



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Fernanda Loureiro Silva

**Sobre a “porta que abre por dentro”: análise cultural do processo de
formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil**

Rio de Janeiro

2017

Fernanda Loureiro Silva

Sobre a “porta que abre por dentro”: análise cultural do processo de formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jane Araujo Russo

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S586 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 . – 2017.
153 f.

Orientadora: Jane Araujo Russo

Dissertação (mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Doulas – Teses. 2. Parto – Teses. 3. Parto humanizado – Teses. 4.
Capacitação profissional – Teses. I. Russo, Jane Araujo. II. Universidade
do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 612.63

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Fernanda Loureiro Silva

**Sobre a “porta que abre por dentro”: análise cultural do processo de formação de
doulas para a assistência ao parto no Brasil**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em: 31 de março de 2017.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jane Araujo Russo

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Claudia Mercedes Mora Cárdenas

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Octavio Andres Ramon Bonet

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Fernanda de Carvalho Vecchi Alzuguir

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Para Alice, minha flor e companheira de uma vida inteira.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social, por ter possibilitado o encontro com tantos professores, pesquisadores, funcionários e colegas incríveis. A experiência do mestrado foi, sem dúvida, enriquecedora.

À Jane Russo, por ter me acolhido como sua orientanda com tanto carinho, dedicação e paciência. Agradeço imensamente por sua disponibilidade e generosidade, e pelos ensinamentos que foram essenciais para a conclusão de mais essa etapa.

Aos membros da banca examinadora, Claudia Cárdenas, Octavio Bonet, Fernanda Alzuguir e Marina Nucci por terem aceitado ler este estudo, pela avaliação precisa e pelas importantes contribuições para a elaboração do trabalho final.

Ao Frank, companheiro que está sempre ao meu lado, sonhando junto comigo. Agradeço por todo apoio, carinho, compreensão, cuidados e afagos que foram fundamentais nesta conquista profissional. *Yo te quiero mucho*, menino!

À minha filha, Alice, por me proporcionar uma experiência com dimensões que ultrapassam os limites da imaginação! Agradeço por sua pureza, sensibilidade e verdade, que vem transformando a minha vida com muito amor.

À minha família, de sangue e de coração, pelo apoio e carinho de sempre. Ao meu pai, Kleber, e minha mãe, Vera, pelo amor e motivação em todos os momentos. Aos meus irmãos, Vinícius e Briza, pelo carinho e incentivo.

A todos os familiares, amigas e amigos, pelo cuidado que dedicaram à Alice durante esse período para que eu pudesse escrever este trabalho.

À CAPES, pelo apoio financeiro que viabilizou a minha dedicação exclusiva à pesquisa.

Às informantes que possibilitaram a realização deste estudo, pela disponibilidade, e por compartilharem conosco um pouco de suas vidas. A vocês, carinho e gratidão!

RESUMO

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. 2017. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

A atividade realizada pelas doulas passou a ser reconhecida, a partir 2013, como uma ocupação na área da saúde destinada a prestar suporte contínuo à mulher gestante no ciclo gravídico-puerperal. Para isso, as pessoas interessadas em se tornar doulas passam por um processo de capacitação que tem como objetivo informar e instrumentalizar essas profissionais nos assuntos relativos à gestação, parto e puerpério. No decorrer dos últimos anos, observa-se que muito do que está sendo alcançado em termos de valorização do “parto natural humanizado” sofre a influência dos esforços das doulas; elas estão atuando em diversas frentes e desenvolvendo as mais diferentes estratégias para legitimar essa modalidade de parto. Desta forma, em um cenário onde a cesariana é a via de nascimento mais frequente, as doulas, aparentemente, buscam desnaturalizar práticas obstétricas consideradas ultrapassadas e suas ações normativas, visando oferecer à população mecanismos de reflexividade sobre como se posicionar diante de uma instituição de assistência obstétrica. Este trabalho tem como objetivo compreender o processo de formação de doulas, caracterizada como uma categoria profissional emergente, que atua na assistência ao parto, e que vem demonstrando ter um expressivo peso político dentro do movimento pela humanização do parto no Brasil. Para tanto, este estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira, foi feito um mapeamento de diversos cursos de capacitação de doulas no Brasil e entrevistas com cinco coordenadoras de cursos. Na segunda etapa da pesquisa, foi realizado uma observação participante em um curso de capacitação de doulas e entrevistas com cinco alunas que participaram deste curso. A partir da etnografia deste processo de formação, buscou-se descrever e analisar as categorias presentes nas narrativas e as dinâmicas de interação em tal prática de ensino, bem como refletir sobre os pressupostos conceituais e valorativos que estão subjacentes a uma concepção “natural” de parto/nascimento em um projeto político-pedagógico, cujas práticas ainda são pouco mapeadas no Brasil.

Palavras-chave: Doula. Parto. Humanização do parto. Formação profissional.

ABSTRACT

SILVA, Fernanda Loureiro. *About "the door that opens from inside": cultural analysis on the qualification of doulas for birth assistance in Brazil*. 2017. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The activity of doulas was recognized, in 2013, as an occupation on the Health Area, intended to "provide continuous support to women in the pregnancy-puerperal cycle". To perform as a doula, individual undergoes training, whose purpose is to inform and instrument her/him about the issues related to gestation, childbirth and the puerperium. It has been recognized that much of the achievement in terms of the nowadays humanized birth's valorization is due to the efforts of the doulas. In a scenario, where the c-section is the most frequent way of birth, they seek to denature obstetric practices considered outdated in order to offer the population mechanisms of reflexivity on how to stand oneself in front of an obstetrical care institution. This work aims to understand the process of doulas qualification. Doulas are characterized as an emerging professional category, but has been demonstrating a significant political weight within the movement for the humanization of assistance to the childbirth. For that, this study was carried out in two stages. In the first one, a mapping of several doulas training courses in Brazil and interviews with five course coordinators were done. In the second stage of the research, a participant observation was made in a doulas training course and interviews were carried out with five students who participated in this course. Through an ethnography of the process of the doulas' qualification, we will try to describe and analyze the categories presented in the narratives and dynamics of interaction in such a process. We also seek to reflect on the conceptual and evaluative assumptions that underlie a "natural" birth in a political-pedagogical project whose practices are still poorly mapped in Brazil.

Keywords: Doula. Childbirth. Humanization of childbirth. Professional qualification.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADDF	Associação de Doulas do Distrito Federal
ADOAL	Associação de Doulas de Alagoas
ADOSP	Associação de Doulas de São Paulo
ADOULASRJ	Associação de Doulas do Rio de Janeiro
ANDO	Associação Nacional de Doulas
BEMFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
CG	Casal Grávido
COREN-RJ	Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro
CPAIMC	Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
DONA	Doulas of North America
EAD	Ensino à distância
GAMA	Grupo de Apoio à Maternidade Ativa
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
NACA	National Association of Childbirth Assistants
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSD	Parto sem dor
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SUS	Sistema de Único de Saúde
UNIPAZ	Universidade Internacional da Paz

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	OS ESTUDOS PRECEDENTES	16
1.1	Medicalização do corpo feminino e do parto	16
1.2	Maternidade e feminismo: o plano das ideias	20
1.3	Maternidade e feminismo: das ideias às práticas	26
1.4	Saúde da mulher e o movimento de humanização da assistência ao parto	30
2	O PARTO EM QUESTÃO: DOS MOVIMENTOS DE REVISÃO AO MOVIMENTO DAS DOULAS	38
2.1	Revisitando os movimentos de revisão do parto	41
2.2	Passando pelo movimento de humanização	47
2.3	Chegando ao movimento das doulas	54
2.3.1	<u>A “doula”: de Dana Raphael a Klaus e Kennell</u>	55
2.3.2	<u>O movimento das doulas</u>	60
3	ETNOGRAFIA DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE DOULAS	66
3.1	Mapeamento dos cursos de capacitação de doulas	69
3.2	Cursos de capacitação de doulas	71
3.3	Características gerais dos cursos de capacitação de doulas	80
3.3.1	<u>Como a “doula” é descrita</u>	80
3.3.2	<u>Objetivos dos cursos de capacitação</u>	84
3.3.3	<u>Público-alvo: perfil e motivação</u>	85
3.3.4	<u>Propostas dos cursos: carga horária, conteúdo programático e metodologia</u>	88
3.4	A escolha do campo de observação	94
3.5	O curso e seu contexto	97
3.5.1	<u>A “casa nova”</u>	101
3.5.2	<u>A chegada ao campo</u>	103
3.5.3	<u>Tornando-se doula</u>	110
4	SOBRE A “PORTA QUE ABRE POR DENTRO”	119
4.1	O parto em uma “nova era”	125
4.2	A chave para uma “nova era”	129
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	133

REFERÊNCIAS	136
APÊNDICE A – Convite para participação na pesquisa	143
APÊNDICE B – Roteiro para entrevista com as coordenadoras de cursos de capacitação de doulas	144
APÊNDICE C – Roteiro para entrevista com as alunas de cursos de capacitação de doulas	145
APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido (coordenadoras) ..	146
APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido (alunas)	148
APÊNDICE F – Carta de anuência e autorização para a pesquisa	150
APÊNDICE G – Cursos de capacitação de doulas mapeados	151

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como principal objetivo investigar o processo de formação de doulas, caracterizada como uma categoria profissional emergente que atua na assistência às mulheres durante a gestação, parto e puerpério, no Brasil. Especificamente, visamos mapear as principais referências, teóricas ou não, que fundamentam o discurso e as práticas das doulas; verificar quais são as motivações e expectativas destas profissionais para atuar como doula; descrever e analisar as categorias presentes nas narrativas e as dinâmicas de interação em um curso de capacitação de doulas; e analisar os pressupostos conceituais e valorativos que estão subjacentes a uma concepção “natural” de parto e nascimento.

A atividade realizada pelas doulas passou a ser reconhecida a partir de 2013, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego, como uma ocupação na área da saúde (código 3221-35) que “visa prestar suporte contínuo a gestante no ciclo gravídico-puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante” (BRASIL, [2002]). Para isso, as pessoas interessadas em se tornar doulas passam por um processo de capacitação que tem como objetivo informar e instrumentalizar essas profissionais nos assuntos relativos à gestação, parto e puerpério; isso permite, segundo as doulas, um maior reconhecimento social e assegura a entrada neste “mercado” (SILVA, 2013).

Cabe esclarecer logo de início que, embora haja semelhança em diversos aspectos, a doula, na maneira como se apresenta no Brasil, não é parteira. Essa distinção se faz necessária, visto que a confusão em torno dos papéis dos diferentes atores envolvidos no cenário do parto apareceu de forma recorrente ao longo da realização desta pesquisa. As doulas afirmam que, diferente das parteiras, não possuem “funções técnicas”¹ na assistência ao parto; a função delas estaria em oferecer apoio físico e emocional à mulher, focando principalmente nos aspectos psicológicos que podem interferir na fisiologia do parto, para “catalisar”, assim, “algo que a mulher já tem” (SILVA, 2013).

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde reconhecem a importância da doula no momento do parto e têm recomendado a sua presença. No entanto, apesar destas chancelas, a doula ainda não é reconhecida como uma profissional de saúde. De modo geral,

¹ Refere-se à procedimentos obstétricos, como ausculta fetal, exame de toque, aferir pressão, entre outros.

no serviço de saúde privado, a doula é contratada pela mulher para acompanhá-la², e no serviço público, ela pode fazer esse acompanhamento de forma não remunerada; mas, em ambos os casos, a doula ainda é encarada como uma “acompanhante” e depende, em última instância, da autorização do médico e/ou da instituição de saúde para atuar. É importante ressaltar que, embora tenham sido aprovadas algumas leis específicas³ nos âmbitos estadual e municipal que visam assegurar a atuação das doulas, estas leis, via de regra, são descumpridas e essas profissionais ainda continuam entrando no rol dos acompanhantes⁴, cabendo à mulher eleger entre o companheiro(a)/familiar e a doula quem vai acompanhá-la durante o parto.

A prestação de serviço de apoio à mulher durante a gestação, parto e pós-parto como uma profissão é um fenômeno que surgiu a partir do movimento de educação para o parto entre os anos 1960 e 1970 (WOLFE, 2015). A primeira organização profissional de doulas nos EUA, chamada *National Association of Childbirth Assistants* (NACA), foi fundada pela educadora Claudia Lowe em 1984 e desfeita dez anos depois, quando outras organizações já tinham começado a oferecer programas de treinamento e de certificação próprios (WOLFE, 2015). A associação de doulas mais antiga em atuação nos EUA, segundo Wolfe (2015), é a *DONA Internacional*. Esta associação foi fundada pelos médicos Marshall Klaus e John Kennell e pelas terapeutas Phyllis Klaus, Penny Simkin e Annie Kennedy, em 1992, com o objetivo de promover a importância do “suporte contínuo” para mães e seus familiares durante o período gravídico-puerperal, e apoiar um grupo relativamente novo de profissionais, as doulas.

De acordo com as informações presentes no *site*⁵ desta associação, eles são a maior e mais respeitada associação certificadora de doulas no mundo que tem como missão

² Só para se ter uma ideia, por exemplo, no estado do Rio de Janeiro, o serviço de uma doula profissional custava, na época em que esta pesquisa foi realizada, R\$ 1.168,00. Este valor é definido pela Lei estadual nº 7267/2016 e refere-se ao nível III do piso salarial de categorias profissionais que não são estabelecidas por lei federal, convenções ou acordos coletivos de trabalho. A inclusão da categoria “doulas” nesta lei aconteceu concomitantemente à aprovação da “Lei das Doulas” (Lei nº 7134/2016) no estado do Rio de Janeiro.

³ Alguns estados que aprovaram “leis das doulas” são: Amazonas, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Pernambuco. Em Tocantins e no Distrito Federal foram aprovadas leis que instituem o Estatuto do Parto Humanizado, o qual, entre outras sanções, prevê a presença das doulas no momento do parto se assim solicitado.

⁴ Em 2005, entrou em vigor a Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108) que assegura a presença de um acompanhante, indicado pela parturiente, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (até 10 dias após o parto), nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde. Além da Lei do Acompanhante, a Agência Nacional de Saúde (ANS) regulamentou a RN 167/08, que também trata da permissão de um acompanhante nos atendimentos realizados no setor privado, acrescentando que todos os planos de saúde com obstetrícia devem dar cobertura ao acompanhante.

⁵ <http://www.dona.org>

“promover o nascimento de alta qualidade e apoio ao pós-parto, definindo o padrão para a profissão de doula através da formação baseada em evidências e certificação de doulas de diversas origens culturais”. Além disso, apresentam entre suas metas “ser a principal organização mundial para certificação, treinamento e educação continuada de doulas baseada em evidências”, “estimular o uso de doulas em todo o mundo através da promoção e avanço da profissão de doula” e “ser uma valiosa fonte de informações sobre os benefícios dos cuidados oferecidos por uma doula”.

Aqui no Brasil, enquanto categoria profissional que está em franco processo de institucionalização, as doulas estão se organizando em associações regionais⁶ com o objetivo de reunir as profissionais que trabalham de forma independente no acompanhamento das mulheres gestantes para que sejam reconhecidas como profissionais da área de saúde.

Embora não existam números oficiais de doulas atuando no país, elas estão espalhadas por boa parte do território nacional, ajudando, de forma voluntária ou não, as mulheres a parir. Muitas vezes motivadas por suas experiências pessoais, as doulas formam um grupo muito engajado em torno das questões femininas, fazendo da maternidade não só uma inspiração para a realização de seus trabalhos, mas também uma causa política e social, ao integrar um movimento que busca a valorização do “parto natural humanizado”.

Em um contexto onde a cesariana é a via de nascimento mais frequente, as doulas passaram a atuar como educadoras perinatais e ativistas das questões femininas ligadas à maternidade. As doulas questionam a falta de “protagonismo” da mulher no momento do parto. Nesse sentido, elas buscam conhecimentos a partir das “melhores evidências científicas”, mas procuram, sobretudo, se informar sobre as práticas obstétricas adotadas pelos médicos “não humanizados”⁷. Munidas deste saber, embora impedidas de atuar de “forma técnica” no parto, elas podem ser encaradas como um oponente ao sistema médico dominante, na medida em que se tornam “testemunhas oculares”⁸ dos acontecimentos deste evento.

⁶ AdoulasRJ no Rio de Janeiro, ADDF no Distrito Federal, ADOSP em São Paulo, ADOAL em Alagoas, entre outras.

⁷ A categoria “não humanizado” refere-se àqueles profissionais cujas práticas privilegiam as rotinas e protocolos hospitalares, em detrimento dos desejos e das necessidades individuais das pacientes.

⁸ Expressão utilizada pela doula representante do movimento das doulas na audiência pública sobre “Parto humanizado: direito de escolha”, no qual foram discutidas as resoluções do CREMERJ 265/12 e 266/12, que interferiam na atuação de profissionais ligados ao movimento de humanização da assistência ao parto. Nesta audiência, realizada na ALERJ em 14 de março de 2016, a doula fala o seguinte: “Se a gente já sabe que as doulas não têm nenhuma contraindicação, pelo contrário, elas só tendem a facilitar esse processo [de parto] para a mulher, eu queria colocar aqui uma pergunta: O que a presença da doula, de fato, representa no cenário do parto? Porque a nossa presença está sendo tão problematizada pelo CREMERJ nesse momento? Ao meu ver, nós somos, além de tudo, as testemunhas oculares deste processo. Nós somos as profissionais que

Ademais, observamos no decorrer dos últimos anos que muito do que está sendo alcançado em termos de reconhecimento e valorização do “parto natural humanizado” sofre a influência dos esforços das doulas. Além do suporte físico e emocional oferecido às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, as doulas estão atuando em diversas frentes e desenvolvendo as mais diferentes estratégias para legitimar essa modalidade de parto: elas coordenam grupos de “apoio à gestante”, promovem cursos de “preparação para o parto”, denunciam procedimentos que são considerados como atos de “violência obstétrica”, lideram manifestações públicas em prol do “parto natural humanizado”, divulgam em *blogs*, *sites* e redes sociais informações relativas ao tema – muitas delas com caráter técnico/científico – e, mais recentemente, estão organizando congressos online, gratuitos, abertos a quem se interessar pelo assunto.

Ao desnaturalizar práticas obstétricas consideradas ultrapassadas e suas ações normativas, as doulas, aparentemente, buscam oferecer à população mecanismos de reflexividade sobre como se posicionar diante de uma instituição de assistência médica, no caso, a obstétrica. A partir daí surgem algumas questões: como é o processo de formação de um grupo, de uma categoria profissional emergente que atua e vem promovendo mudanças na assistência ao parto no Brasil? Como essas pessoas se informam e obtêm os recursos necessários para atuar como doulas? O que as motiva a fazer isso? O que fundamenta o seu discurso?

O movimento pela humanização da assistência ao parto – movimento no qual as doulas estão inseridas e sobre o qual elas se pronunciam como autênticas representantes – se configura em torno de um conjunto de valores e de propostas que se opõem às formas altamente medicalizadas e intervencionistas para o parto e nascimento.

Este movimento, ao mesmo tempo em que dialoga com o movimento feminista, também dialoga com concepções vigentes acerca da oposição entre Natureza e Cultura. Dessa forma, tais cruzamentos devem ser objeto de investigação, de modo a apontar os limites e as possibilidades da ideologia que sustenta o movimento, e verificar as suas implicações para a formação de um profissional reflexivo, cujas práticas ainda são pouco mapeadas no Brasil, mas que vem demonstrando ter um expressivo peso político dentro do movimento pela humanização da assistência ao parto.

acompanham, em muitos casos, as mulheres desde a primeira semana de gestação (...) e, durante toda a gestação, a gente cumpre o papel de informar as mulheres sobre quais são os direitos delas e sobre a ‘tal’ da violência obstétrica, porque tem muitas, muitas e muitas coisas que acontecem dentro de uma sala de parto, que são tidas como normais, como cotidianas (...) e o nosso papel é ajudar a mulher a elaborar o que aconteceu (...). Então, por que os médicos estão com tanto, tanto, tanto medo de que a gente esteja ali olhando para o que eles estão fazendo com as mulheres? ”

Diante das questões suscitadas, e com o intuito de localizar a “doula” no cenário do parto no Brasil, esta dissertação está estruturada em quatro capítulos. Iniciamos o primeiro capítulo expondo brevemente algumas considerações sobre o termo medicalização, conforme a conceitualização de Conrad (2007), e apresentando importantes referências que abordam, a partir de uma perspectiva histórica e social, o processo de medicalização do corpo feminino e do parto no Brasil. Em seguida, apresentamos uma análise sobre as particularidades e transformações no debate feminista contemporâneo em sua relação com a experiência da maternidade, tanto no plano ideológico quanto no plano das ações políticas. Analisamos também as implicações do movimento de humanização da assistência ao parto sobre as políticas de saúde da mulher.

No segundo capítulo, percorremos, a partir da produção teórica nacional do campo das Ciências Humanas e Sociais, sobretudo, da Antropologia, as transformações ocorridas nas diferentes concepções relativas ao evento “parto” nas últimas décadas do século XX, principalmente, no que diz respeito à psicologização dos sujeitos e ao acirramento da crítica à medicalização. Transformações estas que, apoiadas nos dispositivos da antinormatividade e da igualdade, tributários da ética libertária dos movimentos de contracultura dos anos 1960, preconizam a plena manifestação dos indivíduos a partir da liberação dos corpos e da exaltação da “Natureza”.

Neste capítulo, observamos também que o movimento pela humanização da assistência ao parto no Brasil, ao assumir essa concepção individualista-libertária, o faz a partir da incorporação de conceitos do campo biomédico, sob a forma de “evidências científicas”. Isto se dá através de uma negociação de significados que têm em comum a categoria “Natureza”. Uma categoria que tende a universalizar o comportamento humano, suplantando as diferenças sociais e a diversidade cultural.

Dentro desse contexto, o movimento das doulas aparece como um desdobramento do movimento pela humanização da assistência ao parto, e que, como tal, recorre às mesmas ideias para respaldar a sua luta. Em vista disso, abordamos o histórico do termo “doula” na literatura antropológica e a sua subsequente apropriação pelo campo biomédico. Em seguida, inspiradas pelo trabalho de Octavio Bonet, *Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*, trazemos para este estudo a questão da relação entre os domínios do saber e do sentir, observada por Bonet na aprendizagem da biomedicina, para refletir sobre o processo de formação das doulas.

O terceiro capítulo foi dedicado à apresentação do relato de pesquisa sobre o processo de formação das doulas. Esta pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira, fizemos um

mapeamento de diversos cursos de capacitação de doulas no Brasil e entrevistamos cinco coordenadoras de cursos. A segunda etapa consistiu na realização de uma observação participante em um dos cursos mapeados e entrevistas com cinco alunas. Optamos por expor os dados a partir da categorização que foi proporcionada pelo próprio campo, apresentando as características gerais dos cursos, o modo como a “doula” é descrita nas propostas, os objetivos desses processos de capacitação, o perfil e a motivação do público-alvo, e as propostas metodológica dos cursos.

No último capítulo, procuramos analisar o processo descrito no capítulo anterior de modo a apresentar uma leitura não somente do que as doulas aprendem, mas, principalmente, como aprendem, buscando elucidar como as subjetividades vão sendo moldadas ao longo desse processo.

1 OS ESTUDOS PRECEDENTES

1.1 Medicalização do corpo feminino e do parto

O impacto da medicina e dos conceitos médicos vêm se expandindo muito nas últimas décadas e, nesse sentido, o número de situações ou condições da vida que passaram a ser definidas em termos médicos têm aumentado significativamente. Seguindo nessa esteira, o tema da medicalização vem sendo explorado em diversas publicações no campo das Ciências Humanas e Sociais muitas vezes como uma crítica a este desenvolvimento. No entanto, “o uso do termo medicalização como uma crítica ao poder médico obscurece diferentes níveis de sua ocorrência” (ZORZANELLI et al., 2014:1860), prejudicando, assim, a compreensão de nuances que estão implicadas em um contexto social mais complexo, onde agentes médicos e não médicos estão em constante interação, significando e ressignificando suas ações.

Conrad (2007) descreve a medicalização como um processo pelo qual um determinado problema pode ser definido em termos médicos, descrito usando linguagem médica, compreendido através da adoção de uma delimitação médica ou tratado a partir de uma intervenção médica⁹. Diante dessa perspectiva, podemos pensar que o que constitui um problema médico “real” pode ser definido não tanto pela validade de um diagnóstico, mas, em grande parte, pela possibilidade de nomeação dessas situações ou condições da vida a partir de um discurso de autoridade.

Contudo, esse poder de qualificação não é exclusivo de uma categoria médica. O processo de medicalização é complexo e abrange outras áreas da vida humana. Segundo Conrad (2007), a medicalização não decorre simplesmente de uma colonização médica. É uma forma de ação coletiva. É necessário que haja a atuação de outros agentes, além dos médicos, para que isso aconteça. Este autor assinala a forte influência da indústria farmacêutica e do papel do médico nesta construção. No entanto, ele também aponta outros fatores que têm incentivado ou instigado a medicalização e que estão subjacentes à maioria das análises críticas realizadas sobre o tema, como: a diminuição da tolerância para o sofrimento físico ou psíquico e a consequente (re)significação desses estados como

⁹ Embora este autor tenha sofrido críticas quanto à excessiva abrangência da sua proposta, conforme assinalado por Zorzaneli et al. (2014), observamos que a construção conceitual de Conrad (2007), a partir das bases e implicações sociais da expansão da jurisdição médica, possibilita ir além da crítica e pensar a medicalização como um fato social.

patologias; a participação de movimentos sociais e de grupos de interesse que, a partir da busca pela legitimação médica para certos problemas, promove a inclusão destas condições nesse campo; e, a disputa entre diferentes categorias profissionais pelo domínio/autoridade sobre a classificação, definição e tratamento de determinadas condições, isto é, como um saber legitimado sobre essas condições. Este último fator será discutido logo mais adiante como uma parte importante no processo de medicalização do parto, a partir do surgimento de uma “ciência do corpo feminino” e o conseqüente desaparecimento da “arte de partejar”.

Conrad (2007) coloca que a medicalização não necessita ser total, ou seja, que existem graus diferentes de medicalização. Essa variação poderia se dar, entre outras coisas, de acordo com o apoio da categoria médica, com a descoberta de novas etiologias ou com a disponibilidade e rentabilidade dos tratamentos. Além disso, ele ressalta que, embora a tendência nos últimos anos tenha sido em direção à expansão da jurisdição médica, esse processo também pode ser bidirecional, no sentido de que pode haver tanto medicalização quanto desmedicalização. Zorzanelli et al. (2014) ressaltam que o caráter irregular do processo de medicalização proposto por Conrad (2007) implica em pensar esse conceito em função da especificidade de cada caso e do contexto social onde ele ocorre.

A conceitualização de Conrad (2007) ora apresentada guarda certa relação com a perspectiva foucaultiana no que diz respeito à centralidade dos discursos da medicina, da saúde e do bem-estar, como um poder normatizante e distintivo daquilo que é ou não normal. De acordo com Foucault (2010), a sociedade passa a se regular, a se ordenar e a se condicionar de acordo com normas que são determinadas por processos médicos. Isto é, para além da simples função terapêutica, uma das grandes atribuições da medicina é definir as normas de saúde e dos comportamentos saudáveis e incitar os indivíduos a agir em convivência com essas normas. Contudo, essa nova ordem normativa não pretende reprimir, punir, proibir. Ela quer ser aceita e disseminada, quer convencer. Para isso, ela se apresenta como uma opção lúcida, racional, escolhida pelos indivíduos e não imposta a eles. Um discurso “verdadeiro” que cria um suporte institucional para reforçar e conduzir as práticas, as ações e até os processos cognitivos. Dessa forma, a medicina passa a estar em todo lugar e a ter sempre uma palavra a dizer sobre toda e qualquer experiência somática. A veracidade do seu discurso passa não só a ser aceita, mas também desejada.

Conrad (2007), em sua tese, assinala que certos processos vitais comuns têm sido medicalizados, como a variação do humor, a menstruação, a infertilidade, o parto, a menopausa e o envelhecimento; mas, cabe ressaltar que alguns estudos vêm demonstrando como as condições femininas foram desproporcionalmente medicalizadas, quando se

examinam os aspectos de gênero neste processo (ROHDEN, 2003; 2008; 2009). Isto se manifesta de forma bastante clara em estudos sobre sexualidade, reprodução, controle de natalidade e parto.

Nesse sentido, apresentamos a seguir algumas referências que abordam, a partir de uma perspectiva histórica e social, o desenvolvimento do processo de medicalização do corpo feminino e do parto no Brasil. Assim como o fez Miranda (2012), acreditamos que essa apresentação visa, sobretudo, elucidar a racionalidade que sustenta o modelo hegemônico de assistência ao parto nas sociedades ocidentais.

Vieira (2002), ao apresentar o processo de objetificação do corpo feminino pela medicina, mostra que a articulação entre uma condição orgânica e de gênero representou um processo de naturalização do corpo feminino. Para a autora, a medicalização do corpo feminino está vinculada à incorporação, pela medicina, de um novo papel dentro do processo de higienização da sociedade no século XVIII, mas se viabiliza, sobretudo, a partir das características biológicas do corpo feminino relacionadas à reprodução.

Vieira (2002) aponta a medicalização do parto como um longo e tortuoso processo que culminou no surgimento da obstetrícia e ginecologia. Esse processo teve início na Europa, ainda no século XVI, com a regulamentação da tradição de partejar por parte do Estado e da Igreja, e coincidiu com a perseguição às feiticeiras, entre as quais acreditavam-se estar as curandeiras e as parteiras. De acordo com a autora, o conflito que se estabeleceu entre médicos e parteiras demonstra o empenho de ambas categorias pelo domínio da prática obstétrica. Contudo, a busca para superar as altas taxas de mortalidade materna e neonatal encontrou no desenvolvimento tecnológico – que se constrói como uma estratégia da modernidade – um caminho para a consolidação de um saber perante o outro. A exclusão das mulheres e de suas práticas tradicionais, amparada num interesse da sociedade, favoreceu o estabelecimento do processo de medicalização não só do parto, mas do corpo feminino como um todo. Ainda segundo Vieira (2002), embora a produção de ideias sobre a “natureza feminina” estivesse pautada por um discurso científico aparentemente neutro e objetivo, ela estava profundamente enviesada pelos projetos de sociedade da época.

Martins (2005) aborda essa questão – a produção de um saber especializado sobre o corpo feminino – a partir da análise dos tratados e manuais de obstetrícia utilizados pelos estudantes de medicina e médicos brasileiros entre os séculos XIX e XX. Para a autora, estes materiais são importantes fontes para compreender a transformação do corpo feminino a partir do olhar treinado dos especialistas, principalmente, no que diz respeito ao conjunto de valores sobre os quais a “natureza feminina” passou a ser definida.

De acordo com a autora, as representações do corpo feminino nesses livros de obstetrícia “revelam o novo, o desconhecido, propõem novos modelos de explicação e métodos de conhecimento, mas ao mesmo tempo não se despregam de valores e interpretações tradicionais e conservadores da feminilidade” (MARTINS, 2005: 648-649). A principal diferença entre esses tratados de obstetrícia e aqueles publicados em épocas anteriores, segundo ela, está na necessidade de definir a especificidade feminina a partir de critérios mais objetivos, fornecidos pela anatomia e fisiologia. Assim, de acordo com Martins (2005), essa transformação do corpo feminino a partir do olhar do obstetra ao mesmo tempo em que afastou qualquer explicação sobrenatural sobre gestação e parto que eram comuns até aquela época – inscrevendo-os como fenômenos observáveis e passíveis de controle –, também buscou fundamentar a “verdade” sobre o sexo feminino em bases naturais e materiais. Nesse sentido, qualquer desigualdade de gênero poderia ser explicada a partir das leis inexoráveis da “Natureza”, visto que a diferença entre mulheres e homens estava inscrita nos corpos.

Outra importante referência que elucida pontos relativos ao surgimento da ginecologia durante a segunda metade do século XIX e a construção social do papel da mulher segundo o discurso médico é Fabíola Rohden (2002). A autora, a partir da análise de teses sobre ginecologia produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1833 e 1940, verifica uma clara delimitação do papel social da mulher, vinculada, quase sempre, à sua função sexual e reprodutiva. Neste trabalho, Rohden (2002) demonstra como as práticas médicas incorporadas naquela época poderiam influenciar o atual modelo de atendimento à mulher.

Um ponto importante levantado pela autora está relacionado ao surgimento da medicalização dos partos e à incorporação cultural da cesariana como uma importante via de nascimento. Segundo Rohden (2002), as descobertas científicas da época teriam influenciado duas grandes mudanças no cenário do parto. A primeira diz respeito à instituição de novas práticas médicas, como a cesariana e a episiotomia, beneficiadas pela utilização da antissepsia, assepsia e anestesia. A segunda estaria relacionada com a assimilação, por parte dos obstetras, devido ao seu conhecimento particular do corpo feminino, da especialidade cirúrgica que se origina a partir de tais descobertas, a ginecologia. Contudo, segundo a autora, o desenvolvimento de uma medicina da mulher corria um grande risco de condenação moral, pois, se de um lado estavam os procedimentos médicos, de outro, havia a ideia de uma “natureza sexualizada da mulher” que não deveria ser despertada. Desta forma, fez-se necessário, desde aquela época, o controle moral da profissão; definiu-se que, enquanto

“guardiã da honra feminina e da regulação das manifestações corporais da mulher”, a prática médica ligada à maternidade deveria ser “bem encaminhada, a reprodução garantida e a ordem social cristalizada” (ROHDEN, 2002:115).

Desde meados do século XIX, a saúde se tornou uma questão de Estado e diferentes tipos de intervenções passaram a atravessar o corpo dos sujeitos, singularizando-os, como foi o caso das mulheres. A medicalização do corpo feminino no Brasil, quando analisados a partir de uma perspectiva histórica e social, revelam que a articulação entre uma condição biológica e de gênero representou a construção do papel social da mulher. O discurso médico, como um discurso autorizado sobre o corpo feminino e sobre a sua moral, esteve vinculado durante muito tempo à função sexual e reprodutiva das mulheres, influenciando as práticas assistenciais em saúde da época, que, por sua vez, serviram de alicerce para a construção do modelo hegemônico de assistência ao parto no Brasil; modelo este, que vem sendo amplamente criticado pelo movimento de humanização da assistência ao parto.

1.2 Maternidade e feminismo: o plano das ideias

A relação entre maternidade e feminismo vem sendo marcada, ao longo dos tempos, por encontros e desencontros. Por um lado, a maternidade, como uma experiência eminentemente feminina, pode ser compreendida como parte de um tipo de organização institucional familiar e como um símbolo histórico, cultural e politicamente construído, resultado das relações de poder e dominação de um sexo sobre o outro (SCAVONE, 2001). Por outro lado, o feminismo, como uma experiência histórica constituída por um campo de reflexão e por um campo de atuação política, buscou enunciar genérica e abstratamente a emancipação feminina, ao mesmo tempo em que teve que atuar dentro dos limites e das possibilidades – que lhe são intrínsecos – de se referir concretamente a mulheres em contextos políticos, sociais, culturais e históricos específicos (SARTI, 2001).

Alguns estudos indicam que as mulheres provenientes das camadas médias adeptas do “parto humanizado” dificilmente se identificam como feministas ou fazem menção ao movimento das mulheres brasileiras pela saúde e pela maior liberdade sexual de anos anteriores. (CARNEIRO, 2015; HIRSCH, 2015). Carneiro (2015), no decorrer da sua pesquisa de doutorado, verificou que essas mulheres raramente faziam menção ao movimento feminista. De acordo com ela, quando indagadas, muitas de suas informantes negavam a

conexão entre o feminismo e o “parto humanizado”, suas escolhas e práticas, como se estivessem vendo dois modos diferentes de estar no mundo: o materno ou o feminista.

Segundo Carneiro (2015), essa negação poderia estar amparada em algumas hipóteses. A primeira seria de que essas mulheres são da “geração do pós-feminismo”, isto é, uma geração que estaria inserida em um mundo mais equitativo e que, por isso, poderia considerar suficientes as conquistas sociais, políticas e econômicas em favor das mulheres; nesse sentido, o movimento feminista poderia ser considerado “coisa do passado” pelas gerações atuais. Uma segunda explicação poderia estar relacionada com fato dessas mulheres perceberem o feminismo como um empecilho para o exercício integral da maternidade, na medida em que o movimento contribuiu para que as mulheres ocupassem tanto o espaço privado quanto o público, tendo que se dedicar a uma exaustiva dupla jornada. Outra hipótese estaria amparada naquilo que Elisabeth Badinter (2011) trata como um “retorno à ideologia da mãe moderna”, onde haveria a reinstalação da noção de que caberia às mulheres a reprodução e aos homens a produção; esse ideário teria como principais matrizes discursivas a ecologia, com a ideia de que tudo o que é natural é mais saudável, as ciências do comportamento, que defende o *bonding* (formação do apego) entre mãe e criança, e uma nova corrente feminista essencialista guiada por nomes como o de Carol Gilligan. Badinter (2011) aponta que essa “ofensiva naturalista” foi fortemente influenciada pela crise econômica da Europa na década de 1990, que teria realocado as mulheres em suas casas, e por uma crise de identidade feminina, em que as fronteiras entre o masculino e o feminino estariam borradas de tal maneira que seria preciso recuperar algo de essencialmente feminino.

As explicações para essa reação das adeptas do “parto humanizado” podem ser várias. Mas, se é possível considerar que, para essas mulheres, a relação entre maternidade e feminismo está marcada pelo conflito de ideias, isso talvez se deva aos estereótipos construídos em torno de cada uma dessas instâncias. Assim, o que nos interessa, nesse momento, é ir além dos estereótipos e observar que a experiência da maternidade e o movimento feminista podem estar mais próximos e conectados do que à princípio se imaginaria. Nesse sentido, apresentamos nessa e nas próximas subseções os pontos de convergência e de divergência entre essas instâncias, de modo a verificar se, e de que maneira, o movimento organizado em prol da “humanização” da assistência ao parto pode ser caracterizado como uma expressão do movimento feminista.

A crítica à medicalização do corpo feminino surgiu nos anos 1960-1970, no bojo de uma crítica feminista mais ampla construída em torno de um eixo comum estabelecido em termos da “opressão da mulher”.

Diversos fatores contribuíram para a eclosão do feminismo brasileiro, como o impacto do feminismo internacional e mudanças efetivas na situação da mulher no país a partir dos anos 1960, que punham em questão a tradicional hierarquia de gênero. De acordo com Sarti (2001), o feminismo militante no Brasil surge como consequência da resistência das mulheres à ditadura, depois da derrota da luta armada, e com o sentido de elaborar política e pessoalmente esta derrota; um “momento de desencanto”, cujo significado foi elaborado no exílio, em contato com o feminismo, principalmente europeu, e com a psicanálise.

Além disso, as grandes mudanças nos padrões de organização da vida social ocorridas nas sociedades ocidentais – como o advento da contracepção medicalizada, a aceleração da industrialização e da urbanização, a expansão do sistema educacional, a crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho e a efervescência cultural da época que favoreceu novos comportamentos afetivos e sexuais – influenciaram decisivamente o mundo privado, em oposição às forças conservadoras que defendiam “a moral e os bons costumes”, fazendo com que essas novas experiências cotidianas entrassem em conflito com o padrão tradicional de valores nas relações familiares. A negação do lugar tradicionalmente atribuído à mulher na família e na sociedade, assim como a busca feminina por maior liberdade individual e autonomia, esbarraram com a experiência da maternidade.

Scavone (2001) subdivide em três momentos a reflexão que o movimento feminista contemporâneo desenvolveu sobre a questão da maternidade. Em um primeiro momento a maternidade foi reconhecida como um *handicap* (defeito natural) que confinaria as mulheres em uma “bioclasse”. Isto é, a experiência da maternidade era compreendida como um problema ou uma desvantagem para as mulheres, visto que determinava o lugar a ser ocupado por elas na família e na sociedade. Este pensamento foi fortemente influenciado pelas ideias contundentes de Simone de Beauvoir, em *O Segundo Sexo*, que atribuía aos dados biológicos um papel essencial na história das mulheres: elas seriam caracterizadas pela sua estrutura fisiológica. Mas, segundo a autora, “não se nasce mulher, torna-se mulher”, isto é, ser mulher não é um dado natural; esse dado só existe revestido de uma significação eminentemente social.

De acordo com Franchetto et al. (1981), Beauvoir parte de uma perspectiva existencialista para argumentar que a diferença biológica entre os sexos fez da mulher a parte existencialmente mais fraca.

À espécie humana é inerente a criação, não apenas a repetição da Vida. Ao transcender a Vida pela existência, o homem cria valores, forja o futuro [...] foi a atividade masculina que, criando valores, constituiu a própria existência como valor,

venceu as forças confusas da vida, subjugou a Natureza e a mulher (BEAUVOIR apud FRANCHETTO et al., 1981: 22-23).

Assim, para Simone de Beauvoir, o corpo feminino, percebido como aquele que confere à mulher uma função puramente reprodutora, seria uma das bases sobre a qual se teria construído a opressão feminina. Beauvoir contestava o determinismo biológico que reservava às mulheres um destino social de mães, trazendo à tona a politização das questões privadas. Nesse sentido, a maternidade começava a ser compreendida como uma construção social e o eixo central de explicação das desigualdades entre os sexos.

De acordo com Scavone (2001), o movimento político das mulheres nos anos 1970 reivindicava o direito à livre escolha da maternidade – “uma criança se eu quiser, quando eu quiser” era o lema do movimento. A conquista deste direito subverteria a dominação masculina, na medida em que libertaria as mulheres do lugar que ocupavam na vida privada, possibilitando, assim, condições de igualdade social perante os homens.

A recusa da maternidade repercutiu dentro do movimento feminista, levando a uma série de questionamentos, que estavam amparados na psicanálise, na história e na antropologia, sobre a importância da maternidade como parte da história e da identidade das mulheres. Surge, então, o segundo momento da abordagem feminista sobre a questão da maternidade: a negação do *handicap*. De acordo com Scavone (2001), nesta fase, a maternidade passa a ser considerada como uma parte importante da identidade feminina e um poder insubstituível, na medida em que está associado a um saber intrinsecamente feminino. Esta abordagem, que reflete sobre a afirmação das diferenças e da identidade feminina, situa-se na corrente do feminismo diferencialista.

O terceiro momento localizado por Scavone é o de “desconstrução do *handicap*”. De acordo com a autora, esta abordagem procura mostrar que a posição social das mulheres não é determinada pela dimensão biológica da reprodução; são as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade. Nesse ponto de vista, a maternidade não seria nem um defeito, tampouco sinônimo de poder. A crítica feminista acaba mostrando, a partir dessa perspectiva, “que a dominação de um sexo sobre o outro só pode ser explicada social e não biologicamente” (SCAVONE, 2001: 141).

A compreensão do fenômeno social da maternidade – e de seu caráter relacional – foi possível mediante a introdução do conceito de gênero nas ciências sociais. Este conceito, que se disseminou a partir da década de 1980, possibilitou um novo olhar para a “diferença sexual”, situando-a no centro das hierarquias presentes no social. A ideia que prevalecia até esse momento era de que a causa da opressão feminina e, portanto, da universalidade da

categoria “mulher” estavam localizadas no processo reprodutivo. Contudo, de acordo com Piscitelli (2001), a efervescência acadêmica provocada pelos interesses feministas ao mesmo tempo que promoveu uma acumulação de informações sobre a diversidade de experiências femininas e a ampliação das perspectivas acadêmicas orientadas para o feminismo, levaram à contestação de vários conceitos e categorias com os quais o pensamento feminista estava operando. Desse modo, a formulação do conceito de gênero buscava superar problemas relacionados à utilização de algumas categorias centrais do debate feminista, como, mulher, opressão e patriarcado.

Segundo Piscitelli (2001), embora o termo gênero já fosse utilizado sob a forma de “identidade de gênero” na teoria psicanalítica desde 1963, foi a partir da conceitualização de Gayle Rubin que este termo começou a difundir-se com uma força inusitada. Rubin definiu o sistema sexo/gênero como “uma série de arranjos pelos quais a matéria prima biológica do sexo humano e da procriação é moldada pela intervenção humana, social, e satisfeita de um modo convencional, por mais bizarras que algumas dessas convenções sejam” (RUBIN, 1975: 11). Para a autora, era importante estabelecer uma distinção entre a capacidade e a necessidade humana de criar um modo dicotômico e hierárquico de ver realidade social e as formas opressivas nas quais essa realidade é organizada. Nesse sentido, o sistema sexo/gênero seria “um termo neutro que se refere a essa esfera de relações, e indica que a opressão [...] é produto das relações sociais específicas que a configuram” (RUBIN, 1975: 13-14).

Em outras palavras, se a natureza fornece “dados” biológicos diferentes para homens e mulheres, a substantivação daquilo que é diferente, isto é, a instauração da diferença é, sobretudo, cultural. Para Piscitelli (2001) essa proposta conceitual de Rubin aponta para dois deslocamentos no pensamento feminista: refletir sobre as construções sociais da mulher em termos de sistemas culturais, evitando recortes parciais, e compreender as realidades empíricas diversas, os contextos específicos nos quais o sistema sexo/gênero operacionaliza as relações de poder. Tal perspectiva, ao propor uma análise crítica e mais complexa sobre as relações entre os sexos, possibilitou abordar a maternidade em suas múltiplas facetas.

