sobre a saúde da mulher e os debates acerca dos direitos reprodutivos, temas anteriormente desconsiderados, e vêm à tona junto ao bojo de críticas ao modelo de saúde e a perspectiva médica sobre o corpo e os processos da mulher.

Também é na década de 80 que se dá o surgimento do movimento organizado de mulheres pela saúde. Tornquist (2002) aponta para diferentes coletivos e organizações pela saúde da mulher, e já por humanização do parto e do nascimento, que se encaixam nesse molde de profissionalização e institucionalização do movimento feminista, com uma boa relação com o Estado, estabelecimento de suas agendas e políticas sob o lema do “O pessoal é político”. O Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, situada em São Paulo, é um forte exemplo dessa movimentação. Em suas primeiras ações a intencionalidade era “recuperar o conhecimento das mulheres, denunciarem a expropriação e o controle do corpo feminino e alcançar uma participação ativa na formulação e implementação das políticas de saúde.” (DINIZ, 2000, p. 10)

Em 1984 ocorre o 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher, reunindo cerca de setenta grupos de mulheres de todo país, resultando na elaboração do primeiro documento público — *a Carta de Itapecerica*⁹ — denunciando uma crise sociopolítica, econômica e de saúde e apresentando as reivindicações das mulheres. É interessante observar no documento a perspectiva plural posta diante da composição distinta de mulheres no movimento, considerando, portanto,

⁹ No Anexo 2 é possível realizar a leitura da carta na íntegra.

questões que envolvem a classe, a sexualidade, questões raciais e étnicas, negras e indígenas, e a variação de idades. Um dos principais destaques entre as reivindicações e propostas na carta é a crítica ao papel sexual e reprodutor imposto às mulheres, limitador da mulher à condição de mãe e desprezando tanto as diferentes especificidades das fases da vida da mulher quanto às questões sociais, psicológicas e até mesmo externas que influenciam na dimensão da saúde.

“O papel sexual e reprodutor imposto à mulher pela sociedade, que a exclui das decisões sobre o seu próprio corpo, faz com que tenhamos problemas específicos de saúde. Por isso exigimos um programa de saúde integral para a mulher envolvendo todos os seus ciclos biológicos: infância, adolescência, juventude, maturidade, menopausa e velhice; concretizados na sua especificidade sexual (menstruação, contracepção, gravidez, parto, aleitamento, infertilidade, doenças venéreas, prevenção do câncer ginecológico e de mama, saúde mental e algumas doenças clínicas mais comuns), tudo isso integrado com a prevenção e tratamento das doenças relativas a sua inserção concreta no sistema produtivo, seja como trabalhadora e/ou dona-de-casa.” (CARTA DE ITAPECERICA, 1984.)

Na citação da Carta de Itapeperica é possível observar a exigência de um programa de saúde integral à saúde da mulher, que irá começar a ser concretizada na publicação do PAISM (Plano Integral de Assistência à Saúde da Mulher), elaborado pelo MS e divulgado pela esfera federal no mesmo ano da Carta. Adotando uma perspectiva distinta do enfoque único ao materno-infantil, tradicional, o documento propõe ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, visando englobar a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, frente as IST's (nesse período ainda chamadas de DST's), o câncer de colo de útero e de mama.

No entanto, após o plano, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher só foi implementada em 2004 propondo princípios, diretrizes e, de fato, um plano de ação para 2004-2007. A Política se dá com o enfoque no gênero, recortes raciais e étnicos, atendendo a perspectiva geracional, a interface com o trabalho, visando trabalhadoras da cidade e do campo, e as especificidades das mulheres que se encontram em situação prisional, promove-se o ideal da integralidade da atenção e o sentido de promoção da saúde. Carneiro (2015) ao analisar esse momento de institucionalização observa como as mobilizações feministas foram fundamentais para avanços na perspectiva da saúde da mulher, abrindo espaços para a discussão e ressignificação de temáticas e colaborando com um arcabouço analítico sobre as questões pelas estratégias discursivas das feministas.

Em meados da década de 80 surgem as primeiras críticas ao modelo hegemônico de atenção ao parto, o tecnocrático. A luta se erige pela humanização articula-se ao estabelecimento do paradigma humanístico descrito por Davis-Floyd (2001), nos já conhecidos doze aspectos. O ideal, diferente do tecnocrático, prega a conexão corpo e mente, o corpo como organismo, não máquina, o paciente relacional, não-passivo, o diagnóstico e tratamento como via de mão dupla, de dentro para fora e vice versa, o equilíbrio entre necessidades e desejos do indivíduo e da instituição, a responsabilidade e autoridade divididos entre paciente e os profissionais, tecnologia que se contrabalança com o humanismo, valorizando a dimensão do contato, se abrindo para relação com modelos múltiplos de assistência, entre outras características.

Torna-se difícil precisar o início dos movimentos pela humanização dos partos e nascimentos, mas sabe-se que é uma tendência que afeta primeiramente as camadas médias urbanas e intelectualizadas, como demonstram os trabalhos pioneiros de Tânia Salem (2007), em sua pesquisa com os Casais Grávidos realizada em 1987, observando uma maneira alternativa de lidar com a gravidez, a gestação, e o parto, promovendo o engajamento masculino nesses processos, e uma busca por um parto mais natural possível, com o mínimo de intervenções médicas, e de Tornquist (2004) em uma etnografia da ReHuNa, com vistas a compreender suas formas de organização e ideário do grupo pesquisar o movimento pela “humanização” do parto no Brasil.

Mas, assim como os ditames feministas e a era da institucionalização das pautas pela articulação com o Estado, suas políticas e agendas, o paradigma humanístico se espalha em marcha nacionalmente. Tende-se a compreender que diante da classificação de Davis-Floyd (2001), ao apontar que o paradigma humanístico não rompe totalmente com a lógica do modelo tecnocrático, o que só seria realizado pelo paradigma holístico. A Política Nacional de Humanização (PNH) conhecida como HumanizaSUS, foi publicada em 2004, mas outros tantos programas, normas e diretrizes desde os anos 2000 demonstram a permeabilidade e a capilaridade do discurso da humanização e as tentativas de produção de consenso pelas políticas de saúde. No campo da assistência gravídico-puerperal tem-se o *Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento* de 2002 e outras publicações específicas como *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher* de 2001.

Diniz (2005) observa-se que já na década de 70 é possível notar profissionais médicos “dissidentes”, em diferentes partes do país, influenciados por práticas tradicionais de parteiras e indígenas, além de grupos que propunham terapias alternativas, formatando bases para a estruturação do cenário de humanização. Já na década de 80 o contexto já possuía recursos discursivos e analíticos para compor vários grupos que oferecem uma *assistência humanizada à gravidez e parto* e propõem mudanças nas práticas, como o próprio Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, já anteriormente citado, e popularizaram-se também as listas eletrônicas de trocas de experiências da maternidade entre as mulheres, como Parto Natural, Amigas do Parto, Materna, Parto Nosso, Mães Empoderadas, entre outras (TORNQUIST, 2004 apud DINIZ, 2005),

Segundo Carneiro (2015) estas mulheres reivindicavam um “parto ativo e consciente” que respeitasse suas escolhas e atitudes, e além de se organizarem em listas, grupos e redes nacionais de debates sobre o movimento de humanização do nascimento, utilizavam os *blogs* para relatar seus partos e difundir informações. Também participavam de campanhas para amamentação, paternidade reconhecida e efetiva e redução do número de cesáreas. A própria relação de nomeação dos nascimentos pela exaltação do verbo parir, advém deste movimento e é muito significativo. O termo que, anteriormente, poderia ser associado como negativo, uma ligação ao primitivo, ao animalesco se torna uma ação para positivar o evento pela sua *naturalização sui generis* (Já que naturaliza determinadas dimensões da maternidade e culturaliza outras). Assim, posiciona o parto como um evento não-médico que valoriza a mulher como protagonista do seu corpo e de todo o processo.

Pulhez (2015) ao acompanhar um blog de mulheres e maternidade, “Mulheres Mamíferas” aponta para esse aspecto de forma interessante.

“Seria preciso trazer a mulher para o centro do parto, porque o parto seria um evento natural, não médico. A mulher é protagonista de seu parto, dona de seu corpo, e ela não precisa de ninguém para parir. É interessante notar o processo de naturalização de coisas tidas como culturais neste blog: a mãe vira canguru, o filho vira filhote, o pai vira bicho, fala-se em parir em vez de dar à luz. Ao mesmo tempo, contudo, me parece que existe também um movimento de culturalização do que é tido como natural: a mulher de peito não é só aquela que alimenta, mas é aquela que enfrenta a sociedade para poder amamentar seu filho ao invés de dar a mamadeira. O peito à mostra é tido como um sinal de amor entre mãe e bebê, além de uma aceitação positiva do próprio corpo e de uma boa relação com a própria sexualidade.” (PULHEZ, 2015, p. 33)

Retomando Carneiro (2015), a autora traz um reconhecimento interessante de que algumas destas mulheres e grupos não atrelavam seus discursos e ideais a perspectivas feministas. Traz diferentes razões para esse movimento, que pode soar contraditório, seja pelo histórico conturbado - apresentado anteriormente - entre o feminismo e maternidade, porque já estariam tratando as questões feministas como não tão importantes, “talvez pelo fato de que já tenham naturalizado as conquistas minimamente obtidas, como acesso à universidade, a participação política e a liberdade sexual”.

Etnografada por Tornquist (2004), um destaque entre esses grupos e organizações pioneiras que surgem no Brasil em meados da década de 90 é a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). Criada em 1993 por profissionais diversos, como médicos, enfermeiras, professoras e pesquisadoras, terapeutas corporais, parteiras, entre outras categorias junto às mulheres dos movimentos sociais e as usuárias, parturientes, gestantes e mães. A partir da percepção e do diagnóstico de uma crise na “situação do nascer em nossa sociedade”, a proposta de composição da ReHuNa surge enquanto uma instância para interferir em diversos pontos, como:

“alertar para os riscos à saúde de mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas; resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais; revalorizar o nascimento humanizando as posturas e condutas face ao parto e nascimento; incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos; aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento.” (RATTNER et al., 2010, p. 216)

A ReHuNa, ao se estabelecer e consolidar, tornou-se responsável pela organização de conferências sobre a humanização do nascimento no Brasil e na América Latina, assessorou o MS na construção e implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e foi uma forte parceira no processo de qualificação das maternidades para o estabelecimento de uma assistência humanizada no país. (RATTNER et al., 2010, p. 226) Nesse contexto, já era possível citar a influência e a difusão da medicina baseada em evidências (MBE), principalmente por promoção da Organização Mundial da Saúde (OMS) que apoiava as metodologias de sistematização de estudos sobre a assistência ao ciclo

gravídico-puerperal para identificar as práticas eficazes e seguras, em contraponto das ineficazes e maléficas.¹⁰

Um dos importantes documentos publicados no Brasil que segue essa sistematização da OMS é o Guia prático de Assistência ao parto normal, em 1996. O documento é um marco, inclusive, para a promoção de outras figuras no cenário da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, como as doulas, que pela primeira vez são apresentadas em documentos oficiais. No texto valoriza-se os benefícios da presença deste apoio “físico e empático” de uma “acompanhante treinada”, apontando como já se demonstrava em evidências científicas a possibilidade de partos realizados em menor tempo, com menor uso de analgesias, medicações e intervenções cirúrgicas. Especificamente, a concepção de doula é caracterizada pelo MS na publicação anteriormente citada, Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher em 2001.

Nesse período também emergem as denúncias contra as experiências ruins de parto e nascimentos considerando as posturas agressivas e as violações das intervenções médicas na condução dos partos. O início da Carta de Campinas¹¹, documento que marca a fundação da ReHuNa em 1993, traz enquanto contexto “as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva” que marcam a situação dos nascimentos no país. A violência é caracterizada pela imposição de rotinas, posições de parto e interferências que atrapalham o desencadeamento fisiológico do parto vaginal, que passaria a ser tratado como uma patologia e marcaria a experiência pela impotência, alienação, terror e dor, em contraponto da cesárea, que seria disseminada como signo de segurança, cientificidade e alívio da dor. Denúncias como estas formam uma base do que anos depois passou a ser nomeado enquanto violências obstétricas.

É relevante, portanto, pontuar que o conceito de humanização faz parte de um amplo bojo de críticas, seja a essa dimensão de práticas, técnicas e usos excessivos das tecnologias, característico do modelo tecnocrático de assistência, seja as precariedades e as violências nos espaços de cuidados em saúde, buscando alterar uma determinada perspectiva. Além disso, é relevante reconhecer que o paradigma

¹⁰ Esse movimento deu origem às conhecidas citações de “Recomendações da OMS”, enquanto parâmetros e práticas recomendadas, benéficas, em contraponto àquelas vigentes, mas que deveriam ser abolidas. No Brasil essas medidas foram publicadas em 1996 no documento intitulado “Assistência ao Parto Normal: um guia prático”. OMS. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. OMS/ SRF/ MSM/ 96.24. Genebra, 1996.

¹¹ No anexo 3 deste trabalho é possível ter acesso a carta na íntegra para a leitura.

humanístico permeia diversas áreas da saúde, mesmo que seja forte no território dos partos e dos nascimentos. Dias da Silva (2006), por exemplo, ao etnografar um projeto piloto de humanização das práticas terapêuticas em um hospital filantrópico, sobretudo com fisioterapeutas, ressalta um aspecto importante para reconhecer a identidade do movimento de humanização, sua polissemia.

“a humanização possui uma multiplicidade de valores e propostas que se agregam, por um lado, formando um bloco crítico com relação a aspectos do *processo de tomada de decisão* e práticas terapêuticas na biomedicina, e por outro, se dissipam em diferentes abordagens e concepções alternativas de corpo, saúde e emoções. [...] A generalização do termo se deve, de fato, à atribuição de um sentido que é amplamente compartilhado, qual seja, de se comprometer com uma *perspectiva crítica ao modelo da biomedicina*. Mas tal modelo pode ser abordado sob variadas formas, implicando a construção de práticas muito distintas de “humanizar”. (DIAS DA SILVA, 2006, p. 16, grifo nosso)

Como anteriormente colocado, no território da humanização são construídas macro narrativas pelo rol de políticas e programas em relação à humanização. Nesse sentido, a citação acima traz a relevância e a potencialidade de olhar analiticamente para a dimensão das práticas cotidianas de humanização, as experiências, sociabilidades e interpretações das pessoas. Os saberes antropológicos permitem esse movimento, distanciando de uma universalização ou de propostas que provoquem a homogeneização do debate. A intenção e a crítica da antropologia atuam produzindo mais do que uma visão dicotômica dos processos e para além de definições esquemáticas.

Ao entender o contexto plural de difusão da humanização em saúde, quando produzimos um enfoque na assistência ao ciclo gravídico-puerperal essa pluralidade não se faz diferente. Tem-se uma multiplicidade de atores e atrizes envolvidos na atenção, *ethos* profissionais distintos atuando em conjunto, reproduzindo hierarquias e dimensões de saber-poder. Comumente nos partos, pelo menos, Obstetras, Anestesistas, Pediatras, Enfermeiras e Doulas atuam simultaneamente em uma equipe multidisciplinar, ampliada, fora todos os profissionais envolvidos no pré-natal ou no período puerperal. Reforçando o argumento de Dias da Silva (2006), se manifestam importantes diferenças na forma de percepção do conceito de humanização e como ele se dá nas práticas, e “isso se relaciona a diferentes visões de mundo, que por sua vez existem pela forma como cada profissão é concebida em um contexto social mais amplo.”

A recuperação das origens dos conhecimentos médicos, principalmente especializados na forma da ginecologia e da obstetrícia, neste capítulo da pesquisa,

são importantes para reforçar essa caracterização de uma identidade profissional, de técnicas, práticas, e principalmente de um arcabouço discursivo específico sobre o corpo feminino, que produz determinadas noções, representações, justificativas e ações. Outras identidades profissionais constroem outros arcabouços, e por isso, a disputa entre os diferentes modelos de assistência ao parto aqui discutidos articula-se a conflitos tanto nas dimensões das políticas públicas, quanto nos *ethos* profissionais.

Maia (2010) realiza uma importante discussão contrapondo a categoria médica a categoria da enfermagem, perpassando diferentes aspectos dessas profissões, como a remuneração do trabalho; hierarquia entre iguais e entre desiguais na cena do parto; o lugar do 'risco' na obstetrícia, resultados adversos e processos legais. A autora coloca que "enquanto a perspectiva da medicina obstétrica está no tratar e no patológico, a da enfermagem obstétrica está no cuidar e no fisiológico". No entanto, a ideia de iguais e desiguais na cena do parto é relevante para visualizar outras presenças ainda mais conflitantes na assistência, como é o caso das doulas, desconsideradas muitas vezes por serem tratadas enquanto leigas, sem experiência técnica na área da saúde.

A ascensão das doulas no cenário de atenção ao ciclo gravídico-puerperal se relaciona fortemente com os discursos dos movimentos pela humanização dos partos e nascimentos. No entanto, a sua atuação se destaca por ser uma figura de conhecimento que não se legitima pela aproximação com o saber biomédico, pelo contrário, estas mulheres se posicionam afastadas do que seria essa cultura tecnificada do parto e preza pelos princípios norteadores da humanização, valorizando uma assistência permeia a dimensão emocional, física e informativa, ou seja, são consideradas um suporte durante os partos, mas também antes e depois, na gestação e no puerpério, pelas informações qualificadas sobre os processos e procedimentos que envolvem todo o ciclo do gestar, parir e maternar.

A legitimidade da doulagem se constrói em um movimento duplo. Primeiro, acessando o repertório de conhecimentos da constituição do espaço de parir anterior ao estabelecimento do domínio médico, enaltecendo os saberes e práticas das parteiras, comadres e curiosas, do protagonismo das mulheres - o que esclarece a aproximação de suas práticas com métodos não-farmacológicos e com uma postura que se erige em uma atuação de suporte para manutenção da mulher parturiente enquanto protagonista do seu processo. Segundo, sobre o campo das

evidências científicas, sejam aquelas positivas para reafirmar a importância de sua presença ou as que prescrevem práticas já desatualizadas, e consideradas violentas, que ainda são rotineiramente realizadas, criando, assim, uma esfera comum com as práticas e metodologias da ciência moderna, e utilizando-as para provocar críticas e mudanças no campo.

É diante desse grupo profissional que os próximos capítulos desta pesquisa se dedicam, trazendo um levantamento dos dados sobre o campo da doulagem em uma perspectiva histórica e social, aprofundando em como este nasce no seio das discussões sobre a humanização no Brasil, seus ideais, temáticas, influências e os desdobramentos ao longo da história. Dando enfoque às lutas, posicionamentos e questões da categoria, suas aparições nas macronarrativas, políticas, legislações, e as experiências vividas com os dados das entrevistas com doulas, apresentando as trajetórias de diferentes profissionais doulas, suas práticas cotidianas e percepções e interpretações.

CAPÍTULO 2 - Trajetórias da doulagem: um novo *ethos* profissional no cenário da assistência ao ciclo gravídico-puerperal

“As histórias importam. Muitas histórias importam. As histórias foram usadas para espoliar e caluniar, mas também podem ser usadas para empoderar e humanizar. Elas podem despedaçar a dignidade de um povo, mas também podem reparar essa dignidade despedaçada. [...] quando rejeitamos a história única, quando percebemos que nunca existe uma história única sobre lugar nenhum, reavemos uma espécie de paraíso. (ADICHIE, 2019, p. 16)

2.1 Considerações Iniciais

Comecei a ouvir sobre doulas enquanto me preparava para começar uma jornada como bolsista em um projeto de extensão da universidade na Antropologia. Em meados de 2018 minha tarefa principal era acompanhar rodas de conversas e danças com mulheres gestantes e puérperas. Os encontros proporcionavam trocas de experiências sobre maternidade mediados por profissionais diversas, como educadoras perinatais, consultoras de amamentação, homeopatas, aromaterapeutas e as doulas.

Eram momentos de vivência em grupo com temáticas de conversa disparadoras iniciais. Os encontros eram sessões de desabafo, aconselhamentos, orientações e dicas compartilhadas sobre a preparação e expectativas para o parto,

a fase do puerpério, da amamentação, e ao final sempre acontecia uma roda de dança. As mulheres-mães participantes do projeto na época criaram um laço forte e uma rede de apoio mútua. Me lembro que anos depois daquele período, vez ou outra, eu ainda era surpreendida com o grupo de conversas no aplicativo de mensagens ser utilizado por elas para compartilharem contatos, eventos, indicarem prestadores de serviço, consultorias e médicos.

Se ali era a primeira vez que eu ouvia a palavra doula, curiosamente também foi a primeira vez que ouvi sobre violência obstétrica, e a esse conceito que comecei a me debruçar academicamente. Naquele contexto, sempre que eu estava vasculhando textos, notícias, artigos, em busca de mais informações sobre o campo de interesses, me deparava com as doulas. Passei a entender superficialmente o que faziam - acompanhar a mulher no pré-parto, parto e pós-parto - mas mesmo com curiosidade nunca eram o foco das minhas pesquisas. No entanto, quando eu quis me aproximar de mulheres gestantes ou puérperas para entender suas experiências de parto e ouvir relatos sobre a violência que haviam sofrido em sua assistência, novamente o espaço em que me encontrei foram as rodas de conversa promovidas pelas doulas.

Em 2019, ainda na graduação, frequentei encontros em Juiz de Fora que funcionavam como “rodas informativas mensais”, organizados por dois importantes coletivos da cidade na época, em defesa do parto humanizado e de apoio à amamentação, respectivamente. Em uma das rodas em que estive presente duas enfermeiras abordavam a temática da violência obstétrica, contavam suas experiências de trabalho, frustrações e angústias, acolhiam medos e anseios das gestantes ou relatos dolorosos de puérperas que haviam sofrido violências. Além disso, comentavam e indicavam em conjunto com as doulas que formavam os coletivos, os hospitais menos violentos, os plantões menos violentos na cidade, a importância de uma boa equipe e da presença da doula.

Lembro que não comuniquei as organizadoras que estavam indo com a intenção de *observar*, queria chegar nos encontros discretamente, estar presente como qualquer outra mulher interessada nas informações sobre apoio a gestação, parto e pós-parto. Erro de uma “quase-antropóloga”, obviamente não deu certo. Assim que cheguei me deparei com os calçados todos na parte externa da sala de conversas - em um período pré-pandêmico quando isso ainda não era um hábito tão comum quanto o atual. Me atrapalhei até conseguir tirar os tênis e já tinha chamado

atenção por esse fato. Mas no instante em que adentrei a sala em que as mulheres (e três homens) se reuniam, todos sentados no chão com almofadas espalhadas, o estranhamento dos presentes ficou explícito.

Destoava do grupo por vários motivos. Eu não era mãe, não tinha experiências próprias ou sentimentos ligados com a temática do parto para compartilhar. A maioria do grupo era formada por pessoas brancas e o aspecto geracional, com certeza, ficava bem marcado, já que eu era bem mais jovem do que a faixa etária majoritária das mulheres presentes. Lembro que passei aquelas horas de encontro focada na performance: me mostrar interessada, empática, parecer confortável sentada no chão, demonstrar entendimento de tudo e anotar o máximo de informações sem parecer uma *outsider*. Atualmente, percebendo meu erro, sei que quanto mais eu forçava-me parecer com o grupo, menos isso acontecia, e identifico que muito do “primeiro impacto” na época se devia ao grupo já estar acostumado a ver as mesmas pessoas participando dos encontros, mulheres ou casais grávidos que já faziam o acompanhamento pré-natal ou foram assistidos pelas profissionais que coordenavam os coletivos.

Ainda assim, quanto frequente esses ambientes me sinto observada - as dores da profissão - mesmo já conhecendo algumas profissionais, doulas e enfermeiras. Aprendi que estar pontualmente nesses espaços de conforto, acolhimento e segurança para gestantes e puérperas, sem pertencer a uma dessas categorias profissionais, sem estar grávida ou sem carregar um bebê, sempre é motivo de “estranhamento”. Estranhamento este que nunca se traduziu em antipatia, hostilidade ou isolamento, mas, mesmo que a essência do ser antropóloga esteja ligada a essa palavra, me causa sentimentos esquisitos.

Para o trabalho de campo, no entanto, as rodas de conversa são espaços riquíssimos, recheados de mulheres que têm muito a dizer sobre as temáticas. Querem falar, querem que suas histórias sejam ecoadas, querem ser ouvidas. São espaços abertos para dizer sobre as experiências pessoais, fazer relatos, mas também para orientações de caminhos de assistência, dicas de resolução de problemas e angústias, de espalhar informações de atenção à saúde e cuidado e de divulgação científica. Uma das doulas, Nina, que estava presente em vários daqueles encontros, deixou claro uma vez que podia parecer que ela era “bicho-grilo”, mas que ela também era muito parceira das “evidências científicas”.

Essa dualidade me conquistou nas doulas e me despertou interesse. Percebi algumas coisas que foram fundamentais para me guiar ao caminho de pesquisa do movimento das doulas. Uma das primeiras era de que eram essas mulheres que pautavam grande parte do debate e da luta sobre o reconhecimento do fenômeno da violência obstétrica. Outro ponto era a forma como organizavam parte do seu exercício profissional, se dedicando às rodas de conversa, em coletivos com encontros abertos, palestras e seminários, presencialmente ou no digital, sempre difundindo informações das mais variadas sobre as fases do gestar, parir e maternar para todas que se faziam presentes, sem distinção.

Contudo, uma das principais curiosidades para a pesquisa, foi a construção paulatina de uma percepção das diferentes faces e posturas que as doulas assumem no seu exercício profissional. Aos poucos, enquanto aquela ideia básica de “acompanhamento pré-parto, parto e pós-parto” ia ganhando novos contornos, se ampliava a percepção da complexidade e da gama de modos de fazer, modos de se comportar na cenas do parto, modos de se comunicar, de técnicas corporais e do desenvolvimento de metodologias diferenciadas em seus trabalhos. Este capítulo explora parte desses aspectos, também desdobrados no capítulo final. São elementos que ao acompanhar de perto as doulas foram importantes para desmistificar estereótipos e estigmas colados a essa figura, como a do “bicho-grilo”, que Nina comentava, do alternativo a qualquer custo, ou de que buscavam assumir um lugar histórico das parteiras, e, para além disso, perceber a diversidade de posturas possíveis dentro da categoria.

Assim, para alguém que já tinha decidido se debruçar em uma pesquisa sobre o fenômeno da violência obstétrica, o campo venceu e alterou os rumos da pesquisa. Meus primeiros dados foram colhidos por uma imersão em uma série de eventos protagonizados pelas doulas. Pude acompanhar de forma online, por serem eventos nacionais e impactados pela modalidade híbrida que se espalhou no pós-pandemia, a realização do “I Encontro Nacional de Doulas no SUS” e do “IV Fórum de Doulas do Brasil”. Estive presencialmente em encontros organizados em Juiz de Fora, como rodas de conversa sobre o direito de escolha de onde parir, sobre tipos de parto - vaginal x cesárea -, e acompanhei a Marcha Nacional pelo Parto Domiciliar Planejado. Pude participar também do “I Seminário de Saúde Mental Materna” e do “1º Encontro de Prevenção da Mortalidade Materno, Infantil e Fetal do Comitê Municipal de Juiz de Fora”. Eventos estes recheados por uma série

de palestras, mesas redondas, seminários, minicursos e oficinas práticas coordenadas pelas doulas.

Trago em conjunto, para compor os dados, alguns recortes de um acompanhamento que pude realizar das diversas reuniões de comissões especiais e audiências públicas na Câmara dos Deputados e no Senado Federal protagonizadas pela discussão sobre a regulamentação da profissão das doulas. Estes dados sobre a regulamentação, em grande parte, foram elementos da minha última pesquisa, intitulada “De ofício à profissão: As doulas no enfrentamento às desigualdades no cenário de assistência gravídico-puerperal brasileiro”, em que me dediquei a esse novo patamar que as doulas alçam. Entretanto, mesmo que em resumo, são dados fundamentais para compreender o movimento mais recente da doulagem, uma efervescência pública e midiática diante da profissão. São relevantes do ponto de vista dos embates discursivos produzidos por representantes de outras profissões, perspectivas múltiplas que são apresentadas, discutidas e criticadas, mas também conflitos intragrupo, espaços em que estão sendo definidos as novas bases e critérios de formação, os requisitos, paradigmas e normas.

Além disso, ao final desse campo de observações participantes, realizei onze entrevistas com doulas, em sua grande maioria juiz-foranas, mas também algumas profissionais de outros municípios (como Goianá e Distrito Federal). A ideia foi conversar com doulas da cidade em que pude realizar o campo presencialmente, ter percepções locais, mas também agregar experiências outras, de doulas que estão envolvidas politicamente, que ocupam cargos de diretoria das organizações da classe nacional ou que trabalham em coletivos voluntários, por exemplo. São estes dados que baseiam as análises e o esforço em construir e mobilizar uma tipologia da doulagem, explorada no início do último capítulo deste texto, que se intenciona a refletir a diversidade de formas de doular.

As entrevistas ficaram para o percurso final do trabalho de campo principalmente pelo tempo de processo da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), mas, acredito que foi um bom momento, com a trajetória de campo já percorrida e com mais confiança e segurança para lidar com um encontro com as doulas, estabelecer uma conversa-entrevista fluida e consciente os caminhos a serem seguidos. Assim, este estudo está em consonância com os atuais parâmetros que balizam as pesquisas com seres humanos. O projeto, os roteiros para as entrevistas com as doulas e os termos de consentimento livre esclarecido

foram aprovados, e estes foram devidamente assinados por todas as participantes da pesquisa.

A trajetória para aprovação no Comitê de Ética é tortuosa para vários antropólogos. Desde o início dos anos 2000, refletindo a aprovação da Resolução nº 196/96 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) que instaurou um conjunto de diretrizes regulatórias para as pesquisas envolvendo seres humanos, relevantes pesquisadores de diversas instituições passaram a questionar essa tensão na relação entre as comissões de ética e a antropologia, principalmente buscando apontar as questões “problemáticas frente a descon sideração das especificidades teórico-metodológicas que envolvem o trabalho de pesquisa em Antropologia” (DIAS DA SILVA, 2005). As duas edições da coletânea Antropologia e Ética são importantes exemplares desse movimento, a primeira publicada em 2004 com o subtítulo “O debate atual no Brasil” (VICTORA et al, 2004), e a segunda de 2013 com ênfase nos “desafios para a regulamentação” (SARTI e DUARTE, 2013).

Na minha experiência foram muitos pedidos de ajustes, questionamentos e falta de entendimento e fluidez na comunicação, que produzem diversas versões de retificação até a aguardada aprovação. A percepção reiterada é da continuidade de uma certa falta de tato para lidar com os aspectos teórico-metodológicos das ciências humanas e sociais, mesmo com as considerações da Resolução nº 510/16 que buscou tratar as especificidades da área. As diretrizes e os critérios da biomedicina ainda pesam na balança, parafraseando Luiz Fernando Dias Duarte¹², “tornando incomodamente penosas as condições de “diálogo” das Ciências Humanas e Sociais’. (DUARTE, 2015)

Meu projeto foi aprovado depois de 6 versões, em torno de 5 meses - o que é um período muito longo pensando em um mestrado que se encerra em 24 meses. Por curiosidade, as principais questões dessas idas e vindas de avaliações eram relacionadas a como seriam conduzidas as entrevistas, a estruturação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹³, problemáticas de compreensão de como seriam abordadas e acessadas as doulas, como, por exemplo, se seria preciso entrar nas instituições hospitalares para realizar as entrevistas ou acompanhar o cotidiano de seus trabalhos.

¹² Junto às Coletâneas mencionadas anteriormente, o artigo A Ética em Pesquisa nas Ciências Humanas e o Imperialismo Bioético no Brasil, publicado em 2015, de autoria de Luiz Fernando Dias Duarte é uma importante referência sobre o debate. Ver DUARTE, 2015.

¹³ O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) desta pesquisa está disponível para visualização no Anexo 5.

A título de sistematização, esta pesquisa parte da perspectiva de abordagem metodológica qualitativa que poderia ser enquadrada em variados tipos, como o descritivo ou exploratório, mas acredito que estes estão abarcados na definição de um caráter etnográfico. Considerando a perspectiva e abordagem antropológica como orientadora, pode-se referenciar a tríade básica de operações analíticas que formam o “trabalho do antropólogo” segundo Roberto Cardoso de Oliveira (2000): O olhar, ouvir e escrever.

