

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

Andressa Fedoce Pires

**O caminho de dentro e o caminho de fora: uma análise antropológica sobre doulagem e empoderamento feminino no município de Juiz de Fora-MG**

Juiz de Fora

2024

Andressa Fedoce Pires

**O caminho de dentro e o caminho de fora: uma análise antropológica sobre doulagem e empoderamento feminino no município de Juiz de Fora-MG**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPG-CSO) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais; Área de concentração: Cultura, Produções Simbólicas e Processos Sociais.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>.Cristina Dias da Silva

Juiz de Fora

2024

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

Pires, Andressa Fedoce.

O caminho de dentro e o caminho de fora: uma análise antropológica sobre doulagem e empoderamento feminino no município de Juiz de Fora-MG / Andressa Fedoce Pires. -- 2024. 93 f. : il.

Orientadora: Cristina Dias da Silva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2024.

1. Doulagem. 2. Empoderamento feminino . 3. Saúde . 4. Saúde da mulher . 5. Gestaçã . I. Silva, Cristina Dias da, orient. II. Título.

**Andressa Fedoce Pires**

**O caminho de dentro e o caminho de fora: uma análise antropológica sobre doulagem e empoderamento feminino no município de Juiz de Fora-MG**

Dissertação  
apresentada ao  
Programa de Pós-  
graduação em  
Ciências Sociais  
da Universidade  
Federal de Juiz de  
Fora como requisito  
parcial à obtenção do  
título de mestre em  
Ciências Sociais.  
Área de  
concentração:  
Cultura, Poder e  
Instituições.

Aprovada em 27 de setembro de 2024.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof(a) Dr(a) Cristina Dias da Silva - Orientadora**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof(a) Dr(a) Rogéria Campos de Almeida Dutra**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof(a) Dr(a) Fabiano Eloy Atílio Batista**

Universidade do Estado de Minas Gerais

Juiz de Fora, 16/09/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Cristina Dias da Silva, Professor(a)**, em 27/09/2024, às 15:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rogéria Campos de Almeida Dutra, Professor(a)**, em 27/09/2024, às 15:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fabiano Eloy Atílio Batista, Usuário Externo**, em 30/09/2024, às 09:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1985702** e o código CRC **DEED79F7**.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço hoje aos que me ajudaram por tantas caminhadas: a João Carlos Borges (*in memoriam*), pelos mais de quinze anos em que pude ter a honra de ter sido sua paciente e por todas as reflexões que contribuíram para concretização deste projeto;

Agradeço aos amigos Gabriel Moreira Faulhaber e Daniela Bresson, por sempre “estarem por aqui” a postos para me incentivar e que com certeza foram fundamentais não apenas neste, mas em tantos outros momentos da minha vida;

Agradeço por último e com toda a minha fé e gratidão ao Senhor Tranca Rua das Almas, que com sua coroa iluminou minha cabeça, me deu caminhos, secou minhas lágrimas e aquietou minha mente e meu coração neste caminhar.

Obrigada por isso e tudo mais que não tem como ser dito.

Com todo meu afeto,

Andressa Fedoce Pires.

## RESUMO

A presente dissertação busca, em linhas gerais, tecer considerações sobre o papel desempenhado pelas doulas no processo de empoderamento feminino das mulheres que buscam este tipo de assessoria, especialmente no que tange às questões ligadas gestação, parto e ao puerpério. Metodologicamente, trata-se de um estudo qualitativo, do tipo de revisão de literatura relacionando-a com entrevistas individuais com doulas e com mulheres que buscaram este tipo de assessoria em seus ciclos gravídico-puerperais. Através de uma abordagem etnográfica, com entrevistas realizadas entre outubro de 2022 e julho de 2023 com oito doulas e quatro mulheres que utilizaram seus serviços em Juiz de Fora. As entrevistas revelam que as doulas desempenham um papel crucial no empoderamento feminino, ajudando as mulheres a tomar decisões informadas sobre seus corpos e partos. O conceito de empoderamento utilizado na pesquisa é baseado em uma perspectiva feminista, que vê o empoderamento como um processo contínuo de conquista de autonomia e libertação das opressões de gênero. Buscamos aqui, dessa forma, ampliar a discussão sobre a importância das doulas e suas contribuições para a saúde das mulheres, propondo uma análise crítica das práticas de saúde e dos processos históricos que moldam as experiências de parto no Brasil.

**Palavras-chave:** Assistência à saúde; doulas; Brasil

## **ABSTRACT**

This dissertation seeks, in general terms, to make considerations about the role played by doulas in the process of female empowerment of women who seek this type of assistance, especially with regard to issues related to pregnancy, childbirth and the postpartum period. Methodologically, this is a qualitative study, of the literature review type, relating it to individual interviews with doulas and women who sought this type of assistance in their pregnancy and puerperium cycles. Through an ethnographic approach, with interviews conducted between October 2022 and July 2023 with eight doulas and four women who used their services in Juiz de Fora. The interviews reveal that doulas play a crucial role in female empowerment, helping women to make informed decisions about their bodies and births. The concept of empowerment used in the research is based on a feminist perspective, which sees empowerment as a continuous process of achieving autonomy and liberation from gender oppression. We seek here, therefore, to expand the discussion on the importance of doulas and their contributions to women's health, proposing a critical analysis of health practices and the historical processes that shape childbirth experiences in Brazil.

**Keywords:** Health Care; doulas; Brazil.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapeamentos das doulas no Brasil.....	69
Figura 2 - Cartaz divulgação da segunda edição do projeto Prepara Parto.....	78
Gráfico 1- Distribuição (%) do rendimento nominal mensal familiar per capita.....	27
Gráfico 2- Renda de mulheres com filhos x renda de homens com filhos.....	28
Gráfico 3- Distribuição (%) das famílias, por tipo de arranjo familiar.....	28
Gráfico 4- Distribuição das doulas por idade.....	70
Gráfico 5- Distribuição das doulas por escolaridade.....	71
Gráfico 6- Distribuição das doulas por início de atuação profissional.....	71
Gráfico 7- Atuação apenas como doulas.....	72
Gráfico 8- Doulas que sofreram violência obstétrica.....	72
Gráfico 9- Distribuição das doulas por números de filhos.....	73
Quadro 1- Práticas, tecnologias e instrumentos usados nos partos no Brasil.....	51
Quadro 2- Médicos e sua respectiva atuação pela humanização do parto.....	52
Quadro 3- Terapias complementares que podem ser realizadas por doulas.....	66
Quadro 4- Terapias complementares que podem ser oferecidas por doulas na gestação e puerpério.....	66

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMMA-JF	Aliança de Mulheres pela Maternidade Ativa de Juiz de Fora
CIS	Cisgênero
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CMPMM-JF	Comitê Municipal de Prevenção de Morte Materna de Juiz de Fora
CRMM	Comitê Regional de Morte Materna
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GLS	Gays, Lésbicas e Simpatizantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais e demais orientações sexuais e identidades de gênero
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG'S	Organizações Não Governamentais
PHPN	Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TRANS	Transgênero
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1 GÊNERO E CULTURA</b> .....	17
1.1 MOVIMENTO FEMINISTA E ESTUDOS DE GÊNERO: UM ESPAÇO PARA NOVAS POSSIBILIDADES .....	22
1.2 NA PRÁTICA, A TEORIA É OUTRA: O PERFIL DA MULHER NA CONTEMPORANEIDADE.....	25
<b>2 O CORPO COMO <i>LOCUS</i> DE AÇÃO PRIVILEGIADA DA CULTURA</b> .....	33
2.1 O CONTROLE DOS CORPOS FEMININOS ATRAVÉS DA MEDICALIZAÇÃO .....	36
2.2 A HISTÓRIA DA PARTURIÇÃO: UMA ANÁLISE DO CENÁRIO BRASILEIRO.....	41
2.3 DO PARTO HUMANIZADO À VIOLÊNCIA OBSTÉRICA: PRÁTICAS DE ATUAÇÃO E FORMAS DE INTERVENÇÃO.....	49
<b>3 A DOULAGEM</b> .....	58
3.1 AS EXPERIÊNCIAS DE DOULAGEM NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA-MG .....	76
3.2 A DOULAGEM NO SETOR PÚBLICO: O PROJETO “PREPARA PARTO” .....	77
3.3 A CASA DE PARTO – UFJF: UMA EXPERIÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO.....	78
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	82
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	85
<b>ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	91
<b>ANEXO B - Roteiro de entrevistas com as Doulas</b> .....	92
<b>ANEXO C- Roteiro de entrevistas com as mulheres que já passaram pela doulagem</b> ....	93

## INTRODUÇÃO

A escolha da temática abordada neste estudo parte de nossa observação que, nos últimos anos, constatou o aumento de mulheres que, ao planejarem sua gestação/maternidade, incluem, como fator de suma importância, o processo de consultoria de doulas, seja no decorrer da própria gestação, seja no próprio parto e/ou no período do puerpério. Tal observação se deu não apenas no campo pessoal — com o grupo de mulheres com as quais vivo/convivo —, mas também na atuação profissional como Assistente Social atuante do Sistema Único de Saúde (SUS) há cerca de sete anos, como funcionária da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, Minas Gerais.

É notável que, cada vez mais, as mulheres busquem informações no que se refere a sua gestação, parto, puerpério e demais dinâmicas que envolvam o materno. Isso se dá pelos mais diversos motivos. Fato é que a pressão das mídias e o aumento de manuais médicos de normalização/padronização influenciam muito nesse processo. Contudo, não podemos deixar de citar as novas formas de vida e trabalho ao lado das novas formulações familiares como fatores que contribuem para este cenário, uma vez que, com a diminuição das famílias e as imposições trabalhistas, as pessoas que optam por gestar e criar filhos, muitas vezes, se veem desassistidas e desinformadas acerca implicações de tal escolha — o que favorece, assim, o crescimento do campo de atuação das doulas, objeto deste estudo.

O contexto histórico que permeia a temática não pode ser desconsiderado quando pretendemos avaliar o papel das doulas como prestadoras de serviço na atualidade. Todos os processos ocorridos no século XX (não só nele) foram preponderantes para o surgimento de debates que se mostram fulcrais para toda sociedade, sendo revisados não só por parte dos cientistas e profissionais da medicina, mas pela população como um todo. Nesse sentido, mais adiante, retomaremos tal discussão, fazendo um breve esboço da história da parturição, com ênfase nas dinâmicas ocorridas no Brasil.

Considerado um fenômeno, a princípio, fisiológico, o parto é vivenciado por grande parte das mulheres, passando por significativas modificações ao longo do tempo. As transformações envolvem cuidados prestados ao bebê, o tipo e a posição do parto, o direito a acompanhante, dentre outros (Oliveira et al., 2021).

No Brasil, a temática do “parto natural” ganha força no fim dos anos 1990, engajando, desde então, os mais diversos seguimentos na luta a favor de um parto mais humanizado. Partimos aqui da premissa de Diniz e Chacham (2006) que descrevem a humanização de parto como respeito e promoção dos direitos da mãe e da criança, o que inclui aspectos como

segurança, eficácia e satisfação, fazendo das mulheres protagonistas tanto em sua gestação como no próprio ato de parir.

No Brasil, segundo Carneiro (2015) à época de sua pesquisa, 52% (rede pública) e 88% (rede privada) dos partos aconteciam de forma cirúrgica. São números que assustam, pois, de acordo com a recomendação N° 011, de 07 de maio 2021 do Conselho Nacional de Saúde, estão na contramão da comunidade científica internacional orientada pela OMS (Organização Mundial de Saúde), que considera que “taxas superiores a 10% não estão associadas à redução de mortalidade materna e neonatal” (Brasil, 2021). Assim, diante do grande número de cesáreas e intervenções cirúrgicas realizadas nos partos em nossa sociedade, faz-se importante apontar a história da parturição no país, bem como os modelos de resistência ao sistema biomédico, que se mostra como preponderante nos dias de hoje.

O fenômeno do parto cirúrgico no Brasil teve sua ascensão nos últimos quarenta anos. Fatores como medo da dor, conveniência e segurança dos profissionais de saúde e questões de caráter financeiro estão entre os motivadores da prática, apontando para uma verdadeira transformação de paradigmas acerca do parto no contexto nacional (Carneiro, 2015).

Podemos assim concluir que as ditas “formas naturais de parir” vêm sendo apagadas do imaginário social por no mínimo trinta anos. Nesse período, diversos setores da sociedade agiram como fomentadores do parto cirúrgico, criando, para grande parcela da sociedade, sua naturalização, e difundindo-o muitas vezes como mais seguro, tanto para a gestante quanto para a criança. Fato que não só contribuiu para afastar as discussões referentes ao parto natural (vaginal), mas também para retirar das mulheres o papel de protagonistas em sua gestação e na decisão sobre o próprio parto (Carneiro, 2015).

Neste debate, a obstetrícia produziu um saber institucionalizado acerca do corpo da mulher, acessível apenas àqueles que dominavam os termos e as práticas profissionais. Além de influenciar na construção social da mulher como mãe e da gravidez e do parto como processos observáveis e passíveis de controle, a “obstetrícia moderna, cientificamente construída”, aparece como um dos pilares de uma certa concepção de modernidade, que encontrou no desenvolvimento científico um caminho para a consolidação do saber médico e superação do empirismo que caracterizava o partejar (Silva et al, 2019, p.182).