De acordo com Scavone, “a recusa ou aceitação da maternidade pode acontecer, ao mesmo tempo, em espaços e posições diferenciadas e não estão, necessariamente, ancoradas na ideia do *handicap*” (SCAVONE, 2001: 141). Para a autora, foi com a construção do conceito de gênero que a reflexão feminista pôde ultrapassar a linha bio-determinista e alcançar um entendimento relacional da maternidade, na medida em que não seria possível compreendê-la enquanto fenômeno social sem considerar as outras partes envolvidas no processo, dentre as quais estão o pai e a criança. Nesse sentido, a maternidade poderia ser

abordada tanto como símbolo de poder e realização feminina, quanto como símbolo da opressão das mulheres.

Outro importante ponto sobre o feminismo enquanto campo de reflexão foi salientado por Franchetto et al. (1981). De acordo com as autoras, a proposição “opressão da mulher” aciona uma série de categorias correlatas – direito, poder, liberdade, igualdade, consciência – que são necessárias para qualificar a opressão e o seu grau. Essa configuração de valores está relacionada a uma categoria abrangente, matriz, que é a de indivíduo, de indivíduo enquanto sujeito moral. Esta concepção moderna de indivíduo, sua relação com a sociedade, bem como as realidades sociais que produz, fazem parte de um sistema de representações que se denomina individualismo. O fato é que, a partir do momento em que o individualismo passa a se afirmar como ideologia dominante, está em processo uma contínua fragmentação de domínios que ainda resistiam à destotalização – como a família –, em esferas crescentemente autônomas – nesse caso, a mulher. Nesse sentido, falar em instâncias como político, econômico, ideológico e/ou psicológico, assim como de um sujeito livre, igual e possuidor de direitos, só é possível e só possui significado no interior do sistema social que o produziu. Para as autoras, a originalidade do feminismo, enquanto movimento social construído por valores individualistas, está no fato deste movimento eleger como significativo e politicamente relevante o domínio das relações que são socialmente consideradas como pessoais/individuais.

O movimento feminista pautou a necessidade de outra percepção sobre a vida sexual e reprodutiva das mulheres, anunciando-as como direito, espaços de liberdade e de exercício da cidadania. Diante dessa perspectiva, se as mulheres brasileiras, tanto as de ontem como as de hoje, ocuparam e ocupam as ruas para questionar a assistência médica reprodutivista, é possível considerar que o *slogan* “meu corpo me pertence”, cunhado na década de 1980, reaparece sob uma nova forma, como “meu corpo, minhas regras, nossas escolhas”¹⁰, sem perder o seu sentido original. Em ambos, o discurso antimédico e antinormativo está impregnado da ideologia individualista. Amparadas nessas ideias, elas estavam fazendo, e

¹⁰ *Slogan* e nome do movimento organizado por profissionais de saúde, mulheres e famílias a favor do “parto fisiológico” e dos direitos reprodutivos das mulheres, mobilizados contra as resoluções do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) 265 e 266/2012. A primeira resolução impede médicos de atenderem partos domiciliares, de participarem de equipes de retaguarda (caso a mulher que optou por um parto domiciliar necessite de remoção para um hospital) e ainda obriga que os hospitais notifiquem transferências de parto domiciliar. A segunda, impede que doulas, parteiras e obstetrias atuem em partos hospitalares. Em 30 de julho de 2012, a 2ª Vara Federal do Rio de Janeiro, deferiu o pedido do Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro (COREN-RJ) e suspendeu os efeitos das resoluções do CREMERJ nº 265 e 266/2012 até que houvesse julgamento. Em janeiro de 2016, no entanto, o Tribunal Regional Federal decidiu, em segunda instância, manter em inteiro teor as resoluções do CREMERJ 265 e 266 de 2012.

ainda fazem, de algo que era considerado da esfera do privado, do âmbito doméstico, um espaço de reflexão política; e, da mulher, um sujeito livre, igual e possuidor de direitos, poder e consciência.

1.3 Maternidade e feminismo: das ideias às práticas

Se as mulheres brasileiras vinham, por um lado, processando a ruptura com o papel social que lhes era atribuído, ingressando no mercado de trabalho e passando a controlar a fecundidade; por outro, o Estado não dispunha de nenhuma política sobre o tema do planejamento familiar, e o sistema público de saúde não estava preparado para atender essa demanda.

De acordo com Costa (2009), a fragilidade política com que o Ministério da Saúde enfrentava o tema criou um vácuo institucional no Estado, que favoreceu a ação das instituições de cunho “controlista”. Dentro desse contexto, a autora cita a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC). Essas instituições – que chegaram a ser consideradas de utilidade pública nos anos 1970 – se caracterizavam pela distribuição, sem critério e sem monitoramento clínico, de métodos contraceptivos para a população pobre, especialmente da região nordeste, e pela realização indiscriminada de esterilização cirúrgica em mulheres. Ademais, o planejamento familiar vinculado a essas instituições estava dissociado da atenção à saúde, fato que, além de não permitir a livre escolha contraceptiva, resultava em risco à saúde das mulheres. A presença assídua da Igreja nesse debate reforçava a sua moral doutrinária que vinculava a prática do sexo à procriação. Essa posição foi relativamente flexibilizada no final dos anos 1970, quando a Igreja passou a admitir o controle da fecundidade, desde que fosse utilizado o método da abstinência periódica, denominado pela Igreja como “método natural”. É importante considerar que tais ações estavam inseridas em um contexto de endurecimento da ditadura militar, no qual reforçava-se o discurso da segurança nacional, ameaçada pelo grande contingente de pobres que seriam “presas fáceis para a propaganda de ideias subversivas”, e ainda o de recrudescimento de ideias eugênicas sobre a categoria de “sub-raça” de brasileiros que não atingiam as mínimas condições físicas e de saúde exigidas para o ingresso no serviço militar, indicando, assim, a premência de controlar nascimentos nesta “subespécie” (COSTA, 2009).

De acordo com Costa (2009), as feministas brasileiras, ainda reunidas em dispersas e frágeis organizações, manifestavam preocupação com a situação das mulheres como objeto específico das políticas demográficas. Elas passaram, então, a introduzir “no debate posições firmes sobre as suas aspirações, desconstruindo os argumentos em cena e conclamando a autonomia das mulheres na escolha dos seus destinos relacionados à procriação” (COSTA, 2009: 1076).

Sarti (2001) afirma que a unidade do movimento de mulheres no Brasil permaneceu até o final dos anos 1970, enquanto ainda não havia uma proposta feminista deliberada e a luta da oposição, a resistência à ditadura militar, era o elemento aglutinador. Ou melhor, as perspectivas, demandas e motivações das mulheres engajadas no movimento até podiam ser distintas, mas esta distinção ainda não tinha sido nomeada. De acordo com Carneiro (2015), até essa época, o movimento feminista lutava contra a violência doméstica e reivindicava uma maior inserção política, econômica e social, bem como mais liberdade sexual para as mulheres; falava-se de maternidade apenas com o objetivo de alcançar o reconhecimento de sua importância social, mas a questão do parto e a atenção médica dada às mulheres era pouco debatida.

Segundo Céli Pinto (apud OTTO, 2004), entre os eventos que marcaram a entrada definitiva das mulheres e das questões por elas levantadas, na esfera pública, estão a decretação do Ano Internacional da Mulher pela ONU e o Movimento Feminino pela Anistia, ambos no ano 1975. O evento organizado para comemorar o Ano Internacional é considerado um marco na história do feminismo no país. “O reconhecimento oficial pela ONU da questão da mulher como problema social favoreceu a criação de uma fachada para um movimento social que ainda atuava nos bastidores da clandestinidade” (SARTI, 2001: 36).

O movimento feminista consolida-se nos anos 1980, com a volta das exiladas. Essas mulheres traziam uma nova forma de pensar sua condição de mulher, na qual os papéis de mãe dedicada e esposa submissa não serviam mais. Nesta época, começavam a aparecer algumas feministas que defendiam a importância de se refletir sobre a saúde da mulher, as políticas de controle dos corpos e as relações médico-paciente (CARNEIRO, 2015). Os grupos feministas alastraram-se pelo país, assim como a consciência da opressão específica da mulher. Mas, à medida que essas ideias se difundiam, os grupos feministas atomizavam-se. De acordo com Sarti (2001), os grupos com uma atuação mais especializada, com uma perspectiva mais técnica e profissional, ganharam força e buscaram influenciar as políticas públicas em áreas específicas; a institucionalização do movimento implicou, então, o seu direcionamento para as questões que respondiam às prioridades das agências financiadoras,

como, por exemplo, aquelas relacionadas à saúde da mulher e aos direitos reprodutivos. A partir daí, desenvolveu-se também a pesquisa acadêmica sobre a mulher; no plano governamental, criaram-se conselhos da condição feminina; a questão da violência contra a mulher começou a ser tratada; e como saldo positivo de todo este processo social, político e cultural, deu-se uma significativa alteração na condição da mulher na Constituição Federal de 1988, que extinguiu a tutela masculina na sociedade conjugal (SARTI, 2001).

Segundo Carneiro (2015), a partir do surgimento de ONGs dedicadas à saúde da mulher, temas até então desconsiderados, como a perspectiva médica do corpo da mulher e o modelo de saúde pública, começaram a ganhar espaço e importância. Como resultado dessas mobilizações, surge o primeiro programa de atendimento integral à saúde da mulher que, em 1983, adquiriu contornos nacionais sob a forma de *Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM).

Até este momento, as abordagens médicas em torno da saúde da mulher estavam limitadas às demandas materno-infantis e o PAISM vem mudar esse quadro, substituindo essa concepção tradicional por uma agenda mais política que englobasse os direitos reprodutivos. De acordo com Schraiber e Figueiredo (2011), a formulação da saúde da mulher em termos de um materno-infantilismo, no qual não havia questões de saúde para a mulher sem a criança, isto é, fora da reprodução, era uma estratégia biopolítica para o controle das populações, que colocava a mulher como responsável por esta atribuição.

O PAISM foi um programa pioneiro, especialmente na América Latina, no questionamento de um sistema de saúde adequado às particularidades femininas, no qual a perspectiva afunilada sobre a sexualidade feminina, orientada tão somente à reprodução, passa a ser criticada (CARNEIRO, 2015). A proposta do PAISM revertia a lógica reducionista materno-infantil, isto é, baseada na especificidade biológica e no papel social da mulher como mãe, passando a trabalhar a informação, a educação e a capacitação de profissionais para lidar com a saúde das mulheres de forma integral. Este foi o primeiro programa a formular e implementar a integralidade em saúde no plano das práticas profissionais, a partir da elaboração de uma proposta crítica e de renovação da redução biomédica das necessidades de saúde das mulheres e da inclusão de outras questões, dentre as quais a violência de gênero contra a mulher, como uma necessidade de saúde.

A atenção integral das mulheres ali proposta indaga, pioneiramente, a abordagem da mulher não apenas como um corpo anatomofisiológico, mas como um sujeito social dotado de direitos. E o projeto de integralidade, neste caso, trouxe, para as práticas de saúde, entre outras questões que definem um sujeito social, as da desigualdade de

gênero, articulando de imediato o agir profissional com a política pública diante de tais desigualdades (SCHRAIBER e FIGUEIREDO, 2011: 31).

De acordo com Carneiro (2015), o PAISM, como documento que reconhecia e salientava as particularidades da saúde das mulheres, tinha como proposta pensar a integralidade biopsicossocial destas; isso significa considerar, na assistência às mulheres nas diferentes fases da vida, as suas especificidades sociais, psicológicas, biológicas e de saúde. No que diz respeito à reprodução, o plano defendia o acesso à informação e aos serviços com o objetivo de preservar a saúde das mulheres, sem interferir nas suas escolhas de ter ou não filhos, contribuindo para igualdade sexual e reprodutiva entre homens e mulheres. Entretanto, conforme a autora ressalta, a distância entre a ideologia e a sua aplicabilidade prática, como a dificuldade de se incorporar uma perspectiva educacional em saúde para que a mulher pudesse decidir por seu corpo, fez com que tal proposta terminasse bem distante do seu intuito original; como consequência à sua difícil implementação, “assiste-se gradativamente à supremacia da atenção médica em detrimento da medicina preventiva e, assim, a uma crescente medicalização do corpo feminino, exatamente o oposto do que se pretendia” (CARNEIRO, 2015: 274).

Segundo Carneiro (2015), as mobilizações feministas foram fundamentais para que na década seguinte, durante a Conferência Internacional sobre População e Demografia, no Cairo, os direitos reprodutivos fossem acrescidos aos direitos sexuais, dando origem ao binômio “direitos sexuais e reprodutivos”. Essa abordagem sobre a saúde feminina ao mesmo tempo que incluiu os direitos sexuais e reprodutivos no rol dos direitos humanos, trouxe à sexualidade feminina uma nova conotação; esse direito “teria verbalizado a separação entre sexualidade e reprodução, bem como a possibilidade de pensar no exercício e no gozo da sexualidade da mulher, não mais ou tão somente no registro da reprodução, mas sobretudo com base na noção de pessoa” (CARNEIRO, 2015: 276).

Contudo, em relação à assistência ao parto propriamente dita, segundo Carneiro (2015), poucas foram as ações no sentido de questionar as rotinas médicas e a prática de cirurgias cesarianas, que, nos anos 2000, atingiriam índices dignos de alarme. Dentro desse contexto, a autora cita a proposta pioneira do Coletivo Feminista de Sexualidade de São Paulo, inspirado em um coletivo feminista suíço, que trabalhava em nome de uma “maternidade voluntária, prazerosa e socialmente reconhecida”. Nesta proposta, a maternidade deveria ser livre de constrangimentos biológicos e sociais, desvinculada da ideia de que “ser mãe é necessariamente padecer no paraíso” e encarada como trabalho social. Esse coletivo participou de importantes pesquisas que evidenciaram episódios de partos violentos,

a agressividade dos funcionários e a falta de respeito com a dor da parturiente. De acordo com a autora, a crítica feminista em relação às intervenções adotadas durante o parto buscava denunciar tais procedimentos como irracionais, arriscados, violentos e de eficácia duvidosa, que levavam à perda da autonomia e do protagonismo das mulheres sobre a reprodução, diante de instituições de saúde que usam e abusam da tecnologia. Desde então, o termo “violência institucional”, ou “violência obstétrica”, passou a ser empregado para designar experiências desse tipo, tornando visível mais uma interface da saúde com a violência contra a mulher.

De acordo com Carneiro (2015), a mobilização feminista teria aberto espaço e disponibilizado recursos analíticos para que a questão da saúde, da mortalidade materna e da assistência ao parto fosse percebida como tema jurídico e foco de proteção legal, de direitos humanos e de tratados e convenções internacionais. Diante dessa perspectiva sobre a relação entre feminismo e maternidade, cabe refletir sobre os discursos e práticas de “humanização” do parto atualmente em voga.

1.4 Saúde da mulher e o movimento de humanização da assistência ao parto

Há muitos anos o parto passou a ser amplamente discutido, tanto no campo das Ciências Humanas e Sociais, quanto no campo das Ciências da Saúde. O primeiro – que será abordado no próximo capítulo – traz ricos debates acerca dos papéis dos atores envolvidos neste acontecimento, as relações sociais estabelecidas e suas implicações para o ideário feminista (CARNEIRO, 2015; FLEISCHER, 2007; SALEM, 2007; TORNQUIST, 2004; entre outros). O segundo, além de discutir as aplicações e as consequências dos saberes obstétricos na gestação e no parto e nascimento, nos apresenta, a partir de estudos epidemiológicos, um panorama do cenário atual da assistência ao parto no Brasil.

Dentro desse contexto, é possível citar a pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, promovida pelo Ministério da Saúde, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, concluída em 2014. Este estudo revelou a prática de um número excessivo de cesarianas no país, bem acima do índice recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 15% para o total de partos realizados (WHO, 2015). Este estudo, que teve abrangência nacional e investigou uma amostra de 23.894 mulheres entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, estimou, entre outras coisas, a prevalência de cesarianas

em instituições do sistema de saúde brasileiro, segundo tipo de serviço: público, privado e conveniado com o Sistema de Único de Saúde (SUS). Os resultados mostraram que 48% dos partos são vaginais (parto normal) e 52% são cesáreos; as cesáreas acontecem com mais frequência no serviço privado, representando 88% do total analisado, do que no serviço público, cuja taxa é de 46% (LEAL et al. [2014]).

De acordo com o *Sumário Executivo Temático da Pesquisa*, documento entregue no lançamento dos resultados desta pesquisa, realizado na Fundação Oswaldo Cruz (Sede Rio de Janeiro) em 29 de maio de 2014, o modelo de assistência obstétrica que vem sendo praticado no Brasil tem apresentado um alto índice de nascimentos por via cirúrgica e outros tantos “normais” em que há “predominância de um modelo de atenção extremamente medicalizado, com intervenções excessivas e uso de procedimentos que, além de não serem recomendados pela OMS como de rotina, provocam dor e sofrimento desnecessários quando utilizados sem indicação clínica” (LEAL et al. [2014]).

Embora seja possível afirmar a existência de diferentes modelos de atenção ao parto no Brasil, que vai desde a utilização de “métodos tradicionais” por parteiras até o uso (e abuso) das mais novas tecnologias obstétricas por médicos especialistas, via de regra, o parto é encarado como um evento médico. A partir dessa perspectiva, o parto passa a ser definido e avaliado segundo categorias médicas, e o médico e sua equipe passam a ter um papel central neste processo. Assim, com esta configuração, a equipe assistente não só dispõe de total controle sobre o parto – isso inclui as decisões sobre as intervenções feitas no corpo da mulher e do bebê, muitas delas com alto potencial iatrogênico, sem que a mulher seja devidamente consultada ou informada sobre tais procedimentos –, mas também passa a ser responsável pelos resultados alcançados.

Segundo Martin (2006), existe uma lógica de produtividade associada à reprodução, tal qual a de uma produção fabril, onde o papel atribuído ao médico seria o de um supervisor do processo (re)produtivo; é ele quem “conduz” o trabalho de parto e quem define o seu início e o seu “ritmo”, devendo intervir sempre que julgar necessário. Ainda de acordo com a autora, essa lógica traz consigo uma mudança de perspectiva, que, para muitos, estaria acima de qualquer crítica. O foco, que antes esteve sobre a mulher e o parto, passa a estar no resultado final deste processo: a produção de bebês saudáveis e perfeitos. A partir desse enfoque, a condução normativa do parto passa a ser legitimada por uma busca pela melhoria da qualidade de seus resultados.

Contrapondo-se a esse modelo “produtivista”, o movimento pela humanização da assistência ao parto no Brasil vem, nas últimas décadas, propondo mudanças que visam

desestimular o “parto medicalizado” e incentivar o uso de práticas “humanizadas”, que seriam mais adequadas à fisiologia do parto.

Cabe destacar, no entanto, que a origem da utilização do termo “humanização” no parto parece datar ainda do início do século XX, com os obstetras Fernando Magalhães, considerado o “Pai da Obstetrícia Brasileira”, e seu discípulo Jorge de Rezende, que é referência ainda nos dias atuais. Ambos defendiam, nessa época, que a narcose e o uso de fórceps eram instrumentos “humanizadores” da assistência aos partos (DINIZ, 2005). De acordo com Diniz (2005), o modelo de assistência ao parto antes do processo de “medicalização” e “hospitalização” era tutelado pela Igreja Católica; esta, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino e qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto era dificultado e até mesmo ilegalizado.

Com o surgimento da obstetrícia, os médicos passaram a reivindicar seu papel como protetores das mulheres – vítimas de uma natureza perigosa – e o parto passou a ser concebido como um fenômeno intrinsecamente patológico e violento, tendo em vista que era considerado como ocasionador de danos, riscos e sofrimentos. Nesse sentido, “humanizar” o parto seria “antecipar e combater os muitos perigos do ‘desfiladeiro transpelveino’” (DINIZ, 2005: 628) a partir da utilização de uma variedade de instrumentos cirúrgico-obstétricos. Mas essa autora salienta que, a partir do momento em que a obstetrícia cirúrgica passou a postular sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar e a oferecer a sua “solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento”, ocorreu um “apagamento da experiência” do parto, sem que com isso houvesse uma redução da morbimortalidade materna e perinatal.

E, assim, mais recentemente teve início outro movimento de “humanização”; só que, desta vez, esse movimento passou a reivindicar mudanças na relação entre parturiente e seus cuidadores e a priorizar a utilização de tecnologia “apropriada” em detrimento daquela considerada “danosa”. Nas palavras de Diniz, “a humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no ‘que fazer’ diante do sofrimento do outro humano” (DINIZ, 2005: 628).

Com base na bibliografia consultada sobre o movimento pela humanização da assistência ao parto no Brasil, não é possível afirmar uma data precisa para o início desse movimento no país. Diniz (2005) afirma que esse movimento começou ainda na década de 1970 dentro do próprio campo da obstetrícia a partir de profissionais dissidentes, como Galba de Araújo e Moisés Paciornick, e por grupos de terapias alternativas, como o Instituto Aurora. Já Tornquist (2002) constata que é possível falar de um movimento social atuante nos anos

1980, década que marca o surgimento de algumas associações e redes de movimentos identificados pela crítica ao modelo hegemônico de atenção ao parto, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, a Associação Comunitária Monte Azul e os grupos Curumim e Cais do Parto. Essa época é considerada por Céli Pinto (apud OTTO, 2004) como o período em que ocorre a mais pública expressão do feminismo na virada do século: a profissionalização (institucionalização) do movimento feminista por meio do aparecimento de um grande número de ONGs.

A despeito dessa imprecisão histórica, Tornquist (2004) considera que, assim como outros movimentos feministas, o movimento de humanização é um movimento social originado nas camadas médias urbanas e intelectualizadas, mas que vem se difundindo por boa parte do território nacional através de ações e programas de saúde. A autora destaca que, desde os seus primórdios, o movimento tem atuado em parceria com agências estatais em ações concretas, que visam a modificação do atendimento ao parto dentro da rede hospitalar e fora dela.

Esse tipo de atuação em parceria tem marcado uma série de ações no âmbito da saúde coletiva e, particularmente, no campo da saúde da mulher, desde os anos 1980, constituindo uma tendência dos movimentos sociais no Brasil desde o período chamado de redemocratização, no qual a interface com as políticas públicas tornou-se frequente nas agendas (TORNQUIST, 2002: 485).

Para Tornquist (2002), essa tendência é significativa tanto para o feminismo quanto para os movimentos ligados à saúde coletiva, visto que a relação que se estabelece com o Estado, longe de ser marcada pela tensão e pelo confronto, é de aliança, na medida em que se procura a formalização desses conhecimentos e ideias através de ações políticas concretas.

A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), organização da sociedade civil fundada, em 1993, por profissionais atuantes no campo da saúde (médicos, parteiras, enfermeiras, psicólogas, terapeutas corporais, professores, pesquisadores, entre outros), usuárias e representantes dos movimentos de mulheres e feminista, é um exemplo a se destacar. A ReHuNa tem como documento norteador a publicação da OMS de 1996 (RATTNER et al., 2010), conhecida popularmente como “Recomendações da OMS”¹¹. O objetivo principal desta Rede, segundo informações divulgadas no *site* oficial da organização,

¹¹ De acordo com Diniz (2005), com a criação do Comitê Europeu no Ano Internacional da Criança (1979), cujo objetivo era estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal no continente, iniciou-se uma colaboração internacional, apoiada pela OMS, que desenvolveu uma metodologia para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, dando os primeiros passos para o que viria a ser o movimento pela “medicina baseada em evidências”. Segundo a autora, essa cooperação internacional publicou em 1993 uma revisão sistemática de estudos que classificou 275 práticas

é a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. [...] A ReHuNa apoia, promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto/nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade mãe-bebê e da medicina baseada em evidências científicas.¹²

Segundo Diniz (2005), a ReHuNa denunciava a violência e o constrangimento aos quais as mulheres e crianças são submetidas no momento do parto e nascimento, que, por sua vez, inibem o desencadeamento “natural dos mecanismos fisiológicos do parto”, transformando-o em “uma experiência de terror, impotência, alienação e dor”.

De acordo com Rattner et al. (2010), essa Rede, além de ter tido um papel fundamental na estruturação do movimento, atuou e vem atuando na elaboração de diversos projetos de humanização em hospitais, maternidades e casas de parto, tanto públicas quanto privadas. Além disso, e entre outras ações, a ReHuNa assessorou o Ministério da Saúde na construção e implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, tornou-se parceira no processo de qualificação de maternidades desde 2002 e elaborou vídeos sobre atenção e cuidado à gestação e ao parto, que atualmente são adotados nas capacitações oficiais do Ministério da Saúde (RATTNER et al., 2010).

Nesse sentido, é possível identificar o reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, de que “a falta de humanização dos serviços e o despreparo dos profissionais de saúde” são duas das principais causas dos altos índices de mortalidade materna no país (FLEISCHER, 2005). Como estratégia de combate, o Ministério da Saúde vem implementado, em parceria com diversos setores da sociedade, políticas de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Dentre essas ações, podemos destacar a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes* (PNAISM), elaborado em 2004, e o Programa *Rede Cegonha*, em 2011.

A PNAISM explicita as questões de gênero como um dos determinantes da saúde na formulação de políticas públicas, e reafirma a necessidade de superar tais desigualdades, considerando diversidades regionais, étnicas/raciais, de orientação sexual, entre outras. Este documento incorpora a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e

comuns na condução de assistência perinatal quanto à sua efetividade e segurança, dando origem àquilo que três anos mais tarde viria a ficar conhecido como “Recomendações da OMS”. Essas recomendações, que se tornaram referência para os defensores da humanização do parto, foram publicadas no Brasil sob o título *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Para mais informações: OMS. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. OMS/ SRF/ MSM/ 96.24. Genebra, 1996.

¹² www.rehuna.org.br

busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase, entre outros, na melhoria da atenção obstétrica (BRASIL, 2004). A PNAISM busca integrar municípios e unidades da federação na promoção do atendimento “humanizado”, propondo diretrizes para a melhoria da qualidade do atendimento e enfatizando a importância do “empoderamento” das usuárias dos serviços de saúde. De acordo com o documento, a atenção “humanizada” implica no estabelecimento de novas relações entre os sujeitos, em um processo contínuo que demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação.

Somando-se a essa iniciativa, o Ministério da Saúde implementou mais recentemente uma rede de cuidados, a *Rede Cegonha*, para “assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a assistência humanizada na gravidez, parto e puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011). Essa iniciativa está orientada, principalmente, à mulher gestante e à mãe brasileira usuária do serviço público de saúde (SUS), e tem como objetivos: implementar um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco no parto e nascimento e no desenvolvimento da criança até dois anos de idade; organizar uma rede de atenção à mulher e à criança de forma a garantir “acesso, acolhimento e resolutividade”; e, considerando o compromisso assumido pelo Brasil para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio¹³, reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no “componente neonatal”.

No entanto, de acordo com Carneiro (2013), esse último programa tem gerado controvérsias, na medida em que traz duas possibilidades interpretativas: se, por um lado, pressupõe o reconhecimento da cidadania e efetivação do direito de acesso à saúde e ao “parto cidadão”, por outro, vem sendo encarado por grupos feministas como um retrocesso na luta das mulheres pela saúde e emancipação feminina, na medida em que reitera a noção de que a saúde da mulher e a própria pessoa da mulher estariam orientadas para a maternidade.

A problematização da orientação, eficácia e limites das políticas de saúde de âmbito nacional, nos leva a pensar que a incorporação das questões de gênero na formulação e implementação de políticas públicas não significa necessariamente uma “aderência” à agenda

¹³ Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio foi uma série de oito objetivos – (1) acabar com a fome e a miséria, (2) oferecer educação básica de qualidade para todos, (3) promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, (4) reduzir a mortalidade infantil, (5) melhorar a saúde das gestantes, (6) combater a Aids, a malária e outras doenças, (7) garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente, e (8) estabelecer parcerias para o desenvolvimento – acordados entre diferentes Nações, no ano 2000, com vistas a reduzir a pobreza extrema em todo o mundo até o ano de 2015.

de gênero, entendida como uma ação que busca reduzir as desigualdades entre homens e mulheres (FARAH, 2004), assim como também não considera a pluralidade da categoria “mulher” no que diz respeito aos costumes, estilos de vida, crenças, orientações religiosas, entre outros aspectos. Tal fato pode ser conexo a questões relacionadas com a incorporação da categoria gênero no campo da saúde coletiva.

Villela et al. (2009), ao realizarem uma revisão sobre os aspectos da utilização da categoria gênero nos estudos acadêmicos em saúde coletiva, verificaram que existe uma dificuldade de operacionalização desta categoria nesse campo, visto que ela está vinculada a outros determinantes sociais de desigualdades, como classe e etnia, ao mesmo tempo que está implicada com outras dimensões, objetivas e subjetivas, dos sujeitos.

De acordo com as autoras, nos estudos sobre violência e saúde sexual e reprodutiva há um predomínio de estudos com abordagem metodológica qualitativa; nestes, o gênero aparece majoritariamente como categoria interpretativa, reforçando a ideia de que essa categoria pode ser um importante dispositivo para a compreensão das desigualdades em saúde. Entretanto, elas constataram também que o termo gênero é utilizado como sinônimo de sexo; este “achado” aparece predominantemente em trabalhos que utilizam abordagem quantitativa, e indica “uma mudança de nomenclatura que não corresponde à ideia de desnaturalização do feminino e do masculino que configura o núcleo de sentido da categoria gênero” (VILLELA et al., 2009: 1002).

Para as autoras, a presença dessa dicotomia – estudos qualitativos, amparados no campo das ciências humanas e sociais, que utilizam gênero como categoria interpretativa, mas que nem sempre conseguem avançar na análise dos modos como as relações de gênero se organizam em situações concretas e específicas; e estudos quantitativos ou epidemiológicos, ancorados nos saberes derivados da biomedicina, que realizam a análise dos resultados desagregados por sexo, sem alcançar interpretações plausíveis sobre os modos como as desigualdades de gênero contribuíram de modo específico para um determinado resultado –, mais do que expressão de um possível conflito de visões e perspectivas, representa a existência de dinâmicas internas à área, que podem facilitar ou dificultar o uso transversal da categoria gênero num conjunto maior de estudos.

De acordo com Knauth (2009), a epidemiologia, especialidade integrante do tripé disciplinar que caracteriza a saúde coletiva, vem ganhando visibilidade e reconhecimento. Isso se deve, em grande medida, ao seu rigor metodológico que confere aos estudos da área um caráter de cientificidade capaz de mudar os paradigmas que mantêm as rotinas hospitalares e a prática médica. Esta disciplina adquire prestígio na chamada “medicina

baseada em evidências”, por fornecer evidências científicas para a prática clínica, por exemplo. Para Diniz (2005), a reformulação operada pela “medicina baseada em evidências” é extensa.

O corpo feminino, antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou sequelas previsíveis. O nascimento, antes um perigo para o bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extra-uterina. O parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido respeito como ‘experiência altamente pessoal, sexual e familiar’ [...]. De evento medonho, o parto passa a inspirar uma nova estética, na qual estão permitidos os elementos antes tidos como indesejáveis ” (DINIZ, 2005: 630).

Diante do exposto, podemos dizer que o movimento pela humanização da assistência ao parto, em linhas gerais, traz um discurso de transformação no modo de se parir e nascer no Brasil. No entanto, quando falamos da implementação de políticas voltadas para a humanização da assistência, temos que considerar alguns fatores.

O movimento pela humanização da assistência ao parto, como um movimento originado nas camadas médias, tende a representar muito mais uma reação e os anseios de mulheres atendidas pela rede privada de saúde, do que daquelas que são atendidas pela rede pública (CARNEIRO, 2013). Além disso, segundo essa autora, existe uma grande dificuldade de se caracterizar as mulheres “adeptas de outros modos de parir”, visto que, atualmente, elas diferem muito entre si. Somando-se a essa dificuldade, Carneiro (2013) também observou em sua pesquisa de doutoramento que mais do que “um parto mais natural”, as mulheres buscavam ter “o parto”. Isto, de acordo com a pesquisadora, poderia ser pensado como uma resistência feminina à padronização do atendimento hospitalar, que poderia se constituir como mais uma forma de normatização do parto, ainda que sob a alcunha de “humanizado”, colaborando, por sua vez, e mais uma vez, para a descaracterização da mulher que está para parir.

Dessa maneira, as políticas e os programas assistenciais em saúde, principalmente aqueles com foco no segmento materno-infantil, correm os mesmos riscos de qualquer outro programa que procure ser universal e generalizado, dado que, em nome da igualdade, o preço a se pagar seria a pouca atenção conferida às diferenças e ao desejo de singularidade (CARNEIRO, 2013), temas caros ao próprio movimento de humanização.

2 O PARTO EM QUESTÃO: DOS “MOVIMENTOS DE REVISÃO” AO “MOVIMENTO DAS DOULAS”

Conforme enunciado anteriormente, há muitos anos o parto vem servindo como tema ou como objeto de análise de muitas pesquisas no campo das Ciências Humanas e Sociais, principalmente, na Antropologia. Por certo, desde que o mundo é mundo, as mulheres parem. Mas as práticas, os costumes e os discursos em torno do parto costumam variar de acordo com a época e com as diferentes culturas. Essa perspectiva do parto, não somente como um fenômeno biológico, mas, sobretudo, como evento sociocultural, está presente em textos clássicos da Antropologia, como *As Técnicas do Corpo*, de Marcel Mauss (2003 [1934]), e *A eficácia simbólica*, de Claude Lévi-Strauss (2008[1949]).

No primeiro, Mauss reflete sobre como a articulação entre fatores biológicos, psicológicos e culturais durante o processo de socialização do indivíduo está estreitamente vinculada aos usos que se faz do corpo. Isto permite, segundo ele, que os indivíduos produzam técnicas corporais diferenciadas, que corresponderiam a distintas concepções sobre o corpo nas diferentes culturas. Dentre as técnicas corporais cotidianas que ele cita estão as técnicas de parturição. Estas, segundo ele, são muito variáveis “seja por parte da mãe, seja por parte de seus auxiliares; do modo de pegar a criança, da ligadura e corte do cordão umbilical; cuidados com a mãe, com a criança” (MAUSS, 2003: 412); e, nesse sentido, uma técnica não poderia ser considerada mais “normal” do que as outras.

Já no segundo, Lévi-Strauss analisa um texto que aborda um ritual dos índios Kuna, do Panamá, para “curar” um “parto difícil”. De acordo com o autor, nas curas xamânicas, o método terapêutico é de difícil interpretação, principalmente, quando consiste num ritual muito abstrato, no qual não é possível compreender o seu efeito direto sobre a doença. Nesse caso, dizer apenas que se trata de uma “cura psicológica” não explica o fenômeno. Para o autor, é preciso definir o modo como determinadas representações psicológicas são invocadas para combater males fisiológicos.

No texto analisado, o xamã consegue “curar” esse “parto difícil” através de um canto, de um relato mítico, sobre uma luta dramática entre espíritos “prestativos” e “malfazejos” pela reconquista de uma “alma”.

A cura consistiria, portanto, em tornar pensável uma situação dada inicialmente em termos afetivos, e aceitáveis, pelo espírito, dores que o corpo se recusa a tolerar. O fato de a mitologia do xamã não corresponder a uma realidade objetiva não tem

importância, pois que a paciente nela crê e é membro de uma sociedade que nela crê. Espíritos protetores e espíritos maléficos, monstros sobrenaturais e animais mágicos fazem parte de um sistema coerente que funda a concepção indígena do universo. A paciente os aceita ou, mais precisamente, jamais duvidou deles. O que ela não aceita são as dores incoerentes e arbitrárias que constituem um elemento estranho a seu sistema, mas que o xamã, recorrendo ao mito, irá inserir num sistema em que tudo se encaixa. (LÉVI-STRAUSS, 2008: 213)

Em outros termos, a “cura” acontece quando o xamã coloca aquela “dificuldade” do parto em uma estrutura mítica reconhecível pela parturiente. Assim, os efeitos físicos acontecem (ou são induzidos) porque as referências corporais e as construções míticas são estruturas homólogas que se inter-relacionam, na medida em que há uma mensagem circulando entre ambas. Essa “propriedade indutora” é, em última instância, o conceito de eficácia simbólica.

Estes textos são “bons para pensar” não somente sobre a ideia de “homem total” (a natureza indissociavelmente psicológica, biológica e social do ser humano), as diferentes concepções sobre o corpo e as técnicas de aprendizagem que adaptam os corpos aos seus usos, mas também sobre a correlação que pode existir entre a figura do xamã e o papel que a doula representa no momento do parto, nos dias atuais. Contudo, por ora, vamos nos deter nos estudos mais recentes do campo da Antropologia, principalmente, naqueles que abordam o parto a partir das concepções presentes no movimento pela humanização da assistência ao parto no Brasil.

É possível afirmar que Tania Salem (2007) foi uma das pioneiras nestes estudos, ao realizar uma pesquisa sobre o fenômeno do “casal grávido” (CG) em meados dos anos 1980. Embora Salem (2007) tenha realizado a sua pesquisa no período em que o movimento pela humanização da assistência ao parto começava a tomar forma, ela não trata diretamente dessa questão.

A autora apresenta o CG como uma proposta analítica “sintetizadora” que, além de expressar um código moral particular das camadas médias brasileiras nos anos 1980, revela valores e ideais que se baseiam em três princípios fundamentais da ética individualista: psicogenicidade, igualdade e mudança. Salem (2007) argumenta que algumas disposições éticas¹⁴ que aparecem no CG não são exclusivas dele; antes, essas disposições são constitutivas do universo moral individualista no qual o CG está inserido.

¹⁴ A noção de ética, conforme concebida pela autora, significa “uma concepção particular de valores articulada em torno de princípios estruturantes: são estes que conformam o modo de ser, de estar e de representar o mundo dos sujeitos” (SALEM, 2007: 149).

O CG lida com a gravidez, parto, maternidade e paternidade, segundo a autora, de modo diferente daquele considerado “tradicional”. Os casais que aderem ao projeto CG diferenciam-se por dois aspectos principais: primeiro, a participação masculina na gestação e no parto e em outros domínios, antes, restritos às mulheres; e, segundo, os casais assumem como proposta para o parto o modo mais “natural” possível, com o mínimo de intervenção médica, porém, sem deixar de prescindir de especialistas. Segundo a autora, eles recorrem não só aos médicos, mas também a outros profissionais, como psicólogos e àqueles dedicados a trabalhos corporais, visto que, além do conhecimento sobre fisiologia, eles se preparam física e psicologicamente para viver a experiência do parto.

Um ponto importante levantado pela antropóloga, é que “o CG não nasce ‘grávido’, porém torna-se ‘grávido’” (SALEM, 2007: 24). É na interação estabelecida com os profissionais e com outros casais nas reuniões e cursos pré-natais que o atributo simbólico de “grávido” se forja, ou se consolida. Essa “gestação”, de acordo com ela, pressupõe um código ético previamente estabelecido, “pré-dado”, por dispositivos morais dos movimentos de revisão do parto e pela visão de mundo dos adeptos do ideário, cujos princípios – psicogenicidade, igualdade e mudança – se articulam entre si e são estruturantes da ideologia individualista.

O princípio da psicogenicidade, de acordo com a autora, vincula-se a uma percepção e valorização do indivíduo como sujeito psicológico. Este, se dispõe a refletir e problematizar sobre o seu “eu”, a partir da auto-observação de sentimentos, emoções e subjetividade, com vistas a um aperfeiçoamento. Essa disposição reflexiva, cuja linguagem provém dos saberes “psi”, coincide com a liberação do indivíduo das amarras psicossociais que o constroem. Mas ela ressalta que esse mergulho em si mesmo não acontece de forma solitária; antes, se coloca como uma prática social compartilhada (SALEM, 2007).

Essa valorização das disposições internas de cada indivíduo (observada no primeiro princípio) implica em uma rejeição a qualquer tipo de englobamento ou hierarquia, “exatamente por atribuir valor igual às identidades sociais” (SALEM, 2007: 154). O princípio da igualdade firma-se, então, na indiferenciação dos papéis sociais e na afirmação do “indivíduo plural”, conceito que “exprime o anseio e a certeza de ser possível transcender classificações e normas sociais em prol da expressão plena dos sujeitos” (SALEM, 2007: 14).

Já o princípio da mudança diz respeito a um compromisso assumido pelo indivíduo com a ideia de avanço e auto aperfeiçoamento. Este princípio é informado pelo princípio da psicogenicidade e, nesse sentido, traz consigo também a ideia de liberação do indivíduo e a disposição de se abrir para o “novo” (SALEM, 2007).

A modalidade da ideologia individualista que Salem (2007) trata nesse trabalho aparece nos movimentos de revisão do parto a partir dos anos 1970; e, de acordo com ela, o espírito individualista psicologizante-libertário desses movimentos guarda uma “sintonia ética” com o espírito dos movimentos de contracultura que irromperam nos anos 1960.

Outro trabalho que merece destaque – sem afirmar, com isso, que outros estudos não tenham relevância para este campo – é a tese de doutoramento em antropologia de Carmen Susana Tornquist, apresentada em 2004. Este trabalho nos interessa duplamente.

Primeiro, pela análise que ela realiza do movimento de humanização, focalizando, principalmente, as relações entre a assistência ao parto e as políticas de humanização desenvolvidas no país, conforme apresentado no capítulo anterior. A ênfase na relação entre parto e política perpassa todo o seu trabalho, e se coloca como indispensável para pensar a atuação dos profissionais que atendem os partos, e os modos de organização em torno das ações que visam a modificação da assistência ao parto no Brasil.

O segundo ponto de interesse está na análise que a autora empreende de ideias centrais que compõem o ideário do movimento, como as noções de “parto natural”, “humanização”, “natureza” e “instinto materno” e a ideia de empoderamento feminino a partir da modificação da assistência obstétrica. Como que dando continuidade ao trabalho de Salem (2007), Tornquist (2004) argumenta que o “parto humanizado” é um desdobramento dos movimentos de revisão do parto, iniciado nos anos 1950, e, principalmente, da geração seguinte, nos anos 1970, na medida em que o movimento de humanização passa a incorporar o *ethos* individualista-libertário que marcou os movimentos sociais dessa época.

Assim, apresentamos a seguir um apanhado geral das teses dos cinco ideólogos dos movimentos de revisão do parto, conforme examinado pelas antropólogas Tania Salem (2007) e Carmen Susana Tornquist (2004), bem como a análise contrastiva, elaborada pela primeira autora, entre os discursos do “parto sem dor” (PSD) e o discurso de seus sucessores, os mentores do “pós-parto sem dor” (pós-PSD), com vistas a iluminar a especificidade moral do segundo grupo.

2.1 Revisitando os movimentos de revisão do parto

No livro *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*, Salem (2007) apresenta uma síntese dos movimentos de revisão do parto PSD e pós-PSD. De acordo com a

autora, dois nomes se destacam no movimento PSD que começou a se difundir a partir da década de 1950: o obstetra inglês Grantly Dick-Read e o obstetra francês Fernand Lamaze.

Dick-Read parece ter sido o primeiro a relacionar as dores do parto com o estado emocional da mulher, ainda nos anos 1930. Em sua teoria, o médico fazia referência à “síndrome medo-tensão-dor”, na qual a associação entre parir e sofrer era atribuída a fatores socioculturais, reproduzidos pela tradição escrita e oral, que, ao criar “imagens mentais nefastas”, causariam medo e tensão, logo, dor. No parto idealizado por ele, a mulher seria “ressugestionada” por meio de uma preparação pré-natal. A partir desta preparação, a “verdade”, ao penetrar no seu subconsciente, predisporia a mulher a “não perder” o controle das emoções durante o trabalho de parto. A mulher reinterpretaria as contrações uterinas não como dor, mas como um trabalho muscular, apenas. “O parto idealizado por Dick-Read recebe o nome de ‘parto natural’ não apenas por se dispor a respeitar as leis da natureza, mas também por tomar os povos primitivos como paradigma referencial positivo.” (SALEM, 2007: 57).

Já a técnica divulgada por Lamaze no início dos anos 1950, e que se tornou muito popular no Brasil alguns anos mais tarde, tem origem no método psicoprofilático desenvolvido na ex-URSS. Essa teoria é semelhante à de Dick-Read no que se refere às causas e efeitos dos temores e dores do parto. Entretanto, a ênfase dada à respiração e a reorganização do funcionamento cerebral da grávida propiciaria a internalização de certas atitudes, como o controle e a disciplina, convertendo-a em participante ativa de um evento racional (SALEM, 2007).

Nessa época, já havia a preocupação com o uso abusivo e indiscriminado de tecnologia no parto e com a interferência médica percebida como desnecessária. De acordo com Tornquist (2004), estes críticos “de dentro” da obstetrícia questionavam o excesso de intervenções sobre o corpo das mulheres como justificativa para aliviar as dores do parto, bem como a submissão da mulher gestante às rotinas e normas médicas, a separação do bebê de sua mãe e as técnicas artificiais de nutrição. Além disso, censuravam as campanhas natalistas promovidas pelos Estados, que marcaram o período pós-guerra.

Eles partiam da premissa de que as mulheres tinham condições inatas de parir, desde que preparadas para isto durante a gestação. Os adeptos do PSD inauguraram uma forma de vivenciar o evento do parto que rompia com a ideia católico-cristã de que a mulher “parirá com dor”, na qual a profecia bíblica vinculava as dores do parto ao inevitável sofrimento da mulher (TORNQUIST, 2004). A transmissão desta ideia, segundo esses ideólogos, se dava a partir dos meios de comunicação, da equipe médico-hospitalar, mas, sobretudo, das mães e

sogras das gestantes, consideradas, por estes, como as grandes vilãs do bom desenrolar dos partos (SALEM, 2007).