Primeiro, desde o início do campo, um olhar atento e treinado para questões teóricas específicas. Segundo um ouvir adequado e ampliado, e, por fim, a produção de uma escrita etnográfica que, em primeiro plano, se formate no registro cotidiano dos olhares e ouvires diante das interlocuções e documentos, e em sequência, a construção de um trabalho que perpassa a maturação das reflexões. Assim, são trabalhados como métodos desta pesquisa, além da a) revisão bibliográfica, de praxe, b) a análise documental, c) a observação participante nos eventos, audiências, palestras, rodas de conversa e seminários, e, por fim, as d) entrevistas.

A revisão bibliográfica é importante para construir a própria forma como se estrutura o cenário de assistência ao parto e ao nascimento na sociedade brasileira, seu modelo oficial e seus discursos basilares, para melhor compreender a inserção e o lugar que parte essa postura profissional das doulas, recuperando a própria ascensão e a consolidação da medicina, mas especificamente das ciências que compõem “o estudo da mulher” e o cenário do parto e dos nascimentos que se constituía tradicionalmente. Mutuamente, também é relevante no mapeamento da história da doulagem, para a construção do seu campo de direitos, as disputas, a sua inserção na assistência à saúde e as legislações que amparam a profissão. Nesse último aspecto, a análise documental também atua.

Como um instrumento complementar de mapeamento do campo da doulagem de forma sócio-histórica, essa frente teórico-metodológica busca compreender os percursos e percalços da gênese e os desdobramentos da doulagem na esfera pública. Uma análise de materiais que expressam os valores, princípios e os sentidos, e principalmente, discursos e disputas envolvidas na temática. Debruçar-se sobre a etnografia de documentos, percorrendo as políticas e os programas, manuais de orientações e as notas técnicas, as cartas ou cartilhas do Estado e de outras entidades de classe - como a do CFM que abre este trabalho - que versam e conversam sobre as doulas e a doulagem, foi um movimento fundamental. Assim,

resgato o entendimento de que estes registros são elementos centrais para visualizar tanto a concepção dos sujeitos e grupos, quanto à relação estabelecida através das demandas colocadas por sujeitos e coletividades para/com o Estado (FERREIRA, LOWENKRON, 2020) e da própria percepção da constituição material do Estado através dos seus documentos e da construção de suas narrativas oficiais (DAS, POOLE, 2004).

Já a observação participante, mesmo que a antropologia seja inventada e reinventada por cada pesquisador e pesquisa que trata de repensar cotidianamente a disciplina, continua uma ferramenta clássica. Variando as formas de participação do pesquisador em cada *lócus*, como a possibilidade de etnografia virtual, nesta pesquisa a observação participante foi uma escolha, mas desempenha seu papel principal junto à frente das entrevistas, no exercício da *escuta participante*.

Entender os aportes legislativos, os marcos, as bases teóricas e os movimentos históricos e sociais, suas revisões e reformas, na análise documental é fundamental, mas a proposta das frentes metodológicas múltipla é o que possibilita um exercício comparativo, compreender o que as próprias doulas entendiam dos processos, afetando inclusive a leitura dos documentos sob outra ótica.

O interesse e a escolha dessas frentes, a observação participante e a escuta participante, residem tanto em um plano imediato, para acessar como as doulas conceituam e discursam sobre suas práticas, como compreendem sua importância no cenário, os desafios de seu exercício profissional, como se organizam e se veem enquanto grupo, como lidam com as outras figuras envolvidas na assistência, quanto em um plano amplo, que permite ver além. São muitas as dimensões que se pode mergulhar nas entrevistas as perspectivas cotidianas destas profissionais, perspectivas sobre cuidado, sobre saúde, humanização, fisiologia, dignidade, violência, de dor e sofrimento. Pensamentos sobre o ser mãe, o ser mulher, de escolhas de vida, escolhas de luta.

Trago essas reflexões do artigo de Forsey (2010), “*Ethnography as participant listening*” e da profícua discussão e problematização dessa categoria unida a dimensão dos imponderáveis no artigo de Dias da Silva (2020), “*Escuta participante e a noção de imponderável revisitada*”. Dias da Silva (2020) demonstra que no campo formatado pelo rol das etnografias em Antropologia da Saúde, que ocupam esse limite entre as dimensões da saúde e da política, acessamos inúmeras narrativas de dinâmicas e relações de poder, sujeitos e instituições, subjetividades,

dores, adoecimentos e sofrimentos. São variadas formas de escuta e de escrita que buscam dar conta de itinerários, relatos, memórias e testemunhos. Menciono “dar conta” pela já consideração dos limites da escrita nesses contextos.

Mas, ainda assim, a escuta participante é essencial. Estar atento ao que se escuta, nesse contexto - no meu contexto - muitas vezes significa ouvir a voz ou os silêncios em prol de um caráter maior. Caráter bem expresso pelas reflexões da relação produzida entre linguagem e dor, e os seus limites descritivos pela luz da proposta teórica de Veena Das (1995; 2007; 2015) e utilizada por Dias da Silva (2020) na discussão.

“The healing force of social anthropology can come if the experience of suffering we have encountered in these chapters do not become cause for consolidating the authority of the discipline, but rather an occasion for forming one body, providing voice, and touching victims, so that their pain may be experienced in other bodies as well.” (DAS, 1995:196)

Martin Forsey (2010) apresenta que, na prática, a escuta participante é fundamental para o andamento de uma boa etnografia, caracterizando a escuta enquanto uma postura ativa do pesquisador-antropólogo, e não passiva como costumeiramente é considerada ao ser tratada como oposto do falar. A realização das entrevistas são um caminho que permite ao pesquisador ouvir para além das experiências imediatas em que está interessado. Superar esses limites confere novos ares ao trabalho, traz outros resultados, outra qualidade. São momentos para acessar o ordinário do cotidiano da sua interlocução, seu meio social, suas influências culturais, as escolhas e experiências anteriores que levaram até ali. Lugares que, Forsey bem indica, a observação participante, por si só, não poderia produzir tais informações. Foi o que busquei com as entrevistas no percurso final do trabalho de campo.

2.2 Bricolagens da prática: o campo do *alternativo*, os meandros das evidências científicas e uma proposta de educação e “desmedicalização *sui generis*”

Um dos aspectos que levantei quando mencionava os pontos de interesse e curiosidade em pesquisar as doulas era a forma como estas se organizam e investem em se apresentar, se definir sob suas próprias categorias, demonstrar e justificar o papel e as funções da profissão para o estabelecimento de uma sociedade mais justa e de vivência digna para as mulheres. Lembro que uma das

primeiras vezes que assisti uma fala da doula Amora, direcionada a um encontro de doulas, me encantei em como ela resumiu esse aspecto:

“Nós iremos construir as perguntas que não temos, para as respostas que sabemos. Nós já sabemos o que fazemos, nós já sabemos a nossa importância. Nós já sabemos dos dados da ciência que dizem sobre nós. Esse encontro é para construir perguntas, para compreender dentro do que já sabemos como aplicar as perguntas certas, e isso depende de ruptura e de determinadas oposições.” (Amora, I Encontro Nacional de Doulas no SUS, 2021.)

Amora emendou aquela fala a manifestação de um forte incômodo com as definições que se reverberam sobre quem são as doulas, o que defendem e o que fazem. São concepções que partem de outras perspectivas, constituídas por outros profissionais ou por leigos, envolvidas em mitos, tabus e preconceitos. A fala reafirmava como a grande dificuldade de lidar com essas questões vinha de que não era ao menos possível identificar seu ponto de partida, uma fonte. São concepções que pairam no imaginário sociocultural e relacionam muito dos elementos constituídos em torno do parto vaginal, um evento costumeiramente caracterizado como demorado, inseguro, perigoso, mas principalmente doloroso e sofrido. As doulas, ao se assimilarem a essa dimensão da promoção dos partos vaginais, normais, são identificadas como figuras que reafirmam esse lugar de dor, de sofrimento. Mas, além disso, são colocadas como “aquelas que não sabem o que estão fazendo”, que colocam as mulheres em risco por negar conhecimentos, metodologias, tecnologias, ciência.

Não à toa que a definição das doulas na própria base de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que são uma referência de vocabulário controlado para indexação e recuperação de literatura científica e técnica publicada sobre saúde, é: “*Mulheres leigas* que proporcionam apoio emocional e/ou físico durante o trabalho de parto e o período pós-parto para as parturientes e seus companheiros.” Também é fácil encontrar definições que remetem ao significado etimológico da palavra doula, traduzido enquanto uma “*mulher que serve*”. O lugar que Amora ressalta enquanto necessário a ser combatido é das profissionais doulas terem pouco ou nenhum conhecimento naquilo em que desempenham no seu trabalho, deslegitimando suas formações e, além disso, não reconhecendo outras tecnologias e outros saberes que não se enquadram na lógica da medicalização.

“A compreensão de que somos anti-medicina, anti-protocolo, anti-sistemática é uma invenção. Em algum momento inventaram esse lugar e opuseram tecnologias leves à medicalização. Construíram barreiras falsas

que criam imagem que só nos dão prejuízos.” (Amora, I Encontro Nacional de Doulas no SUS, 2021.)

Amora também ressaltava os sentimentos ruins que as doulas sentem ao adentrar hospitais e maternidades e receberem determinados olhares. São olhares múltiplos, distintos. Alguns olham com receptividade, mas outros com muita desconfiança. Os primeiros são caracterizados como aqueles que reconhecem as doulas, seu trabalho, mas os segundos carregados de uma total falta de interesse e informação sobre o que elas são. Esses momentos de tensão, até por olhares, são descritos com recorrência pelas doulas e podem ser justificados por estas reivindicarem sua presença em espaços institucionalizados, dominados pelos saberes técnicos e biomédicos, enquanto profissionais do cuidado, sem exercer funções técnicas. Assim, as categorias de acusação construídas para invisibilizar as doulas perpassam majoritariamente pela construção dessa figura de leiga.

Antônia, uma das doulas com quem conversei durante o período das entrevistas, ao citar uma das experiências mais desafiadoras de assistência que vivenciou, comentou exatamente sobre o olhar de uma pediatra para ela e um desconforto provocado em relação a desconsideração do seu saber, ou a alegação de uma falta de responsabilidade do seu trabalho. Antônia descrevia que o olhar da profissional havia a deixado extremamente acuada durante o processo do trabalho de parto que acompanhava. A pediatra havia entrado na sala de parto e chamado a doula para uma conversa.

Nesta conversa, em um tom ríspido, a pediatra questionou algumas demandas colocadas no plano de parto ao que se refere a tomadas de decisão sobre intervenções com o recém-nascido. O plano citava que em caso de qualquer necessidade de intervenção nos primeiros momentos do nascimento do bebê, a parturiente ou o acompanhante fossem incluídos nessa tomada de decisão, ou seja, fossem informados e consentissem. A pediatra dizia, com a doula, sobre dados de reanimação de bebês, citava porcentagens, questionava se a doula havia passado essas informações para a sua cliente. Demonstrava preocupação e incômodo com a necessidade de comunicar e solicitar uma espécie de consentimento da parturiente ou do seu acompanhante sobre alguma medida que fosse necessária, e se fosse urgente?

Antônia compartilhou comigo que naquele momento se sentiu desconfortável com o olhar da profissional para ela e com toda situação criada, que considerou

desnecessária. Só certo tempo depois disse que identificou que tinha sofrido uma espécie de assédio profissional. A pediatra, em seguida, chamou o acompanhante presente e replicou as falas, ressaltava que se precisasse fazer alguma coisa com urgência não teria tempo de ficar explicando o que estava fazendo, e agia como se passasse uma certa responsabilidade à doula e ao acompanhante das consequências possíveis diante daquelas vontades escritas no Plano de Parto: comunicação e consentimento. No entanto, a situação se tornou ainda mais dramática, conta a doula, no momento em que a fase final do parto, já no expulsivo, se prolongou mais do que deveria.

Antônia ressalta que ficou sozinha com a parturiente e seu companheiro nesta fase durante muito tempo, e a ausculta dos batimentos cardíacos do bebê que deveriam ter sido feitas pela equipe de enfermagem não estavam sendo cumpridas dentro do tempo indicado, mesmo que a doula já tivesse comunicado diversas vezes da atividade da fase expulsiva. Quando o recém-nascido, finalmente, nasce, depois de uma mudança sutil de posição da parturiente, proposta pela doula, percebe-se que este não estava bem.

“Pra infelicidade da situação, depois de tudo isso, o bebê nasce e precisa da reanimação. Aí foi muito difícil, o bebê nasce e você vê a mãe com aquele olhar perdido de “o que está acontecendo?” O enfermeiro chegou e cortou o cordão logo. Ela tava no chuveiro e ele levou o bebê pro quarto assim. Foi fazendo a reanimação, colocando oxigênio, e eu ficava dividida, ia lá olhava o bebê e voltava pra dar notícias pra mãe e ver se ela estava bem. Foi muito difícil pra mim. Eu ficava me questionando, lembrando do olhar da pediatra, pensando se eu tinha feito alguma coisa errada. No final das contas a gente sabe que foi falta de ausculta, foi negligência da equipe nesse sentido. A gente não consegue saber o batimento cardíaco do bebê sem escutar. A gente consegue saber várias coisas do parto pelo comportamento da mulher, mas o batimento não tem jeito se eles não vão lá...foi isso. Mas depois daquela situação [com a pediatra] fiquei muito traumatizada, muito tempo pensando e remoendo aquilo, naquele... e se não tivesse dado certo? e se não tivessem salvado o bebê?” (Antônia, entrevista, 2024.)

Na história que Antônia conta o recém-nascido precisou da reanimação, da intervenção da equipe. A solicitação que tinha sido feita no Plano de Parto e tinha sido motivo do incômodo e do questionamento pela pediatra, de comunicação e consentimento, mesmo com a situação criada, não foi respeitada. Os procedimentos foram realizados rapidamente e sem maiores explicações. Ficou a cargo da doula, que como Antônia pontuou, deveria estar continuamente ao lado da mulher, mediar a situação e tentar deixar a mãe ciente e mais tranquila frente a intercorrência com o recém-nascido.

A categoria frequentemente aciona um fio de reconhecimento de práticas tradicionais femininas que devem ser resgatadas e que amparam seus trabalhos, como um ponto de legitimidade. Como contraponto a esses olhares que descredibilizam seus trabalhos, o enquadramento escolhido destaca as transformações da assistência ao parto e das práticas de cuidado pela lógica do deslocamento de gênero. São evocadas costumeiramente a centralidade histórica das mulheres na parturição para estabelecimento dessa prática profissional e configurado um repertório extenso de técnicas, saberes, posturas e valores.

“A minha escolha é reverência às mulheres que vieram antes de mim e que dominavam as tecnologias que chegaram até mim modificadas, aprimoradas, unidas a outros conhecimentos, mas que foram organizados a partir delas. Eu escolho retomar um futuro que nós somos autônomas, temos o poder, temos o exercício da nossa profissão de uma forma organizada, plena.” (Amora, I Encontro Nacional de Doulas no SUS, 2021.)

A percepção de uma mistura no repertório de saberes e práticas utilizados pelas doulas é um aspecto muito interessante de observar na categoria. É comum que algumas das doulas acionem dimensões e elementos distintos, aspectos emocionais, físicos ou até mesmo espirituais. Não é difícil ouvir de algumas dessas mulheres, cenas de parto que são caracterizadas como dádivas, cheias de mistérios e milagres. As doulas podem utilizar de banhos terapêuticos, compressas, chás de ervas, toques e massagens, todas estas práticas - e muitas outras - relacionadas ao campo dos “saberes ancestrais femininos”, e identificadas como “tecnologias leves” ou “tecnologias ancestrais”.

“Como podemos usar e abusar das práticas integrativas? A gente se preocupa em ter menos intervenções [...], a gente entende que essa mulher precisa ser amada, precisa estar confortável, com uma companhia agradável, alimentada, com um cheiro que ela goste, um escalda pés que muitas vezes é só com flores e uma água morninha. Então a gente tá sempre intervindo menos, proporcionando que essas mulheres experimentem e ritualizem aquilo que carregam como crenças e como desejos. Muitas das vezes parece que nós doulas temos todas as respostas, mas nós não temos! Nós temos é o conhecer mulheres a partir de encontros. É um encontro daquela mulher com *mulheres-medicina*, cheias de informação, cheias de muito afeto e que passaram também por estes processos, que já foram invalidadas.” (Eliane, I Encontro Nacional de Doulas no SUS, 2021, grifo nosso)

Essa dimensão, no entanto, aparece de forma variada para as doulas. Algumas profissionais recorrem a essa centralidade das mulheres como um resgate, algo que reforça ideia de uma linhagem de mulheres de cuidado, de aspectos ancestrais e espirituais. Outras reconhecem essa dimensão como histórica, mas valorizam um salto, um aprimoramento, uma união possível entre a ciência e os

saberes naturais ou populares do cuidado feminino. Algumas se alinham ao campo dos saberes alternativos, como as práticas integrativas, naturais, que devem ser usadas com indicação real, com equilíbrio. Outras, ainda, acionam mais as evidências científicas, se apoiam diretamente no enfoque nas informações dos processos do gestar e parir, dos detalhes da fisiologia do corpo. A comparação das histórias e das práticas de trabalho de três das minhas interlocutoras, Janaína, Luiza e Janis, foram importantes para reconhecer essa diversidade de olhares.

Janaína, ao contar sua história de desenvolvimento na doulagem, ressaltou fortemente que mobilizava em suas práticas saberes *ancestrais*. Quando decidiu se tornar doula, tinha acabado de acompanhar um parto de uma amiga como fotógrafa. Janaína não é mãe, mas comentou que ao acompanhar aquele momento sentiu uma energia muito forte, tinha vontade de fazer algo. Começou a interagir com a amiga por palavras de afirmação, assim como as mulheres daquela assistência também estavam fazendo. Quando o bebê nasceu ficou muito emocionada e recorda que ao sair do hospital naquela madrugada teve certeza que precisava ser doula, não tinha outra saída.

A doulagem para Janaína aparecia como uma missão. Além da dimensão de um trabalho, era um exercício de uma conexão espiritual e de uma conexão com a natureza. Suas palavras retomavam constantemente a ideia de uma rede de cuidado potente entre mulheres no momento da gestação e dos partos. Essa perspectiva configura contornos únicos à sua prática profissional. Janaína representa, em minha concepção, um tipo de doulagem específica, *doulas espirituais*. Constantemente são ressaltadas as potências de usos de elementos ligados à natureza nos processos de assistência ao parir, ideia da natureza e do feminino e de elementos que fortalecem a conexão com a dimensão espiritual. Um bom exemplo era o uso da água de cachoeira. A doula carregava em sua bolsa de atendimento uma garrafa cheia de água de cachoeiras que visitava.

“As águas na minha doulagem tem muito poder. Eu sempre uso a água de cachoeira com o consentimento da mulher. Uso muito em momentos que a mulher já está em um trabalho de parto bem ativo, para trazer serenidade. Eu sei que é um momento muito cansativo, um momento desgastante e que a mulher pensa muito em desistir, e às vezes é difícil se conectar. A água, eu acho, traz muito essa conexão. Você consegue parar um pouquinho e pensar... Eu gosto de passar bem na parte do Orí mesmo, da cabeça. No cabelo acaba que eu costumo passar um pouquinho também. Eu peço licença né. E aí, além da água de cachoeira, ou do mar, eu gosto e uso bastante as águas do chuveiro e da banheira também, se tiver. Quando eu vejo que a mulher tá bem cansada, chamo ela pro chuveiro. Eu entro com elas, com roupa e tudo, deixo elas relaxarem, descansarem em mim, faço

uma massagem. Às vezes elas até dão uma apagada e depois voltam, com as contrações, né? Não tem como você dormir. Mas voltam com essa calma, esse relaxamento, essa conexão com o processo. Pra mim é uma relação muito forte, até espiritual mesmo.” (Janaína, 2024, entrevista)

Janaína também realizava em seus atendimentos pré-parto uma sessão denominada “Chá de Bençãos”. Com cerca de 36 semanas, quando a mulher já está se preparando para o momento do parto, a sessão é considerada pela doula como um chamado final para o parto, para que a mulher se sinta acolhida e amada. É uma sessão coletiva, que a gestante convida outras pessoas do seu convívio mais próximo. As pessoas convidadas escrevem e leem cartas para a mulher. A doula faz um escalda pés, pintura na barriga, massagens, toques carinhosos pelo corpo, nos cabelos, na barriga, nos pés. Janaína descreve que todos ali estão empenhados em amar aquela mulher e reverenciar ela.

“A mulher se sente encorajada a passar pelo parto. Porque o parto é um rito né? É assim... Eu acredito muito, de uma forma muito verdadeira. Pra mim existem referências muito fortes nisso, referências mais indígenas, da minha própria vivência e família. Eu enxergo o parto como um rito, não só pro bebê que está vindo ao mundo, mas para aquela mulher que está sendo um portal. Então, é um rito de passagem. Por isso que a gente pensa como esse neném vai vir, o ambiente, a forma que ele vai vir. Se ele vai vir com violência ou de uma forma leve, saudável. Então, o chá de bênçãos é esse momento de trazer acolhimento, aconchego, para que seja um rito bem passado pelos dois, bem vivido. Literalmente estão ali a rede de apoio toda, a família envolvida, e aquela mulher no centro, com toda sua potência, entendendo seu lugar. É fortíssimo, maravilhoso.” (Janaína, 2024, entrevista)

Já a história de Luiza já é delineada de forma distinta. Luiza foi mãe aos 26 anos e reconhece que, assim como a maioria das mulheres, não tinha muitas informações sobre o processo de gestação e do parto. Não tinha também grandes questões com esse universo, só sabia que gostaria de ter um parto normal. Acreditava que não haveria grandes intercorrências, já que cesáreas para ela, eram feitas só em extrema necessidade. Foi em uma das últimas consultas do seu pré-natal, que a médica decidiu encaminhar para uma cesárea no mesmo dia. Luiza explica que ficou no intermédio entre o que poderia ser uma cesárea de emergência e uma cesárea agendada. A indicação foi baseada no fato da bebê estar sentada, o que foi caracterizado como perigoso pela obstetra.

Luiza ressalta que naquele período, no início dos anos 2000, na sua cidade, não existiam muitas equipes médicas atualizadas para a assistência de partos pélvicos — o que hoje já é bem diferente, a doula inclusive aponta para uma retomada de partos pélvicos no Brasil. Mas considera que a médica fez uma espécie

de terrorismo com a situação, não deixou ela entrar em trabalho de parto sozinha ou ter os sinais do nascimento. A reação da obstetra deixou Luiza insegura e rendida à decisão médica, não teve forças ou voz para prosseguir com a ideia do parto vaginal ou esperar a fisiologia do corpo. Comenta que o procedimento cirúrgico em si para ela foi tranquilo, mas que houve uma separação de muito tempo com a bebê, cerca de três horas. Anos depois compreendeu como tantas coisas erradas tinham acontecido naquele dia. Identifica que a sua filha teria sofrido ainda mais violências que ela, múltiplas intervenções que caracterizavam seu parto por uma série de violências obstétricas e violências neonatais.

Assim, desde que decidiu planejar sua segunda gestação, já fez um movimento diferente da primeira. Luiza considera que o ideal da humanização tinha crescido, por volta de 2009, e inclusive fez parte de uma série de listas de e-mail e grupos nas redes sociais sobre o assunto, onde eram compartilhadas inúmeras informações. Passou a pesquisar por curiosidade sobre o cenário e cada vez que seu desejo de engravidar se tornava mais próximo também se instigava a pesquisar ainda mais. Foi nesse momento que entrou em contato com a doulagem.

Em 2014, quando engravidou, contratou uma doula, que considera que foi extremamente importante para sua experiência, mas ainda assim não conseguiu ter um parto vaginal. Foi encaminhada para a cesárea pelos mesmos motivos da primeira gestação. Dessa vez tinha entrado em trabalho de parto precocemente, com 37 semanas, dias antes de um VCE¹⁴ (versão cefálica externa) que já havia marcado. Seu bebê estava em uma espécie de limite de peso considerado seguro para dar continuidade ao parto pélvico pelos parâmetros médicos da época. Mesmo que seu trabalho de parto estivesse sendo fluído, tranquilo, sem intercorrências, foi encaminhada para uma cesárea, mais respeitosa que a primeira, tanto com ela como com seu filho, mas ainda assim uma cesárea não desejada e que frustrou as expectativas criadas e seu processo de imersão no universo das informações.

A doulagem, para Luiza, surge, portanto, de um ímpeto de busca por conhecimento. Utilizou seu tempo de licença maternidade, de puerpério, de forma que considerava extremamente produtiva, “mergulhar” ainda mais em um universo em que os seus novos interesses, atravessados pela maternidade, passassem a representar um caminho profissional. Começou se especializando nas consultorias

¹⁴ A VCE, versão cefálica externa, é uma manobra realizada para colocar o bebê em posição cefálica (de cabeça para baixo) e assim elevar as chances de parto vaginal.

de amamentação, buscando os certificados para além da sua experiência pessoal, e só depois entrou no campo mais amplo da doulagem. No início achava estranho pertencer a esse lugar, por não ter formação na área da saúde, o que a deixava de certa maneira insegura, mas em certa medida a impulsionava a buscar ainda mais formas de estudar, aprender e pesquisar.

Assim, os contornos da atuação profissional de Luiza estão completamente relacionados a esse movimento de busca por conhecimentos. Diferente de uma referência ancestral ou espiritual, as referências primeiras de sua prática se relacionam aquela proposta de *desmedicalização sui generis*, que apontam Russo, Nucci e Loureiro (2019), desmedicalizar os processos de gestar e parir com base na ciência, trabalhar na exaltação das evidências científicas em relação a promoção da fisiologia do parto, e não intervir desnecessariamente, para não atrapalhar esse processo.

“Muita gente desiste da doulagem por uma sensação de não poder fazer algo mais “efetivo” durante intercorrências ou intervenções nos trabalhos de parto. É por isso que eu tenho essa preocupação de estudar muito, de fazer muitos cursos, para ampliar os recursos que eu tenho e para lidar com diferentes partos, inclusive com os partos desafiadores e complicados. Porque existem partos que fluem bem, bem redondinhos, e aí raramente dá problema. Claro que tem maternidade que consegue atrapalhar esses partos, que tem médico plantonista que consegue atrapalhar, mas no geral passa bem. Agora qualquer parto que sai um pouquinho desse padrão, já começa a ser um parto que vai sofrer muita intervenção. Isso é muito claro pra mim. Então quanto mais eu via isso, mas eu entendia que precisava estudar e ter mais recursos para driblar esse sistema e possíveis violências. [...] Uma vez um parto estava super fluindo bem, e no finalzinho deu uma agarrada. A equipe estava bacana, topando tudo, deixando ela [a parturiente] se movimentar, ficar de cócoras. Até que uma hora o bebê teve uma alteração cardíaca, e aí é impressionante a primeira reação é gritaria e “deita, deita”, avisa e pede a mãe pra fazer força que agora o bebê tem que nascer. Ou seja, justamente quando tem uma situação de emergência é que largam a mão da fisiologia. E aí eu estudo, estudo muito e me baseio nas evidências pra continuar olhando pela lógica da fisiologia que é exatamente o que faz sentido, o que vai propiciar um desfecho melhor do parto.” (Luiza, 2024, entrevista)

A categoria de Russo, Nucci e Loureiro (2019), de uma *desmedicalização sui generis*, que referenciei anteriormente, corresponde a uma investigação das autoras ao grupo das consultoras de amamentação - profissionais ligadas a este mesmo ideário da maternidade, da humanização, da crítica à medicalização dos eventos do gestar, parir e maternar e dessa produção de uma mescla de visões “alternativistas” com “evidências científicas” São identificadas, nesse trabalho, essas mesmas transições de trajetórias profissionais marcadas por uma virada de chave após a vivência da maternidade. Mesmo que não contemplem toda a categoria, em geral,

após experienciar “processos de maternidade transformadores”, essas mulheres buscam cursos livres de formação doulas ou consultoras para associar os interesses novos, relacionados à maternidade, com uma nova atuação profissional. Como é a história de várias das minhas interlocutoras: Luiza, Amora, Eliane, Jéssica, Evelise. O percurso se desdobra, recorrentemente, em: 1) tornar-se mãe; 2) tornar-se ativista, 3) tornar-se profissional.

Já Janis, se graduou como Naturóloga e é especialista em Acupuntura. Atende grupos variados de pessoas em seu consultório particular, e mutuamente desenvolve seu trabalho de doulagem, com aplicação das técnicas de medicina chinesa e uma série de práticas integrativas e complementares. O curso de graduação em naturologia é reconhecido pelo MEC desde 2000 e foi formatado por uma junção de pessoas que já trabalhavam com as terapias corporais holísticas. A proposta da graduação é o estudo da natureza e de métodos e tratamentos naturais para o equilíbrio do organismo, promoção da qualidade de vida e a prevenção e cura de dores e doenças.

Janis trabalha, portanto, com um amplo leque de práticas, como: massoterapia, aromaterapia, uso de óleos essenciais, terapias florais (Bach e Australiana), fitoterapia, hidroterapia, moxabustão, auriculoterapia, reflexoterapia, ventosaterapia, musicoterapia, geoterapia e cromoterapia.

Tive a oportunidade de visitar o consultório de Janis. A doula me recebeu com uma luz roxa indireta e uma música com frequência calmante que acompanhou toda a entrevista. O espaço era pequeno e aconchegante, com cores neutras e sóbrias. Sua mesa tinha vários elementos utilizados nas terapias, como óleos essenciais, ventosas, cristais e dois quadros grandes encostados nas paredes com pontos da face e do dorso auricular e suas relações com as partes do corpo humano. Atrás da sua porta tinha uma pequena vassoura, no estereótipo de uma vassoura de bruxa, bem pequena. A superstição aponta que o objeto era eficiente em proteger os espaços de energias indesejadas, negativas.

Nas gestantes e parturientes, a doula apontou que as práticas mais utilizadas eram a acupuntura, massoterapia, musicoterapia e a aromaterapia. Mas reafirmava que cada pessoa é uma, cada história era única, então dependia muito de uma análise caso a caso para indicar as terapias. Tinha, inicialmente, pretensões profissionais de atuar com mulheres idosas, somadas às temáticas de dor e depressão, mas quando começou a sua atuação como acupunturista em Juiz de

Fora passou a receber indicações de gestantes que buscavam técnicas de indução de parto ou de alívio para as dores.

“Uma prima minha, médica, me perguntou se funcionava a acupuntura para estímulo de trabalho de parto e eu fiquei “que?”, nunca tinha atendido gestante. Mas eu tinha a formação para atender né. Porque é isso, quando você estuda a naturologia aplicada e a acupuntura pensando no ser humano, na sua totalidade, não para tratar doença ou para tratar a gravidez, você está ali para tratar a pessoa, a gente se forma com essa capacidade, para desenvolver esse olhar. Então, as gestantes entre si são diferentes também, você tem que saber olhar a totalidade. Foi aí que passaram a vir cada vez mais gestantes, gestantes e gestantes. Outras médicas passaram a reconhecer o meu trabalho e me indicar e foi nesse movimento que eu conheci as doulas.” (Janis, entrevista, 2025)

Janis disse que em determinado momento foi chamada por um curso de formação de doulas para ministrar uma aula especificamente sobre aromaterapia. Com a popularização desta terapia, foi convidada para promover uma noção básica e introdutória para as doulas, e para explicitar também os perigos de uma prática realizada sem técnica: queimaduras de pele, reações alérgicas, intoxicações de bebês. Ao ministrar a aula, percebeu que poderia criar uma aliança com as doulas. Na história de Janis, portanto, os caminhos da doulagem aparecem como uma forma de ampliar seu campo de atuação como Naturóloga, adquirindo indicações das gestantes atendidas por estas doulas. No entanto, acabou por unir as duas práticas, realizou as alianças possíveis e começou também a acompanhar partos.

Atualmente, dedica-se a poucas gestantes por ano e aponta que a maioria das suas doulandas são de classe média, “que podem pagar, tem horário, saem para os atendimentos no meio do expediente”. A forma de atendimento ideal que constrói, pela influência e importância que a sua formação como naturóloga tem na sua doulagem, começa antes mesmo da concepção.