Diante do contexto descrito acima, surge, não apenas no ambiente biomédico, mas em outros segmentos da sociedade como ambientalistas, feministas, psicólogas, enfermeiras obstétricas e doulas, o movimento do chamado “parto humanizado”, que busca, dentre outros

objetivos, denunciar a violência obstétrica e o retorno da forma natural de parturição e cuidado com o bebê (Russo; Nucci, 2020); (Tornquist, 2004).

Embora não seja regulamentada como profissão (Consta apenas no Código Brasileiro de Ocupações desde 2013), o trabalho desenvolvido pelas doulas, já era apontado como importante na Política Nacional de Humanização do Governo Federal (2003) e na portaria Nº 1067, de 4 julho de 2005. No entanto, somente no ano de 2022 é que foi aprovado pelo Senado o Projeto de Lei 3.946/2021, que regulamenta a profissão de doula — Projeto ainda aguarda tramitação na Câmara dos Deputados.

A reivindicação pela regulamentação profissional para as doulas é um objeto de luta da categoria que, através de associações de âmbito nacional, estadual e municipal pressionam os governantes para que sua atuação seja legitimada nacionalmente e não apenas através de legislações municipais e estaduais como ocorre atualmente, pois não são todos os estados e municípios que possuem legislação que fomente suas práticas e garanta sua inserção nos hospitais como prestadoras legítimas de serviços às gestantes. Como é o caso de Juiz de Fora (MG), onde a atuação doulas é regulamentada pela Lei Nº 13.477, de 23 de dezembro de 2016, permitindo a presença das doulas durante o trabalho de parto e pós-parto em hospitais, maternidades e casas de parto da rede pública e privada, sempre que solicitado pela gestante.

Apesar de grandes avanços no que refere a legislação e na implementação de práticas humanizadas de atendimento, sabe-se que frequentemente ocorrem episódios de violência obstétrica e que, em muitos casos, as mulheres não são capazes de impedir tais situações; principalmente, quando não lhes é permitido o acompanhamento de um familiar ou de uma doula. São ocorrências se colocam frontalmente em desacordo com a Lei Nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que, em seu artigo 19-J, determina que os serviços de saúde da rede pública, privada ou conveniada são “obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” (Brasil, 2005a).

No Brasil a premissa de humanização do parto ganha força com o advento da Portaria MS Nº 1.067 de 04 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que, embora não cite especificamente o trabalho das doulas, coloca em seu artigo primeiro que tal política:

[...] tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica

e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005b).

Dessa forma, verificamos que tais princípios seguem os preceitos estabelecidos a ocupação das doulas e que sua inserção tanto no âmbito do Sistema Único de Saúde quanto no sistema de atenção complementar seria de suma importância para a efetivação dos direitos colocados em tal portaria.

Diversos estudos que apontam os benefícios da presença das doulas durante o parto. Lima (2017) aponta a existência menos intervenções, dores e complicações tanto para a gestante quanto para o feto, além de uma maior rapidez e tranquilidade. São fatores que, além de trazer um maior bem-estar a puérpera e ao recém-nascido, acabam também por desonerar os sistemas de saúde, visto que reduzem significativamente o uso de tecnologias.

Com as mudanças na sociedade, ocorre um processo de rápida expansão da doulagem, por meio da criação de diversos cursos de popularização da prática. Em contrapartida, vemos determinados setores (em especial a classe médica) levantando uma série de questionamentos e posicionamentos contrários a tal acompanhamento, o que acaba não só por dificultar como também limitar o acompanhamento das doulas no processo do parto.

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 de 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” (Silva, 2017, p.12).

Consideramos que este exercício de reflexão é uma via de mão dupla, pois diante do vínculo criado entre a doula e a gestante, a primeira, ao transmitir saberes e compartilhar suas experiências, também reflete sobre sua vida, o que fortalece seu processo de empoderamento e construção social, com vistas à igualdade de direitos e valorização dos saberes femininos.

Desse modo, a presente etnografia busca tecer considerações sobre o papel desempenhado pelas doulas no que tange às questões ligadas ao empoderamento feminino, ressaltando de que forma este tipo de assessoria traz benefícios às mulheres que buscam esse tipo de acompanhamento.

O trabalho de campo aqui exposto foi realizado entre outubro de 2022 e julho de 2023 e contou com entrevistas individuais com oito doulas de Juiz de Fora (sendo que duas, no momento da entrevista, encontravam-se no Canadá, realizando um curso de especialização,

mas ainda assim atuavam no coletivo ao qual pertencem, exercendo suas funções de forma online) e quatro mulheres, que em seu período gravídico-puerperal buscaram este tipo de assessoria.

Os nomes utilizados são fictícios, sendo atribuído às doulas os seguintes nomes: Rosa, Margarida, Begônia, Camélia, Lótus, Dália, Violeta e Bromélia; já em relação às mulheres assessoradas pelas profissionais atribuímos os referidos nomes: Amora, Cerejeira, Jacarandá e Aroeira.

O acesso às doulas e às mulheres foram possibilitados através do uso da amostragem por bola de neve: de acordo com que a nossa rede de contatos ia se ampliando, o acesso a essas mulheres ia sendo facilitado.

Os questionários utilizados foram do tipo semi-estruturados (encontram-se nos anexos e tiveram por objetivo nortear o caminho a ser conduzido durante as entrevistas, sendo sempre informado às entrevistadas que, para além das respostas, poderiam relatar quaisquer fatos que lhes fossem considerados caros no que tange à doulagem e aos processos gravídico-puerperais)

As entrevistas foram realizadas de forma individual nos modos online e presencial, ficando sempre a critério da entrevistada a escolha de hora e local. Desde o primeiro contato, todas as entrevistadas foram amplamente esclarecidas acerca dos objetivos da pesquisa, da garantia de sigilo, sendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo encontra-se nos anexos (ANEXO A).

Dessa forma, buscamos aqui uma análise qualitativa dos dados, pois compreendemos que esta estratégia de pesquisa contempla de forma mais ampla os objetivos de nossa pesquisa. Nas palavras de Minayo:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2001, p. 21).

Inicialmente delimitamos o campo de pesquisa em quinze doulas, que nos foram indicadas conforme nossa rede de contatos ia se expandindo; contudo, foram realizadas oito entrevistas com profissionais da área, as demais não foram incluídas devido a recusa direta (1), não resposta ao convite (4) e diversas remarcações que culminaram em uma não resposta sobre novo agendamento (2).



Após delimitação do tema de pesquisa e da adoção da premissa de que o objetivo desse estudo é iniciar uma discussão a respeito do trabalho das doulas no município de Juiz de Fora, optamos também por entrevistar mulheres que passaram pela doulagem em seu processo gravídico- puerperal com o objetivo de verificar se suas percepções a respeito da assessoria realizada correspondem com as atribuições aqui apresentadas através da revisão bibliográfica e também com o que as doulas enxergam como fatores preeminentes em sua prática profissional. O roteiro de tais entrevistas também encontra-se em anexo.

A noção de empoderamento, que será basilar neste trabalho, parte de uma perspectiva histórica e feminista, contrária ao significado atribuído por diversas agências publicitárias e outros segmentos da sociedade que se utilizam do termo de forma simplista — quando não equivocada —, fazendo com que tal conceito tenha seu real sentido esvaziado.

Dessa forma, quando fizermos referência ao empoderamento feminino e às possíveis formas de estimular e/ou conduzir as mulheres a essa perspectiva, estaremos nos atendo à interpretação de que tal noção é mais que uma ação: é um processo pelo qual se busca autonomia nas mais diversas esferas da vida. De modo que “empoderar-se” signifique a libertação das formas de opressão que, ainda hoje, trazem amarras às vidas femininas devido à opressão de gênero.

Para nós, feministas, o empoderamento de mulheres, é o processo da conquista da autonomia, da autodeterminação. E trata-se para nós, ao mesmo tempo, de um instrumento/meio e um fim em si próprio. O empoderamento das mulheres implica, para nós, na libertação das mulheres das amarras da opressão de gênero, da opressão patriarcal. Para as feministas latino-americanas, em especial, o objetivo maior do empoderamento das mulheres é questionar, desestabilizar e, por fim, acabar com a ordem patriarcal que sustenta a opressão de gênero. Isso não quer dizer que não queiramos também acabar com a pobreza, com as guerras, etc. Mas para nós o objetivo maior do “empoderamento” é destruir a ordem patriarcal vigente nas sociedades contemporâneas, além de assumirmos maior controle sobre “nossos corpos, nossas vidas” (Sardenberg, 2006, p.2).

Por este motivo, entendemos que o trabalho das doulas envolve muitas variáveis e formas de atuação, fazendo com que o objetivo desta produção busque, mesmo que de forma incipiente, indicar os caminhos realizados por essas profissionais que consideramos de suma importância no processo de empoderamento feminino.

Nesse sentido, compreendemos que a análise da cultura e de suas reverberações é importante para que possamos avaliar como processos históricos desencadeiam as imposições do atual sistema biomédico hegemônico e como se dá a resistência a essas imposições que nos

sãos colocadas através dos padrões ditos como “normais” a uma determinada época e sociedade, como afirma Mauss

É graças à sociedade que há uma intervenção da consciência. Não é graças à inconsciência que há uma intervenção da sociedade. É graças à sociedade que há segurança e presteza nos movimentos, domínio do consciente sobre a emoção e o inconsciente (Mauss, 1934, p.232).

A análise e os estudos dos corpos femininos também se mostram como parte fundamental do processo de construção de uma desigualdade entre os gêneros, criando papéis atribuídos às mulheres; por este motivo, buscaremos tecer uma reflexão sobre o processo que Foucault chamou de “histerização” do corpo da mulher. Nas palavras do autor, há um:

[...] tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado; podemos dizer então que, desde o século XVIII o saber médico é detentor de um discurso e de um poder que determina não só as práticas coletivas, mas também as práticas de cuidados individuais (Foucault, 2017, p. 113).

Dessa forma, realizando uma análise que busca conhecer tais práticas e suas reverberações, procuramos o que Martineau considerava como crucial em uma sociedade:

[...] a igualdade social pela qual toda a vida é aberta a todos em uma república democrática, na qual todo homem que tem poder de si, pode alcançar tudo aquilo que esse poder tem de requisito, não pode deixar de aumentar a importância de cada uma de suas qualidades aos olhos de todos, e a consequência é o respeito e deferência mútuos e também uma ajuda mútua, que são em si mesmas virtudes de alta ordem, e preparativos para lidar com os outros (Martineau, 2020, p. 273).

Assim, através das práticas descritas acima, na busca de uma análise mais ampla possível dos acontecimentos que circundam o processo de doulagem, pretendemos analisar os benefícios desse tipo de assessoria nas questões que perpassam o empoderamento feminino, as formas de maternas e o estilo de vida das entrevistadas.

Diante do breve contexto histórico aqui demonstrado, buscaremos realizar tal pesquisa para que possamos ampliar essa discussão no meio acadêmico, uma vez que a maternidade e todos os processos que lhe são caros, cada vez mais, estão presentes em nossos cotidianos, em todas as esferas da vida.

Como já destacado, verifica-se certo crescimento da doulagem, seja por buscas individuais das mulheres, seja também através de iniciativas (ainda que pontuais) do setor público. Por esse motivo, é essencial que analisemos como essas profissionais atuam: suas

contribuições para a promoção da saúde e socialização de informações como demonstraremos adiante.

Para isso, esta Dissertação será organizada da seguinte forma: após a presente **INTRODUÇÃO**, encontramos o capítulo **GÊNERO E CULTURA**, no qual apresentamos discussões sobre o que é cultura e o modo como se dá sua influência na sociedade, destacando as perspectivas de gênero inerentes à cultura ocidental moderna. Dando continuidade, em **O CORPO COMO *LOCUS* DE AÇÃO PRIVILEGIADA DA CULTURA**, exploramos historicamente como o corpo humano foi (e ainda é) utilizado como objeto de introjeção da cultura vigente e como o corpo feminino foi alvo de estudos, análises, definições, medicalizações etc. Em **A DOULAGEM**, seguimos a história da figura da doula, seu papel na atualidade, bem como as lutas e processos políticos nas quais essa atividade está envolvida. Por fim, nas **CONSIDERAÇÕES FINAIS**, retomamos os temas trabalhados e fazemos um balanço das discussões apresentadas.

## 1 GÊNERO E CULTURA

A discussão sobre o que é e como podemos classificar cultura ou as culturas existe desde os primórdios dos estudos antropológicos. Diversos autores dedicaram suas carreiras ao estudo do tema, demonstram como a análise das culturas é uma temática cara às ciências sociais. Autores como Franz Boas, Bronislaw Malinowski, Claude Lévi-Strauss, Émile Durkheim, Max Weber, dentre muitos outros foram antropólogos que realizaram estudos capazes de apresentar a miúdo determinadas culturas e como estas podem ser diversas.

Assim, a partir de todo o referencial teórico produzido por tais autores, apreendemos que a cultura não é uma categoria fixa, sendo moldada de acordo com as características e com o local que vivemos. Tal fato se dá devido a interferência de diversos atores sociais a variar o período analisado (Igreja, Estado, Mídias, etc).