Esses médicos, considerados por Tania Salem como “vanguardas obstétricas”, visto que postulavam estar à frente de seu tempo, podem ser encarados, de acordo com Tornquist (2004), como vertentes heréticas da obstetrícia que pleiteavam legitimidade e poder no campo biomédico. Tornquist (2004) indica que o contexto do pós-guerra favoreceu essa postura crítica, visto que a história do movimento PSD revela a existência de lutas entre os grupos hegemônicos e os heréticos tanto no campo da política quanto no da medicina.

A partir dos anos 1970, começam a surgir outras abordagens que sustentam esse posicionamento crítico, mas em um marco libertário, no qual extrapolam a ênfase na dor e no sofrimento e apresentam-se como mais “inovadoras” e “modernas”. Dentre os tributários diretos do ideário do PSD, o pós-PSD, Salem (2007) destaca três nomes: os obstetras franceses Frédérick Leboyer e Michel Odent e a antropóloga britânica Sheila Kitzinger.

Leboyer, assim como seus antecessores, fez duras críticas ao excesso de tecnologia empregado no parto, à falta de afeto e à perda da simplicidade na vida moderna e seus consequentes reflexos no parto. Ele defendia o respeito à “naturalidade” inerente ao evento e, sem se descuidar da mulher, voltou sua atenção também para o recém-nascido. Segundo Leboyer, o parto é um evento que deve ser prazeroso para a mulher, e, para o bebê, o nascimento deve acontecer em um clima de harmonia, visto que “ambos os sujeitos e os eventos são faces da mesma moeda” (TORNQUIST, 2004: 120). Nesse sentido, inspirado pela filosofia hindu, sugere uma forma pacífica e acolhedora de parir e de nascer, em uma ambientação com silêncio e pouca luz, na presença do pai, posições cômodas para a mãe e não-intervenção, principalmente, no bebê. Este, deve ser colocado, imediatamente após o nascimento, no colo da mãe para que haja o estabelecimento de um vínculo precoce e forte entre os dois (SALEM, 2007).

O médico e ativista Michel Odent é seguidor de Leboyer, a quem considera um visionário de seu tempo, visto que este “teria lançado as bases para que outros pudessem desenvolver, de forma científica, o projeto ao qual o próprio M. Odent tem se dedicado ao longo das duas últimas décadas” (TORNQUIST, 2004: 118).

Influenciado pelas ideias do filósofo e crítico à medicalização, Ivan Illich, Odent defende a desmedicalização da gestação e do parto, e resiste às tecnologias nele empregadas e à ação expropriadora do sistema médico em relação aos sujeitos. Ele acredita que, por ser um evento de caráter íntimo e pessoal, a mulher deve ser livre para movimentar-se e estar rodeada, assim como em épocas longínquas, por outras mulheres que a serviriam com um

apoio físico e emocional. Nesta modalidade, a equipe assistente deve se retrair e prestar, somente quando necessário, o apoio técnico (SALEM, 2007).

Para Salem (2007), a crítica à medicalização fica evidente quando Odent questiona a postura dorsal tradicionalmente assumida pelas mulheres no parto. Para o médico, além de ser a menos indicada em termos mecânicos, essa posição é condenável por representar a postura passiva da mulher diante do “poder medico”.

Além disso, Odent advoga a favor da “subordinação ‘da lógica e da razão’ ao ‘emocional e instintivo’” (SALEM, 2007:62). Nas ideias propostas por ele, quando a fisiologia do parto é respeitada, há uma alteração no nível de consciência da parturiente, que se liberta das “contaminações culturais”, as quais poderiam comprometer o bom desenvolvimento do parto, e ela passa a agir guiada pelos instintos. De acordo com a autora, a posição assumida por Odent é contrária a todo e qualquer conteúdo prescritivo e, assim, “a premissa da supremacia moral do instinto (ou do natural) conduz ao enaltecimento do preceito da antinormatividade” (SALEM, 2007: 65).

Tornquist chama atenção para o fato de que Odent, ao recuperar as ideias propostas por Leboyer, o faz a partir da construção de “uma argumentação que se pretende mais científica e interdisciplinar, baseada em dados da ciência e em uma declarada interlocução com a comunidade científica hegemônica” (TORNQUIST, 2004: 122).

Dentro desse contexto, observamos a ênfase especial que é conferida ao hormônio ocitocina, identificado, por Odent (1999), como “hormônio do amor”. Logo na introdução de seu livro *A Cientificação do Amor*, ele afirma que estudos científicos sobre a “natureza do amor” – que se constituiria como uma nova área de conhecimento – são “tão importantes quanto os estudos genéticos, eletrônicos ou de teoria quântica” (ODENT, 1999: 1). Além disso, ele assevera que a “capacidade para amar” no futuro, independentemente de qual seja a espécie, está intimamente relacionada ao momento “crítico”, “sensível”, logo após o nascimento, pois o “amor materno”, ou o “vínculo” entre mãe e bebê é “o protótipo” de todas as manifestações amorosas. Ele procura demonstrar ao longo do livro, através de estudos científicos, principalmente, aqueles realizados com animais, que existe uma base orgânica comum para as diversas formas de amar, na medida em que envolvem os mesmos padrões biomoleculares.

Outro ponto levantado por Tornquist (2004) é a concepção presente em toda a obra de Odent de que o parto é um evento fisiológico, e que, remontando à tradição evolucionista, a cultura aparece como algo, próprio ao humano, que tem atrapalhado o processo “natural” de parir. Assim, “considerando a cultura como nefasta ao bom andamento do parto, o autor

argumenta que as mulheres devem recuperar a animalidade perdida” (TORNQUIST, 2004:126). Cabe ressaltar, no entanto, uma observação feita por Salem (2007): apesar da (suposta) existência de um “império dos instintos”, isto não significa que todos os partos acontecem da mesma forma; Odent argumenta pela singularidade de cada parto, ao reconhecer que há injunções e mediações psicológicas envolvidas nesse processo.

Por fim, Salem (2007) apresenta a antropóloga britânica Sheila Kitzinger, que, assim como Odent, se coloca contra a rigidez disciplinar de algumas modalidades descritas anteriormente¹⁵, alegando que elas não consideram as idiosincrasias e as dificuldades específicas de cada mulher. Não obstante, ao contrário de Odent, cuja visão acerca do que é cultura é bastante reducionista e pessimista, Kitzinger reitera que o parto, além de fisiológico, é um fenômeno psíquico e cultural.

Kitzinger, além de antropóloga, era feminista. Ela escreveu inúmeros livros sobre gestação e parto, e trabalhou na preparação de casais para o parto, em grupos pré-natais de discussão e de orientação psicosssexual que, além do caráter informativo, possuíam também um “potencial psicoterápico” (TORNQUIST, 2004). De acordo com Salem (2007), se, por um lado, a gravidez e o parto são concebidos por Kitzinger como experiências psicológicas extremamente delicadas e que merecem, portanto, uma atenção especial; por outro, para ter o “direito de escolha” e “poder de decisão” sobre esses eventos, o casal deve se apropriar de conhecimentos antes restritos aos médicos.

De acordo com Tornquist (2004), a crítica que Kitzinger faz à medicalização da gravidez e do parto diz respeito à uma racionalidade que transformaram o parto em um evento médico e a grávida em uma doente. Assim, como forma de se contrapor à medicalização, ela ancora o discurso no indivíduo e no individual, ao referir-se tanto às instâncias subjetivas quanto à questão do direito (SALEM, 2007).

Passemos agora para a análise contrastiva realizada por Salem (2007) e, logo em seguida, apresentaremos algumas considerações feitas por Tornquist (2004).

Na comparação entre os discursos do PSD e do pós-PSD, Salem (2007) ressalta que, além das inúmeras afinidades encontradas entre eles, o segundo grupo expressa

¹⁵ Tornquist (2004) sugere que a rejeição à normatividade do método e à relação autoritária estabelecida entre médico-instrutor e parturiente-aprendiz do/no PSD, por parte dos seus sucessores, tenha propiciado uma mudança de sentido do que hoje se entende por “parto sem dor”: o termo passou a ser usado na obstetrícia convencional como sinônimo de parto com analgesia. Nas palavras da autora, “Talvez este tipo de crítica tenha contribuído para que a geração contracultural, dos anos 60, tivesse apagado suas relações de filiação com o PSD, ao passo que, do ponto de vista das correntes obstétricas e políticas conservadoras, o processo de apagamento da memória tenha se dado a partir da introdução da analgesia peridural e da operação cesariana que passaram a reivindicar, para si, o monopólio da abolição da dor” (TORNQUIST, 2004: 118).

representações e valores que demarcam diferenças em relação ao primeiro. Nesse sentido, ela assinala três inflexões promovidas pelo pós-PSD em relação aos seus antecessores.

A primeira inflexão refere-se ao recrudescimento da crítica à medicalização. De acordo com a autora, todos os teóricos são favoráveis à desmedicalização do parto. Contudo, ela verifica um acirramento dessa postura desmedicalizante, na medida em que há uma ênfase na desnaturalização de práticas obstétricas normalizadoras e arraigadas e na contestação do “poder médico”. No pós-PSD, prevalece uma “identificação entre os privilégios de conhecimento e poder”, onde “a reapropriação, por parte dos casais, do saber monopolizado pelos médicos aparece como condição *sine qua non* para convertê-los em ‘sujeitos’ ” (SALEM, 2007:72). Defende-se também a revisão do papel do obstetra e da relação médico-cliente – na qual a centralidade do médico no momento do parto dá lugar a uma invisibilidade técnica, a equipe assistente passa a assumir um papel de suporte afetivo e psicológico, a relação hierárquica entre médico e paciente dá lugar a uma outra cena que acentua o seu caráter igualitário e o monopólio do médico na preparação da gestante passa a ser função de outros profissionais. Salem ressalta, contudo, que este acirramento da postura desmedicalizante “não autoriza concluir por um sentido antimédico do movimento” (SALEM, 2007:74), visto que os casais, ao se apropriarem de conhecimentos técnicos, reafirmam seu envolvimento com o paradigma médico.

A segunda inflexão observada por Salem (2007) diz respeito à psicologização dos sujeitos. Segundo a autora, o escopo e o estatuto do psicológico sofrem alterações significativas. Há uma ampliação do que é compreendido pela categoria “psicológico” e, portanto, daquilo que “deve ser trabalhado”. A redução do estado emocional da gestante ao medo do parto dá lugar a uma perspectiva que concebe, como assuntos cruciais do ponto de vista das psicologias individuais, as relações e as experiências dos sujeitos envolvidos. “O psicológico se autonomiza tanto da fisiologia quanto do social, e passa a ser representado como domínio irreduzível regido por leis próprias” (SALEM, 2007: 75). Além disso, segundo a autora, o modo de lidar com o psicológico também muda e isso se evidencia, principalmente, nos diferentes sentidos atribuídos aos encontros de preparação pré-natal. Se, para o primeiro grupo, esses encontros eram espaços de aprendizagem, no qual “a verdade está contida no método, bastando à gestante apreendê-la” (SALEM, 2007: 76), para o segundo, esse dispositivo é substituído pela “reflexão”, visto que a “verdade” é considerada intransferível e só pode ser acessada através de um exercício de investigação do *self*. Assim, os encontros pré-natais se colocam como espaços privilegiados para a expressão das emoções, como forma de elaborá-las.

A terceira inflexão indica que a ênfase dada à “externalidade do código” dirige-se “para a internalidade do sujeito”. Para a autora, o contraste entre as duas vertentes consiste no deslocamento de um discurso que anuncia um conjunto de regras universalmente válidas para outro que, ao se ancorar no repúdio a qualquer tipo de normatividade, valoriza a “liberação do sujeito de constrangimentos sociais e psicológicos em nome da sua plena expressão” (SALEM, 2007: 779). Assim, aulas e manuais prescritivos dão lugar a uma “filosofia de vida”. A importância atribuída ao código, que prescreve de forma precisa como o sujeito deve se comportar, se desloca para o sujeito, que passa a decifrar a sua própria verdade, de modo a exercer o seu “direito de escolha”.

Para Salem, o modelo pós-PSD estrutura-se em torno da plena manifestação do indivíduo, isto é, por meio de uma ética na qual a liberação do sujeito psicológico está apoiada nos dispositivos da antinormatividade e da igualdade. Ela argumenta que essa propensão ética sintoniza-se com o clima e com o tom que caracterizam a convulsão ideológica dos anos 1960, período no qual várias tendências de pensamento, originadas em diferentes esferas da vida social, alimentaram-se mutuamente em direção a um ideário que se apresentava como revolucionário. Segundo Salem (2007), esse período cultiva e prescreve, como código moral, o individualismo psicologizante-libertário, no qual há uma ênfase na liberação dos sujeitos e nas transformações no campo das subjetividades individuais, que se expressam através da antinormatividade, repulsa ao “poder”, des-repressão sexual e uma volta à “Natureza” e ao “natural”.

Tornquist (2004) também considera que a geração pós-PSD faz coro ao *ethos* individualista libertário que marcou os movimentos sociais e políticos nos anos 1970. O espírito da época, segundo ela, é evidente nos textos, nas propostas e no discurso dos nativos do movimento, como a ruptura com as instituições tradicionais, a crítica à medicalização da saúde, a entronização da “Natureza”, a valorização da liberdade e a ênfase na sexualidade inerente ao parto.

2.2 Passando pelo movimento de humanização

Nesta subseção, tomaremos como base a tese de Carmen Susana Tornquist, *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*, na qual ela caracteriza o movimento social em prol do “parto humanizado” a partir do principal grupo que atua no país,

a ReHuNa, identificado, por ela, como “teia do movimento”. Logo em seguida, apresentaremos uma discussão entre as diferentes perspectivas de estudos antropológicos acerca da relação entre Natureza e Cultura, conforme tem se manifestado nos discursos do movimento pela humanização da assistência ao parto no Brasil – um tema caro à Antropologia.

O movimento pelo “parto humanizado” estrutura-se em torno da assistência e propõe uma mudança na forma de atenção aos partos que se dirige no sentido de uma desmedicalização, ainda que relativa, visto que o foco do movimento é a modificação no atendimento hospitalar (TORNQUIST, 2004).

Esse movimento surge num contexto marcado por debates internos ao campo médico acerca da excessiva medicalização dos partos e do elevado índice de cirurgias cesarianas realizadas no país, a “epidemia de cesáreas”, termo que vem sendo largamente utilizado para se referir ao problema. Somando-se a isso, nesse cenário, cresciam as reivindicações de movimentos sociais, como o movimento feminista, que trazia questões sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o movimento da reforma sanitária, engajado na luta pela equidade de acesso à saúde, e os ecologistas e pacifistas, que pregavam uma vida mais saudável e a não-violência.

Tornquist (2004) afirma que a relação entre o “parto humanizado” e os movimentos de revisão do parto é direta, na medida em que ambos se unem em torno do mesmo ideário individualista-libertário, incorporando valores, como a exaltação de uma sexualidade e de uma “natureza feminina”, o reconhecimento da mulher e da criança como sujeitos dotados de atributos que compõem a noção moderna de Indivíduo, a inclusão do pai durante todo o processo, a inspiração oriental nos cuidados com o corpo e com a saúde, e a crítica à medicalização da saúde, principalmente, à figura do médico que representa o poder e o saber biomédico que se criticam.

No entanto, segundo ela, o movimento atual apresenta algumas distinções em relação aos movimentos anteriores: se, para o PSD, o principal obstáculo a ser enfrentado eram as concepções religiosas e conservadoras acerca do parto e da maternidade, no movimento pelo “parto humanizado”, o que tem que ser superado são as concepções médicas fundamentadas em valores como rapidez, controle, planejamento, racionalização e intervenção com vistas a um resultado objetivo. As ideias em torno das dores do parto também se modificam ao longo das gerações: se, no primeiro, a mulher era considerada capaz de controlar as dores, no segundo, não se faz alusão ao controle da dor; pelo contrário, a dor é concebida como parte integrante, e até certo ponto necessária, de um processo de transformação pessoal. Outros

pontos de diferenciação são: a vinculação com outros movimentos sociais, a ênfase na saúde coletiva e em políticas públicas e a incorporação de outras categorias profissionais que também passam a reivindicar um espaço no campo da assistência ao parto (TORNQUIST, 2004).

Tornquist (2004) trabalhou com a hipótese de que nesse universo moral existem duas correntes de pensamento, a biomédica e a alternativa, que se influenciam mutuamente. Ela relembra que a ideia de “vida alternativa” está vinculada à noção de vanguarda e, desse modo, passa a representar um signo de distinção e prestígio entre as camadas médias intelectualizadas. A ênfase na distinção e a construção de fronteiras simbólicas no universo analisado pela antropóloga apresenta uma forte conotação política, dado que “a reafirmação da assistência humanizada implica estabelecer uma fronteira com aquelas que são convencionais, que não compreenderam, ainda, o sentido do parto” (TORNQUIST, 2004: 187).

Ademais, segundo a antropóloga, o movimento pela humanização da assistência ao parto não tem a mesma simpatia pela psicanálise do que possui por linhas tidas como mais “alternativas”, dentre as quais estão as terapias corporais. De acordo com Russo (1991), as terapias corporais, assim como as medicinas “paralelas” (como a homeopatia), as técnicas de tratamento orientais, as técnicas de “conscientização” corporal e um grande número de práticas que podem ser definidas como esotéricas ou místicas, fazem parte de um conjunto de práticas que passou por um amplo processo de difusão social nos anos 1980 e que ela denominou de “complexo alternativo”. A valorização de outras abordagens terapêuticas em detrimento da psicanálise diz respeito, sobretudo, ao fato desta última ser percebida como excessivamente racional e pouco afeita ao campo das emoções (TORNQUIST, 2004). Para a autora, “sensibilidade, carinho e amor são entronizados e, em alguns momentos, parecem resumir o sentido da humanização” (TORNQUIST, 2004: 189).

Além da vertente alternativa, que valoriza a ecologia, espiritualidade, o feminino e a sexualidade de modo semelhante ao individualismo-libertário apresentado por Salem (2007), o movimento pelo “parto humanizado” apoia-se em correntes críticas que são internas à própria medicina, a chamada “medicina baseada em evidências”¹⁶ – concepção que, a partir da revisão sistemática das práticas médicas, “critica a medicina convencional pelo uso e abuso

¹⁶ O movimento da “medicina baseada em evidências”, como um movimento que surge dentro do próprio campo da medicina, parece ter sido influenciado, ao menos em sua constituição, pelos movimentos feministas e da Nova Era (TORNQUIST, 2004).

de crenças e valores tidos como ‘extracientíficos’, quais sejam, os baseados na tradição e em concepções culturalmente consideradas ultrapassadas [...]” (TORNQUIST, 2002: 487).

De acordo com Tornquist (2004), essa geração mais recente, ao postular a “humanização” da assistência ao parto, o faz a partir de uma negociação de significados entre essas duas vertentes, na medida em que ambas parecem ter a categoria “Natureza” como ponto de acordo. A negociação de significados de que trata a autora – na qual a vertente biomédica incorpora elementos do universo alternativo e os “alternativos” se aproximam das concepções acerca da fisiologia humana e do parto próprias da biomedicina – “tem sido de suma importância no campo dos movimentos sociais, pois mostra que, apesar de diferentes concepções, pessoas e grupos de *ethos* e crenças distintos podem estabelecer alianças e constituir identidade própria” (TORNQUIST, 2004: 192).

Assim, o movimento vem propondo mudanças no modelo de assistência obstétrica hegemônico – percebido como violador dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher – conforme as “Recomendações da OMS”¹⁷. No entanto, para Tornquist (2004), essas recomendações apontam para uma relativa desmedicalização do parto.

De acordo com a autora, o ideário deste movimento está fundamentado em um discurso de empoderamento feminino que passa pela valorização de uma condição natural, biológica e instintiva da mulher; e mesmo naqueles autores que costumam ressaltar que o parto também é um evento social – como vimos em Sheila Kitzinger –, é possível encontrar referências à ideia de uma universalidade do comportamento humano e da natureza feminina (TORNQUIST, 2002).

O Parto e o Nascimento são vistos, tanto pelos alternativos quanto pelos profissionais de saúde, como eventos fisiológicos e naturais sobre os quais a medicina altamente tecnologizada teria agido inadvertidamente, transformando aquilo que seria simples e sadio em complexo e patológico (TORNQUIST, 2002: 487-488).

É importante destacar que, de acordo com a interpretação de Tornquist (2002), a crítica que se faz ao modelo medicalizado de assistência ao parto valoriza a dimensão tida como natural/fisiológica, enquanto negativiza aquela tida como cultural/tecnocrática e ocidental. Essa configuração de valores também é consensual entre os profissionais de saúde que integram o movimento de humanização da assistência ao parto no país. Segundo a autora,

¹⁷ “Incentivo ao parto normal (vaginal); revalorização do papel das mulheres como parteiras e enfermeiras capazes de atender a partos normais; diminuição de intervenções agressivas; incorporação de técnicas mecânicas de alívio para a dor; valorização do suporte emocional à parturiente, através de doulas e acompanhantes; estímulo ao vínculo mãe-bebê imediato ao pós-parto” (TORNQUIST, 2004: 11).

a ênfase que se dá ao aspecto fisiológico do parto, antes menosprezado pela categoria médica, vem sendo reconhecida por outros agentes do campo biomédico.

Assim, o movimento, ao fundamentar o seu discurso na “medicina baseada em evidências” fazendo uma interlocução com o campo biomédico, nos leva a duas possibilidades interpretativas, que não são auto excludentes. Por um lado, indica uma estratégia de legitimação da ideologia proposta pelo movimento frente aos médicos, ao público e à mídia (FLEISCHER, 2005), desvinculando-a de um “gueto” de práticas alternativas, com o qual as suas recomendações obstétricas estavam relacionadas desde os anos 1970 (TORNQUIST, 2002). Por outro lado, reproduz certas categorias e submete as mulheres, assim como outrora, a prescrições ditadas por saberes científicos.

De acordo com Tornquist (2002), nesse imaginário, a associação da mulher com a natureza e a exaltação de valores associados ao feminino, ao mesmo tempo que configuram uma nova estética de parto, forjam um modelo idealizado de parir que pode não ser acessível a boa parte das mulheres que dão à luz.

Hirsch (2015) realizou uma análise acerca dos significados atribuídos ao “parto humanizado” por mulheres provenientes de diferentes camadas sociais. De acordo com ela, as mulheres das camadas médias desejam ser reconhecidas como “indivíduos” – refletindo a lógica de individualização presente nas camadas médias da sociedade brasileira discutida por Salem (2007) –, valorizam a sensação corporal do parir como uma via para o aperfeiçoamento, e reivindicam a redução das intervenções médicas de rotina, que são revestidas de uma conotação negativa. Já entre as mulheres das camadas populares, poucas conheciam o termo “humanizado” e o que as atraía era o tratamento dispensado pelos profissionais e o fato de serem reconhecidas como “pessoas”; em relação à medicalização do parto, a autora observa que essas mulheres encaram e valorizam os procedimentos médicos como cuidado e “ajuda” para “superar” o processo de parturição. Nesse sentido, podemos pensar que, se para as primeiras o foco está na intensidade da experiência, para as segundas, o foco está na (pouca) extensão do evento e no resultado final do processo.

Além disso, Tornquist (2002) considera que a perspectiva evolucionista e romântica que universaliza a “natureza feminina” e contrapõe a “técnica” e a “cultura” aos processos considerados como “fisiológicos” e “naturais”, obscurece a percepção de indissociabilidade das dimensões biológicas, psíquica e cultural do parto e, portanto, do seu caráter ritualístico organizado por um sistema cosmológico particular.

Essa posição é corroborada por Mendonça (2015), que vai mais além e aponta para o “paradoxo da humanização”. Para esta autora, a “medicina baseada em evidências” trata “as

‘descobertas’ como evidências naturais a partir do momento em que são aceitas pelos pares, apagando seu aspecto de construção e as inserindo na natureza” (MENDONÇA, 2015: 262).

Nesse sentido, ela reflete sobre o que é colocado pelo movimento no que diz respeito ao “protagonismo” e “autonomia” da mulher ao escolher como irá ter seus filhos: se a escolha das mulheres e a prática médica deve ser embasada em informações de qualidade, e as “evidências científicas” estão no topo da pirâmide do que deveria orientar essa escolha e essa prática, isso pode levar, por um lado, a uma “desqualificação e moralização” daquelas mulheres que optam por outros critérios para fazer a sua escolha, e, por outro lado, a uma “sofisticação da tutela promovida pelo saber médico sobre o corpo feminino” (MENDONÇA, 2015: 268), visto que, ao não promover mudanças reais em relação ao saber/poder médico, a autonomia das mulheres só vai até onde o discurso médico permitir. E conclui dizendo:

Como atores buscando sua legitimação em um campo, os defensores da humanização são compelidos a atuar pelas regras dos que dominam o jogo, de modo que o assentamento no argumento científico, enfatizando levá-lo mais a sério do que os que defendem o modelo tecnocrático, vem sendo um modo eficaz de conquistar espaço e influência. Porém não sem custos caros ao ideário da humanização do parto como um todo, sobrepondo as importantes questões relativas ao protagonismo e autonomia das mulheres. (MENDONÇA, 2015: 268).

Já Carneiro (2014) afirma que o “natural”, para as mulheres adeptas do “parto humanizado”, aparece carregado de uma dimensão política de resistência às práticas intervencionistas, e também como algo a ser valorizado, dado que é concebido como uma capacidade essencialmente feminina¹⁸, como é possível perceber na seguinte passagem:

Quando o parto é considerado natural e biológico pelos médicos e como justificativa para a interferência médica/medicamentosa, as mulheres reiteram que o parto é mais que natureza, que é cultural e um acontecimento plural, pessoal, familiar, espiritual e sexual. Em outro sentido, no entanto, quando os médicos anunciam o uso da tecnologia/procedimentos como algo necessário para o resguardo da vida e do risco, as mulheres anunciam a capacidade biológica da mulher para parir e lançam mão do argumento de uma natureza feminina, trazendo à baila uma natureza inata, inerte e a priori. (CARNEIRO, 2014: 254)

Carneiro (2014), em sua pesquisa de doutoramento, na qual procurou mapear e refletir sobre as práticas de mulheres adeptas de “outros modos de parir” em dois grupos de preparação para o parto, constatou que a ideia de “parto humanizado” seria uma “expressão guarda-chuva” que abarca diversas práticas de parto e de leituras de natureza. De acordo com

¹⁸ Uma concepção sobre o parto que é atravessada por discursos diferencialistas, tal como a segunda onda do movimento feminista identificada por Scavone (2001).

a autora, as expressões parto “mais natural”, “natural” e “humanizado” não aparecem necessariamente como sinônimos.

Por um lado, o parto “natural”, entendido como “vaginal”, pode não ser considerado “humanizado” se a mulher não tiver acesso às informações e poder de decisão quanto aos procedimentos realizados, por outro, segundo a autora, algumas mulheres, cujo estilo de vida seria radicalmente orientado por filosofias orientalistas e naturalistas, consideram como “parto humanizado” o parto “natural”, isto é, o parto sem nenhuma intervenção.

De outro modo, ainda de acordo com Carneiro (2014), algumas mulheres consideravam o parto “mais natural” ou “humanizado” como parto “não artificial”, isto é, um parto com o mínimo de intervenções médicas possíveis, no qual a tecnologia é empregada com mesura e cautela. Outros sentidos apresentados pela autora referem-se ao parto em que a mulher é respeitada em seus desejos e crenças, é informada sobre os procedimentos e suas consequências e dá o seu consentimento a partir de uma “opção informada”; além disso, o parto “mais natural” e “humanizado” também pode ser aquele no qual as mulheres são tratadas com carinho e recebem palavras de incentivo e apoio, o parto “acolhedor”; ou como uma experiência em que se acredita na capacidade inata das mulheres para parir; ou ainda como uma experiência que permite à mulher experimentar um conjunto de sensações corpóreas, na qual a liberdade de expressão não gera estranhamento. Nesse sentido, a pluralidade de leituras que podem ser feitas acerca do que é “natural” e “mais natural” indica que “o parto não poderia ser interpretado como exclusivamente amarrado ao corpo e ao biológico” (CARNEIRO, 2014: 251).

Para Carneiro (2014), embora as mulheres adeptas de “outro modo de parir” entendam suas práticas como unívocas e coerentes, as concepções de parto dentro do ideário de humanização não são fixas e rígidas; pelo contrário, na busca por “outro modelo” de assistência, essas mulheres desalojam, agenciam, reproduzem e embaralham acepções de Natureza e Cultura, levando a inúmeras práticas discursivas. Essa autora sugere que a ideia atual de natural aparece aliada à noção de saúde e, nesse sentido, a noção de “natureza” passa a ter uma conotação positiva e distante daquela equiparada à animalidade, visto que está relacionada com a ideia de “sujeito moral” (CARNEIRO, 2014).

Diante dessa multiplicidade de significados e possibilidades de extensão semântica que nos ajudam a compreender os usos desses termos entre os diferentes atores e, considerando que o movimento tem incorporado as discussões levantadas dentro do campo da Antropologia como forma de balizar os seus postulados, cabe refletir se aparece e como aparece a dicotomia Natureza/Cultura no processo de formação de doulas nos dias atuais.

2.3 Chegando ao “movimento das doulas”

Alguns estudos indicam que na maioria das culturas e sociedades as mulheres são acompanhadas durante o parto (Mead e Newton, 1967, apud HOTIMSKY e ALVARENGA, 2002; RAPHAEL, 1981), já outros, conforme ressaltou Tornquist (2004), relatam que o costume de dar à luz sozinhas pode ser encarado como “normal” e revelador da “facilidade” que pode ser o ato de parir.

De acordo com Hotimsky e Alvarenga (2002), a presença ou ausência de acompanhante nesse momento pode diferir de acordo com o contexto cultural, com a classe social, com o número de filhos, com os padrões de sociabilidade, com as políticas de saúde locais e com concepções relacionadas às questões de gênero, mas, sobretudo, podem refletir valores “modernos” ou “tradicionais” que frequentemente se expressam na cena do parto¹⁹.

Apesar da variedade cultural em relação a esse tema, nas sociedades em que o parto foi medicalizado, a decisão de afastar a família e a rede social da mulher do processo do nascimento derivou-se de uma demanda da equipe assistente (TORNQUIST, 2004), dado que tanto a infraestrutura quanto os protocolos dos hospitais foram planejados para atender aos profissionais de saúde, não necessariamente as parturientes (BRÜGGEMANN et al., 2005). Nesse sentido, estar sozinha no momento do parto, pode ser encarado como uma forma de abandono e confinamento da mulher e como uma forma de ruptura com as tradições que incluíam as relações de parentesco (TORNQUIST, 2004).

De qualquer modo, observamos que os estudos acerca da questão do acompanhante têm influenciado as – assim como são influenciadas pelas – propostas de humanização da assistência ao parto; e a família – mas não somente a família – é chamada de volta para a cena do parto, só que desta vez passando da condição de anfitriã para o lugar de hóspede (TORNQUIST, 2004).

¹⁹ Hotimsky e Alvarenga (2002) apresentam uma reflexão importante sobre a “naturalização da maternidade” nas recomendações feitas pela OMS. De acordo com estas autoras, essa medida de suporte social, quando direcionada à “nova mãe”, pressupõe que a mulher que está parindo vai, necessariamente, se transformar em mãe do bebê que está para nascer. Isto, segundo elas, não considera o fato de que nem todas as mulheres que dão à luz vão se tornar mães, seja porque decidiram exercer o direito reprodutivo de dar o bebê para adoção, seja porque resolveram compartilhar a maternidade com outras pessoas de sua rede de relações sociais, fenômeno denominado por Fonseca (2006) como “circulação de crianças”.

A recomendação para que a mulher tenha o apoio de acompanhante(s) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, segundo essa autora, perpassa toda a literatura do “parto humanizado”. “Ela [a mulher que está em trabalho de parto] precisa se sentir segura”, afirma Odent (2003: 112), que aponta as doulas como aquelas que podem ter um papel chave de apoio, no contexto de uma família nuclear na “era pós-industrializada”.

Essa recomendação também está presente nas publicações da OMS desde 1985²⁰, que, nessa época, ainda limitava as opções de acompanhante aos membros da família da mulher (HOTIMSKY e ALVARENGA, 2002). Esta posição da OMS foi flexibilizada no documento publicado de 1996²¹, no qual houve a extensão do papel de acompanhante para outros atores em quem a mulher “confia” e com quem ela “se sente à vontade”, como o parceiro, a melhor amiga, uma doula, uma enfermeira-parteira ou uma parteira-leiga. De acordo com essa publicação, a “doula” é identificada como uma prestadora de serviços que recebeu um treinamento “básico” sobre parto, estando, desta forma, familiarizada com os procedimentos de assistência.

Mas, ao que parece, nem sempre foi assim. Vejamos.

2.3.1 A “doula”: de Dana Raphael a Klaus e Kennell

A doula parece ter surgido neste panorama, inicialmente, como uma mulher próxima à parturiente – preferencialmente, a avó materna do bebê – que, munida de um conhecimento empírico, oferecia apoio à mulher durante a gravidez, parto e período neonatal (RAPHAEL, 1981).

Na sua acepção moderna e ocidental, o termo “doula” foi descrito pela antropóloga norte americana Dana Raphael dentro do contexto da amamentação, no livro *The tender gift: breastfeeding*, publicado em 1973, como uma cuidadora que oferece apoio contínuo à nova mãe.

²⁰ WHO. Appropriate Technology for Birth. Lancet, v. 2, n. 8452: 436-437, 1985.

²¹ OMS. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. OMS/ SRF/ MSM/ 96.24. Genebra, 1996.

A palavra doula vem de uma antiga palavra grega²² referindo-se à mulher que chega à casa quando uma criança nasce, cuida das crianças mais velhas, cozinha o jantar, acalma o bebê e, geralmente, ajuda a nova mãe durante o período pós-parto recente (RAPHAEL, 1981: 13, tradução nossa)²³.

Após estudar diversos relatórios antropológicos sobre várias culturas ao redor do mundo e de entrevistar centenas de mães americanas, a autora apresenta os fatores que podem determinar o “sucesso” ou o “fracasso” da amamentação em um período de transição para a maternidade, que ela denominou “matrescence”: o crítico período de transição, o rito de passagem, em que uma mulher torna-se mãe (RAPHAEL, 1975).

A autora verificou a existência de um elemento presente na maioria das culturas que parece favorecer o processo da amamentação: “a presença de alguém que se preocupa com a mãe” (RAPHAEL, 1981: 13); ou seja, o denominador comum encontrado pela autora para o sucesso no aleitamento materno é a garantia de um certo grau de ajuda ofertada à mãe, por parte de alguma pessoa, durante um período definido de tempo após o parto. Nesse sentido, Dana Raphael usou o termo “doula” para designar um sistema especial de apoio que cumpre uma função que ela chamou de *mothering the mother*.

De acordo com a autora, na maioria das culturas tradicionais, as mulheres ganham um conhecimento profundo sobre a “arte da amamentação” desde a infância e aprendem a lidar com bebês por cuidar dos irmãos mais novos; já nas sociedades de tipo ocidental moderno industrializadas, com o desaparecimento das grandes famílias e a separação geográfica entre as famílias nucleares, as mulheres jovens recebem pouca ou nenhuma informação sobre amamentação durante a infância e raramente observam uma mãe que amamenta. Deste modo, a informação do “como fazer”, que dependia de parentes mais “experientes”, não estaria mais disponível.

Ainda segundo Raphael (1981), “para piorar a situação”, a rotina na maioria das maternidades é tão “eficiente” que acaba por promover um efeito “anti-doula” – as mulheres são enviadas precocemente para casa após o nascimento dos seus filhos, antes mesmo que sua oferta de leite esteja estabelecida, e são privadas de informações críticas e de apoio.

Para Raphael (1981), o papel de apoio da doula é intenso, mas, geralmente, não é muito demorado; tal papel pode ser desempenhado pelas avós do bebê, pelo

²² De acordo com Odent (2003), a comunidade grega não gosta do termo doula porque faz referência a uma escrava na Grécia antiga. Ao que parece, lá, elas utilizam o termo “paramana” que refere-se à ideia de “com a mãe”.

²³ Do original “Incidentally, the word doula comes from an ancient Greek word referring to the woman who comes to the home when a child is born, cares for the older children, cooks the dinner, bounces the fretting baby, and generally helps the new mother through the early postpartum period”.

marido/companheiro, por uma irmã ou cunhada, por um parente mais velho ou amigo, por grupos de apoio à amamentação e também por profissionais de saúde, incluindo a parteira. Isso denota que, antes de estar relacionada a uma pessoa específica, o termo “doula”, conforme empregado por Dana Raphael, institui uma função.

Observamos que o termo “doula” passou, subsequentemente, a ser reconhecido e incorporado pelo campo biomédico; seu uso/sentido foi gradualmente ampliado, passando também a referir-se ao apoio à mulher durante a gestação, parto e trabalho de parto.

Os médicos pediatras Marshall Klaus e John Kennell, no final da década de 1970, realizaram um estudo em hospitais na Guatemala com a intenção de aprimorar as formas de atenção ao recém-nascido. Eles tentavam provar que o fato de colocar mãe e bebê em contato logo após o nascimento, considerado como um “período sensível”, facilitaria o estabelecimento da amamentação. Com isso, eles visavam estender os benefícios dessa prática às instituições norte americanas, nas quais mães e filhos são separados ao nascer. No entanto, nesse estudo, eles observaram um efeito “aleatório”: a estudante de medicina Wendy Freed, que participava da pesquisa, deveria fazer entrevistas curtas com dez mulheres em trabalho de parto; mas, em vez disso, permaneceu com essas mulheres até o momento do nascimento. Aparentemente, a sua presença durante todo esse período favoreceu a ocorrência de trabalhos de parto mais curtos e nascimentos sem complicações. Essas observações serviram de estímulo para que estes médicos iniciassem outros estudos sobre os efeitos do acompanhamento às parturientes (KLAUS et al., 2002).

De acordo com esses médicos, ao escolher um termo para descrever esse papel, eles procuraram uma palavra que não tivesse uma conotação médica e que enfatizasse a atenção e o conforto provenientes dessa “mulher-acompanhante”. Assim, escolheram o termo utilizado por Dana Raphael para nomear essa acompanhante experiente que fornece à mulher e ao seu companheiro apoio físico e emocional ao longo de todo o período gravídico-puerperal (KLAUS et al., 2002).

Cabe ressaltar que uma das principais ideias de Leboyer, reiterada por Odent e pelos ativistas da humanização no Brasil, é a necessidade de fortalecer o vínculo entre mãe e filho. Com a expansão da neonatologia nos anos 1970, como campo de conhecimento dentro da pediatria, assim como as análises provenientes do âmbito da psiquiatria, da psicologia e da psicanálise, essa valorização do vínculo mãe-bebê, enfocada agora a partir do “ponto de vista do bebê” como sendo primordial para o seu bem-estar, se disseminou e contribuiu significativamente para a valorização da infância e para o acirramento das críticas à cesárea (TORNQUIST, 2004). Tornquist (2004) observa que, no âmbito do movimento de

humanização, a adesão dos pediatras ao ideário da humanização pode ser considerada mais fácil do que a dos obstetras, visto que, entre os médicos, os pediatras representam a maioria dos associados formais da ReHuNa, ao lado dos sanitaristas.

Desde os estudos realizados por Klaus e Kennel acerca dos efeitos do acompanhamento às parturientes, muitos outros têm sido desenvolvidos. De acordo com o artigo escrito por Hodnett et al. (2013) e publicado no *Cochrane Database of Systematic Reviews*²⁴, diversos estudos sobre os efeitos do “suporte contínuo” oferecido às mulheres durante o trabalho de parto – entre os quais é possível citar o suporte emocional, as medidas de conforto, oferta de informações e intermediação a favor da parturiente – vêm indicando que a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto pode estar relacionada tanto a uma maior incidência de partos vaginais espontâneos, quanto a uma redução nos níveis de intervenção obstétrica, como a administração de medicações para o alívio da dor, o uso de fórceps e a realização de cesarianas (HODNETT et al., 2013). Os mesmos resultados também foram encontrados por Brüggemann et al. (2005).

Contudo, ainda segundo Hodnett et al. (2013), esse acompanhamento parece ser tanto mais benéfico, quando oferecido por uma pessoa “experiente”, “treinada” para exercer este papel, que esteja lá apenas para isso e que não seja parte do círculo social da parturiente; ou seja, tratar-se-ia, segundo a visão dos autores, de um apoio verdadeiramente “profissional”. Já Brüggemann et al. (2005), que fazem uma distinção entre os efeitos do apoio à mulher oferecidos por profissionais de saúde, mulheres leigas e doulas, ressaltam que, quando o provedor de suporte não é um profissional de saúde, os benefícios têm sido mais acentuados.

Outros estudos alegam que o acompanhamento por uma doula durante o ciclo gravídico-puerperal pode ter efeitos positivos sobre o vínculo materno-infantil, ou “formação do apego” (KLAUS e KENNEL, 1992), sobre os indicadores de saúde pós-parto para a mãe e para o bebê e na promoção de um maior nível de satisfação das mulheres com as suas experiências de parto (KLAUS e KENNEL, 1997; PASCALI-BONARO e KROEGER,

²⁴ O Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) é um projeto de publicações eletrônicas que traz revisões sistemáticas na área da saúde, bem como protocolos para avaliações, e editoriais. As Revisões Cochrane investigam, entre outras coisas, os efeitos das intervenções para a prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. De acordo com as informações contidas no site, essas revisões são “*internationally recognised as the highest standard in evidence-based health care*”. Os editoriais visam estimular a discussão em torno do desenvolvimento da síntese de evidências para promover a boa tomada de decisão em cuidados clínicos e políticas de saúde. De um a quatro editoriais são publicados a cada mês. O momento da publicação pode coincidir com a publicação de uma Cochrane Review vinculado com eventos específicos, como dias de conscientização em saúde.

2004; BREEDLOVE, 2005; KOUMOUITZES-DOUVIA e CARR, 2006; SILVA et al., 2012; e outros).

Além destes estudos que procuram demonstrar os benefícios da presença das doulas para a saúde da mãe e do bebê, existem outros que procuram focar nas vantagens para o sistema de saúde. Um desses, foi o estudo realizado pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Minnesota, nos EUA, e publicado em março de 2016 na revista *Birth: issues in perinatal care*. Esta pesquisa procurou verificar o potencial custo-efetividade da cobertura de serviços de doulas pelo programa de assistência em saúde *Medicaid Program*. De acordo com os resultados, as mulheres que receberam apoio de uma doula apresentaram menores índices de partos prematuros e de cirurgia cesariana. Considerando que, nos EUA, um em cada nove bebês nasce antes de 37 semanas de gestação e que um em cada três nasce via cesariana – situações que acarretam o aumento de custos médicos –, ainda que o programa reembolsasse U\$986,00 pelo serviço da doula e arcasse com todos os gastos, do pré-natal ao nascimento, o estudo sugere que haveria uma redução nos custos que poderia representar uma economia total de U\$58,4 milhões por ano (KOZHIMANNIL et al., 2016)²⁵.

Aqui no Brasil existem iniciativas voltadas para a incorporação de doulas na assistência ao parto que são reconhecidas como estratégias de “humanização”, como é o caso do Hospital Sofia Feldman, situado na região metropolitana de Belo Horizonte. Em 1997, foi implementado nesse hospital o Projeto “Doula Comunitária”, no qual as mulheres da comunidade passaram a exercer um trabalho voluntário de acompanhante das parturientes. Tal iniciativa teve como base os estudos que apresentam os benefícios do suporte oferecido pelas doulas (HORTA et al., 2011). Mas estas autoras ressaltam que, embora nesse hospital exista o incentivo ao “parto normal e humanizado” desde a sua inauguração, o papel da doula comunitária na “humanização” do parto não se limita à sua incorporação neste cenário.

De acordo com elas, esse processo de inserção das doulas “sinaliza para que ela seja tomada no seu caráter de inovação e como uma tecnologia para o cuidado em saúde” (HORTA et al., 2011: 224). Isto é, para as autoras, a incorporação da doula, como uma ferramenta que apresenta um potencial para transformar a assistência, assume um caráter inovador, na medida em que essa prática social de cuidado, considerada ancestral, se reinventa para atender as mulheres nos ambientes hospitalares.

A doula aparece nesse cenário como uma mediadora nas relações entre usuários e profissionais, que viabiliza e negocia cuidados, regula tensões e gerencia conflitos. Enquanto

²⁵ Importante destacar que tomamos conhecimento dessa publicação através de uma doula.

parte da comunidade, ela possui um amplo registro dos fundamentos morais e valorativos que regem as práticas do grupo, podendo apresentar, assim, soluções mais adequadas. Além disso, o discurso das doulas apresenta um conjunto de valores, princípios e aspirações que pressupõe uma disposição moral para organizar alianças (HORTA et al., 2011). Segundo as autoras, a disponibilidade de ajudar, de cuidar e de dar apoio às mulheres, bem como o reconhecimento de uma reciprocidade por parte das mulheres atendidas, se encaixam em uma permanente troca de bens simbólicos, na qual as ações de dar, receber e retribuir constroem o laço social e selam as alianças²⁶.

Assim, nessa ação social, utilizando-se de “um fazer próprio”, que vai sendo legitimado na medida em que vão sendo construídas outras formas de cuidar que atendam melhor as mulheres, as doulas constroem a sua alteridade; e, ao diferenciar-se dos demais usuários e dos profissionais de saúde, e serem reconhecidas dessa maneira, as doulas podem acessar e permanecer no espaço institucional (HORTA et al., 2011). Só cabe (re)lembrar que, antes, esta instituição abriu espaço para a atuação das doulas.