“Quando a pessoa chega aqui e fala “Janis, eu quero ficar grávida”, eu atendo ela pra ela engravidar, atendo ela durante a gestação, acompanho ela no hospital e faço pós-parto, puerpério. Pra mim esse é o ideal. Pensar a saúde dos óvulos é pensar a saúde da mulher pela sua vida inteira. Tudo precisa estar saudável, e se você quer engravidar ainda mais. Cada vez mais a gente precisa trabalhar esse corpo. Hoje as mulheres engravidam cada vez mais tarde e tem que pensar em tudo, atividade física, alimentação, uma interdisciplinaridade enorme. Mas as terapias corporais também. A ideia é que eu trabalhe com essa mulher desde antes e ela adquira subsídios para caminhar sozinha né, pra que eu não precise estimular, para que eu tenha que intervir menos no parto. Pra mim, naturóloga, quanto menos intervenção melhor, a gente faz tudo antes para que no trabalho de parto, eu não precise intervir. Porque pensa, como eu vou enfiar uma aquela em você? Você está andando pra lá e pra cá? sentido contração? e ainda por cima um perfuro-cortante dentro do hospital?” (Janis, 2025, entrevista)

A prática profissional de Janis relaciona-se, obviamente, à natureza, mas essa não está relacionada a uma espécie de religiosidade ou espiritualidade. Por mais que se considere a dimensão total do humano pela perspectiva holística, essa dimensão espiritual está em um plano amplo e abstrato, se refere às práticas da gestante, no caso, não as técnicas profissionais por ela aplicadas. Diferente dos relatos de Janaína, na doulagem de Janis não se firma uma sistemática que referência elementos do religioso. É a natureza aliada à ciência. Janis afirma que não mistura o holístico com esoterismo e espiritualidade, são práticas de saúde naturais que têm sua potencialidade confirmada por estudos de caso, por uma numeração, um censo, por exemplo. Assim, considero que a experiência de Janis ressalta um tipo de *doulagem alternativista*. Com as múltiplas terapias holísticas em voga, o campo denominado enquanto “alternativo” à biomedicina e a alopatia fica muito explícito. No entanto, tanto a ideia da espiritualidade, quanto a ideia das evidências científicas são mobilizadas de maneira distinta ou pouco mobilizadas.

Uma escuta atenta pode perceber que as doulas comandam um certo movimento de cocriação dos saberes biomédicos de maneira muito variada, sejam unidos à dimensão do cuidado, do apoio emocional, suporte físico, ou com a entrada das práticas integrativas e dos saberes populares e tradicionais. Com isso perturbam a lógica imposta, causam incômodo aos outros profissionais, e muitas vezes são consideradas *persona non grata*.

É importante compreender que nesse lugar de atuação das doulas, correspondente aos cenários de partos e nascimentos dos centros urbanos, as práticas de assistência se conformam majoritariamente em um ambiente específico, o hospital, e em complementaridade a outros profissionais envolvidos na assistência, com a presença de recursos variados. Entende-se que as posturas e atitudes das doulas estão enquadradas em um modelo de atenção obstétrica hegemônica, médico-hospitalar, e se conformam, mutuamente, relacionadas a este e em sua distinção.

“Muita gente quando eu falo assim: Ah, porque antes o parto acontecia em casa”, já fala Ah, mas aí não morria mais gente? Não morria mais bebê? Como é que fazia com as intercorrências? Lembra que a gente disse que segundo a OMS e estudos existem cerca de 10%, 15% de intercorrências só. Então é isso que acontecia. Existiam intercorrências? Existiam. *Que bom que hoje a gente tem a cesárea, que bom que a gente tem uma série de intervenções, de tecnologias de cuidado para melhores desfechos, mas isso tem que ser usado quando necessário e não de forma excessiva e banalizada como a gente vê hoje.* E além disso, chega de parto violento pra vender cesárea.” (Luiza, I Seminário de Saúde Mental Materna, Mesa

Redonda Um Olhar Multidisciplinar sobre a Violência Obstétrica, 2024, grifo nosso)

Uma outra forte percepção do campo da doulagem refere-se ao sentido da palavra *assistência* dentro do arcabouço das doulas. Esta remete fortemente à ideia de assistir plenamente, estar a disposição, contemplar ativamente e muitas vezes em silêncio.¹⁵ É estar atenta e acolher às necessidades, os desejos ditos e não-ditos da parturiente. Muitas das doulas entre as minhas interlocutoras me confessaram que sentem que seu trabalho foi bem feito quanto estão presentes no momento do trabalho de parto, mas não são demandadas.

Quando as doulas e seus acompanhantes estão tão seguros e confiantes no processo de parir, a simples presença silenciosa e observadora da doula é suficiente para lembrar eles de todas as informações que adquiriram, da confiança na fisiologia, das escolhas que a mulher fez e dos desejos que busca perseguir. Retomo uma fala de Antônia, abaixo, sobre essa questão, junto com uma fala de outra doula, Conceição, que também conduz o pensamento no mesmo sentido.

“Eu prefiro, gosto mais, dos encontros pré-parto, da educação perinatal. É quando eu me sinto mais doula, quando eu to com a gestante ali ensinando, que a gente tá nos encontros descobrindo as coisas e ela fala “nossa, então é assim que acontece”, sabe? Que ela vai desvendar esse mundo, porque é um mundo né, de informações. Eu acho muito interessante. O momento do parto em si, às vezes, eu sinto que eu não sou tão necessária, e esse é um pouco o papel da doula também. Quando você chega do parto e fala: “Uau, hoje eu brilhei!”, é quando você tava lá na sala de parto, mas a gestante nem precisou de você por perto, porque ela tava dominando tudo. Ela tem confiança no que aprendeu, tem confiança no corpo dela, o acompanhante também tá super preparado e você fica ali só naquele lugar de “Ok, se precisar to aqui!” (Antônia, 2024, entrevista)

“Eu cheguei uma vez pra começar o acompanhamento ainda na casa de uma gestante, que já tinha entrado em trabalho de parto, e o mais tocante foi ver que ela tava totalmente tranquila, segura. Ela não tinha questões, ela estava lá sentindo a dor dela. Eu fiz poucas coisas, só para alívio de dor e tal, mas ela tinha uma paz assim... Ela fazia os movimentos direitinho de encaixe de pelve, pro bebê descer, e assim numa paz! Ninguém acreditava nela, ninguém acreditou que ela iria passar pelo parto assim [em referência a família da parturiente nas conversas prévias ao parto]. Não tinha preocupação, ela tava entregue. Foi um exemplo de parto de quando a pessoa consegue se entregar, confiar no que aprendeu e viver o parto com essa confiança e tranquilidade.” (Conceição, 2024, entrevista)

A profissão de doula pode se vincular aos encontros de cuidados pré-natal, de educação perinatal, na promoção de rodas de conversa de gestantes, famílias, puérperas. Doulas também atuam como apoio à amamentação, algumas são

¹⁵ Voltarei a discutir alguns aspectos desse ponto da postura da doula no cenário dos trabalhos de parto, principalmente da relação com o silêncio e as interações com a equipe de assistência e com a parturiente e o acompanhante no último capítulo da dissertação, especificamente no subtítulo 3.2.

inclusive especializadas como consultoras de amamentação. Existem também doulas que atuam como divulgadoras de informação sobre os direitos reprodutivos e sexuais, como ativistas no campo digital.

“O nosso trabalho não se resume a este lugar do parto. Essa é a parte mais invisível do trabalho da doula. O nosso suporte é de todo o ciclo gravídico-puerperal. A gente trabalha com informação, apoio emocional e suporte físico nas questões relativas à gestação, e inclusive, no parto. Uma doula não deixa de ser doula porque não está atendendo parto. [...] Existem muitas doulas que se especializaram em centenas de rodas de educação perinatal que são oferecidas gratuitamente, em sua maioria, e que formam um amplo contingente - do grande truque que podem gerar o enfrentamento à violência obstétrica - de usuárias do SUS.” (Amora, IV Fórum Nacional de Doulas, 2023)

As percepções anteriormente destacadas ressaltam a importância da fase da educação perinatal, dos encontros pré-parto com a gestante, e muitas vezes com seu acompanhante de escolha, para uma espécie de garantia de um bom desdobramento na fase do parto — naquilo que pode depender dessas figuras. A educação perinatal, informar as gestantes, perpassa por diversas dimensões e temáticas. Pode ser um movimento que valoriza um caminho de conhecimento do próprio corpo, de preparação para o momento do parto, de entendimento das ideias de fisiologia e para compreender o que é ou não normal ocorrer neste momento. Pode perpassar uma desconstrução de medos, vergonhas, tratar possíveis tabus que circundam esses processos e que podem atrapalhar na fluidez do parto.

São encontros descritos como momentos para reconhecer que existem opções, reafirmar que as mulheres devem poder escolher o que é ou não da sua vontade no seu parto. Também demonstrar que existem direitos, de apresentar as violências obstétricas e estratégias de enfrentamento a estas. São encontros informativos que promovem fortemente as ideias de consentimento, de autonomia, de protagonismo da mulher. Uma das experiências mais especiais de acompanhamento que a doula Jessica considerava ter vivido, perpassou especificamente sobre essas questões da educação perinatal. Jessica me contou como era importante explicar para as mulheres sobre as ideias de consentimento, autonomia e protagonismo. Jéssica conta que foi o momento em que o poder da sua atuação profissional ficou mais evidente para si mesmo.

“Eu comecei a passar as informações e ela foi se mostrando muito surpresa, com tudo. E ela já tinha uma filha, mais velha, que já era quase adolescente. Mas tudo que eu comentava, quando ia orientando sobre o que iria acontecer com ela, o que podia e não podia, ela ficava muito surpresa, falava que jamais tinha imaginado esse tipo de assistência. Ela ia parir no SUS, igual a primeira vez, mas no primeiro parto ela comentou que

não podia comer e beber nada, que ela não sabia nem que podia levantar da maca. Ela ficou todo aquele trabalho de parto deitada e sem poder mexer, sem poder escolher uma posição, em jejum e sozinha! Quando eu fui falando com ela sobre plano de parto, sobre ela poder deixar claro que queria comer e beber à vontade, sem limitações. Eu juro que fiquei arrepiada naquele dia e até arrepio só de lembrar. Ela achava que não, e é óbvio que a maioria das mulheres também acha que não. Eu falava, pode, deve! Deve se mexer, isso ajuda. Deve beber e comer, pra você estar hidratada e forte. A gente estuda isso, sabe e entende como algo básico, que a gente reforça pra elas e que pode acontecer ou não... A gente vê que as vezes tá no plano de parto e mesmo assim a mulher é violentada até hoje, mas naquela situação ela teve uma segunda experiência de parto totalmente diferente. Ela mesmo até hoje fala comigo que foi muito melhor dessa vez, ela não sofreu nenhuma violência, ela estava segura de si, estava presente o tempo todo, foi harmonioso. Ela pariu lindamente, eu olhava e ela mostrava eu sei o que eu to fazendo e esse bebe vai sair de mim! (Jéssica, 2024, entrevista)

Jéssica ainda considerava que para além dessa experiência ser especial pessoalmente, ter marcado a sua vivência profissional, era um exemplo de transformação do cenário, principalmente pela entrada e atuação contínua das doulas. Entre uma gestação e a outra tinham se passado cerca de 20 anos, assim, identificava um tempo que provocou a possibilidade daquela mulher ter uma assistência completamente diferente, atenciosa, cuidadosa, acolhedora, na mesma cidade, no mesmo hospital.

Além dessa proposta de educação com as gestantes, considerada transformadora, algumas das doulas pontuam a importância de os acompanhantes também compartilharem esses aprendizados e se prepararem, seja para o parto ou para pós-parto, que exige tanto apoio e cuidados. Sejam os companheiros, maridos, as mães, irmãs ou primas, é pontuado como importante que a doulagem chegue também nessas pessoas.

Aniceia, uma das minhas interlocutoras, ao contrário de Antônio, dizia que sua parte preferida da prática profissional eram os atendimentos após o parto, já que as tarefas do cuidado sobrecarregam fortemente as mulheres.

“O pós-parto é um desafio, o cuidado é colocado no ombro das mulheres. [...] Então, eu não faço visita no pós-parto imediato, isso eu já coloco até no contrato. Eu não gosto de visitar bebês, visito a mulher só lá pelos 7 meses. Nem pego no bebê de ninguém. Vou de máscara e saio de máscara. Aviso a mulher, tô indo para te visitar. Não quero pegar o bebê, tirar foto com bebe, nada disso. Eu to ali pela mulher, para conversar com elas, papear, fofocar. É um momento para que elas falem sobre o que quiserem falar, angústias, dúvidas, tirem o peso e a sobrecarga dos cuidados. (Aniceia, 2024, entrevista)

Um aspecto importante da doulagem na perspectiva de Aniceia é que considerava a doulagem importante para todas as pessoas, dizia recorrentemente

que era preciso que fosse ampliado essa espécie de plano de educação em doulagem. Tinha vontade de promover um curso de doulas para todos, como um movimento que expande a doulagem inclusive para homens, mesmo que estes não fossem para o campo de atuação. Aniceia acredita que, dessa maneira, todas as pessoas estariam envolvidas na dimensão dos cuidados. Colocar a doulagem só para as mulheres, em sua opinião, era a mesma coisa que delegar a maternidade ou qualquer outro trabalho de cuidado e destinar só para as mulheres, dizer que só elas têm a vocação.

Em uma das citações acima, destaquei a fala da Conceição, que foi uma das doulas que me alertou para uma dimensão fundamental da prática profissional das doulas, a observação. Além disso, apontou para a relação construída do desenvolvimento desse aspecto com a necessidade de estudo contínuo. Ela havia se formado anteriormente como enfermeira e declarou que sempre teve uma vontade profissional de trabalhar para/com mulheres. Durante a faculdade disse que se dividia entre duas paixões: a saúde das mulheres e a saúde mental. Trabalhou inicialmente com o campo da saúde mental, mas sempre dando enfoque e cuidando especialmente do seu trabalho quando era relacionado às mulheres.

Foi em uma conversa com amigas, duas enfermeiras que tinham feito um curso de doulas, que entrou em contato com um relato de nascimento acompanhado por elas, e logo em seguida viu que abriram inscrições pro curso que elas tinham realizado. Foi uma oportunidade para conhecer o mundo da doulagem. Enfermeira formada há alguns anos, nunca tinha ouvido falar sobre essas profissionais. Passou 9 meses no curso de formação até conseguir materializar na doulagem a sua ideia de atividade profissional voltada às mulheres, à uma doação de si, a entrega, ser verdadeiramente um suporte para mulheres. Conceição dizia que tinha a sensação de que nenhuma mulher deveria passar por algumas coisas sozinhas, e o parto com certeza é uma dessas situações que deveriam ser passadas acompanhadas.

“Eu falo com as pessoas, eu estudo mais pra ser doula do que eu estudei pra ser enfermeira. O tanto que eu estudei depois que eu comecei a doular... não tá escrito. Eu fiz uns 500 mil cursos [risos]. Porque, assim, a gente tem que saber as coisas olhando. Quando você é enfermeira você vai lá e faz o toque, você faz uma ausculta. A gente não, a gente sabe onde tá o bebê ou como tá fluindo o trabalho de parto só olhando, sabe? A gente só não sabe quanto tempo vai demorar, porque isso é um mistério. [risos] Mas a gente sabe se tá indo bem, se não tá indo. Isso traz tanto segurança pra pessoa que tá parindo quanto pra equipe, pra eles verem que a gente sabe o que ta fazendo, o que ta acontecendo. O pessoal da saúde adora falar que a doula é leiga, adoram inclusive colocar isso nas definições oficiais, e na verdade a gente sabe muito mais do que muitos profissionais que tão ali

há muito tempo. É surreal! O tanto que eu já gastei pra estudar na doulagem...” (Conceição, 2024, entrevista)

As doulas, como anteriormente mencionado, não executam procedimentos técnicos, e não pretendem, portanto, substituir tarefas de outros profissionais no cenário obstétrico. Essa dimensão tem sido, inclusive, uma discussão bastante pautada pelo movimento da doulagem no cenário nacional que também aparece constantemente na fala das minhas interlocutoras: os perigos da dupla função. A Federação de Doulas do Brasil divulgou em maio de 2023 uma Nota Técnica Informativa sobre a questão ao identificar que algumas profissionais estavam realizando o trabalho da doulagem aliado a outras áreas da saúde, como a fisioterapia, psicologia ou enfermagem. Nos relatos que foram compartilhados nas entrevistas, estas profissionais utilizavam do diploma dessas outras formações para ofertar um serviço diferenciado, como se fosse mais seguro ou mais completo.

Faz-se importante pontuar que, durante o campo, duas das doulas com quem conversei, Bianca e Conceição, tinham a formação da enfermagem, e ambas também estavam realizando a especialização para se tornarem enfermeiras obstetras. Mas, havia ficado explícito, que as duas não iriam atuar na doulagem quando comesçassem a realizar as práticas da enfermagem obstétrica, ou seja, no final do curso já se iriam se despedir dos atendimentos como doulas, por uma questão ética. Bianca me explicou esse conflito na transição profissional:

“Hoje eu atuo como doula porque a minha formação como enfermeira obstétrica não está concluída. Mas eu não posso me tornar enfermeira obstétrica e continuar atuando como doula, porque se acontece alguma treta lá durante o trabalho de parto, por exemplo, eu vou precisar intervir pela ética da enfermagem obstétrica e isso vai infligir a ética da doulagem, que é de não intervir, não executar procedimentos técnicos.” (Bianca, 2024, entrevista)

A base da dimensão do trabalho da doulagem é a promoção do bem-estar da mulher, promover apoio pelo suporte contínuo, o que seria prejudicado se somado a outras responsabilidades técnicas. Ser doula também foi caracterizado por estar atenta aos sinais e mediar um parto que seja respeitoso com as escolhas da parturiente, garantindo que ela seja cuidada do início ao fim. Como bem representado na imagem abaixo, no momento em que o bebê nasce, inclusive, a dimensão da atenção da doula à mulher é extremamente importante. Enquanto toda a equipe pode se voltar somente ao bebê em uma cena de parto, a doula é a única que permanece em contato contínuo com a mulher, a acolhendo, cuidando e a informando.

Figura 1 - Fotografia vencedora do “Doula em Cena” (Concurso - Fenadoulas)



Fonte: Thais Bandeira (Associação de Doulas da Bahia - Créditos: Comadres)

Entrega também é uma palavra repetida continuamente pelas minhas interlocutoras ao definirem seu trabalho. Essa noção também descortina uma forte perspectiva destas profissionais: lidar com o inesperado, com os mistérios, estarem preparadas e habilitadas para improvisar. Eliane disse em uma das falas em eventos que “As doulas não têm todas as respostas”. Mas, com certeza, precisam compartilhar da experiência que está sendo vivida pelas suas doulandas e, constantemente, atribuir sentido ao que observam, como Conceição ressalta. As doulas assistem, acolhem e também criam estratégias de ação.

“Ter uma doula faz com que as parturientes demandem menos da equipe. Porque tem o suporte contínuo, que a gente percebe que faz uma diferença muito grande. Você pode estar em uma ótima instituição, de referência, [...] você tem enfermeiras obstétricas ali atuando, técnicas de enfermagem, pessoas maravilhosas pra te dar atenção. Mas elas não têm o tempo todo pra ficar com você. Não tem como! Elas têm que dar atenção pras outras pessoas que estão ali no serviço de saúde, então elas ficam um pouco e saem, mas as doulas exercem o suporte contínuo. A gente fica com as gestantes o tempo todo, eu mal saio pra fazer xixi, pra ser bem sincera. [risos] A gente fica o tempo todo, desde o início do trabalho de parto até o bebê nascer, e depois que nasce também, dando esse suporte e amparo.” (Luiza, I Seminário de Saúde Mental Materna, Mesa Redonda Um Olhar Multidisciplinar sobre a Violência Obstétrica, 2024.)

Busquei percorrer até aqui essas três etapas do ciclo gravídico-puerperal que as doulas atuam conferindo atenção para a forma como descrevem suas práticas ou as classificam como importantes. No entanto, uma forma de acolhimento se

destacou de todas essas outras no campo, os acolhimentos de perdas gestacionais, abortos espontâneos ou das chamadas “gravidezes incompatíveis com a vida.” Uma das minhas interlocutoras, Evelise, coordena um grupo específico de encontros de mulheres que saíram dos hospitais e maternidades sem seus filhos, um grupo de apoio ao luto perinatal.

O grupo me chamou atenção por demonstrar as potencialidades do trabalho da doulagem mesmo quando o nascimento está deslocado da dimensão padrão, das alegrias de comemorar o início da vida de um novo integrante da família. Evelise comentava que desde seu curso de formação na doulagem as perdas gestacionais apareceram. Só quando estava naqueles estudos que se atentou para aquela dimensão, a possibilidade de bebês morrerem, mas nunca precisou lidar com esse caso, nem pessoalmente, nem profissionalmente.

A doula teve um impulso para agir nesse campo quando uma de suas amigas que estava grávida descobriu que era uma gravidez incompatível com a vida e, logo em seguida, perdeu a mãe. A mulher quis seguir com a gestação, não optou pelo aborto que seria legalizado, e teve a bebê que viveu por cerca de um dia. Depois dessa experiência, Evelise decidiu criar o grupo, se juntou com outras duas mulheres e estruturou as rodas gratuitas de apoio ao luto perinatal, que já acontecem mensalmente há 6 anos na cidade.

Recentemente, ainda em 2024, foi promulgada em Juiz de Fora a Lei nº 15.010. Intitulada Lei Manu¹⁶, dispõe sobre a criação de uma área específica para internação de parturientes de natimortos e pessoas que sofreram perda gestacional separada das demais parturientes nas unidades de saúde credenciadas ao SUS e na Rede Privada de Saúde do município. Além disso, garante a presença de um acompanhante de sua livre escolha, durante todo o período de internação e que, caso deseje receber atendimento psicológico ou exista recomendação médica para tanto, tem o direito de ser encaminhada para o serviço de acompanhamento. A lei é considerada um forte avanço por Evelise. Desde a construção do projeto de lei o movimento estava sendo conduzido em conjunto com mulheres mães que sofreram perdas gestacionais, doulas e enfermeiras obstétricas.

¹⁶ A Lei Manu recebe este nome, justamente, em homenagem à filha da cidadã juiz-forana Daniela Lima que teve a experiência de ter um quarto separado após a perda da sua filha e se tornou uma ativista pela garantia desse cuidado como direito para todas as famílias.

Essa seção confere os primeiros tons ao campo da doulagem buscando superar um olhar superficial sobre o movimento que pode proporcionar uma visão homogênea sobre a categoria. Visão esta que, costumeiramente, reforça definições estanques ou estereótipos e representações errôneas. Na próxima seção a intenção é explorar o crescimento da categoria, os primeiros passos de seus caminhos rumo a regulamentação, as estratégias e os desafios que circundam esse processo, mantendo a perspectiva plural das histórias das interlocutoras.

A percepção é de que sejam influenciadas por diferentes motivações para iniciar na doulagem, por influências de formações anteriores, do atravessamento da maternidade em suas vidas ou de preferência de atuação em cada fase: pré-parto, trabalho de parto ou pós-parto, investigar o campo da doulagem é ter a possibilidade de perceber que aparecem distinções nas descrições feitas pelas doulas sobre suas práticas profissionais. Distinções no que, até mesmo, entendem e esperam como o papel das doulas. Essas diferenças aparecem nas perspectivas que as doulas assumem nas suas assistências, podendo estabelecer práticas mais próximas das evidências científicas, da educação, do ativismo, das práticas alternativas, integrativas e complementares, ou de uma dimensão espiritualista.

2.3 Passos iniciais ou resoluções finais: formação, profissionalização, regulamentação, reconhecimento e valorização

Amora, ainda adolescente, aos 17 anos, teve seu primeiro filho em uma cesárea de urgência por diversas complicações. Vivenciou o momento sozinha, sem a presença de acompanhantes, sem explicações da equipe médica e só teve contato com o filho após 24 horas do nascimento. Quando engravidou novamente, buscou uma experiência distinta da primeira e encontrou nas doulas o apoio para construir essa nova história de nascimento. Em seu segundo parto foi acompanhada pelo companheiro, pai do segundo filho, e pela doula. Reafirma que somente de olhar para a sua doula durante o trabalho de parto sabia que tudo corria bem, estava orientada e amparada. Suas duas experiências de parir se realizaram em hospitais particulares e naquela época, por volta de 2015, fez toda a diferença.

Pela história de Amora é possível refletir sobre os caminhos que a doulagem traçou ao longo dos anos rumo a profissionalização, reconhecimento e valorização. Assim como Jéssica havia indicado, pelo reconhecimento da história de uma de

suas doulandas, existe uma mudança nas possibilidades de obter uma assistência mais respeitosa no cenário dos partos. Jéssica assimila esse impacto positivo à entrada e à luta das doulas. Especificamente em Juiz de Fora, a percepção dessa mudança foi um tópico tocado com muita atenção por Luiza na entrevista.

“Juiz de Fora acompanha o movimento nacional, eu acho. Com bastante êxito até eu diria, inclusive, pelo porte da cidade. Se a gente comparar com outras cidades do mesmo porte, a assistência aqui tem esse êxito. O que não dá pra comparar com Rio de Janeiro, Recife, Belo Horizonte e São Paulo. Mas, mal ou bem, a gente acompanha de muito perto essas cidades grandes. O que a gente vê é o crescimento muito forte da doulagem, um interesse por parte dos médicos e dos enfermeiros nessa proposta de mudança de assistência continuamente. Em 2017 só uma maternidade era referência no SUS e nessa maternidade eram altos e baixos em relação ao corpo clínico, mas uma instituição que tinha uma coordenação quase sempre uma boa vontade de implementar boas práticas. Claro que, médico se acha Deus né? Mas eu vejo uma mudança na cidade por um interesse maior, mais médicos trabalhando com uma assistência respeitosa, ainda com limites, mas sim. Nem que seja por uma questão mercadológica os hospitais começaram a se encaixar, terem salas de parto nos particulares e meia dúzia já de profissionais tentando ser melhores. Tivemos também a pandemia, que trouxe uns retrocessos junto com o governo Bolsonaro, e aí foi um certo tempo sem as doulas poderem acessar as maternidades e depois mesmo com a vacinação adiarem ainda essa volta. Aquela coisa de em crise as mulheres são as primeiras a perder os seus direitos... comparando com o ideal tá longe, mas não tem como não valorizar todos esses ganhos.” (Luiza, 2024, entrevista)

O relato de parto de Amora e o seu encontro profissional na trajetória da doulagem reforçam esse argumento da mudança no cenário e é um ótimo exemplo de uma experiência vivida individualmente que ganha novos contornos e sentidos quando alcança um nível coletivo, social. A doula é um nome de forte referência em seu território e, hoje, ativa no campo político, também uma referência nacionalmente. Amora tem uma trajetória de defesa da presença das doulas nos hospitais e maternidades que é anterior à sua própria formação no curso de doulas.

Em hospitais públicos, naquela época, não havia a possibilidade da presença do acompanhante e da doula ao mesmo tempo, um acompanhante anulava o outro. Foi essa percepção que moveu Amora a organizar um abaixo-assinado e buscar garantia legislativa em seu município, algo que era realidade em outras cidades brasileiras, para que as doulas pudessem estar presentes sem interferir no direito ao acompanhante familiar, já conquistado no Brasil na década de 90.

A promulgação de diversas leis, municipais e estaduais, que mencionaram a prática da doulagem e produziam a garantia da presença desta profissional nas instituições de saúde, como esta defendida por Amora no município do Rio de Janeiro antes mesmo de se tornar doula, aconteceu nos anos seguintes. Não só

municípios, mas estados brasileiros passam a promulgar leis conhecidas como a Lei das Doulas. Atualmente 8 estados brasileiros não dispõem da legislação neste nível de competência, sendo estes: Bahia, Espírito Santo, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Rio Grande do Sul, São Paulo e Sergipe. Todos os outros estados têm leis que garantem que as doulas não fiquem à mercê das políticas institucionais e teriam sua presença descolada da presença do acompanhante.¹⁷

Em Juiz de Fora existe tanto uma lei municipal que garante a presença das doulas no acompanhamento das parturientes em hospitais públicos e privados (Lei nº 13.477/2016) quanto uma lei que busca a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica (Lei nº 14.381/2022). Assim, mesmo nesse caso em que Minas Gerais não possui uma Lei Estadual de referência, que expressa diretamente a questão das doulas, na cidade já existe.

Na Lei das Doulas de Juiz de Fora, foi posto que para validar a atuação das profissionais nas instituições de saúde da cidade era necessário que estas estivessem vinculadas a associação representante no território. Portanto, na listagem da Associação de Doulas de Juiz de Fora (ADJF), são contabilizadas 40 doulas associadas, e, portanto, em atividade na cidade. Em minha pesquisa anterior ressaltai que essa obrigatoriedade de vinculação à associação como condição para o exercício profissional não era única. Na realidade, minhas interlocutoras reafirmam que em geral as associações são organizações independentes. Doulas que se organizam por conta própria para a articulação dos seus interesses em comum e defesa dos seus direitos. Luiza comentou que essa condição juiz-forana foi uma atuação do lobby dos médicos para produzir uma espécie de controle ou fiscalização formal pela Associação do exercício profissional das doulas na cidade.

O exemplo de organização independente desta obrigatoriedade é a Associação de Doulas do Estado do Rio de Janeiro (ADOULASRJ) fundada em 2016. Em certa medida essa distinção permite que nas associações independentes se tenha um perfil e uma atuação política mais forte, pelo próprio ímpeto formativo da organização, e já no modelo que se assemelha ao juiz-forano, doulas que não tem necessariamente um perfil de atuação política também estão vinculadas à organização, possibilitando provocando uma maior heterogeneidade no grupo.

¹⁷ No Anexo 4 encontra-se disponível uma tabela, de elaboração própria, com a lista dos estados brasileiros que contam com a Lei das Doulas até a presente data. Além disso, é possível verificar os destaques da construção textual das leis ao se referirem à definição das doulas.

Todo esse movimento de promulgação de leis se tornou possível ao se amparar na delimitação e caracterização das atividades que competem a doula, com a descrição sumária das funções na Classificação Brasileira de Ocupações. Doula é uma ocupação prevista pela Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego desde 2013, mas não possuía diretrizes gerais de formação ou normas claras de atuação. A Organização Mundial de Saúde (OMS) se refere à doula classificando-a como uma prestadora de serviços de apoio no parto em um Guia Prático de Assistência ao parto normal, publicado em 1996. Na publicação são apresentados os benefícios da presença deste apoio “físico e empático”, considerando que a presença da “acompanhante treinada” já se demonstrava em evidências científicas.

No Brasil, especificamente, o Ministério da Saúde traz a concepção de doula na publicação Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher em 2001. Em outras políticas e programas, as doulas irão aparecer no programa federal em 2011, no Rede Cegonha¹⁸, como uma estratégia de enfrentamento aos altos índices de mortalidade materno-infantil pela incorporação das denominadas boas práticas de atenção ao parto e nascimento. No manual prático para implantação do programa, destinado aos gestores de saúde, as doulas estão preconizadas junto a equipe multidisciplinar de atenção à saúde. Já em 2014, a referência às doulas surge na Caderneta da Gestante, um instrumento de acompanhamento da gestação, parto e pós-parto que visa qualificar a atenção e o cuidado pré-natal.

Recentemente, em 2024, foi publicada uma Nota Técnica de Atuação e Contribuição das Doulas, a 13/2024 do Ministério da Saúde, muito comemorada pelo movimento como um importante marco do reconhecimento da doulagem e fruto da efervescência do movimento pela regulamentação das doulas enquanto profissionais da assistência. As primeiras investidas formais deste processo de regulamentação da doulagem como profissão aconteceram em 2017 com tramitação do Projeto de Lei nº 8363/2017 na Câmara dos Deputados. Muitas são as idas e vindas deste projeto, que agora está apensado ao PL nº 3946/2021. Esta versão foi aprovada no

¹⁸ Hoje a Rede Cegonha recebe o nome de Rede Alyne. Após uma reestruturação, com uma série de propostas de inovação, recentemente em 2024, o Governo Federal optou pela homenagem à Alyne da Silva Pimentel Teixeira, mãe de uma criança de 5 anos e gestante de 6 meses, que morreu em 2002 aos 28 anos, vítima de negligência médica. Em 2007, a família protocolou uma ação no Comitê pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Cedaw) da Organização das Nações Unidas (ONU) e o caso Alyne, em 2011 levou o Brasil a ser o primeiro país condenado por morte materna pelo Sistema Global de Direitos Humanos em todo o mundo. Em 2014, o governo federal indenizou a mãe de Alyne e produziu certificado que reconhece a responsabilidade do Estado na morte da gestante.

Senado, que adaptou seu texto para considerar todas as demandas e questões pontuadas pelas doulas como necessárias e seguiu para a aprovação na Câmara dos Deputados.