A cultura como vivenciamos hoje é fruto de uma construção social; um apanhado de normas, aprendizados e relações de poder que vem se acumulando, tendo bases na cultura greco-romana. Por séculos, a forma que hoje a sociabilidade se coloca em nossas vidas vem sendo aprimorada e incutida através das mais variadas formas. Até os dias atuais observamos, por exemplo, como o ocidente se utiliza de padrões de beleza ditos “greco-romanos”, além de diversas outras noções culturais surgidas naquele período.

Norbert Elias descreve com grande riqueza de detalhes como as formas de agir e se portar foram difundidas em massa — comportamentos que após séculos são vistos por nós como corriqueiros, mas que ao fundo foram objeto de grande trabalho por parte dos agentes sociais de uma determinada época. O autor também nos demonstra como o que chamamos hoje de “civilização” faz parte de um processo em nós também participamos.

O que achamos inteiramente natural, porque fomos adaptados e condicionados a esse padrão social desde a mais tenra infância, teve, no início, que ser lenta e laboriosamente adquirido e desenvolvido pela sociedade como um todo. Isto não se aplica menos a uma coisa pequena e aparentemente insignificante como um garfo do que as formas de comportamento que nos parecem mais importantes (Elias, 2011, p.78).

Para Marcel Mauss, as atitudes corporais são representações de hábitos caros a cada sociedade, dessa forma variam de acordo com o local e com o período histórico analisado.

Esses “hábitos” variam não simplesmente com os indivíduos e suas imitações, mas, sobretudo, com as sociedades, as educações, as conveniências e as modas, com os prestígios. É preciso ver as técnicas e a obra da razão prática coletiva e individual, ali onde de ordinário veem-se apenas a alma e suas faculdades de repetição (Mauss, 2003, p.214).

Assim, cada vez mais a cultura torna-se objeto central na análise de um determinado fato social, sendo ponto de partida para o entendimento de quaisquer temáticas que envolvam o comportamento em uma determinada sociedade. Utilizando as palavras de Roberto Da Matta:

Quando um antropólogo social fala em “cultura”, ele usa a palavra como um conceito chave para a interpretação da vida social. Porque para nós “cultura” não é simplesmente um referente que marca uma hierarquia de “civilização”, mas a maneira de viver total de um grupo ou sociedade, país ou pessoa. Cultura é, em Antropologia Social e Sociologia, um mapa, um receituário, um código através do qual as pessoas de um dado grupo pensam, classificam, estudam e modificam o mundo e si mesmas (DaMatta, 1981, p.02).

É a partir dessa premissa que pretendemos neste capítulo demonstrar como a cultura ocidental em voga e seus agentes atuam na construção social dos gêneros e nos papéis sociais atribuídos a cada um e como essa cultura exerce papel central na manutenção de determinados papéis cotidianos, principalmente quando nos referimos à população cis e heterossexual.

Norteados pelo pensamento de Stuart Hall (1997), atrelamos aqui, a noção de cultura à formação de identidade. Percebemos que essa age de forma central nos indivíduos e em todas as suas relações sociais. Da mesma forma, é através da cultura que apreendemos “códigos de conduta”, que nos integram ou nos afastam de determinados seguimentos da sociedade.

O que denominamos “nossas identidades” poderia provavelmente ser melhor conceituado como as sedimentações através do tempo daquelas diferentes identificações ou posições que adotamos e procuramos “viver”, como se viessem de dentro, mas que, sem dúvida, são ocasionadas por um conjunto especial de circunstâncias, sentimentos, histórias e experiências única e peculiarmente nossas, como sujeitos individuais. Nossas identidades são, em resumo, formadas culturalmente (Hall,1997, p.26).

Entendendo que a categoria gênero é sempre social e culturalmente construída, buscamos aqui assim como Rohden (2009) redescobrir a íntima ligação entre os pressupostos morais e as concepções científicas por eles acionadas. Nosso intuito é perceber quais definições de família e de relações de gênero estão por trás dos discursos envolvidos.

Desde os textos antropológicos clássicos (como as produções dos autores citados acima), podemos perceber que, nos diversos tipos de sociedade, o gênero é composto por variadas representações e performances. Essas são utilizadas não apenas como demarcadores de um determinado gênero, mas também como delimitadores para o seu oposto. De modo que

tais categorias não se tratam de fenômenos estáticos, ou monolíticos, sendo sempre ressignificados de acordo com o contexto.

Dessa forma, nas sociedades ocidentais as categorias sexo e gênero foram por muito tempo unificadas. Tal concepção difundida no ocidente partia da premissa que existiria um sexo ou uma sexualidade e que esta é bipolarmente e originalmente dividida em duas categorias dois gêneros, homem e mulher (Costa, 2014, p.149).

A interpretação de que existem dois corpos e de que as explicações para os comportamentos dos gêneros estão nesses corpos, foi uma verdade que, para se estabelecer e se tornar hegemônica, empreendeu uma luta contra outra interpretação sobre os corpos: o isomorfismo (Bento, 2006. p.109).

Deste modo, assim como a cultura teve em cada período suas determinações específicas que foram se acumulando para chegarmos ao que podemos chamar hoje de “padrão ocidental de cultura”, as questões relacionadas aos gêneros passaram pelo mesmo processo. Ou seja, as noções de gênero e cultura estão amplamente atreladas.

Desde a Grécia antiga, a diferenciação entre os gêneros feminino e masculino foram utilizadas para imputar às mulheres características que lhes colocam em uma posição de fragilidade — física e social — em relação aos homens, necessitando assim de controle e vigília constantes. É a mesma premissa que pode ser vista a partir da visão religiosa de matriz judaico-cristã que, através de suas escrituras, colocou a figura feminina (Eva) como inferior a masculina (Adão), bem como propagadora dos pecados que levaram aos males vividos pela humanidade por toda a eternidade (Colling, 2015). São incontáveis as formas pelas quais a sociedade se utilizou de mecanismos de poder para preterir as mulheres ao longo da história.

Silvia Federici (2017) descreve minuciosamente como o processo de caça às bruxas (ocorrido entre os séculos XVI e XVII), perpetrado pela Igreja Católica com apoio do Estado, funcionou não apenas como uma perseguição às mulheres, mas também como ferramenta para degradar a figura feminina, desvalorizando e apagando os saberes aprendidos. Houve também uma desarticulação entre as mulheres objetivando o fortalecimento da acumulação capitalista através da definição de novos papéis femininos na organização do trabalho ao serem designadas para funções domésticas e não remuneradas. Podemos dizer assim que este período com todas as práticas brutais aplicadas na domesticação das mulheres serviu para destituí-las de todo e qualquer poder social e político.

Para a autora, durante a transição do feudalismo para o capitalismo, tivemos uma mudança muito relevante no que tange a posição das mulheres na sociedade de um modo geral, apagando da história moderna o papel da mulher como detentora de saberes e práticas

juntamente do reconhecimento do cuidado como categoria de trabalho. Dentro desse contexto, Federici consegue esmiuçar como, através das mais diversas formas (a maioria usando de violência e coerção), as mulheres foram domesticadas, desvalorizadas e, mais uma vez, preteridas em relação ao gênero masculino para o fortalecimento da nova ordem que surgia (capitalismo). Nesse sentido, a caça às bruxas aprofundou a divisão entre mulheres e homens, destruindo um universo de práticas e crenças sociais cuja existência era incompatível com a disciplina do trabalho capitalista, redefinindo os principais elementos de reprodução social.

Da mesma forma que os eventos citados acima, a revolução científica, a expansão do estudo e das práticas médicas também contribuíram para acentuar a dicotomia masculino/feminino. Mais uma vez foi designado à mulher, agora sob as vestimentas de um saber científico, o ideário da inferioridade física e mental, ressaltando novamente a necessidade de constante vigília e controle masculinos (Colling, 2015).

Essa noção determinista dos gêneros tornar-se-ia hegemônica em meados do século XX. Assim, a noção de sexo imbricado ao gênero foi (e ainda é) tão fixa em nossa sociedade que as mais diversas áreas científicas buscaram construir bases que justificassem as diferenças entre os corpos e comportamentos através do gênero. De acordo com Berenice Bento (2006), tal percepção serviu para que se criassem cenários de hierarquização e normatização sobre o que deveria representar ser mulher ou homem dentro de uma sociedade heteronormativa.

A reprodução afeta a mulher de uma forma que transcende as divisões de classe e permeia todas as suas atividades: sua educação, seu trabalho, seu envolvimento político e social, sua saúde, sua sexualidade, enfim, sua vida e seus sonhos. É necessário que se deixe de romantizar o poder que pode existir da conexão biológica da mulher com a Maternidade. É fundamental deixar de subestimar o poder repressivo sobre as mulheres que se estabelece com essa conexão. Pois essa visão “reprodutiva” das mulheres é muito menos o resultado de sua condição biológica e, acima de tudo, determinada pela organização social e cultural. E não se pode deixar de reconhecer que essa organização tem, até hoje, buscado cercear os esforços das mulheres para ganhar um pouco de espaço de controle sobre suas vidas e seus corpos e para expressar livremente sua sexualidade (Brasil, 2001, p.15).

Dentro do campo da medicina construiu-se o que Rohden (2009) intitula como “Uma ciência da diferença” explicitando a forma como algumas especialidades médicas foram destinadas ao estudo dos corpos femininos buscando identificar e determinar características que seriam inerentes ao gênero feminino, bem como o que deveria ser considerado como normal ou patológico de acordo com as expectativas sociais para cada um dos gêneros.

A identidade cultural de gênero é construída no tempo e no espaço, criando estereótipos de papéis diferenciados, marcados pelos interesses imediatos das sociedades nos diferentes momentos históricos. Ao longo dos séculos, construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história. Esse modelo pré-determina formas de conhecimento e ação na área da saúde inclusive, que evidenciam seu caráter patriarcal (Brasil, 2001, p.13).

O descolamento das categorias sexo e gênero só se tornou possível com o advento dos movimentos feministas, que, a partir dos anos 1960, buscaram desnaturalizar a condição subalterna das mulheres. O avanço no debate se deu pelo apontamento da dimensão cultural que perpassa o conceito de gênero e a sua separação da categoria sexo que se encontraria em uma discussão de caráter biológico. São discussões que se iniciaram na busca por uma equidade de direitos e culminaram em estudos inovadores que reverberam na organização de nossa sociedade, mudando radicalmente a história do século XX (Piscitelli, 2001).

Partindo da compreensão de gênero como uma construção social, torna-se mister apontar neste projeto características e papéis sociais imbuídos ao gênero feminino que, mesmo na atualidade, impostos como inerentes e até mesmo naturais.

Por meio da dinâmica de socialização diferenciada de homens e mulheres desde a mais tenra infância, ao gênero feminino sempre foram imputadas características que buscavam demonstrar sua instabilidade emocional, fragilidade física e mental, além de seu desígnio natural para o desempenho de funções domésticas e à maternidade. Quando esta não era capaz de atender a tais requisitos, era compreendido não apenas pela sociedade de um modo geral, mas também pela categoria médica, como um ser desviante e passível de intervenções para que seu quadro de “adoecimento” fosse sanado (Rodhen, 2009).

Com o aval da medicina, insurreições femininas na luta pela emancipação e na busca por direitos — ou quaisquer questões que se referissem a ações diferentes do que eram estabelecidas como normais às mulheres — eram vistas como sintomas de uma doença, devendo ser tratada, seja através de procedimentos cirúrgicos, seja por meio de medicalização e docilização dos corpos.

Diversos foram os procedimentos criados com vistas ao processo de “cura” dos “males” que atingiam as mulheres. O caso da histeria talvez seja o exemplo mais conhecido. De acordo com a perspectiva da época, esse era um problema ligado ao útero e “aos nervos”, além de também ser relacionados com a debilidade moral feminina.

As possibilidades de dissociação do par mulher-reprodução, serão vistas como grandes ameaças, tanto aos indivíduos quanto à sociedade. Entre essas possibilidades, destacam-se as tentativas de controle de natalidade, a



educação e o trabalho feminino, fenômenos relacionados à emancipação feminina e à instauração de uma nova ordem social. Essas perturbações remetem tanto as desordens no próprio organismo da mulher como a desordens sociais. É partir desse quadro que a medicina da mulher se constitui não apenas como uma ciência da feminilidade, da diferença sexual e das desordens sociais relacionadas com as ameaças à delimitação dessa defesa (Rohden, 2009, p.109).

Diante do apresentado, podemos perceber que, principalmente a partir do século XIX, a medicina debruçou-se de forma mais enfática sobre a mulher, analisando características de cunho biológico e buscando também atribuir ao gênero feminino e a seus corpos determinadas marcas produzidas sob a base da moralidade. Nesse sentido, podemos comparar o avanço das práticas médicas às condutas religiosas que eram aplicadas às mulheres, conservando-se assim o estigma de pecadora e reprodutora (Rohden, 2006).

Como percebemos, a construção social do gênero feminino atribuiu às mulheres características e funções, na maior parte das vezes as colocando como seres inferiores, determinando os papéis que devem cumprir em sociedade, intervindo, inclusive, diretamente em suas vidas e em seus corpos.

Analisando um contexto histórico referente ao gestar e ao parir, por muito tempo, foi imputada à mulher, uma naturalização referente ao momento do parto, seja por segmentos religiosos, que apontam que esse momento era plausível de sofrimento, tendo como referência o “pecado original”, citado na bíblia, seja por segmentos médicos, que dedicavam seus estudos à institucionalização do processo, adotando formas ríspidas de abordagem expondo as mulheres às mais diversificadas formas de violência — amarrações, sedação excessiva, intervenções agressivas — que acabam por deixar sequelas físicas e emocionais. Hoje chamamos tais procedimentos de violência obstétrica, caracterizada pela adoção de práticas sem o consentimento da mulher no decorrer do seu processo de parto (Rohden,2009).