2.3.2 O movimento das doulas

Nesta subseção, nos apoiaremos em dois artigos publicado por Soraya Fleischer (2005, 2006), nos quais ela comenta os primeiros passos de um movimento que começava a se formar no interior do movimento social em prol do “parto humanizado”, o movimento das doulas.

Soraya Fleischer (2005) realizou, em 2003, uma etnografia em um curso de capacitação de doulas oferecido por um dos grupos mais atuantes politicamente – ao menos naquela época – e observou que tal curso se configura como uma atividade de reprodução do movimento de “humanização do parto”, na medida em que busca orientar as práticas desta categoria profissional a partir de pressupostos conceituais e valorativos deste movimento.

²⁶ Este ponto nos remete ao texto clássico *Ensaio sobre a dádiva*, no qual Marcel Mauss (2003) analisou os sistemas formados pela troca de presentes contratuais, isto é, como se estabelece, através da troca de dádivas, o contrato entre as pessoas e os grupos sociais. Ele estava interessado em entender o caráter ambíguo ou contraditório da doação e da troca de presentes, visto que seriam, em si, voluntárias, mas que carregam consigo obrigações e interesses. Mauss destacou três obrigações que permitem entender como a troca mantém a sociedade em funcionamento: dar, receber e retribuir; mas começou sua análise pela última operação, a de retribuir; ele estava interessado nos excessos, na dívida que é criada entre as partes envolvidas na troca e que faz com que se retribua sucessiva e usurariamente, mantendo os grupos em relação e articulando a vida em sociedade.

De acordo com a autora, a articulação política se dava por meio de listas de discussão criadas na Internet e nos encontros que eram realizados anualmente. Esse grupo promoveu alguns encontros nacionais de doulas, dentre os quais, o terceiro, realizado em 2003, teve a presença da representante da associação de doulas norte americana DONA *Internacional*, Debra Pascali-Bonaro, que veio ao Brasil ministrar cursos de formação. Fleischer (2005) ressalta que, nessa ocasião, o grupo brasileiro ganhou o respaldo dessa importante instituição e deu os primeiros passos para a institucionalização do movimento, com a oficialização do grupo como associação nacional e com a criação do primeiro curso de doulas no Brasil.

Como um movimento que se consolida dentro de outro movimento, ele recorre às mesmas referências para respaldar a sua luta, como: as “Recomendações da OMS” de 1996, que recomendam explicitamente a presença e atuação das doulas no parto; os trabalhos das antropólogas Brigitte Jordan, Robbie Davis-Floyd, Sheila Kitzinger e Wenda Trevathan, que problematizaram a hegemonia da biomedicina no parto; os ideólogos do movimento pós-PSD Leboyer e Odent, que trouxeram novas concepções sobre parto e nascimento; e a “medicina baseada em evidências” como forma de “comprovar o projeto da humanização do parto e também para criticar a biomedicina” (FLEISCHER, 2005: 15).

Dentro desse contexto, o parto é positivado como um processo “biológico” e “natural”, que deve ser centrado na mulher e ter o mínimo de intervenções médicas e tecnológicas possíveis. No entanto, Fleischer (2005) nota que, se em alguns momentos as explicações biológicas são priorizadas, em outros, a “Natureza” é mediada pela cultura sem que perca, com isso, os atributos que a enaltecem. De acordo com as doulas e ativistas que ela observou, faz-se necessário ensinar as mulheres a reencontrar a sua “natureza” e seus “instintos”, resgatando saberes ancestrais. Para a autora,

Este discurso se baseia em experiências e evidências do passado, de outras culturas e de estudos realizados com outras espécies (macacas, vacas, baleias, principalmente). A comparação é sincrônica e diacrônica. *Mas o objetivo final é só um – confirmar que, apesar da diversidade cultural entre as mulheres do mundo, o substrato natural é e sempre foi um só.* Estas ativistas lançam mão da perspectiva antropológica, mas observo que acionam o discurso cultural apenas de forma instrumental, para descartá-lo em seguida (FLEISCHER, 2005: 17, grifo nosso).

Fleischer (2005) relata que no discurso do movimento há também muitas menções ao ideário feminista, principalmente, quando recorrem a categorias como “empoderamento”, “direito” e “escolha”. Além disso, na medida em que a doula atua como mediadora e intérprete do serviço de saúde para a mulher, sempre cuidando para não falar pela parturiente, é reforçada a ideia de que a sua presença é importante no combate à “violência obstétrica”.

Mas a autora adverte que “por mais que este movimento se guie por princípios feministas, ao biologizarem o papel materno, infringem, a meu ver, o primeiro e mais crucial deles, qual seja, a dissociação entre natureza e cultura” (FLEISCHER, 2005: 18).

De acordo com Fleischer (2005), existem vários pré-requisitos que uma pessoa deve atender para se tornar doula, como: ser saudável e fisicamente capaz de amparar a parturiente, ter disponibilidade para acompanhar o trabalho de parto durante o tempo que for necessário, ter recebido algum treinamento e ter experiência própria com gravidez, parto e maternidade. Este último requisito, segundo a autora, carece de consenso entre as doulas.

Decerto, nem todas as doulas são mães; no entanto, em uma pesquisa anterior, observamos que aquelas que são mães, alegam que se sentiram motivadas a exercer esta atividade em decorrência de suas experiências de parto: metade das doulas entrevistadas afirmaram ter iniciado esta trajetória a partir de vivências, quase sempre traumáticas, que as incitaram a lutar contra o “sistema”; já a outra parte declarou que o prazer proporcionado por essa experiência determinou o desejo de disseminação desta modalidade de parto (SILVA, 2013). Nessa pesquisa, a experiência pessoal da doula com a maternidade apareceu como um importante diferencial no processo de identificação com a mulher gestante (SILVA, 2013). Essa experiência prévia propiciaria a formação de “vínculo” entre profissional e cliente, favorecendo a sensação de confiança e acolhimento. Fleischer (2005) também verificou em sua pesquisa que existe uma ênfase no estabelecimento de “vínculo” entre a mulher e a doula, para que a primeira possa se entregar por completo à experiência de parto, enquanto a segunda atua como um “amortecedor afetivo”²⁷.

Contudo, conforme observado por esta autora, no curso de formação foi preconizado que a doula deve ser a ponta “racional” da díade doula-parturiente, não devendo, portanto, se “desesperar” com os problemas enfrentados pela mulher. Nesse sentido, existiria uma preferência, mas não obrigatoriedade, de que a experiência de parto da doula (no nascimento do seu filho ou no seu próprio nascimento, caso não seja mãe) tenha sido positiva. “Se qualquer um dos casos [tiver] sido negativo, a doula precisa ‘se resolver’ antes de prestar qualquer assistência a gestantes [...] e, sobretudo, não confundir sua experiência com a da parturiente” (FLEISCHER, 2005:18).

A relação entre as experiências pessoais das doulas e o exercício desta atividade profissional nos remete ao trabalho de Octavio Bonet, *Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*, no qual ele analisa a “tensão estruturante” entre os domínios

²⁷ Segundo Fleischer (2005), essa metáfora é utilizada dentro do movimento.

do saber e do sentir no processo de formação de médicos. Tensão essa que é “estruturante porque deriva do dualismo encontrado desde a origem da biomedicina e porque se manifesta na relação paradigmática do médico e do doente” (BONET, 2004: 35).

Bonet (2004) realizou uma etnografia da residência médica de um hospital-escola público em Buenos Aires com o objetivo de investigar o processo de formação de médicos e compreender como esse processo modela suas subjetividades. Ao analisar como se manifesta a tensão entre as dimensões cognitivas e emotivas, o autor verifica que os sujeitos ficam divididos entre o que devem saber e o que sentem ao fazer. De um lado, o saber biomédico, associado ao racional, ao científico, à competência e às técnicas, guiando as práticas a partir de “protocolos”; do outro lado, o sentir, associado ao emocional, ao desejo e ao cuidado, dando ênfase à experiência individual. Segundo o autor, essa delimitação entre o “profissional” e o “humano”, como dois conjuntos de representações separadas, vai se manifestar no *habitus* biomédico. Luiz Fernando Dias Duarte, no prefácio ao livro de Bonet (2004: 8), diz o seguinte:

A compreensão desse processo – bem descrito por Bonet como uma “tensão estruturante” – permite, em primeiro lugar, iluminar com novas nuances o tema central de nossa cultura: o embate/diálogo entre a disposição originária universalista, iluminista, que sustenta o empreendimento científico, e o reparo romântico, atento às ameaças de perda da totalidade, do fluxo, da intensidade e da imbricação entre sujeito e objeto.

De acordo com Bonet (2004), essa tensão não é exclusiva da biomedicina, mas de todos aqueles que de alguma forma procuram fazer algo que possa ser considerado como “científico”, visto que, para ser caracterizado como tal, tem que existir uma separação entre aquilo que é objetivo, o ‘saber’, e o que é subjetivo, o ‘sentir’.

Segundo o autor, o processo que consagra o modelo biomédico como um saber legítimo sobre o corpo e sobre o processo saúde-doença está intimamente relacionado ao estabelecimento da configuração individualista (hegemônica na cultura ocidental moderna), que traz consigo a racionalização, a universalização dos saberes e a psicologização dos sujeitos (DUARTE, 1998, apud BONET, 2004) e produz a concepção moderna de indivíduo, que passa a ter um valor moral central.

De forma bastante resumida, a configuração individualista que começa a tomar forma no século XVI aparece na filosofia mecanicista e na sua forma de entender o mundo. Esta perspectiva, por sua vez, vai ser aplicada ao “microcosmo do orgânico”, e, ao instituir o dualismo entre mente e corpo (espiritual e material), deixa de lado as explicações esotéricas

sobre a “natureza” dos sujeitos e o corpo passa a ser apreendido, a partir de um pensamento metódico e racional, como algo mensurável e objetivável (BONET, 2004). A racionalidade científica aparece claramente na anatomia e na fisiologia, estudadas em termos mecanicistas, e na patologia.

Assim, segundo Bonet (2004), esse processo entronizou o saber médico – dado que este se apoia em uma ordem biológica e cientificista – e deslocou um amplo conjunto de saberes das chamadas “medicinas românticas”, que tentam responder às mesmas questões a partir de uma perspectiva “totalizante” dos sujeitos. Mas o autor nos lembra que neste processo não houve o desaparecimento das medicinas “alternativas”, mas um “englobamento” destas, que evidencia a relação hierárquica que se estabeleceu entre esses saberes.

Diante disso, o autor argumenta que “entre os modelos da biomedicina e das ‘medicinas românticas’, observa-se uma manifestação da ‘tensão estruturante’” (BONET, 2004: 34). No entanto, ele ressalta, que a tensão observada entre esses dois polos diz respeito ao fato de que a biomedicina não incorpora nas suas explicações aspectos “físico-morais” que são considerados pelas “medicinas românticas”. Nesse sentido, as críticas à biomedicina vão se centrar no seu reducionismo biologicista e na sua perspectiva objetiva dos processos corporais, que negam qualquer aspecto relacionado ao humano e social – justamente o que possibilitou inscrevê-la como um saber científico.

Retornemos, então, às doulas.

Poderíamos pensar, num primeiro momento, que a doula, enquanto acompanhante que provê apoio/suporte físico e emocional à mulher, é uma profissional do “sentir”, dado que esta dimensão está associada ao emocional, ao desejo, ao cuidado e à experiência individual. Como visto anteriormente, a sua experiência prévia (como mulher que pariu, ou não) propiciaria a formação de “vínculo” entre profissional e cliente, que, por sua vez, favoreceria a sensação de confiança e acolhimento.

No entanto, a doula, enquanto mediadora e provedora de informações à mulher, aciona a “medicina baseada em evidências” – que é um saber associado ao racional e ao científico – para fundamentar o seu discurso desmedicalizante. Além disso, Fleischer (2005) nos fala que no curso de formação que ela etnografou em 2003 foi preconizado que, na díade doula-parturiente, a doula deve ser a ponta “racional” que não pode se “desesperar” com os problemas enfrentados pela mulher gestante, ou com a parturiente que se mostre “alterada”. Nesse sentido, a doula passa a ser sinônimo de controle e técnica²⁸.

²⁸ Aparentemente, como na formação dos médicos, que separa a competência da afetividade e envolvimento.

Por outro lado, segundo Fleischer (2005), na díade médico-doula, o médico assume o controle e a técnica, enquanto a doula recorre à “Natureza” para buscar dicas, intuições e inspirações para apoiar a mulher parturiente. Cabe ressaltar, contudo, que essa “Natureza”, agora, é fruto das “melhores evidências científicas”.

Diante desse impasse, cabe refletir sobre como aparecem e de que maneira são tratados os conflitos suscitados por essa “tensão estruturante” no processo de formação de doulas no Brasil; em outros termos, como se articula a experiência pessoal e política de pessoas interessadas em se tornar doulas, a experiência de um “saber vivido” (e sentido), com o “saber científico”, apreendido em um curso de capacitação profissional, na conformação deste novo especialista do parto.

3 ETNOGRAFIA DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE DOULAS

Como apresentado no início deste trabalho, a atividade realizada pelas doulas foi reconhecida em 2013 como uma ocupação na área da saúde. As pessoas interessadas em realizar essa atividade devem passar por um processo de capacitação, visto que, para o desempenho da ocupação, “é requerido um curso básico de qualificação profissional de, até, 200 horas” (BRASIL, [2002]).

Este processo de capacitação tem como objetivo informar e instrumentalizar as candidatas a doula nos assuntos relativos à gestação, parto e puerpério; mas cabe ressaltar que, neste processo, as práticas das novas profissionais são orientadas a partir de uma configuração particular de valores, própria do movimento pela humanização da assistência ao parto no Brasil.

Nesse sentido, procurando compreender melhor as práticas culturais específicas dessa categoria profissional emergente, bem como os valores e as regras que as organizam, realizamos uma etnografia do processo de formação de doulas. Buscamos, assim, estabelecer as relações entre fenômenos específicos e um determinado universo moral.

A partir da “consideração do real em suas diferentes manifestações” (VÍCTORA et al., 2000: 54), este estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira, fizemos um mapeamento de diversos cursos de capacitação de doulas no Brasil e entrevistamos cinco coordenadoras de cursos e, na segunda etapa, realizamos uma observação participante em um curso de capacitação de doulas e entrevistamos cinco alunas que participaram deste curso. A utilização dessas três técnicas de pesquisa qualitativa – mapeamento e análise dos *sites* dos cursos, observação participante e entrevistas – nos remete a diferentes tipos de dados – registros escritos, observacionais e discursivos – que são complementares e possibilitam a triangulação de informações para a apreensão mais ampla da realidade dos sujeitos (VÍCTORA et al., 2000).

A construção dos dados de investigação foi iniciada a partir do mapeamento de alguns cursos de capacitação de doulas existentes no Brasil. Este mapeamento, realizado de forma não sistemática, teve início em 2014, durante a elaboração do pré-projeto de pesquisa apresentado, sob a forma de “carta de intenção”, à comissão examinadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IMS, responsável pela seleção dos candidatos ao mestrado. Nesta ocasião, foi possível localizar ao menos quatro cursos que apresentavam diferentes propostas e estavam distribuídos em diversas regiões do país.

No entanto, para os efeitos desta pesquisa, foi necessário realizar um novo mapeamento, visto que, de lá para cá, tomamos conhecimento da existência de outros cursos, seja porque foram criados após o mapeamento realizado em 2014, seja porque a “entrada no campo” propiciou a obtenção de informações mais apuradas. Mas, é importante ressaltar que, em se tratando de uma pesquisa para o mestrado, cujo tempo de execução e orçamento são bastante limitados, este trabalho não se propôs a mapear exaustivamente todos os cursos de capacitação de doulas existentes no país, tampouco esgotar uma discussão que está apenas começando. As doulas com quem temos mantido contato ao longo dos últimos anos vêm demonstrando cada vez mais interesse pelo assunto e alertando para a necessidade de se discutir a formação desta categoria profissional que está, atualmente, em processo de institucionalização no Brasil.

Após o mapeamento e análise das propostas dos cursos, tentamos entrar em contato com as coordenadoras, via *e-mail* (Apêndice A), para agendar as entrevistas. Contudo, não foi possível realizar entrevistas com as coordenadoras de todos os cursos mapeados, visto que não obtivemos respostas de alguns *e-mails* e algumas das coordenadoras que nos responderam disseram estar sobrecarregadas de trabalho e, portanto, indisponíveis para participar da pesquisa. Sendo assim, conseguimos estabelecer contato e realizar entrevistas com cinco coordenadoras, que são identificadas neste trabalho por nomes iniciados pela letra C: Carolina, Cecília, Cíntia, Clarice e Cristina.

As entrevistas com as coordenadoras dos cursos de capacitação de doulas foram realizadas de forma presencial ou por *skype* ou telefone, dependendo da região do país onde elas vivem e da disponibilidade de conexão via internet no momento da entrevista, e tiveram duração média de, aproximadamente, uma hora e meia. Tomando por base as propostas apresentadas nos *sites*, estas entrevistas tinham como objetivo aprofundar as informações disponíveis sobre os cursos, visando identificar, a partir das concepções das nossas interlocutoras, os pontos relevantes no processo de formação de doulas. Buscamos também compreender os pressupostos conceituais e valorativos que estão subjacentes a uma concepção “natural” de parto e nascimento, de modo a tornar claro a especificidade moral do ideário deste grupo.

Na segunda etapa da pesquisa, realizamos a observação participante em um dos cursos de capacitação de doulas e entrevistamos cinco alunas, que estão identificadas neste trabalho por nomes iniciados pela letra A: Alessandra, Alice, Ana, Adriana e Amália.

A partir da observação participante, objetivamos identificar e compreender as categorias presentes nas narrativas das participantes e as dinâmicas de interação neste

processo de ensino-aprendizagem. O contato direto com as participantes da pesquisa ao longo de quatro dias de curso possibilitou a verificação de informações importantes que estão além daquilo que elas pensam que fazem e falam sobre o que fazem; permitiu, também, estabelecer uma relação de confiança com o grupo pesquisado, favorecendo a investigação de situações importantes no momento em que elas aconteceram – isto inclui a observação de gestos, posturas e expressões que trouxeram grande riqueza ao estudo.

As entrevistas com as alunas do curso tinham como objetivo verificar as motivações e expectativas dessas mulheres para exercer a função de doula; isto é, compreender como e por que elas tomam esse caminho. As duas primeiras entrevistas foram realizadas durante os intervalos do curso e, as outras três, por *skype* ou telefone após o término do curso. Esta diferença no modo como as entrevistas foram realizadas deveu-se, principalmente, ao fato de percebermos, no decorrer do trabalho de campo, que a convivência com o grupo durante os intervalos do curso também se configurava como um importante espaço de troca de experiências entre as alunas, sendo, portanto, imprescindível para a compreensão dos pontos de vista e sentimentos que as impulsionavam à ação. Além desta constatação, a realização das três últimas entrevistas após o término do curso possibilitou investigar, também, as impressões e sentimentos destas alunas em relação ao curso. Não obstante, as entrevistas com todas as alunas duraram, em média, trinta minutos, e foram norteadas por um roteiro semi-estruturado de perguntas – recurso que permitiu uma condução mais direcionada da entrevista, ao mesmo tempo em que possibilitou às participantes maior liberdade no desenvolvimento das respostas. Cabe observar que, embora a realização de entrevistas se coloque como um importante recurso que possibilita a compreensão de valores e concepções relacionadas ao parto e nascimento, esta técnica de pesquisa é uma experiência sociologicamente determinada. Nesse sentido, foi preciso considerar, na utilização desta técnica, o processo de produção de falas a partir de expectativas sociais. Todas as entrevistas realizadas foram gravadas, mediante consentimento das participantes, e posteriormente transcritas na íntegra.

Esses métodos de pesquisa qualitativa permitiram um mergulho em profundidade no grupo a ser estudado, na medida em que possibilitaram a investigação de sistemas simbólicos que não podem ser compreendidos fora do contexto onde eles ocorrem. Diferentemente das tradicionais pesquisas quantitativas em saúde, as pesquisas qualitativas se apresentam como um processo fluido, orgânico, não linear, mas sempre interpretativo dos fatos sociais: “a análise e interpretação dos dados mudam com o tempo, na medida em que o pesquisador acrescenta novos elementos e conhece melhor o contexto estudado” (CAPRARA & LANDIM, 2008: 365).

Vale ressaltar que essa aproximação com o campo ao longo da pesquisa conduz a uma certa “familiaridade”, no sentido de Gilberto Velho (1978), e acaba por configurar uma espécie de híbrido nativo-etnógrafo; ou seja, o pesquisador vira nativo ou vice-versa, mas sem perder propriamente a sua posição inicial. Este ponto é especialmente importante, visto que, ao se estudar culturas ou sociedades tidas como familiares, corre-se o risco de naturalizar situações e categorias que deveriam ser analisadas com certo nível de estranhamento, podendo vir a comprometer a pesquisa, caso não seja mantido certo nível de distanciamento (VELHO, 1978).

Diante disso, ao longo de todo o processo de pesquisa, foi necessário refletir de que maneira a proximidade ou a distância ideológica poderia influenciar a relação com o objeto de pesquisa e com o campo no qual ele está inserido. Isso não significa necessariamente uma aproximação ou um distanciamento ideológico, mas sim um “movimento de estranhamento crítico diante do próximo” (VELHO, 2003: 18). Enquanto mulheres, mães e pesquisadoras no campo da saúde, tivemos a dupla tarefa, nada trivial, de estranhar aquilo que nos é cada vez mais familiar e de familiarizar com, ou ao menos relativizar aquilo que nos soa estranho. Desnaturalizar noções, impressões e categorias que constituem a nossa própria visão de mundo não foi tarefa fácil, mas, certamente, para o bom desenvolvimento da pesquisa, foi imprescindível.

É importante destacar ainda que este estudo está em consonância com as atuais questões que envolvem as pesquisas com seres humanos e, portanto, o projeto desta pesquisa foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social, junto com os roteiros para as entrevistas com as coordenadoras (Apêndice B) e com as alunas (Apêndice C), os termos de consentimento livre esclarecido que foram assinados por todas as participantes da pesquisa (Apêndices D e E) e a carta de anuência e autorização para a pesquisa que foi assinada pela coordenadora do curso etnografado (Apêndice F).

3.1 Mapeamento dos cursos de capacitação de doulas

Iniciamos o mapeamento dos cursos utilizando o recurso de “busca simples” do *Google*²⁹ com os termos “formação”, “de” e “doulas” (todas estas palavras, sem aspas). A

²⁹ Data de acesso: 26/08/2016

busca retornou “aproximadamente 114.000 resultados”, um número bastante expressivo de ocorrências, que nos pareceu praticamente impossível de ser analisado na íntegra. Após uma breve análise das primeiras cinquenta ocorrências, verificamos que muitas eram referentes à *sites* institucionais de grupos ou associações de doulas e/ou de apoio à “humanização do parto” no Brasil e em Portugal; outras eram de reportagens cujas manchetes diziam, por exemplo, “Doulas dão conforto a gestantes, mas médicos reclamam que elas interferem nos partos”³⁰, “Entenda qual é o papel da doula: Conheça a importância do trabalho destas mulheres que ajudam a transformar a experiência do parto em um momento ainda mais especial e tranquilo”³¹, “Na onda do parto humanizado, curso ensina doulas a respeitarem limite da mulher”³²; ou então traziam notícias (muitas delas antigas) que anunciavam a abertura de inscrições em cursos de formação de doulas “comunitárias” ou “voluntárias”. Encontramos também dois artigos científicos³³ que estão na biblioteca eletrônica SciELO e um Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul³⁴. No que diz respeito ao objeto desta pesquisa, localizamos alguns *sites* de cursos de capacitação de doulas, mas, como eles apresentavam-se dispersos em meio a tanta informação – o que dificultaria, e muito, o seu mapeamento –, realizamos uma nova busca.

Na busca seguinte, utilizamos, na “pesquisa avançada”, o termo “formação de doulas” (esta expressão ou frase exata). Em seguida, limitamos os resultados para a região “Brasil”. Esta busca retornou “aproximadamente 13.700 resultados” – bem mais animador, é verdade, mas, ainda assim, difícil de ser analisado na sua totalidade, principalmente, pelo caráter “dinâmico” das atualizações na base de dados do *Google*.

Na apreciação das primeiras 100 ocorrências³⁵, localizamos dezoito cursos de capacitação de doulas que são oferecidos por grupos e/ou empresas³⁶ de apoio à

³⁰ <http://oglobo.globo.com/sociedade/doulas-dao-conforto-gestantes-mas-medicos-reclamam-que-elas-interferem-nos-partos-15600127#ixzz4IYwWEsHw>

³¹ <http://mdemulher.abril.com.br/familia/bebe/entenda-o-que-e-uma-doula>

³² <http://www.campograndenews.com.br/lado-b/faz-bem/na-onda-do-parto-humanizado-curso-ensina-doulas-a-respeitarem-limite-da-mulher>

³³ SILVA, R. M. et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.10: 2783-2794, 2012; SOUZA, K. R. F.; DIAS, M. D. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 4: 493-499, 2010.

³⁴ LUQUE, M. N. Capacitação de doulas: um estudo de desenvolvimento. Trabalho de conclusão de curso. Graduação em Enfermagem, UFRS. Porto Alegre, 2009.

³⁵ Verificamos que, aproximadamente, a partir da 70ª ocorrência não apareceram novos cursos. Assim, resolvemos limitar este mapeamento aos 100 primeiros resultados.

“humanização do parto” no Brasil. Além desses cursos, verificamos que algumas instituições de ensino de nível médio/profissionalizante (1) e de nível superior (7 públicas e 3 privadas) oferecem cursos de forma eventual/espórádica. As instituições de ensino públicas realizam esses cursos para a formação de doulas “comunitárias” ou “voluntárias” em parceria com alguns grupos de apoio à “humanização do parto”, com maternidades e/ou com as Secretarias de Saúde de estados e municípios. Encontramos também três iniciativas de entidades filantrópicas da área da saúde que ofereceram recentemente em seus hospitais cursos para a capacitação de “doulas voluntárias” (Apêndice G).

Os dados nos mostram que os cursos acontecem nas cinco regiões do país, mas, aparentemente, não em todos os estados (não localizamos cursos no Espírito Santo, Alagoas, Sergipe, Piauí, Tocantins, Amapá, Roraima e Acre). A região Sudeste, alavancada pelo estado de São Paulo, concentra o maior número de cursos, com dezesseis opções, seguida pelas regiões Sul e Centro-Oeste. No outro extremo estão as regiões Nordeste e Norte, tendo esta última apenas três opções de cursos. Verificamos também que alguns grupos realizam cursos em diversos estados do país, a partir da parceria estabelecida com outros grupos e/ou com profissionais locais ligados à “humanização do parto”. Esse caráter itinerante possibilita a difusão de metodologias, conceitos e práticas relativas ao processo de formação de doulas para regiões distintas daquelas de origem.

3.2 Cursos de capacitação de doulas

A partir do mapeamento, localizamos trinta e dois cursos de capacitação de doulas, dos quais dezoito eram oferecidos por de “grupos de apoio”, onze, por instituições de ensino, e três, por entidades filantrópicas. No entanto, apenas treze destes cursos apresentavam em seus *sites* informações mais detalhadas sobre as propostas de capacitação. Como esses treze cursos diferem entre si no que diz respeito à criação/constituição, apresentamos, a seguir, um resumo da história de fundação e/ou da biografia das coordenadoras³⁷ de cada um desses

³⁶ Diversos grupos, a partir do momento em que diversificaram o rol de produtos e serviços e passaram a comercializá-los, acabaram por seguir um caminho de formalização de suas atividades, passando a constituir-se como empresas. Manteremos, neste trabalho, o uso da expressão “grupos de apoio” ou apenas “grupos” como referência a essas empresas.

³⁷ Em alguns casos, foi necessário recorrer a fontes complementares (outros *sites*) para obter maiores informações sobre os grupos de apoio e/ou sobre as biografias das coordenadoras dos cursos.

cursos separadamente. Na sequência, apresentaremos as características gerais dos cursos, conforme divulgado nos *sites* e relatado por cinco coordenadoras de cursos que nos concederam entrevista. Os cursos que compõem esta análise são:

- a) Curso Nacional de Capacitação de Doulas da ANDO/Instituto Aurora** (Rio de Janeiro, RJ), coordenado por Maria de Lourdes da Silva Teixeira, ou Fadyinha, como é conhecida. Fadyinha é doula desde 1978, certificada pela *Doulas of North América* (DONA) no início dos anos 2000. Coordena o Instituto Aurora, instituto que surgiu em 1977 como uma comunidade, precursora de diversas terapias naturais praticadas hoje em dia no Brasil, cuja proposta filosófica estava “voltada para o desenvolvimento do ser humano no seu mais alto grau, isto é, a harmonia com o divino, com a natureza, com a humanidade e com o ser interior”. Fadyinha é pioneira no trabalho de doula no Brasil, introduziu a técnica da Shantala (massagem indiana para bebês) e desenvolveu um método próprio de *Yoga* (trabalho corporal-respiratório) que, acompanhado "de toda a parte informativa", prepara “casais grávidos”. Já teve mais de treze mil alunas e acompanhou centenas de partos. Em seu trabalho de assistência às mulheres durante o trabalho de parto, utiliza "técnicas do *yoga*, respiração, cromoterapia, do-in, moxabustão, musicoterapia, hidroterapia, florais, fitoterapia e outras técnicas não farmacológicas que se fizerem necessárias no momento". Fadyinha é membro fundadora da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) e da Associação Nacional de Doulas (ANDO). Criou, em 1999, a primeira lista de discussão na internet sobre “Parto Natural” e, em 2003, escreveu e publicou o primeiro livro sobre doulas no Brasil, *A Doula no Parto*. Além do curso de capacitação de doulas, Fadyinha oferece, pela ANDO, o “Módulo Avançado” para doulas já capacitadas e, pelo Instituto Aurora, cursos, seminários e palestras diversas para mulheres gestantes, puérperas e seus acompanhantes.
- b) Curso de Capacitação de Doulas da Escola de Doulas da ANDO** (Campinas, SP), coordenado por Lucía Stajano Caldeyro e Neusa Berlese Oliveira Jones (Zeza Jones), acontece desde 2003, tendo capacitado, desde então, mais de 2000 doulas. Lucía, mãe de quatro filhos, sendo dois nascidos de “parto normal” e dois de “parto natural hospitalar”, é pedagoga, psicodramatista, educadora perinatal e doula; é membro da

ReHuNa e coordenadora de cursos de capacitação de doulas “autônomas” e “voluntárias” em parceria com Ministério da Saúde e Secretarias municipais e estaduais de saúde. Zeza Jones, mãe de dois filhos nascidos de “parto normal/natural” e avó de dois netos, é enfermeira obstetra e doula. Ambas foram certificadas pela associação norte americana no início dos anos 2000 e são membro fundadoras, ao lado da Fadyinha, da ANDO em 2003. Além do curso de capacitação de doulas, a Escola de Doulas da ANDO oferece cursos “Práticos Avançados” e “Consultorias Profissionalizantes” para doulas e educadoras perinatais já capacitadas.

- c) **Curso de Formação de Doulas do Grupo de Apoio à Maternidade Ativa - GAMA** (São Paulo, SP), coordenado por Angelina Pita e Ana Cristina Duarte. Angelina Pita é psicóloga, doula e educadora perinatal; já trabalhou na iniciativa privada como coordenadora de projetos de treinamento, marketing e atendimento ao cliente, mas, atualmente, dedica-se ao estudo da psicologia da gravidez, parto, puerpério e maternidade. Ana Cristina Duarte é obstetriz e educadora perinatal; após o nascimento de seus dois filhos, a primeira nascida de uma “cesárea desnecessária” e o segundo de um parto normal “que representou um resgate de sua condição feminina”, começou a buscar mais informações sobre “um novo modelo de obstetrícia centrada na mulher”. Em 2001, Angelina e Ana Cristina criaram o *site* Amigas do Parto, cujo objetivo era “oferecer informação de qualidade a gestantes e profissionais da assistência obstétrica”, e, em 2002, fundaram o *site* Doulas do Brasil, com o propósito de difundir o trabalho das doulas por todo o país. O GAMA apresenta como "missão" "promover uma atitude positiva, ativa e consciente em relação à maternidade". Além do curso de formação de doulas, o grupo oferece cursos, produtos e serviços para mulheres gestantes, mães e “casais grávidos”; e, para profissionais, oferece diversos cursos, como o de “Educadora Perinatal”, de “Parteria Baseada em Evidências” e o de “Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério”.
- d) **Formação de Doulas do Despertar do Parto** (Ribeirão Preto, SP), coordenado por Eleonora de Moraes. Eleonora é psicóloga, doula capacitada pela ANDO, educadora perinatal e instrutora de *yoga*. Fundou a empresa Despertar do Parto em 2004 a partir das suas vivências com a

gestação, parto e amamentação de seus três filhos: um nascido de “parto vaginal hospitalar”, outro de uma “cesárea eletiva” e o último de um “parto natural”, que a “possibilitaram experimentar os diversos gostos e desgostos que um parto pode trazer”. De acordo com Eleonora as “dores e dificuldades no parto teriam um sentido a ser revelado. [...] O parto é sem dúvida uma oportunidade ímpar de nos desenvolvermos por inteiro e carregamos por todo o sempre, mães e filhos, a grandeza embebida neste processo”. Desde então, Eleonora passou a atender mulheres gestantes e casais na preparação e acompanhamento de partos hospitalares e domiciliares. Atualmente, a empresa oferece diversas atividades, como “Yoga para gestante”, cursos de “Preparação para o Parto” e de “Cuidados com o Bebê”, curso “Maternidade e Vida Profissional” e workshops sobre “Educação da Criança” e “Introdução Alimentar”. A partir da realização dessas atividades, busca “valorizar e promover a transformação pessoal, a preparação para o parto fisiológico e a maternidade consciente”. A empresa Despertar do Parto apresenta como objetivo principal “promover a valorização e a transformação da mulher no processo da maternidade”, e como “missão” “apoiar as mulheres e profissionais ligados à assistência ao parto, no resgate de sua essência, confiança e sabedoria, auxiliando na construção de uma sociedade mais humana e amorosa, gerando prosperidade material e desenvolvimento pleno para seus colaboradores e acionistas”.

- e) **Formação *online* e presencial Doula Parto do Instituto Internacional Ser&Saber Consciente/Amigas do Parto** (Porto Alegre, RS), fundado por Adriana Tanese Nogueira, que vive nos EUA desde 2006, e coordenado por Débora Ortola. Adriana é psicanalista, educadora perinatal, terapeuta transpessoal, life coach e autora de 9 livros sobre “humanização”, entre os quais estão *Guia da doula parto*, *Parto Místico*, *Parto Alquímico*, *A Alma do Parto* e *Como nascemos? Parto humanizado para crianças*. Adriana formou-se em psicanálise e em filosofia em Milão, onde morou a maior parte de sua vida, e atua há mais de quinze anos em projetos relacionados à “humanização do parto e nascimento”: em 2001, co-fundou o *site* amigasdoparto.com.br (grupo que se desfez um ano depois por divergências sobre a forma de entender e promover a humanização); em

2003, fundou a ONG Amigas do Parto e, em 2007, lançou os cursos *online*. Com o objetivo de reformular esses cursos e de “promover de forma mais democrática e acessível um novo paradigma de conhecimento e de aprendizado que não se resume à compilação de informações, mas que resulte da reflexão orgânica e contextualizada, isto quer dizer holística e integral”, fundou, em 2015, o Instituto Internacional Ser&Saber Consciente, e mais recentemente, em 2016, passou a oferecer cursos presenciais. De acordo com Adriana, “Há de unir o SER e o SABER, pois de nada adianta saber sem ser, e ser sem saber. E esta união só faz a diferença quando for CONSCIENTE. Nessa conexão ser-saber, consciência-existência concreta, conhecimento-presença-comportamento se faz a mudança, acontece a evolução” (grifo da autora). O objetivo do instituto é “promover conhecimentos que sejam úteis e façam sentido para o desenvolvimento da personalidade e o autoconhecimento, além da formação e qualificação profissional. Pessoal-e-profissional precisam andar juntos. Terminou o tempo de ser bons profissionais e péssimos seres humanos. Faz parte do novo paradigma, sobretudo em humanização, de saber-se questionar e crescer tanto profissional como pessoalmente”. Além dos cursos sobre “humanização”, o instituto também oferece outros cursos na área de humanas e de psicologia.

- f) Curso de Formação de Doula e Educadora Perinatal da Matriusca** (Brasília, DF), coordenado por Marilda de Castro. Marilda formou-se em Serviço Social e atuou por 28 anos na Saúde Pública/Ministério da Saúde. Fundou a Associação de Doulas do Distrito Federal (ADDF). É coautora de diversos projetos para a formação de doulas e educadoras perinatais no SUS. Atualmente, atua como doula e educadora perinatal, *coach*, facilitadora de *Biodanza*, coordenadora de cursos de formação de doulas e educadoras perinatais e consultora da empresa Matriusca, “uma empresa, criada por mulheres – Doulas – para desenvolver, criar e apoiar serviços e projetos, que promovam o bem-estar das mulheres em todos os ciclos de vida, com ênfase no ciclo gravídico-puerperal”. Além do curso de formação de doulas, a Matriusca oferece cursos e serviços para mulheres gestantes e acompanhantes; e, para doulas, oferece os cursos de “Doula Pós-Parto” e o “Multiplicadoulas”, que tem como objetivo capacitar doulas já formadas

para atuar como “educadora de doulas”, isto é, formar outras mulheres na profissão de doula.

- g) Curso *online* e presencial de formação de Doulas Gestação e Parto do Cais da Luz, Cais do Parto e Doulas na Tradição** (Recife, PE), coordenado por Marla Carvalho Neves. Marla apresenta-se como “mãe, aprendiz de parteira na tradição, Doula holística na tradição, Curandeira Xamã, Mestre em *Reiki*, auriculoterapeuta, *Magnifead Healing*, Leitora de Aura, Juremeira, Rezadeira, Coordenadora Nacional da formação de Doulas na Tradição, Socióloga”. De acordo com as informações apresentadas, o grupo apresenta como “missão” “a prestação de serviç os EAD [ensino   distância] Semi-Presencial no Brasil e internacionalmente, difundindo conceitos e práticas de assistência e cuidado   gestação, parto e pós-parto, referenciados em práticas naturais e ancestrais, respeitando a natureza, a sua sabedoria e o Sagrado Feminino”. Além do curso de doulas, desde 2015, o grupo oferece para as aprendizes “As Vivências de Espiritualidade”, “uma experiência significativa num círculo com parteiras e doulas, vivenciando aspectos que inter-relacionam espiritualidade e autoconhecimento”, e o “Doular”, “grupo de acompanhamento e orientação pedagógica com intuito de gerar suporte para as novas doulas tirarem suas d vidas, interagirem e terem contatos diretos com as parteiras”. O grupo relata que já formou cerca de oitocentas mulheres, no Brasil e na América Latina, capacitadas para atuar na assistência   gestação, parto e pós-parto e que, com o recurso da tecnologia,   possível “atingir um conjunto maior de pessoas com a transmissão de conhecimentos teóricos online”.
- h) Formação de Doulas – Módulo I: Parto, do Mulheres Empoderadas Revelando Doulas** (Interior de São Paulo), coordenado por Gisele Leal. Gisele   bióloga, doula, ativista pela “humanização do parto e nascimento”, idealizadora e coordenadora do Espaço Mulheres Empoderadas – espaç o no qual, desde 2014, são realizados cursos para doulas e profissionais de obstetrícia que querem “fazer parte da nova geração de profissionais que mudaram seu olhar sobre a gestação, parto e maternidade” e estar “  frente das mudanç as que já estão acontecendo”, cursos para mulheres gestantes e mães “que procuram se conscientizar sobre todo processo de gestar, parir e maternar”, e grupos de apoio, que são apresentados como “a atividade

perfeita para você que busca informação para iniciar ou facilitar seu processo de empoderamento”. Gisele também é idealizadora e coordenadora do curso de “imersão” para formação de doulas e do *site* Quero uma Doula. Além disso, Gisele escreve para “o maior portal de maternidade ativa na internet, o Vila Mamífera”, iniciou o curso de obstetrícia na USP, faz pós-graduação em acupuntura e é mãe de quatro filhos. Gisele relata que na sua terceira gestação ficou “inconformada” com a possibilidade de ter que fazer outra cesárea (os outros dois filhos nasceram “de prováveis cesáreas desnecessárias”), buscou informações, se “preparou”, se “empoderou” e teve sua filha “de um parto natural maravilhoso após 2 cesáreas, 42 horas de bolsa rota, com parteira e doula num hospital em São Paulo”. A partir dessa experiência, ela escreveu um livro e publicou o *blog* Mulheres Empoderadas, deixou a carreira de gerente de qualidade, fez curso de capacitação de doulas na Escola de Doulas ANDO/Campinas e, em 2011, começou a atuar como doula em São Paulo, Campinas e Sorocaba. Desde então, está ligada ao “movimento de humanização”, elaborando projetos para serem implementados no SUS e coordenando encontros voltados à “humanização do parto e nascimento”. O Espaço Mulheres Empoderadas apresenta como “missão” “receber, apoiar, informar e auxiliar o processo de empoderamento de mulheres, casais e profissionais da assistência ao ciclo gravídico e puerperal através de informação de qualidade, baseada em evidências científicas atualizadas, possibilitando escolhas conscientes e informadas no que tange a gestação, parto, nascimento e maternidade”.

- i) Curso de Formação de Doulas da Unimaterna (Londrina, PR).** A Unimaterna é apresentada como “uma iniciativa de mulheres, profissionais e muitas delas mães, com o desejo de colaborar com a formação, capacitação e atualização de profissionais quanto ao atendimento humanizado, especialmente na área materno-infantil”, cujo objetivo é “promover cursos livres em diversas áreas do conhecimento, favorecendo o aprimoramento profissional baseado em evidências científicas e na prática atualizada e humanizada, a aquisição e o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes coerentes com a atenção à mulher e à criança”. O curso de formação de doulas é coordenado por Marília Mercer,

mãe de três filhos, doula capacitada pela Amigas do Parto em 2010, técnica em radiologia e graduanda em Enfermagem. Marília relata que “em 2008, após o nascimento de seu segundo filho em um parto com muitas intervenções, passou a questionar e pesquisar sobre a humanização do parto e sobre a criação com apego”. A partir de então, ela coordenou, em 2009, o Gesta Londrina, grupo de apoio à mulher gestante e ao “parto ativo e humanizado”, e fundou o grupo Doulas em Londrina, que oferece oficinas, cursos e serviços de acompanhamento para mulheres durante o período gravídico-puerperal. Marília faz parte do conselho municipal da mulher da cidade de Londrina.

- j) Curso de Formação de Doulas da Gerando** (Juiz de fora, MG), coordenado por Carolina Duarte, que se apresenta como “Mãe da Joana e do Guido”, psicóloga e doula. Carolina estudou dança contemporânea, *Gestalt-Terapia*, Terapia de Família, Terapia Comunitária e Método *Aletheia*. Atualmente, é doutoranda em Ciência da Religião pela Universidade Federal de Juiz de Fora com o tema Espiritualidade do Cuidado. Carolina fundou, em 2003, no Rio de Janeiro, o Gerando, grupo de apoio que tinha como proposta ser “um espaço onde as mulheres, gestantes e mães pudessem se expressar de acordo com o que sentiam e buscar suas próprias verdades, sua maneira de cuidar e amar seu filho. Um lugar onde cada verdade pudesse ser valorizada e ao mesmo tempo ampliada, através das trocas, dos grupos, dos afetos”. Ela relata que, após o nascimento do seu segundo filho, “o amor e a gratidão que eu senti pela minha doula (Diana Hirsch) foi tão intenso, a presença dela foi tão importante para que eu conseguisse me encontrar e parir, que eu decidi que queria fazer isso para outras mulheres, como forma de gratidão e devoção. Foi isso que eu fiz”. Mudou-se, em 2010, para Juiz de Fora, onde manteve os encontros semanais e quinzenais para mulheres gestantes, mães com bebês e “casais grávidos” como “um espaço para os que gostariam de mudar o mundo e sabem que para isso precisamos mudar a nós mesmos. É um espaço de acolhimento individual e coletivo, focado no início da vida. Cura sutil a partir de novas ideias, de troca de experiências, de contemplação e de ação”. Para Carolina, atualmente, o Gerando “colhe os frutos oriundos de muito trabalho olhando no olho, sentindo fundo cada

história, colocando muita gente no colo, aplaudindo muito as revoluções de cada família, de cada mulher, de cada nova pessoa que a gente viu nascer. Este trabalho, que eu costumo chamar de sacro ofício, é o que me faz ter esperança na vida!”.