O momento atual é de pressão das doulas à Casa Legislativa para aprovar o texto sem nenhuma alteração. A mobilização ocorre tanto por meio de ciberativismo, que pode ser monitorado nas redes sociais pela #RegulamentaDoula, quanto presencialmente em Brasília por doulas de várias regiões do Brasil, pelo OCUPA DOULA BSB. No início de 2025, o projeto já perpassou e foi aprovado pelas seguintes comissões da Câmara dos Deputados: Comissão de Saúde, Comissão de Defesa e Direitos da Mulher e na Comissão de Trabalho. Ainda resta a última Comissão, de Constituição e Justiça, e em seguida a plenária final. Nessa trilha pela regulamentação da profissão de doula no Brasil, três aspectos têm sido pontos de bastante dedicação das representantes da doulagem: 1) desmistificar a doulagem dos extremos pólos de voluntariado ou privilégio de quem pode pagar, 2) o estabelecimento das diretrizes e critérios de formação das doulas e 3) a importância de abrir as portas para uma entrada das doulas no SUS. Uma entrada pela “porta da frente”, como ressaltam algumas das minhas interlocutoras.

Atualmente, nesta efervescência do movimento da doulagem para a regulamentação da profissão. Amora é um dos nomes principais, referência norteadora na luta nacional. Tendo a considerar sua prática profissional como um modelo de um tipo doulagem específica, que não se constrói somente voltada para o cotidiano de atuação nos processos do ciclo gravídico-puerperal, na dimensão de apoio físico, emocional e informacional direto às gestantes e parturientes. Pretendo explorar nesta dissertação a ideia de *doulas ativistas*¹⁹, que conferem grande esforço e tempo de trabalho, de doulagem, à dimensão política, à ação coletiva e demonstrações públicas de valor, unidade, consenso e comprometimento. Seja nas audiências públicas, nas entidades de classe, em manifestações de rua, subindo hashtags ou em inserções midiáticas e apelo à esfera pública que defendem a importância da profissional doula.

Com a regulamentação, a “porta da frente” que se abre refere-se a possibilidade reivindicar espaço enquanto profissionais da saúde no serviço público,

¹⁹ Trouxe em outro ponto que abordei e recortei essa caracterização específica em um trabalho anterior. Neste, pretendo apresentar um contraponto com outras tipologias, que, de forma breve, já apareceram no texto, mas serão melhores exploradas no último capítulo e na amarração analítica das considerações finais: doulas espirituais, doulas educadoras e doulas ativistas.

diferente da forma como estas profissionais já atuam no SUS, quando são escolhidas particularmente pelas gestantes que irão parir nos hospitais públicos, que reforça um lugar marginalizado frente a equipe, precário, e restringe a atuação já que não estão à disposição “para todas” as gestantes e parturientes do SUS. A intenção é que seja possível ampliar a doulagem para um maior contingente de mulheres, produzir uma participação da doulagem inclusive em outras frentes, como na Atenção Primária e reivindicar a valorização profissional da doula.

A questão do voluntariado *versus* a ideia de elitização da profissão é fundamental para o debate das doulas. Parte da difusão da prática da doulagem no Brasil remete a uma estratégia de humanização do parto em que se reconhecia a presença de mulheres da própria comunidade como voluntárias para desempenhar o papel de acompanhantes das gestantes e parturientes como benéfica, seguindo as estimadas evidências científicas. É possível citar o Projeto “Doula Comunitária” na experiência do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, como pioneiro na implementação deste projeto, ainda em 1997.

O hospital, na época, se tornou referência técnica na temática e passou a oferecer, a partir do financiamento do Ministério da Saúde, cursos de Capacitação de Doulas Comunitárias no país. Outro programa, mais recente, buscou atender e preconizar a Lei de Doulas, e, intitulado Programa de Doulas Voluntárias, se enquadra na lei do voluntariado e pregava os valores e princípios da solidariedade humana, da responsabilidade social, do civismo, da cooperação e da prática educativa.

No entanto, a profissão não permaneceu restrita a esses espaços. Novos lugares foram constituídos e o voluntariado passou a ser uma questão de escolha, decisão, e não a única opção. Desde a formação da Associação Nacional de Doulas (ANDO) em 2003, por exemplo, o número de cursos livres que ofereciam capacitação e treinamento para doulas aumentou exponencialmente. Por vezes com formações públicas, mas majoritariamente cursos privados e com um alto valor de investimento. As doulas certificadas começaram a precificar seus trabalhos e alguns núcleos da categoria que se propuseram até a definir um piso salarial.

No Rio de Janeiro, por exemplo, segundo Klujsza (2014) apud Simas (2016) o serviço das doulas podia custar entre 200 e 2.000 reais. Simas (2016) ainda apurou que um núcleo de doulas cariocas havia acordado um piso de 1.500 reais. O caráter de cursos livres, de uma formação descentralizada, dificulta a produção de um dado

quantitativo, mas Fonseca, Freitas e Ril (2017) apontam que em 2013, por exemplo, somente o Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Rehuna, teria realizado cerca de 162 cursos de doulas.

Entende-se que com o trabalho precificado e com a dinâmica dos cursos privados, parcialmente se explica a aproximação da doulagem a um universo de mulheres com melhores condições socioeconômicas, que poderiam escolher equipes humanizadas de assistência aos seus partos, escolher suas doulas e pagar por ambos os trabalhos. Ao mesmo tempo, se relaciona com a apropriação da humanização pelo viés mercadológico já discutido anteriormente. Mas, além disso, esse cenário interfere, como discutido na fala de Morgana Eneile sobre os dados da majoritária presença de doulas brancas no movimento.

É importante reconhecer que surgiram e continuam existindo iniciativas múltiplas de formação de doulas de forma pública ou na modalidade “Pague o Quanto Puder”, partindo de coletivos de doulas, Eliane é um exemplo desse tipo de formação. Lara também aponta para essa modalidade e possibilidade de se formar doula pagando o quanto podia, como podia, na sua trajetória. Quando recebeu a notícia de que seria avó, ainda no início da gestação, decidiu buscar os conhecimentos da doulagem para poder agir efetivamente e buscar uma assistência humanizada ao nascimento de sua neta. Estava desempregada e pode participar da primeira turma de um dos cursos de doulagem de Juiz de Fora por essa frente de entrada social do curso.

No entanto, mesmo com esse cenário, a instabilidade financeira na atividade profissional das doulas é fortemente ressaltada pelas interlocutoras do meu campo. A maioria das entrevistadas não trabalhava somente como doula, precisava realizar outros tipos de trabalho para se manter financeiramente, algumas com áreas próximas e outras totalmente distintas da doulagem. Aniceia, por exemplo, tinha trabalhado como babá por muitos anos para se manter financeiramente. Jéssica coordena um espaço de terapias corporais em conjunto com o trabalho da doulagem. Evelise e Luiza também são consultoras de amamentação. Lara foi instrutora de Shantala e, atualmente, é atendente de um café. Antônia é Agente Comunitária de Saúde e Janaína atua como Analista de Marketing. Estas sempre afirmavam que queriam ser mais doulas”, queriam “viver da doulagem”.

“Hoje eu trabalho com a doulagem e com análise de marketing, e é por questão de sobrevivência mesmo, financeiramente. Se eu pudesse viveria só pra doulagem. Meu sonho é me aposentar e virar parteira. Parteira

mesmo, só fazer isso. Mas hoje, das 8h às 18h eu sou analista de marketing e doula “ao mesmo tempo”. Então, bem cedo pela manhã ou no final da noite eu to mais presente na doulagem, mais calma, leve, na minha essência, quando eu tô em casa, que eu posso conversar com as minhas gestantes, mandar um áudio, me conectar com o meu propósito. Todos os meus trabalhos eu entro e aviso que eu sou doula, então pode acontecer que eu precise sair pra atender um parto, isso tem que ser compreensivo. Mas, nossa é muito difícil conciliar, ter que ter um trabalho CLT (expressão usada para definir que um trabalhador possui carteira assinada) com a dinâmica da doulagem. Eu queria só ser doula, só fazer isso, é o lugar que eu me acolho, me encontro! (Janaina, 2025, entrevista)

A grande maioria dessas mulheres também pontuaram que exercem seus trabalhos pela frente do voluntariado ou da precificação com valor social, ou seja, atuam, por vezes, de forma não-remunerada ou por modalidade de ajuda de custo para prestar uma assistência a mulheres em vulnerabilidade social. Portanto, esse estereótipo da doulagem como elitizada se relaciona a esse primeiro espraiamento pelas camadas médias urbanas, ainda perto da virada dos anos 2000, junto ao movimento de humanização. Pela cooptação mercadológica, mais recente, de uma interpretação considerada esvaziada sobre o ideal da humanização, e pela existência de uma parcela da categoria só atende e circula entre mulheres de classes sociais médias e altas, consideradas *doulas elitistas*²⁰ por algumas das minhas interlocutoras, que não realizam um trabalho voltado para a ampliação do cenário de assistência da doulagem.

Tendo em vista a regulamentação, as diretrizes de formação passaram a ser refletidas pelo movimento de doulas. A preocupação fundamental deste debate é a definição de um currículo e de uma carga horária mínima para formação de doulas em 120h. O que pode, inclusive, impactar a ampliação dos cursos públicos de formação. Essa medida busca evitar dois pontos. Primeiro, coibir a disseminação de cursos livres que são “fracos”, com poucas horas de formação, sem a prática presencial, sem as vivências, com pouco currículo e discussões que envolvem o ser doula. Esses cursos foram muito criticados pelas minhas interlocutoras, porque formam doulas inseguras para a atuação prática, abrem muitos espaços para distorções ou confrontos éticos. Além disso, costumeiramente, depende da profissional precisa buscar sozinha investir em outras formações complementares para atuar com segurança e responsabilidade, para trabalhar com outros recursos

²⁰ Nas entrevistas desta pesquisa não tive contato com nenhuma doula que representasse esse lugar da prática profissional. Essa classificação apareceu pela identificação crítica de algumas interlocutoras, principalmente na margem *ativista*, que veem esse movimento de mercantilização da humanização e da doulagem como negativo.

na sua assistência. O segundo ponto é coibir uma espécie de “venda de certificados” de cursos de doulas online, uma questão que tem sido pauta constante de revolta do movimento da doulagem. As doulas juiz-foranas apontam para um exemplo perigoso dessa prática.

“Você assiste a um curso que, na verdade, você nem precisa clicar e assistir. Se você não abrir aula nenhuma, você já abre uma provinha de múltipla escolha, com cinco perguntas e que você pode repetir quantas vezes quiser até acertar 80%. Quando você acerta, faz o pagamento do certificado, por volta de 1.800, 2000 reais, e pronto, doula. Então a gente já vê essa prática que é uma venda de certificados mesmo. Isso abre portas para que enfermeiras obstétricas, por exemplo, comprem e entrem nas maternidades pela Lei das Doulas [o que esbarra na ideia de dupla função] ou de familiares façam esse movimento para conseguir entrar da mesma forma. Ocupar um espaço da doulagem sem exercer a doulagem” (Luiza, 2024, entrevista.)

Essa frente da regulamentação, que acompanha os debates de formação e valorização profissional, foi uma das únicas em que identifiquei poucas diferenças de visões. O único aspecto de divergência que apareceu durante uma das audiências públicas, e também foi comentado por Janis. A questão aposta a exigência do ensino médio como necessário à prática da doulagem, junto ao curso de formação específico. Reiterando uma preocupação com essa exigência tornar uma barreira para a atuação de doulas do interior do país, sem educação formal, mas com saberes e práticas geracionais e tradicionais ligados à parteria e, de certa forma, elitizar a profissão.

Em contraponto, a defesa dessa exigência na lei, a postura da FENADOULAS e, em meu campo, uma postura que doulas ativistas e doulas educadoras concordam plenamente, mira garantias de piso salarial à categoria. Ressalta-se a busca por um salário digno, buscando fugir da precarização das profissões e a consideração de que a categoria, em sua maioria, é altamente escolarizada, como apontado anteriormente pelo Mapeamento de Doulas.

É importante pontuar, que nenhuma interlocutora em meu campo concebeu a regulamentação, de forma geral, como uma piora, uma ameaça ou uma problemática. No entanto, a regulamentação pode ressoar entre os passos iniciais da doulagem como profissão e como uma resolução final de alguns problemas colocados em anos de luta. As doulas podem ver, portanto, esse movimento nesse intermédio. Algumas considerando a regulamentação “a cereja do bolo” para resolver os problemas, ampliar e legitimar nacionalmente a doulagem e, para outras representar mais um passo na luta que ainda é inicial, não é a conquista do um cenário ideal e que inaugura uma nova luta por valorização profissional.

CAPÍTULO 3 - Um gradiente de possibilidades: as diferentes faces do doular

“Meu interesse no problema, certamente, é mais do que acadêmico: desejo ver surgir uma mudança genuína, a emergência de uma ordem social e cultural na qual a classificação do potencial humano seja aberta às mulheres tanto quanto aos homens.” (ORTNER, 1979, p. 95)

Neste capítulo pretendo explorar e analisar a percepção que foi sendo construída ao longo do trabalho de campo, com a observação participante e as entrevistas, de que existem muitas formas de doular. Entendo que essas formas não necessariamente se negam, podendo inclusive se acumular ou as doulas podem transitar de um tipo ao outro em alguns casos. Pretendo demonstrar que existe um “comum” em ser doula, que possibilita a formação de uma unidade profissional, mas, é no próprio reconhecimento dessa unidade, dos consensos estabelecidos, inclusive pelo movimento organizado e pela popularização da doulagem, que se torna possível olhar para as diferenças, para a diversidade. Ao realizar esse movimento de análise, ressalto que não tenho a intenção de criar uma hierarquia ou provocar qualquer espécie de valoração desses *tipos* de doulagem. O que busco conferir ênfase é em um reconhecimento menos homogeneizante de um campo que está em crescimento constante.

Percebe-se que uma característica fundante do estabelecimento da humanização dos partos e nascimentos é representada frequentemente por uma disputa de *“interno versus externo”*. O primeiro pólo representado pela classe médica, pela obstetrícia tradicional inserida no sistema obstétrico hegemônico, e segundo polo pelo movimento contracultural da humanização. De um lado encontra-se, portanto, um grupo diverso que é composto por doulas, obstetrizes, enfermeiras, profissionais humanizados em geral, mulheres, parturientes. Do outro lado estariam os médicos, os obstetras e profissionais não-humanizados que são considerados pelas ativistas por categorias como intervencionistas e cesaristas.

Essa disputa costumeiramente demonstra um embate de posições político-ideológicas distintas, mas também ressalta pensamentos divergentes sobre o corpo feminino, a ideia de natureza e até mesmo de ciência. O parecer do CFM que abre esse texto e as pressões dos movimentos ativistas contrários a posição por ele defendidas, em sequência, são uma forte e explícita representação desse conflito. No entanto, na observação dessa ampla disputa fundante, *“interno versus*

externo”, as investigações tendem a homogeneizar o cenário e os posicionamentos das figuras que representam cada um dos lados.

Em meu trabalho de campo esse plano amplo de disputas, inegavelmente, também aparece. Mas, para além disso, aparecem também diferenças internas. Na *doulagem* especificamente, que é o interesse de investigação profunda desse trabalho, ressoam perspectivas distintas sobre a própria ideia de humanização, de natureza e de corpo feminino, do campo da ciência e das evidências científicas, da profissionalização, das expectativas com a regulamentação e os critérios formação e do próprio papel de atuação e postura que seriam necessários às *doulas*.

Assim, como objetivo final desta dissertação, busco compreender quais os aspectos e contornos dessa categoria podem formatar uma espécie de ponto comum entre as *doulas* e quais são os elementos em que aparecem diferenças e posicionamentos distintos. Essa busca não tem a intenção de produzir uma resposta única e fechada, mas se desdobra em um esforço analítico para identificar o que pode constituir uma unidade e o que pode ser disputado e manifestado por diferentes correntes.

Antes de explorar mais essas diferenças, mobilizando-as sobre as temáticas da humanização e das violências obstétricas, que considero pontos centrais para a o estabelecimento da categoria e as suas diferenciações, penso ser necessário sistematizar os dados das entrevistadas, relativos de perfil dessas *doulas* e estabelecer certas comparações com o Mapeamento de *Doulas*, produzido pela FENADOULAS, a pesquisa nacional da categoria apresentada no início desta dissertação.

A tabela abaixo apresenta essa sistematização, seguindo alguns eixos principais do mapeamento de *doulas*: cor/raça, área e grau de formação, atuação profissional, maternidade, trabalho em frente social e/ou voluntária e difusão de informações em saúde.

Tabela 1 - Perfil de doulas entrevistadas

DOULAS	COR/ RAÇA	FORMAÇÃO	ÁREA DE FORMAÇÃO SUPERIOR/ TÉCNICA	TRABALHO ANTERIOR NA SAÚDE?	ATUA SOMENTE COMO DOULA?	É MÃE?	REALIZA TRABALHO VOLUNTÁRIO/ SOCIAL	DIFUSORA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (redes sociais e rodas mensais)
ANICEIA	PARDA	MÉDIO COMPLETO	X	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM
ANTÔNIA	PRETA	MÉDIO COMPLETO	X	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM
BIANCA	BRANCA	SUPERIOR	ENFERMAGEM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
CONCEIÇÃO	PRETA	SUPERIOR	ENFERMAGEM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM
EUNICE	BRANCA	SUPERIOR	ENFERMAGEM	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
EVELISE	BRANCA	MÉDIO COMPLETO	SERVIÇO SOCIAL (INCOMPLETO)	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
JANAÍNA	BRANCA	SUPERIOR	JORNALISMO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
JANIS	BRANCA	SUPERIOR	NATUROLOGIA	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
JÉSSICA	BRANCA	SUPERIOR	ARTES	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
LARA	PRETA	TÉCNICO	ENFERMAGEM	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
LUIZA	BRANCA	SUPERIOR	CIÊNCIAS SOCIAIS	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM

Fonte: Elaboração própria.

Assim como o perfil nacional da categoria aponta, no perfil das doulas entrevistadas 63% aproximadamente se autodeclararam mulheres brancas. Na apresentação dos dados nacionais, Morgana Eneile ressalta que essa grande predominância das mulheres brancas doulas correspondia a oferta majoritária de uma formação e certificação privadas, poucas são as possibilidades de processos formativos públicos que permitem que outros perfis de mulheres possam se tornar doulas. Juiz de Fora e região realmente não tem um curso público de doulas. Duas das doulas negras entrevistadas apontaram a dificuldade para investir na formação inicialmente e continuamente, terem negociado formas de pagamento diferentes ou feito o curso por alguma oportunidade de bolsa por ações afirmativas.

Todas as doulas entrevistadas eram certificadas em cursos livres e participavam da Associação de Doulas das suas cidades. No caso de Juiz de Fora, ambos aspectos são critérios obrigatórios para a entrada nos hospitais. A maioria

das doulas, antes do curso de doulagem, se formou no ensino superior em outras áreas. Cerca de 63% têm o ensino superior, sete doulas das onze entrevistadas. Destas, a maioria é formada na área da saúde (70%), sendo enfermagem e naturologia, e as outras são de diferentes áreas, mas todas inscritas no amplo espectro das Ciências Humanas.

Esse é um ponto interessante, visto que independentemente de uma formação anterior na área da saúde, as doulas se consideram profissionais da saúde, trabalhadoras da saúde. É esse, inclusive, o ponto de maior reivindicação da regulamentação da profissão e da trajetória de inserção formal da doulagem nas equipes dos SUS. É uma temática que causa certo estranhamento ao ser observada. Mesmo pela forma como mobilizam o diferencial da sua profissão, como se afastam da dimensão técnica, desenvolvem estratégias específicas de acolhimento das gestantes, parturientes e puérperas e defendem que não é um arcabouço que pode ser incorporado a outras profissões do cenário (como a fisioterapia, a enfermagem), vinculam os seus conhecimentos aprendidos ao campo de conhecimentos da saúde, e não das humanidades, por exemplo.

Além disso, 54% das entrevistadas são mães e, mesmo não sendo uma condição declarada para a profissão, a experiência da maternidade é um aspecto de forte influência para a atuação na experiência das entrevistadas, reafirmando um ponto já discutido neste trabalho. Até mesmo aquelas que se tornaram doulas antes de serem mães apontam que a se tornar mãe teria alterado a sua própria prática profissional, a forma como entendiam melhor os processos que as suas clientes passavam, as dores e medos que sentiam.

Três entrevistadas atuam somente como doulas, obtêm seu sustento total pela doulagem. Uma dessas expande a doulagem para além dos atendimentos pré-parto, parto e pós-parto, como consultorias para outras doulas ou coordenando projetos de formação e atualização para doulas. Para as outras a doulagem é um trabalho complementar, principalmente por ser instável economicamente, não conseguir um número constante de clientes e não conseguir uma média de precificação desses trabalhos.

Esse também foi um ponto abordado na análise a nível nacional por Morgana, que converge de forma importante para “a desmistificação de um estereótipo clássico ligado à figura das mulheres doulas enquanto pertencentes a classe alta da sociedade, com remuneração alta e realização de acompanhamento para mulheres

que têm acesso ao setor privado de saúde.” Também impacta nesse item que todas as doulas entrevistadas relataram que negociam seus valores de acordo com cada cliente, em casos de vulnerabilidade atendem voluntariamente ou determinam valores sociais.

Por fim, outra percepção que considero interessante é do investimento na difusão de informação em saúde de forma gratuita, seja pela presença na internet ou nas rodas e eventos de apoio à gestação e puerpério. Todas as entrevistadas dedicavam-se a essa frente, que converge para a valorização da *lógica da escolha* informada nos processos de decisão da gestante e parturiente. Nesse sentido, a escolha consciente da mulher, através do caminho de adquirir conhecimentos dos processos fisiológicos, dos procedimentos da prática médica, de conhecer as evidências científicas e criar um leque de opções, refletiria na sua maior autonomia e protagonismo.

3.1 “Para mudar a forma de nascer é preciso mudar o mundo!”: Reflexões sobre o paradigma da humanização

Desde que mergulhei nesse campo dos partos e nascimentos e da humanização, especificamente, escuto a frase: “Para mudar o mundo, é preciso, primeiro, mudar a forma de nascer.” Estampada em cartazes, camisetas, reafirmada em audiências, seminários e palestras, aberturas de teses e dissertações sobre o tema, é também a epígrafe da *Carta de Campinas*. A frase ecoa como orientadora dos ativistas e de profissionais defensores dos partos e nascimentos humanizados. Michel Odent, obstetra francês é o criador da proposição. Odent discute e se questiona sobre o futuro de uma civilização nascida sem os chamados “hormônios do amor”, sem a ocitocina liberada apenas em condições específicas de trabalho de parto - que não incluem a cesariana ou a aplicação de ocitocina sintética.

O cientista e obstetra conhecido como um “guru” ou o “papa da humanização” tem diversos livros publicados, como: “A Gênese do homem ecológico: mudar a vida mudando o nascimento - O Instinto reencontrado”, “A cientificação do amor”, O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto, e um dos seus mais reconhecidos livros, “Birth Reborn” ou “O Renascimento do Parto”. Neste último o autor defende as mudanças no cenário dos partos que alterem a lógica que tornou o nascer processual, mecânico e com desfechos

produzidos por atos cirúrgicos. O retorno a uma dimensão fisiológica se estabelece com técnicas para a promoção de um parto natural, como a utilização de piscinas de parto, por trabalhos de parto que se desenrolam sem analgesias e drogas, e garantindo que a parturiente decida como será seu parto.

O livro *Renascimento do Parto* foi inspiração para a série de três documentários produzidos a partir de 2013, sob o mesmo título, que questionam a situação obstétrica mundial, e principalmente a brasileira. O documentário de estreia foi tão valorizado pelo seu público que foi recorde brasileiro de *crowdfunding*. Com muitos compartilhamentos nas redes sociais, em três dias bateram a meta para realização da edição final que era estimada para ser conquistada em sessenta dias. Muitas das minhas interlocutoras comentaram como tinha sido especial assistir ao documentário nos cinemas da cidade. Neste primeiro filme um dos depoimentos é de Michel Odent. O obstetra reafirma sua frase identificando que os bebês desta *Era* nascem com a marca da violência, e, por isso, precisamos mudar a forma de nascimento. Se a humanidade está violenta é porque o parto é violento, porque nascem humanos de forma violenta todos os dias.

Tornquist (2004) ao revisitar o espectro do movimento Parto Sem Dor, popularizado por *críticos obstetras* na França pré década de 70, e ressaltar a ponte construída destes para formação dos movimentos do Parto Humanizado, aponta para diversas complicações da teoria defendida por Odent e crítica algumas de suas premissas.

“Para Odent, haveria uma relação intrínseca, causal e mesmo determinista entre a forma de nascer e vida ulterior, aí incluída a própria forma de morrer: Quando se observa os antecedentes de pessoas que demonstraram danos na capacidade de amar – seja esta capacidade para o amor por si quanto para os outros – parece que a capacidade de amar é determinada em grande extensão pelas experiências precoces, durante a vida fetal, e no período que cerca o nascimento. [...] Odent faz eco a inúmeros estudos que vêm sendo feitos no campo da neuropsiquiatria e mesmo da psicanálise, que apontam para a vida intra-uterina como um momento em que há uma intensa comunicação entre o feto e contexto extra-uterino, notadamente centrado na figura da mãe.” (TORNQUIST, 2004, p.124)

A ideia de retorno ao fisiológico, que fica clara na teoria de Odent, é articulada a um conceito de cultura “reducionista e pessimista”, pela defesa de partos cercados pela dimensão do instinto, do emocional imperar sobre o racional e da animalidade. O autor, considerando a cultura como nefasta ao bom andamento do parto,

argumenta que as mulheres devem recuperar a “animalidade perdida”²¹. Em uma de suas passagens, bem destacadas por Tornquist (2004), o autor coloca:

“As culturas atrapalham o processo fisiológico do parto quando negam a necessidade de privacidade dos *mamíferos*: todos os mamíferos desenvolvem uma estratégia de não serem observados quando dão à luz. (...) seriam necessários vários volumes para apresentar um estudo abrangente das características de um grande número de culturas em relação à maneira como elas desafiam o *instinto protetor materno* durante o sensível período pós-parto. Uma conclusão simples pode ser traçada a partir de um rápido exame dos dados que temos à disposição: quanto maior a necessidade social e de agressão e a habilidade para destruir a vida, mais invasivos tem-se tornado os rituais sobre o período que cerca o parto. (ODENT, 1999 apud TORNQUIST, 2004, p. 126, grifos nossos)

Quando me aproximei destes ditames de Odent, principalmente a respeito da ocitocina, lembrei instantaneamente de quando ouvi Eliane em uma aula aberta com a temática do Racismo Obstétrico, de um curso de formação de doulas do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás. A doula conta em seu relato de parto sobre a forma como o médico obstetra que a assistiu utilizou da sua expressão de emoção ao ter seu filho no colo pela primeira vez, chorar, como uma manifestação importante para diminuir a dor da parturiente e minimizar o ato de realizar um corte, com sequelas dolorosas e perenes, em seu períneo.

A ocitocina foi utilizada para minimizar aquela violência atuando quase que como um véu para a realização desta. Episiotomias são consideradas a cena clássica de manifestação da violência obstétrica nos partos brasileiros. Chamada mutuamente de “talho”, “pique”, “episio” ou “ponto do marido”²², as episiotomias são denunciadas pelas doulas por serem realizadas rotineiramente na assistência aos partos vaginais.

Em uma mesa redonda que acompanhei, a inversão da famosa frase de Odent foi proferida por uma das doulas. Tal movimento buscava analisar o fenômeno

²¹ Essa ideia de “retorno ao fisiológico”, e replicada muitas vezes pelo movimento da humanização dos partos, se faz em alguns momentos perigosos, já que, de certa forma, reafirma uma proximidade das mulheres à uma ideia de natureza, essencializada, que reflete a produção de contraste fisiológico com os homens. Relembro a clássica abordagem crítica de Sherry Ortner (1979) das relações de gênero pelo binômio Natureza X Cultura. A autora coloca como o “status secundário do feminino na sociedade é uma das verdades universais, um fato pan-cultural”. Essa proximidade é considerada, em primeiro plano, “pelo corpo da mulher e a sua função de procriação natural”. O primeiro aspecto levantado por Ortner, nesse contexto, ressalta que “o corpo da mulher e suas funções, na maior parte do tempo mais envolvidos com espécies de vida parecem colocá-la mais próxima à natureza em contraste com a fisiologia masculina, que o liberta mais completamente para assumir os esquemas da cultura.” (ORTNER, 1979, p. 102)

²² O “ponto do marido”, especificamente, dentre todas as outras nomeações, não se refere ao corte do períneo em si, mas à sutura (costura) realizada em seguida da episiotomia. Se refere a prática de realizar um ponto a mais do necessário com a crença de deixar a vagina mais apertada para garantir maior prazer sexual para o marido ou companheiro. Uma prática extremamente machista que interfere de forma fortemente negativa na vida sexual da mulher.

pelo alcance social, estrutural, uma expressão violenta que marca de forma negativa as trajetórias de mulheres que pariram no sistema obstétrico hegemônico. Luiza, uma das doulas que compunha a mesa, em meio a sua fala mencionou porque que discordava de Odent:

“A gente não tem uma lei nacional de violência obstétrica, mas nem precisa. Na verdade.... É bom que tenha, mas na Constituição, nas Resoluções, nas Notas Técnicas, a gente já tem muito respaldo. No próprio Código de Ética Médica está lá dizendo que eles não podem violar os direitos dos pacientes, que tem que respeitar a autonomia dos pacientes. Tá na Constituição que todas as pessoas têm direito à informação em saúde, a gente tá falando de coisas que já existem, leis e legislações que já existem. Claro que são caminhos que tem que caminhar em paralelo. A gente não vai resolver na força da lei. Eu falo com as advogadas que eu tenho contato: Gente, tá lindo esse discurso, mas a gente não vai resolver na força da lei. A gente precisa mudar a cultura, mudar muita coisa. Tem aquela frase clássica, não sei se vocês já ouviram, do Michel Odent, que é uma referência na humanização do parto, que ele diz: para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer. E eu digo, essa frase é muito bonita, mas não é verdadeira. Para mudar a forma de nascer é preciso mudar o mundo primeiro, as coisas estão super ligadas. Não adianta eu achar que meia dúzia de nascimentos respeitosos vão fazer a mudança no mundo, o mundo vai continuar preconceituoso e com uma estrutura social que precisa ser revista.” (Luiza, I Seminário de Saúde Mental Materna, Mesa Redonda Um Olhar Multidisciplinar sobre a Violência Obstétrica, 2024.)

Depois, quando tive a oportunidade de entrevistar Luiza, conhecer sua história e a trajetória profissional na doulagem, descobri que a mesma era socióloga de formação. Luiza tinha o costume de dizer “sai da sociologia, mas a sociologia não saiu de mim” e apontava que tinha um olhar especial para as questões sociais e culturais do seu trabalho atual. Sua fala aponta para a ênfase do reconhecimento social nas denúncias de violência obstétrica, discutidas por Pulhez (2013) e brevemente discutidas na introdução deste trabalho.

No entanto, para além dessa possível ênfase e de reiterar a ideia de como as doulas carregam um arcabouço subjetivo para a sua prática profissional, que interferem inclusive no público que estas atendem, esse ponto levantado por Luiza demonstrava especialmente como no campo da doulagem era possível encontrar algumas reflexões críticas ao próprio movimento de humanização dos partos e nascimentos no Brasil. Constantemente, parte desses profissionais que “nasceram no bojo da humanização”, tem enfrentado os limites deste modelo e se empenhado em construir novas narrativas.

Eliane comenta que desde 2016 já levanta a bandeira da “Humanização para quem?”, questionando as vulnerabilidades da precarização dos equipamentos e das assistências das mulheres usuárias do SUS, de baixa renda, e em sua maioria,

pretas e pardas. Ressalta como “Tudo é diferente da ponte pra cá”, em alusão à música dos Racionais MC’s e a sua experiência de ser mulher, ser mãe e ser doula no extremo sul da Zona Sul de São Paulo. Para ela a humanização enquanto movimento “não chegou”, considerava que o movimento só discutia em sua própria bolha e que precisou sair da periferia e ir até onde a humanização era falada.

Eliane, atualmente, desenvolve um importante projeto de doulagem coletiva nas periferias, compartilhando informações e práticas de cuidado para mulheres que desconhecem a prática da doulagem, mas afirma acompanhou seu primeiro parto quando ainda era adolescente, aos 17 anos, estava inserida em um “legado da parteria”, de cuidado por outra via, que não era a da doulagem, mas era um “faz remédio, esquentar, esfria, faça massagem”, um outro lugar de aprendizado.