### 1.1 MOVIMENTO FEMINISTA E ESTUDOS DE GÊNERO: UM ESPAÇO PARA NOVAS POSSIBILIDADES

Como esboçamos acima, a construção social do papel da mulher na sociedade, desde os primórdios, utiliza-se das mais diversas estratégias para a manutenção da ordem estabelecida. As mudanças culturais, assim como os processos de remodelação familiar, nos apontam, hoje, para um novo perfil atribuído ao ser feminino. Contudo, essas novas possibilidades de ser/estar se mostram, muitas vezes, como uma cortina de fumaça para uma série de opressões diárias que são impostas, pelos mais diversos seguimentos, como “escolhas” ou até mesmo mudanças em relação ao nosso papel na sociedade.

Para compreendermos o papel atribuído ao gênero feminino em nossa sociedade, é

preciso que tenhamos uma leitura dos fatores históricos que permearam a luta feminista até a atualidade. Estudiosos e militantes da temática se debruçam para discutir como a categoria gênero impacta a vida de todos, destacando a noção de interseccionalidade como um de seus fatores preponderantes. Tomaremos aqui o pensamento de Adriana Piscitelli a respeito das discussões sobre o conceito de gênero e o pensamento feminista:

O conceito de gênero começou a ser desenvolvido como uma alternativa ante o trabalho com o patriarcado. Ele foi produto, porém, da mesma inquietação feminista em relação às causas da opressão da mulher. A elaboração desse conceito está associada à percepção da necessidade de associar essa preocupação política a uma melhor compreensão da maneira como o gênero opera em todas as sociedades, o que exige pensar de maneira mais complexa o poder. Vemos, assim, que as perspectivas feministas que iniciaram o trabalho com gênero mantêm um interesse fundamental na situação da mulher, embora não limitem suas análises ao estudo das mulheres (Piscitelli, 2001, p.11).

Por esse motivo, passaremos aqui, de forma breve, pelas chamadas “ondas do feminismo”, tendo como objetivo compreendermos sua trajetória. Fato importante de ser dito: tais categorias não são estanques, apresentando diversas nuances, sendo cada onda interligada a anterior, contribuindo não apenas para a construção das lutas emancipatórias das mulheres, mas também para os estudos relacionados a gênero e sexualidade em um processo contínuo de evolução e contestação.

Os primeiros estudos feministas e a chamada “primeira onda do feminismo” datam de meados do século XIX e tinham como mote principal a luta pela igualdade de direitos, principalmente, no que se refere ao direito ao voto e ao trabalho fora do lar. Apesar de sua importância, podemos caracterizá-lo como um movimento de luta muito direcionado, voltado à busca de direitos a uma categoria muito específica: mulheres brancas, burguesas e heterossexuais (Pocahy, 2011).

A chamada “segunda onda do feminismo” pode ser delimitada entre as décadas de 1960 e 1980 e foi marcado pela intensa experiência de grupos de discussão e conscientização, muitos deles de inclinação socialistas. Esses grupos refletiam sobre o papel da mulher na sociedade e seu caráter político. É desse período a expressão “o pessoal é político”, que nos ajuda a compreender que as esferas públicas e privadas se entrelaçam quando nos referimos a questões referentes aos direitos femininos. Essa onda teve como algumas reivindicações: a legalização da pílula anticoncepcional, a legalização do aborto, a luta contra a violência contra a mulher e os avanços na participação feminina no mercado de trabalho (Costa, 2005); (Sardenberg, 2018).

A existência de grupos reflexivos e de conscientização de mulheres sempre teve grande importância no processo de transmissão de conhecimentos, funcionando como um veículo empoderador (como já demonstramos no capítulo introdutório). Assim, podemos concluir que, na história dos movimentos de mulheres, os grupos de conscientização, reflexão e ação feministas, bem como as oficinas de sensibilização tiveram — e continuam tendo — papel fundamental no desmonte patriarcal (Sardenberg, 2018, p. 17.).

A “terceira onda do feminismo” data dos anos 1990 até meados dos anos 2000, apresentando-se como um movimento de maior amplitude e interseccionalidade, trazendo pautas caras ao movimento negro e LGBTQIA+ (à época chamado apenas de movimento gay e/ou GLS), além de uma crítica ao feminismo branco, de classe média e uma maior discussão sobre a diversidade das experiências femininas, envolvendo identidade de gênero e políticas públicas para mulheres (Silva et al, 2021).

Por sua vez, a “quarta onda do feminismo” (ainda que para alguns autores, chamar essa fase da luta feminista seja controversa) inicia-se em 2010 e tem como uma de suas principais características o chamado ciberativismo, contanto com uma pluralidade de feminismos, focada na interseccionalidade, com coletivos e organizações mais fluidas e com grande atuação nas mídias sociais. Discussões de pautas como gordofobia, racismo, transfobia, poliamor, questionamento de padrões morais e estéticos, além de uma maior representatividade LGBTQIA+ são alguns dos pontos principais dessa nova fase da luta feminista (Silva et al, 2021).

A apresentação das fases e do pensamento feminista se torna mister quando desenvolvemos a seguinte percepção:

As diversas correntes do pensamento feminista afirmam a existência da subordinação feminina, mas questionam o suposto caráter natural dessa subordinação. Elas sustentam, ao contrário, que essa subordinação é decorrente das maneiras como a mulher é construída socialmente. Isto é fundamental, pois a ideia subjacente é a de que o que é construído pode ser modificado (Piscitelli, 2001, p.02).

Ainda levando em consideração a ampla gama de perspectivas que os estudos feministas abrangem, temos a interseccionalidade como categoria fulcral para os debates que permeiam gênero e sexualidade.

Segundo Hirata (2014), o termo e o debate sobre a interseccionalidade têm sua origem no final dos anos 1970, dentro do movimento que ficou conhecido como *black feminism*. O conceito, cunhado por Kimberlé Crenshaw, jurista afro-americana, para analisar as opressões

vivenciadas pelas mulheres negras nos Estados Unidos, busca, dentre outras coisas, realizar a junção das relações de poder, de sexo, raça, classe, gênero e orientação sexual, demonstrando como as diferentes categorias identitárias ao se intercruzarem criam experiências únicas de opressão.

A teoria da interseccionalidade no contexto do feminismo oferece uma análise crítica crucial às concepções tradicionais do movimento feminista, que historicamente tendiam a centrar suas lutas nas experiências de mulheres brancas e de classe média. Essa perspectiva reconhece que as opressões vivenciadas pelas mulheres são complexas e multifacetadas, entrelaçando-se com outros marcadores sociais como raça, classe, orientação sexual, identidade de gênero, deficiência, entre outros.

Nas palavras de Carla Akotirene:

A interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico- metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado — produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe. (Akotirene, 2018, p.14).

Buscamos aqui enumerar de forma resumida como o movimento feminista e suas reverberações foram importantes para a construção social de novos papéis e/ou novas possibilidades no que se refere ao papel da mulher na sociedade.

Não obstante à consideração das formas de dominação sobre os corpos das mulheres, a entrada da discussão sobre sexualidade na perspectiva cultural, social e política se constitui como um dos mais incisivos aspectos para o alargamento e a potencialidade do conceito de gênero como o conhecemos hoje, bem como diante de suas possibilidades incontestáveis na trama das interseccionalidades (Pocahy, 2011, p.26, 2011).

O movimento feminista foi, e ainda é, componente imprescindível na luta das mulheres contra as mais diversas formas de opressões ainda hoje vivenciadas. No entanto, apesar dos grandes avanços, ainda hoje, é necessário que se reivindique o direito a igualdade, apontando os fatores interseccionais já mencionados (Mendes et al, 2015).

## 1.2 NA PRÁTICA, A TEORIA É OUTRA: O PERFIL DA MULHER NA CONTEMPORANEIDADE

São muitos os papéis e atribuições imputados às mulheres ao longo do tempo: desde exigências estéticas muitas vezes inalcançáveis, chegando à suposta obrigação de exercer o cuidado não remunerado como uma espécie de “destino” ou “instinto”. Atualmente, soma-se a isso a necessidade de lidar com as mudanças societárias que impactaram fortemente a saúde

física e mental feminina (Miguel, 2017).

Há que se observar que entre as mudanças que estamos vivenciando é notável a transformação da ocupação dos espaços das mulheres na sociedade contemporânea, que afetou profundamente a organização da família, bem como os espaços ocupados e reservados aos homens, tanto na vida pública quanto na vida privada, com profundos reflexos em sua própria construção identitária (Fernandes, 2007, p.02).

Além da imposição constante de um discurso biológico, que, com frequência, atribui aos gêneros determinados papéis, é importante falarmos de como o poder opera como agente na construção de identidades se utilizando das mais diversas ferramentas como aparatos midiáticos e estatais para o fortalecimento e manutenção do sistema vigente (Freitas; Chaves, 2013); (Almeida; Souza, 2021).

Ao longo da história o papel da mulher foi se modificando à medida que a sociedade flexibilizou sua estrutura, e os patriarcais provedores do lar foram cedendo espaço às mulheres engajadas que trabalham fora, educam filhos e administram lares. Hoje é uma realidade feminina o papel de profissional bem-sucedida, apesar da discriminação e violência fazerem parte do cotidiano social...

No lar, gera-se violência doméstica contra mulheres. No trabalho, os baixos salários e o assédio sexual e moral; na publicidade, a coisificação da figura feminina. Tudo isso é fruto de uma mentalidade machista, que deprecia a imagem da mulher e oprime diante de oportunidades e direitos que deveriam ser igualitários (Almeida; Souza, 2021, p.17).

Louro (2000) afirma que categorias como gênero, sexualidade e até mesmo as identidades são construídas socialmente como produto das normas, que nos moldam conforme o interesse das instituições que detêm o poder dentro de nossa sociedade. Ainda acompanhando o pensamento da autora, verificamos que os mais variados artifícios são utilizados para a construção dos “corpos educados”, tão necessários ao sistema voga. Assim, a educação formal, as mídias e até mesmo a cultura popular são instrumentos de grande valia para que os padrões sociais de normalidade (falando aqui de uma cis heteronormatividade branca) sejam mantidos.

Os instrumentos de poder aqui citados, bem como muitos outros, formam um conjunto de pedagogias que além de ter o objetivo claro de normatizar e oprimir podem ser utilizados como forma de resistência e subversão. Segundo Foucault:

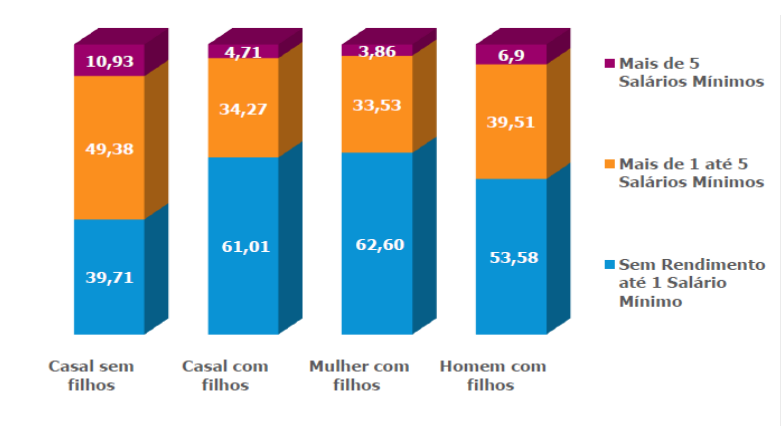
Os discursos, como os silêncios, nem são submetidos de uma vez por todas ao poder, nem opostos a ele. É preciso admitir um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito de poder,

e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta (Foucault, 2017, p.110).

Diante do exposto, vamos apresentar em linhas gerais, alguns dados sobre o perfil de famílias brasileiras e do papel da mulher hoje em nosso país.

Segundo o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (2021), em uma pesquisa realizada utilizando dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), vemos que, no período de 1995 a 2015, o número de famílias mononucleres (chefiadas apenas pela mulher) aumentou em 16,3% conferindo a essas famílias uma queda na renda *per capita*. O estudo ainda indica que, mesmo em famílias compostas por casais, o papel de provedora da família pertencente à mulher triplicou neste mesmo período.