- k) Curso de Formação de Doulas do Núcleo Catarinense de Formação de Doulas** (Florianópolis, SC). Este é único grupo cujo *site* não apresenta nenhuma informação sobre a história do Núcleo, nem sobre a coordenação do curso de formação de doulas. De acordo com as informações no *site*, o último curso de formação oferecido pelo grupo, que aconteceu entre os dias 26 de outubro e 11 de novembro de 2016, foi realizado em parceria com a Escola Técnica Geração, de Florianópolis. A Escola Técnica Geração oferece cursos nas áreas de Administração, Logística, Segurança do Trabalho, Enfermagem, Nutrição, Massoterapia, entre outros.
- l) Formação de Doulas – A Arte do Nascimento da UNIPAZ** (Curitiba, PR). A UNIPAZ Paraná é um “centro de educação e terapias integradas” que faz parte da Rede Internacional UNIPAZ – Universidade Internacional da Paz/Universidade Holística Internacional. Idealizada em Paris por Pierre Weil (psicólogo, educador e escritor francês), Monique Thoenig (psicóloga francesa fundadora da Universidade Holística de Paris, pioneira na formação em psicologia transpessoal) e Jean-Yves Leloup (escritor e padre dominicano, doutor em Psicologia, Filosofia e Teologia), a UNIPAZ foi fundada em Brasília no final dos anos 1980. Atualmente, tem unidades no Brasil, Argentina, França e Portugal. Cada unidade da Rede possui uma programação local de cursos, programas, projetos e atividades em diversas áreas (saúde, educação, meio-ambiente e organizações), que buscam atender as demandas específicas de cada região. A UNIPAZ apresenta como “missão” “facilitar a mudança do paradigma em vigor, a visão do mundo que nos define e orienta”, difundindo uma “Cultura de Paz a partir do Paradigma Transdisciplinar Holístico”. Sua sede em Curitiba oferece o curso de formação de doulas, que é coordenado por Janete Aurea Duprat, *biosinergista, life coaching*, especialista em psicologia transpessoal, terapeuta *Ayurveda* e diretora acadêmica da UNIPAZ Paraná. Esse curso integra a “Escola Inciática do Feminino”, “um espaço destinado às mulheres contemporâneas para o resgate de valores e conhecimentos

ancestrais, seu poder e sua essência reveladas e integradas aos aspectos simples do dia a dia”. Além de coordenar esse curso, Janete é professora no curso de formação para instrutores de *Yoga* e facilitadora da “Jornada de Cura para Mulheres - Ciranda de Gaia”³⁸.

m) Curso de Formação de Doulas do Grupo Zan (Santos, SP). O Grupo Zán, Grupo de Apoio à Gestação e Parto Humanizado, foi fundado por Ana Zanchetta (enfermeira obstetra, educadora perinatal e consultora em amamentação. Fez os cursos de Formação de Doula, Capacitação em Parto Domiciliar e de Emergências Obstétricas no GAMA em 2014), Pamela Bomtempo (fisioterapeuta, doula e educadora perinatal) e Wanici Bueno (doula e podóloga). Segundo informações no *site*, essas mulheres, “unidas pela mesma visão em humanização e excelência na qualidade de atendimento ao próximo, decidiram criar um espaço de convivência e acolhimento dedicado às gestantes e suas famílias, dando suporte e levando informações baseadas em evidências científicas sobre a gestação, trabalho de parto, nascimento, amamentação e pós-parto, fazendo desta mulher e seu bebê os verdadeiros protagonistas deste momento mágico e inesquecível”. A “filosofia” do grupo é “promover o equilíbrio da saúde emocional, mental, física e espiritual do ser humano”.

3.3 Características gerais dos cursos de formação de doulas

3.3.1 Como a “doula” é descrita

Nas propostas analisadas, nem sempre é possível encontrar alguma definição do que é “doula”, levando-nos a pensar que este tipo de informação talvez não seja necessário para

³⁸ De acordo com as informações fornecidas no *site*, a Jornada de Cura para Mulheres "São quatro etapas vivenciais de um trabalho forte e delicado [...]. Durante o processo, a mulher entra em contato com o empoderamento do Feminino, reconhece seus instrumentos de cura, os objetos de poder. Todos os ciclos incluem Ritos de Passagem, vivências fortes que facilitam o processo de compreensão e profunda mudança através da mente, corpo e coração. As vivências são cuidadosamente estudadas e aplicadas de forma a gerar a oportunidade da transformação real que acontece de dentro para fora. Olhar para as feridas, escutar os anseios da alma e reaprender a viver a dança cíclica do Feminino. [...]."

quem busca um curso de capacitação. No entanto, a “doula” é apresentada em algumas propostas, mas, a forma como isso se dá, varia: em algumas, a “doula” é apresentada de forma bastante objetiva a partir das suas funções e dos benefícios da sua presença, sempre respaldadas pelas “evidências científicas” e/ou pelo reconhecimento e recomendação de instituições nacionais e internacionais; em outras, essa apresentação é feita a partir de uma narrativa que nos chama a atenção.

Nestas propostas, via de regra, são contadas histórias curtas, cujas origens estariam num passado distante e impreciso – elas começam com um “Antigamente” ou “Desde os primórdios da humanidade” ou “Esta ocupação tem uma história antiga” – e fazem referência a conhecimentos e práticas “tradicionais” – uma “sabedoria feminina” – a partir das quais as mulheres “experientes” auxiliavam outras mulheres no nascimento de seus filhos e, após o parto, ajudavam nas tarefas domésticas e nos cuidados com o recém-nascido.

Essas histórias, na forma como são contadas, dão um salto até o período em que ocorre a “medicalização” ou a “hospitalização” dos partos, e o conseqüente isolamento da parturiente e a perda do apoio oferecido por aquelas mulheres “experientes”. Essa privação, associada a uma assistência hospitalar “fria”, “impessoal” e “especializada”, aparece, por vezes, como produtora de ansiedade, medo e dor, que poderiam ocasionar “complicações obstétricas” e, assim, aumentar a necessidade de maiores intervenções. Cabe ressaltar que esta “especialização” diz respeito à definição de papéis de cada integrante da equipe assistente, mas refere-se, sobretudo, às “funções técnicas” que cada um desempenha – funções estas que não contemplam o cuidado com o “bem-estar” físico e emocional da mulher no momento do parto. O parto, por sua vez, aparece como um momento “único”, “íntimo”, de “grande vulnerabilidade” e de “intensa transformação” para a mulher; um momento “significativo”, que possui “elevada carga emocional e afetiva”, e que acarreta “profundas repercussões futuras”.

É nesse panorama que a “doula” (re)aparece. A “doula” surge como aquela que está encarregada de preencher a lacuna aberta com a especialização da assistência, ao “suprir a demanda por emoção e afeto” no momento do parto. A figura da doula surge, ou “ressurge”, então, como parte de um processo de integração entre conhecimentos e práticas “tradicionais” e “progressos científicos” contemporâneos, como é possível observar nas seguintes passagens: “Um novo papel, com profundas raízes em práticas tradicionais” (ANDO/Instituto Aurora); “É o resgate de uma prática existente antes da institucionalização e medicalização da assistência ao parto, e que passa a ser incentivada agora com respaldo científico” (Despertar do Parto); “Doula é suporte contínuo baseado em evidências científicas” (UNIPAZ).

Apesar das variações na forma como a “doula” é apresentada, não é difícil perceber que certas passagens – como a frase “doula vem do grego ‘mulher que serve’” e até períodos inteiros – aparecem *ipsis litteris* em diferentes propostas. Um ponto interessante a destacar é essa ideia da “mulher que serve”. Em um vídeo publicado pelo grupo Mulheres Empoderadas Revelando Doulas, a coordenadora do curso faz uma distinção entre “ajudar” e “servir”:

Tem muita diferença entre servir e ajudar, sabe. Quando eu quero ajudar, eu estou fazendo uma coisa porque eu estou fazendo para outra pessoa; então, eu estou ajudando. Quando eu estou servindo, não; eu estou à serviço dela, à disposição dela; então, ela me comanda, ela me diz o que ela precisa de mim, e eu faço aquilo que ela precisa, o que ela pede, no que eu vou ser útil para ela. Então, é essa que é a diferença. Isso aí é ser doula. Na expressão mais pura, eu acho. (MULHERES EMPODERADAS)

Mas, atualmente, o papel da doula, de acordo com as propostas, vai além de “servir”. Mesmo sem experiência técnica na área da saúde – e, talvez, por esse motivo –, a doula é a pessoa que se capacita para oferecer suporte informativo e apoio físico e emocional para as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

O suporte informativo constitui-se de orientações sobre “o que esperar do parto e pós-parto” e explicações e esclarecimentos de termos médicos e procedimentos hospitalares rotineiros. Dessa forma, a doula atuaria como mediadora entre a equipe assistente e a mulher e sua família. Contudo, de acordo com Carolina, esse trabalho de informar a mulher deve ser anterior ao momento do parto, pois a doula não pode (ou não deve) discutir os procedimentos ou questionar as decisões da equipe assistente.

O parto, no meu entendimento, é uma celebração. Você está ali para receber um bebê. É uma celebração, é um momento especial, importante e que tem que estar o mais respeitoso possível, com privacidade, tranquilidade, serenidade e tal. E aí, você vai ficar discutindo e brigando? Não tem nem ferramentas para brigar, entendeu, porque eles têm todas as ferramentas. Eles falam “quem manda aqui sou eu e ponto, acabou”. Bota você para fora e ainda complica a vida de todas as outras doulas [...]. É por isso que a gente faz o plano de parto, faz tudo. Então, é por isso que o meu trabalho de educadora perinatal, que é esse de fazer o trabalho com a gestante nos cursos e nas palestras abertas e gratuitas, é o trabalho de conscientização [...]. É justamente despertar a consciência e a pessoa saber o que que ela está fazendo ali. (CAROLINA)

O apoio físico abarcaria massagens, relaxamentos, técnicas de respiração, banhos e sugestões de posições e movimentos, que auxiliam o “progresso” do trabalho de parto e a diminuição do desconforto e da dor. Já o apoio emocional consistiria em “presença contínua”, carinho, “palavras de reafirmação” para promover encorajamento, e manutenção de um “ambiente tranquilo e acolhedor, com silêncio e privacidade”. Conforme relatado por Cíntia,

esse apoio emocional pode acontecer tanto durante o trabalho de parto, quanto no período que antecede o parto, isto é, ao longo do período de “preparação para o parto”.

O suporte emocional é na medida em que durante a gravidez vão surgir muitas dúvidas, muitos medos por parte da gestante. Dependendo do nível de segurança que ela tenha, ela vai, talvez, em muitos momentos, repensar aquilo que ela queria, se ela realmente quer um parto normal, um parto natural, se tem coragem. Então, o suporte emocional é nesse sentido que a doula vai dar. Ela vai encorajar essa mulher, ela vai levar informações de qualidade, baseada em evidências científicas. É para encorajar essa mulher a não desistir e também a buscar informações. Isso vai ajudar essa mulher a reconhecer algumas coisas da equipe que talvez não estejam indo bem ao encontro do que ela busca, né? (CÍNTIA)

Cabe ressaltar, no entanto, a distinção feita por duas coordenadoras entre “apoio emocional” e “apoio psicológico”

A gente não faz terapia de pesquisar a história com a mãe, com o pai ou com o irmão... a gente propicia aquilo que a gente pode propiciar como doula: estar junto com a pessoa e confiar que vai nascer. Então, a gente fica junto de várias formas, sem fazer terapia, mas é um apoio terapêutico de alguma forma... fica junto, e dentro da pessoa vai acontecendo, na maioria das vezes, sozinho. Não é uma psicoterapia. É um suporte emocional que a gente faz no parto e aqui também, no grupo de preparação. (CECÍLIA)

A doula é uma mulher que acompanha o parto de outra mulher e dá apoio físico e emocional. Não dá apoio psicológico. É apoio físico e emocional. Apoio afetivo, dá alguém da família que tenha essa ligação afetiva com ela; e o apoio psicológico, é uma psicóloga que dá, se lá no serviço tiver, e que não precisa estar no momento do parto. No momento do parto, é a equipe e a doula [...]. No momento em que ela está no trabalho de parto, não é tarefa da doula pensar “você está triste assim... seu filho não está nascendo porque...”. Não, a gente não trabalha nisso. Qual é o apoio que a gente dá? A gente fica o máximo em silêncio para observar essa mulher e ver o que ela precisa naquele momento para passar por aquela situação que está acontecendo ali. A gente não ativa o córtex dela. Não ativa a parte pensante dela. A gente ativa o sentimento dela. Isso é dar apoio emocional. Ela entra num estado alterado de consciência e nós precisamos perceber isso e não querer trazê-la de volta para o estado de consciência, entendeu? “O que que aconteceu?”, “O que houve?” e tal... a gente não trabalha assim. Eu não tenho nada a ver com o que aconteceu com a mulher. Não é da minha responsabilidade, não é da minha alçada. Eu estou ali naquele momento para seguir o caminho que ela escolheu. Se chegar no meio do trabalho de parto e a mulher falar “eu não quero mais, eu quero uma cesárea”, eu não vou falar “mas pensa bem o que aconteceu na sua vida”. Nós vamos conversar? Sim. Nós fizemos o plano de parto, nós tivemos conversas antes de chegar ali. A gente relembra algumas coisas que ela queria, porque ela está num estado alterado de consciência. Agora, eu não vou falar qualquer bobagem para a mulher. Nós estamos lá para seguir o caminho que ela trilhou até ali, e dali ver para onde ela vai [...]. Mas a gente fala baixinho, no ouvido dela para ninguém ouvir, muito calmamente. (CRISTINA)

E, nesse sentido, à medida em que a doula orienta, informa, prepara, acompanha, observa, aconselha, massageia, conforta, acaricia, cuida, encoraja, tranquiliza, acolhe e/ou

apoia – ações que aparecem nas propostas relacionadas com as funções da “doula” –, ela passa a representar “um sinal de humanização” (Gerando), “um instrumento humanizador” (Doulas na Tradição) ou uma “contribuição efetiva à humanização da assistência ao Parto!!” (Escola de Doulas ANDO Campinas).

3.3.2 Objetivos dos cursos de capacitação

De modo geral, os cursos têm como principal objetivo capacitar doulas (chamadas por alguns grupos de “acompanhantes de parto”) aptas a “acompanhar” as mulheres³⁹ durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Os períodos tanto da gestação quanto do puerpério (pós-parto tardio) não são citados como parte do escopo de oito dos treze cursos analisados. Mas isso não significa que estes períodos não façam parte do campo de atuação das doulas. O que acontece é que esses grupos, cujos cursos são limitados ao período que circunscreve o parto, oferecem também outros cursos de formação, complementares, para “Educadora Perinatal” e/ou para “Doula Pós-Parto”.

Um ponto interessante é que os objetivos dos cursos de capacitação de doulas, na maneira como foram construídos em seis propostas, apresentam um formato, uma configuração, comum. Eles são formados por basicamente três partes: a primeira seria o objetivo principal do curso (“Formar acompanhantes de parto capacitadas a acompanhar parturientes em qualquer estágio do trabalho de parto”); a segunda parte mostra como se daria esse “acompanhamento” (“proporcionando conforto físico, apoio emocional e suporte cognitivo durante o trabalho de parto, parto e imediato pós-parto”); e a terceira parte indica que o objetivo principal não possui um fim em si mesmo, isto é, ele é sucedido de objetivos secundários que exprimem uma ideia de progressão do “acompanhamento” feito por doulas capacitadas (“contribuindo para a qualidade da vivência da parturiente e para o positivo desenvolvimento dos vínculos familiares”). Os outros objetivos secundários citados são: favorecer “uma experiência de parto positiva e integradora”; proporcionar “à mulher uma experiência de parto a mais positiva possível”; oferecer “conforto, encorajamento, tranquilidade e carinho junto aos desafios da maternidade”; contribuir “na qualidade da

³⁹ Observamos que um dos cursos coloca como “alvo” da atuação da doula a “dupla mãe-bebê” e que outros cursos estendem essa atuação para companheiros, familiares e acompanhantes da mulher.

vivência do nascimento e no desenvolvimento de vínculos familiares”; e facilitar “o empoderamento destas/destes na decisão do local e forma de parir”.

Além desses objetivos, os cursos também se propõem a: “oferecer uma formação que eleve a seriedade e o profissionalismo desta ocupação que fortemente vem crescendo em todo país”, “desenvolver habilidades em mulheres para atuarem como Doulas e Educadoras Perinatais nos diversos locais de parto”, e “rever conceitos e práticas do gestar, parir e nascer bem, como primeiro direito de cidadania e precursor de uma sociedade saudável”.

3.3.3 Público-alvo: perfil e motivação

Os cursos de capacitação de doulas oferecidos por estes grupos destinam-se, a princípio, a todas as pessoas maiores de dezoito anos que estão “ligadas direta ou indiretamente à assistência ao ciclo gravídico-puerperal”, assim como a todas aquelas que são “interessadas no nascimento”, que “simpatizam com a humanização do parto”, que “gostam da ideia de poder acompanhar partos” e/ou que “desejam ampliar seus conhecimentos e vivências relacionados à integralidade do nascimento”. Observamos que, além disso, outro ponto de acordo em relação ao público-alvo é a não obrigatoriedade de formação de nível superior – a formação/nível de escolaridade mínima não é informada.

Em termos de atuação profissional, embora muitas propostas afirmem que “não precisa ser necessariamente profissional de saúde”, as categorias profissionais normalmente citadas como público-alvo são: Psicólogas, Enfermeiras (geral, obstétrica e auxiliares), Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Terapeutas Holísticos, Educadoras Perinatais, Agentes Comunitários e Médicas. Além destes, doulas já capacitadas que queiram se “reciclar” e/ou aprofundar seus conhecimentos também aparecem como público-alvo.

De acordo com três coordenadoras entrevistadas, as pessoas pertencentes a esses grupos profissionais buscam, nestes cursos, uma “atualização”, seja para “melhorar a sua atuação” na assistência às mulheres, seja para “entender mais o que é isso [parto humanizado]”. Uma delas relata ainda que essa procura por um “manual” com instruções e ensinamentos sobre “partos humanizados” não está restrito aos cursos de capacitação de doulas.

Eu estive no SIAPARTO [Simpósio Internacional de Assistência ao Parto] agora e vi a crise, assim, dos profissionais; muitos estavam lá querendo um manual de como é que você vai atender partos humanizados [risos]. Então, tem essa motivação também, mas elas chegam aqui e quebram a cara logo no começo, quando elas entendem que não tem nada disso. (CLARICE)

Além da motivação de cunho profissional, de acordo com as coordenadoras, muitas mulheres procuram fazer o curso em razão de suas experiências pessoais no parto.

No início, a gente tinha as mulheres vítimas da violência obstétrica vindo fazer o curso no sentido de elaborar tudo o que elas viveram e de querer ajudar para que outras mulheres não passem por tudo aquilo que elas passaram, né? Muita dor envolvida. (CLARICE)

Tem algumas que vêm porque foram mães, como você, “eu fiz uma cesárea desnecessária e não sabia e queria ajudar minhas amigas nesse processo para não cair na mesma que eu caí”; ou “eu queria um parto normal, o médico falou que sim, e, na última hora, ele falou que o bebê era muito grande, ou que não tinha líquido, ou que era muito pequeno e que tinha muito líquido, ou que estava passado da hora, ou sei lá, qualquer coisa, e aí eu fiquei muito frustrada e foi muito difícil pra mim, e foi por isso”; e tem outras que falam “tive uma experiência maravilhosa, quero que muitas mulheres possam ter essa experiência e estou aqui por isso”. (CECÍLIA)

Contudo, há uma preocupação por parte de duas delas de que a motivação principal seja “um bico de trabalho” e que isso “acabe contaminando o movimento das doulas”.

Eu confio até muito mais quando a pessoa tem uma... se tornou ativista, ou porque passou por uma experiência muito traumática no parto dela ou de alguém da família ou alguém próximo e isso motivou, ou se ela teve uma experiência fantástica e maravilhosa e despertou para isso. Mas, assim, essa questão do dinheiro é uma coisa que me preocupa, das pessoas começarem a... assim, não estão conseguindo outro trabalho e aí vira doula, entendeu? E isso está acontecendo, [...] isso é um problema que está acontecendo muito na rede. (CAROLINA)

A gente tem visto uma demanda crescente, e isso me preocupa, de meninas, assim, recém-formadas em áreas diversas, vendo na possibilidade de fazer um curso de doula como uma profissão, assim, como uma forma de atuar e de ganhar dinheiro e não, necessariamente, ter um envolvimento com a história da humanização. Eu vejo que a gente está entrando nisso, assim, começando a receber essas pessoas. (CLARICE)

Já em relação ao gênero das/dos participantes, embora existam indícios de homens atuando como doulas no Brasil e nos Estados Unidos⁴⁰, a categoria “doulas” ainda se apresenta como um grupo predominantemente feminino. Nesta pesquisa, observamos que não

⁴⁰ Encontramos duas reportagens que podem ser acessadas através dos seguintes links:

<http://noticias.bol.uol.com.br/ultimas-noticias/entretenimento/2015/04/02/homens-encaram-preconceito-para-exercer-profissao-de-doula.htm>

http://mulher.uol.com.br/gravidez-e-filhos/noticias/redacao/2013/12/07/nos-estados-unidos-homens-comecam-a-atuar-como-doula-conheca-historias.htm?fb_action_types=og.recommends

há consenso entre as propostas dos cursos: enquanto alguns destinam-se exclusivamente às mulheres (“Para todas as mulheres que sentem o chamado para atuar no Universo da gestação, parto e pós-parto”, UNIPAZ), outros ressaltam que o curso também está aberto aos homens (“HOMENS também podem fazer o curso e se associar”, GAMA, grifo do autor). Quando indagadas sobre esse aspecto, as coordenadoras afirmaram o seguinte:

Ah, eu acho que não cabe muito não, porque é um papel para mulher mesmo. [...] é um momento muito íntimo da mulher. Agora, ao mesmo tempo que é muito íntimo da mulher, tem enfermeiros participando às vezes na equipe e tem os obstetras homens, né? Aí, então, por esse... mas só que a doula está muito próxima, está fazendo massagem na mulher que está pelada, está abraçando ela quando ela está pelada. Como é que um homem vai... e o marido que está ali do lado... [risos] Como é que um homem vai fazer isso? Acho que fica um pouco demais, né? Eu acho, porque é uma intimidade muito grande nesse momento. Eu acho que... eu acho que não cabe muito para o homem não, pelo menos por enquanto. Se bem que, assim, agora a gente tem uma diversidade tão grande de homens e mulheres que a gente não sabe mais... e, de repente, isso vai se diluir, mas não sei até que ponto e não sei quando, né? (CAROLINA)

Eu mesma já devo ter capacitado uns 4 ou 5. Um, foi um chefe de maternidade, que não queria ser doulo, mas queria implantar na sua maternidade. Então veio ele, a esposa e algumas enfermeiras do hospital dele. Em Brasília, capacitamos um homem que já era parteiro. Ele tinha feito o parto da mulher dele lá na Amazônia[...]. Quem mais... aqui, foi um marido. Não veio a mulher, mas veio o marido. Era um psicanalista e fez mais para se preparar. Ele achava interessante, enquanto psicanalista, esse universo[...]. Eu já estive em um trabalho de parto, a mulher pelada e tinha marido, mas também o amigo muito amigo que, de repente, doulava ela melhor do que o próprio marido. Ele não era doulo, mas o carinho e a massagem era muito mais que o marido. Então a gente vê todos os tipos de famílias. (CECÍLIA)

Você sabe que eu era, assim, não digo radicalmente contra, mas, para mim, era um absurdo essa ideia de homem doula, porque, afinal de contas, é uma prática absolutamente feminina. E como é que um homem vai abraçar uma mulher que está pelada no chuveiro? E como é que fica a relação entre ele e o marido e tal? Depois caiu a ficha de que eu estava sendo absolutamente sexista, machista, e tendo um olhar da mulher como um corpo sexual, né? E só. E aí, eu revi e voltei atrás. Então, a gente abriu; não está no site ainda, mas já tiveram dois homens que me perguntaram [...]. Um deles, o último, foi muito interessante, assim, porque ele já era terapeuta e trabalhava com mulheres, com gestantes, com massagens e tal; ele acompanhou um parto de uma das clientes dele e ficou absolutamente mexido, transformado, e queria atuar... muito bonitinho, assim, muito legal. Eu fiquei louca para que ele viesse, mas ele não veio [risos]. (CLARICE)

[Homens] Não serviriam para fazer o nosso curso, porque no nosso curso nós tratamos de questões das mulheres. Ele não é um curso sexista. Ele é um curso exclusivista. Nós trabalhamos exclusivamente com mulheres. As vivências são todas feitas para as mulheres, é tudo feito para mulher, tá? Para trazer o nosso potencial genético de parir, que existe, está na gente. (CRISTINA)

3.3.4 Propostas dos Cursos: carga horária, conteúdo programático e metodologia

Os cursos de capacitação de doulas analisados apresentam diferenças tanto em relação às cargas horárias, que chegam a variar entre 30 e 144 horas, e que podem acontecer de forma presencial e/ou à distância, quanto em relação às propostas metodológicas, que podem ter uma abordagem teórico-prática que inclui vivências ou não⁴¹.

Os cursos que possuem menor duração (de 30 a 50 horas), normalmente, são presenciais e acontecem ao longo de três a cinco dias consecutivos. Os cursos com maior carga horária (de 80 a 100 horas) acontecem de forma presencial e à distância. Esse período à distância é destinado à realização de trabalhos individuais de elaboração, aprofundamento e reflexão do curso (leitura de bibliografia indicada e desenvolvimento de estudos de caso “pautado em evidência científica”) e/ou para a preparação de relatórios de atividades práticas (acompanhamento de mulheres gestantes e/ou parturientes como doula voluntária e participação em “rodas” de educação perinatal). O curso que possui maior carga horária (144 horas) acontece de forma inteiramente presencial, em nove módulos mensais com 16 horas de duração cada.

De modo geral, a proposta metodológica dos cursos é teórico-prática. O conteúdo teórico abarcaria os seguintes temas: (a) modelos de assistência ao parto e nascimento (tipos, locais e posições para o parto, intervenções obstétricas, rotinas e protocolos hospitalares e/ou domiciliares); (b) noções de anatomia e fisiologia (do trabalho de parto/parto, as fases/estágios do trabalho de parto e “fisiologia da dor”); (c) a doula e suas funções (história das doulas, aspectos legais e regulamentação da profissão, a doula no sistema obstétrico, tipos de doulas e campos de atuação, como lidar com intercorrências e situações “complicadas” no parto⁴², cuidados com o recém-nascido, amamentação e perdas/luto); (d) ética da doula (atribuições e limites da atuação, normas de conduta e relações doula-equipe/instituição, doula-cliente e doula-acompanhante da mulher/família); e (e) administração e marketing para doulas (“a bolsa da doula”, planejamento e administração pessoal e profissional, contrato de prestação de serviços e “como cobrar”). Grande parte desse conteúdo estaria fundamentado na “medicina baseada em evidências” e nas “recomendações da OMS” para mulheres gestantes de “risco habitual” – “A nossa bíblia é isso”, afirmou Carolina durante a entrevista.

⁴¹ Na época em que esta pesquisa foi realizada, os preços dos cursos variavam entre R\$900,00 e R\$2780,00 e não incluíam estágio supervisionado. Estes, quando oferecidos, eram cobrados à parte.

⁴² Distócias físicas, distócia emocional, parto "difícil", "não-parto"

Aliás, a “medicina baseada em evidências” e as “evidências científicas” apareceram nas falas das coordenadoras tanto de forma a desautorizar as intervenções “desnecessárias” feitas na mulher e no bebê – “Conhecer cada uma, como ela acontece, e o porquê que é feita de forma rotineira, e o porquê que não deveria ser rotineira, trazendo esse conceito da medicina baseada em evidência”, relatou Clarice – quanto para legitimar o saber tradicional das parteiras – “Muitas das técnicas que a gente usa, na verdade, vem das parteiras, que graças a Deus as evidências científicas vêm provando que funciona”, falou Cecília.

Já as demonstrações práticas seriam simulações da utilização de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor e/ou para “melhorar a progressão do trabalho de parto”, como bola suíça⁴³, rebozo⁴⁴, massagens, respiração, relaxamento, visualização, posições e movimentos para o parto, além de outros recursos materiais e ambientais.

Existe ainda um importante ponto a destacar sobre a proposta metodológica dos cursos: a “vivência”. Dos trezes cursos analisados, apenas três cursos não apresentam “vivências” em suas propostas: os cursos EAD dos grupos Amigas do Parto e Doulas na Tradição, que são apresentados como cursos “teórico-prático online”, isto é, os cursos são oferecidos à distância através de vídeo-aulas e com interação em “ambiente virtual”; e o do GAMA, que, apesar de ser presencial, afirma o seguinte:

Nosso curso não é vivencial. Como temos apenas 4 dias, 32 horas, elas são usadas exclusivamente para a transmissão do conhecimento sobre a temática proposta. Sugerimos a todas as alunas que procurem voluntariados, atividades vivenciais diversas, novas fontes de conhecimento, tudo o que for possível para complementar sua formação. (GRUPO DE APOIO À MATERNIDADE ATIVA)

Não obstante, a maioria dos cursos apresenta-se como “vivencial”. Estes cursos realizam dinâmicas e dramatizações como forma de reproduzir algumas situações comuns na prática das doulas e, também, como forma de abordar certas capacidades e habilidades que devem ser desenvolvidas pelas participantes. De acordo com a proposta da Escola de Doulas da ANDO/Campinas,

⁴³ Bola suíça é uma bola inflável feita de material elástico que é frequentemente usada em fisioterapia e exercícios físicos.

⁴⁴ Rebozo é um xale ou uma manta retangular de algodão, feito em tear manual, tipicamente usado no México. É uma peça multifuncional, que pode ser utilizada para aquecer os ombros, para carregar o bebê ou para transportar objetos, quando amarrado no corpo, mas também é muito utilizado na parteria tradicional para fazer exercícios de preparação para o parto com a mulher gestante, ajudar no posicionamento do bebê no colo do útero durante o trabalho de parto e acelerar a recuperação da mulher no pós-parto.

Para abordar aspectos emocionais, atitudinais e comportamentais é preciso mais do que as técnicas formais utilizadas para o repasse de novos conhecimentos, que levam em conta apenas aspectos cognitivos. Quando se busca uma mudança mais profunda, é importante, além de informações e conhecimentos teóricos, propiciar experiências significativas com potencial de sensibilizar e gerar mudanças [...]. Fortalece a confiança na capacidade de cuidar, a postura ativa, a criatividade, a autoestima e o empoderamento das participantes na construção do papel da doula. (ESCOLA DE DOULAS)

Já o curso Mulheres Empoderadas Revelando Doulas vai mais além. Este curso acontece sob regime de imersão em um lugar que não é divulgado nem para as pessoas inscritas – elas são conduzidas em um ônibus fretado e só saberão onde o curso vai acontecer quando chegarem ao local. No vídeo promocional publicado no *site* do curso, com imagens de um lugar bucólico que parece ser o local onde o curso acontece, a coordenadora fala que a proposta foi elaborada de forma a fazer uma “analogia” com “o que é ser doula” e “como que é viver isso”. De acordo com ela, esse curso “é, na verdade, uma revelação mesmo. É um encontro com a gente mesma. É um mergulho em mim, no meu eu, e no universo da humanização do parto”.

Esse aspecto “vivencial” dos cursos de capacitação de doulas foi bastante comentado por todas as coordenadoras entrevistadas, chegando a ser considerado por uma delas como um “recurso primordial” dentro desse processo de formação.

De acordo com as coordenadoras, ao longo dos cursos, essas “vivências” são combinadas com a parte teórica, de forma que o “conhecimento” possa ser “extraído” a partir das experiências pessoais das participantes. Além disso, as “vivências”, que variam de curso para curso, teriam como finalidades: “desarmar” ou “descontrair” as novas alunas; “despertar a sensibilidade” e fazê-las perceberem “algumas coisas” que elas não percebem; e/ou “aproximar mais a aluna dela mesma” e promover o “autoconhecimento”.

Como forma de ilustrar como acontecem essas “vivências”, uma das coordenadoras fez um relato interessante de uma prática que ela utiliza tanto nas preparações para o parto quanto nos cursos de capacitação de doulas, e que explora a temática “como lidar com a dor”:

Dentro do como lidar com a dor, é entender o significado dessa dor. Imagina que você está com o ombro tenso. Aí tem um pontinho no seu ombro que pode doer bastante. Aí você sente a dor. Então, você percebe como você reage àquele desconforto [...]. Como se fosse a cabecinha do bebê quando se apoia no colo do útero e que vai produzir uma dor enorme. Você pode escolher ficar tensa e gritar – não é uma escolha, não é isso -, pode acontecer isso, que seria o normal, ou você, reconhecendo que essa dor pode ser gerada por um estado de tensão, stress ou ansiedade, pode usar algumas técnicas de relaxamento com você, que passa num primeiro momento por reconhecer que a situação está meio complicada, e, depois, aceitar com um carinho profundo por você, porque nenhuma de nós escolheu ficar travada [...]. Então, tem regiões do nosso corpo que ficam mais carregadas, que são

mais travadas, e a pélvis e o quadril são onde a maioria das mulheres está travada, não? Essa cultura do medo de parto, mas também a questão da sexualidade, a repressão, a culpa. Essa região é uma região que está carregada de conteúdos emocionais e, por isso, talvez, está travada. Mas a gente pode reconhecer, aceitar e ir trabalhando do jeito que a gente consegue, mas, no mínimo naquela hora do parto, ir relaxando e soltando da melhor forma que a gente consiga também [...]. Um coisa que era só “ai, dói!”, de repente, está me sinalizando alguma coisa. Talvez, uma dor mais profunda do meu ser, que desde menina precisou se travar por alguma coisa ou que pela cultura a gente precisou anestesiá-la uma área no nosso corpo, por exemplo. [...] não é uma coisa que dói. O que está doendo é a expressão de uma dor do meu ser que precisou se fechar. Só você reconhecer que tem alguma coisa a mais e que essa coisa a mais pode ser reconhecida. Jung fala que o corpo é o inconsciente, e aquilo que você traz para a luz da consciência, quando vem à luz da consciência, não precisa se manifestar no corpo. Então, na hora que você a reconhece, a aceita e a acolhe, ela não precisa se manifestar como uma tensão no corpo. (CECÍLIA)

Esse processo de reconhecer, aceitar e acolher uma dor que não é dor, mas sim algo que está “sinalizando alguma coisa”, pode ser pensado como um caminho de resignificação da dor do parto, e até mesmo outras dores, como uma sensação positiva e muitas vezes necessária.

De acordo com Cristina, as “vivências” fazem com que a mulher “refaça” a sua história de vida “vivencialmente” durante o curso, desde o “parto nascido” até o “parto parido”, “curando” ou “cuidando das coisas dela” de modo que isso não interfira na sua atuação enquanto doula. Ou, nas palavras de Cíntia:

A mulher que quer se tornar doula tem que entrar em contato com os próprios fantasmas, com as próprias crenças que ela tem a respeito do processo de gestação, parto e puerpério, porque esses conteúdos, quando não estão trabalhados, vão inevitavelmente afetar a forma como ela vai atender essa gestante, a forma como ela vai se relacionar com essa gestante e também com a equipe que atende a gestante. (CÍNTIA)

Esse comportamento estaria permeado por “questões inconscientes” relacionadas ou ao próprio nascimento, ou às experiências de parto, ou ainda ao “próprio feminino” (o corpo e a sexualidade), que fazem com que exista uma “tendência de projetar” na mulher gestante/parturiente essas questões. Isto é, querer que a outra mulher tenha o parto que ela não teve, ou que teve, ou então que idealiza.

Desse modo, nessas “vivências” as alunas são estimuladas a compartilhar suas experiências pessoais, sejam elas boas ou ruins, e, de cada uma, vai emergindo um tipo de conteúdo diferente. Segundo as coordenadoras, isso, associado ao fato de estarem num local onde “se sentem acolhidas”, propicia momentos de “fortes emoções” e de “muito choro”.

A gente viu, em vários momentos, mulheres que já tiveram... teve uma, por exemplo, que desabou em choro fazendo uma vivência e, no final, precisou até uma

de nós ir amparar, e leva-la para outro quarto, e dar um apoio, porque ela, realmente, teve uma catarse; e ela disse “pô, finalmente eu consegui parir o meu bebê, porque eu tive um orgasmo interrompido no meu parto. Meu bebê estava quase nascendo e foram lá e aplicaram um fórceps...”, ou sei lá que coisa horrorosa que aconteceu nesse sentido, mas foi. Então, rola tudo isso aqui. (CLARICE)

Outra característica que foi apontada por uma das coordenadoras diz respeito às diferentes reações das participantes nas “vivências”. Enquanto algumas experimentam o papel de “conectar com essa dor, com esse sofrimento, com esse algo que estava subterrâneo”, outras vivenciam no lugar de quem acolhe e cuida:

Em geral, as doulas que estão com essa disponibilidade de cuidar e de aprender a se colocar no lugar do outro, propicia que uma pessoa... que às vezes entra num estado bastante profundo de sofrimento, pois está com essa disponibilidade de deixar vir... então, propicia que ela mesmo vá se curando de algumas coisas. Sem fazer uma terapia. As vezes o colo, o acolhimento, a compreensão e a escuta das outras, enfim, todo esse contexto que doula costuma fazer no parto, propicia que a mulher, de alguma forma, ressurgja de tudo isso mais renovada, transformada. (CECÍLIA)

Ou, ainda, no lugar de quem observa:

[...] para se sentir no lugar de observador e ver como você se posiciona sendo observador: você está apavorada com aquilo que está vendo ou você está torcendo para que a mulher encontre o caminho? Tudo isso faz diferença. E a gente vê nas vivências o quanto umas ficam em pânico vendo o que está acontecendo com a outra sofrendo na sua frente, como acontece no parto; já algumas ficam com uma expectativa positiva e essa intencionalidade é muito importante [...]. Eu fui percebendo, ao longo dos anos, que era muito importante a minha postura interior, o meu acreditar, e que se eu me comprometia a estar com aquela pessoa no parto, era para eu estar 100% acreditando que, de alguma forma, ela ia encontrar o caminho. O mesmo que a gente faz no curso de doulas [...]. Convido as outras pessoas do grupo a se colocarem nessa posição de acreditar na sabedoria do sistema de cada uma de nós que busca a nossa plenitude, entendeu? Então, é uma postura bem de expectativa positiva. (CECÍLIA)

Nesse sentido, observamos que essas “vivências” têm um caráter psicologizante, na medida em que as experiências das participantes vão sendo ressignificadas, como podemos observar nessa fala da coordenadora Cristina:

Elas trazem as vivências delas e a gente, durante o curso, ressignifica. Tem aquelas mulheres que já pariram, tem as que nunca pariram, mas foram paridas. Elas trazem as histórias de vidas delas. Durante o curso inteiro, a gente trabalha isso. A gente traz as informações técnicas e elas trazem as vivências pessoais delas. (CRISTINA)

E, pelo que podemos considerar, essa ressignificação das experiências das mulheres pode ser pensada como a “nova matriz” de que nos fala Cecília.

Eu foco mais no processo de cada pessoa que vem aqui, de cada doula que chega, mas é na transformação pessoal de cada uma ao longo do curso de doulas, do que na transmissão de informações [...]. Tem muita prática de técnicas, mas tem muita vivência que ajuda a sensibilizar as pessoas para uma transformação, para elas vivenciarem na sua pele e na sua alma aquilo que elas vão propiciar para as pessoas. É o momento de acolhimento, de escuta, onde elas vão poder falar sobre as suas coisas, vão ser ouvidas. [...] então, esse universo é uma oportunidade de vivenciar, de transformar e de se abrir para uma coisa nova, propiciada pelo acolhimento das outras doulas, que possibilitam uma rematrização. Como se fosse uma *nova matriz* para essas doulas. Que é o mesmo que eu acredito que a gente faz no parto, onde uma mulher que, de repente, pode ter uma experiência de não se sentir tão amada, talvez, tão valorizada. E, de repente, no parto, que é um momento tão importante, tão marcante, o fato de você se sentir cuidada e apoiada, naquele colo assim, dentro de um momento tão intenso, permite uma rematrização da própria mãe no trabalho de parto. Ela vivenciar uma experiência profunda, importante, do nascimento do bebê dela, na qual ela está passando pela experiência de passagem, um ritual de passagem, com esse acolhimento da doula. (CECÍLIA)

O último ponto a ser abordado nesta subseção, antes de apresentarmos a segunda etapa desta pesquisa, é a avaliação e certificação das participantes. De acordo com as propostas analisadas, nem todos os cursos fazem avaliação. Nos cursos em que há algum tipo de avaliação, ela pode ser feita a partir da verificação objetiva de aspectos “técnicos”, como a aplicação de “provas de conhecimento específico”, não qual são avaliados conhecimentos básicos de anatomia e de fisiologia, as fases do trabalho de parto, entre outros. Para Clarice, que embora tenha dito não gostar deste tipo de exame, a avaliação também serve como “uma forma de ver se a gente está passando o recado com eficiência, se elas estão compreendendo mesmo o conteúdo”.

Além da aplicação de provas, a avaliação também pode ser feita a partir da elaboração de relatórios de atividades práticas (participação em “rodas” de educação perinatal e/ou acompanhamento de partos) ou do desenvolvimento de “estudos de caso” em temas como “parto normal após cesárea”, “bolsa rota antes do parto”, “pós-datismo”, “formas de indução” e “bebê pélvico”. Isso, segundo Clarice, é “para ver se elas conseguem pesquisar se pautando em evidências científicas. Não só no achismo ou no Google, né?”. Agora, para a coordenadora Cíntia,

O mais importante, na verdade, é essa questão que eu te falei do quanto a doula está sintonizada com a intuição, o quanto ela está conseguindo realmente enxergar essa gestante de uma forma descolada das experiências pessoais que ela tem [...]. A gente consegue perceber nessa avaliação da análise de caso o quanto a doula consegue, de fato, se conectar com a gestante e o quanto as questões dela mesma interferem. Se conectar com a gestante, com as necessidades dessa gestante, e perceber o entorno, perceber as influências dos familiares, a influência da equipe. Para isso tudo ela tem que ter um certo distanciamento das próprias questões, sabe? (CÍNTIA)

Cada uma dessas avaliações, segundo Cíntia e Clarice, têm uma pontuação, e as participantes que atingirem uma pontuação mínima recebem o certificado de doula.

Por outro lado, nos cursos em que não acontece uma avaliação formal das alunas, as coordenadoras Carolina, Cecília e Cristina afirmam que isso é um processo que se dá ao longo de todo o curso, mas que não deve se restringir a ele. Para Carolina,

Isso [a avaliação] faz parte do processo, né? Não vou falar “olha, você não tem jeito para ser doula, então, eu vou te reprovar”. Não tem isso. [...] ela tem o certificado dessa capacitação, com a carga horária que ela fez no curso e enfim... ela vai usar da forma que ela quiser, porque ela está livre para fazer o que ela quiser, né? [...] Mas eu incentivo muito para que ela faça estudos continuados. Então, tudo o que é congresso que aparece, todos os cursos que vão aparecendo é uma formação também, né? Uma formação paralela que ela vai fazendo, mas é cada uma com o seu caminho. (CAROLINA)

Nesse sentido, a participação no curso de capacitação garante às alunas o certificado de doula e, portanto, a prerrogativa para atuar como tal. Contudo, essas coordenadoras ressaltam que esse curso de capacitação é um curso inicial, introdutório, e que as doulas capacitadas deveriam buscar outros cursos, como, por exemplo, os “Cursos avançados para doulas” e os cursos de “Educadora Perinatal” e de “Doula Pós-parto”, para complementar essa formação.

3.4 A escolha do campo de observação

Inicialmente, durante a construção do projeto de pesquisa, pensamos utilizar critérios “objetivos” de representatividade na escolha do curso a ser observado. Esses critérios diziam respeito, basicamente, ao tempo de existência do curso, o número de doulas formadas e o conteúdo programático, de modo que o curso selecionado fosse representativo desse processo de formação. Contudo, após a realização do mapeamento, das análises das propostas e das entrevistas com as coordenadoras dos cursos, percebemos que tais critérios não nos seriam tão úteis.

Como dissemos anteriormente, esse trabalho não se propôs a mapear exaustivamente todos os cursos de formação de doulas existentes no país. Esses cursos, que podem ser classificados como “cursos livres”, apresentam-se como uma prática “não formal” de educação profissional em saúde – eles são caracterizados por uma forma difusa de

transmissão de saberes na construção do conhecimento, com duração variável, não possuem nenhuma exigência quanto à escolaridade mínima das participantes e não necessitam nem de prévia autorização para funcionamento, nem de posterior reconhecimento de Conselho de Educação competente. Isso faz com que estes cursos não sejam passíveis de regulação por parte do Ministério da Educação⁴⁵.

Como não existe legislação específica que regule os chamados “cursos livres”, podemos ver, a cada dia, o surgimento de novos cursos de formação de doulas que apresentam as mais variadas propostas – desde a realização do mapeamento até o presente momento, nós já tomamos conhecimento do surgimento de outros dois cursos, o da Parto com Respeito, no Rio de Janeiro, e o da Egrégora, em Minas Gerais, que não puderam ser incluídos neste trabalho.

Além disso, não existem números oficiais de doulas no Brasil que pudessem servir como parâmetro para qualquer comparação; muitas das coordenadoras entrevistadas não sabiam informar com precisão o número de doulas já capacitadas. Nesse sentido, os cursos diferem tanto entre si, que não seria possível dizer que este ou aquele curso é “o mais representativo” desse processo.

Passamos, então, a avaliar outros critérios, desta vez, relacionados com a exequibilidade da pesquisa. Para que a observação em campo fosse viável e pudesse, de fato, acontecer, tivemos que considerar alguns fatores:

- a) a data em que o curso iria acontecer, cujo período limite estava circunscrito entre a data de aprovação do projeto desta pesquisa pelo Comitê de Ética, o que aconteceu em 17/06/2016, e o final do mês de outubro deste mesmo ano, para que tivéssemos tempo hábil de realizar a observação e as entrevistas e analisar os dados coletados em campo, de modo que estes dados pudessem ser incluídos nesse trabalho;
- b) a anuência, por parte das coordenadoras, para a realização da pesquisa no curso, o que implicaria na permissão para observar e registrar as vivências e interações e para entrevistar as participantes do curso.
- c) o custo que teríamos com transporte, hospedagem e alimentação, além do valor do curso em si, para a realização da pesquisa de campo, que teria que estar dentro de um orçamento bastante limitado;

⁴⁵ Os cursos livres, após a publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, passaram a integrar a Educação Profissional de Nível Básico. Para mais informações: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394/96.