“Todas as mulheres merecem um parto humanizado! E porque todas as mulheres? Porque ainda assim, no tempo que a gente vive hoje, mesmo com tantas doulas, as mulheres pobres e periféricas não têm assistência da doulagem nos seus territórios. Além de precisarmos formar mais doulas, a gente precisa formar mais doulas dentro do recorte, dentro do recorte de importância, de vulnerabilidade, de hospitais que estão super lotados.” (Eliane, I Encontro Nacional de Doulas no SUS, 2021.)

“Eu precisei sair da periferia pra me institucionalizar junto à Associação de Doulas aqui do território. Então é ter uma mulher que é pertencente também desta humanização, que não nos contempla aqui, mas que ela dialoga lá levando a nossa realidade. Sim, precisei atravessar a ponte pra poder levar a minha realidade e dialogar com as minhas iguais sobre o doular.” (Eliane, I Encontro Nacional de Doulas no SUS, 2021.)

Percebi sutilmente a maneira distinta como algumas doulas passaram a construir seus discursos. Antes, quando comecei a me aproximar dos grupos e coletivos de doulas, a ideia de promoção de *partos humanizados* era frequentemente citada, sem grandes justificativas ou delimitações. Agora, nas defesas públicas da categoria à sua regulamentação, por exemplo, comumente, a ideia de humanização aparece complementada por apostos ou substituída por outras palavras: “Partos humanizados para todas”, “desfechos de partos respeitosos”, “promoção de partos dignos.” Esse movimento crítico é característico de uma *doulagem ativista*, mas também tem sido reafirmada pelas *doulas educadoras* em meu campo. *Doulas espirituais* e as *alternativistas* têm menos preocupação com o termo em si, mesmo que possam adaptar o seu uso aos contextos que circulam. Tendo a identificar essas mudanças como uma tendência crítica dessa parte do movimento frente à mercantilização da humanização e

também, para algumas, uma possível aproximação ao paradigma da justiça reprodutiva.

A ideia de *justiça reprodutiva* aparece no final do século XX, vinculada à agenda das feministas negras e nas abordagens interseccionais e coloniais. As pautas que conformam esse enquadramento epistemológico estão ligadas a esterilização compulsória, a criminalização do aborto, e, atualmente, a violência obstétrica. A organização SisterSong: Women of Color Reproductive Justice Collective, descreve o referencial da justiça reprodutiva como:

“The reproductive justice framework is rooted in the recognition of the histories of reproductive oppression and abuse in communities of color. This framework uses a model grounded in organizing women, girls, and gender non-conforming (GNC) people to change structural power inequalities. The central theme of the reproductive justice framework is a focus on naming and eliminating the control and exploitation of women’s bodies, sexuality, and reproduction as an elective strategy of controlling people, particularly women of color, trans and GNC people of color, and their communities.” (SisterSong Women of Color Reproductive Health Collective 2005 apud KRAPF, 2020, p. 29-30).

Este horizonte aponta, portanto, para a existência de hierarquias reprodutivas, ou seja, para determinadas disparidades e violências nas experiências reprodutivas que demonstram que o controle médico sobre os corpos femininos não opera da mesma forma para mulheres negras e pobres, por exemplo. O conceito, ao discutir a importância dos marcadores sociais e do contexto social que cerca as experiências no campo da reprodução (para além das gestações e dos partos, incluindo, o ideal de planejamento familiar, parentalidade, do aborto), amplia o debate para experiências que são coletivas, comunitárias, não somente individuais. Reflete-se “as condições sociais e estruturais em que as experiências pessoais são vivenciadas” e confere ênfase à “complexidade das demandas e experiências de grupos vulnerabilizados, os quais, historicamente, tendem a ser invisibilizados nos movimentos sociais.” (TEMPESTA, CAVALCANTI & FRANÇA, 2022)

Aniceia, na entrevista, deixou bem explícito seus incômodos com o termo. Mas outras tantas doulas interlocutoras, como Antônia, Evelise, Jéssica, Luiza e Conceição também trouxeram nas suas falas algumas problemáticas provocadas por um esvaziamento da ideia de humanização ou por uma crítica à mercantilização desse campo.

“Humanização eu não uso. Virou marketing e é usada por aqueles que fazem violência mascarada de bonzinhos. As doulas já até apelidaram esses obstetras de fofinhos. É só uma palavra-chave de marketing, comércio para vender humanização por 20 mil reais. [...] Existem mulheres

que estão sendo escondidas lá atrás dessa ideia bonita de humanização. Não faz sentido seguir dentro de uma bolha, isso eu digo pra todas as profissões envolvidas na assistência, seguir sem olhar pras mulheres que tão atrás, escondidas. Mulheres pobres, mulheres pretas. As maiores taxas de mortalidade materna e de bebês são dessas mulheres, pobres e pretas. Então, assim, eu já vi médicos falarem que são humanizados no particular e chegar no público e fazer episiotomia. Como, sabe? Assistir parto em banheira, estrelinhas no céu, ganhando bem e não olhar para essas outras mulheres? Humanização não deveria ser usada por essas pessoas, humanização não deveria ser pauta de quem não se importa com a comunidade.” (Aniceia, 2024, entrevista)

“A humanização acabou sendo utilizada por pessoas que não são verdadeiramente humanizadas, que eu não considero humanizadas. Já é complicado desde a origem, porque deveria ser o básico do básico você prover uma assistência em saúde humanizada, né? Se é para seres humanos, a saúde deveria ser humanizada, sabe? Qual a novidade? [risos] Só que a coisa estava tão degradada que é preciso lembrar o básico: “Oi, somos seres humanos!” Mas, para além disso, cada vez mais foi sendo um termo que ficou bastante cooptado. Entendo que existam vertentes dentro do campo, por exemplo, nem todo mundo se preocupa com uma ampliação dessa humanização para todas. Então ok, tem médicas que cobram pelo seu trabalho no particular e realizam um trabalho verdadeiramente respeitoso? Ótimo! Mas a gente não vê sempre isso, o que a gente vê são pessoas que se dizem humanizadas e não entendem nada sobre, não sabem do tripé que sustenta o conceito: um parto respeitoso, baseado em evidência e se centre no protagonismo da mulher, e gritam por todos os cantos que são humanizadas.” (Luiza, 2024, entrevista)

“A humanização não é sobre o lugar, sobre os objetos que estão disponíveis na sala de parto, não é sobre ter doula ou não. É possível ter um parto humanizado sem estar em um hospital com banheira, sabe? A humanização está no protagonismo da mulher, no alinhamento da equipe com evidências científicas. Tipo, “aqui existe cesárea humanizada”. Detesto isso, existe uma cesárea respeitosa, bem indicada, mas humanizada? Muitas vezes se vende um pacote todo de coisas que são supérfluas. (Evelise, 2024, entrevista)

Um dos principais pontos de crítica desde a construção do movimento pela humanização dos partos e nascimentos se dá em consideração de uma “epidemia das cesáreas” no cenário brasileiro. Enquanto a OMS preconiza que o percentual de realização de cesáreas deve ser de 10 a 15%, a pesquisa “Nascer no Brasil 1”, de 2014, apontava que 28% das mulheres iniciaram a gestação desejando essa via de parto e o percentual de realização das cesáreas chegava a 52%. A rede privada, se isolava nos dados, conformando uma realização de 88% de cesáreas. Já a rede pública realizava em torno de 46%.

Os questionamentos às “cesáreas desnecessárias” ou “cesáreas eletivas” se envolvem com a preocupação da medicalização do corpo e dos processos fisiológicos das mulheres, da transformação destes eventos em processos mecânicos que tornam a mulher passiva no trabalho de parto e se articulam aos altos índices de mortalidade maternidade que o Brasil também apresenta. Dentre as

principais causas da mortalidade materna no país, segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, estão a hipertensão arterial específica da gravidez, as hemorragias, as infecções puerperais e o aborto. As cesarianas realizadas de forma rotineira repercutem de forma direta nos dados de hemorragias e infecções puerperais, uma vez que a cesárea, por se tratar de uma intervenção cirúrgica, eleva as chances de ocasionar esses agravos.

Mas, além disso, essas críticas do movimento de humanização a epidemia das cesáreas advêm da percepção de que os partos e nascimentos haviam sido incluídos em uma lógica produtivista, envolvido em interesses econômicos e em dinâmicas de redução de tempo e produção de lucro, como bem aponta Emily Martin (2006) em sua teoria. Nas sociedades capitalistas, segundo Riscado, Jannotti e Barbosa (2016), “a cesárea significa maior produtividade, pois pode ser realizada em menor tempo, e maior lucratividade, pelas maiores despesas hospitalares.” Luiza me atentou diversas vezes para uma questão que também considerava fundamental para a propagação das cesáreas, o medo de um parto vaginal, normal, recheado de violências.

No entanto, como Evelise aponta, até as cesáreas, de certa forma, foram ligadas a ideia de humanização. É possível, portanto, interpretar que o mercado que envolve esse cenário rapidamente respondeu a efervescência da defesa da humanização dos nascimentos. Uma forte esfera de mercantilização de produtos e serviços passou a ser articulada à ideia da humanização. Articulada não necessariamente à mudança de posturas, atitudes, processos de formação continuada ou de um paradigma de assistência, mas às mudanças no ambiente, construção de “salas humanizadas” nos hospitais privados, na inserção de novos objetos como as piscinas de parto, as bolas de pilates, as banquetas. Assim, a lógica de mercado passou a presidir também o humanizado, passou a influenciar, inclusive, na prática profissional das doulas.

Aniceia, por exemplo, reclamou comigo sobre como por diversas vezes foi mal vista por outros profissionais da assistência por praticar uma doulagem simples demais, sem muitos equipamentos ou métodos alternativos, como aromaterapia ou choques para alívio da dor.

“Eu não sou a doula que vai levar mil cheirinhos, não acho que a gente tem que ser aromaterapeuta, sabe? Eu não gasto milhões com essas coisas porque a gente não ganha pra isso! É muito complicado esse lugar de que a doula tem que fazer absolutamente tudo. Eu sou uma doula que faz carinho porque acho bacana, mas não tenho negócio de choque para aliviar as

dores. Não tenho métodos caros, eu fico com um ano pendurado no pescoço pra servir de rebozo e bolsas de água quente. Minha assistência é voltada para o simples, com um olhar para a mulher com humildade. Eu entendo que preciso botar aquela mulher de cabeça pra baixo, botar ela pra caminhar, agachar, não defendo crossfit de parto. Eu me coloco no chão, em silêncio e observo o que ela precisa para intervir. Porque até pra uma doula qualquer atitude, pergunta, é uma intervenção. Sou uma doula raiz, né? Doula que é só doula. Uma vez uma enfermeira obstétrica, a gente já não se bate muito, e ela me perguntou “você não tem óleos essenciais?”, e aí ela abriu uma mala de óleos essenciais. Me colocou nesse lugar né? De menor. E eu falei, não, não tenho nada, tenho o que eu sei e o que acredito que é um bom trabalho, uma assistência com amor, com respeito e com gentileza. Pra mim aquele corpo não precisa de nada [o corpo da parturiente]. (Aniceia, 2024, entrevista)

Ao mesmo tempo, portanto, que as doulas difundem uma ótica de cuidado respeitoso e digno para as mulheres, estivessem presentes nas pioneiras ações do SUS, dos programas de doulas voluntárias/comunitárias, e permaneçam em diversas ações de doulagem social independentes, passaram tanto a se popularizar em determinadas camadas sociais que tinham esse “acesso privado à humanização” e a serem representadas no imaginário social dentro dos estereótipos criados sobre esses aspectos, quanto serem tratadas como mais um produto desse pacote de parto humanizado que se encontra à venda. Barbosa et al. (2018) analisa esse aspecto:

“De ‘calcanhar de Aquiles’ do modelo biomédico tradicional, como se vê no sistema público, [as doulas] passam a compor os combos das equipes ‘humanizadas’ no serviço privado. Ao invés de configurarem-se como uma ruptura com a lógica do grande capital, esses novos paradigmas assistenciais podem funcionar como estratégias de rejuvenescimento do capitalismo biomédico e manutenção das relações de poder sobre o corpo feminino.” (BARBOSA et al., 2018: 426-7)

A percepção desse cenário também foi um ponto tratado por uma de minhas interlocutoras, Conceição. Ela reafirmava que humanização tinha sentido ainda no início dos anos 2000, na publicação da Política de Humanização, mas já era um sentido esvaziado, muito aberto a interpretações individuais. Deu exemplo de um Hospital a cidade de Juiz de Fora, construído nessa época, em que a humanização aparecia para justificar um ambiente bonito, sofás confortáveis e cheio de quadros, e não para ser um parâmetro de posturas e atitudes dentro do famoso tripé.

“Se você perguntar para uma pessoa aleatória o que é a humanização no parto ela não vai se referir ao tripé: parto respeitoso, evidências científicas e protagonismo da mulher. Provavelmente ou ela vai te responder que é um parto sem violência ou ela vai falar que é ter parto na banheira, e só. Então, pra mim, a doula era pra ser uma profissão política, se uma pessoa tá doulando e não é tem essa posição política, não tá sendo doula direito, é só mais um enfeite dessa humanização. Mais um elemento junto com a bola de pilates, com a banheira. [risos] Mas se abriu esse espaço. Como a gente já lutou muito, agora já tem entrada agora nos hospitais, até nos mais difíceis

a gente entra com a Lei da Doula, a gente virou mais um produto. A gestante que quer ter um parto humanizado precisa dar 'check' na doula na sua lista. E aí, sei lá, pensa que a mais cara deve ser a melhor e só." (Conceição, 2024, entrevista)

Essa polissemia do conceito de humanização produz uma esfera de disputas e embates de interesses diversos, entre profissões, instituições e também intra-profissões. Identifico, nessa frente, a profissão da doulagem em uma espécie de encruzilhada. No texto reafirmo constantemente a ideia de "uma parcela do movimento", "parte das doulas" e "algumas doulas", aos apontamentos a esse conceito de humanização, em relação principalmente às doulas ativistas e educadoras. Já outras experiências e formas de doulas que tive contato isso não foi uma questão. Nas histórias de Janaína, Janis, Lara e Bianca, por exemplo, era possível perceber como durante toda a entrevista se utilizavam da ideia de humanizar como positiva, necessária.

"A gente precisa muito da humanização. Não dessa ideia de humanizar só o parto. Mas humanizar a saúde. A humanização do ser humano. Saúde e lidar com pessoas, do porteiro ao médico, todos deveriam trabalhar como pessoas. Trabalhar respeito, empatia. Eu gosto de pensar na humanização da saúde para englobar tudo, seja no particular ou no SUS, as pessoas precisam fazer reciclagem de si." (Lara, 2024, entrevista)

Mesmo que em determinados momentos essas doulas tenham críticas pontuais ao movimento, não abdicam ou se recusam a utilizar o termo ou ignoram a importância. Bianca, que estava em uma espécie de transição profissional para a enfermagem obstétrica, afirma, inclusive, que seria uma *enfermeira obstétrica humanizada* principalmente pela sua trajetória na doulagem.

"O nome humanização aparece pra mim na minha formação de enfermeira. Como se fosse uma necessidade para a formação de um profissional da saúde. Mas foi só no curso de doula que eu vi o que era, de fato, essa necessidade, e que eu vi mesmo o que era preciso fazer pra tornar a assistência algo humanizado. Então, na formação da doula a humanização é intrínseca ao processo. Você aprende a ter condutas e essas condutas todas são humanizadas. Na época meus colegas de enfermagem comentavam comigo isso, que a minha conduta como estudante de enfermagem estava muito mais humanizada, completamente diferente. Porque a humanização não veio só no final daquele curso, como uma temática de ensino, um detalhe. Pra ser humanizado você tem que se formar humano. Você tem que se formar sabendo como agir de forma humanizada, senão isso não é parte verdadeira da sua profissão, são só toques de humanização. Abre margem para em um dia, por exemplo, que você tá com a cabeça cheia, estressado, replicar atitudes automatizadas e deixar a humanização de lado." (Bianca, 2024, entrevista)

Reitero, portanto, que existe um afastamento consciente, de algumas doulas, das clássicas palavras do movimento humanizado, que aparece como uma estratégia de resposta a esse movimento de mercantilização e esvaziamento do

conceito, e, ao mesmo tempo, uma parcela que não produz essas críticas. A aproximação da categoria acaba por se firmar na defesa de uma assistência ao ciclo gravídico-puerperal sem violências obstétricas, que se formata diante do respeito, consentimento e da promoção da autonomia e o protagonismo da parturiente.

Esses valores e princípios referem-se aos sentidos que são mobilizados pelas doulas quando articulam o conceito de humanização e, ao mesmo tempo, descolam-se da necessidade de novos produtos e do oferecimento de novas categorias de serviços, que por si só não estabeleciam relações de cuidado ou atuariam frente a diminuição das violências obstétricas ou promover a autonomia da mulher. Em geral demarcam-se prioridade às posturas e atitudes dos profissionais envolvidos na assistência, que deveriam estar baseados em evidências científicas atualizadas, assim como elas fazem, atentos aos desejos e ao conforto e bem-estar da mulher para proporcionar assistências e desfechos de parto positivos, respeitosos, dignos para todas as mulheres, principalmente aquelas usuárias do SUS, que como Aniceia coloca acabam “escondidas por trás da humanização”.

Por isso, essa inversão da máxima de Odent observada em campo ressalta um movimento importante de autocrítica interna de uma parcela das doulas às perspectivas usuais da perspectiva clássica dos partos humanizados. Para mudar a forma de nascimento seria necessário mudar o mundo. Mudar o mundo significa, neste caso, estabelecer novos paradigmas, inventar, reinventar uma cultura de assistência mediada pelo cuidado e afastada das violências.

A percepção é que existe, claro, nesse ideal, o respeito e a promoção do fisiológico, mas não a defesa da sua sobreposição, já que este evento que é fisiológico, mas também é social e cultural. Para essa parcela das doulas, *ativistas e educadoras*, é importante não produzir uma reificação de um lugar puramente de instinto, de concepções sobre o que, biologicamente, é ser mulher, parir, ser mãe. Concepções e aproximações estas que são perceptíveis nos discursos das doulas *espiritualistas e alternativistas*, em diferentes nuances, mas podem ser, e são como no caso relatado no parto de Eliane, utilizadas para violentar esses corpos. A promoção do desdobramento de processos fisiológicos e até mesmo a preocupação com a produção da tal “ocitocina” é, nas práticas profissionais das doulas, fundamental. Mas esse movimento só é possível ao ser mediado pela cultura, mediado pelo próprio trabalho dessas doulas.

Tenho compreendido a profissão da doulagem nesse lugar de *mediação*. Por vezes são praticadas espécies de tradução dos conhecimentos e das técnicas biomédicas para as suas doulandas, produzindo caminhos seja pelas “tecnologias ancestrais”, pelas “tecnologias leves” ou *consentindo* às “tecnologias duras” quando necessário. A ocupação e o lugar desta figura contemporânea de informação, de assistência e de cuidado se estabelece em jogo com estes pares e com as dicotomias produzidas de oposição e de complementaridade em saúde.

3.2 Doulas na linha de frente: estratégias de enfrentamento às violências obstétricas

Eliane teve sua primeira gestação aos 19 anos e destaca que queria ter seu “parto normal”. Tinha influências da parturição em sua família e acreditava que se suas avós pariram naturalmente, ela também poderia. De fato, seu primeiro parto aconteceu pela via vaginal, mas passou pela experiência sozinha, sem uma vivência de explicações e consentimento. Em trinta e cinco minutos o nascimento aconteceu, colocada em posição de litotomia, pariu seu filho e o “pique” foi realizado para a saída da placenta. A doula conta que haviam muitas pessoas na sala de parto, assim como ressalta Evelise no seu relato de parto. Das 11 pessoas contadas por Eliane na sala de parto, 10 eram homens e uma era mulher.

Nos primeiros segundos que estava com seu filho no colo, chorando, ouviu a mulher comentar da parturiente estar emocionada e logo depois ouviu o médico responder “Que bom, com a emoção e a ocitocina ela não irá sentir a dor”. O “pique” foi realizado em seguida, para ensinar todos os outros presentes, alunos, a como isso deveria ser feito, junto a rafia, sutura. Eliane diz que naquele momento não percebeu a violência, não sabia se aquilo era certo ou errado, por muito tempo jurou que era o que deveria ser feito, não sabia que aquilo tinha nome, “episiotomia”. Além das sequelas do doloroso corte, Eliane teve depressão pós-parto. Foi ser mãe novamente, parir, nove anos depois desta primeira cena e em uma experiência totalmente distinta, positiva, segura, sem violência, de acolhimento, e em um novo ambiente, a Casa de Parto.

Eliane descreve que na segunda experiência não teve o acompanhamento de uma doula formada, mas nesse parto pode contar com mulheres de sua família. Se por um lado os conhecimentos sobre fisiologia, as técnicas e os procedimentos não

existiam, por outro sobrava em cuidado, em se colocar uma no lugar a outra, em acolher, em tratar como gostaria de ser tratada. Lembra da sensação boa que foi ser acolhida por alguém que sabia seu nome e carregava seu prontuário nas mãos na Casa de Parto. Ela conquistou sua certificação como doula em 2016 e ressalta que nesse momento teve contato com as evidências científicas, compreendeu o que era lei, ética, violência obstétrica, racismo obstétrico e qual era o papel do médico.

Já Evelise quando descobriu sua gravidez, não planejada, e contou para uma amiga, Sônia, e lidou com uma primeira reação surpreendente: “Nossa, você precisa estudar, procurar saber das coisas porque existe violência obstétrica, tem que ser esperta pra ninguém te passar a perna”. Evelise conta que já estava achando a gravidez um processo difícil pelo medo do pós-parto, dos cuidados da criação, quando recebeu mais essa demanda demorou a processar. Quando decidiu buscar mais informações sobre, fez um movimento de aproximação de outras mães, participava de alguns encontros com gestantes com rodas de conversa e acolhimento.

Evelise esperou até as 41 semanas e 5 dias para o nascimento da sua filha. Só teve o acompanhamento familiar, e como era mãe solo, da própria mãe. Evelise comentou que todos ao seu redor já julgavam sua decisão de esperar até as 41 semanas para decidir induzir o parto, no entanto a mãe fazia esses comentários até mesmo no momento do trabalho de parto. Ressaltou que tinha pânico de anestesia, de cirurgia, e por isso optou por seguir pelo parto vaginal. uma lembrança de uma enfermeira obstétrica que puxou ela em um canto da sala, nesse processo de indução do parto, e a acalmou: “Sua bebê pode nascer hoje, amanhã, depois de amanhã. Fica tranquila, enquanto tiver tudo bem, você tem todo o tempo!”

A doula, naquela época, tinha uma ligação com o movimento de humanização, conhecia a doulagem superficialmente e alguns ideais, por exemplo, de que ela deveria ter acesso a informação e protagonismo de escolha. No entanto, ressalta que não entendia o que, de fato, poderia escolher. Se não era médica, não era enfermeira, o que poderia escolher? Evelise disse que depois de muito tempo que estava em indução escutou da obstetra “Vamos conhecer sua filha logo? Já tem um tempão que você tá aqui. O coração dela por enquanto tá bem, mas a gente nunca sabe né?”

O trabalho de parto só iniciou horas depois, e se desdobrou pela noite toda. No momento final do parto, Evelise conta que estava de 4 apoios na cama e a

obstetra solicitou que ela entrasse na posição de litotomia. Quando ela se virou nessa posição, mesmo completamente desconfortável encarou de frente a sala de parto e relata que estava lotada. Depois descobriu que pela troca de plantão eram 4 obstetras recentes, mais os residentes, duas equipes de enfermagem e duas equipes de pediatria. Cerca de 16 pessoas estavam assistindo seu parto. Nesse momento lembra de escutar a voz da obstetra pedindo pra ela fazer força e ter a sensação de que aquele momento nunca iria acabar, que não conseguiria parir. Em seguida sentiu uma dor muito forte, caracterizou como absurda, gritou muito e fez força, sua filha nasceu.

Evelise conta que no momento não entendeu bem o que tinha acontecido. Percebeu somente que a médica tinha iniciado um processo de sutura no períneo. Com isso perguntou se tinha lacerado, por isso a dor. Mas a médica respondeu que não, que ela mesmo teve que “cortar um pouquinho”. Evelise relata que seu mundo caiu, tendo tido uma episiotomia sem o seu consentimento. Ela sentiu raiva, medo, se sentiu acuada, não entendia porque a médica tinha realizado o procedimento no seu corpo sem ao menos comunicar a ela. Lembra da sala cheia, todos comemorando a chegada da bebê e dela sentir tudo e ao mesmo tempo não sentir nada. Só dor.

As duas histórias ressaltam tanto descobertas de categorias e conceitos para experiências que sentido na pele e não sabia nomear, reconhecer, digerir, quanto conceitos que conhecia, mas que nunca poderia ter imaginado passar. A formação na doulagem de Eliane e Evelise veio acompanhada de um projeto de vida. Para Evelise, a doulagem era a oportunidade de transformar as vidas das mulheres para que nenhuma mais precisasse passar pelo que ela passou. Eliane atuar nas periferias e lutar para que o cuidado e as informações chegassem a mulheres como ela: mulheres negras e dentro de territórios vulneráveis, com equipamentos de saúde precários e recheados de histórias de assistências negligentes e violentas.

“Não consigo não me lembrar das demais mulheres que não estão sendo assistidas por falta de saúde. A gente tem uma sociedade que não prioriza a nossa saúde como mulher e, principalmente, nos vulnerabiliza quando gestantes.” (Eliane, I Encontro Nacional de Doulas no SUS, 2021.)

“Quando eu sei que vivi isso, eu não posso naturalizar que isso seja normal. É por isso que eu faço políticas públicas, por isso eu promovo ações sobre saúde da mulher e parentalidade dentro da comunidade. E sobre isso que a gente tá falando, sobre comunidade, sobre relações construídas, sobre vínculo. Mas também é sobre opressão, é sobre negação de direitos. Sobre maternidade compulsória, sobre o corpo da mulher não ser propriedade

dela. É sobre mulheres serem cuidadas por pessoas que não sentem suas dores” (Eliane, I Encontro Nacional de Doulas no SUS, 2021.)

Essas duas histórias, assim como o relato já abordado de Amora, são histórias profissionais das doulas que cruzam com suas histórias de parto, como mães, e se encontram em um dos polos de um par de experiências de parto, negativo-positivo. Os aspectos que movimentaram essas possibilidades estão envolvidos pelo cuidado, pelo acolhimento e pelo acesso à informação. A trajetória de desenvolvimento da profissão da doulagem em suas vidas, portanto, é marcada por uma virada de chave. Dessas experiências de ser mãe ou de acompanhar e perceber desfechos de parto que podem ser desrespeitosos, frustrantes e sofridos ou de partos que podem ser respeitosos, dignos e humanizados, é que surge um ímpeto pessoal para impactar a vida de outras pessoas que gestam.

Não à toa olhando para o Mapeamento de Doulas é possível perceber um grande contingente de mulheres doulas formadas em outros campos de saber ou trabalhando em outras frentes em complementaridade a doulagem, e, ao mesmo tempo, doulas que são mães. Mulheres que carregam muito de suas experiências de carreiras anteriores para suas doulagens, assim como carregam também suas experiências de ser mulher, de parir, das violências ou das delícias que circundam o ser mãe.

Quando perguntei a Evelise sobre sua trajetória profissional e ela remete às primeiras marcas da maternidade em sua vida, confere-se ênfase a esse argumento. A doula, no entanto, apontou para dois dilemas importantes dessa conexão. Até hoje — coloca que por sorte — não acompanhou nenhum parto que teve episiotomia em seu desfecho.

“Nas mais de 400 mulheres que eu já acompanhei, nenhuma teve episiotomia. Graças a Deus, eu nunca vi uma episio, eu não conseguiria ver, não mesmo. Em um acompanhamento remoto só, a distância pela pandemia, a gestante foi para o trabalho de parto sozinha e retornou dizendo que consentiu com o corte. É sempre aquele consentimento né? Persuasivo, que fala de risco de vida ao bebê. Mas, cuidar dela no pós parto ajudou a curar um pouco dessa dor minha também...é um lugar de eu entender o que ela passou, sabe? A gente não pode misturar as histórias, mas é difícil, também era eu ali.” (Evelise, 2025, entrevista)

Essa ideia propagada do consentimento aparece de forma muito complexa. São inúmeras vezes, no campo, que consentir sobre algum procedimento para ser realizado durante o trabalho de parto é o suficiente para que determinadas posturas e práticas não sejam uma experiência violenta. Seguindo essa lógica uma episiotomia é violenta, mas se foi consentida não. No entanto, um procedimento que

reiteradamente é apontado como sem evidências científicas, que causa sequelas severas, cicatrizes, traumas e dores, deixa de ser violência por ser consentido?

Mariah Torres Aleixo (2024) discute exatamente esse ponto ao comparar relatos de parto de mulheres distintas que interpretam suas experiências fora da moldura esperada de violências obstétricas. Ao retomar uma esteira de antropólogos interessados na dimensão do consentimento pressupondo que este é mobilizado de maneiras distintas em contextos diferentes, além de ser poroso e negociado, como fazem Camila Fernandes, Ewerton Rangel, Maria Elvira Díaz-Benitez e Oswaldo Zampiroli (2020).

A dimensão que Evelise aponta quando traz essa reflexão de persuasão, principalmente acionando a ideia de risco, é fundamental. Se considerarmos as hierarquias e assimetrias de poder entre a parturiente e a equipe de saúde envolvida na sua assistência, principalmente o médico obstetra. Delimitar nesse contexto o limite entre o que é consentir ou não consentir se torna uma árdua tarefa. Ainda mais árdua quando tocada a ideia de risco que é um ponto nodal das disputas.

A noção de segurança é usada como justificativa legítima para a violência. Mary Douglas (1966) confere ênfase para as formas sociais que são construídas para se enfrentar o risco e, para primeira, identificar o que seria ou não algo perigoso, arriscado. Mas, em *Risk Culture*, Douglas & Wildavsky (1982) expandem e discutem essa ideia pela perspectiva de que os riscos não correspondem a uma evidência natural ou física, não são consequências diretas de desenvolvimento tecnológico, por exemplo, são também socialmente selecionados.

“Some do argue that our new attitudes toward risk are the result of technological advance. But this does not explain the shift. Technology has certainly changed our ideas about what is normal. Once we all understood the nature of statistical facts, we began to use them as ways of asking questions, instead of as answers. [...] The questions that are asked are only limited by concern, not by technology. Technology plus statistics have enriched the idea of normal bad luck by adding the question of what ought to be normal. And here we come to an awkward pause. How do we decide what ought to be normal? [...] Our present high standards of expectancy for health and life rest on the achievements of science. Low technology originally set the lower normal expectancies, but high technology has given us now the hope that any present level of bad things may be lowered.” (DOUGLAS & WILDAVSKY, 1982, p. 38-39)

Entendo que a reflexão proposta pelos autores possibilita discutir os aspectos sociais e culturais das experiências e situações vividas na sala de parto, de como são construídas as percepções de risco das profissões envolvidas na assistência e das formas de enfrentar esse risco observado. Na citação acima é possível

compreender como a classificação dos riscos se delimita nas sociedades modernas pelos valores culturais e, claro, pelas instituições sociais. Na esteira de Douglas & Wildavsky (1982) seria preciso partir para o reconhecimento e a identificação dos valores que estruturam e paramentam o contexto da assistência à saúde reprodutiva das mulheres, que estruturam o cenário dos partos e nascimentos e paramentam a posição da classe médica, e permitem a justificativa da violência em nome do reconhecimento do risco.

“A primeira coisa que falam quando você reclama de qualquer questão no cenário dos partos é “seu bebe ta bem!”, “sabia que tem gente que não leva bebe pra casa?” ou “mas olha só como deu tudo certo mesmo assim” e, tudo bem, isso é muito importante, mas as pessoas minimizam a experiência da mulher, invalidam. Eu sei dos riscos, sei que pode acontecer muitas coisas, mas isso invalida o que eu senti? o que eu passei? (Evelise, 2024, entrevista)

“As intervenções são assim, tem umas médicas que falam que se não nascer até tal hora, a gente vai ter que ir pra cesárea. Falam isso já indo se trocar pro centro dirigido praticamente e sempre trazem que é por segurança. Mas demora, sabe? Demora tudo no hospital, eles falam isso, falam que tem urgência, mas pra organizar tudo dá uma hora e tanta até descer pro centro cirúrgico. Então que desespero é esse para intervir? Que risco é esse? Teve uma vez que eu vi a médica chegando com aquela mesinha de instrumentos e me fingi de desastrada e chutei a mesa, caiu tudo no chão. [risos] Ela me olhou com uma cara tão feia, mas foi isso que deu bons minutos pra gente conseguir seguir com o parto e ter aquele neném com segurança. (Conceição, 2024, entrevista)

Além desse ponto, o relato de Evelise levanta questões éticas das posturas da doula frente a determinadas situações. Esse aspecto ressalta uma forte dualidade da categoria ao longo do trabalho de campo foi se tornando uma questão de interesse complexa. Como reiterei anteriormente, existe um ambiente específico em que essa cena central do trabalho das doulas, os trabalhos de partos, se desdobra, a instituição hospitalar. Além disso, existem outros profissionais envolvidos na assistência. Destes, hoje, a doula ocupa o lugar mais marginalizado na assistência, pelas diversas características, já trabalhadas ao longo do texto, que envolvem as acusações quanto a origem das práticas, a legitimidade destas, a desregulamentação da profissão.