Gráfico 1- Distribuição (%) do rendimento nominal mensal familiar per capita (famílias únicas e conviventes), por composição familiar – Brasil – 2010



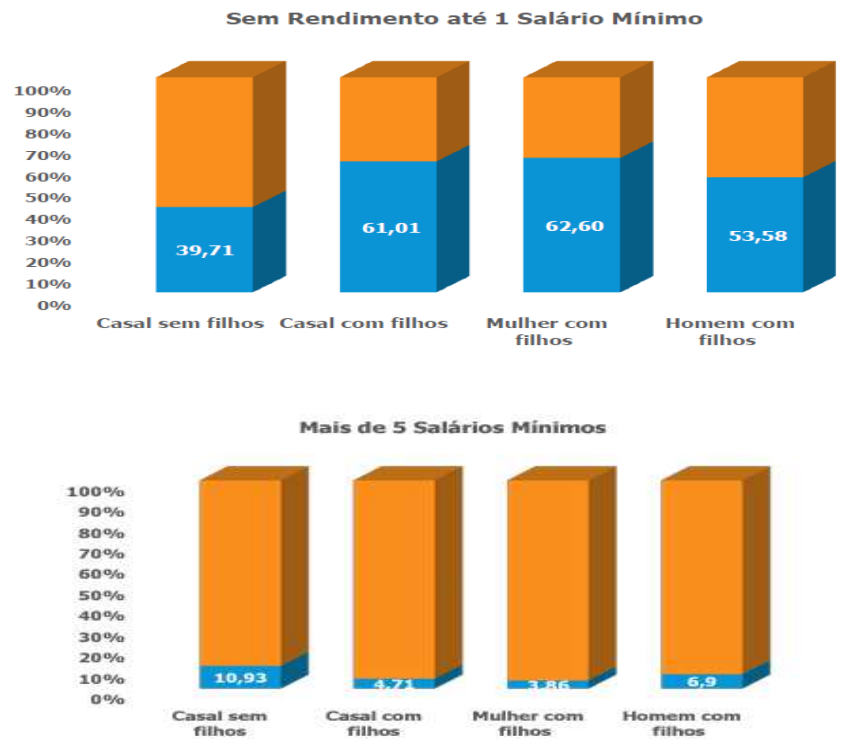
Fonte: Elaborado a partir de dados do IBGE. Censo demográfico 2010. Famílias e Domicílios. Tabelas. Brasil. Tabela. Famílias únicas e conviventes principais residentes em domicílios particulares, por classes de rendimento nominal mensal familiar per capita, segundo a situação do domicílio e o tipo de composição familiar. 2010.

Fonte: Brasil (2021).

Podemos observar no gráfico acima como o perfil de mulheres com filhos é o padrão que apresenta menor média de rendimento salarial e também o menor percentual de famílias com renda superior a cinco salários mínimos.

Observamos também como o perfil de renda de mulheres com filhos é inferior quando comparado aos homens com filhos. O segundo gráfico mostra que em relação aos salários mais altos (acima de cinco salários mínimos) o número de homens com filhos que recebem este valor é quase o dobro em relação ao número de mulheres com filhos, o que denuncia a questão tão em voga hoje quanto aos salários menores para as mulheres.

Gráfico 2- Renda de mulheres com filhos x renda de homens com filhos

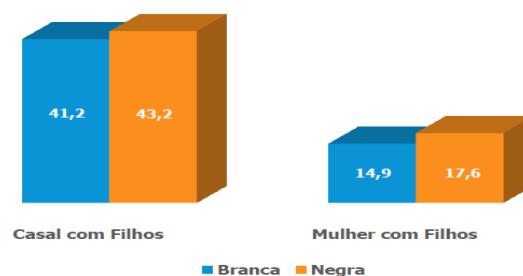


Fonte: Elaborado a partir de dados do IBGE, Censo demográfico 2010. Famílias e Domicílios. Tabelas. Brasil. Tabela. Famílias únicas e conviventes principais residentes em domicílios particulares, por classes de rendimento nominal mensal familiar per capita, segundo a situação do domicílio e o tipo de composição familiar, 2010.

Fonte: Brasil (2021).

No tocante a raça, observamos que mulheres negras são a maioria quando se trata de famílias monoparentais, o que nos indica, mais uma vez, a importância de se considerar as interseccionalidades quando estudamos questões referentes a gêneros.

Gráfico 3 - Distribuição (%) das famílias, por tipo de arranjo familiar, segundo cor/raça do/a chefe de família - 2015



Fonte: Elaborado a partir de dados do IPEA, Indicadores. Chefe de família. Distribuição percentual das famílias, por tipo de arranjo familiar, segundo sexo do/a chefe de família, 1995 a 2015.

Fonte: Brasil (2021).

Em 2023, o DIEESE (Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos) lançou um Boletim Especial no Dia Internacional das Mulheres,

apresentando importantes dados estatísticos recentes (2022) sobre as dificuldades das mulheres chefes de família no mercado de trabalho. Vejamos os dados contidos nesse documento:

- \* Uma mulher foi assassinada a cada seis horas no primeiro semestre de 2022;
- \*44% da força de trabalho, no terceiro semestre de 2022, era composta por mulheres e, dentre as mulheres ,55% encontravam-se desempregadas;
- \*Mulheres ganharam em média em 2022, 21% a menos que os homens;
- \*Dos 75 milhões de lares brasileiros, 50,8% tinham liderança feminina (38,1 milhões), neste contexto, as mulheres negras lideravam 21,5 milhões de lares (56,5%) e as não negras, 16,6 milhões (43,5%), no 3º trimestre de 2022.
- \* Foi verificado nos estudos que, independente do arranjo familiar, mulheres negras sempre ganham menos que mulheres não negras.
- \* A menor renda per capita é observada em famílias monoparentais chefiadas por mulheres com filhos (dados do 3º semestre de 2022).
- \* Arranjos familiares mais vulneráveis são de chefia feminina, sem cônjuge, no 3º trimestre de 2022, dentre as quais, famílias chefiadas por mulheres negras representavam 61,7% do total (6,8 milhões) enquanto este número entre mulheres não brancas era de 38,3% (4,2 milhões) (DIEESE, 2023).

Os dados mencionados acima, além de corroborar com as discussões apresentadas, nos mostram que:

[...] um contingente de mulheres que ganha menos se insere de forma precária e leva mais tempo em busca de colocação no mercado de trabalho. Esse quadro faz com seja perpetuada a situação de vulnerabilidade não só da mulher chefe de família, mas de todos os familiares, com a transferência de milhares de crianças e jovens da escola para o mercado de trabalho, para que contribuam com a renda da família (DIEESE, 2023, p.12).

Além de apresentar dados que coadunam com as discussões apontadas neste capítulo, o documento também nos indica importantes reflexões.

As mulheres, que são a maioria da população, estão sub-representadas nos espaços políticos e de poder, e, por essa razão, é muito difícil colocar no debate legislativo as questões femininas. Nas eleições de 2022, mesmo com o aumento das candidaturas femininas - 33,3% de registros a mais nas esferas federal, estadual e distrital, segundo a Agência Senado -, apenas 302 mulheres, no total, conseguiram se eleger para a Câmara dos Deputados, o Senado, Assembleias Legislativas e governos estaduais, enquanto o número de homens eleitos chegou a 1.394. A baixa participação das mulheres na política e nos espaços de liderança inviabiliza as pautas temáticas sobre gênero, dificultando mudanças. É necessário criar condições objetivas de participação feminina em todos os espaços de atuação, que levem em conta horários e a vida familiar, a maternidade, sem que as mulheres sejam obrigadas a escolher entre carreira, política ou família (DIEESE, 2023, p. 01).



Verificamos que ainda hoje ‘ser mulher’ é um papel atravessado por diversos estigmas e atribuições que culturalmente são atribuídas ao gênero feminino, gerando, muitas vezes, sobrecarga física, mental e adoecimento. Em nossa pesquisa de campo, verificamos que as entrevistadas compreendem a dimensão cultural imposta ao gênero feminino especialmente no que se refere ao processo de maternagem, apontando em suas falas as diversas mazelas imbricadas a este processo.

O processo de maternagem é visto de forma unânime como desafiador e, muitas vezes, causador de diversas formas de sofrimento imputados à mulher. Nesse sentido, questões culturais relacionadas ao gênero — ainda muito enfatizadas pelas mídias — criam um ideário de romantização em relação ao matinar, incutindo em muitas mulheres não apenas um perfil de mãe ideal inalcançável, mas também frustrações por não serem capazes de cumprir os preceitos difundidos sobre este processo.

As falas apresentadas abaixo buscam exprimir a percepção das doulas no que se refere a esse processo:

E acaba sendo assim também não só aqui, mas eu acho que a maternidade é muito solitária. Por mais que você tenha um parceiro assim, mãe é mãe, pai é pai. [...] Eu acho que tem alguns casos que o pai vai fazer sim, mas a maioria não, a maioria não vai dar conta desses pequenos detalhes. E isso acaba sobrecarregando, é então é essa parte que eu acho né?! Que é cansativo e desafiadora da maternidade né?! Porque ela acaba sendo solitária mesmo que não seja né uma gravidez solo (Begônia, 37 anos)

Olha, tem essa cobrança muito grande da sociedade e fica até família mesmo, né? O próprio marido. Muitas vezes, ah não, a gente tem que ter um filho e tal. Mas a maior envolvida ali vai ser a mulher. Então naquela hora do perrengue, da criança doente de madrugada, quem vai resolver acaba sendo a mulher dele. Então a gente tem que pensar por nós assim. É o momento de ser egoísta, sabe? ‘É bom, quero mesmo assim’ (Violeta, 37 anos).

Um fator importante é apontado pela doula Dália (30) que se refere a pressão social e cultural exercida sobre as mulheres que não desejam ter filhos ou que tem uma gravidez indesejada. A entrevistada nos aponta com clareza os preconceitos que ainda hoje são perpetuados sobre esses corpos, causando ainda mais angústia e sofrimento a essas mulheres. Outro fator citado é o processo de romantização da maternidade que, embora já existam discussões a respeito, ainda hoje é difundido como natural, criando assim um ideário de maternidade inalcançável para a maioria das pessoas que gestam,

[...] A sociedade não está pronta pra lidar com uma mulher que não quer ser mãe e engravida, então sempre que eu comentava com alguém vinha assim,

ah! Mas Deus sabe o que faz, ah! mas depois você vai criar amor, ah! mas veio porque tinha que vim, ah! mas depois você nem vai lembrar disso. Não gente, eu vou lembrar, não vou ter uma amnésia. (...)E a gente precisa falar disso. Porque tem muitas mulheres por aí que engravidam sem querer ser mãe e você não sabe se a hora que aquela criança nascer, se você vai olhar pra ela, se você vai rejeitar ou não. E a sociedade não está pronta pra isso. Porque a partir do momento que você fala não, mas eu não quero ser mãe, nossa, você é um monstro, nossa, a criança foi enviada por Deus e você não ama essa criança. [...] Não, você pariu, você tem a obrigação de amar e cuidar dessa criança. E aí é onde a gente vê muita mãe que judia do filho, que abandona, que joga no lixo, porque ela não teve talvez alguém que falasse olha, está tudo bem, você não amar. Sabe? (...) e aí a mãe meio que tem que aguentar tudo, tem muito disso também, sabe? De que a mãe tem que aguentar tudo mesmo, você quis ter filho, então agora aguenta, aguenta a criança chorar vinte e quatro horas, aguentar o peito ferido, aguenta tudo. Sabe cuidar de casa, criança, filho, cachorro. [...] Tu é mulher, tu tem que dar conta de tudo, sabe? Tu tem que ser se virar em mil. Sim e aí é difícil porque aí você vê aquela passagem de pano pro pai. [...] Então assim, não, não romantize.[...]Não é lindo, é cansativo e por isso que eu falo assim, não julgo quem não gosta de ser mãe, tem gente que fala que não gosta da maternidade, não julgo, porque não é fácil e isso é completamente diferente do eu não amo o meu filho, porque as pessoas quando você fala assim, nossa eu não gosto de ser mãe, as pessoas acham assim, ela odeia o filho. É gente, eu amo minha filha, mas eu não gosto da sobrecarga materna.

E quem romantiza, eu fico puta de ver quem romantiza. Não gosto. Entende?! Ver gente romantizando a maternidade. Além de ser mentira é isso, né? Frustra outras pessoas, e se pra pessoa realmente foi tudo de forma romântica, ótimo, mas não é a realidade da maioria. Sabe? Não tem como você querer que todo mundo seja da forma que foi contigo. Nós temos todas realidades diferentes, criações diferentes e condições financeiras diferentes (Dália, 30 anos).

Outro ponto de destaque foi a maternidade solo, que, segundo os apontamentos de Rosa (37), perpassa por questões muito diferentes das mulheres que vivem a maternagem com seus companheiros e que muitas vezes é desconsiderado ou minimizado dentro de nossa sociedade,

[...] Então, assim, ser mãe solo é uma maternagem completamente diferente, é completamente. É difícil de explicar até para as pessoas, porque as pessoas tendem a achar que ter um marido que não ajuda ou que é um péssimo marido é a mesma coisa que estar solo, mas não é. Estar solo é você não ter nenhuma pessoa pra poder dividir exatamente aquela responsabilidade daquela criança, daquele bebê. Emocionalmente, financeiramente, então é tudo seu, porque por mais que o cara seja um bosta, alguma coisa ele vai fazer, sabe? Ele vai estar dentro de casa em algum momento, por mais que ele saia e vá pra rua e você não possa fazer isso enquanto mãe, você tem pelo menos de quem cobrar, sabe? Esse cuidado com essa criança, essa divisão. Se a pessoa não divide aí é um outro problema, né? Mas não é a mesma coisa que ser mãe solo. E as pessoas, na realidade, elas não têm empatia com a mãe solo porque existe muito julgamento.