Dos treze cursos analisados, conseguimos entrar em contato e realizar entrevistas com apenas cinco coordenadoras, o que reduziu consideravelmente a nossa “amostra”. Das cinco coordenadoras entrevistadas, duas não tinham previsão de quando iriam realizar um novo curso, duas estavam fechando novas turmas para os próximos dias ou semanas, e uma iria começar um novo curso no dia seguinte ao da entrevista. Como este último curso ia começar logo cedo pela manhã em uma cidade distante do Rio de Janeiro, não havia tempo suficiente para chegar ao local antes do início do curso. Sendo assim, de todos os cursos que entraram nessa análise, somente dois apresentavam condições que tornavam viável a realização da pesquisa de campo, e que atendiam igualmente aos critérios comentados anteriormente.

A escolha entre um e outro curso de formação teve que ser feita, então, a partir de critérios mais “subjetivos”, como a “abertura” que tivemos durante as entrevistas e a disponibilidade das coordenadoras para participar da pesquisa.

Soraya Fleischer (2005, 2006) realizou uma etnografia em um curso de capacitação de doulas no ano de 2003. Ela relata que, inicialmente, a sua intenção em participar deste curso não era de se transformar em uma doula; ela desejava apenas observar e conversar com as participantes e instrutoras para compreender melhor aquilo que parecia ser uma profissão emergente; ela não desejava interferir no processo e queria deixar claro para as suas interlocutoras o seu papel como antropóloga. Nesta pesquisa, Fleischer (2005, 2006) refletiu sobre como a sua presença foi recebida e elaborada durante esse curso, e como isto influencia o perfil das informações que são apreendidas pelo pesquisador em campo. Isto é, como a empatia entre pesquisadora e pesquisadas é elaborada e como isso define e direciona os rumos da pesquisa. Segundo a autora, a presença do(a) antropólogo(a) é construída coletivamente no campo e a maneira como isso se dá, determina, em grande medida, o perfil dos dados que recolhe.

Com isto em mente, elegemos, então, o curso de capacitação de doulas oferecido pela coordenadora Clarice. Clarice sempre se mostrou, em todos os contatos que tivemos, acessível e muito interessada em participar da pesquisa, conforme podemos observar nestes dois e-mails:

Olá Fernanda,
Fico realmente muito feliz em saber que tem pesquisas apontando neste sentido!
Tem certamente muito a contribuir no processo de profissionalização da doula em
nosso país. Claro, concordo plenamente em participar e contribuir. A princípio tenho
horário amanhã, terça-feira, entre 15h e 16h, seria possível para você?
Abraços!

Oi Fernanda, que bom saber que está fluindo bem [...]. Sim, pode vir participar do curso. Faltam 2 confirmações de inscrição para confirmarmos o curso, mas é muito provável que aconteça. Até dia 10 teremos que ter esta definição.

Pergunta: como seria a tua participação? Apenas como observadora ou participando das discussões, vivências e partes práticas do curso? Como ele é carregado de vivências introspectivas, as mulheres se apresentam, se colocam, relatam suas experiências pessoais, muitas vezes dolorosas, íntimas. Penso que não seria legal ter uma observadora quieta, fazendo anotações! Com certeza iria inibir bastante o grupo. E além disto, passar por esta experiência de forma inteira, te dará parâmetros mais reais do que é esta formação. Na verdade este módulo inicial é também uma vivência profunda de autoconhecimento de nós como filhas, mulheres, revendo nossos lutos com o próprio nascimento e partos. Como você imagina isto?

[...]

Abraços!

Assim como aconteceu com Soraya Fleischer em 2003, fomos colocadas diante de uma situação que, por um lado, demonstrava que éramos aceitas pelo grupo e, por outro, condicionava a nossa presença, inclusive nas atividades vivenciais que contam com uma maior entrega, intimidade e cumplicidade entre as participantes, à nossa participação em todos os momentos do curso.

Nesse sentido, respondemos que concordávamos com ela, pois a observação sem a participação poderia gerar um incômodo muito maior nas participantes e acabar interferindo negativamente neste processo. Assim, optamos por participar, experimentando o que era proposto e expondo, em diversos momentos durante o curso, aspectos relacionados à vida pessoal da pesquisadora.

3.5 O curso e seu contexto

O curso oferecido por Clarice, segundo as nossas informantes, é o único curso de formação de doulas de que se tem conhecimento na cidade Lagoa Branca⁴⁶.

Lagoa Branca é um município localizado no interior do país, com uma população, segundo dados do IBGE⁴⁷ de 2016, estimada em seiscentos e setenta e cinco mil habitantes. É um município predominantemente urbano, cujas principais atividades econômicas estão ligadas ao comércio e à prestação de serviços. Destaca-se ainda nas áreas de biotecnologia,

⁴⁶ Utilizamos um nome fictício neste trabalho para preservar o sigilo de informações sobre o grupo pesquisado e as identidades individuais das participantes.

⁴⁷ <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>

tecnologia da informação e, principalmente, na área da saúde. De acordo com informações do IBGE, o município tinha, em 2009, trezentos e dezenove estabelecimentos de saúde, dos quais duzentos e cinquenta e cinco eram privados e sessenta e quatro públicos. O *site* da Prefeitura Municipal de Lagoa Branca diz que o município é reconhecido como “grande centro de saúde” do país, estando entre os primeiros no ranking nacional da proporção médico por habitante, com um médico para cada cento e sessenta habitantes. Já o Ministério da Saúde, a partir do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)⁴⁸, aponta Lagoa Branca entre os municípios brasileiros que apresentam melhor infraestrutura e condições de atendimento à população.

No que diz respeito à assistência ao parto, no entanto, este município acompanha os índices nacionais para a relação entre partos normais (vaginais) e cesariana. Segundo os dados do IDSUS dos anos de 2009 a 2011, 41,4% dos nascimentos foram por partos normais e 58,6% via cesariana. Esta relação também não tem variado muito na última década, de acordo com os dados do Portal ODM⁴⁹.

Diante deste cenário, as mulheres da região, incluindo as representantes do Coletivo das Doulas, têm se organizado para pressionar os poderes legislativo e executivo do município, para que sejam criadas leis e implementadas as medidas que possibilitem a aplicação destas, no contexto do Plano Municipal para a Humanização da Assistência ao Parto.

Clarice conheceu o “movimento da humanização” e “ficou absolutamente viciada no tema” após o nascimento de sua terceira filha, há treze anos. Até essa época, Clarice atendia como psicóloga de orientação psicanalítica, mas não se sentia “preenchida totalmente”. Ela contou que precisou mudar de médico com quarenta semanas de gestação para não “cair numa cesariana eletiva com ele”; e que, depois do nascimento da sua filha, resolveu que precisava compartilhar a sua história e tudo o que tinha “descoberto com a experiência do parto e como que a gente estava banalizando essa experiência”. Sobre essa “banalização da experiência do parto”, ela falou o seguinte:

⁴⁸ O IDSUS é uma ferramenta de avaliação que reúne um conjunto de indicadores de desempenho do Sistema de Único de Saúde (SUS), no que diz respeito ao acesso e à qualidade dos serviços médicos prestados à população. Para mais informações: <http://idsus.saude.gov.br>

⁴⁹ O Portal ODM apresenta a situação dos indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de todos os estados e municípios brasileiros a partir de “Relatório Dinâmicos”, que são gerados de acordo com dados oficiais atualizados. Este Portal é um projeto de parceria estabelecida entre o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Secretaria Geral da Presidência da República e outros, e é administrado pelo Observatório de Indicadores de Desenvolvimento – SESI/PR. Para mais informações: <http://www.portaldm.com.br/>

De trata-lo como um evento, primeiro, do qual a gente tem o controle, seja por uma cesariana agendada, seja por uma indução e por querer encaixá-lo num padrão de hora e de evolução padronizado para todas as mulheres, e aí, aquelas que não respondem dentro desse processo, acabam indo para uma cesariana. É banalização no sentido da gente não olhar... é... eu acho que é tratar como um evento em série, sabe? Porque, assim, a hospitalização do nascimento vem junto com a revolução industrial, né? No momento em que a produção começa a ser organizada, o parto entra nessa produção também. Você chega na maternidade, que coisa linda aquela vitrine com aqueles bebês todos produzidos saudáveis e bonitinhos! É louco de ver, assim... quer dizer, um bebê nasceu, simplesmente, porque nascem todos os dias [...]. *E a gente acaba perdendo, eu acho, o grande feito que é o nascimento de uma criança, o grande feito que é, para a nossa própria percepção de mundo mesmo, você vivenciar e experienciar o nascimento de uma criança.* Eu acho que é nesse sentido que ele vem sendo banalizado. Você vê dentro de uma maternidade o tratamento de bebês nascidos de parto normal ou de cesárea mais como algo que entra dentro de um mecanismo frio e inconsciente, de certa forma; sem ter a consciência de que aquele ser que nasceu é um indivíduo único, e que aquele evento tem um quê de sagrado, e que a gente pode desfrutar muito olhando para isso, e respeitando, e colocando esses bebês em contato com as mães no pós-parto imediato, e preservando esse momento, e não tratando isso como uma rotina. E, para a mulher também, o fato de você ter mais consciência dos processos que podem acontecer no teu corpo, nem que seja ter consciência de que você acabou indo para uma cesariana, não porque foi uma falha no seu corpo, mas, muitas vezes, porque foi um limite da assistência, porque foi um limite daquela assistência que você escolheu ou do que era possível na sua volta. É muito diferente, eu acho, uma mulher que vai para a maternidade tendo essa compreensão. Eu acho que ela vai muito mais forte do que ir, simplesmente, acreditando que o corpo dela não funcionou, ou que alguma coisa aconteceu de errado, ou que aquele bebê talvez não vingasse se não fosse assim, entende? Porque é muito grandiosa essa experiência do parir. Eu que vivi na pele isso duas vezes, dois partos normais e uma cesariana eletiva. Eu posso dizer, assim, que eu quero contar para todo mundo que é muito legal, que pode ser muito legal. Uma experiência da gente encontrar com o nosso próprio limite e ir além, e descobrir que a gente tem muito mais do que a gente pensava, e colocar o nosso filho no mundo com as próprias forças. Meu Deus, é uma experiência que é uma oportunidade, na verdade, e a gente não pode perder, não deveria perder. (CLARICE)

Inicialmente, ela criou um projeto com a ideia de agregar profissionais para ajudar as mulheres gestantes da região e acabou montando um curso de “preparação para o parto”. Neste período, de acordo o seu relato,

surgiu a possibilidade de fazer um curso de doula [...]. Na verdade, eu não queria ser doula. Eu não pensava em ser doula, mas a [nome da pessoa], que estava trabalhando comigo na época, me convenceu a ir e eu fui no curso mais para obter informação e tal. Acabou que eu saí de lá absolutamente apaixonada e daí acabou, né? Virei doula. Então, isso foi, mais ou menos, um ano depois que nasceu o primeiro curso de preparação para o parto. (CLARICE)

Hoje em dia, Clarice atua pouco como psicóloga e dedica-se mais à empresa que criou. Nesta empresa, ela trabalha exclusivamente na orientação de mulheres grávidas e casais, a partir de cursos e outras atividades, como o projeto de “preparação para o parto” no qual ela faz um trabalho de “informação e acolhimento” e de “consciência corporal” com exercícios

fundamentados na *yoga*. Além disso, Clarice promove também alguns pequenos eventos abertos e gratuitos de “apoio ao parto” e os cursos para o pós-parto, amamentação e cuidados com o bebê. Sobre estes últimos, ela fala o seguinte:

Com esse olhar... discutindo mais essa questão da criação com apego, discutindo e olhando para a cama compartilhada, amamentação a livre demanda, o uso do sling e do balde, trazendo esse olhar dessa proximidade maior no puerpério e acolhendo essas mulheres. (CLARICE)

Sobre a criação do curso de formação de doulas, Clarice relata que isso aconteceu “depois de um tempo”. Ela era doula recém-formada, ainda sem muita experiência, e foi convidada para dar aulas sobre fisiologia da dor e posturas e relaxamentos para o parto em um curso de formação de doulas que outro grupo já oferecia em algumas cidades. A partir daí, e por aproximadamente três anos, ela deu essas mesmas aulas em todos os cursos desse grupo, e chegou a organizar um desses cursos em Lagoa Branca, seguindo o mesmo formato. No entanto, Clarice relatou que, nessa época, tinha vontade de desenvolver um curso na sua cidade “com o diferencial que sentia que faltava”: ela fez a sua formação em um curso que tinha um caráter “de muita transformação pessoal” e viveu a experiência de dar aula em outro curso que era “impecável na questão teórica”, mas, em ambos os cursos, ela sentia que faltava o “como começar”.

Terminou o curso de doula e eu estava completamente mexida e envolvida, querendo atuar como doula, mas não sabia por onde começar, que formato era esse de atendimento, o como cobrar, o como lidar com a minha vida pessoal sendo doula, enfim... e via a maioria das mulheres se formando como doulas, mas sem ir para a prática, sem conseguir atuar ou desistindo muito facilmente. (CLARICE)

Então, em 2012, Clarice fez o primeiro curso de formação de doulas, de forma independente, com um formato que ela “achava que poderia ser um caminho”. Ela nos contou o seguinte sobre essa experiência:

Desde lá, a gente vem assim... na verdade, apanhando e aprendendo para tentar encontrar um modelo que realmente forme doulas de um modo que elas possam atuar de um jeito... com profissionalismo, né? Na verdade, assim, eu acho que tenha esse olhar... é... do resgate do feminino, da ancestralidade, de tudo isso, mas que possam oferecer o que a gente vem... vem vendo na prática, que é um trabalho como outro qualquer em que você se coloca como autônoma, como outro profissional autônomo qualquer, e que encontra inúmeros desafios, e que tem uma grande responsabilidade também. [...] da mesma forma que eu fico imaginando que a acupuntura nasceu, de ser passado de geração para geração, e de ser algo intuitivo, e de ser algo meio ancestral, né? E, de repente, virar uma especialidade na qual você se forma, que tem todo um conceito teórico e um conselho por trás e um cuidado maior. Eu acho que a gente está no mesmo caminho. (CLARICE)

Desde sua criação até os dias atuais, o curso sofreu mudanças no formato. O curso original teve a carga horária ampliada e foi dividido em dois módulos, de modo que o primeiro módulo do curso pudesse servir como “uma experiência muito legal para gente só olhar para o nosso feminino, não necessariamente para a pessoa atuar como doula, ou para enfermeiras obstetras que já atuam, ou para médicas”, disse Clarice, e o segundo módulo, para aquelas que querem realmente atuar como doula, onde é feito um “aprofundamento” e as alunas iniciam uma prática supervisionada. Atualmente, Clarice trabalha em parceria com outras três pessoas⁵⁰: Iara e Iris, que também são doulas e psicólogas, e Ítalo, instrutor de *yoga* e companheiro de Clarice. Eles inauguraram, recentemente, a nova sede da empresa em uma “casa nova”, o local onde o curso aconteceu.

3.5.1 A “casa nova”

A casa onde o curso aconteceu fica localizada em um bairro nobre de Lagoa Branca, em frente ao campus de uma grande universidade privada e distante uns seis quilômetros do centro da cidade. É uma grande casa de dois andares, que possui uma ampla fachada linear forrada com ripas de madeira e com uma faixa, à meia altura, simulando uma pintura tribal.

À propósito, todos os ambientes da “casa nova” apresentam um despojamento na decoração característico de um estilo “alternativo”: paredes pintadas com cores “quentes” ou revestidas de tijolos aparentes, piso de madeira, muitos elementos e símbolos decorativos orientais, objetos artesanais, fotografias de mulheres grávidas ou de mães com bebês e gravuras com temas indígenas. Os ambientes, em sua grande maioria, também são muito iluminados; eles recebem, por meio das inúmeras vidraças que a casa possui, uma iluminação natural.

Na frente da casa, que tem uns vinte e cinco metros de largura, aproximadamente, há um estacionamento com quatro vagas para carros de clientes e um jardim com pedras, plantas ornamentais e um canteiro de lavandas. Para acessar a casa temos que passar por um portão de

⁵⁰ Neste trabalho, utilizamos nomes fictícios para assegurar o sigilo de informações sobre as identidades dos participantes. Assim como procedemos com as coordenadoras e com as alunas, que foram identificadas por nomes iniciados pela letra “C” e “A”, respectivamente, os demais instrutores do curso observado serão identificados por nomes iniciados pela letra “I”.

ferro, que fica regularmente fechado, atravessar um pequeno jardim interno por um caminho feito de azulejos hidráulicos e uma grande porta de madeira.

Logo na entrada, há uma recepção com uma mesa com computador de um lado e, do outro, um aparador estreito com alguns objetos expostos à venda (livros, bolsas térmicas, *slings*, rebozos, etc) e alguns cartões de visitas de prestadores de serviços ligados à saúde, como psicólogas, enfermeiras obstétricas, terapeutas corporais, entre outros.

Integrado à recepção há uma espécie de cafeteria, com umas seis mesas de madeira para quatro pessoas, cada, e um balcão ao fundo revestido com azulejos hidráulicos coloridos. Atrás desse balcão tem uma pequena cozinha equipada com alguns utensílios. A parte superior da maior parede desse ambiente, que se estende desde a recepção até a cozinha, está pintada com uma tinta preta de lousa e serve como um grande quadro de avisos onde são anunciados os eventos que acontecem no local. Aliás, vale destacar que essa casa, além de ser o novo local onde são realizados os cursos para mulheres gestantes e para a formação de doulas, também é um espaço que possui uma galeria de artes (que tem uma entrada independente da casa, pelo estacionamento) e salas, no segundo pavimento, que são alugadas para psicólogos, fisioterapeutas, acupunturistas, massagistas e outros profissionais.

Passando pelo salão da “cafeteria”, chega-se a um *hall* central, que dá acesso a uma saleta pouco mobilhada (onde deixamos nossos pertences pessoais no primeiro dia do curso), a dois banheiros (um adaptado para portadores de necessidades especiais e, o outro, equipado com um “fraldário” para atender mães com bebês) e a uma sala de espera. Neste *hall* há ainda, em um dos cantos, o tronco de uma árvore, provavelmente originária do terreno onde a casa foi construída, que chega até o teto do ambiente. O teto, por sua vez, foi rebaixado em formas arredondadas e pintado de verde no entorno do tronco, de modo a simular a copa da “árvore”; e, pendurados nessa “árvore”, havia bilhetes escritos à mão com votos de felicidade, sucesso e prosperidade para o grupo e para os que por ali passarem.

A sala de espera está mobiliada com um grande sofá, algumas poltronas com almofadas coloridas e um pequeno móvel, onde as/os clientes podem se servir com biscoitos, água, café e uma variedade de chás, enquanto esperam para serem atendidas/os. Ali é o local de onde parte a escada de acesso para o segundo andar da casa, onde ficam as salas de atendimento e, diante dessa escada, há uma robusta porta de madeira e vidro que dá acesso a um grande salão, o salão principal do espaço.

O salão principal é o local onde acontecem as aulas do curso de capacitação de doulas e outras atividades que o grupo oferece. Este salão também tem uma “árvore”, como aquela do hall central, mas a “copa”, ao invés de pintada de verde, é feita de pequenos pedaços de

espelhos colados no teto, como se fossem folhas que refletem o que acontece embaixo, dando um efeito de movimento à “árvore”. Este salão tem uma ampla área de, aproximadamente, oito metros de largura e seis de profundidade, totalmente livre; o chão é forrado com várias placas de tatame de fibras naturais e, por cima do tatame, no entorno do salão, há muitos *futons*⁵¹ e almofadas de vários tamanhos, cores e texturas. A maior parede do salão, que fica no lado oposto à entrada, tem um janelão de vidro que ocupa, praticamente, toda a extensão da parede. Esse janelão, que permite a entrada da luz do sol durante as manhãs, dá para um jardim de inverno, onde tem orquídeas e outras plantas tropicais. Além da grande área livre, separado por um biombo de treliça, este espaço também possui um pequeno recuo, onde ficam os escaninhos que acomodam os sapatos e outros pertences das/os clientes durante os cursos.

3.5.2 A chegada ao campo⁵²

O curso aconteceu no segundo semestre de 2016. Era a inauguração da “casa nova” e o último curso que Clarice ofereceria em 2016. Neste ano, ela já tinha realizado outros dois cursos do módulo I e um curso do módulo II, ainda na antiga sede da empresa.

Como o curso ia começar numa quinta-feira e Lagoa Branca fica a algumas horas, de ônibus, do Rio de Janeiro, decidi partir na madrugada de terça para quarta-feira. Assim, chegaria à Lagoa Branca ainda na véspera do início do curso, e teria ao menos uma parte do dia para descansar da longa viagem e para organizar o material que levaria para o campo.

Cheguei à “casa nova” no horário marcado para o início do curso, às oito horas da manhã, e fui recebida por um rapaz alto e muito simpático que trabalha lá como recepcionista e secretário. Me apresentei e perguntei por Clarice, a coordenadora com quem tinha acertado a minha participação no curso. “Ela está se preparando”, disse o rapaz, que, ato contínuo, indagou se eu era “a Fernanda da pesquisa”. Confirmei. Ele pediu, então, que eu entrasse e ficasse “à vontade”, pois o curso já iria começar.

⁵¹ Tipo de colchão usado na tradicional cama japonesa

⁵² A partir desta subseção, iniciaremos a descrição da participação da pesquisadora no curso de formação de doulas. Sendo assim, em alguns momentos, a narrativa será realizada na primeira pessoa do singular.

Fui entrando no espaço e, logo em seguida, uma das “Staffs”⁵³, se aproximou de mim sorrindo, me cumprimentou com um abraço e me levou até a saleta. Ela pediu para eu deixar todos os meus pertences lá, incluindo os sapatos, pois não poderia “entrar com nada”; e foi receber outra aluna que chegava.

Me dirigi, então, para a sala de espera – não sem antes parar para observar a “árvore” e ler alguns dos bilhetes pendurados. Lá na sala de espera já estavam algumas outras mulheres, que eu supus serem alunas também. Servi um chá e sentei em um dos cantos do grande sofá para esperar o início do curso. Passado algum tempo, a “Staff” pediu para que nos organizássemos em fila, porque o curso ia começar. Entrei na fila e fiquei esperando chegar a minha vez de entrar no salão principal. Íamos entrando uma a uma, após o comando da “Staff”. Havia um clima de curiosidade entre todas ali; não sabíamos o que estava acontecendo atrás da robusta porta de madeira; só ouvíamos uma música suave, num estilo *new age*, tocando lá dentro. Até que chegou a minha vez.

Entre no salão e fui recebida por Ítalo, o companheiro de Clarice, que me olhava nos olhos, com um sorriso suave no rosto, e estendia as mãos como que me convidasse para entrar no grupo. Ítalo me deu um abraço demorado e afetuoso, cobriu os meus ombros com um lenço verde e me encaminhou para sentar no tatame em um ponto de uma grande roda que se formava no salão. Neste momento, vi Clarice. Nos cumprimentamos com um sorriso mútuo e um beijo no rosto, sem nada falar uma com a outra. Sentei e fiquei observando as outras alunas que entravam e passavam pelo mesmo ritual: cada uma era recepcionada por um(a) instrutor(a) do curso com um abraço, recebia um lenço colorido e era encaminhada para sentar na roda. Ao final, quando todas as alunas já tinham entrado, Clarice, Iara, Iris e Ítalo sentaram, um ao lado do outro, na parte da roda próximo ao janelão de vidro que dava para o jardim de inverno. Clarice iniciou a apresentação do curso falando

Olha, esse espaço aqui tem coisas diferentes que vão acontecer. Podem desarmar, podem abrir o coração! O que a gente vai falar, e que a gente precisa falar, é sobre amor, né? Assim, na sua forma química, para falar da ocitocina, e na sua outra forma, como antagonista ao medo [...]. (CLARICE)

E pediu para que cada pessoa se apresentasse e falasse o motivo de estar ali. A rodada de apresentações começou pelos instrutores. A primeira a falar foi Iara, que contou um pouco sobre sua trajetória como psicóloga e doula e, antes de passar a palavra para Iris, fez um gesto com as mãos como se segurasse o seu coração e o entregasse para Iris. Esta, por sua vez,

⁵³ As “Staffs” são alunas e ex-alunas dos cursos de formação de doulas, que se revezam ao longo dos dias de curso, para dar um apoio logístico às instrutoras.

seguindo o gesto da colega, pegou o “coração”, falou sobre si e passou o “coração” para o próximo da roda. E assim foi. Uma vez ou outra, alguma aluna esquecia de passar o “coração”, mas estas eram logo lembradas pelas outras alunas.

No total, éramos dezenove participantes; das quais a mais nova tinha vinte e três anos e a mais velha quarenta e cinco anos de idade, mas a faixa etária média das participantes estava entre trinta e trinta e cinco anos. Sete alunas moram em Lagoa Branca, nove vivem em cidades relativamente próximas a Lagoa Branca, e três são de outros estados. As profissões/ocupações eram as mais diversas: duas Enfermeiras, duas Fisioterapeutas, uma Médica Obstetra, uma Nutricionista, três Psicólogas, três Biólogas, uma Terapeuta Holística, uma Atriz e Cantora, uma Comerciante, uma Administradora, uma Fotógrafa e uma Dona de Casa. Diferente do que eu imaginava encontrar, havia um número reduzido de mães no grupo; das dezenove alunas, apenas oito, contando comigo, têm filho/a(s); e todas essas tinham trinta e cinco anos de idade ou mais.

Nessa rodada de apresentação, algumas participantes se emocionavam muito ao relatar as suas histórias e motivações para estarem ali, enquanto o grupo, sensibilizado pelos relatos, escutava atentamente; e, assim, uma caixa de lenços de papel era passada de um lado para outro da roda, para que as participantes pudessem secar suas lágrimas. Duas histórias que causaram uma comoção muito grande no grupo todo foram as histórias de Angela e Amália, que, por uma coincidência (ou não), estavam sentadas uma ao lado da outra e foram as últimas da roda a falar. As histórias delas eram semelhantes em um aspecto principal: ambas tinham passado, recentemente, por uma perda gestacional – para Angela, aquele curso foi “um chamado”, pois a sua “data provável de parto” era aquele dia, o primeiro dia do curso; e para Amália, o “pontapé” para fazer o curso foi a sua perda e a “transformação” que ela passou depois do luto, com o apoio de uma doula que a acompanhou durante esse processo.

De modo geral, as histórias e motivações eram diversas; tanto as de caráter pessoal, quanto as de caráter profissional. Algumas participantes pensavam em engravidar e estavam fazendo o curso para “compreender melhor esse universo”. Outras queriam elaborar as suas experiências com os nascimentos dos(as) filhos(as). Tinha também a Amanda, comerciante de 45 anos, mãe de dois e avó recente; ela foi fazer o curso para conhecer esse “universo”, pois ficou “encantada” com o parto que sua filha teve, acompanhada por uma doula. E a Agnes, que também já era mãe, não tinha intenção de elaborar a sua experiência, e estava lá acompanhando a cunhada, Anita, recém-casada que planejava ter um bebê em breve.

No âmbito profissional, nem todas pensavam em atuar como doula ou somente como doula; algumas participantes gostariam de agregar a função de doula às suas ocupações

principais, como contou uma das alunas entrevistadas, Adriana, de 35 anos, formada em Letras, que atua como Terapeuta Holística em Lagoa Branca e é mãe de uma menina de doze anos nascida de um “parto normal super-rápido”:

Nesse processo em que eu comecei a ser terapeuta holística, eu fazia muitas vivências, uma atrás da outra, já era reikiana, já sabia fazer algumas massagens, já sabia jogar baralho também... eu comecei a fazer um curso atrás do outro até que agora eu senti uma necessidade muito grande com essa coisa do sagrado feminino. A primeira coisa que eu busquei lá atrás, quando eu era criança, foi bruxaria. Acho que toda criança busca alguma coisa desse tipo quando gosta dessa área [risos]. E a bruxaria tem tudo a ver com o sagrado feminino, tem tudo a ver com esse empoderamento da mulher, a mulher que cura, a mulher que é deusa [...]. De lá, eu não sei porque, mas eu não vim por causa do [nome do curso], eu vim por uma terapia que tem aqui e um belo dia eu fiquei sabendo que ia ter o curso. Sabe, eu acho que nada é por acaso. E foi isso, eu vim fazer o curso. Eu não pensava em ser doula e não sei se vou atuar como doula, mas eu tenho certeza absoluta de que é bom para mim pelo tanto que eu estou aprendendo. Eu estou desmistificando algumas coisas. É bom para a minha geração, para a minha filha e é bacana com as pacientes, né? Porque você acaba olhando o sujeito diferente, tratando aquilo diferente, dando uma informação. Então é basicamente isso. (ADRIANA)

Já as que trabalham na assistência obstétrica, buscavam, a partir do curso, “melhorar” a sua atuação profissional, conforme relatou Alessandra, de 30 anos, sem filhos, médica obstetra no Hospital das Clínicas de Lagoa Branca:

No SUS, quando a paciente não tem um acompanhante, eu queria fazer uma massagem ou alguma coisa a mais e parecia que eu não sabia. Aí, veio a ideia de fazer o curso para tentar fazer alguma coisa a mais por quem não tinha ninguém [...]. Eu não vou deixar de ser obstetra. [...] O meu desejo é aprender alguma coisa... porque a maioria dos partos vai acontecer de forma fisiológica e o médico vai ter que estar lá só no finalzinho, de goleiro, para pegar a criança. Ainda mais hoje em dia no hands off, né? [...] então, é para aprender algumas técnicas para tentar melhorar a minha atuação como obstetra, para poder ajudar mais quando não tiver ninguém ou, às vezes, quando tiver uma doula, poder revezar com ela. Eu já tinha o hábito de tentar conversar, de usar um tom de voz mais baixo, mas nunca tinha pensado nessa coisa da respiração, por exemplo, de tentar respirar com ela... eu sempre falava “fica calma”, mas elas não conseguem. Eu nunca tinha pensado que a gente, ao fazer a respiração, pode ajudar a acalmar [a parturiente]. Então, era isso que eu estava procurando, essas maneiras de tentar ajudar, essas sutilezas no modo de trabalhar que pudessem me ajudar a tentar ajudá-las [...]. Se você tem alguma maneira de oferecer um pouco mais de conforto, eu acho que isso melhora muito o atendimento. E eu acho que qualquer conhecimento é válido [...]. Eu tento ver os meus pontos mais fracos, para melhorar um pouco. Não acho que eu vou ficar perfeita, mesmo porque muita coisa em mim, que vem da minha formação, fica enraizada e acabo fazendo sem perceber. Aí, depois eu fico lá me culpando, me martirizando, mas é um passo de cada vez. (ALESSANDRA)

Sobre essa questão da formação, Alessandra falou que sempre se sentiu “incomodada” com a forma como os médicos são ensinados na faculdade, e que só começou a entender o que a incomodava no “modelo tradicional” quando conheceu “esse outro modelo”.

Eu fui formada no modelo tradicional, que eu acho que ainda é o modelo que todas as escolas formam. [...] o modelo tradicional me incomoda muito... aquela coisa da mulher ficar sempre na posição deitada. Algumas até hoje preferem, muitas por falta de informação ou por não conhecerem outras posições. Mas de ter que ser aquilo, de ter que ser imposto a episio [episiotomia] de rotina, a ocitocina de rotina para acelerar o parto... Isso sempre me incomodou. O que às vezes acontece na formação dos médicos, que eu entendo, mas não aceito, é de fazer intervenções sem indicação porque a gente precisa aprender. Eu sempre detestei isso. Se tem uma indicação, tem uma indicação e você vai lá, faz e aprende. [...] Quando eu comecei a ver esse outro modelo, aí eu comecei a entender mais palpável o que me incomodava tanto. [...] Essa questão da autonomia da mulher... de fazer as coisas sem falar, sem informar, de imposição... o modo como os bebês são recepcionados também me incomodava muito. E aí, conforme eu fui descobrindo esse outro modo, eu fui tentando aprendê-lo e fui cada vez tomando mais gosto. (ALESSANDRA)

Alice, de 25 anos, sem filhos, formada em enfermagem e que atua como professora em uma escola para técnicos e auxiliares de enfermagem, também relatou, em entrevista, a sua percepção sobre o modelo de assistência obstétrica ensinado durante a sua graduação.

Eu já achava o cúmulo do absurdo o que eu aprendi na faculdade. Eu lembro de quando eu estava no estágio e fui acompanhar uma cesárea [...]. Quando eu vi o modo como amarraram a mulher e limparam a barriga dela, eu tremia e ficava imaginando aquela mulher pelada, como ela devia estar se sentindo [...] e eu, assim, assustadíssima, pensando “que porra é essa que estão fazendo? Por que tem que amarrar o braço dela? É uma cesárea! É um nascimento!”. Eles falavam que tinham que amarrar porque ela podia infectar... e eu, “o que que é isso?”. E eu lembro que, quando a criança saiu, pegaram a criança e colocaram lá no berço, e aspira, e limpa, e não sei o que... e a única coisa que eu queria fazer era pegar a criança e levar para ela [...]. Eu pensava “cara, isso aqui está tudo errado!”. Se a mulher não está doente e essa criança é saudável, porque tem que ser desse jeito? Eu não entendia aquilo, sabe? [...]. A minha visão era de que aquilo estava errado, estava muito errado. (ALICE)

Alice não trabalha diretamente na assistência ao parto e nunca tinha ouvido falar sobre “doula” durante a graduação. Contudo, recentemente, ela teve que passar com seus alunos pelo módulo “Saúde da Criança e da Mulher” no curso que ministra na escola técnica, e comprou o filme *O Renascimento do Parto*, porque “queria que eles vissem realmente o que era”. Foi então que ela conheceu as doulas e se sentiu impelida a procurar o curso.

Eu gostei do que as doulas falaram. Teve uma moça super zen e tranquila que disse uma coisa que me marcou muito. Ela falou que os ocidentais assimilam a dor do parto como aquela passagem bíblica e que a gente considera essa dor como se fosse um sofrimento [...]. Aí, eu pensei “nossa, que sacada, né?”. (ALICE)

Para Alice o filme proporcionou uma reflexão sobre o seu próprio nascimento.

Quando veio o filme, eu fiquei em choque. Eu fiquei muda, não conseguia falar, porque o filme é um tapa na nossa cara. Eu pensei assim “o parto da minha mãe foi enganação. Enganaram a minha mãe”. Falaram para a minha mãe que eu tinha duas circulares de cordão e que tinha que ser cesárea, e aí, eu vi que era tudo mentira. Eu não vou falar para a minha mãe, porque... eu podia ter nascido de parto normal. Minha mãe era uma mulher saudável, eu era um bebê saudável e estava tudo certo, mas não esperaram, né? O filme trouxe essa reflexão. [...], então, assim, eu já tinha uma visão de que um monte de coisas era desnecessário [...]. Então, eu pensei “eu preciso fazer o curso e conhecer pessoas, porque essa realidade é o cúmulo do absurdo”. (ALICE)

A partir daí, Alice começou a pesquisar por cursos de doulas no *Google*. Nessa busca, ela encontrou várias opções, mas escolheu o curso de Clarice pelo fato dele ser oferecido em dois módulos, e não do tipo “abre a cabeça aí que vou jogar tudo o que você tem que saber em trinta e duas horas e boa sorte”, mas também pela “forma como a empresa se apresenta na mídia”.

Eu escolhi o [nome do curso] pela forma de apresentação do site e pelo vídeo de apresentação da [Clarice], que parece que está conversando com você. Eu achei maravilhoso quando ela fala que a gente precisa de alguns pilares para ser doula e que o primeiro pilar é o coração. Eu falei “cara, isso tem tudo a ver comigo! Eu preciso fazer esse negócio”, porque é isso, cara, é você pegar a ciência, pegar o amor e unir tudo isso numa coisa só. (ALICE)

Havia, ainda, algumas alunas, como Amália e Ana, que tinham motivações tanto pessoais como profissionais. Amália tem 23 anos, é recém-formada em fisioterapia e estava numa “crise profissional” quando decidiu ser doula. Após passar pela perda gestacional de gêmeas na décima nona semana e, nesse processo, passar por um parto no qual sofreu violência obstétrica, Amália começou a participar de um grupo de mães criado pela doula que a acompanhou.

Foi justamente nesse grupo que eu descobri que o meu processo seria ajudar as mães, não só as que passaram por isso, mas de ajudar nesse processo de entrega e a não passar pelo que eu passei no hospital com o plantonista, mas também desse despertar da consciência de si mesma, de ser mulher, que não é só relacionado a gestação, mas a vários aspectos que a gente perde pelo caminho, essa essência. (AMÁLIA)

Nessa época, ela reencontrou uma amiga que já estava no final da gestação e que queria muito um “parto humanizado”, mas estava “totalmente perdida” e “morrendo de medo de sofrer violência obstétrica”. Embora Amália ainda não fosse doula, ela “já estava nesse meio das doulas” e “já conhecia um pouco do processo” e, assim, se disponibilizou para acompanhar a amiga.

Eu costumo dizer que, por eu não saber nada, eu só ofereci o meu coração para ela e foi tão maravilhoso, foi tão perfeito, que eu acho que nenhum parto daqui pra frente eu vou ficar tão entregue como foi com ela. Então, esse foi o marco em que eu falei “nossa, eu quero ser doula”. [...] deixar o instinto e fazer o que precisava ser feito, foi o melhor que eu pude oferecer para ela. Faz parte do meu processo de luto também. Engraçado, mas a DPP [data provável de parto] dela era um dia depois da minha. No grupo de doulas me perguntaram como eu estava me sentindo em relação a isso. Falando assim, parece que foi muito difícil. Mas não, foi uma espécie de cura mesmo. (AMÁLIA)

Ana tem 35 anos, é psicóloga e mãe de uma menina de sete anos, nascida de um “parto normal hospitalar” que ela considera como “um divisor de águas”. Até o quinto mês de gestação, Ana pensava em fazer uma cesárea, pois “acreditava que era o melhor e o mais seguro”, mas uma amiga, que mora no Sul do país e “tentou parto domiciliar”, enviou de presente para ela um CD de *Yoga para Gestantes* da Fadyinha e, a partir daí, ela “começou a pesquisar” e “a construir a ideia” de ter um “parto natural”. Ana também participava de um grupo *online* de “apoio ao parto humanizado” que, segundo ela, “me amparou e foi me dando subsídios para que eu fomentasse as minhas escolhas para ser do jeito que eu queria”. Ana relatou o seguinte sobre a sua experiência de parto:

Eu não queria nenhuma intervenção, mas eu tive todas as intervenções. Na minha última consulta antes do parto, ela [a médica] descolou a membrana. É um procedimento muito doloroso que eu não recomendo para ninguém. Depois disso, eu entrei em pródromos e, no domingo, eu comecei a entrar no que eu acreditava ser o trabalho de parto, porque eu perdi líquido e estava com contrações já há três dias. Eu fui para o hospital e, apesar de eu ter pedido e de até ter me prontificado a assinar alguma coisa, eles colocaram ocitocina. Isso me atrapalhou bastante porque eu estava trabalhando a respiração. Já que eu tinha decidido fazer um parto normal, eu fui atrás dos recursos que eu conhecia na época. [...]. Eu tive bolsa furada, passei por episio [episiotomia], por manobra de kristeller [...]. Apesar de todos os pesares, foi uma conquista, porque na época era... ainda é muito difícil aqui na minha cidade e, na época, era impossível. [...]. Foi um parto bom, dentro do possível. (ANA)

Ana falou que, mesmo tendo pesquisado sobre o tema durante a gestação, aquilo ainda era muito “distante” para ela, e que, quando optou pelo “parto natural”, foi desencorajada por todas as pessoas que conhecia.

Todo mundo falava que eu era louca, que isso era um absurdo, que o risco de eu morrer era muito maior [...], enfim, ouvi tudo o que você pode imaginar para não parir. Na verdade, eu nunca encarei o parto como um lugar de não dor. Eu acho que eu só entendi que dor não é sinônimo de sofrimento. [...]. Eu não fui com medo da dor. Mas eu vejo hoje que as mulheres morrem de medo dessa dor, porque elas acham que é dor da morte, elas não encaram que é dor da vida, né? Para mim não é, mas eu sei que ter esse olhar é exceção no meu meio. (ANA)

Depois do nascimento da sua filha, Ana disse que continuou pesquisando e percebeu que estava começando um “movimento” na sua cidade, produzido por um grupo de “parto humanizado”, cujo fundador é o “único obstetra realmente humanizado” da região. De acordo com ela, “esse grupo foi me fortalecendo e daí calhou de eu ter tempo, grana e experiência, e de ver que agora, nesse momento na cidade, dá para construir alguma coisa”. Sobre a sua expectativa para atuar como doula, ela falou o seguinte:

Quero trabalhar como doula, só não sei se de parto. Estou formando um grupo de gestantes em que eu vou falar das implicações psíquicas da gestação, já que essa é minha área. Vou trabalhar com o que eu tenho segurança de doze anos de formada. Vou levar um pouco do conhecimento que eu tenho para o grupo, e começar a sentir o mercado, e me sentir nesse lugar também [...]. Eu não vou migrar de uma profissão para outra, mesmo porque eu gosto de ser psicóloga e não quero deixar de ser, mas eu quero mais unir os dois do que ser doula e ponto. (ANA)

3.5.3. Tornando-se doula

O curso aconteceu durante quatro dias, de quinta-feira a domingo, sempre das oito às dezoito horas, exceto no domingo, que terminou um pouco mais cedo, às quinze horas. Todos os dias tínhamos dois intervalos curtos, um pela manhã e outro à tarde, quando eram servidos sucos, chás e lanches muito saborosos que, seguindo uma tendência de comportamento mais “naturalista”, tinha, pelo menos, uma opção vegetariana; e uma hora de almoço, na qual o grupo normalmente se dividia: algumas alunas iam almoçar em restaurantes próximos à “casa nova”, enquanto outras preferiam ficar no salão descansando.

O curso não tinha uma programação regular de aulas expositivas, práticas e “vivenciais”. No primeiro dia, após a apresentação, fizemos a “vivência da caverna”, e, ao longo dia, tivemos aulas expositivas sobre “Quem é a Doula”, “Antropologia do Nascimento”, “Modelos de Assistência ao Parto”, “Ativismo” e “Anatomia e Fisiologia do Parto”. O segundo dia, que foi quase inteiramente dedicado às “fases do trabalho de parto” e a “dor do parto”, já foi mais “prático” e “vivencial”; neste dia, fizemos a “vivência da dor” e praticamos posições e técnicas para serem utilizadas no trabalho de parto. O terceiro dia, segundo as alunas, foi um dia “muito mental” ou “bastante pesado”, pois tivemos “muita teoria importante num único dia”, falou Alice, ou porque “o assunto foi mais técnico”, me disse Amália; neste dia, tivemos aulas expositivas sobre “Medicina Baseada em Evidências”, “Intervenções no trabalho de parto”, “Cesariana” e “Ética”, e, no final do dia, assistimos ao

filme *Orgasmic Birth*. No último dia do curso, não tivemos aulas expositivas nem práticas, apenas participamos de uma “vivência de Meditação Kundalini” e conhecemos o “Programa de Certificação” – roteiro inspirado no processo de certificação da *DONA International*, em que as alunas devem seguir mais sete passos para se tornar doula “certificada”. Neste dia, no encerramento do curso, almoçamos todas juntas na “casa nova”, cantamos e dançamos em uma “ciranda” e uma das alunas, Astrid, que é atriz e cantora, fez uma breve apresentação de uma música que ela compôs.

As aulas expositivas foram quase todas ministradas pela coordenadora Clarice e pelas instrutoras Iara e Iris, exceto as aulas sobre “Anatomia e Fisiologia do Parto”, que foi dada pela enfermeira obstétrica Isabel, e de “Medicina Baseada em Evidências” e “Intervenções no trabalho de parto”, que foram dadas pelo médico obstetra Igor. Nessas aulas, nós ficávamos sentadas ou deitadas nos *futons* e nas almofadas, enquanto os instrutores davam aula sentados no tatame, próximo à parede onde era feita a projeção dos *slides*, ou ficavam em pé, como foi o caso da Isabel, para demonstrar os movimentos do bebê durante o trabalho de parto, com o auxílio de um modelo, feito de pano, dos ossos da bacia.

De modo geral, as alunas participavam bastante das aulas expositivas, principalmente, das aulas sobre “Anatomia e Fisiologia do Parto”, “Fases do trabalho de parto”, “Dor do parto”, “Intervenções no trabalho de parto” e “Cesariana”. Nessas aulas, as alunas faziam diversas perguntas e comentários, muitas vezes motivadas pelas suas experiências pessoais ou profissionais – algumas queriam esclarecer sobre as fases e intervenções que sofreram durante o trabalho de parto, enquanto outras, como as fisioterapeutas Amália e Antônia, traziam várias informações complementares sobre os músculos do abdome ou sobre os ossos e ligamentos do quadril. Por outro lado, a aula expositiva que teve menos participação das alunas foi a aula sobre “Medicina Baseada em Evidências”. Nessa aula, embora todas as alunas estivessem prestando atenção em tudo o que era falado, ninguém fez nenhuma pergunta ou comentário. Igor chegou a perguntar para o grupo, em diversos momentos durante a sua exposição, se alguém tinha alguma dúvida e se ele podia prosseguir com o conteúdo, mas ninguém se manifestou abertamente; nestes momentos, só era possível escutar as alunas murmurando umas com as outras.