Essa posição implica, tanto em vias éticas quanto burocráticas perante a instituição hospitalar, em uma postura das doulas que deve ser silenciosa. Por mais que sejam questionadoras e críticas de uma série de práticas, posturas e condutas, pelos diferentes motivos que sejam, estas não podem se reportar diretamente à equipe para reclamar ou impedir determinadas ações com as gestantes que acompanham. Por isso, a educação perinatal adquire tons tão importantes na

doulagem, para informar e mediar as possibilidades de situações que podem aparecer e definir estratégias para lidar.

“Definir essa nossa postura [das doulas] é o maior desafio na minha prática, por ética a gente não pode falar, mas mesmo que pudesse existe uma hierarquia ali dentro. Às vezes a enfermeira obstétrica também quer falar e não fala. Só é diferente quando ela é concursada do hospital, aí bate boca mesmo e compra a briga. Mas com a gente é diferente. Então às vezes a gente vai sim assistir violência, e é por isso que eu to ali, apesar disso eu quero estar ali pra melhorar a situação, transformar esse cenário. *O maior dilema é que algumas vezes a nossa presença ameniza as violências e o sofrimento por si só, a mulher às vezes está tão confortável e acolhida que ameniza. Ai é bom por um lado, na prática ali, mas por outro lado é o que faz a violência se tornar imperceptível. Ai você fica naquela, se a minha presença traz tanto conforto que vela a violência, eu não sou parte dessa violência?* Isso é muito difícil, às vezes você pensa que se não tivesse ali, aquela mulher teria percebido a violência, buscado justiça ou algo do tipo...” (Luiza, 2024, entrevista, grifo nosso)

Esse dilema do lugar da doulagem frente às violências, exposto por Luiza, é um ponto trabalhado por Jasmine Krapf, em uma autoetnografia, enquanto um paradoxo. Ao pensar o lugar de cuidado da doula pela lente foucaultiana, a autora aponta que essas atuam apenas mitigando as violências obstétricas, sobre o conceito de corpos dóceis de Foucault, praticaram táticas temporárias de cuidado que agem reformando o sistema, mas ainda assim reforçando a estrutura medicalizada de nascimentos.

“the doula is restricted to a role of subservience within the institution and is forced to assimilate and comply with prevailing medicalized systems to remain tolerated by the obstetrician—an embodied form of institution. While the doula may act as an embodied form of protest by inserting herself into the institutional domain with the intention to reform it (or oppose its interference in the birthing event altogether), she is often reduced to docility since she must operate within the confines of institutional rules and regulations in order to maintain her presence in the hospital space.” (KRAPF, 2020 ,p. 30)

A superação das violências e da própria forma medicalizante de tratar os nascimentos não caberia, portanto, as doulas, só seriam possíveis através de uma mudança estrutural. A angústia expressa por Luiza reforça o argumento de Kraft no sentido de que somente essa mudança poderia “liberar as doulas da sua posição paradoxal”, o que implica na alteração do paradigma de reforma para revolução.

The doula’s position in the hospital space speaks to the symptomatic invisibility she experiences at the very bottom of the institutional hierarchy. Her role is undeniably beneficial in terms of risk and intervention reduction, but her role is also undeniably restricted by policy and politics. The conventional doula’s role is indeed a form of pathological protest — a metaphorical band-aid (emotional support) for a rampant systemic infection (obstetric violence and the medicalization of birth).

Algumas doulas assumem mais facilmente esse “lugar silencioso”, dócil, da assistência frente às intervenções, e assistem o trabalho de parto promovendo suas práticas de cuidado, confiando no seu processo de educação perinatal e respeitando o encaminhamento das decisões e história da parturiente — mesmo que isso incorra por vezes em violência. Já outras doulas relatam que criam estratégias para fugir com esses cenários. Buscam enquadramentos que fujam desse padrão de silêncio e subserviência e ao mesmo tempo possibilitem outros desfechos não-violentos ou menos violentos.

“Eu faço uma comunicação indireta, eu sei que não posso falar, pelas regras, a gente assina um documento, mas *sempre que chega uma equipe no quarto eu me levanto. Eu falo isso pros acompanhantes também, na educação perinatal, chegou alguém da equipe se levantar e ficar do lado da mulher. É uma comunicação de imposição, se levantar sem falar nada. Toda vez. Posso já estar cansada, com fome e com sono, se entrar qualquer pessoa eu me levanto e fico do lado da mulher.* Não saio de um lugar pro médico estar também. Se a gente tiver no chuveiro eu vou me apertar e ficar, não saio do cenário pro médico estar porque é assim que acontecem as violências. Eu não me calo, respondo se me perguntarem. Me coloco como trabalhadora, como assistência, tentando dialogar para colaborar. Mas também não fico me intrometendo, respeito às decisões da mulher. As evidências científicas não se enquadram em todas as realidades, cada mulher tem a sua história e a gente tem que estar com ela em todas as decisões.” (Aniceia, 2024, entrevista, grifo nosso)

“A gente não tá em posição de discutir de igual pra igual, a doula não é querida pela equipe. Se a gente se coloca no embate na sala de parto, coitada de nós, né? Além de que os médicos vão descontar isso na mulher, ter uma postura mais dura com elas. Meu papel é alinhar tudo na educação perinatal, resolver antes e ir pro parto preparada. Mas ainda com evidência, ainda com informações, ainda que a gente precise observar uma violência obstétrica, a gente não pode falar. Mas *tem como criar situações né, quando a equipe sai a gente conversa, se junta, pensa junto e consulta o Plano de Parto. Quando eu vejo que a coisa tá ficando ruim também já levo logo pro banho. Vamos pro banho? Porque a equipe dificilmente quer se molhar no banho, então a gente ganha uns bons minutos.* Às vezes o profissional tá fazendo muito toque e aí a gente leva pro banho que ele não vai querer se molhar toda hora.” (Antônia, 2024, entrevista, grifo nosso)

Nesta pesquisa, portanto, observo que são as doulas ativistas aquelas comprometidas com a luta por essa mudança, para além dos efeitos na sua prática profissional individual, ou nas famílias que se comprometem a estar ao lado. A profissão está significada para as doulas ativistas com um compromisso social e político, com uma resistência à docilidade e pelo enfrentamento a essa “infecção sistêmica desenfreada”, o que não aparece para as outras tipologias com tanta ênfase.

Entende-se a presença de uma fronteira tortuosa — relatada como angustiante para algumas das interlocutoras — entre lidar também com a ausência

da própria percepção de violência das mulheres assistidas ou atravessar uma linha de intervenções que pode incorrer em uma postura de tutela. As linhas entre o respeito ao papel do protagonismo da mulher e o desdobrar de um parto sem violências obstétricas são verdadeiramente tênues e dependem da percepção que é desenvolvida na situação de parto.

A busca pela definição mais forte desse limite aponta para a problemática da figura das doulas como se estas pudessem influenciar, ao intervir ou comunicar alguma questão, tanto quanto os médicos fazem, à gestante ou a parturiente nas suas escolhas. Claro, em um outro polo de valores, praticamente invertido como coloca Fleischer (2005), “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” (FLEISCHER, 2005, p. 20).

A ideia propaganda pelas doulas educadoras, ativistas ou espirituais, por exemplo, é de que se uma mulher e seu acompanhante estão informados sobre as posturas, refletem seus desejos e condições no Plano de Parto e, mesmo assim, *consentem* a algum procedimento ou intervenção ou não qualificam uma postura como violenta, a doula deve respeitar. Nesse ponto parece existir uma certa preocupação de não assumir o lugar de tutela que é criticado na postura dos outros profissionais.

Já as doulas no espectro ativista agem com mais ênfase frente a esses cenários. Aniceia falava sobre muitas vezes sobre nos momentos do trabalho de parto “ter que engolir o seu próprio ego e deixar as mulheres trilharem as suas próprias histórias”, mas, ao mesmo tempo, confessava que em situações que observava uma postura muito violenta da equipe e que não poderia intervir efetivamente, agia como testemunha, tanto ocular como ao gravar áudios das expressões violentas e guardar este. No pós-parto, passado um determinado período, conversa com estas mulheres sobre essa dimensão e percepções de violência, oferecendo acolhimento, e as incentivando na busca por justiça e contribui com o material.

Por fim, como última frente de análise, em relação ao dilema exposto por Luiza perante a sua presença em um cenário de violência e a angústia de considerar fazer parte desta, também tendo a considerar o destaque como uma reafirmação da posição das doulas como testemunhas. Veena Das (2011) considera ato de testemunhar, uma maneira de compreender a relação entre violência e

subjetividade. Entende-se a possibilidade de uma apropriação do sofrimento e sua mútua transformação para a ação pela ideia de conhecimento venenoso, uma espécie de conhecimento que é produzida pelo sofrimento. (DAS, 2011. p.35)

É importante considerar que a autora trata de eventos críticos de violência brutal, que ocorrem em uma dimensão macrossocial, e investiga a forma e a relação pela qual estes penetram nos cotidianos dos sujeitos, principalmente de mulheres. Ao discutir a história de Asha, por exemplo, que vive a Partição da Índia²³, em 1947, e consequências diretas desse processo nos tumultos e nas violações aos corpos, Das explora para além: como a violência incidiu nas relações cotidianas de Asha e como ela passou a resistir a opressão das instituições estatais, religiosas e familiares que atuavam para controle da sua vida. A autora identifica como Asha passa a reabitar seu próprio mundo após as experiências violentas, seu sofrimento e o trabalho do tempo:

“A terrível violência da Partição assinalou a morte do mundo como ela o tinha conhecido. Também forneceu um novo modo como ela pode voltar a habitar o mundo. De algumas perspectivas, sua adesão ao passado pode ser lida através da metáfora da prisão – algo de que ela é incapaz de escapar. De outra perspectiva, porém, a profundidade temporal em que ela constrói sua subjetividade mostra como se pode ocupar os signos mesmos do prejuízo e dar a eles um significado não só por atos de narração, mas pelo trabalho de reparar relações e reconhecer aquelas que as normas oficiais condenaram. Vejo isso como uma metáfora apropriada para o ato de testemunhar, que é uma maneira de entender a relação entre violência e subjetividade.” (DAS, 2011. p.39, grifo nosso)

No entanto, o esquema de análise da dimensão do testemunhar e do conhecimento venenoso me remetem a importantes formas de enquadramento da doulagem. As testemunhas se situam nesse lugar de fronteira porosa entre a subjetividade e a violência. Seja por experiências violentas pessoais que se transformam em motivação para trajetórias profissionais na doulagem ou mesmo por lidarem com as violências atravessando assistências nas histórias de outras mulheres, as doulas desenvolvem no sofrimento um arcabouço de estratégias para lidar e enfrentar as violências, no momento que estas acontecem, mas principalmente nos desdobramentos provocados em suas vidas. Existe um processo de negociação do indivíduo com o próprio mundo social que se dá no sentido atribuído às experiências de sofrimentos, na significação e ressignificação envolvido na própria reconstrução da vida.

²³ A Partição é o momento histórico em que se divide a Índia e em que o Paquistão é criado.

3.3 Tabus e dilemas: O aborto em questão

Um dos achados que considero importantes no desdobrar deste trabalho se configura na percepção da atuação das doulas em variadas dimensões do ciclo gravídico-puerperal. Assim, a dinâmica das informações, do apoio emocional e do suporte físico vão muito além do que costumeiramente aparece como sendo a centralidade da doulagem, o momento dos trabalhos de parto. As doulas, como pontuei anteriormente, podem conferir uma ênfase forte no pré-parto, nas rodas com gestantes, na dinâmica da educação perinatal, ou no pós-parto, nas dificuldades do puerpério e na relação com a amamentação e a criação dos bebês. No entanto, me despertou atenção no campo para um grupo de apoio comandado por doulas que buscavam formar uma rede de apoio a mulheres que sofreram abortos espontâneos, perdas gestacionais.

As situações de abortamento e as perdas gestacionais são eventos que podem ocorrer durante o ciclo gravídico-puerperal, ou seja, são experiências vinculadas à saúde dos corpos que gestam e dos direitos sexuais e reprodutivos. Contudo, nas temáticas de discussão tocadas pelas doulas, gestação, parto, e puerpério são principais, e a dimensão do aborto parecendo de escanteio, sendo negligenciada. Durante as entrevistas, a temática do aborto somente surgiu, sem que fosse feita uma pergunta direta, em duas situações: 1) o aborto como sinônimo da perda gestacional (no caso desse grupo descrito), ou seja, não como uma bandeira pela descriminalização do aborto, vinculando a uma questão saúde pública no âmbito dos direitos reprodutivos; 2) em um relato de uma experiência pessoal de abortamento espontâneo vivida por uma doula e das precariedades que foram enfrentadas na assistência a esse evento;

Uma vez que compreendi as diferentes visões de mundo que estavam em disputa internamente entre as doulas, considerei importante explorar a temática do aborto pelas suas perspectivas e identificar como cada forma de doular entendia e lidava na prática profissional com o assunto. No entanto, se a maternidade e os partos já são considerados como pautas cercadas de moralidades, o aborto é esgarça esse aspecto, se configurando fortemente como tabu social, rodeado um pânico moral, relativo a questões culturais e religiosas que impõem uma série de medidas restritivas, punitivas. Conversar sobre esse tópico com as doulas não era, portanto, uma tarefa fácil.

Durante a entrevista, logo que Evelise descrevia sua prática de doulagem voltada a um grupo específico de mulheres-mães, que saíram dos hospitais e maternidades sem seus filhos, com as rodas de apoio ao luto perinatal, emendou na importância de uma luta pelo direito ao aborto. A doula reafirmava que tinha visto já no curso de formação de doulas sobre a importância do acolhimento das perdas gestacionais e dos abortos espontâneos. Nas ementas de cursos de atualização em doulagem que tive acesso aparecem ideais relacionadas a promoção de uma assistência humanizada ao abortamento, em casos de aborto espontâneo e aborto legal.

“Falar sobre a ideia de incompatível com a vida é um assunto das rodas, falar sobre o aborto. Não é que a gente queira falar disso, mas é claro que isso aparece. É um tabu grande falar sobre aborto, mas a minha perspectiva é: eu pessoalmente não fiz, tive até indicação [risos], tive convite, pagamento pra fazer, tudo que podia, uma pressão mesmo e eu não fiz. Mas eu sou totalmente defensora do direito ao aborto. Só cada mulher sabe o que está passando naquele momento, no contexto da vida dela. E é uma questão de saúde pública né? A gente tem muitas mulheres que morrem fazendo muitas coisas quando se descobrem grávidas, se desesperam e tudo. Mas, além disso, das mulheres que não querem gestar, tem as mulheres que tem direito legal ao aborto e precisam enfrentar uma via judicial, demorada, longa, julgadora, e que traz questões emocionais muito grandes. Eu não acho que seja uma questão de que vai existir um aborto em cada esquina quando foi liberado, e eu espero que seja. Ele vai evitar que muitas mulheres morram, porque é isso, mulheres morrem fazendo aborto ou sendo pressionadas, levadas sem o seu consentimento à fazerem. Eu sou pró-vida, demais! Mas a vida de quem importa? A vida de quem tá aqui, de quem tá na barriga, ou é uma condição de vida boa, justa e digna para cada ser que vive e decide?” (Evelise, 2024, entrevista.)

É importante pontuar que o aborto é considerado crime no Brasil, sendo legalmente permitido, de acordo com o Código Penal Brasileiro, somente em três casos: risco de vida materna, gravidez em consequência de estupro ou anencefalia fetal. Entretanto, mesmo nestes casos de abortos legais, na realidade brasileira, gestantes que buscam esse direito enfrentam uma série de dificuldades e entraves nos serviços de saúde e de profissionais que alegam a “objeção de consciência”²⁴. Evelise também relata que acompanha de perto essa experiência dos entraves nos casos legais.

“As mulheres muitas vezes são discriminadas nos serviços de saúde, são tratadas como se tivessem provocado aquele aborto e sofrem esse estigma. Tem que ficar se justificando, se defendendo que queriam os bebês, que sonham e tinham planos, mas que estão ali perdendo e precisam de ajuda. Então a gente [as doulas] precisa se atualizar profissionalmente, abrir os

²⁴ A objeção de consciência trata de uma garantia constitucional, retratada também no Código de Ética Médica. Fundamenta-se sobre a liberdade de consciência e crença, permitindo que qualquer pessoa deixe de praticar determinado ato que se contrapõe aos seus princípios religiosos, filosóficos e morais..

olhos pra essas situações, pra acolher e pra poder também indicar caminhos possíveis dentro da lei, daquilo que é viável na nossa legislação que os hospitais são obrigados a fazer, os profissionais de saúde tem que fazer.” (Evelise, 2024, entrevista.)

Assim como retratado por Evelise, a título de exemplo, um caso de ampla repercussão nacional no Brasil, durante a pandemia, foi de uma criança do estado de Espírito Santo, de 10 anos, grávida por estupro, que teve o direito de abortar autorizado pela Justiça, mas não conseguiu um hospital em sua região que realizasse o procedimento, alegando incapacidade técnica. A criança precisou se deslocar para a cidade de Recife, em Pernambuco, para realizar o aborto. Entretanto, teve seus dados pessoais vazados e os dados da maternidade que se encontrava, o que fez com que uma série de grupos antiaborto, religiosos e de extrema-direita, intitulados “pró-vida”, protestassem em frente a instituição contra o procedimento, e inclusive tentassem invadir a maternidade. Associações feministas também se deslocaram para os arredores da maternidade, a fim de pressionar pelo cumprimento da lei.

Quando Evelise pontua que defende, portanto, que é “pró-vida” e é “defensora do direito ao aborto”, atua criticando uma visão que não valoriza a vida das mulheres que estão gestando contra a sua vontade. O direito ao aborto referencia um projeto maior de luta do próprio feminismo brasileiro, que se estende à anos, da descriminalização do aborto. Entendido como uma garantia do direito das mulheres de decidirem sobre o próprio, de escolherem ter ou não ter filhos e da manifestação do livre exercício das suas sexualidades.

A questão do aborto, nessa perspectiva, é enxergada como um critério para a justiça social, para a própria consolidação da ideia de democracia, um problema de saúde pública. Descriminalizar o aborto, neste ponto de vista, é uma estratégia para lidar, inclusive, com os altos índices de mortalidade materna que advém de abortos inseguros e dessasistidos. Realizados clandestinamente, os abortos são causas de ameaças cotidianas a integridade física, psíquica e a própria vida das mulheres.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde cerca de 55 milhões de abortos ocorreram no mundo, entre 2010 e 2014, e 45% destes foram inseguros. No Brasil, dados sobre aborto e suas complicações são insuficientes e incompletos. Muito da subnotificação deve-se ao fato destes procedimentos ocorrerem clandestinamente, os dados disponíveis serem referentes somente ao setor público e dependerem de investigação do óbito materno.

“Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) 2021, aos 40 anos uma em cada sete mulheres já realizou pelo menos um aborto. As barreiras individuais no acesso aos cuidados pós-aborto, por exemplo, são mais severas entre as mulheres negras. Indicadores como tempo para o início do atendimento ou acesso a um leito são racialmente diferenciados. As mulheres negras são também as que têm mais medo de represálias ao buscar os serviços de saúde e há evidências de maior prevalência entre elas. Não surpreende, portanto, que as mulheres negras tenham maior risco de óbito relacionado ao aborto” (DINIZ et al, 2023, p. 3086)

Além disso, as considerações que aparecem sobre as discriminações, maus-tratos e negligências sofridas por mulheres em situação de abortamento quando buscam atendimento no serviço de saúde, representam explicitamente a centralidade do conteúdo do conceito de violências obstétricas. Existem hipóteses recentes que, ao discutirem os dados dos estudos recentes sobre violência obstétrica, apontam, inclusive, para uma maior prevalência das violências obstétricas às mulheres que sofriam abortos do que aquelas que estão em trabalho de parto.²⁵ (LEITE, et al, 2024, p. 7)

Aniceia relatou durante a entrevista que sofreu um aborto espontâneo sem ao menos saber que estava grávida. Procurou uma unidade de saúde, pois estava com fortes dores e estava sozinha. Descreveu que por ser doula sabia que aquela era uma instituição muito violenta, mas que no momento não teve outra escolha. Aniceia não conseguiu se comunicar com nenhum familiar, teve seu celular tomado por alguns profissionais de saúde. Disse que precisou constantemente reafirmar que não era um aborto provocado, já que foi acusada e ameaçada de denúncia diversas vezes pela equipe que a atendeu. A doula pontua que aquela vivência mudou sua perspectiva pessoal e profissional:

“Depois desse aborto eu olhei tudo com outro olhar. A gente tem que lutar e gritar o óbvio pra todos nos respeitarem. Mas a maioria se cala, sabe que tá errado e não quer sofrer aquilo, mas a maioria cala por não entender que esse é o seu corpo, que a gente pode e precisa ter autonomia sobre ele, por não ter acesso a informação. Eu já era doula, então eu sabia muitas coisas, briguei para me proteger, para proteger o meu corpo. Eles queriam fazer curetagem de qualquer jeito, e eu não aceitei. Assim que eu estava ali e descobri que estava grávida, eu queria expulsar sozinha, queria fazer aquilo por mim e por aquele bebe. Queria que fosse respeitoso, independente dele ter vindo sem vida. Foram 9 horas de dor infinita, porque o aborto não tem intervalo né? E fora o desprezo da equipe. Só uma enfermeira obstétrica que no final me abraçou, me acolheu, devolveu minhas coisas e queria que eu chamasse alguém. Depois desse dia mudou tudo, se antes eu era

²⁵ As autoras apontam que a literatura não permite uma comparação direta entre essas diferentes experiências - parto e aborto- mas levantam essa hipótese da prevalência pelo “julgamento moral associado ao aborto em nossa sociedade. Não raro as mulheres em situação de aborto relatam ter sido questionadas repetidamente sobre terem induzido o aborto, além de relatarem negligência nos serviços de saúde por esse motivo.” (LEITE et al, 2024, p. 7)

militante, hoje eu sou uma leoa por aquela outra mulher. Nenhuma doula precisa ser mãe ou passar por isso pra ser doula, mas depois desse abortamento eu me posiciono muito mais, não me calo, me imponho da forma que puder contra as intervenções, manobras, as violências e assisto mulheres em itinerários de abortamento se eu for procurada, pra acolher elas e preparar o ambiente da melhor forma possível pra passar esse momento.” (Aniceia, 2024, entrevista)

Com as *doulas ativistas* e as *educadoras* foi possível desdobrar esse ponto e compreender os entendimentos e contornos que conferiam ao tema, aspectos que busquei reconhecer e brevemente desenvolver aqui. Já com as doulas alternativistas e espirituais, esse não foi um tópico em que houve abertura, ou não havia margem na conversa para abordar esse contexto, ou estas não se sentiam confortáveis em tratar do assunto enquanto eram gravadas. Portanto, produzir qualquer afirmação sobre o posicionamento dessas doulas diante do aborto seria um movimento errôneo. Quero, portanto, conferir um enfoque na percepção das *doulas ativistas* sobre o problema e da abordagem diferenciada deste pelas *doulas educadoras*.

Ambas apontam para a importância da presença da doula durante o acompanhamento dos itinerários abortivos, com os mesmos elementos benéficos que ressaltam as assistências aos trabalhos de parto. A diferença perceptível principal é que as doulas educadoras mobilizam pura e simplesmente seus discursos em torno da defesa de uma assistência humanizada, digna e respeitosa às situações de abortamento (sejam os espontâneos ou aqueles três casos legais). Já as doulas ativistas explicitam a temática como uma bandeira pelo direito das mulheres, uma luta que mira a descriminalização do aborto, que valoriza a possibilidade das mulheres decidirem em qualquer contexto se querem ou não ser mães.

Por fim, ressalto que em minha pesquisa algumas interlocutoras doulas afirmaram que se forem procuradas também auxiliam as mulheres em situação de abortamento a passarem por esse momento de forma digna e respeitosa, sem julgar se são abortos espontâneos ou provocados. Essas doulas relatam que acompanham às vezes mulheres em situação de abortamento em suas próprias casas, tornando o momento mais seguro e acolhedor. Esse movimento remete a uma outra forma de doulagem possível, que não exploro neste trabalho, mas é reconhecida em diversos países em que o aborto é parcialmente ou totalmente criminalizado, o que inclui o Brasil: as Doulas de Guerrilha.

Estas doulas desempenham sua atuação profissional especificamente para uma doulagem de processos abortivos, sejam eles provocados ou não. As *doulas de*

guerrilha, como apontado por Santos (2021), são redes de mulheres que produzem práticas de cuidado e garantias de acesso à saúde sexual e reprodutiva em casos de abortamento.

“Esses coletivos de doulas de guerrilha, geralmente, se organizam para estudar sobre métodos abortivos, construir cartilhas e outras formas de publicação independente e clandestina sobre o assunto, adquirem os kits necessários para a realização do procedimento, fornecem para as interessadas e acompanham virtualmente ou presencialmente os abortos com elas. É um trabalho extenso e perigoso que, segundo elas, é feito por estar de acordo com suas concepções sobre o aborto. Segundo elas, o procedimento deveria ser tratado como qualquer outro procedimento médico e a negação do acesso para algumas mulheres significaria uma negligência com a sua saúde. [...] A prática da doulagem de guerrilha, no geral, pode ser dividida em 3 funções: a de informar, a de custear os medicamentos e a de acompanhar o desenvolvimento dos abortos.”(SANTOS, 2021, p. 49)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, analisei as perspectivas das doulas sobre sua atuação profissional e os diálogos construídos com o campo da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, ou seja, sua auto-representação tanto frente aos outros profissionais de saúde envolvidos ou quanto dos ideais que acreditam que devem ser implementados contra aqueles que criticam. A atenção à saúde da gestação e do parto são situações sociais fundamentais para refletir sobre a medicalização do corpo das mulheres nas sociedades contemporâneas, e é em torno esse ponto que principalmente a doulagem endereça a sua atividade profissional e defende o seu diferencial na assistência.

Reconhecendo, portanto, o contexto de uma “epidemia de cesáreas” e da rotineira existência das violências obstétricas, as doulas se colocam como mulheres que acompanham a gestante/parturiente oferecendo uma série de suportes para que esta mulher vivencie esse momento - que pode vir cercado de desconhecimento, dúvidas e medos - sendo acolhida, cuidada e estando informada. Esse cuidado proposto pelas doulas perpassa diferentes dimensões, declaradamente: a física, a emocional e a informacional. Acredito que esse seja um laço fundamental entre todas as doulas nesta pesquisa, atuando com dedicação e “entrega” exclusiva a outra mulher para a promoção da “autonomia” e do “protagonismo” destas em seus processos sexuais e reprodutivos.

Enxergo essas duas concepções, autonomia e protagonismo, se relacionando diretamente no discurso da doulagem para a promoção de uma assistência sem

violências obstétricas, já que influem no desdobramento da perspectiva das “escolhas informadas e conscientes” e na manifestação do “consentimento” frente às possíveis intervenções e suas consequências. Ao passo que estas mulheres-mães, no início da sua trajetória na gestação se respaldam de conhecimentos sobre o ciclo gravídico-puerperal, estariam preparadas para escolher conscientemente seus caminhos na maternidade e para possivelmente se protegerem das violências.

A doulagem - assim como outras profissões desse campo, como é o caso das consultoras de amamentação - cresce especialmente através do fortalecimento de ideais contemporâneos da maternidade, seja de uma “maternidade ativa”, como apresentado anteriormente, ou de uma “maternidade baseada em evidências científicas” (ALZUGUIR e NUCCI, 2015). Pautando para além de formas de maternagem no que diz respeito a criação dos filhos, desde recém-nascidos, esses modelos de maternidade pontuam os benefícios das escolhas conscientes e baseadas em evidências desde o conhecimento da gestação, na preparação contínua do corpo e da mente para o gestar, parir e maternar.

Todas esses conceitos-chaves abordados (entrega, protagonismo, autonomia, escolhas conscientes, escolhas informadas e consentimento) se encontram em uma proposta maior de desmedicalização dos corpos femininos e do evento dos partos e nascimentos. Não à toa, uma dimensão fundamental para as doulas é a preparação para um “parto natural” (sinônimo do que comumente trata-se enquanto parto normal, um parto pela via vaginal, não pela cesárea). No contexto dos partos hospitalares e frente a ideia produzida no imaginário sociocultural do parto vaginal enquanto um evento arriscado, doloroso e inseguro, para que um parto possa ser “natural”, as doulas transmitem e produzem uma série de saberes e técnicas sobre o ambiente e na relação com o corpo e a mente da parturiente. A mulher deve aprender na educação perinatal como pode ou deve agir para se entregar e o processo se dar naturalmente, e é amparada pela doula durante essa aprendizagem e durante o trabalho de parto.

Mais uma vez é fundamental retomar como a desmedicalização, para as doulas, é *sui generis* (Russo et al., 2019), estando amparada majoritariamente em orientações científicas (em maior ou menor medida, como veremos nas diferenciações adiante) - o que pode ressoar como uma contradição. São produzidas misturas de visões consideradas “alternativistas” com a confirmação de seus benefícios pelas evidências científicas. Se as “escolhas”, as “posturas” e as

"condutas" têm que ser "informadas", as melhores informações nesse cenário se atrelam às sedutoras "evidências científicas".

A reivindicação de menos intervenções médicas ou de um menor uso de tecnologias duras empregadas nos nascimentos, junto com as massagens, exercícios corporais e mudanças de posição, técnicas-respiratórias e de vocalização, o uso de ervas em chás, compressas e escalda-pés, as aromaterapias, os banhos terapêuticos de chuveiro ou banheira, entre outros tantos conjuntos de propostas "alternativas" para lidar com o momento da gestação e do parto são mobilizadas não por serem "saberes femininos", "ancestrais", "populares" por um resgate puro e simples, mas por serem comprovadas cientificamente. Essa é uma intrigante encruzilhada dessa atuação profissional, a ideia que aparece da doula Nina como a "bicho-grilo" que é parceira das evidências científicas cabe perfeitamente nessa análise.

O acionamento da dimensão científica via uma corrente da medicina que seria aceitável, a medicina baseada em evidências, age como se tornasse, nessa perspectiva, as doulas propriamente mais científicas do que a medicina tradicional, por exemplo. A construção dos Planos de Parto, promovidas pela categoria, também ressoam como um intrigante movimento para a produção de uma legitimidade às escolhas, a autonomia e protagonismo da parturiente. O documento singularmente mescla a dimensão médica com a familiar com uma certa roupagem técnica que interage diretamente com a esfera burocrática hospitalar.

Para atuarem dessa forma, as doulas se formam nos cursos perpassando um amplo repertório de conhecimentos para atuar. É um arcabouço extenso de conhecimentos que muito se distancia da ideia pregada pelas definições clássicas das doulas e dos documentos oficiais de que sejam "mulheres leigas". Foram constantemente citadas noções a respeito da realidade obstétrica brasileira e do processo histórico da humanização, a respeito dos processos culturais e sociais que envolvem o parto e o nascimento, dos aspectos anatômicos dos corpos que gestam e fisiológicos dos partos, sobre as rotinas, intervenções e protocolos da assistência hospitalar ao nascimento, dos procedimentos técnicos e médicos e do balizamento pelas evidências científicas de tais práticas.

Contudo, mesmo que seja possível observar uma base de saberes formativos que articula conhecimentos dos movimentos sociais e do campo das humanidades, com conhecimentos específicos ligados à medicina e à enfermagem, as doulas não

ressaltam esse diferencial de atuação profissional em uma inscrição de área de conhecimento totalmente distinta. É inegável que as doulas buscam a diferenciação do universo biomédico, dos profissionais da medicina, e além disso, que essa posição de contraponto pode se conformar no cenário em um antagonismo, invertendo os polos da relação, ou por uma complementaridade. No entanto, no campo e nos discursos, fica nítido que estas se definem como profissionais da saúde. Esse aspecto, sem a intenção de conferir uma resposta única e fechada sobre essa questão, parece expressar a tensa e complexa construção de uma interdisciplinaridade entre ciências da saúde e as ciências humanas e sociais.