Ainda dentro deste cenário vemos as percepções das doulas Lótus(43) e Camélia(29), que nos apresentam uma visão cultural incutida na sociedade, reverberando assim as falas anteriores:

[...] eu acho que a maternagem ela vem muito como um processo que traz essa bagagem cultural que é muito difícil esse lugar da mulher na sociedade, a ausência de direitos e tudo mais várias formas, né? E aí você ainda vai ter essas experiências mais especializadas né? Mais específicas como a maternidade solo, a mãe atípica, né? Os filhos atípicos, enfim, você vai ter. Né? As dificuldades maiores ainda nesse processo. A dupla maternidade, né? De mães de mulheres casadas e que tem seus filhos e que também enfrentam muitas questões. [...] Não tem como a gente descolar a maternidade do lugar que a gente encontra no mundo. E aí dessa estrutura social extremamente maior que ainda é extremamente machista, extremamente misógina. Violenta com as mulheres, né? Isso é uma coisa que a gente vê muito no processo de gestação e parto (Lótus).

Então... é eu acho que ser mãe né? Traz uma definição muita das vezes que já vem do social né? Sobre esse papel, sobre essa identidade e aí nós pessoas que engravidam, né? Não vou nem dizer só mulheres, porque pessoas trans também, outras identidades, né? É temos que atender a uma expectativa social muita das vezes pra estar dentro dessa sociedade, né?! E é uma expectativa sempre muito alta. Então assim, é... as mulheres não têm nem a possibilidade, muito desejo de manter nada fora, como seria o justo, né? O ideal por conta dos direitos são muito restritos ainda né? [...], mas ao mesmo tempo a gente é cobrada de ser mãe, porque esse é um lugar que nos é convocado né? Enquanto meninas desde a infância quando a gente já aprende a brincar de casinha, cuidar de boneca e os meninos aprendem a jogar bola, andar de avião. Então assim, eu penso que mãe está muito ligado a esses papéis de gênero né, do que que é do gênero feminino do cuidado, da vida doméstica né, do cuidado dos filhos e nem sempre a mulher ou as pessoas que engravidam se identificam com esse modelo (Camélia).

Neste capítulo, buscamos indicar como categorias como gênero e cultura são fatores preponderantes em nossa sociedade. Apresentamos discussões sobre o que é cultura, além de trazer à tona as perspectivas de gênero inerentes à cultura ocidental moderna como as delimitações e atribuições que insistem em uma visão cis e binária (masculino/feminino).

## 2 O CORPO COMO *LOCUS* DE AÇÃO PRIVILEGIADA DA CULTURA

Assim como é impossível se pensar na categoria de gênero dissociada do contexto sociocultural, a noção de corpo também precisa ser compreendida como um fenômeno complexo, atravessado por símbolos e interpretações de mundo passíveis de ressignificações a depender do contexto que se observa. Nesse sentido, David de Le Breton afirma que:

O corpo não é somente uma coleção de órgãos arranjados segundo leis da anatomia e da fisiologia. É, em primeiro lugar, uma estrutura simbólica, superfície de projeção passível de unir as mais variadas formas culturais. Em outras palavras, o conhecimento biomédico, conhecimento oficial nas sociedades ocidentais, é uma representação do corpo entre outras, eficaz para as práticas que sustenta (Le Breton, 2007, p.29).

Para Le Breton, o corpo não pode ser visto apenas como algo biológico, mas também como uma construção, circunscrita por normas, valores e representações sociais. É na sociedade que classificamos, normatizamos e controlamos o corpo através de mecanismos como a moda, a educação, as religiões, as leis, a mídia, a medicina etc. Nessa perspectiva, é também através de nossos corpos que nos comunicamos, e expressamos nossa identidade cultural e social.

São diversas as dimensões que atravessam nossos corpos tais como: gênero, raça, orientação sexual e classe social. É partir deste processo que se dá a inserção dos corpos na sociedade e a forma como as pessoas são classificadas. Desse modo, é através do corpo que veremos as manifestações de opressão, discriminação, resistência, aceitação e admiração.

Mais do que uma realidade meramente biológica, o corpo tem que necessariamente ser compreendido como uma construção simbólica, que é, ao mesmo tempo, um emissor e um receptáculo de sinais moldado sempre pela interação social.

O corpo humano sempre foi objeto de análise e desde os tempos antigos suas funções e ordenamentos foram uma categoria importante para significar a existência humana e as construções filosóficas a respeito da humanidade. Desde os mitos como “Adão e Eva”, passando pelas concepções dos grandes filósofos gregos, a percepção do corpo serviu para a humanidade como *locus* de ação cultural e religiosa. Já na época moderna, é a vez da atuação médica que, das mais diversas formas, busca categorizar e enquadrar os sujeitos. Assim, nosso corpo sempre foi e ainda é objeto de intervenção constante, sendo dessa forma uma construção histórica.

O corpo é produto de uma construção cultural, social e histórica sobre o qual são conferidas diferentes marcas em diferentes tempos, espaços, conjunturas

econômicas, grupos sociais, étnicos, etc. Ou seja, não é algo dado a priori, nem mesmo é universal: é provisório, mutável, e mutante, suscetível a inúmeras intervenções consoante o desenvolvimento científico e tecnológico de cada cultura, bem como suas leis, seus códigos morais e sua linguagem, visto que ele é construído também a partir daquilo que dele se diz (Goellner, 2015, p. 135).

Podemos dizer que os primeiros discursos sobre o corpo como sujeito da ação social e cultural é de matriz filosófica grega. Grandes pensadores gregos buscaram, mais do que definir papéis sexuais, imputar características que de certa forma, contribuíam para uma hierarquização dentro da sociedade.

Ana Maria Colling (2015) faz um apanhado de como esse processo se deu na Grécia antiga. Segundo a autora, foi Platão (427-347 a.C.) o responsável por reformular a teoria médica. Entre outras classificações, é dele a teoria que o útero seria uma espécie de animal raivoso, responsável por dar personalidade às mulheres e ser causador dos “humores” femininos. Assim, no entender do filósofo, quando o útero não atingia sua função primordial (a reprodução), causava a sua portadora (a mulher) uma série de adoecimentos físicos e mentais.

Na mesma linha de construção de saberes, Hipócrates (460-377 a.C.), considerado o pai da medicina, foi responsável pela difusão da ideia de que a “semente macha” é mais forte que a “semente fêmea”. Às meninas foi imputado o pensamento que era a fusão de sementes fracas em abundância. Hipócrates também nos apresenta a ideia de que as dores provenientes das cólicas menstruais seriam proporcionais à quantidade de relações sexuais que a mulher teria.

Colling ainda aponta que Aristóteles afirmava que os corpos femininos eram inferiores aos masculinos, tornando as mulheres menos inteligentes. As mulheres seriam mais fracas, frias e apresentariam uma deformidade natural, pois quando comparados os corpos, os masculinos se mostrariam superiores e melhor formados.

Nesta mesma perspectiva, a Igreja Católica construiu suas narrativas, inferiorizando e culpabilizando o corpo feminino pelas expiações vivenciadas pela humanidade. Como demonstrado no capítulo anterior, esse expediente foi utilizado não apenas pela Igreja, mas também pelo Estado, para o uso de perseguição, violência e assassinato de mulheres ao longo da história (Colling, 2015).

A diferença percebida entre homens e mulheres faz parte do conjunto de temas centrais a partir do qual cada sociedade se pensa a si mesma e propõe suas formas de organização social. Assim como o parentesco, por exemplo, as relações entre os gêneros constituem nóculo um nóculo fundamental em

torno do qual se articulam série de preceitos indispensáveis para a vida em sociedade. As concepções a respeito dessa diferença variam enormemente entre cada sociedade e também com o passar do tempo. E, evidentemente, estão intimamente relacionados com muitos outros fatores que imprimem as marcas características de cada forma de organização social (Rohden, 2009, p.13).

Dessa forma, buscamos aqui analisar junto com Fonseca (2009) como as sociedades modernas atribuem cada vez mais importância e significado ao corpo, ressaltando a centralidade da própria vida biológica em uma consideração mais ampla dentro desse contexto.

Utilizaremos também as reflexões de Michael Foucault (2017; 2021) para fazermos menção dos conceitos de biopolítica e biopoder, que usaremos como ideias centrais na construção desta análise do corpo e sua importância para o exercício da cultura.

Nesse sentido, apesar da estreita ligação entre os conceitos, faz-se necessário diferenciá-los em sua genealogia, para que possamos ter maior compreensão sobre como essas formas de controle agem.

Foucault nos indica que o biopoder age como uma espécie de dispositivo que tem como principal objetivo regular a vida do indivíduo e da sociedade através da disciplina e da normalização.

Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles.  
[...] Efetivamente, aquilo que faz com que um corpo, gestos, discursos e desejos sejam identificados e constituídos enquanto indivíduos é um dos primeiros efeitos do poder. Ou seja, o indivíduo não é o outro do poder: é um dos seus primeiros efeitos. O indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constitui (Foucault, 2021, p.284).

Por sua vez, a biopolítica age com objetivo macropolítico de gerir a vida da sociedade como um todo, fazendo uso da máquina estatal e de outros instrumentos pedagógicos para garantir sua efetividade.

Desse modo, podemos afirmar que o biopoder é utilizado pela biopolítica para alcançar seus objetivos e que é a biopolítica que define e traz legitimidade ao uso do biopoder. Assim, o último é como o poder se manifesta na vida da população, enquanto o primeiro é por que o poder se manifesta de determinada forma.

Compreender relação entre biopoder e biopolítica é crucial para analisarmos as formas pelas quais o poder opera na sociedade contemporânea, especialmente no que diz respeito à gestão da vida e da saúde da população.

Os papéis e as práticas sexuais, que naturalmente se atribuem aos gêneros masculino e feminino, são um conjunto arbitrário de regulações inscritas nos corpos que asseguram a exploração material de um sexo sobre o outro. A diferença sexual é uma heterodivisão do corpo na qual a simetria não é possível. (...) o corpo é um texto socialmente construído, um arquivo orgânico da história da humanidade como história da produção-reprodução sexual, na qual certos códigos se naturalizam, outros ficam elípticos e outros são sistematicamente eliminados ou riscados (Preciado, 2014, p.26).

O corpo feminino sempre foi alvo de maiores estudos e pesquisas e a ele sempre foi despendida mais atenção que aos corpos masculinos com intuito de validar premissas dos mais diversos ramos científicos, que sempre buscaram justificar os papéis sociais a ele atribuídos.

## 2.1 O CONTROLE DOS CORPOS FEMININOS ATRAVÉS DA MEDICALIZAÇÃO

Com o surgimento do sistema capitalista e das estratégias necessárias para uma nova organização que fosse capaz de assegurar o sucesso deste novo ordenamento social, a categoria médica mostrou-se como fundamental. Nesse cenário, os saberes tradicionais femininos foram sendo marginalizados e concomitantemente houve a expansão e o redimensionamento da medicina social por meio da sua aproximação das práticas de controle governamental das populações (Federici, 2017).

Nesse sentido, Foucault afirma que a medicina moderna pode ser definida como uma medicina social, porque tem como condição de sua existência o desenvolvimento de uma tecnologia direcionada ao corpo social.

[...] o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (Foucault, 2021, p.144).

A partir dessa lógica operada em larga escala, o corpo da mulher foi alvo de uma ampla gama de estudos, sempre objetivando seu controle. Dessa forma, o desenvolvimento da ginecologia e da obstetrícia se deu com o objetivo normatizador e regulador dos corpos femininos — processo que não se deu de igual maneira no que tange aos corpos masculinos (Rohden, 2009).

O reordenamento da medicina assim como a reificação do papel dos hospitais se mostra diante do exposto como fundamentais para a implementação do sistema biomédico

que experienciamos hoje. Nesse processo, a autonomia dos indivíduos sobre seus corpos foi, aos poucos, sendo transferida para o Estado por meio do aparato biomédico socialmente imposto. Trata-se de um encadeamento histórico que se tornou responsável pelo apagamento dos saberes femininos e do papel da mulher enquanto ser ativo em seu processo gestacional, de parto e puerpério.

Nas palavras de Rodhen (2009), é nesse sentido que a medicina, em particular as especialidades dedicadas à mulher e à reprodução — como é o caso da ginecologia —, se converte em uma verdadeira “ciência da diferença”, que buscou apontar não só diferenças entre homens e mulheres, mas também impor e normatizar o que era normal e patológico (não apenas fisicamente) no que se refere a condutas femininas.

A história da sistematização e normatização da medicina se confunde com a história da regulação dos corpos femininos. Ambas têm origem na formação de um novo Estado que visa atender as demandas sociais do capital com vistas à “criação” de uma população apta ao trabalho bem como o surgimento de novos papéis na divisão sexual do trabalho.

Nos argumentos de Foucault:

[...] Corpo saturado de sexualidade foi integrado, sob efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas, pelo qual foi, enfim, posto em comunicação orgânica com o corpo social cuja fecundidade regulada deve assegurar, com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir através de uma responsabilidade biológico moral que dura todo período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a mulher nervosa, constitui a forma mais visível desta histerização (2017, p.99).

Assim, como demonstrado anteriormente, podemos verificar que o corpo da mulher foi alvo de diversos estudos e normatizações que, validados pelo saber biomédico, buscaram criar um papel específico dentro de nossa sociedade. Verificamos também que tal controle de corpos não se exerceu em mesma medida no que se refere aos corpos masculinos, o que nos revela um nítido recorte de gênero que gerou uma série de reverberações no que tange a categoria mulher dentro de nossa sociedade.