As aulas expositivas do primeiro dia, exceto a aula sobre “Anatomia e Fisiologia do Parto”, tinham como objetivo oferecer às participantes uma visão geral e introdutória sobre o “universo das doulas”, ou do “universo” onde elas iriam atuar. A apresentação de “Quem é a Doula” foi feita pela Clarice, que começou com a acepção grega do termo, passando pela definição de Dana Raphael, até chegar ao sentido atribuído pelos médicos Klaus e Kennell,

considerados responsáveis pela “descoberta” da função das doulas durante o parto. Entretanto, a ênfase desta apresentação esteve no que “a doula faz” e no que “a doula não faz”, como se fosse necessário delimitar, logo de início, uma fronteira, visto que o seu papel ainda se encontra em construção. A doula não pode realizar nenhum procedimento médico ou clínico na assistência ao parto; ou questionar qualquer decisão da equipe; ela também “não substitui ninguém e não pode ser substituída, ela tem um papel único”, disse Clarice. A doula também não “empodera” a mulher. “Ninguém empodera o outro”, ela falou. A doula “vai dar a base” para a mulher fazer uma “escolha informada”. Sua função está em “resgatar a confiança materna”, “normalizando” a experiência de parto.

A aula de “Antropologia do Nascimento” teve uma abordagem evolucionista. De acordo com o que foi exposto, a “evolução humana” ocasionou mudanças no corpo – estreitamento da bacia para ficar de pé e aumento do crânio – que tornaram os “partos mais difíceis”. Nesse processo “evolutivo”, a “hospitalização maciça dos nascimentos”, fez com que a mulher deitasse e ficasse passiva, e o parto, de “comandado pela natureza”, passou a ser “comandado pela voz humana”.

Os “Modelos de Assistência ao parto” foram apresentados segundo a classificação da antropóloga Robbie Davis-Floyd: tecnocrático, humanista e holístico. O modelo Tecnocrático ou Medicalizado é um modelo “intervencionista”, centrado na equipe assistente e na instituição, com foco na dor do parto e em como eliminá-la. O Humanista ou Humanizado é um modelo “individualizado”, centrado na mulher e nas “escolhas” da mulher, com ênfase nos aspectos fisiológicos e emocionais desta (corpo e mente). Já o modelo Holístico é “individualizado” e “desmedicalizado”, cujo enfoque está na pessoa “completa” (corpo, mente e espírito). “Nós fizemos uma importação malfeita”, disse Iris, referindo-se ao modelo “medicalizado e tecnocrata” norte-americano que influenciou o modelo de assistência hegemônico aqui no Brasil.

Diante desse cenário que nos foi colocado, passamos, então, para a aula sobre “Ativismo”. Iris explicou que os movimentos sociais de mulheres “bem informadas”, com o apoio de profissionais da área da saúde, passaram a exigir outra assistência. Falou também sobre a tríade “informação”, “responsabilização” e “transformação”. Segundo ela, “informação implica em responsabilização” e nem todas as mulheres “buscam” informação ou “querem” se assumir como corresponsáveis por este processo. Nesse sentido, “a doula não empodera ninguém, ela informa as mulheres [aquelas que buscam informação] e as mulheres se empoderam”, porque “a porta da transformação só abre pelo lado de dentro”, disse.

A última aula do dia, “Anatomia e Fisiologia do Parto”, segundo a enfermeira obstetra Isabel, tinha como finalidade apenas apresentar a anatomia do aparelho reprodutor feminino e a fisiologia do parto, sem aprofundar muito, mais para que pudéssemos conhecer como acontece o parto e reconhecer as diferentes fases do trabalho de parto. “Se se apegar à teoria, perde a essência de doula [...] mesmo numa emergência. [...]”, disse ela, “A doula precisa sentir e se envolver, muito mais do que ser Ph.D. em obstetrícia”. Para Isabel, mais do que entender de anatomia e fisiologia, a doula tem que “entender quem é a mulher” e “o que que está pegando que está atrapalhando esse parto”, pois, de acordo com uma citação que ela apresentou em um *slide*,

É inato a cada fêmea do reino animal - como a cada mulher - um sistema reprodutivo perfeitamente organizado para a manutenção da espécie, e para que gerar, gestar, e parir sejam experiências seguras para a mulher (Autor desconhecido).

Ela mencionou também a ideia de “hands on” e “hands off” (com e sem intervenção), afirmando que “cada vez que se faz uma intervenção, aumenta-se o risco”. “A natureza é sábia”, disse Isabel, “a gente é que destrói ela”. Vale ressaltar que não só a oposição entre “natureza” e “cultura” permeou essa aula, mas também a ideia de uma agência imputada ao bebê, talvez pela sua ligação direta com a “natureza”. Em vários momentos, enquanto explicava o “mecanismo de parto”, Isabel se referia a “ele”, o bebê, como aquele que “gira”, que “se encaixa” e que “determina” o momento do nascimento. Teve uma ocasião em que ela perguntou para o grupo “Quem determina a hora de nascer?”, enquanto apresentava as imagens de um bebê, de um médico e de uma mulher. Todas as alunas, em coro, responderam “o bebê!”. Então, Isabel concluiu “a fruta, quando está madura, cai do pé!”.

Em relação aos hormônios, havia a ideia de um antagonismo entre a adrenalina e a ocitocina, hormônio que promove as contrações uterinas e que também está presente nas relações amorosas e na amamentação. “Quanto menos adrenalina, mais ocitocina”, disse Isabel. Aliás, ela mencionou dois fatores que “atrapalham” o trabalho de parto: a adrenalina e a “ativação” do neocórtex, que podem ser consequências do medo, de conflitos, dúvidas ou inseguranças, da falta de privacidade, frio, entre outros fatores. “É preciso o apagamento do neocórtex para entrar na partolândia”, disse. Em seguida, perguntou para o grupo “E o que fazer?”, e logo respondeu “Apagar a luz, calar a boca e manter a privacidade. [...] Estamos aqui falando de ciência!”.

As aulas expositivas do segundo dia mesclaram-se às práticas e à “vivência”, de forma que pudéssemos aprender, também com o corpo, sobre “As fases do trabalho de parto” e “Dor

do parto”. Utilizando como recurso um vídeo de um parto domiciliar publicado no *site Youtube*, Clarice mostrou como reconhecer as diferentes “fases” a partir do comportamento da mulher, como a sua postura, o seu olhar e o que e como ela fala/grita; e, em cada uma dessas “fases”, o que a doula pode sugerir como medida de alívio e de conforto. Segundo ela, a doula fornece “ferramentas” para a mulher “conhecer o processo” e “ficar mais segura” para passar por ele. A doula também tem que observar a mulher para ver “se e quando a dor vira sofrimento”, e desmistificar essa “dor do parto como sofrimento”. Diferentemente da abordagem médica, que encara a dor do parto como algo negativo e que deve ser eliminado, a dor foi apresentada como “algo fisiológico” e que tem uma finalidade. “Ela é aliada, não inimiga!”, “São como ondas, vem e vão”, “Ela vai trazer o seu bebê!”, “Ela é sábia!”, “A dor tem um propósito, ela mostra que o nosso corpo funciona!”, foram algumas das frases ditas ao longo do dia.

No terceiro e último dia de aulas expositivas, vimos que uma “assistência humanizada” é constituída por três “pilares” – “melhores evidências”, “experiência clínica” e “características do paciente” – e que, dentro dos “níveis de qualidade” das evidências e de seus “graus de recomendação”, as “revisões sistemáticas” são consideradas as “melhores evidências” atualmente. “Humanização não se trata de não intervenção. Trata-se de intervir quando necessário”, disse o médico Igor. Vimos também as intervenções “mais comuns” na assistência ao parto, por que elas são feitas e, para algumas delas, por que não deveriam ser feitas de forma rotineira. A cesariana, que apesar de também ter sido tema de uma aula, apareceu nessa aula como uma intervenção que possui “indicações absolutas, relativas e falsas”. Aliás, um fato interessante que aconteceu na aula sobre “Cesariana” foi quando a instrutora Iris afirmou, logo no início da aula, que “cesárea não é parto”. A psicóloga Arlete, de 35 anos, mãe de três crianças nascidas por cesariana, retrucou espantada, mas num tom de voz baixo, “Como assim cesárea não é parto?”. A reação de estranhamento de Arlete me chamou a atenção, pois foi a mesma reação que tive há alguns anos, quando conheci as doulas, e uma delas marcou essa distinção: “cesárea não é parto, é uma intervenção cirúrgica para extração do bebê”.

Não obstante, os pontos altos do curso foram as aulas práticas e as “vivências”. As aulas práticas eram muito dinâmicas. Nós nos movimentávamos muito pelo salão e praticávamos sempre em grupos de duas ou três pessoas, das quais uma simulava a mulher em trabalho de parto e a(s) outra(s) atuava(m) como doula(s). Nessas aulas, além dos movimentos e posições para o parto, aprendemos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, e modos de respirar e de vocalizar que “relaxam” os

músculos do assoalho pélvico; conhecemos também formas de ajudar na “evolução” do trabalho de parto, utilizando recursos materiais, como a bola suíça, a banqueta para parto e o rebozo (ou canga), e recursos ambientais, como o controle da iluminação, dos sons/ruídos e da temperatura.

Já as aulas “vivenciais” tinham mais um caráter de “introspecção” e de “autoconhecimento”. Nestas “vivências”, nós ficávamos sempre de olhos fechados ou vendados e, ao final de cada uma, sentávamos em uma grande roda para compartilhar as experiências, sensações e sentimentos. As “vivências”, segundo Clarice, fazem com que o curso seja “muito psicológico”; e essa característica psicologizante, de acordo com o seu relato, estaria relacionada com a formação das organizadoras

Eu acho que ele [o curso] tem esse caráter terapêutico muito forte, e não é à toa que nós somos três psicólogas aqui. Enfim, esse é o nosso olhar. A gente está impregnada dele, né? Como um curso coordenado por uma fisioterapeuta vai ter uma outra pegada completamente diferente. (CLARICE)

A primeira “vivência” que fizemos foi a “vivência da caverna”.

Logo após a rodada de apresentações, Clarice nos pediu para ficar de pé e movimentar bastante o corpo. Seguindo as instruções, nós levantamos e começamos a mexer o corpo em uma dança livre, mas ainda um pouco tímida. Clarice sugeriu, então, que ocupássemos todos os espaços do salão e que fizéssemos movimentos amplos.

Algum tempo depois, Clarice fechou as cortinas e nos pediu para deitar no tatame em uma posição que fosse confortável, e fechar os olhos. Assim, fizemos. A partir daí, Clarice foi nos conduzindo para um “relaxamento” e para uma “visualização”.

Nesta “visualização”, nós nos deparamos com uma caverna – o nosso “feminino” – e, dentro dessa caverna, com galerias; em cada galeria que entramos, “visualizamos” diferentes momentos de nossas vidas. Nos vimos na menarca, depois, no primeiro contato sexual com o corpo, na primeira relação sexual; depois nos vimos grávidas, nos vimos parindo e, por último, encontramos conosco “anciãs”, na menopausa. Então, fomos para frente dessa senhora e escutamos o que ela tinha para nos dizer.

Ficamos deitadas, de olhos fechados, por mais algum tempo e, depois disso, Clarice pediu para que fôssemos “despertando”, cada uma no seu tempo, e sentando novamente no tatame para formar a roda. Quando a roda se formou, Clarice perguntou o que tínhamos “visto” e sentido; algumas alunas relataram como era “a caverna”, a sua cor e textura, a

presença ou ausência de “luz” e “portas”; falaram também sobre as suas experiências nessas fases e sobre seus sentimentos ao se “reencontrarem”.

De acordo com Clarice, a “vivência da caverna” procura fazer com que as alunas “olhem para a mulher dentro delas”, pois “está tudo escondido ali”. Essa, foi a “vivência” que Alice mais gostou. Ela falou o seguinte sobre isso:

A meditação na caverna foi um start para eu refletir sobre muita coisa da minha vida e para eu refletir sobre muita coisa das mulheres, porque eu convivo com muita mulher [...]. Isso tem uma sensibilidade... tocou em um aspecto do qual a gente nunca conversou na minha família, nem na faculdade e nem em lugar nenhum. E os depoimentos da gente, aquela conversa depois, meu Deus! Gente, tinha que fazer isso com todas as mulheres do mundo! A gente precisava passar por isso. Eu fiquei encantada quando ela [Clarice] falou que a irmã ganhou flores quando menstruou. Cara, isso é de uma sensibilidade sem tamanho! Isso é lindo demais!

A segunda vivência foi a “vivência da dor”.

Na vivência da dor, nos organizamos em duplas. Nessas duplas, uma das participantes era a doula e, a outra, a mulher gestante. Eu formei dupla com Andressa, nutricionista de 29 anos, sem filhos, mas que pretende tê-los em breve. Como eu já tenho uma filha, ela sugeriu que eu ficasse com o papel de doula, e ela com o da gestante. Eu aceitei.

As duplas se posicionaram no entorno do salão, próximas às paredes, e recebemos, cada uma das participantes, uma bolinha de tênis. Clarisse pediu para colocarmos a bolinha entre as costas e a parede, em uma posição que fosse incômoda. Pediu, então, que fechássemos os olhos e que pressionássemos a bolinha, com as costas, contra a parede.

Na sequência, percebi que Clarisse, Iara, Iris e as “Staffs” começaram a nos provocar diferentes estímulos: num primeiro momento, acenderam uma luz bem forte na sala, começaram a falar alto, falar coisas diversas, soltar gargalhadas, bater objetos produzindo ruídos afogados (como quando se bate em uma almofada) perto dos nossos rostos, enquanto isso, nós empurrávamos a bolinha contra a parede.

Passado algum tempo, percebi que as luzes se apagaram e que esses primeiros estímulos “agressivos” cessaram, dando passo a outros estímulos mais “delicados”: música relaxante em um volume bem baixo, um aroma suave e carícias. Senti, também, que colocaram algo semelhante a uma bolsa térmica morna na minha barriga.

Cada uma destas duas sessões de estímulos durou alguns minutos que eu não tive como mensurar. Em certo momento escutei uma voz baixa no meu ouvido me pedindo para abrir os olhos e “cuidar da minha gestante”. Abri os olhos e procurei Andressa ao meu lado, sem encontrá-la. Foi então que reparei que ela estava sentada no chão, assim como outras

participantes. Agachei e sentei a seu lado e percebi que ela respirava com dificuldade, como se estivesse “em sofrimento”. Por um momento, fiquei sem saber o que fazer. Então, segurei nas suas mãos, fiz carícias nos seus braços, e comecei a acompanhar a sua respiração, procurando acalmá-la. Depois de alguns minutos ela abriu os olhos, emitiu algo como um suspiro e me relatou que não tinha “aguentado”, que tinha sentido uma “fraqueza” nas pernas e, por isso, teve que sentar. Enquanto eu “cuidava” da Andressa, percebi conversas em voz baixa de outras duplas; e, também, que algumas das participantes estavam chorando enquanto eram acolhidas pelas suas duplas.

Ao final, formamos novamente a grande roda e algumas participantes relataram as suas experiências. Eu comentei as percepções que tive sobre a minha respiração com os diferentes estímulos; em um primeiro momento, na sessão de estímulos “agressivos”, senti que a minha respiração ficou curta e ofegante e, depois, durante os estímulos mais “delicados”, mais profunda e calma. Falei, também, como havia me sentido “impotente” e sem saber o que fazer para acolher a Andressa. Ela, por sua vez, compartilhou com o grupo a “fraqueza” e a dificuldade que tinha sentido para ficar em pé, mas sem saber explicar o motivo disso ter acontecido.

A última “vivência” que fizemos foi a “Meditação Kundalini”.

Antes da vivência, sentamos em roda e Ítalo explicou que íamos fazer uma meditação “bem forte” e perguntou se alguém já tinha experiência com “meditação dinâmica”. Nenhuma das alunas respondeu, somente eu. Falei que já tinha feito e ele me perguntou qual. Eu respondi que tinha praticado a meditação *Kundalini* e, então, ele perguntou pela “modalidade”, ao que eu não soube responder. Ítalo esclareceu para o grupo a forma em que seria desenvolvida esta meditação e sugeriu que fizéssemos um lanche leve, só frutas e sucos, antes da vivência começar. Solicitou que levássemos qualquer pertence que pudéssemos precisar, pois eles iriam preparar o ambiente para a atividade.

Assim como no primeiro dia, a entrada das alunas aconteceria de uma em uma, ao comando de uma “Staff”. Após o lanche, formamos uma fila e eu sugeri a Agnes, a dona de casa que foi fazer o curso acompanhando a cunhada, que tirasse o casaquinho ajustado que vestia, para que ficasse mais “confortável” durante a prática. Ela, então, sorriu e me respondeu que não participaria. Reparei que, assim como Agnes, sua cunhada Anita e Arlete não iriam participar da meditação.

Enquanto esperava chegar a minha vez de entrar no salão, escutava o som de uma música eletrônica bem alta e alguns gritos vindos lá de dentro. Íamos entrando uma a uma e o

que, antes, era curiosidade, desta vez, era uma espécie de ansiedade ou excitação. Até que chegou a minha vez.

Entrei no salão e fui recebida, mais uma vez, por Ítalo, que ia recebendo a todas, uma por uma. Ele pediu para eu estender as minhas mãos com as palmas voltadas para cima e verteu algumas gotas de um óleo essencial nelas. Pediu para eu esfregar as palmas das mãos uma na outra e depois percorrer o meu corpo com elas, desde os pés até a cabeça, sentindo o perfume ao passar pelo rosto. Enquanto eu era recepcionada, as alunas que tinham me precedido dançavam eufóricas pelo salão e emitiam os gritos que eu tinha escutado ainda lá fora. Entrei na dança, que se prolongou por mais algum tempo depois da entrada da última aluna.

Em certo momento a música parou e fomos convidadas a vendarmos os nossos olhos com os mesmos lenços que recebemos no primeiro dia. Ítalo foi nos explicando que a prática iria acontecer em quatro etapas, de quinze minutos cada, cuja transição seria dada pela mudança na música.

Quando estávamos todas com os olhos vendados, começou a tocar uma música muito alta com som de batidas de tambores. Ítalo, então, começou a nos incitar para que nós movêssemos o corpo seguindo as batidas da música, de forma a tremer e “soltar” (chacoalhar) os membros, tronco e cabeça. Fomos estimuladas, também, a nos expressarmos através de gritos, se assim desejássemos. E, pelo que pôde parecer, muitas o fizeram. Na segunda etapa, a música era mais suave. Fomos instruídas a soltar o corpo em uma dança de movimentos fluidos, deixando “aflorar” o nosso “feminino”, a nossa sensualidade. Eu senti emergir uma sensualidade nos movimentos ao meu redor. Fui atraída em vários momentos por abraços e sentia o esfregar dos corpos, uns nos outros. A terceira etapa teve início quando a música parou e todas ficamos estáticas na posição em que nos encontrávamos naquele instante. Eu parei em uma posição com o corpo fletido para a frente e para abaixo. E assim permanecemos por 15 minutos, resistindo. A última etapa consistiu em sentar na posição “tradicional” e “acalmar” as nossas mentes e corpos. Meditamos.

Como de costume depois das vivências, formamos a roda e compartilhamos as experiências, inclusive as três alunas que não participaram da meditação. Ítalo as convidou para falar, se assim quisessem, o porquê de não terem participado. Só Arlete falou. Ela explicou que ela já estava se sentindo apreensiva com a proposta por questões “espirituais” e que, junto a isso, estava aguardando notícias sobre a saúde da sua filha caçula que poderiam tirá-la no meio da prática.

4 SOBRE A “PORTA QUE ABRE POR DENTRO”

Um dos livros recomendados para a leitura no curso etnografado foi *O camponês e a parteira*, de Michel Odent (2003). Neste livro, o autor chama a atenção para a necessidade de nos prepararmos para a “era pós-industrializada do parto” – o que pressupõe uma mudança “radical” de atitudes.

Aproveitando-se de um “vocabulário renovado” do movimento pela agricultura orgânica, Odent preconiza uma atitude “biodinâmica” frente ao parto “pós-industrializado”. Isto é, uma atitude que “compreende” e “aproveita todo o potencial fisiológico da mãe e do bebê” (ODENT, 2003: 125), na qual a mulher possa se sentir “livre” no momento do parto, e que tem como foco declarado o bebê e a redução do risco de sofrimento deste. Ademais, essa atitude é concebida como “o oposto do parto controlado culturalmente” por médicos.

A mudança para uma “atitude biodinâmica”, segundo ele, não é imediata; antes, requer uma “preparação”, uma “adaptação” a um “período de transição” – período no qual as doulas aparecem como aquelas que podem ter um papel chave de apoio no contexto de uma família nuclear.

Interessante notar que Odent (2003), embora procure exaltar os aspectos positivos da presença das doulas, aponta para um artigo⁵⁴ cujo resultado mostra que a presença delas não impactou nas taxas de cesáreas ou de partos vaginais. Ele ressalta o fato de que os autores deste artigo enfatizaram que todas as doulas tinham participado de programas de formação, enquanto não relataram o modo pelo qual essas doulas foram escolhidas. A ênfase dada à questão do “treinamento” nesse artigo, segundo ele, “sugere que *o que* a doula faz é mais importante do que *quem* ela é” (ODENT, 2003: 143, grifo do autor).

Odent (2003) adverte que “a doula ideal deve ter consciência de tudo relacionado à gestação, ao parto e à amamentação, mesmo que seu conhecimento seja superficial” (ODENT, 2003: 143), visto que ela precisa fazer a mediação entre a mulher e a equipe médica. No entanto, ele enfatiza que se prestarmos atenção apenas ao treinamento (ao que a doula faz) e desconsiderarmos no seu processo de formação o desenvolvimento e a potencialização da sua “maneira de ser” e da sua “personalidade” (quem ela é), “o fenômeno doula será uma oportunidade perdida” (ODENT, 2003: 144).

⁵⁴ Gordon, N. et al. Effects of Providing Hospital-Based Doulas in Health Maintenance Organization Hospitals. *Obstetrics & Gynecology*. V. 93, N. 3, march, 1999.

Com isto em mente, procuramos analisar o processo de formação de doulas, buscando compreender não somente o que as doulas aprendem, mas, principalmente, como aprendem e como as subjetividades vão sendo moldadas ao longo desse processo.

É importante destacar que o processo de formação de doulas não necessariamente se inicia no, ou se limita ao curso de capacitação. Doulas pioneiras, como Carolina e Cecília, iniciaram a sua atuação antes mesmo de realizarem qualquer treinamento ou capacitação específico para doulas; antes, elas se capacitaram em uma série de práticas do “complexo alternativo”, que são combinadas das mais diversas formas, cada uma à sua maneira, no atendimento de suas alunas-clientes desde os anos 1980.

O autodidatismo é uma característica semelhante àquela observada por Russo (1993) entre os pioneiros do movimento das terapias corporais, na medida em que, assim como estes, Carolina e Cecília foram responsáveis pela sua própria formação, uma formação que pode ser considerada “ecclética”, e desenvolveram métodos próprios de trabalho. Na época em começaram a atuar na assistência às mulheres durante o parto, as práticas eram precariamente definidas e elas ainda não se autodenominavam doulas.

Tinham umas equipes humanizadas que faziam partos em casa, partos na maternidade, no quarto da maternidade, e aí eu acompanhava. E aí ninguém perguntava o que era que eu estava fazendo lá, porque ninguém conhecia, ninguém sabia o que era isso, né? Então, eu me denominava acompanhante de parto, porque não tinha um nome. Só nos anos 90 que isso aconteceu. (CAROLINA)

Comecei fazendo relaxamento e indo à sala de parto, já. E aí, nesse ir e vir, comecei a desenvolver meu papel de doula, que, na verdade, eu inventei “minha doula”. Eu não sabia que existia essa profissão, mas eu fazia. (CECÍLIA)

Já as doulas Cíntia, Clarice e Cristina, participaram de cursos de capacitação de doulas antes de iniciarem a atuação, por volta do ano 2005, mas não se limitaram a essa formação. Além do curso de doulas, elas também fizeram múltiplas formações em diferentes práticas “alternativas”, como *Yoga*, *Terapia Transpessoal*, *Life Coaching* e *Biodanza*.

Nesta etnografia, os perfis, tanto das coordenadoras quanto das alunas, se distinguem e se assemelham em diferentes aspectos. Se as profissões/ocupações, histórias de vida e motivações eram diversas, nas trajetórias narradas o pessoal e o profissional, via de regra, se misturavam. Nesses relatos biográficos também não é incomum o fato delas se apresentarem como mães e enfatizarem as diferenças entre os nascimentos de seus filhos, nomeando essas vias de nascimento de formas distintas. As racionalidades, tanto das coordenadoras quanto das alunas, em relação às experiências de parto e à própria trajetória vão sofrendo mudanças na

medida em que elas vão tendo contato com o movimento e aprofundando esse contato, como acontece quando participam do curso de doulas.

No meu primeiro parto, há 42 anos, nunca teria passado pela minha cabeça que algo que o médico falasse não fosse a verdade. Foi todo um processo de 10 anos até o 4º filho, em que eu fui progressivamente mudando como pessoa, e isso foi se expressando nos partos: o 1º e o 2º foram idênticos, com 1 ano de diferença; já no 3º, eu já estava confrontando algumas regras e o meu parto foi cheio de conflitos [...]; só no 4º eu aprendi que algumas coisas podiam ser de um jeito que eu podia não gostar, e, por mais que o médico fosse um fofo, eu teria que explicar muito bem tudo o que eu queria; e aí, eu consegui tudo o que eu queria e foi perfeito. Então, eu fui me empoderando, como falam hoje. Eu fui, aos poucos, aprendendo a lidar com as coisas, saber o que eu queria e pedir o que eu queria, e consegui só no 4º parto. (CECÍLIA)

Quando eu entendi que ele [o parto] poderia ter sido de outra forma, aquilo me gerou um incômodo muito grande [...] eu entendi que eu tinha passado por algumas violências [...] o curso foi bom porque me tranquilizou. Hoje, eu consigo olhar e dizer “poxa, se há sete anos eu consegui tudo aquilo, imagina o que eu consigo sete anos depois com o território um pouco melhor”. (ANA)

Como vimos também, as motivações de caráter profissional podem ir desde a procura por um “manual” sobre como “atender partos humanizados”; ou a busca por uma “atualização” para entender um pouco mais sobre essa nova estética de parto, visando “melhorar” a atuação profissional; e até mesmo como uma possibilidade de migrar de carreira, no caso de “crises” ou insatisfações no âmbito profissional.

Interessante notar que, em um contexto de famílias nucleares, observamos o surgimento de um novo mercado, uma “mercantilização do cuidado”⁵⁵. No entanto, quando ganhar dinheiro aparece como principal motivação, é malvisto pelo grupo, dado que esta atitude não implicaria em uma adesão ao ideário da humanização e, portanto, comprometimento com o movimento.

Quem trabalha na área da saúde, seja na assistência obstétrica ou não, percebe o curso não só como uma forma de entrar em contato com pessoas ligadas ao movimento, mas também como uma forma de aprimorar a sua atuação profissional e de refletir sobre suas formações profissionais anteriores.

No acirramento da postura desmedicalizante promovida pelo movimento pós-PSD, do qual Odent pode ser considerado um dos principais ideólogos, defendia-se a revisão do papel do obstetra e da relação médico-paciente (SALEM, 2007).

⁵⁵ Agradeço à querida colega de mestrado Luciana Pontes por essa e por tantas outras reflexões. Por ora, não nos aprofundaremos nessa questão. Para mais informações sobre a “mercantilização do cuidado” ver Guimarães (2016).

Na configuração atual – quando uma obstetra procura o curso de doulas para aprender “sutilezas no modo de trabalhar” – a figura do médico deixa de representar o papel central, o “centroavante”, e passa a representar a posição – não menos importante – de “goleiro”. A invisibilidade técnica que Salem (2007) apontou, não permite concluir, também nesse caso, por uma prescindibilidade técnica. Isso pode ser percebido nas ideias de “hands on” e “hands off” bastante difundida dentro do movimento, na qual as mãos do médico-goleiro não saem efetivamente de cena. Nessa configuração – em que o médico não “faz o gol”, mas está lá para fazer “belas defesas” – a relação hierárquica entre médico e paciente não se desfaz, dado que é o médico quem ainda detém a “técnica”. O que acontece é um aplainamento nas relações entre médico e paciente na medida em que a mulher e o bebê passam a ser percebidos a partir de outro registro.

De acordo com algumas de nossas interlocutoras, no “modelo tradicional” no qual elas foram formadas, as intervenções obstétricas são ensinadas – e realizadas – sem que haja “indicação”: o médico em formação faz as intervenções porque “precisa aprender”. A intervenção como recurso metodológico de ensino causou um “incômodo” nas participantes da pesquisa durante seus processos de formação profissional anteriores. “Incômodo” esse que só foi “entendido” por elas quando elas passaram a ter contato com essa nova estética do parto, seja por meio de filmes, livros, *blogs* e *sites* que informam sobre o tema, ou através de contatos estabelecidos no âmbito profissional e pessoal – uma nova estética na qual elementos, antes tidos como indesejáveis ou que não eram considerados, passaram a ser valorizados, como a questão da autonomia das mulheres nas escolhas relacionadas à reprodução, ideia preconizada pelo movimento feminista e pelo movimento de humanização, que esbarra na percepção que se tem sobre a imposição de procedimentos e intervenções sobre os corpos da mulher e do bebê.

Já nas motivações de caráter pessoal, observamos que tanto as experiências passadas quanto aquelas que ainda estão por vir impulsionavam as nossas interlocutoras à ação. Por um lado, o reduzido número de mães no curso etnografado, além de indicar uma modificação no perfil das futuras doulas, aponta para uma transformação importante no perfil das futuras mães, visto que algumas das participantes que ali estavam planejavam engravidar e estavam fazendo o curso não só para “compreender melhor esse universo”, mas também para se preparar para uma experiência futura. Por outro lado, aquelas mulheres que passaram pelas experiências da gravidez, parto e maternidade – tenham sido estas boas ou ruins – atribuíam a isso a busca pelo curso. Para estas mulheres, as experiências individuais aparecem como principal detonador/gatilho dessa escolha ocupacional.

As mulheres que tiveram experiências “positivas” querem compartilhar e transmitir aquilo que elas “vivenciaram na pele” para outras mulheres, para que estas também possam vivenciar essa experiência. Já aquelas que tiveram experiências “negativas”, ou porque foram vítimas de violência obstétrica, ou porque se sentem frustradas e inconformadas com experiências anteriores – seja por “desconhecimento” ou porque foram “convencidas” do contrário e mudaram de opinião durante a gestação⁵⁶ – fazem o curso também como uma forma de “elaborar” o que viveram.

Um aspecto sempre ressaltado nos depoimentos é o fato de que, nesse processo de “elaboração”, elas buscam “informações” sobre “outros” modelos de assistência obstétrica, a fim de que possam se preparar para uma próxima experiência e/ou como forma de ajudar outras mulheres a não passarem pelo que elas passaram. Interessante notar que a ideia de “informar-se” aparece vinculada tanto à ideia de “preparar-se” quanto à ideia de “empoderar-se”. Conforme demonstrado por Salem (2007), há uma clara relação entre os privilégios de conhecimento e poder, na qual a apropriação, por parte da mulher, de um saber, antes, monopolizado pelos médicos, constitui-se como uma forma de empoderamento desta contra o “poder medical” e como condição necessária para convertê-la em sujeito.

Cabe ressaltar, também, a importância conferida aos inúmeros materiais de difusão de ideias produzidos pelo movimento, que visam mudar – ou possibilitam a mudança de – concepções acerca do parto, nascimento e maternidade. Alzuguir e Nucci (2015) observaram, a partir do estudo de um caso particular de um *blog* utilizado por mães, como o recurso a essas informações desempenha um importante papel na construção coletiva de identidade de uma “maternidade mamífera” no contexto da classe média urbana.

Além dos materiais informativos que são divulgados em uma variedade de *blogs*, *sites* e nas redes sociais, muitas dessas “informações” são apreendidas nos “grupos de apoio” virtuais e presenciais. Este fato reforça o caráter não só informativo, mas também terapêutico e associativo desses grupos. Neles, a sociabilidade em uma “comunidade de iguais” – iguais, principalmente, pela crença que se quer vanguardista – pressupõe um modo de “elaboração”

⁵⁶ Dias et al. (2008) realizaram um estudo em dois hospitais do Sistema de Saúde Suplementar do Rio de Janeiro e verificaram que as mulheres vão mudando de opinião sobre a via de nascimento de seus bebês ao longo da gestação. Eles observaram que 30% das mulheres decidiram de ter seus bebês por via cirúrgica desde o início da gestação; no final da gestação, no entanto, esse índice tinha subido para 70%; e, ao saírem das maternidades, 90% delas tiveram seus bebês por uma cesariana. Esta pesquisa apontou ainda que, independente do desejo inicial da mulher gestante, a interação com o serviço de saúde resultou na cesariana como via de nascimento, e que os principais fatores associados à realização destas cirurgias são: o medo da dor, o desejo de ligar as trompas, cesariana anterior, pouca informação prévia sobre as diferentes vias de nascimento e, principalmente, indicações médicas.

dos sentimentos por meio da “verbalização”. Nas palavras de Salem, “os grupos funcionam como agências nômicas, isto é, oferecem discursos e práticas que confirmam e organizam a experiência de gestação e do parto em novos moldes” (SALEM, 2007: 94).

Informadas pelo movimento, essas mulheres, diferentemente daquelas observadas por Dias et al. (2008), não mudam de ideia quanto à via de nascimento de seus bebês, elas mudam de médico. Ou, quando mudam de ideia, preferem o parto em detrimento da cesárea.

Aliás, é interessante observar a distinção feita entre cesárea e parto: “cesárea não é parto, é uma intervenção cirúrgica para extração do bebê”. Essa diferenciação também foi observada por Rezende (2012) em um grupo de mulheres gestantes, no qual passar por uma cesárea era igualada a “não parir”. Tal assertiva causa espanto e gera debates acalorados entre as mulheres.

A polêmica⁵⁷ gira em torno da ideia “mais mãe”/“menos mãe” entre mulheres que tiveram seus filhos por cesariana e mulheres que tiveram (ou queriam ter) seus filhos por parto normal/vaginal. O debate envolve a construção de um “ideal materno”, comum a ambas, no qual a concepção sobre a “boa mãe” reúne valores relacionados à saúde e ao bem-estar da família, principalmente, da criança, que foram traduzidos como “amor materno” (BADINTER, 1985) – uma norma social que opera, para ambos grupos de mulheres, a partir de mecanismos de culpabilização das mulheres que não incorporam tal ideal.

Para as mulheres que tiveram seus filhos através de uma cesariana, passar por um procedimento cirúrgico pode estar relacionado à ideia de que partos normais/vaginais são experiências perigosas e traumáticas para o bebê, e que, nesse caso, o médico tem o papel de protegê-lo contra um potencial dano causado pelo corpo da mãe, ainda que a cirurgia possa representar algum risco para si mesma. Ademais, na maior parte dos discursos analisados por Nakano et al. (2005), a cesárea aparece como “a via de parto por excelência, a mais coerente com suas trajetórias e formas de gestão da vida, do corpo e dos riscos; o modo de parir e dar à luz seus filhos que contém os valores de modernidade, controle e segurança” (NAKANO et al., 2015: 894).

Para aquelas que tiveram (ou queriam ter) seus filhos por meio de um parto normal/vaginal, por outro lado, o parto é encarado como um processo “de entrega” e como um momento singular de expressão da “natureza” do corpo feminino, cujo atributo que o qualifica como “natural” é justamente a possibilidade de dispensar intervenções médico-tecnológicas (ALZUGUIR e NUCCI, 2015) – dentro dessa construção, que é anterior ao

⁵⁷ <https://www.maternidadeativa.com.br/artigo16.html>

século XVIII, tudo aquilo que viola as “leis da natureza”, põe em risco a saúde da mãe e da criança (SCHIEBINGER, 1998).

Nesse sentido, dentro do ideário do movimento pela humanização da assistência ao parto e, especificamente, neste estudo, para as doulas, a opção que as mulheres fazem por uma “cesárea eletiva”⁵⁸ é decorrente de uma escolha “não informada”, na medida em que consideram que este procedimento cirúrgico apresenta “riscos”, do ponto de vista das “evidências científicas”, para a saúde das mulheres e dos bebês, não devendo, portanto, ser realizado de forma indiscriminada.

Polêmicas à parte, ao marcar essa distinção entre cesárea e parto, antes de tudo, essas mulheres buscam desnaturalizar a ideia da cesárea como uma via “normal” de nascimento, dado que o que se preconiza no movimento é o parto.

4.1 O parto em uma “nova era”

Conforme apresentado anteriormente, o movimento de revisão do parto, a partir dos anos 1970, faz coro ao *ethos* individualista psicologizante-libertário que marcou os movimentos sociais e políticos da época (SALEM, 2007; TORNQUIST, 2004). Esses movimentos são tributários do pensamento da contracultura que irrompeu nos anos 1960. A ideologia subjacente a esses movimentos contraculturais pode ser resumida como uma oposição à racionalidade dualista presente no pensamento científico tradicional e uma crítica ao estilo de vida nas sociedades industriais, cujas ideias vinculadas ao progresso e à tecnologia constituíam o paradigma predominante na cultura urbana da década de 1950 (RUSSO, 1993; CAROZZI, 1999).

De acordo com Carozzi (1999), a partir da década de 1960, um “macromovimento”⁵⁹ começou a ganhar força entre as camadas médias urbanas e intelectualizadas do ocidente.

⁵⁸ A expressão “cesárea eletiva”, nesse contexto, diz respeito à cirurgia que é agendada previamente e feita independentemente de existir ou não indicações clínicas para a sua realização.

⁵⁹ Um macromovimento caracteriza-se pela reivindicação de um mesmo contratema cultural, por parte de diversos movimentos sociais localizados em diferentes lugares do planeta, visando a transformação de certas situações sociais em uma mesma direção (CAROZZI, 1999). O macromovimento em questão, cuja direção de mudança privilegia a autonomia, influenciou a reforma de alguns movimentos sociais, como o movimento pacifista, o ecológico e o feminista, e também de alguns campos de conhecimento, como a educação (a partir da incorporação de uma pedagogia construtivista), a medicina (com a anti-psiquiatria e o movimento de vanguarda obstétrica) e a sociologia (com o interacionismo simbólico) (CAROZZI, 1999).

Esse “macromovimento”, segundo a autora, se apresentava ao mesmo tempo como um movimento social, cultural, religioso e terapêutico, e caracterizava-se, sobretudo, pela reivindicação à autonomia e pela rejeição ao autoritarismo hierárquico e às normas institucionais, ou seja, uma “violenta aversão a quaisquer tipos de constrangimentos sociais” (SALEM, 1991: 66).

Com a assimilação da perspectiva da psicologia humanística pelo movimento, o ideal de autonomia postulado individualiza-se e interioriza-se, passando a ser concebido como liberação do indivíduo dos condicionamentos sociais e culturais que o constroem (CAROZZI, 1999).

Russo (1993), ao analisar o movimento das terapias corporais, observou a ligação entre a difusão das práticas “psi” que fazem parte do “complexo alternativo” e a produção de um *ethos* psicologizante nas camadas médias brasileiras atingidas por esta difusão. Isto é, o florescimento de práticas “alternativas” de diferentes tipos contribuiu para a produção, difusão e popularização de uma “cultura psicológica”, visto que essas práticas, enquanto psicologizantes, passaram “a permear e dar sentido a um certo estilo de vida [...], constituindo uma forma de distanciamento ou diferenciação para os grupos que se movem no espaço social” (RUSSO, 1993: 14). Para a autora,

O fenômeno da psicologização, longe de se constituir em puro modismo, representa uma nova forma do sujeito se relacionar consigo mesmo e com o mundo à sua volta. Diz respeito ao modo como formas tradicionais de se lidar com diferentes esferas da vida – já dadas de antemão para o sujeito – são paulatinamente substituídas por formas idiossincráticas, teoricamente construídas a partir do próprio sujeito – de seus desejos e características pessoais. (RUSSO, 1993: 15-16)

Observamos nesta etnografia que essas mulheres, à despeito das diferenças de perfil, percebem a assistência ao parto no Brasil como violenta e desrespeitosa: não foram poucos os relatos de tratamento humilhante e danos corporais sofridos ou observados por essas mulheres. Além disso, conforme apontado por Clarice, o parto é uma experiência que está sendo “banalizada” na nossa sociedade, na medida em que é, via de regra, tratado como um evento passível de controle médico e concebido dentro da lógica de produtividade de que nos fala Martin (2006).

O modo como o parto é concebido por essas mulheres está associado às suas visões de mundo. Informadas pelas ideias de transformação e desenvolvimento das potencialidades individuais, sacralização do *self*, da natureza e do feminino, cura, espiritualidade, imanência e transcendência – próprias do pensamento da contracultura da década de 1960 –, essas

mulheres concebem, ou passaram a conceber, o parto como: “um divisor de águas”; “uma experiência da gente encontrar com o nosso próprio limite e ir além”; “uma oportunidade ímpar de nos desenvolvermos por inteiro” e que representa o “resgate da condição feminina”; uma “experiência grandiosa”, que “tem um quê de sagrado” e que acarreta “profundas repercussões futuras” para mães e filhos “por todo o sempre”.

Amparadas também em valores como liberação do corpo, autonomia e autodeterminação, o parto aparece como uma via para alcançar a “consciência corporal” e a “consciência de si mesma, de ser mulher” – uma lógica associada ao sujeito psicológico e, portanto, particular –, e também como uma construção discursiva que busca “empoderar” as mulheres, enquanto sujeitos biológicos, a partir de uma lógica universalista que prevê a igualdade entre todas. Isto é, a partir de um determinado entendimento acerca dos processos que acontecem no corpo e da sua liberação, o corpo passa a ser o caminho, a via de acesso ao psicológico. Nesse sentido, seguindo a análise realizada por Russo (1993), observamos que o que acontece é “uma ‘corporificação’ do psicológico, já que é somente quando se libera o corpo [...] que se tem acesso à expressão dos conflitos psicológicos ou mesmo dos afetos reprimidos” (RUSSO, 1993:189). Já no que diz respeito ao “empoderamento” feminino, reiteramos a análise de Tornquist (2002) de que essa construção discursiva passa pela valorização de uma condição natural, biológica e instintiva da “mulher”.

Muito embora exista, para algumas dessas mulheres, a percepção de que o parto também envolve questões de ordem psicológica, cultural e espiritual, ele é, antes de tudo, considerado um evento biológico. Dentro dessa construção, a perspectiva romântica e evolucionista de que o parto deixou de ser “comandado pela natureza” e passou a ser “comandado pela voz humana”, reitera uma concepção de “Cultura” como algo, próprio ao humano, que tem atrapalhado o processo hormonal e fisiológico de parir, na medida em que reprime, constrange e impede a mulher de seguir seus impulsos “naturais”. Essas mulheres entendem o parto como um processo “natural”, no qual a mulher deve ser livre para movimentar-se e para escolher a posição “mais cômoda” para si e “mais saudável para o bebê”, seguindo seus “instintos” e a “lógica fisiológica do corpo”.

Nessa concepção, existe a ideia de que há uma “Natureza” inata no ser humano – uma concepção de indivíduo que nasce fora da cultura, pré-social – e de que o corpo é a sede dos processos “naturais”. De acordo com Russo (1993), a ideia de “Natureza” (que engloba o ser humano, o reino animal e o cosmos como um todo) prevê um nivelamento, uma relação de igualdade entre todos os elementos que compõem o universo, o que acaba por aproximar o humano do animal. Essa concepção totalizante-igualitária, segundo a autora, universaliza

todos os seres humanos, suplanta as diferenças sociais e acaba por negar a diversidade cultural. Desse modo, aquilo que é “natural” e “bom” para um ou para uma, passa a ser considerado bom para todos e todas; assim como acontece com aquilo que é “artificial” e “faz mal”, que passa a ser considerado inadequado e até mesmo proibido para todos e todas. A oposição “natural”/“artificial” presente em um ideário que se quer “alternativo”, segundo a autora, recobre uma oposição radical mais ampla entre Indivíduo e Sociedade.

Assim, apoiadas na ideia de que existe, em cada uma, uma “Natureza” sábia, equilibrada, amorosa e perfeita, elas se “empoderam”. Este “empoderamento” pode ser compreendido a partir da perspectiva de Salem (2007). Traçando um paralelo entre o casal grávido e as mulheres desta etnografia, observamos que ambos, ao promoverem a “naturalização da natureza”, asseguram e confirmam que a ordem natural das coisas está intrinsecamente alinhada com as suas visões de mundo, e retiram daí a sua legitimidade. O “empoderamento” dessas mulheres se dá, por exemplo, na medida em que elas conseguem distinguir o seu “poder”, a sua “natureza”, das limitações impostas pela assistência à qual elas têm acesso, passando, inclusive, a reivindicar a modificação da assistência obstétrica como um todo.

As ideias em torno das dores do parto também seguem essa construção. Essas mulheres entendem que, apesar das gradações e variações, “parir dói”. As dores do parto também são concebidas como algo “fisiológico” e “natural”, e que possui uma finalidade, um propósito: “ela vai trazer o seu bebê” e “mostra que o corpo funciona”. É “dor da vida”. Assim como a “Natureza” é sábia, as dores também o são.