As doulas se afastam da dimensão técnica, desenvolvem posturas e atitudes específicas pautadas em um repertório discursivo crítico das humanidades, defendem que esse é um repertório que não pode ser incorporado no desempenho de outras profissões do cenário (como a fisioterapia, a enfermagem), mas se pautam como profissionais dessa mesma área. A contradição se assenta no campo em uma percepção de que ser doula seja uma disputa política interna ao campo da saúde. A categoria se apresenta como profissionais de saúde que executam no cenário funções distintas daquelas já incorporadas institucionalmente, sem um compromisso técnico, procedimental e hospitalar, mas ético, de cuidado em saúde, de promoção de bem-estar da gestante/parturiente/puérpera.

O atravessamento da maternidade na vida das mulheres que optam pela trajetória profissional na doulagem é um ponto interessante, que ressalta a relevância emocional e moral que é conferida a experiência de gestar e parir. Mesmo que não seja uma condição declarada pela categoria, ser mãe para ser doula, vivenciar a experiência da maternidade, da gestação e do parto, é um aspecto constantemente apontado como fundamental no processo de escolha da doulagem ou de uma nova forma de se entender no âmbito profissional após passar pela experiência pessoalmente, como vivenciar as dores do parto. Comumente nas entrevistas, quando perguntava sobre o início da trajetória profissional na doulagem, as doulas remetiam primeiro a suas experiências pessoais na maternidade, as marcas desse processo em suas vidas - negativas ou positivas - que as fizeram “mergulhar” em um novo universo de conhecimentos e interesses, enxergar a necessidade do cuidado e a potencialidade da doulagem.

A defesa pelo movimento de partos domiciliares também é um ponto em comum entre as interlocutoras que não pude explorar a fundo nesta pesquisa. Com

a instalação deste cenários de parir que buscam retomar cada vez mais os espaços domésticos, íntimos e familiares, intensificam as tendências de desinstitucionalização e desospitalização. Os partos domiciliares planejados têm sido defendidos continuamente por uma “*dupla de assistência*” (as doulas e as enfermeiras obstétricas - que reivindicam um lugar de parteiras contemporâneas). Aqui é perceptível uma espécie de construção nos discursos de uma *possibilidade de ouro* de fuga das violências obstétricas.

Se estes aspectos trabalhos até aqui podem ser observados nesse lugar majoritariamente “comum” da doulagem, em contraponto destacam-se também as formas que internamente as doulas pautam suas práticas e discursos, de maneira diferenciada. Na contramão do que pode parecer superficialmente, as posturas e atitudes das doulas durante sua atuação no pré-parto, nos partos e nos pós-partos se delineiam por uma série de diferenças. Busquei expor estas diferenças passeando pelas temáticas que aparecem constantemente no campo: como interpretam as origens do seu arcabouço de saberes e práticas, as motivações para a doulagem e o papel que acreditam desempenhar, como lidam com a ciência, como disponibilizam as informações as doulandas, como abordam a ideia da humanização, as estratégias de enfrentamento às violências obstétricas que praticam, como se comportam perante aos outros profissionais da assistência e as opiniões sobre os partos domiciliares e o aborto. Não pretendo nesta seção retomar ponto a ponto, mas propor uma espécie de amarração analítica dessas diferenças que aparecem sobre as temáticas elencadas pela caracterização dos tipos - e sua posterior sistematização na Tabela 2.

Em primeiro plano, trago a perspectiva das *doulas ativistas*. Essa forma de doular confere um grande esforço e tempo de trabalho, de doulagem, à dimensão política, como compromisso social e político que se conforma colado à profissão. Promove-se uma reflexão que perpassa uma defesa da atuação das doulas para “todas as mulheres”, manifestando uma percepção da vulnerabilidade das mulheres que estão inseridas nas intersecções de marcadores sociais de raça, gênero e classe, por exemplo. Assim, recorrem à relevância de ampliar a atuação das doulas pelo SUS, de atender todo o ciclo gravídico-puerperal, até as situações de abortamento já que perpassam em seus discursos pela defesa da descriminalização do aborto. As doulas ativistas identificam a regulamentação da profissão como o primeiro passo deste plano de ampliação de acesso, seja pela presença nas

audiências públicas, nas entidades de classe, em manifestações de rua, subindo hashtags ou em inserções midiáticas e apelo à esfera pública.

As doulas ativistas também rejeitam fortemente o uso do termo humanização. Estas são críticas veementes dos caminhos que o conceito tomou ao longo do tempo, perdendo uma frente crítica para uma expansão da mercantilização, ou seja, mais próximo de uma ideia de venda de pacote de serviços e produtos do que do respeito ao protagonismo da parturiente, de decisões baseadas em evidências científicas, da atuação de uma equipe multidisciplinar e de um desdobrar sem a ocorrência de violências obstétricas.

As doulas ativistas estão também mais próximas do paradigma da justiça reprodutiva, o que matiza a “lógica da escolha” e as noções de consentimento (que aqui pode ser classificado entre real ou induzido, coercitivo), desenhada na proposta da doulagem de proporcionar “escolhas informadas”. Essas doulas costumeiramente relatam que é preciso balizar as evidências científicas com o contexto social e cultural das doulandas. Existe também um cuidado maior com as noções de “instintivo” e “natural” relacionadas ao processo de gestar e parir, que são por elas vistas como armadilhas que podem essencializar as mulheres, contribuir para uma figura retificada de um lugar puramente biológicas do que é ser mulher, do que é parir ou do que é ser mãe, que pode até excluir outras formas de maternar possíveis, como homens trans que escolhem gestar.

Como pontuei no título deste capítulo, os tipos de doulagem nesta pesquisa se conformam como um *gradiente* de possibilidades, uma espécie de *continuum* e não da criação ou interpretação como categorias estanques. Entendo que essas formas de doulagem não necessariamente se negam, podendo compartilhar determinadas posturas e ideias e proporcionar com que algumas doulas possam transitar de um tipo ao outro em alguns casos. A figura 2, abaixo, reforça essa percepção. A elaboração da tipologia como um *continuum* permite compreender como as doulas ativistas estão mais próximas das doulas educadoras e mais distantes das doulas espirituais, por exemplo. Mas, ressalto, novamente, que não se tem a intenção de criar uma hierarquia ou provocar qualquer espécie de valoração desses *tipos* de doulagem.

Figura 2 - Quadro “continuum”: percepção da manifestação da tipologia

DOULAS ATIVISTAS	DOULAS EDUCADORAS	DOULAS ALTERNATIVISTAS	DOULAS ESPIRITUAIS
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Fonte: Elaboração Própria

As doulas educadoras compartilham ideais parecidos nos discursos e na prática com as doulas ativistas. Por exemplo, também rejeitam o conceito de humanização e balizam mais as noções de “natural” e “instintivo”. No entanto conferem uma ênfase especial à dimensão da educação sobre os processos de gestar e parir. Tanto na frente de atuação da educação perinatal das gestantes e parturientes, abordando que essa é a fase mais importante para a construção de desfechos positivos, quanto na crença pela expansão desse projeto de divulgação de informação em saúde para além desse contexto, que prezam ser importante outras figuras realizarem um curso de doulas, compreenderem o lugar de produção e reflexão desses conhecimentos.

Essa consideração da “educação” torna, mutuamente, mais forte a “lógica da escolha”, de uma tomada de consciência individual e da importância de uma trajetória de buscas por informações, da promoção da autonomia e da valorização consentimento, o que afasta um pouco as doulas educadoras dos ideais de justiça reprodutiva que preza por um debate e um compromisso com questões de experiências sexuais, reprodutivas e de maternagem que são coletivas, comunitárias, não somente individuais. Aspecto que também influi para que esta a parcela da pesquisa seja a que mais ressalta a legitimidade da sua atuação e das suas práticas pelas evidências científicas.

Já as doulas alternativistas desenvolvem práticas que aliam a natureza à ciência. Não por uma ideia de natureza feminina, mas por uma perspectiva holística do humano, articulada às terapias corporais de uma medicina oriental, principalmente, que pressupõem uma consideração integral do corpo e que valorizam elementos naturais. São doulas que tem recursos variados em suas práticas, como a aromaterapia, o uso de óleos essenciais, terapias florais (Bach e Australiana), a fitoterapia, hidroterapia, moxabustão, auriculoterapia, reflexoterapia, ventosaterapia, musicoterapia, geoterapia e cromoterapia.

É uma forma de doulagem que se diferencia a biomedicina e a alopatia mas atua em sua complementaridade, como práticas integrativas na promoção de saúde. As doulas alternativistas tendem também a ser menos críticas do conceito de humanização, operando com ele de forma adaptada ao seu uso, aos contextos que circulam. No entanto, esse tipo de doulagem não se relaciona a uma espécie de religiosidade ou espiritualidade, na verdade busca se distanciar de uma perspectiva que pode ser identificada como esotérica.

Por mais que possa, ao considerar a dimensão total do humano, a dimensão espiritual, esta está em um plano amplo e abstrato, que se refere às práticas da gestante, no caso, e não as técnicas profissionais por ela aplicadas. Doulas alternativistas mobilizam as evidências científicas inclusive, de forma distinta de todas as outras formas de doulagem, para se diferenciarem dessas práticas, que consideram evidências baixas, fracas, em que não pode-se determinar se o efeito é realmente benéfico ou uma mera coincidência, placebo.

Por fim, as doulas espirituais reafirmam seu papel por uma exaltação da conexão da maternidade com a dimensão da natureza e com a dimensão espiritual, não necessariamente de uma religião específica, mas da manifestação de uma força que transcende o humano. Estas positivam a ideia da “natureza feminina” como uma estratégia de busca pela autonomia reprodutiva das mulheres. O parto, por exemplo, aparece nesses relatos profissionais como um importante “rito de passagem”, as mulheres como “portais” para os nascimentos, da valorização de uma espécie de “sagrado feminino”. Exaltam-se, portanto, com maior força os partos vaginais, aqui expressos como naturais, e as cesáreas, mesmo que “necessárias”, realizadas de forma indicada real, são classificadas e adjetivadas como frias, duras.

A doulagem espiritual aparece como uma missão, uma “jornada espiritual” pelo resgate “ancestral” de uma rede de cuidado potente entre mulheres no momento da gestação e dos partos. Em grau muito menor são ressaltadas às evidências científicas, que aparecem de forma aleatória e genérica para acusar práticas desatualizadas e o discurso médico. A legitimidade das suas práticas são ressaltadas frente ao resgate das práticas populares da partería ou de um resgate de saberes indígenas, dos potenciais de usos de elementos ligados à natureza, das rezas.

Identifiquei essas quatro formas de doulagem durante as observações e as entrevistas, mas reitero o recorte desta pesquisa e a consideração de que essas não

são as únicas formas que podem se manifestar. A menção às *doulas elitistas* e *doulas cristãs* apareceram, inclusive, como categorias de acusação das próprias *doulas ativistas* a manifestações de doulagem que consideravam deturpadas. Não foi possível explorar esses tipos neste estudo, mas o apontamento das ativistas critica uma cooptação pela lógica de mercantilização da humanização ou uma manutenção da maternidade compulsória pelo viés religioso cristão, respectivamente.

Muitos pontos poderiam ser levantados a título de encaminhamento para pesquisas posteriores. A própria continuidade de mapeamento das diferenças da prática da doulagem ou das ênfases do trabalho em determinados processos, é um desses, como as “doulas de aborto” nos contextos de aborto legalizados ou das “doulas do fim da vida” que oferecem apoio físico, emocional no processo de morte de pacientes em cuidados paliativos. Acredito também que é extremamente relevante um aprofundamento sobre as mobilizações e balizamentos das noções de autonomia, protagonismo, consentimento, que ressoam como pontos fundamentais a esse campo de direitos e disputas das políticas sexuais e reprodutivas.

Por fim, também enxergo como uma investigação propicia o acompanhamento do crescimento da retórica de defesa dos partos domiciliares, comandado pelas enfermeiras obstetras e doulas, principalmente, como apontei brevemente nestas considerações finais. Compreender os sentidos atribuídos à essa guinada ao domicílio, como esse movimento responde às denúncias e críticas das rotineiras violências obstétricas, a crítica a medicina, de como pode representar uma fuga da hospitalização dos partos e da medicalização dos corpos femininos e, até mesmo das possibilidades dessa opção no modelo do SUS, ou seja, se é possível que migre de um serviço privado de alto custo para acompanhar um movimento de ampliação do ideal da “humanização para todas”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADICHIE, C. N. O perigo de uma história única. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

ALEIXO, Mariah. Consentimento, parto e violência: pensando enquadramentos. Equatorial–Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, v. 11, n. 21, p. 1–24-1–24, 2024.

ALZUGUIR, Fernanda Vecchi; NUCCI, Marina Fischer. Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. Mediações-Revista de Ciências Sociais, v. 20, n. 1, p. 217-238, 2015.

BADINTER, Elisabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. In: Um amor conquistado: o mito do amor materno. 1985. p. 370-370.

BARBOSA, Murillo Bruno Braz et al. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. Saúde em Debate, [S.L.], v. 42, n. 117, p. 420-429, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. 2001. p. 28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº: 1.067 de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União, 2005.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. Cadernos de saúde Pública, v. 7, p. 135-149, 1991.

BOURDIEU, P. Masculine domination. Stanford, Ca: Stanford University Press, 2001.

CARRARA, Sérgio. Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Editora Fiocruz, 1996.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Cenas de parto e políticas do corpo. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2015.

CONRAD, Peter. The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

COSSETTE, Louise. La différenciation psychologique des sexes: un phénomène en voie d'extinction? In: COSSETTE, Louise. Cerveau Hormones et Sexe: Des Différences en Question. Montréal: Remue-Ménage, 2012, p. 29-48.

DAVIS, Dána-Ain. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical anthropology*, v. 38, n. 7, p. 560-573, 2019.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 75, p. S5-S23, 2001.

DE OLIVEIRA-CRUZ, Milena Freire. Romântica, real e ativa: narrativas pessoais e interações sobre a maternidade no Instagram. *E SUBJETIVIDADES*, p. 61.

DESLANDES, Suely Ferreira et al. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S.F., comp. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, pp. 323-350.

DIAS DA SILVA, Cristina. A ética em debate: o trabalho de campo e seus novos desafios. *Anuário antropológico*, v. 30, n. 1, p. 187-198, 2005.

DIAS DA SILVA, Cristina. Viver em primeira pessoa: uma proposta de humanização como técnica corporal. 2006.

DIAS DA SILVA, Cristina. A escuta participante e a noção de imponderável revisitada. *Teoria e Cultura*, v. 15, n. 1, 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. 2000.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, Debora et al. Aborto e raça no Brasil, Pesquisa Nacional de Aborto 2016 a 2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, p. 3085-3092, 2023.

DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. Saúde e sociedade. In: Saúde e sociedade. 1979. p. 124-124.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. A ética em pesquisa nas ciências humanas e o imperialismo bioético no Brasil. *Revista Brasileira de Sociologia-RBS*, v. 3, n. 5, p. 31-52, 2015.

FERNANDES, Camila; RANGEL, Everton; DÍAZ-BENÍTEZ, Maria Elvira; ZAMPIROLI, Oswaldo. As porosidades do consentimento. Pensando afetos e relações de intimidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad –Revista Latinoamericana*, n. 35, p. 165-193, 2020.

FERRAND, M. e LANGEVIN, A. De l'origine de l'oppression des femmes aux "fondements" des rapports sociaux de sexe. In: BATTAGLIOLA et alii. (org.) A propos des rapports sociaux/ parcours épistémologiques. Paris, Centre Sociologie Urbaine/CNRS, 1990, pp.17-76.

FLEISCHER, S. Doulas como “amortecedores afetivos”: Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto. Revista Ciências Sociais da UNISINOS, v. 41, 2005

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. Seminário Internacional Fazendo Gênero, v. 11, 2017.

FORSEY, Martin Gerard. Ethnography as Participant Listening. Ethnography 11, nº 4 (2010): 558.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980a.

_____. História da Sexualidade. I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. Microfísica do Poder. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

GALVÃO, Lize Borges. Mãe solteira não. Mãe solo! Considerações sobre maternidade, conjugalidade e sobrecarga feminina. Revista Direito e Sexualidade, 2020.

HAAG, Antônia Tâmara; FARNEZE, Carolina Guimarães; DA SILVA BRUM, Nathália. Maternidade preta, sapatão e da quebrada: entrelaçamento de marcadores de diferença em narrativas de si no Instagram. E SUBJETIVIDADES, p. 91.

KRAPF, Jasmine. Addressing the Doula Paradox: An Analysis and Reimagining of a Changing Role in Reproductive Justice. Student Anthropologist, v. 7, n. 1, p. 29-41, 2020.

LEITE, Tatiana Henriques et al. Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, p. e12222023, 2024.

LÖWY, Ilana. The Strength of Loose Concepts — Boundary Concepts, Federative Experimental Strategies and Disciplinary Growth: The Case of Immunology. Science History, v.30, n.4, pp.371-96, 1992

MAIA, Mônica Bara. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Editora Fiocruz, 2010.

MARTIN, Emily. A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução. Editora Garamond, 2006.

NUCCI, Marina Fisher et al. Hormônios pré-natais e a idéia de sexo cerebral: uma análise das pesquisas biomédicas sobre gênero e sexualidade. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2010.

_____. "Não chore, pesquise!": Reflexões sobre sexo, gênero e ciência a partir do neurofeminismo.. 2015. 284 f. Tese de Doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

NUCCI, Marina; RUSSO, Jane. Ciência, natureza e moral entre consultoras de amamentação. Silva CD, organizadora. Saúde, corpo e gênero: perspectivas teóricas e etnográficas. Juiz de Fora: Editora UFJF, p. 70-87, 2021.

ORTNER, Sherry. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In: ROSALDO, Zimbaldist Michelle e LAMPHIER, Louise (Coords.). A mulher, a cultura a sociedade. Trad. Cila Ankier. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

PETCHESKY, Rosalind Pollack (1980). Reproductive Freedom: Beyond "A Woman's Right to Choose". Signs: Journal of Women in Culture and Society, 5(4), 661–685. doi:10.1086/493757

PULHEZ, Mariana Marques. A violência obstétrica e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. Anais do 10o Seminário Internacional Fazendo Gênero, 2013.

_____. Mulheres mamíferas: práticas da maternidade ativa. 2015. Tese de Doutorado.

_____. Violência obstétrica no Brasil: controvérsias em torno de um conceito. CSONline-REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS, n. 33, p. 64-91, 2021.

RATTNER, Daphne et al. ReHuNa—A rede pela humanização do parto e nascimento. Tempus—Actas de Saúde Coletiva, v. 4, n. 4, p. 215-228, 2010.

RISCADO, Liana Carvalho; JANNOTTI, Claudia Bonan; BARBOSA, Regina Helena Simões. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 25, p. e3570014, 2016.

ROHDEN, Fabíola. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. Antropologia & Saúde collection, p. 224.

RUSSO, Jane et al. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. Mana, v. 25, p. 519-550, 2019.

SALEM, T. O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 232 p

SANTOS, Anna Beatriz Silva. Doulas de Guerrilha: Humanização do parto e do aborto. [Trabalho de Conclusão de Curso] Guarulhos : Universidade Federal de São Paulo. Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2021

SARTI, Cynthia A. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. cadernos pagu, p. 31-48, 2001.

SARTI, Cynthia; DUARTE, Luis Fernando Dias. Antropologia e ética: desafios para a regulamentação. Brasília: aba, 2013.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. Cadernos pagu, p. 137-150, 2001.

SILVA, Fernanda Loureiro. Sobre a “porta que abre por dentro”: análise cultural do processo de formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017.

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

SIMAS, R.; MENDONÇA, S. O caso Adelair e o movimento pela humanização do parto: reflexões sobre violência, poder e direito. VRA. 2017 [cited 2019 Feb 19]; 1 (48): 89-103.

TEMPESTA, Giovana Acácia; CAVALCANTI, Clarissa Lemos; DE FRANÇA, Ruhana Luciano. Ventres livres? Pensando sobre cesariana, violência obstétrica e histerectomia no horizonte da justiça reprodutiva. Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares, v. 24, n. 3, 2022.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Revista Estudos Feministas, v. 10, p. 483-492, 2002.

TORNQUIST, Carmen Susana et al. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004.

VICTORA, Ceres et al. Antropologia e ética: O debate atual no Brasil (Anthropology and ethics: The current debate in Brazil). Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2004.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. In: A medicalização do corpo feminino. 2002. p. 84

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 1859-1868, 2014.

Apêndice A. Tipos de maternidade

Maternidade Ativa - Nessa categoria se encontram as experiências de maternidades que consideram possível conferir “poder para a mulher através da afirmação da maternidade e da criação dos filhos”. Pulhez (2015) trata a maternidade ativa como sinônimo de uma *maternidade consciente*, são vivências de maternidade que refletem uma tomada de consciência que possibilitam escolhas e práticas “alternativas” ou mais voltadas à “essência” materna. Segundo De Oliveira-Cruz (2021), nesse contexto é comum encontrar debates sobre “parto natural, cuidados homeopáticos, instruções sobre aleitamento materno e formação de doulas”. apresenta uma dicotomia interessante, visto que, por um lado “enfrenta políticas institucionais de regulação dos corpos, de educação e de medicalização”, mas ao mesmo tempo reiteram “o papel social da mãe como principal, ou a maior, responsável pelos cuidados e processos de criação”. (DE OLIVEIRA-CRUZ, 2021, p. 81)

Maternidade Romântica - Se relaciona com os ideais de felicidade, harmonia, completude, realização pessoal, amor incondicional, entrega e doação de si. Segundo De Oliveira-Cruz (2021) esse tipo de maternidade “situa as normas produzidas e socialmente naturalizadas (o sentido preferencial, portanto) sobre o que vem a ser uma “boa mãe”. A predominância nesse contexto é uma performance positiva da experiência, a rotina e as práticas do cuidado são sustentadas por um aprendizado que se dá por um instinto materno, que pode demandar sacrifício da mãe. É a expressão da idealização da maternidade.

Maternidade Real - Esse sentido de maternar pode ser posicionado de forma oposta ao romântico. Aqui são consideradas mulheres-mães que se posicionam contrárias ao sentido dominante, criticam a idealização da maternidade, do amor materno, instintivo e essencializado, expõem suas dificuldades, suas angústias. Temáticas como a falta de individualidade, cansaço, isolamento, julgamento e a falta de apoio são recorrentes. É um movimento apontado como a descontinuidade, a ruptura, da ideia hegemônica de ser mãe e que se associa a um debate político sobre a maternidade e reivindicações da pauta dos cuidados como algo público.

Maternidade Atípica - Essa categoria refere-se à experiência de uma maternidade com formas de dedicação díspares das típicas. Se relaciona com a criação de filhos neurotípicos. O termo foi popularizado por mães de crianças inseridas no espectro autista, comumente engajadas na luta e nos debates do anti capacitismo, ou seja, na busca contínua da igualdade de direitos, oportunidades e inclusão para todas as pessoas, independentemente de suas habilidades físicas, mentais ou sensoriais. São reforçadas as dimensões que envolvem o abandono do autocuidado da mulher-mãe, sobrecarga pelo cuidado em tempo integral, preocupações em relação à atenção à saúde dos filhos, busca de informações constantes e aos processos de escolarização e inclusão.

Maternidade Lésbica - A ideia da maternidade lésbica (ou maternidade sapatão) se reporta a uma estrutura de novas formações familiares, não heteronormativas, homoparentais, e propõe a existência de uma dupla maternidade, que podem compartilhar os momentos de gestação e amamentação, por exemplo. Segundo Haag, Farneze e Brum (2022), essa experiência de maternidade lésbica se relaciona com uma preocupação e um desafio constante à ocupação dos espaços públicos, seja no ambiente escolar, em consultas médicas ou na socialização com outras famílias e no impacto de uma expressão de afeto entre duas mulheres.

Maternidade Solo - A categoria da maternidade solo se identifica a experiência de mulheres-mães que não integram um relacionamento matrimonial. São constantemente associadas a essa maternagem, como pontua Galvão (2020), questões de discriminação em razão do estado civil, questões como a igualdade de salários e oportunidades de inserção e ascensão no mercado trabalho, bem como a tripla jornada e a sobrecarga feminina no que tange ao trabalho de cuidado com os filhos. São contempladas nessa categoria tanto mães solitárias decorrentes do abandono ou da omissão paterna, quanto mulheres que optaram pela maternidade solitária de forma voluntária e planejada (em número expressivamente menor).

ANEXOS

Anexo 1. Parecer nº 32 do Conselho Federal de Medicina (CFM) de outubro de 2018.



PROCESSO-CONSULTA CFM nº 22/2018 – PARECER CFM nº 32/2018

INTERESSADO:	Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal
ASSUNTO:	Violência obstétrica
RELATOR:	Cons. Ademar Carlos Augusto

EMENTA: A expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética.

DA CONSULTA

Trata-se de consulta oriunda do CRM-DF com solicitação ao CFM sobre a proliferação de leis sobre “violência obstétrica”.

DO PARECER

Este Parecer foi elaborado pela Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CFM, o qual acato em toda a sua integralidade.

1 INTRODUÇÃO

No exercício da medicina, desde os seus primórdios, fomos habituados a crer que nosso atendimento é sempre em benefício dos pacientes, e a maioria dos médicos sente-se agredida quando, porventura, narrativas hostis, não necessariamente verdadeiras, são divulgadas de forma desrespeitosa, maculando a essência do nosso ofício.

Vários meios de comunicação têm divulgado, mais recentemente, depoimentos de parturientes e, principalmente, de ativistas de movimentos feministas, contrapondo-se ao tipo de assistência obstétrica provida por médicos obstetras. Argumenta-se que a assistência médica ao parto está em desacordo com a autonomia das mulheres e que a escolha da via de parto, assim como do local do parto, seja de sua exclusividade.

Os médicos entendem que a autonomia da mulher deve ter limites, principalmente quando existem fatores que possam colocar tanto a mãe quanto a criança em risco se o parto vaginal for escolhido, e em local que não seja o hospital.



Procedimentos como clister, tricotomia, ocitocina, amniotomia, restrição no leito durante o período de dilatação, episiotomia e mesmo a cesariana têm sido considerados “violentos” e em desacordo com evidências científicas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A expressão “violência obstétrica” é um termo que vem sendo utilizado mais recentemente no Brasil, com o intuito de substituir a expressão “violência no parto”. Em geral, a violência institucional se relaciona com um amplo espectro de profissionais e personagens não apenas da área de saúde, mas também com entidades públicas, privadas e qualquer organização da sociedade civil.

A violência na assistência ao parto faz parte deste grupo e, conceitualmente, envolve todos os profissionais que participam no processo assistencial, desde os motoristas de ambulância e os porteiros das instituições, passando por todos os profissionais de saúde, até as pessoas que tratam da limpeza e da alimentação, e assim por diante.

Desta forma, a expressão “violência obstétrica” tem produzido grande indignação entre os obstetras, pois seu uso tem se voltado em desfavor da nossa especialidade, impregnada de uma agressividade que beira a histeria, e responsabilizando somente os médicos por todo ato que possa indicar violência ou discriminação contra a mulher.

Reconhecidamente, as diferentes formas de violência contra a mulher que ocorrem no Brasil e no mundo envolvem uma longa história de opressão e submissão do gênero feminino. Mulheres e homens sempre ocuparam papéis diferentes nas diversas sociedades e agrupamentos sociais, e as características biológicas e sexuais femininas se confundiram com as necessidades sociais e culturais dos grupos, que impuseram às mulheres as tarefas domésticas e os cuidados das crianças, e aos homens as tarefas fora do lar.

Estamos, assim, diante de uma discussão muito mais ampla, que nos remete à violência de gênero. Assim, a violência na assistência ao parto, por agora convertida em “violência obstétrica”, tem sua origem enraizada nos movimentos sociais e feministas. Desta forma, em razão da radicalidade desses movimentos em prol de incorporar novas práticas assistenciais às gestantes, e em defesa de sua autonomia, os médicos obstetras estão sendo



estigmatizados e processados por realizarem procedimentos que não estejam de acordo com a nova proposta de cuidados.

O parecer em tela pretende fazer uma análise mais profunda a respeito do tema, desde seu reconhecimento como problema e seu desenvolver sob o ponto de vista da medicina baseada em evidência (MBE), da legislação existente para o tema, assim como a partir de uma interpretação ética e bioética por causa de queixas, demandas e denúncias envolvendo o tema em questão.

2 A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Nas últimas décadas, a MBE proporcionou modelos lógicos que permitiram aglutinar diferentes ensaios clínicos sob um mesmo tema, no formato de revisões sistemáticas/metanálises, de maneira a ajudar na tomada de decisões clínicas sobre os cuidados aos pacientes. Basicamente, a MBE se propõe a oferecer informações de melhor qualidade e com mais segurança para os pacientes, tanto no que diz respeito a novos medicamentos quanto a procedimentos diagnósticos e de intervenção.

Assim, a identificação dos estudos e sua análise detalhada, de forma sistemática e progressiva, e de acordo com os pressupostos da MBE, estabeleceram um novo paradigma para a melhoria da qualidade no sistema de atenção à saúde. Entretanto, os profissionais de saúde, ao terem acesso a uma revisão sistemática/metanálise, não podem prescindir, também, de fazer uma análise crítica e criteriosa de seus resultados, tendo em vista a multiplicidade de detalhes que envolvem a fusão de inúmeros estudos, com pacientes diversos, e de diferentes localidades. Há que se atentar, sempre, para os comentários dos autores da revisão, pois eles irão apontar as limitações do emprego dos resultados que estão apresentando aos leitores.

Os movimentos sociais e feministas, apoiados em publicação da OMS de 1996, e em outras surgidas após este período, organizaram protocolos de atenção ao parto voltados para a chamada “atenção humanizada ao parto”, com foco principal na assistência provida pela enfermeira obstétrica e a doula. As evidências científicas encontradas passaram a ser chamadas de “boas práticas”, o que, por si só, discrimina as práticas que não estejam de acordo com estas. É importante salientar que o Ministério da Saúde vem dando total apoio a



estes movimentos, em especial nas últimas duas décadas, e estabelecendo políticas públicas sem ouvir as entidades médicas, que foram completamente afastadas deste cenário.

Atualmente, existe uma enorme lista de procedimentos considerados como “boas práticas” na assistência ao parto, divulgados por documentos ministeriais que apoiam a Rede pela Humanização do parto e Nascimento (ReHuNa), a principal ONG que articula todo este movimento. Eles se apoiam em publicações consideradas evidências científicas e, baseados nos seus resultados, divulgam-se as “boas práticas”, em detrimento das outras. Aqui, novamente, há que se consultar cada uma destas publicações para verificar as consistências ou não do que está sendo divulgado, a partir dos métodos empregados para obter os dados, e a análise estatística realizada.

É interessante destacar um artigo de revisão publicado recentemente sobre as políticas públicas voltadas para a humanização na atenção ao nascimento, que demonstra exatamente como vem ocorrendo toda esta articulação. Ali está compilada parte de toda esta história que se iniciou ainda na década de 1990, com medidas econômicas – aumentando o valor pago à assistência ao parto vaginal – e implementação da obrigatoriedade de no mínimo seis consultas de pré-natal, a garantia de vagas para gestantes inscritas no programa de humanização, entre outras. Paralelamente, foram criados os centros de parto normal, extra-hospitalares, com autonomia da enfermeira obstétrica ao chamado parto eutócico, e realizaram-se dezenas de eventos voltados para estabelecer as bases ideológicas que sustentariam o novo modelo de assistência ao parto, com base na autonomia da mulher e de seu protagonismo no parto, ou nascimento, como preferem chamar (RATTNER, 2009).

3 ASPECTOS LEGAIS

Nas últimas décadas alguns países da América Latina avançaram em normatizar o tema, criando leis que assegurassem à mulher o direito de escolha da via de nascimento de seus conceitos, como veremos a seguir.

3.1 Argentina – Lei nº 25.929, de 17 de setembro de 2004

Aborda os direitos das mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, com ênfase nos seguintes direitos: informação; ser tratada com respeito e de forma individualizada; ser



protagonista do seu parto; parto natural, evitando práticas invasivas; ser acompanhada por uma pessoa da sua escolha. Aborda, também, direitos do recém-nascido.

Ressalta-se que, em nenhum momento, esta lei faz menção à “violência obstétrica”.