Federici (2017) descreve em seu livro *Calibã e a Bruxa* (2004) os processos utilizados pelo poder para a formação de uma nova ordem econômica e como as mulheres foram utilizadas com instrumento chave para a consolidação do sistema capitalista que surgia. A autora demonstra de forma ampla os processos e expiações que essas mulheres sofreram. Aqui daremos foco a uma das vertentes contidas no já citado processo de caça às bruxas que foi de



suma importância para a consolidação do capitalismo bem como para o surgimento da medicina e para a retirada dos saberes que até aquele momento era detido por mulheres.

Trata-se de um processo engendrado pela Igreja e pelo Estado, que buscou transferir tais saberes para os homens, levando-o, posteriormente, a para os hospitais como instituições específicas, onde tanto o trato da doença quanto a promoção da saúde deveriam ser realizados.

Em outras palavras, as mulheres processadas como bruxas pelos demonólogos eram (de acordo com esta teoria) praticantes de antigos cultos destinados a propiciar partos e reprodução – cultos que existiam nas regiões do mediterrâneo durante milhares de anos, mas aos quais a Igreja se opôs por representarem ritos pagãos, além, de constituírem uma ameaça ao seu poder. Entre os fatos mencionados na defesa dessa perspectiva, estão a presença de parteiras entre as acusadas; o papel que as mulheres tiveram na Idade Média como curandeiras comunitárias; e o fato de que até o século XVI o parto fosse considerado um “mistério” feminino (Federici, 2017, p.325).

Através de uma descrição minuciosa das políticas de apagamento do saber feminino, a autora afirma que todos os processos mencionados bem como suas práticas serviram como forma de controle do corpo feminino com fins de aumentar o crescimento populacional e, conseqüentemente, da força de trabalho disponível.

Ainda utilizando os estudos da autora como norte, vemos que, já em meados do século XVII, surgem os primeiros homens parteiros. A partir daí, em menos de um século, a obstetrícia é tomada pelo controle do Estado.

Com a perseguição à curandeira popular, as mulheres foram expropriadas de um patrimônio de saber empírico, relativo a ervas e remédios curativos, que haviam acumulado de geração em geração – uma perda que abriu o caminho para uma nova forma de cerceamento: o surgimento da medicina profissional, que, apesar de suas pretensões curativas, erigiu uma muralha de conhecimento científico indisputável, inacessível e estranho para as classes baixas (Federici, 2017, p.364).

Com o fortalecimento e ampliação no novo modo de produção, em meados do século XVIII, momento no qual a Europa vivenciava um enorme crescimento populacional com o conseqüente aumento de doenças e epidemias — muitas das quais com raízes na questão social que acompanhou o advento do capitalismo — começa a surgir, ainda de forma incipiente, uma nova estratégia de controle da sociedade e de seus corpos: a medicina social.

Possuindo objetivos tanto macro quanto micropolíticos, a medicina social serviu ao poder não apenas como estratégia do biopoder, mas também como importante agente instaurador da biopolítica. Desse modo, a ascensão da medicina e dos discursos médicos começaram a se destacar como instrumentos para o exercício do poder e do controle social.

É nesta conjuntura que assistimos então a consolidação do saber médico como verdade científica capaz de ditar normas, comportamentos, classificar os indivíduos como saudáveis ou doentes — o que é normal e o que é patológico.

Nesse contexto, observamos a amplitude do papel do médico, sua responsabilidade por intervenções de caráter individual e seu importante papel em regular a vida da população nos mais variados aspectos. Nesse sentido, as principais estratégias de controle tinham foco na criação de normas e padrões que visavam homogeneizar e facilitar o controle dos corpos da população com a disciplina sendo utilizada para monitorar e classificar os indivíduos. Assim, o biopoder colocava a vida da população como objeto de ação estatal com vistas ao exercício do controle de natalidade, mortalidade e da saúde pública de forma geral.

Vê-se, por conseguinte, que não se passou de uma medicina individual a uma medicina pouco a pouco e cada vez mais estatizada, socializada. O que se encontra antes da grande medicina clínica, do século XIX, é uma medicina estatizada ao máximo (Foucault, 2021, p.151).

Causando profundos impactos na população, a chamada medicina social não apenas desenvolveu as noções a respeito do que é saúde e doença, mas também moldou as relações de poder médico/paciente imbricadas até nossos dias dentro da sociedade. É a partir desse momento que começa a haver maior naturalização das intervenções médicas e do acesso desses profissionais a áreas antes consideradas como privadas na vida das pessoas.

A família não deve mais ser apenas uma teia de relações que se inscreve em um estatuto social, em um sistema de parentesco, em um mecanismo de transmissão de bens. Deve-se tornar um meio físico denso, saturado, permanente, contínuo que envolva, mantenha e favoreça o corpo da criança (Foucault, 2021, p.305).

Trata-se de um processo amplo e complexo no qual está inserida a questão do gestar e parir. Assim, é no início do século XVII que começa a haver a intervenção médica e assistência aos partos e nascimentos na Europa; no fim do século XIX, a prática do parto hospitalar já apresenta sinais de dominância. Quando entramos no século XX, tais políticas e práticas se encontram bem estabelecidas na sociedade.

Inicia-se assim, uma nova história na atenção ao parto e nascimento, até então um evento que não era considerado um ato médico, pertencendo ao domínio privado — o ambiente doméstico, íntimo e composto por mulheres e com outras mulheres —, que ficava a cargo das parteiras. Estas além da

atenção ao parto, na maioria das vezes cuidavam também da saúde da mulher, do pré-natal e puerpério, das doenças femininas, dos aconselhamentos e orientações quanto à fertilidade, assim como dos cuidados com o recém-nascido. A resistência das mulheres em parir fora do ambiente doméstico foi cedendo lugar a confiança na figura do médico-parteiro, construída pelo discurso médico, e no ambiente hospitalar, à medida que melhoravam a segurança e a assepsia desse espaço. Essa mudança, contudo, não se deu de forma contínua nem sem conflitos: entre médicos e parteiras, entre o médico, homem, e a parturiente, mulher, configurando relações de desigualdade de gênero que estão na origem do estabelecimento da medicina como saber validado política e socialmente (Palharini; Figueirôa, 2018, p.02).

O avanço das tecnologias e dos conhecimentos médicos foi acompanhado por um processo intenso com vistas à construção de um ideário que delimitava e apontava detalhadamente a diferença entre os sexos e gêneros. Tal ocorrência se deu principalmente pelo fato de que as diferenciações já atribuídas socialmente não eram mais capazes de sozinhas, justificarem as ocorrências e modificações do *status quo* em voga até aquele momento. Esse é um dos principais motivos que colocaram a categoria médica como nova responsável em traçar novas linhas de distinção, objetivando a manutenção da reprodução dos papéis sociais já existentes.

Contudo, justamente o mais intrigante é que, apesar de natural, biológica e pré-determinada, a diferença mostrava-se também instável e passível de ameaças. Intervenções originadas no mundo da cultura como educação e trabalho poderiam alterar e mesmo “perverter” a diferença tida como natural. Ao se deter com cuidado nos textos médicos percebe-se que ser natural não significava necessariamente ser definitivo ou estar garantido a priori. É exatamente em virtude dessa tensão que os médicos vão se preocupar tanto em “proteger” o processo de concretização da diferença. Como legítimos tradutores dos desígnios naturais, esses homens de ciência vão se esmerar em tentar garantir que nada prejudique o rumo “natural” dos acontecimentos, que teria como resultado final a geração de uma mulher bem preparada para assumir o papel de mãe, esposa e de um homem capaz de ser um provedor competente (Rohden, 2009, p.14).

Atrelado a este processo, o ramo da medicina dedicado à reprodução e parto ganha cada vez mais força — especialmente com o surgimento da Ginecologia no século XIX.

Apresentada como especialidade dedicada a um estudo mais amplo da mulher — não percebemos tal interesse da classe médica em relação ao estudo do corpo masculino na mesma época (os estudos do corpo masculino surgiram apenas um século depois) —, a ginecologia se apresentava então como uma ciência que, com base em supostos dados naturais, descrevia e mesmo prescrevia os papéis sociais adequados para homens e mulheres.

A um determinado corpo corresponderia um determinado tipo de comportamento (Rohden, 2009, p.19).

Mais uma vez assistimos a ação do biopoder e da biopolítica como agentes centrais para a manutenção de uma organização social capazes de manter a ordem vigente. As mulheres e seus corpos aparecem como objetos primordiais de intervenção. Não é em vão que os estudos subsequentes, além de buscar o aprimoramento das formas de parto, acompanhamento gestacional — sempre com vistas a manutenção da reprodução social — receberam investimentos amplos investimentos para estudos, fazendo com que o corpo feminino tenha sido (e ainda seja) alvo de constantes intervenções corporais.

[...] os médicos irão se ocupar com a tarefa de encontrar evidências da inferioridade feminina. É certo que eles também se esmeram em descrever a “doçura” e as “virtudes morais” da mulher, mas ao mesmo tempo, multiplicam suas patologias, os seus desregramentos, causados em última instância pelo “predomínio de seu sistema genital”. A mulher é governada pela sua fisiologia e esta fisiologia é inerentemente patológica. Perturbações ginecológicas e vacilações de espírito são devidas aos normais da “genitalidade” feminina (Rohden, 2009, p.54).

Neste estudo nos dedicamos a analisar apenas como o corpo da mulher vem sofrendo através dos séculos por diversos procedimentos que, muitas vezes, são realizados sem sua autorização e/ou conhecimento, principalmente, nos períodos de gestação, parto e puerpério. A análise e divulgação de tais ocorrências mostram-se importante, pois é, a partir da apresentação deste cenário, que vamos poder apresentar e analisar de forma clara o que são as doulas, suas atribuições e qual sua importância no atual cenário referente aos processos de gestação, parto e puerpério.

## 2.2 A HISTÓRIA DA PARTURIÇÃO: UMA ANÁLISE DO CENÁRIO BRASILEIRO

Como visto anteriormente, o processo que desloca os cuidados das mulheres em relação à gestação, ao parto e ao puerpério tiveram objetivos sociais bem demarcados. Muitas vezes cercados por conflitos, a passagem da realização do parto em casa, dentro do seio familiar, com a parteira e pessoas que eram de confiança da mulher, enfrentou resistência feminina e passou por uma série de processos ‘intermediários’, até chegarmos ao modelo centrado no médico como conhecemos hoje.

Dessa forma, no século XVI, quando o parto era realizado da forma descrita acima, se iniciam as primeiras tentativas de regulação de sua atividade (Rohden, 2009, p. 59). Esse processo de tentativa de normatização e regulamentação das ‘práticas de parturição’ tiveram iniciativa através da Igreja, que começa a estabelecer licenças a parteiras para que elas

denunciassem possíveis infanticídios, abortos, adultérios, dentre outras atividades de interesse do poder eclesiástico. Começa, então, nesse período, um embate entre os médicos e as parteiras (que já sofriam com as diversas acusações inerentes a prática de bruxaria). Concomitante a esse movimento, tanto Igreja quanto Estado precisaram enfrentar dois desafios: combater o aborto e o infanticídio (afinal era de primeira necessidade manter as taxas de reprodução) e não perder fiéis para o protestantismo, então em crescimento. Diante desse quadro, em uma tentativa de não serem retiradas do papel que tradicionalmente foram capacitadas a desempenhar, as parteiras começam a se organizar em associações, que através de estatutos buscavam dar credibilidade a sua atuação, denunciando infanticídios, abortos e outras práticas tidas como subversivas. No entanto, apesar desses esforços, o processo de demonização da prática garantiu com certa rapidez a consolidação da categoria como profissão detentora de saber.

Nesse contexto histórico que a medicina, composta nesse momento quase que exclusivamente por homens, começa a desenvolver as práticas de parto que, segundo seus argumentos, se mostravam mais adequados e seguros — tanto para as mulheres, quanto para os recém-nascidos. A partir desse momento, foram inseridos novos instrumentos e tecnologias no processo de parto, entre eles: a versão podálica (manobra feita de forma manual onde se muda a posição fetal) a introdução do uso contumaz de fórceps (instrumento colocado ao redor da cabeça do bebê para facilitar o processo de expulsão do feto), além do uso de sondas, agulhas, tesouras, ganchos etc. Fato é que, no final do século XVIII, já era notável o grande número de instrumentos a serem utilizados nos partos.

O cirurgião parteiro enfrentava o desafio de romper a associação com a profissão tradicionalmente feminina das parteiras e ganhar a opinião da elite médica. Espelhando-se na figura refinada do médico, ele vai pouco a pouco tornando-se um profissional respeitado, que poderia se sociabilizar na aristocracia. No transcorrer do século XVIII, este novo personagem ganha a batalha contra as parteiras, passando a ser chamado para assistir aos partos, além de acompanhar o desenvolvimento da gravidez e do puerpério e cuidar das doenças das mulheres e crianças (Rohden, 2009, p. 61).

Os progressos tecnológicos do século XIX contribuíram para o franco avanço tanto da obstetrícia quanto da ginecologia. Os estudos e descobertas referentes à assepsia, antisepsia e a anestesia foram fundamentais para a ampliação do parto cesáreo (cirúrgico), que, antes do uso de tais tecnologias, era responsável por um número enorme de mortalidade. Dando seguimento a expansão de suas práticas, os obstetras passaram a realizar procedimentos como a embriotomia (retirada do embrião que em certos casos necessitava da perfuração do crânio

do bebê), a sinfisiotomia e a pubiotomia — ambos procedimentos cirúrgicos que tinham como objetivo o alargamento da bacia com fins de facilitar o parto —, além de praticarem induções do parto através da sua provocação ou antecipação (Rohden, 2009).