Mas, se há o entendimento de que parir dói, essas dores não devem ser encaradas como sinônimo de sofrimento ou como “dor da morte”. Para essas mulheres, existem aspectos socioculturais, como a repressão da sexualidade e uma “cultura do medo” do parto, e também psicológicos, como culpa, medos ou ansiedade, que causam efeitos sobre o corpo, travando-o. A ideia de “corpo travado”, de corpo que se “fecha”, implica em um reconhecimento não só de que a dor existe, mas de que ela pode ser maior/estar aumentada por conta de conflitos psicológicos ou de corpos reprimidos.

Nesse sentido opera-se uma ressignificação das dores do parto como sensações positivas e necessárias. Nesse processo de ressignificação, as dores recebem um novo sentido na medida em que vão sendo colocadas dentro de uma estrutura lógica que seja compreensível para essas mulheres: agora, como uma “sensação corporal”, elas estão inscritas na “Natureza”.

O espírito e o tom do pensamento da contracultura – como a crítica às instituições tradicionais e à medicalização da saúde, assim como a sacralização de uma “natureza

feminina”, a valorização da liberdade e a ênfase na sexualidade inerente ao parto – que passaram a influenciar as ideias que se tem sobre o parto, podem ser observados no depoimento de Alice.

Até fazer o curso eu não queria [ser mãe]. Eu não tinha vontade nenhuma de parir, de ser mãe, nem nada. Depois do curso, nossa senhora... [risos]. Eu acho que a questão da sexualidade que me fez mudar de opinião, porque isso é uma coisa que dentro da minha casa é... era, de uma certa forma, cortado, boicotado... essa coisa de você ser sensual, de gritar, de você se expor e de você rebolar... coisas do feminino mesmo, da mulher. Quando a gente viu aquele filme *Orgasmic Birth*, eu falei “caramba, eu quero gozar quando eu estiver parindo. Eu vou virar os olhinhos igual aquela mulher do filme” [risos]. Gente, aquilo é sensacional! Eu falei “pronto, acabaram os meus problemas!”. É só você sentir a dor e deixar a onda vir, e ainda pode ser prazeroso, né? Cara, eu jamais pensei que um parto poderia ser prazeroso e tem tudo a ver, tanto que, antes da gente assistir ao filme, eu tinha conversado com a [Iris] e falado “nossa, eu não consigo vocalizar desse jeito que vocês estão falando”. Por que? Porque eu oprimia essa sensualidade em mim. Eu tinha vergonha. Imagina, a gente ficar [emite sons de gemidos]. Depois eu vi que a gente tem mais é que gritar mesmo, a gente tem mais é que deixar o negócio acontecer. (ALICE)

4.2 A chave para uma “nova era”

Tornquist (2004), em sua tese, já assinalava para a necessidade de considerarmos a importância da questão da subjetividade das/os ativistas do movimento de humanização. De acordo com ela, ainda que as “evidências científicas” – o “saber” – possam ser consideradas importantes para os profissionais que aderem ao movimento, na medida em que passam a conferir legitimidade às novas práticas, há um entendimento de que é somente a partir da sensibilidade – do “sentir” – que se pode atingir as pessoas. Assim, “a realização de dinâmicas de grupo e vivências é a forma privilegiada de formação de profissionais, postulada, sobretudo pela vertente alternativa, que tem por base a análise de como a forma de nascer é vista pelo grupo” (TORNQUIST, 2004: 194-195).

O relato de Alice, apresentado anteriormente, expressa bem como esse “outro” modo de parir e nascer, na forma como é construído ao longo do curso, pode gerar mudanças. A exaltação de uma sexualidade inerente ao parto fez com ela mudasse de ideia sobre ser mãe. A associação entre parto e sexualidade, bem como a ideia de liberação de uma sensualidade feminina que é socialmente “cortada, boicotada”, além de indicar uma nova união entre as dimensões sexualidade e reprodução – dimensões que puderam ser pensadas como descoladas uma da outra desde a década de 1990 –, sugere a ideia de uma desrepressão sexual dentro da

maternidade, na qual existe a possibilidade de sentir prazer e gozar, também, durante a reprodução. Essa sexualidade pode ser pensada dentro do “novo” regime de que nos fala Carrara (2015), no qual novas racionalidades, moralidades e concepções políticas são construídas em torno da noção de direitos sexuais, compreendidos como parte dos direitos humanos.

Para Ana e Amália, o curso foi como um “mergulho profundo na própria alma”, uma “experiência de autodescoberta”. De acordo com os seus relatos, o curso colocou as “pessoas” para “repensar” – condição considerada necessária para quem quer atuar como doula, mas não só, e que também não se encerra ali.

O que mais me encantou no curso é que ele é voltado para a pessoa e não só para a profissional. É um curso que não é só para quem vai ser doula. Ele é um curso voltado para a formação da pessoa, porque... tecnicamente você ensina qualquer um, sabe? É muito fácil você treinar. Mas a formação da pessoa é muito difícil. Então, eu acho que ali foi um lugar para botar as pessoas para repensar [...]. Se eu falar para você que eu saí dali tecnicamente preparada para alguma coisa, eu vou estar mentindo. Eu saí com informação, mas eu acho que eu preciso ir em busca de muitas outras coisas. (ANA)

Eu acabei descobrindo que tem muita coisa que eu tenho que resolver antes de ajudar outras mulheres [...]. Esse curso me fez dar uma olhada em mim mesma. O curso, na verdade, não resolveu, ele só me mostrou que existem coisas que eu preciso resolver [...]. Como se o curso tivesse aberto uma porta de um quarto totalmente desarrumado e falado “Agora, você vai lá e arruma”. Foi exatamente isso que eu senti, e agora eu estou arrumando aos pouquinhos. (AMÁLIA)

De acordo com Tornquist (2004) a ideia de que “não se pode mudar os outros se não se muda a si mesmo” atravessa a perspectiva da vertente alternativa; esta, recorre à autores do campo “libertário”, da *Gestalt* e da educação popular para desenvolver as metodologias que são aplicadas em cursos de capacitação, treinamentos em maternidades e nos encontros e conferências organizados pelo movimento.

Nesta etnografia, os cursos que não apresentam “vivências” em suas propostas utilizam técnicas formais de educação, consagradas pela palavra, na transmissão de informações. Já os cursos “vivenciais”, por outro lado, fazem as candidatas a doula “vivenciarem na sua pele e na sua alma aquilo que elas vão propiciar para as pessoas”. Nestes cursos, prevalece a ideia de que para se transmitir uma prática não basta fazê-la somente através da palavra; é fundamental que isso aconteça a partir de uma vivência direta, que tem o corpo como uma via primordial.

Dentro dessa proposta, as candidatas a doula aprendem a “sentir”; e, desse modo, o “conhecimento” é “extraído” a partir das experiências pessoais das participantes, isto é, a “verdade” vem de dentro dos sujeitos.

As vivências abordam aspectos emocionais e comportamentais, através de “experiências significativas”, que visam “sensibilizar” (trazer para o sensível) e proporcionar “mudanças mais profundas” (autoconhecimento e transformação pessoal) – uma (re)construção de si à imagem de si mesmo, uma espécie de *Bildung* dos novos tempos, um processo de contínua (trans)formação pessoal no qual os sujeitos devem operar de modo a produzir uma interioridade rica e refletir aquilo que está na sua essência, em um movimento ascendente, de fluxo progressivo (DUARTE, 2004).

Podemos traçar alguns paralelos entre os “grupos de apoio”, que buscam “preparar” as mulheres para o parto, e os cursos de capacitação de doulas. Em ambos, as “vivências” são momentos privilegiados através dos quais os atributos de grávido e de doula são forjados. Além disso, tanto o processo de formação de futuras doulas, como a preparação para o parto, privilegia a expressão das emoções como forma de elaborá-las. “As emoções podem ser vistas como um idioma socialmente construído para falar das relações de uma pessoa com os outros e com o mundo” (REZENDE, 2012: 285). Isto é, mais do que uma forma de expressar estados subjetivos interiores, as emoções funcionam como uma linguagem com regras e sentidos pré-definidos que expressam, asseguram, negociam ou contestam visões de mundo e valores morais (REZENDE, 2012).

A “elaboração” das emoções também pressupõe uma crença curativa no “falar”, um “efeito terapêutico das palavras”, que pode ser observada quando, nas “vivências”, as alunas são estimuladas a compartilhar suas experiências pessoais. Tal prática está de acordo com o princípio da psicogenicidade descrito por Salem (2007), no qual o indivíduo, enquanto sujeito psicológico, se dispõe a refletir a partir da auto-observação de sentimentos, emoções e subjetividade, com vistas a um aperfeiçoamento individual.

Muito embora o recurso para o autoconhecimento e aperfeiçoamento pessoal tenha se deslocado em grande medida para o corpo, observamos que categorias e esquemas de pensamento do campo “psi”, de uma “cultura psicológica” que se popularizou nos anos 1980, funcionam como mapas através dos quais o sujeito se relaciona com o mundo à sua volta. O discurso “psi” assegura e autentica o movimento de interiorização do “eu”, no qual o sujeito se justifica a partir de uma lógica interna a ele próprio – uma lógica que, em nome do pleno desenvolvimento das potencialidades individuais, repudia tudo aquilo que não passa pelo crivo das escolhas pessoais (SALEM, 2007). Isto é, o desenvolvimento das potencialidades

individuais e a transformação em nome do aprimoramento pessoal é uma “porta que se abre por dentro”.

O dispositivo de aprendizagem apoia-se, então, em uma disposição reflexiva. Nessa concepção, o conhecimento e o aprendido não se limitam à transmissão de informações. A “verdade”, nesse caso, não vem de fora do sujeito, não vem da externalidade de um código; antes, a “verdade” é percebida como algo que vem de dentro do próprio sujeito, sendo, portanto, intransferível. Nesse sentido, ela só poderia ser acessada a partir da investigação do *self* (SALEM, 2007). Infere-se daí a ideia de que a mulher, a partir da sua autonomia e autodeterminação, é a agente de sua própria transformação.

No entanto, conforme indicado por Salem (2007), o mergulho em si mesmo não acontece de forma solitária. O ato de compartilhar experiências pessoais, a “escuta”, o “cuidado” e o “acolhimento” dessas experiências pelo grupo pode ser entendido como a prática social compartilhada de que nos fala Salem, na qual “a valorização interiorizante e a prática de ‘vasculhar-se’ vinculam-se à compulsão a ‘abrir-se’” (Salem, 2007: 39).

As dinâmicas e interações nos “grupos de apoio” ao parto, assim como no curso de doulas, confirmam e conformam a experiência dos sujeitos, dado que pressupõe um código ético pré-existente e previamente partilhado entre eles. Esse código ético, ao funcionar como a “coluna vertebral” de determinada visão de mundo, fundamentam e organizam os traços morais, tornando-os inteligíveis.

Assim, podemos dizer que as “vivências” têm um caráter psicologizante, na medida em que as experiências das participantes, seu saber vivido e sentido, vão sendo colocadas em uma “nova matriz”, em um novo registro. A ideia que impera é de que a doula, assim como a mulher gestante ou parturiente, a partir da sua autonomia e autodeterminação, é a agente de sua própria transformação. Transformação essa que, além de indicar uma disposição para “o novo”, traz as ideias de aperfeiçoamento e evolução amparadas na preeminência da experiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise ora apresentada coincide, em grande medida, com aquela realizada por Tania Salem (2007). Naquele trabalho, que só foi publicado vinte anos após a sua conclusão, a autora fala de um possível desaparecimento do casal grávido tal qual observado na época da sua pesquisa. Isto porque, dos anos 1980 para cá, o psicologismo parece ter perdido a sua força como recurso de autoconhecimento e de aperfeiçoamento pessoal, na medida em que esse cuidado tem se deslocado para o corpo.

Contudo, algumas características do CG parecem ter permanecido. O fenômeno do CG dramatiza um ideal de conjugalidade igualitária, que não fez parte do escopo da nossa pesquisa, mas que é possível observar, ao menos algumas nuances, na ideia de uma parentalidade “ativa” e “consciente” presente nos discursos atuais. Além disso, e principalmente, a adesão ao parto “natural” ainda aparece como uma proposta que, de acordo com suas palavras, “mais do que redutível a um modo físico e corporal de parir, ele anuncia uma forma sociológica de fazê-lo” (SALEM, 2007: 15), posto que está assentado em um discurso antimédico e antinormativo no qual as relações sociais passam a ser redefinidas a partir de ideais de sociabilidade próprios da ideologia individualista psicologizante-libertária.

A questão do parto no Brasil é muito complexa. A gestação e o parto são momentos cruciais para pensar e debater sobre a medicalização do corpo feminino nas sociedades contemporâneas. A “epidemia de cesarianas” ao mesmo tempo que reacende essa discussão, traz consigo questões de ordem sociocultural, política, econômica e, também, moral.

As doulas, ao nosso ver, surgem nesse cenário como uma figura representativa da “mulher que pare”. Elas lutam contra concepções obstétricas consideradas ultrapassadas, mas lutam, sobretudo, pelo “protagonismo” e “autonomia” da mulher no momento do parto. O parto “natural” é encarado por elas como o momento de expressão absoluta da liberdade feminina, sendo assim, único, pessoal e transformador para a mulher; um rito de passagem, no qual o processo de autoconhecimento e de aperfeiçoamento pessoal modifica a forma como a mulher vivencia a maternidade. Nessa perspectiva, a mulher deve ser livre para escolher onde, como e com quem parir seus filhos, deixando de ter uma postura passiva diante do “poder médico”, se libertando da “cultura” que atrapalha o processo “natural” de parir e agindo guiada pelos seus “instintos” e pela sua “natureza”.

Dentro desse contexto, surgem cursos de formação de doulas que apresentam como objetivo capacitar mulheres que irão apoiar outras mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, favorecendo uma “experiência positiva” para mãe e bebê. No entanto, entendemos

que o objetivo dos cursos adquire um fim transcendente quando observamos que o “parir e nascer bem” – que pode ser proporcionado pela presença de uma doula –, além de um direito e de uma possibilidade de desenvolvimento individual, é concebido como “precursor de uma sociedade saudável” – ou, de acordo com a conhecida frase de Michel Odent, “para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”.

Para além do apoio físico e emocional oferecido pelas doulas e de seus benefícios, a profissão de doula está configurando, conforme argumenta Fleischer (2005), um *ethos* coerente com o movimento pela humanização da assistência ao parto. Nesse sentido, a pergunta que surge é: seria a doula “a mulher que serve” ou a mulher que apoia e informa?

A ideia de “servir”, nesse contexto, indica uma supressão situada de autoridade diante do ideal de autonomia que se preconiza no movimento. Isto é, sugere a negação de quaisquer atributos de controle, influência, poder, juízo crítico e autoridade das doulas sobre suas clientes, ao explicar que suas funções incluem o “acompanhamento” e a “observação” de processos de mudança que as próprias mulheres realizarão.

No entanto, a doula leva “informações de qualidade, baseadas em evidências científicas”, para “encorajar” essas mulheres. A ideia de que a doula “dá a base” para a mulher fazer uma “escolha informada”, ao mesmo tempo que indica uma tentativa de não interferir na autonomia e autodeterminação da mulher, traz também a noção de que essa “escolha” tem que ser “informada”, e a informação que se preconiza no movimento deve estar fundamentada nas “melhores evidências científicas”.

O discurso médico-científico sobre saúde e bem-estar, nesse contexto, se torna ainda mais central na distinção daquilo que é ou não “normal” e na definição de comportamentos considerados saudáveis, configurando, assim, aquilo que foi denominado por Alzugar e Nucci (2015) como uma “maternidade baseada em evidências”; isto é, uma maternidade que adota orientações científicas nas escolhas e para a tomada de decisões sobre a forma de como se ter e criar seus bebês.

Se podemos pensar que a maternidade deixou de ser um caminho “natural” e central na construção da feminilidade, por outro lado, parece que ao tornar-se uma escolha, poderia implicar grande dedicação e investimentos subjetivos no sentido de um aperfeiçoamento individual para ser uma “boa mãe”.

Cabe refletir como o estatuto da “natureza feminina” – uma concepção biologicista e universalizante sobre as mulheres – influencia a perspectiva de quem vive a maternidade no cotidiano, e de que modo afeta a relação que se estabelece entre a “autonomia” das mulheres no que diz respeito às “escolhas” em torno da maternidade e os critérios que definem e

validam as melhores “escolhas”. Cabe refletir também se a “veracidade” do discurso médico-científico, e o conseqüente recurso a este discurso de forma instrumental, poderia representar, mais uma vez, uma naturalização do corpo feminino, tendo em vista que a especificidade feminina acerca da reprodução se fundamenta, novamente, em bases naturais e materiais “desvendadas” pela ciência.

Caberia, a título de indicação para pesquisas posteriores, indicar o fato de que o movimento de “humanização do parto” implica um certo modo de conceber a maternidade em si, envolvendo não só um “outro modo de parir”, mas também um novo tipo de cuidado com e dedicação à criança, que pode ir desde o aleitamento materno sob livre demanda com desmame “natural” até o abandono do berço e do carrinho de bebê. Temos aí de novo a presença do casal grávido de Tania Salem como modelo que aponta a imersão de tais concepções em um determinado “universo ético”. Nossa pesquisa buscou contribuir para o desvendamento dos desenvolvimentos contemporâneos deste universo ético.

REFERÊNCIAS

- ALZUGUIR, F.; NUCCI, M. Maternidade mamífera: concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. *Mediações*, Londrina, v. 20, n. 1: 217-238. 2015.
- AMIGAS DO PARTO. Homepage do curso presencial de formação de doula parto do Instituto Internacional Ser&Saber Consciente. Disponível em: <www.institutosscc.com/#!/doula-parto-presencial/hwaa0> Acesso em: 30 ago. 2016.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.
- _____. *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record, 2011. 189 p.
- BEAUVOIR, S. O segundo sexo. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970 apud FRANCHETTO, B; CAVALCANTI, M. L.; HEILBORN, M. L. Antropologia e feminismo. In: *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. v. 1. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- BONET, O. *Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 136 p.
- BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. *Classificação Brasileira de Ocupações*, [2002]. Disponível em: <www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf> Acesso em: 19 out 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. *Rede Cegonha*, [2011]. Disponível em: <portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/598-sas-raiz/dapes/rede-cegonha/11-rede-cegonha/10723-conheca-a-rede-cegonha> Acesso em: 19 out 2015.
- BREEDLOVE, G. Perceptions of Social Support from Pregnant and Parenting Teens Using Community-Based Doulas. *Journal of Perinatal Education*, v. 14, n. 3: 15-22, 2005.
- BRÜGGEMANN, O. M. et al. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5: 1316-1327, 2005.
- CAPRARA, A; LANDIM, L.P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 12, n. 25: 363-376, 2008.
- CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 44: 49-59, 2013.
- _____. De perto e de longe do que seria natural, mais natural e/ou humanizado: uma etnografia dos grupos de preparo para o parto. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (Org.) *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 243-265.
- _____. *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz. 2015. 328 p.

CARRARA, S. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2: 323-345, 2015.

CAROZZI, M. J. Nova Era: a autonomia como religião. In: _____. *A Nova Era no Mercosul*. Petrópolis, 1999. p. 149-200.

CONRAD, P. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007. 220 p.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4: 1073-1083, 2009.

DESPERTAR DO PARTO. Homepage do curso de formação de doulas. Disponível em: <www.despertardoparto.com.br/eu-quer-ser-doula.html> Acesso em: 30 ago. 2016.

DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5: 1521-1534, 2008.

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, n. 3: 627-637, 2005.

DONA INTERNATIONAL. Homepage da associação de doulas norte americana. Disponível em: <www.dona.org> Acesso em: 30 ago. 2016.

DOULAS NA TRADIÇÃO. Homepage do curso online e presencial de formação de doulas gestação e parto. Disponível em: <doulasnatradicao.eadplataforma.com> Acesso em: 30 ago. 2016.

DUARTE, L. F. D. Pessoa e dor no ocidente: o ‘holismo metodológico’ na antropologia da saúde e da doença. In: DUARTE, L. F. D. & LEAL, O. F. *Doença, Sofrimento e Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998 apud BONET, O. *Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 136 p.

_____. A pulsão romântica e as ciências humanas no ocidente. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 19, n. 55: 5-19, 2004.

ESCOLA DE DOULAS. Homepage do curso de capacitação de doulas da Associação Nacional de Doulas Campinas. Disponível em: <doulando.blogspot.com.br> Acesso em: 30 ago. 2016.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. *Estudos feministas*. Florianópolis, v.12, n.1: 47-71, 2004.

FLEISCHER, S. Doulas como “amortecedores afetivos”: Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto. *Ciências Sociais Unisinos*. São Leopoldo, v. 41, n. 1: 11-22, 2005.

_____. Quem exotiza quem? Bastidores metodológicos do encontro de uma antropóloga e um grupo de doulas. *Barbarói*. Santa Cruz do Sul, n. 25, 2006/2.

_____. *Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará*. 2007. Tese (Doutorado em Antropologia Social), UFRGS. Porto Alegre, 2007.

FONSECA, C. Da circulação de crianças à adoção internacional: questões de pertencimento e posse. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 26: 11-43, 2006.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, v.18: 167-194, 2010

FRANCHETTO, B. et al. Antropologia e feminismo. In: *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. v. 1. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

GERANDO. Homepage do curso de formação de doulas. Disponível em: <www.gerando.com.br/curso-de-formacao-de-doulas> Acesso em: 30 ago. 2016.

GORDON, N. et al. Effects of Providing Hospital-Based Doulas in Health Maintenance Organization Hospitals. *Obstetrics & Gynecology*. v. 93, n. 3, 1999.

GRUPO DE APOIO À MATERNIDADE ATIVA. Homepage do curso de formação de doulas do GAMA. Disponível em: <www.maternidadeativa.com.br/doulas.html> Acesso em: 30 ago. 2016.

GRUPO ZAN. Homepage do curso de formação de doulas. Disponível em: <www.grupozan.com.br> Acesso em: 30 ago. 2016.

GUIMARAES, N. A. Casa e mercado, amor e trabalho, natureza e profissão: controvérsias sobre o processo de mercantilização do trabalho de cuidado. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 46: 59-77, 2016.

HIRSCH, O. N. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. *Civitas*, Porto Alegre, v. 15, n. 2: 229-249, 2015.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, Issue 7.

HORTA et al. Tecnologia e inovação das doulas comunitárias: mediações na assistência ao parto. In: PINHEIRO, R; MARTINS, P. H. (Org.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. 312 p.

HOTIMSKY, S.N. ALVARENGA, A.T. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Estudos feministas*. Florianópolis, v. 10, n. 2: 461-481, 2002.

INSTITUTO DE YOGA E TERAPIAS AURORA. Homepage do curso de capacitação de doulas da Associação Nacional de Doulas Rio de Janeiro. Disponível em: <www.doulas.org.br> Acesso em: 30 ago. 2016.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 360 p.

_____. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatrica*, v.86: 1034-1036, 1997.

KLAUS, M. et al. *The doula book: how a trained labor companion can help you have a shorter, easier, and healthier birth*. Cambridge: Perseus, 2002. 250 p.

KNAUTH, D. R. Mudanças na saúde coletiva e suas inflexões na incorporação da categoria gênero. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4: 1014-1016, 2009.

KOUMOITZES-DOUVIA, J.; CARR, C. A. Women's Perceptions of Their Doula Support. *Journal of Perinatal Education*, v. 15, n. 4: 34-40, 2006.

KOZHIMANNIL, K.B. et al. Modeling the Cost-Effectiveness of Doula Care Associated with Reductions in Preterm Birth and Cesarean Delivery. *Birth: issues in perinatal care*, v. 43, n. 1: 20-27, 2016.

LEAL, M. C. et al. *Nascer no Brasil*. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. [2014].

LEVI-STRAUSS, C. A eficácia simbólica. In: *Antropologia Estrutural*. São Paulo: Cosac Naify. 2008. 448 p.

LUQUE, M. N. *Capacitação de doulas: um estudo de desenvolvimento*. 2009. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem), UFRS. Porto Alegre, 2009.

MARTIN, E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 384 p.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Estudos Feministas*, v. 13, n. 3: 645-665, 2005.

MATRIUSCA. Homepage do curso de formação de doula e educadora perinatal. Disponível em: <www.matriusca.com.br>. Acesso em: 30 ago. 2016.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003. 536 p.

MEAD, M.; NEWTON, N. "Cultural Patterning of Perinatal Behavior". In: RICHARDSON, S.; GUTTMACHER, A. (eds.) *Childbearing: It's Social and Psychological Aspects*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1967 apud HOTIMSKY, S.N. ALVARENGA, A.T. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Estudos feministas*. Florianópolis, v. 10, n. 2: 461-481, 2002.

MENDONÇA, S. S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. *Civitas*, Porto Alegre, v. 15, n. 2: 250-271, 2015.

MIRANDA, T. A. "Ciência", "Natureza" e a normatização institucional do parto. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 2012.

MULHERES EMPODERADAS. Homepage do curso de formação de doulas, módulo I: Parto. Disponível em: <revelandodoulas.mulheresempoderadas.com.br/revelando-doulas> Acesso em: 30 ago. 2016.

NAKANO et al. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3: 885-904, 2015.

NÚCLEO CATARINENSE DE FORMAÇÃO DE DOULAS. Homepage do curso de formação de doulas. Disponível em: <www.ncfdoulas.com.br> Acesso em: 30 ago. 2016.

ODENT, M. *A cientificação do amor*. São Paulo: Terceira Margem, 1999.

_____. *O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto*. São Paulo: Ground, 2003. 189 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Maternidade Segura*. Assistência ao parto normal: um guia prático. OMS/ SRF/ MSM/ 96.24. Genebra, 1996.

OTTO, C. O feminismo no Brasil: suas múltiplas faces. *Estudos feministas*. Florianópolis, v.12, n. 2: 238-241, 2004.

PASCALI-BONARO, D.; KROEGER, M. Continuous Female Companionship During Childbirth: A Crucial Resource in Times of Stress or Calm. *Journal of Midwifery & Women's Health*, v. 49, n. 4: 19-27, 2004.

PINTO, C. R. J. *Uma história do feminismo no Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003 apud OTTO, C. O feminismo no Brasil: suas múltiplas faces. *Estudos feministas*. Florianópolis, v. 12, n. 2: 238-241, 2004.

PISCITELLI, A. Re-criando a categoria mulher? In: ALGRANTI, L. *A prática feminista e o conceito de gênero*. Campinas, IFCH/UNICAMP, v. 48: 7-42, 2001.

RAPHAEL, D. Matrescence, Becoming a Mother, A “New/Old” Rite de Passage. In: _____. *Being Female: Reproduction, Power, and Change*. Berlin: De Gruyter, 1975. p. 65-72.

_____. The midwife as doula: A guide to mothering the mother. *Journal of Nurse-Midwifery*, v. 26, n. 6: 13-15, 1981.

RATTNER, D. et al. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 4, n. 4: 215-228. 2010.

REHUNA. Homepage da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento. Disponível em: <www.rehuna.org.br> Acesso em: 30 ago. 2016.

REZENDE, C. B. Emoção e moralidade em grupos de gestante. In: TAVARES, F; BASSI, F. (Org.) *Para além da eficácia simbólica: estudos em ritual, religião e saúde*. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 285-302.

ROHDEN, F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horizontes Antropológicos*, v. 8, n. 17: 101-125, junho 2002.

_____. A construção da diferença sexual na medicina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2: S201-S212, 2003.

_____. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 15, supl.: 133-152, jun. 2008.

_____. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 1: 89-109, 2009.

RUBIN, G. The Traffic in women: Notes on the “political economy” of sex. In: REITER, R. (ed.), *Toward an Anthropology of Women*, New York: Monthly Review Press, 1975. [Traduzido para o português e publicado por SOS Corpo e Cidadania]

RUSSO, J. A. Tornar-se Terapeuta Corporal: a trajetória social como processo de "autoconstrução". *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2: 113-125, 1991.

_____. *O corpo contra a palavra: as terapias corporais no campo psicológico dos anos 80*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1993. 220 p.

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

_____. O "Individualismo Libertário" no Imaginário Social dos Anos 60. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. v. 1, n. 2: 59-75, 1991.

SARTI, C. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 16: 31-48, 2001.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 16: 137-150, 2001.

SCHIEBINGER, L. Mamíferos, primatologia e sexologia. In: PORTER, R; TECH, M. *Conhecimento sexual, ciência sexual*. São Paulo: Editora Unesp, 1998, p. 219-246.

SCHRAIBER, L. B. e FIGUEIREDO, W. S. Integralidade em Saúde e os Homens na Perspectiva Relacional de Gênero. In: GOMES, R. (Org.), *Saúde do Homem em Debate*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz. 2011. 228 p.

SILVA, F. L. *Doulas urbanas: poder e representatividade no “parto natural humanizado”*. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Pesquisa de Comportamento e Consumo), Faculdade SENAI-CETIQT, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, R. M. et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10: 2783-2794, 2012.

SOUZA, K. R. F.; DIAS, M. D. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. *Acta paulista de enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 4: 493-499, 2010.

TORNQUIST, C. S. Armadilha da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 2: 483-492, 2002.

_____. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. 2004. Tese (Doutorado em Antropologia Social), UFSC. Florianópolis, 2004.

UNIMATERNA. Homepage do curso de formação de doulas. Disponível em: <unimaterna.com.br> Acesso em: 30 ago. 2016.

UNIPAZ PARANÁ. Homepage do curso de formação de doulas A Arte do Nascimento. Disponível em: <unipazparana.org.br/cursos/escola-iniciatica-do-feminino/formacao-de-doulas> Acesso em: 30 ago. 2016.

VELHO, Gilberto. Observando o Familiar. In: NUNES, E. (Org.). *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 36-46.

_____. O desafio da proximidade. In: VELHO, G; KUSCHINIR, K. (Org.) *Pesquisas urbanas: desafios do trabalho antropológico*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 11-19.

VÍCTORA, C. G. et al. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

VIEIRA, E. M. *A Medicalização do Corpo Feminino*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 84 p.

VILLELA, W. et al. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência & saúde coletiva*, v.14, n.4: 997-1006, 2009.

WHO [2015]. *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Disponível em: <www.who.int/iris/handle/10665/161444#sthash.LvHDI9PE.dpuf> Acesso em: 11 mar 2016.

WHO. Appropriate Technology for Birth. *Lancet*, v. 2, n. 8452: 436-437, 1985.

WOLFE, K. S. “*A Doula Can Only Do So Much*”: Birth Doulas and Stratification in United States Maternity Care. Honors Projects. Paper 37. Department of Sociology and Anthropology, Bowdoin College. Maine, 2015.

ZORZANELLI, R. T. et al. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6: 1859-1868, 2014.

APÊNDICE A – Convite para participação na pesquisa

À Coordenação do Curso de Formação de Doulas

Prezadas(os) Senhoras/Senhores,

Meu nome é Fernanda Loureiro Silva, sou mestranda no programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IMS/UERJ e estou desenvolvendo o estudo intitulado “Análise cultural do processo de formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil”.

Este estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social/UERJ, tem por objetivo investigar o processo de formação de doulas no Brasil, caracterizada como uma categoria profissional emergente, reconhecida oficialmente pelo Ministério do Trabalho e Emprego em 2013 como uma ocupação na área da saúde (código 3221-35), que presta suporte contínuo às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

Neste momento da pesquisa, estamos fazendo um mapeamento dos cursos de formação de doulas existentes no Brasil, buscando conhecer melhor as propostas dos cursos e identificar pontos relevantes neste processo de formação.

Nesse sentido, gostaria de entrar em contato com a pessoa responsável pelo curso XXX para agendar uma entrevista que poderá ser realizada pessoalmente, por telefone ou por Skype.

Certamente, a sua participação será muito importante para a pesquisa, tendo em vista que, além de mapear o maior número possível de cursos espalhados pelo Brasil, estaremos contemplando as especificidades de cada curso.

Envio anexo a este e-mail o Resumo do projeto de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a sua apreciação.

Desde já agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para todos os esclarecimentos que venham a ser necessários.

Abraços, Fernanda Loureiro.

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista com as coordenadoras de cursos de capacitação de doulas

Curso de capacitação de doulas:

Sobre a Coordenadora

Nome e idade

Nível de escolaridade e profissão

Sobre o Curso

História de fundação

Frequência e local(is) onde ocorre

Proposta do curso

Metodologia

Avaliação

Número de doulas formadas

Sobre as Participantes

Perfil do público-alvo

Motivação

Autoriza a participação/observação no curso de capacitação de doulas?

APÊNDICE C – Roteiro para entrevista com as alunas de cursos de capacitação de doulas

Nome e idade

Nível de escolaridade e profissão

Você tem filhos? Quantos?

Como foi(foram) a(s) sua(s) experiência(s) na gestação, parto e pós-parto?

Como você percebe os modelos de assistência obstétrica oferecidos às mulheres no Brasil?

Quando e como você conheceu a atividade realizada pelas doulas?

Por que você decidiu participar de um curso de formação de doulas?

Como você vê essa profissão no Brasil, no que diz respeito à importância, benefício e dificuldade de atuação?

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido (coordenadoras)

Você está sendo convidada(o) para participar do estudo intitulado “**Análise cultural do processo de formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil**”, que será desenvolvido pela aluna de mestrado em Saúde Coletiva Fernanda Loureiro Silva, sob orientação da Prof.^a Dra. Jane Araújo Russo, do Instituto de Medicina Social/UERJ.

Este estudo tem por objetivo investigar o processo de formação de doulas no Brasil, caracterizada como uma categoria profissional emergente, reconhecida oficialmente pelo Ministério do Trabalho e Emprego em 2013 como uma ocupação na área da saúde (código 3221-35) que presta suporte contínuo às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

Você foi selecionada(o) para participar desta pesquisa por ser **coordenadora(or) de um curso de capacitação**, que visa a formação de doulas para assistência ao parto. A sua participação é voluntária. Você pode desistir de participar deste estudo e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

A participação neste estudo não envolve risco à sua saúde. Considera-se a possibilidade desta pesquisa causar algum nível de constrangimento, visto que durante a pesquisa você será questionada(o) sobre aspectos relacionados à sua vida pessoal e profissional. Você pode se recusar a responder qualquer questão que gere algum tipo de incômodo ou desconforto, sem prejuízo para a pesquisa e/ou para a sua participação neste estudo. Você não terá nenhum gasto com a sua participação neste estudo e também não receberá nenhum tipo de remuneração financeira.

O desenvolvimento deste estudo viria se posicionar como uma ferramenta de apoio para a formulação de políticas públicas em saúde, na medida em que aborda e propõe uma reflexão acerca de um projeto político-pedagógico em saúde que visa a disseminação de tecnologias simplificadas de atenção ao parto.

Nesta pesquisa, você participará de uma entrevista de, aproximadamente, 20 (vinte) minutos, que tem por objetivos **identificar pontos relevantes no processo de formação de doulas, e categorizar alguns cursos de capacitação existentes no Brasil, considerando as propostas dos cursos, conteúdos programáticos, tempo de existência e o número de participantes já formadas(os)**. A realização das entrevistas será norteada por um roteiro semi-estruturado de perguntas, que permitirá uma condução mais direcionada da entrevista, ao mesmo tempo em que você terá maior liberdade no desenvolvimento das respostas. A entrevista realizada poderá ser gravada, mediante o seu consentimento ao final deste documento.

Os dados coletados por meio desta pesquisa são confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. A sua identidade será totalmente preservada

e nenhum dado deste estudo será usado para outros fins, senão os desta pesquisa. A pesquisadora responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos e/ou instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável pela pesquisa.

Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação nele, agora ou a qualquer momento:

- Pesquisadora responsável: Fernanda Loureiro Silva, mestranda em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social/UERJ, telefone (21) 99437-4607, e-mail: fernandaloureirosilva@gmail.com
- Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21)2334-0235, ramal 108. e-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista: ()SIM ()NÃO

_____, ____ de _____ de _____.
(Local) (Data)

Assinatura da(o) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido (alunas)

Você está sendo convidada(o) para participar do estudo intitulado “**Análise cultural do processo de formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil**”, que será desenvolvido pela aluna de mestrado em Saúde Coletiva Fernanda Loureiro Silva, sob orientação da Prof.^a Dra. Jane Araújo Russo, do Instituto de Medicina Social/UERJ.

Este estudo tem por objetivo investigar o processo de formação de doulas no Brasil, caracterizada como uma categoria profissional emergente, reconhecida oficialmente pelo Ministério do Trabalho e Emprego em 2013 como uma ocupação na área da saúde (código 3221-35) que presta suporte contínuo às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

Você foi selecionada(o) para participar desta pesquisa por estar **inscrita(o) em um curso de capacitação**, que visa a formação de doulas para assistência ao parto. A sua participação é voluntária. Você pode desistir de participar deste estudo e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

A participação neste estudo não envolve risco à sua saúde. Considera-se a possibilidade desta pesquisa causar algum nível de constrangimento, visto que durante a pesquisa você será questionada(o) sobre aspectos relacionados à sua vida pessoal e profissional. Você pode se recusar a responder qualquer questão que gere algum tipo de incômodo ou desconforto, sem prejuízo para a pesquisa e/ou para a sua participação neste estudo. Você não terá nenhum gasto com a sua participação neste estudo e também não receberá nenhum tipo de remuneração financeira.

O desenvolvimento deste estudo viria se posicionar como uma ferramenta de apoio para a formulação de políticas públicas em saúde, na medida em que aborda e propõe uma reflexão acerca de um projeto político-pedagógico em saúde que visa a disseminação de tecnologias simplificadas de atenção ao parto.

Nesta pesquisa, você participará de uma entrevista de, aproximadamente, 20 (vinte) minutos, que tem por objetivo **compreender as suas motivações e expectativas para exercer a função de doula**. A realização das entrevistas será norteada por um roteiro semi-estruturado de perguntas. Isto permitirá uma condução mais direcionada da entrevista, ao mesmo tempo em que você terá maior liberdade no desenvolvimento das respostas. A entrevista realizada poderá ser gravada, mediante o seu consentimento.

Os dados coletados por meio desta pesquisa são confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. A sua identidade será totalmente preservada e nenhum dado deste estudo será usado para outros fins, senão os desta pesquisa. A pesquisadora

responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos e/ou instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável pela pesquisa.

Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação nele, agora ou a qualquer momento:

- Pesquisadora responsável: Fernanda Loureiro Silva, mestranda em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social/UERJ, telefone (21) 99437-4607, e-mail: fernandaloureirosilva@gmail.com
- Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21)2334-0235, ramal 108. e-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista: ()SIM ()NÃO

_____, ____ de _____ de ____.
(Local) (Data)

Assinatura da(o) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE F – Carta de anuência e autorização para a pesquisa

Eu, _____, na qualidade de fundadora e diretora da empresa _____, aceito que Fernanda Loureiro Silva, na qualidade de pesquisadora do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, realize a pesquisa intitulada “**Análise cultural do processo de formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil**” no curso de Formação de Doula a ser realizado entre os dias ___ e ___ de _____ na sede da empresa. Autorizo, portanto, que a pesquisadora participe do referido curso, observe as vivências e interações, bem como entreviste as(os) participantes, afim de compreender as suas motivações e expectativas para exercer a função de doula.

Declaro ciência de que:

- O nome da empresa e as identidades individuais das(os) participantes serão tratados em sigilo de acordo com as determinações éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos;
- Os dados coletados serão utilizados somente para realização desta pesquisa, e que a pesquisadora responsável se compromete a divulgar nos meios acadêmicos e científicos, bem como em futuras publicações sob a forma de artigo científico, os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos e/ou instituições participantes.
- Tenho a garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa e de que não haverá nenhuma despesa para esta empresa que seja decorrente da participação nessa pesquisa.
- No caso do não cumprimento dos itens acima, posso retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Desse modo, e de conhecimento pleno dos protocolos, concedo a anuência para seu desenvolvimento.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do responsável
pela empresa

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE G – Cursos de capacitação de doulas mapeados

Cursos oferecidos por grupos e/ou empresas de apoio à “humanização do parto”

Curso	Instituição	Estados (UF)	Endereço eletrônico
Capacitação de Doulas	ANDO/Instituto Aurora	RJ	http://www.doulas.org.br/index.php
Capacitação de Doulas	ANDO Campinas	PR, RS, SC, SP, MS, BA, CE	http://doulando.blogspot.com.br/
Formação de Doulas	GAMA	PR, RJ, SP, BA, CE, PA	www.maternidadeativa.com.br
Formação de Doulas	Despertar do Parto	SP	www.despertardoparto.com.br
Formação de Doulas	Instituto Internacional Ser&Saber Consciente /Amigas do Parto	RS, SP	http://www.institutosscc.com/#!doula-parto-presencial/hwaa0
Formação de Doulas e Educadoras Perinatais	Matriusca	DF, GO, MS, MA, RO	http://matriusca.com.br/doula-e-educadora-perinatal/
Formação de Doulas	Cais da Luz, Cais do Parto e Doulas na Tradição	RS, SP, MS, BA, CE, MA, PE	https://doulasnatradicao.eadplataforma.com/
Formação de Doulas	Mulheres Empoderadas Revelando Doulas	SP	http://revelandodoulas.mulheresempoderadas.com.br
Formação de Doulas	Unimaterna	PR	http://unimaterna.com.br/cursos/formacao-de-doulas-londrina/
Formação de Doulas	Gerando	MG	http://www.gerando.com.br/curso-de-formacao-de-doulas/
Formação de Doulas	Núcleo Catarinense de Formação de Doulas	SC	http://www.ncfdoulas.com.br/O-Curso.php
Formação de Doulas	UNIPAZ	PR	http://unipazparana.org.br/cursos/escola-iniciatica-do-feminino/formacao-de-doulas/
Formação de Doulas	Grupo Zan	SP	http://www.grupozan.com.br/curso/curso-de-formacao-de-doulas/
Formação de Doulas	Minhas Doulas e Ishtar - Espaço para Gestantes	MG	http://www.minhasdoulas.com.br/
Formação de Doulas	SOS Materna	MT	http://www.gpsnoticias.com.br/2016/06/15/curso-de-formacao-de-doulas-acontece-em-cuiaba-em-junho/
Formação de Doulas	Casa da Luz e REHUNA	DF	http://www.rehuna.org.br/index.php/43-curso

Formação de Doulas	Namaskar Yoga e Maternité Consultoria	SP	https://www.namaskaryoga.com.br/blogtumblr/page42.php?id=138787531268
Formação de Doulas	Papo de Gaia	MS	http://abenfoms.com.br/curso-de-formacao-de-doulas-oferece-precos-promocionais-para-socios-da-abenfo-ms/

Cursos oferecidos por instituições de ensino

Curso	Instituição	Estados (UF)	Endereço eletrônico
Formação de Doulas	SEDUC INTEC	PR	http://seducintec.com.br/cursos/curso-de-doula-profissionalizante/
Formação de Doulas Comunitárias	Faculdade de Enfermagem/Unicamp e Fórum pela Humanização do Parto e Nascimento em Campinas	SP	http://www.redehumanizaus.net/90099-curso-de-formacao-de-doulas-comunitariasvoluntarias-em-campinas
Formação de Doulas Voluntárias	Faculdade de Medicina de Caruaru/UFPE e Secretaria de Saúde de Caruaru	PE	http://www.robsonsampaio.com.br/inscricoes-para-curso-de-formacao-de-doulas-comecaram/
Formação de Doulas	Escola Superior de Ciências da Saúde/UEA e Instituto da Mulher Dona Lindú, e Maternidades Hapivida e Unimed	AM	http://www.portaldoholanda.com.br/amazonas/programa-de-formacao-de-doulas-esta-com-inscricoes-abertas
Formação de Doulas Comunitárias	UFRN, Secretaria Municipal de Saúde, Rede de Apoio à Maternidade Ativa (RAMA) e Associação de Doulas do RN	RN	http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/abertas-inscricoes-para-o-curso-de-formacao-de-doulas-em-natal/269729
Formação de Doulas Voluntárias	UNB, Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Distrito Federal e REHUNA	DF	http://www.ebc.com.br/noticias/brasil/2014/10/gestantes-do-df-ganham-apoio-de-doulas-voluntarias-no-servico-publico
Formação de Doulas	Centro de Ciências da Saúde/UEL e ANDO Campinas	PR	http://www.bonde.com.br/mulher/em-dia/londrina-tera-curso-inedito-para-formacao-de-doulas-157103.html
Formação de Doulas Comunitárias	UEPB, Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (Isea) e Instituto de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto (IPESQ)	PB	http://pmcg.org.br/isea-inscreve-para-primeiro-curso-de-formacao-de-doulas/
Formação de Doulas	Centro Universitário Hermínio Ometto (UNIARARAS)	SP	http://www.uniararas.br/noticias/noticias_texto.php?codigo=1330&grupo=1

Formação de Doulas	Faculdade Max Planck	SP	http://www.faculdademax.edu.br/cursos/extensao/formacao-em-doula/
Formação de Doulas	Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão (FACEMA)	MA	http://portal.facema.edu.br/noticia/curso-de-extensao-de-doulas-tem-como-meta-capacitar-profissionais-da-area-da-saude

Cursos oferecidos por entidades filantrópicas

Curso	Instituição	Estados (UF)	Endereço eletrônico
Formação de Doulas	Hospital São Luiz	MT	http://congregar.acsc.org.br/hsl-promove-treinamento-para-formacao-de-doulas
Formação de Doulas Voluntárias	Santa Casa de Montes Claros	MG	http://www.jnnoticias.com/index.php/artigos/detalhes/41352/santa-casa-abre-as-inscricoes-para-curso-de-doulas-em-abril
Formação de Doulas Voluntárias	Hospital Memorial Guararapes	PE	http://www.hmgpe.org/curso-de-formacao-de-doulas-voluntarias/