3.2 Brasil – Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha)

Esta lei cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar, altera o Código Penal e dá outras providências, garantindo: atendimento no sistema de saúde; abrigo; registro da ocorrência; exame de corpo de delito; medidas protetivas de urgência; prisão preventiva do agressor; assistência jurídica gratuita, entre outras.

Não há, no texto da lei, nenhuma menção específica à “violência obstétrica”.

3.3 Venezuela – Lei nº 38.668, de 23 de abril de 2007

Denominada “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, tem por objetivo garantir e promover este direito, criando condições para prevenir e erradicar a violência contra as mulheres em qualquer de suas manifestações e âmbitos, estimulando mudanças nos padrões socioculturais e na desigualdade de gênero.

O artigo 51 introduz o termo “violência obstétrica” pela primeira vez no cenário da legislação latino-americana:

“Artigo 51. São considerados atos de violência obstétrica quando executados por profissionais da saúde, compostos por:

1. Não atender oportuna e efetivamente as emergências obstétricas.
2. Obrigar as mulheres a dar à luz em decúbito dorsal com as pernas levantadas existindo meios necessários para a realização do parto vertical.
3. Impedir o contato precoce da criança com sua mãe, sem uma boa razão médica, negando a possibilidade de imediatamente amamentar ou amamentar no nascimento.
4. Alterar o processo do nascimento natural do parto de baixo risco usando técnicas de aceleração, sem a obtenção de consentimento voluntário, expresso e informado das mulheres.



5. Indicar o parto por via cesariana, existindo condições para o parto natural, sem a obtenção de consentimento voluntário, expresso e informado das mulheres.”

3.4 Argentina – Lei nº 26.485, de 1º de abril de 2009

Ementa: “Lei de proteção integral para prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres no âmbito onde desenvolvem suas relações interpessoais.”

Tem como objeto promover e garantir: a eliminação da discriminação entre homens e mulheres; que as mulheres possam viver suas vidas sem ser violentadas; desenvolvimento de políticas públicas para remoção das desigualdades entre os gêneros e das relações de poder sobre as mulheres; acesso à justiça nos casos de violência; assistência integral às mulheres violentadas.

Entre as modalidades de violência, é citada a obstétrica: “Aquele que exerce o profissional de saúde sobre o corpo da mulher e os processos reprodutivos, expressa em um tratamento desumanizado, abuso de medicação e patologização de processos naturais, de acordo com a Lei 25.929.”

3.5 – Projetos de lei no Brasil

3.5.1 PL 7.633/2014 – Deputado Jean Wylis (PSOL-RJ)

Ementa: “Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências”.

Pretendendo valorizar a humanização no nascimento e assegurar a autonomia das mulheres na assistência ao parto, este PL restringe bastante a autonomia do médico que assiste o parto, impedindo a realização de procedimentos utilizados para a condução ativa do trabalho de parto, tais como: administração de ocitocina; amniotomia; episiotomia; extração manual da placenta e outros. Garante o direito da gestante de manifestar sua vontade no Plano Individual de Parto.

Define violência obstétrica como: “a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que causa a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade”.



Propõe a criação de comissões institucionais, municipais e estaduais para “monitoramento do índice de cesarianas e das boas práticas obstétricas” em toda instituição ou estabelecimento obstétrico, público ou privado, de saúde suplementar, com total autonomia de atuação e obrigatoriedade de enviar relatório consolidado periodicamente ao Ministério da Saúde. Finalmente, exige que os cursos de graduação de profissionais de saúde sejam obrigados a implementar em suas diretrizes curriculares os conteúdos dispostos neste PL.

Penas: “As instituições e os/as profissionais que não cumprirem o estabelecido nesta Lei responderão no âmbito civil, penal e administrativo por suas ações e/ou omissões”.

3.5.2 – PL 7.067/2017 – Deputada federal Jô Moraes (PCdoB-MG)

Ementa: “Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério”.

Tem por objeto: “a adoção de medidas de proteção contra a violência obstétrica e divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério”.

Texto muito semelhante ao PL 7.633/2014, porém mais sucinto. Destaque para a obrigatoriedade da elaboração do plano de parto e de afixação de cartazes nas instituições de saúde informando sobre a lei, sugerindo denunciar possíveis situações de “violência obstétrica”.

Penas: “O descumprimento dessa lei sujeitará os infratores às penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil”.

3.5.3 PL 8.219/2017 – Deputado federal Francisco Floriano (DEM-RJ)

Ementa: “Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após”.

Texto semelhante aos projetos anteriores, e mais sucinto. Destaque para a pena, caso o profissional infrinja a lei: “Detenção, de seis meses a dois anos, e multa”.

3.6 Leis municipais sobre assistência ao parto no Brasil

Em seguida, apresentaremos exemplos de leis municipais já aprovadas no Brasil, cuja temática é a assistência “humanizada” ao trabalho de parto.



3.6.1 São Paulo (SP) – Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015

“Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências.”

Apresenta vários conceitos e pressupostos que estarão também em outras leis municipais, que serão apresentadas a seguir: princípios do parto humanizado; plano individual de parto; justificativas do médico caso não cumpra o plano de parto.

“Violência obstétrica” não é mencionada nesta lei.

3.6.2 Belo Horizonte (MG) – Lei nº 10.843, de 18 de setembro de 2015

“Institui o Plano Municipal para a Humanização do Parto, dispõe sobre a administração de analgesia para o parto natural e dá outras providências.”

Apresenta o conceito e princípios do chamado “parto humanizado”, destacando o direito da gestante à elaboração do Plano Individual de Parto em relação aos procedimentos que necessitam de sua aprovação e as justificativas no prontuário para serem utilizadas.

Não há menção sobre “violência obstétrica” nesta lei.

3.6.3 Uberlândia (MG) – Lei nº 12.315, de 23 de novembro de 2015

“Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Uberlândia.”

Texto semelhante aos projetos anteriores, com destaque para o uso do termo “violência obstétrica” para qualquer situação em que a gestante se considere ofendida verbal ou fisicamente.

É importante salientar que a OMS não utiliza o termo “violência obstétrica” quando se refere a possíveis atos de desrespeito e/ou agressão às gestantes. Em documento de 2014, intitulado *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*, a OMS declara: “No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação”. Concordamos integralmente com este postulado, e reiteramos que a negação deste direito deve ser interpretada como violência



na assistência ao parto, e não como “violência obstétrica”, que estigmatiza e responsabiliza somente o médico.

4 ASPECTOS ÉTICOS

A Resolução CFM nº 2.144/2016 traz no bojo de sua ementa: “É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno-fetal”. Observem que, no art. 2º, “Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário”.

5 ASPECTOS BIOÉTICOS

A teoria médica universal do cuidar pode ser resumida em uma frase “*Primum non nocere*”: *Primeiro não prejudicar*”. O legado adotado pela escola hipocrática fundamenta-se em dois pilares: o principialismo e a não maleficência.

Esse modelo, tão seculamente conhecido, deve ser adotado pela assistência obstétrica e acolhido pelos envolvidos em cuidados na saúde materno-fetal, levando-se sempre em consideração os danos irreversíveis que podem ser provenientes do desconhecimento de medidas no momento necessário.

O epicentro do pensamento bioético é plural. Com isso, o princípio da autonomia sofre adequações quanto ao discurso adotado pelos envolvidos. Portanto, a humanidade tem caminhado ao encontro do reconhecimento da autonomia, porém o resultado proveniente dessa busca não pode se direcionar para um desfecho reconhecidamente desfavorável, tampouco individualizar a vontade para um único envolvido.

É no pensamento bioético que sempre haverá espaço para o contraditório em seu ordenamento, mas o que deve sempre predominar é o bom senso em comum.

Discutir autonomia da mulher quanto à escolha da via de nascimento envolve aprofundamento em um tema ainda inconclusivo, que esbarra no conceito de pessoa e no que diz respeito ao reconhecimento do estatuto do embrião humano.



O médico que assiste um trabalho de parto e tem como bússola o referencial gráfico de um partograma como critério para a conduta da boa prática obstétrica desconhece naturalmente a autonomia como referencial teórico para fugir dos protocolos de recomendações.

Dito isso, não há um ponto de equilíbrio entre conflitos inconciliáveis, principalmente no tocante a dilemas opostos. Tem-se observado com frequência na prática obstétrica que a gestante deseja que seja adotado expressamente o seu plano de parto, sem que o médico obstetra tenha participado dessa construção envolvendo principalmente medidas consolidadas na utilização do partograma.

Sendo assim, parece haver uma tentativa de interpretação do partograma contrária ao que vem sendo adotado pela obstetrícia de forma global. O monitoramento fidedigno materno-fetal passa a ser colocado como um possível indicador para o impedimento da evolução natural do trabalho de parto.

Por outro lado, o partograma não se tem feito presente aos prontuários das pacientes que foram submetidas a intervenção cesariana em sua maioria. Portanto, não há evidências científicas suficientemente estabelecidas, de que sua utilização não possa ser adequada à livre escolha da parturiente.

No que diz respeito à cesariana, para algumas mulheres brasileiras o esforço para medicalizar o processo de nascimento representa uma solução prática para superar os problemas encontrados dentro do próprio sistema de saúde, assim como tendem a perceber esse procedimento como mais seguro que o parto normal (BARROS et al., 2013).

Apesar das diferenças, existem conceitos sobre os quais há um amplo acordo. Um deles é o conceito ético de respeito às mulheres na assistência ao parto, pautado em numerosos artigos científicos, que aponta para condutas denominadas de “boas práticas obstétricas” como deambular, alimentar-se, liberdade de posição para o parto etc. (KEMP et al., 2013).

Parece haver um resgate do que vem sendo denominado de “humanização do parto”. Muitos pesquisadores têm explorado o entendimento do termo “humanização”, descrevendo os diferentes significados (muitas vezes contraditórios), suas possibilidades de mudar a cultura médica, a compreensão da anatomia e fisiologia das mulheres e as relações de gênero (DINIZ, 2005).



É inegável a necessidade de mudar o modelo de atenção pré-natal, parto e puerpério no Brasil, tendo em vista os inúmeros fatores que envolvem o período gravídico puerperal, como também as diferentes formas de violência contra a mulher que ocorrem no País e no mundo.

Na verdade, os avanços para a prevenção da violência contra a mulher, consubstanciados em políticas públicas que envolvem a promoção da saúde e a atenção integral à mulher em situação de violência, em qualquer uma de suas formas, com regulamentos e legislações específicas, têm caminhado em passos curtos.

6 CONCLUSÃO

1 – O termo “violência obstétrica” deveria receber outra designação, pois envolveria, na realidade, todas as inadequadas condições dos locais de atendimento, da violência institucional, bem como de todos os profissionais de saúde e outros personagens envolvidos no atendimento à mulher.

2 – O CFM reconhece a necessidade de leis, regras e protocolos para um adequado atendimento com segurança na assistência à saúde da população, e sua contribuição ocorre através do acatamento destes fundamentos e no controle da ética profissional, por seu Código de Ética Médica, resoluções e pareceres, no sentido de preservar e garantir todos os princípios da boa prática médica e da bioética.

3 – Através de portarias, programas oficiais e mudanças frequentes na legislação do SUS, instalou-se uma série de regras e protocolos, em que a figura do médico, em especial os obstetras, tem sua participação diminuída e questionada, inclusive desautorizando o uso de condutas consagradas e cientificamente comprovadas.

4 – Está em curso, em diversos estados da União e em alguns municípios, a edição de leis que, sob o manto de suposta proteção às gestantes, transferem de forma inconsequente para o médico obstetra toda a responsabilidade das mazelas da ineficiência do acesso à saúde.

5 – Essas leis, que contam com o apoio de algumas ONGs e outros grupos associativos, criam situações de conflito, em sua grande parte amparadas em movimentos político-ideológicos, influenciando negativamente na harmonia das equipes multiprofissionais, bem como nos procedimentos e condutas baseadas em evidências científicas comprovadas.



6 – O CFM repudia os atos que reduzem a participação dos médicos obstetras na integralidade do atendimento à gestante, assim como na demonização progressiva a que esta especialidade está sendo exposta, em especial pela responsabilização dos graves indicadores de mortalidade e morbidade na área materno-infantil.

7 – O CFM reconhece que a proliferação de leis que tratam do tema “violência obstétrica” embute posições político-ideológicas, e na prática não garantem nem oportunizam uma assistência integral, em todos os níveis de atenção à gestante e ao nascituro.

8 – Por fim, o CFM considera que o termo “violência obstétrica”, além de ser pejorativo, traz em seu bojo riscos permanentes de conflito entre pacientes e médicos nos serviços de saúde e, para efeito de pacificação e justiça, avalia que tal termo seja abolido, e que as deficiências na assistência ao binômio materno-fetal tenham outra abordagem e conceituação.

9 – Na verdade, a expressão “violência obstétrica” se posiciona como uma agressão contra a especialidade médica de ginecologia e obstetrícia, contra o conhecimento científico e, por conseguinte, contra a mulher na sociedade, a qual necessita de segurança e qualidade de assistência médica.

Esse é o parecer, S.M.J.

Brasília, 23 de outubro de 2018.

ADEMAR CARLOS AUGUSTO

Conselheiro-relator



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

7 REFERÊNCIAS

BARROS, A. J.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A. et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, p. 635-643, 2011.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 627-637, 2005.

KEMP, E.; KINGSWOOD, C. J.; KIBUKA, M. et al. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database System Review*, Londres, n. 1, CD008070, 2013.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface, Comunicação Saúde e Educação*, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 759-768, 2009.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Care in normal birth: a practical guide*. Report of a Technical Working Group. Geneva: WHO, 1996. 54 p.

Anexo 2. Carta de Itapecerica (1984)

CARTA DE ITAPECERICA

Nós, mulheres de 19 estados do Brasil, trabalhando na área de saúde, reunidas no 1º Encontro de Saúde da Mulher, vimos de público apresentar uma denúncia da atual crise sócio-política, econômica e de saúde, no Brasil, propostas e encaminhamentos necessários para a superação dos problemas atualmente existentes na área específica de saúde da mulher.

I. A crise brasileira

1. A crise geral

Vivemos em um país de economia dependente, onde a maioria da população não tem acesso à alimentação, habitação, transporte, emprego, terra, saúde, lazer e prazer, gerando com isso uma situação de limite de subsistência, onde predominam miséria, desemprego, subnutrição, violência, baixa esperança de vida, alta mortalidade infantil; discriminação social, sexual e racial (indígena e negra) que agrava a qualidade de vida da maioria da população de nosso país.

2. A crise do sistema de saúde

É-nos imposto um sistema de saúde que privilegia ao mesmo tempo a privatização do sistema médico e a excessiva medicalização que não leva em conta o caráter preventivo-educativo que deveria ter um sistema de saúde adequado às populações do Terceiro Mundo.

Nos dias atuais, com a agudização da crise, esse sistema já tão precário está sofrendo grandes abalos, que se concretizam em:

- a) fechamento de hospitais-escolas de inúmeras universidades brasileiras;
- b) diminuição crescente de leitos nos hospitais e postos de emergência da Previdência Social, com gravíssimas conseqüências para a situação de saúde da população como um todo, e enriquecimento ilícito de clínicas convencionadas ao INAMPS.

No que se refere especificamente à condição da mulher, denunciaremos:

- nos Postos de Saúde o atendimento ginecológico não é considerado prioritário;
- as mulheres mais carentes não têm informações sobre o corpo, sobre o uso de métodos anticoncepcionais, além do difícil acesso a ele;
- apenas 2% das mulheres são cobertas pelo exame preventivo do câncer do colo do útero e em índice menor ainda ao de mamas;
- as maternidades são superlotadas e não têm condições de atender às demandas;
- as doenças adquiridas pelas péssimas condições de trabalho e pelos acidentes daí decorrentes não merecem qualquer atenção.

Isso implica em que a mulher — que é vista como reprodutora apenas, pelo nosso sistema de saúde, uma vez que não existem programas específicos para os períodos da adolescência, menopausa, e velhice — também não receba a devida assistência com relação a tudo o que se refere à reprodução. Refletindo o caráter tecnocrático, desumanizante e machista do nosso sistema sócio-político, econômico e de saúde.

Denunciamos ainda as falsas soluções que propõem a implantação de um programa de planejamento familiar de cunho controlista, visando a erradicação da pobreza no país. A miséria

reinante no Brasil, como nos demais países do Terceiro Mundo, não é resultado de uma "explosão demográfica", e sim fruto de um modelo econômico concentrador de renda.

Repudiamos, portanto, as experiências de caráter controlista já em curso, como a esterilização em massa de mulheres e homens e as campanhas de eugenia, bem como propostas, como a do Brigadeiro Waldir de Vasconcellos, chefe do Estado Maior das Forças Armadas, no sentido de reduzir o crescimento populacional no país a partir da criação do Conselho Nacional de População, que enquadraria o Planejamento Familiar como uma questão de segurança nacional.

II. Propostas

1. *Nosso conceito de saúde*

Atualmente o conceito que caracteriza as ações de saúde convencionais centram suas explicações e práticas no indivíduo e na doença, enfatizando uma interpretação biológica impessoal, sem história e sem o conceito social do problema.

Para nós a saúde é algo dinâmico e indivisível, que leva em conta as características individuais do ser humano, interagindo com as características sociais, sexuais e de classe à qual pertence. Isso quer dizer que a compreensão do processo saúde/doença passa pela compreensão das condições reais de trabalho dos indivíduos afetados, assim como pelas condições gerais de sua existência.

O papel sexual e reprodutor imposto à mulher pela sociedade, que a exclui das decisões sobre o seu próprio corpo, faz com que tenhamos problemas específicos de saúde.

Por isso exigimos um programa de saúde integral para a mulher envolvendo todos os seus ciclos biológicos: infância, adolescência, juventude, maturidade, menopausa e velhice; concretizados na sua especificidade sexual (menstruação, contracepção, gravidez, parto, aleitamento, infertilidade, doenças venéreas, prevenção do câncer ginecológico e de mama, saúde mental e algumas doenças clínicas mais comuns), tudo isso integrado com a prevenção e tratamento das doenças relativas a sua inserção concreta no sistema produtivo, seja como trabalhadora e/ou dona-de-casa.

1. Estimular as organizações populares a:

- Pressionar os órgãos oficiais dos Estados para um levantamento das condições reais da saúde da mulher.
- Incentivar outras organizações populares: sindicatos, associações de bairro, partidos políticos, Igrejas, pelo controle popular e democrático na implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo governo, a nível federal, estadual, local.
- Pressionar o governo a nível federal, estadual e municipal para incluir no seu orçamento anual reservas e repasses de verbas para execução dos programas de saúde da mulher.
- Reivindicar, dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, a pesquisa, legalização e fabricação nacional de meios anticoncepcionais para a mulher e para o homem, equipamentos e medicamentos correlatos, bem como a elaboração e divulgação de material educativo adequado a sua fiscalização pela população.

2. Junto aos órgãos de governo:

- Pressionar, em diferentes níveis, no sentido da participação de grupos de mulheres organizadas, na elaboração, execução e fiscalização dos programas relativos à saúde da mulher.
- Reivindicar a fiscalização e interferência pelos grupos de mulheres nos serviços de planejamento familiar privados, instalados com o aval do governo.
- Reivindicar para os profissionais de saúde, além da reciclagem do aspecto técnico-específico, um processo de "repensar" a relação com as mulheres, no sentido de assegurar nosso espaço dentro dos serviços de saúde.
- Incorporar as experiências dos grupos alternativos no processo educativo de treinamento dos agentes multiplicadores na área de saúde, sejam técnicos ou pessoas interessadas.
- Exigir assistência médica decente, não-autoritária, para toda a população.
- Pressionar para que o saber teórico e prático, do ponto de vista da mulher, seja incorporado ao saber oficial, através da ampla divulgação de obras nacionais e estrangeiras, produzi-

das por grupos alternativos, e incorporar a bibliografia básica feminista aos centros de pesquisa, escolas e bibliotecas.

- Incentivar a ampla discussão e debate, em todos os meios de comunicação de massa, de tudo o que diga respeito à saúde da mulher.
- Disciplinar e fiscalizar a pesquisa, atualmente em curso, na área de anticoncepção e esterilidade no Brasil, em sua maioria antiéticos.

Nós mulheres queremos interferir nos projetos, da construção à implantação, na área de saúde, para que os mesmos atendam às necessidades específicas da mulher (instalações sanitárias adequadas, salas para aleitamento, creches etc.).

Nós mulheres queremos interferir nas programações da área da informática para incluir levantamentos de dados e informações relativos ao específico da mulher, por exemplo: atos de violência doméstica e sexual, atendimento no sistema de saúde público-privado.

Reafirmando a autonomia e a total independência do movimento de mulheres na luta por estas reivindicações, acreditamos que a ampla divulgação deste documento sensibilizaria a população, o governo em todas as suas instâncias, e em particular nós mulheres,

(outubro de 1984).

Anexo 3. Carta de Campinas (1993)

54

ANEXO I

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO CARTA DE CAMPINAS ATO DE FUNDAÇÃO

Movimento pela humanização do parto
17 de outubro de 1993

*Para mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma
de nascer.
Michel Odent, Gênese do homem ecológico*

Nós, abaixo nomeadas pessoas, grupos e Instituições de Saúde que há anos trabalhamos com a gestação, parto e nascimento, reunimo-nos, em iniciativa autônoma, e independente, em Campinas, SP, Brasil, entre os dias 15 e 17 de outubro de 1993, para debater sobre a situação atual do nascer em nossa sociedade.

Analisando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento, queremos trazer alguns elementos de reflexão à comunidade.

O Brasil é hoje, o país que apresenta a maior taxa mundial de cesáreas (vários hospitais paulistas têm 80% ou mais de cesáreas) e este passou a ser o método “normal” de parir e de nascer, uma inversão na naturalidade da vida.⁸

No parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição do parto e das interferências obstétricas perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos de parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica. Estes eventos vitais cruciais tornam-se momentos de terror, impotência, alienação e dor.

⁸ A taxa máxima desejável de cesáreas é de 10% (OMS), encontrada em serviços e países de menor mortalidade perinatal.

Não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como a melhor forma de dar à luz, buscando parto sem medo, sem risco e sem dor. Ela é também a via de acesso à ligadura de trompas, método anticoncepcional que tem esterilizado massas de mulheres brasileiras. Esta realidade reprodutiva tem custos psicológicos, sociais e econômicos muito altos.

Na tentativa de garantir a presença do obstetra no parto, signo de segurança, cientificidade e alívio da dor, a mulher assume incondicional e passivamente o papel de doente, entregando-se às intervenções sugeridas pelo médico, que, imerso no contexto de crescente especialização e incorporação acrítica de tecnologia diagnóstica e terapêutica de ponta, afasta-se cada vez mais da concepção de nascimento como fenômeno essencialmente normal, perdendo o conhecimento e a segurança da prática de obstetrícia.

Ninguém informa à mulher que a cesárea desnecessária tem risco de morte materna de cinco a trinta vezes maior e morbidade muito mais alta que o parto normal. Também ninguém lhe diz que a cesárea desnecessária multiplica por treze a morbimortalidade perinatal. Ninguém informa ainda que o parto é o pior momento para fazer a laqueadura, expondo a mulher a riscos e arrependimentos futuros.

Avanços e mudanças socioculturais atuais vêm fazendo com que as mulheres, estimuladas pelo debate que se dá no movimento feminista, comecem paulatinamente a tomar consciência da necessidade de assumir seu papel de sujeito em face das questões da saúde reprodutiva e especialmente no momento do nascimento, e a refletir sobre a progressiva desapropriação da especificidade da sua identidade feminina.

Perante esta situação, a ReHuNa, Rede de Humanização do Nascimento, ora criada, pretende dirigir-se a mulheres, homens, profissionais de saúde e educação, planejadores e elaboradores das políticas de saúde, para:

- Mostrar os riscos, para a saúde das mães e dos bebês, das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas;
- Resgatar o momento do nascimento como evento existencial e sociocultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais;
- Revalorizar o nascimento humanizando as posturas e condutas ante o parto e nascimento.

- Incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;
- Aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas tradicionais de assistência ao parto e nascimento.

Esses objetivos vêm sendo buscado na prática diária de pessoas, profissionais, grupos e entidades preocupados e atentos à melhoria da qualidade de vida, bem-estar e bem-nascer, aliados na luta por uma vida mais humana, digna e saudável.

Acreditamos que várias estratégias e instrumentos podem ser utilizados nesta missão, dentre os quais lembramos:

- Implementação das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, aprofundando aspectos relacionados à qualidade e humanização da assistência à gestação, parto e puerpério;
- Divulgação e adesão às recomendações da OMS, na Conferência Internacional de Tecnologias Apropriadas ao Nascimento (22 a 28 de abril de 1985 Fortaleza, Ceará, Brasil);
- Trabalho educativo sobre direitos reprodutivos, sexualidade, nascimento e voltados a adolescentes, mulheres e homens, com ênfase na divulgação do saber científico relativo ao período gravídico-puerperal.
- Apoio a iniciativas de humanização do nascimento em serviços públicos e privados, Casas de Parto, grupo de parteiras tradicionais, doulas e ONGs.

Anexo 4. Lista de Unidades Federativas com legislação que garante a presença das doulas em instituições que são realizados partos, públicas ou privadas.

UNIDADE FEDERATIVA	Nº da LEI	MENÇÕES IMPORTANTES
Acre	3.169/2016	Garantir o acompanhamento de uma doula, além do acompanhante , se esta for a vontade da mulher, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto.
Alagoas	8.129/2019	As Doulas, para o regular exercício da atividade, estão autorizadas a entrar em todos os ambientes de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato das maternidades em todos os estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada de saúde, com seus respectivos instrumentos de trabalho , condizentes com as normas de segurança e ambiente hospitalar.
Amapá	1.946/2015	[...] permitir a presença da Doula durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente.
Amazonas	4.072/2014	[...] devem permitir a presença de “doulas” durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente.
Ceará	16.837/2019	Para a realização do parto humanizado , a mulher em seu período gravídico-puerperal tem garantidos os seguintes direitos [...] receber apoio físico e emocional de doula durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, sempre que solicitar;
Distrito Federal	5.534/2015	Receber apoio físico e emocional de doula durante o trabalho de parto, o parto e o pós--parto, sempre que solicitado pela parturiente; A atuação da doula tem como base as atribuições descritas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.
Goiás	20.072/2018	A presença das doulas não se confunde com a presença do acompanhante, e deve ser permitida, quando contratada, durante o parto vaginal ou cirurgia cesariana, desde o acolhimento e admissão da paciente até o pós-parto imediato, mesmo em situações de calamidade pública, emergência, epidemia ou pandemia, decorrentes de moléstias contagiosas ou catástrofes naturais
Mato Grosso	10.675/2018	Consideram-se doulas, em conformidade com a qualificação da Classificação Brasileira de Ocupações, acompanhantes de parto escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes que visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante, com certificação ocupacional em curso para essa finalidade.
Mato Grosso do Sul	5.440/2019	Dispõe sobre a presença de Doulas durante todo o período de trabalho de parto, durante o parto e no pós-parto e, estabelece outras providências; entende-se como doulagem a atividade profissional exercida privativamente pela doula , cujo exercício é livre no Estado.
Paraíba	10.648/2016	[...] ficam obrigadas a permitir a presença de doulas durante todo o período pré-natal, de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitado pela parturiente. As doulas não realizam procedimentos privativos de profissionais de saúde, mesmo que possuam formação na área.

Paraná	21.053/2022	Será permitida a presença de doulas, sempre que solicitado pela parturiente, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, independente da via de nascimento.
Pernambuco	15.880/2016	[...] ficam obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitada pela parturiente, sem ônus e sem vínculos empregatícios
Piauí	7.750/2022	Dispõe sobre assistência humanizada, antirracista e não transfóbica; estabelece medidas sobre o direito a ter uma doula durante o parto, nos períodos de pré-parto, pós-parto e em situação de abortamento; garantia do direito de se manifestar através de seu plano individual de parto durante o período de gestação e parto; institui mecanismos para coibir a violência obstétrica.
Rio de Janeiro	7.314/2016	A presença das doulas depende de expressa autorização da parturiente que, deverá informar previamente à unidade de saúde, que comunicará ao profissional médico.
Rio Grande do Norte	10.611/2019	Fica assegurada a presença de doula, sempre que solicitada pela mulher gestante ou parturiente, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato [...] A presença de doula não se confunde com a presença do acompanhante
Rondônia	3.657/2015	Para os efeitos desta Lei e em conformidade com a qualificação da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, doulas são profissionais escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes, que visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal.
Roraima	1.009/2015	O trabalho das Doulas como assistentes especializadas é considerado serviço voluntário para o Estado, sendo assegurado às mesmas, nos dias de atividade, alimentação.
Santa Catarina	16.869/2016	[...] ficam obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente, sem ônus e sem vínculos empregatícios com os estabelecimentos acima especificados.
Tocantins	3.113/2016	Fica instituído o Estatuto do Parto Humanizado, com o objetivo de assegurar melhor assistência às mulheres em seu período gravídico-puerperal nas instituições públicas e privadas de saúde; receber apoio físico e emocional de doula durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, sempre que solicitar;

Fonte: Elaboração própria.

Anexo 5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa Doulagem em cena: desigualdades, direitos e disputas em torno da nova profissão do parir. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é investigar a ascensão de uma nova figura no cenário de assistência ao gestar, parir e maternar e os contornos ditados e considerados importantes pelas próprias doulas. Nesta pesquisa pretendemos compreender o processo de profissionalização da categoria das doulas, identificando suas trajetórias coletivas, discursos, desafios e as práticas principais.

Caso você concorde em participar, será realizada uma entrevista com roteiro semi-estruturado para a coleta dos dados. As entrevistas serão individuais, na data e horário de sua escolha, com perguntas sobre sua trajetória profissional na doulagem, motivações e atuação, sobre a relação com as instituições de saúde e os órgãos estatais. As entrevistas poderão ser realizadas em ambiente virtual (com a utilização de internet, por aplicativo de chamadas, ligação de vídeo) ou presencialmente, se for necessário, no domicílio da voluntária. Solicitamos ainda que você autorize a gravação da entrevista, visto que auxilia na transcrição das falas, dados e informações com fidelidade para a pesquisa. Durante a entrevista você tem o direito de não responder a qualquer questão sem a necessidade de justificativa.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são mínimos. Considera-se que pode haver a preocupação de identificação da participante ou que na mediação da entrevista possam acontecer desconfortos ou constrangimentos diante das perguntas ou problemas técnicos, como falta de luz, internet, sinal precário (quando das entrevistas realizadas de forma remota, online, por meio de aplicativos ou plataformas de chamada de vídeo). Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, a pesquisadora responsável se compromete a reforçar ao início das entrevistas que você tem a liberdade de escolher não responder as perguntas, sem a necessidade de apresentar explicações ou justificativa, e diante dos riscos técnicos, a pesquisadora responsável se compromete a utilizar a plataforma de sua preferência da voluntária e também fará o possível para te auxiliar diante de possíveis problemas. Ainda assim, podemos garantir que as entrevistas poderão ser remarcadas caso seja necessário, sem nenhum dano à sua participação.

A pesquisa também visa ajudar de forma direta ao grupo alvo de estudo, as doulas, visto que ao se debruçar em compreender a ascensão da categoria, seus contornos, homogeneidades e heterogeneidades intra-grupo, relações com outros atores do cenário e as instituições, e, ao mesmo tempo, identificando seus discursos mobilizadores e sentidos das práticas, promove um amplo conhecimento e material sobre estas novas figuras no cenário de assistência ao gerar, parir e maternar, em um espaço que valoriza as próprias doulas a refletirem sobre suas atividades cotidianas, os caminhos de sua profissionalização e seus direitos. Além disso, também se tem um ganho público, para a sociedade em geral, ao se propor discutir questões relacionadas ao cenário e a assistência dos partos e nascimentos. Poderá se oferecer dados sobre aspectos da humanização em saúde, das violências e das estratégias de enfrentamento a estas violências neste campo, em relação ao cuidado e a conhecimentos produzidos por mulheres para a efetiva promoção e manutenção da autonomia das mulheres nestes processos, da relevância da presença das doulas, e até mesmo a discussão e compreensão ampla de novos conceitos desta esfera, como a "justiça reprodutiva" e dos "direitos sexuais e reprodutivos".

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendida. A pesquisadora não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora

Nome do Pesquisador Responsável: Thais Gonçalves de Souza
Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais/ Departamento de Ciências
Sociais/Instituto de Ciências Humanas
CEP: 36036-900
Fone: (32) 991357418
E-mail: thaisouza.ufjf@gmail.com

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: _____
 Rubrica do pesquisador: _____