Especialmente no século XIX, foram inúmeras as publicações médicas sobre o corpo feminino que procuravam explicar a singularidade de sua anatomia e fisiologia, prescrever condutas por meio da higiene e classificar as doenças que lhe eram específicas, indicando as respectivas terapias. Multiplicaram-se os tratados e manuais médicos sobre a natureza feminina, alguns alcançando mais de 30 edições, demonstrando uma incrível continuidade de ideias e práticas médicas (Martins, 2004, p.36).

O parto hospitalar também se concretiza como prática médica no fim do século XIX devido ao aumento de maternidades e de hospitais para mulheres. Já no século XX, a evolução dos exames de imagem, o aumento da segurança dos procedimentos cirúrgicos, além do fato do foco da saúde e do bem-estar ter se deslocado para criança fizeram com que a obstetrícia não apenas detivesse o controle das políticas de parto, mas também de todo o período gestacional através das atividades inerentes aos cuidados do chamado pré-natal.

Uma consequência importante desse processo de conhecimento foi a crescente intervenção com o uso de tecnologias médicas e farmacêuticas seguido pelo gerenciamento dos corpos femininos, cada vez mais passivos e alienados à medida que os saberes se especializaram e que a gravidez, o parto e o puerpério passaram a ser gerenciados pelo médico e, posteriormente, pela equipe hospitalar (Martins, 2004, p.100).

Fabíola Rohden (2009) nos apresenta o seguinte panorama referente à história da medicina em nosso país: a história da medicina no Brasil difere da trajetória ocorrida na Europa. Durante o período da colônia, não existiam quaisquer políticas de saúde e os poucos decretos emitidos pela coroa giravam torno de questões referentes à venda de remédios e à regulação dos navios que atracavam nos portos. Dessa forma, além da inexistência de investimentos em políticas de saúde, os poucos hospitais existentes eram vistos pela população como locais de doença e morte, devendo, assim, ser evitados. Algumas mudanças começam apenas com a vinda da família real para o país ao trazerem consigo algumas noções de medicina social voltada para promoção da saúde e prevenção.

Assim, em 1829 é criada a primeira sociedade de medicina do Rio de Janeiro, que apresentava como objetivo central a defesa da saúde e da ciência médica. Através da divulgação de seus ideários e da fiscalização e normatização do estudo médico no país, a

sociedade consegue criar e consolidar seus laços com o Estado e, em 1835, passa a ser chamada de Academia Imperial de Medicina. Além de manter a defesa da ordenação e da disciplina da sociedade, esses agentes agora aumentam seu controle e vigilância sob os médicos. A atuação no controle e combate a epidemias faz com que a categoria médica afirme seu poder diante do Estado e da sociedade, contribuindo assim para que haja uma maior intervenção do poder público sobre a população (Rohden, 2009).

Com forte penetração nos meios políticos, a categoria médica buscava fazer uma ligação entre medicina e patriotismo, difundindo uma patrulha moral através da afirmação de que estes seriam os pilares para que a nação pudesse contar com indivíduos saudáveis. Essa parceria entre Estado e categoria médica perdura por todo o século XIX e teve como resultado a efetivação do projeto de medicina social.

É justamente em nome da saúde pública que os médicos vão exigir do Estado o combate ao charlatanismo, assegurando a sua posição de detentores oficiais e legítimos sobre o corpo e a saúde. Os anos de estudo e o diploma garantiram sua competência, em contraste com o empirismo, a irracionalidade e o interesse pessoal dos diversos praticantes, entre elas as parteiras que se multiplicavam por todo o Brasil (Rohden, 2009, p. 69).

Em relação à implementação dos estudos e da prática da ginecologia e obstetrícia no país, a autora aponta a existência diversas dificuldades. A carência de médicos cirurgiões era tamanha que foi necessária uma intervenção estatal, solicitando que fossem enviados estudantes à corte para que retornassem ao Brasil para exercer a cirurgia e a medicina. Criou-se então a categoria de cirurgiões aprovados, que contava com médicos que, ao retornarem da Europa, passavam por uma espécie de exame para obtenção deste título. Tal exame também era direcionado as parteiras; contudo, a realidade das profissionais brasileiras (analfabetismo) fazia com essas só conseguissem esse documento mediante pagamento de taxas.

As parteiras ou comadres destituídas de conhecimento formal faziam uso de um complexo conjunto de estratégias e produtos de tratamento. Aos remédios da flora brasileira ou mesmo de maravilhosos elixires importados se juntava um sem número de rezas, simpatias e prescrições. Os médicos só eram chamados em casos mais graves, de doenças mais sérias, ou partos complicados, que colocassem em risco a vida da mãe ou da criança (Rohden, 2009, p.72).

Foi em 1809 que a obstetrícia passou a ser lecionada na escola de cirurgia do Rio de Janeiro e da Bahia; mas, apenas em 1813, torna-se disciplina obrigatória nas escolas de medicina. Nesse mesmo ano, foi criado um curso de parto destinado às senhoras para que

aprendessem de acordo com os preceitos científicos como cuidar das parturientes. Têm-se, a partir daí, a criação de uma espécie de ‘curso de parteiras’ certificadas pela autoridade médica.

Cada vez mais, os médicos vão tomando a frente no gerenciamento da saúde feminina e da reprodução. Vão se especializando e investindo na normalização das práticas relativas ao corpo feminino. A influência das parteiras é crescentemente defasada. Quando surgem as primeiras maternidades do Rio de Janeiro, as parteiras são convocadas ao trabalho, mas sob o controle absoluto dos médicos (Rohden, 2009, p.75).

Consideradas as devidas diferenças e especificidades, os campos da ginecologia e obstetrícia no Brasil não tiveram uma trajetória tão distante de seus colegas europeus. Dificuldades de atuação devido a questões morais, impedimentos por parte da Igreja, também fizeram parte da história de tais especialidades em nosso país. Da mesma forma, a atuação profissional, os estudos e conceitos propagados pelos especialistas brasileiros se aproximavam muito — quando não se mostravam idênticos — aos dos produtores do saber médico do outro lado do atlântico. Assim como na Europa, os médicos brasileiros construíram seus saberes e sua forma de poder baseados em preceitos que visavam, em suma, o controle social.

Os médicos, especialmente munidos de um prestígio cada vez maior, lançam-se a efetivar a estratégia da chamada medicina higiênica no governo dos indivíduos. A família torna-se um de seus alvos prediletos, especialmente a família dos senhores mais abastados reticentes à subordinação ao Estado. Suas condutas física, moral, intelectual, sexual e social passam a ser avaliadas com rigor e se transformam em objeto de ordenações prescritivas. O poder do senhor patriarcal agora tem que se sujeitar ao médico (Rohden, 2009, p.81).

A consolidação das medicinas da mulher no século XIX como categoria de prestígio entre os demais profissionais da área, bem como seu reconhecimento pelas mulheres, validaram estes profissionais a versar sobre a mulher, fornecendo dados, teorias e ditando verdades sobre os corpos femininos. Isso contribuiu para o fortalecimento do controle e do poder exercido pelo Estado e sociedade, através da medicalização dos corpos femininos.

A autoridade de ginecologistas e obstetras sobre o comportamento das mulheres no final do século XIX ultrapassa em muito o domínio dos consultórios. Especialmente ultrapassa o domínio do físico, do orgânico ou mesmo do psíquico, para se instalar no domínio do moral (Rohden, 2009, p.75).



No contexto Brasileiro, as mudanças referentes às formas de parturição ocorreram muito rapidamente. Até meados da segunda guerra mundial, o tipo de parto mais comum era o realizado em casa, através de parteiras tradicionais, que, com a contribuição de mulheres próximas à gestante prestavam um suporte durante gravidez, o parto em si e no pós-parto. Nesse contexto, a partir do rápido avanço tecnológico ocorrido a época e com a crescente preocupação em se reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, o parto, bem como o acompanhamento gestacional foram direcionados a um modelo que pode ser definido como “hospitalocêntrico”. A mulher foi afastada de toda a sua rede de apoio e passou a ser submetida a uma série de procedimentos técnicos, de caráter biomédico, sem ser informada, na maior parte das vezes, sobre as intervenções que seriam realizadas em seu corpo (Matos et al., 2013).

Ademais, com a institucionalização do parto e o avanço da medicina obstétrica, surgiram também situações que podem ser consideradas como violência contra a mulher, que na maioria das vezes são perpetradas e reproduzidas por meio de hierarquia e dominação do saber médico sobre o corpo da mulher, ferindo diretamente a autonomia sobre si mesma. A própria sala de parto é um espaço simbólico capaz de demonstrar tal situação, afinal, o trabalho de parto é uma espécie de aprisionamento com subordinação, no qual quem estabelece as regras é o soberano/médico, que através de seu “saber-poder”, toma as decisões acerca dos procedimentos e da forma que serão realizados (Kappaun; Costa 2020.p.77).

Assim, o modelo hospitalocêntrico vai aos poucos ganhando espaço no país; primeiro, atingindo a população mais pobre e, com o passar do tempo, a incorporação de novas tecnologias, o apoio Estatal e das mídias, o parto hospitalar passa a ser buscado pela maioria da população, transformando rapidamente as concepções sobre o ato parir em nossa sociedade.

Essa civilidade que o indivíduo (e sua corporeidade) foi adquirindo ao longo dessas transformações significou um crescente afastamento dos aspectos biológicos e naturais, como se estes relembrassem um passado bárbaro e incivilizado. A racionalização também engendrou formas de autocontrole das emoções e práticas de cuidado que, com a crescente industrialização, possibilitaram que o corpo se transformasse num instrumento de trabalho (Pimentel et al, 2014, p.169).

A partir dos anos 1960 e 1970 se fortalece a medicalização do nascimento e o parto. A consolidação de um sistema biomédico nos anos 1980 institucionaliza esse processo, colocando a gravidez como patologia e as mulheres como seres incapazes devendo estar sujeitas às intervenções médicas sem quaisquer questionamentos. É nesse contexto que

surtem situações consideradas como episódios de violência contra a mulher, em sua maioria em decorrência da hierarquização e do sequestro da sua autonomia por parte poder impetrado ao médico (Pimentel et al, 2014); (Palharini; Figuerôa, 2018) ; (Kappaun; Costa, 2020).

Com a consolidação da assistência ao parto como atividade médica, assim como a sua realização em ambiente hospitalar, abre-se uma nova etapa nos debates: a busca pela construção de uma roteirização da assistência ao parto, de um “parto ideal”. Parto médico, parto dirigido, parto conduzido e parto auxiliado se configuraram como processos de sistematização da parturição, e foi nesse percurso de disputa entre conceitos que percebemos não só a busca por uma demarcação da atuação do obstetra brasileiro, mas também de um estilo próprio de pensar a assistência ao parto (Silva et al, 2019, p.183).

O processo de apagamento de saberes tradicionais, bem como o deslocamento da posição de poder em relação ao processo gravídico-puerperal se deu de forma tão intensa que, mesmo hoje, diante das mais diversas formas de acesso à informação, verificamos que, dentre as mulheres entrevistadas (sejam as próprias doulas ou as que foram assessoradas), a imensa maioria não tinha informações básicas sobre os processos que envolvem a gestação, parto e puerpério e que ao buscar informações sobre estes assuntos se depararam com um cenário regido pelo modelo hospitalocêntrico e pelas determinações médicas.

Nesse sentido, a doula Begônia (37), nos traz um relato muito comum em nossa sociedade a respeito do parto normal, o que demonstra que ainda hoje a cultura hospitalocêntrica e biomédica se perpetuam, justificando assim o excesso de partos cirúrgicos na atualidade, como podemos ver a seguir:

[...] Eu tinha uma história assim de medo de parto normal; tinha um pavor na verdade. Minha mãe sempre me contava assim, da experiência dela, que depois eu fui entender que era violência obstétrica, né?! Então eu ficava apavorada de pensar num parto normal e eu falava assim, que parto normal era anormal. Era o jeito que ela falava pra mim, né? E também das coisas que a gente via, das coisas que a gente ouvia, pra mim era fora de cogitação, era meio que assim, só tem parto normal quem não tem plano de saúde e vai pro SUS, parece que era tipo uma penitência sabe? Assim que minha mãe falava (Begônia).

Outra demonstração deste processo de tomada de saberes por parte da classe médica vem da fala da profissional Lótus (43), que nos indica a necessidade e a importância dos processos de difusão dos conhecimentos referentes ao processo gravídico-puerperal. Assim diante de sua primeira gestação, a entrevistada relata que:

[...] eu tenho uma filha de dezenove anos a M., que nasceu de uma cesárea e não vou nem dizer que ela foi mal indicada. [...] Mas eu não tinha essa dimensão do que era o sistema obstétrico no Brasil, a minha mãe tem quatro partos normais então pra mim, sempre escutei dentro de casa que parir de parto normal era uma coisa normal, eu não tinha realmente dimensão nenhuma (Lótus).

Já em relação a sua segunda gestação, que ocorreu após doze anos, podemos perceber que, mesmo com o passar do tempo, a busca por informações continuou tendo como ponto de partida a gestante, o que nos indica uma deficiência das políticas públicas em realizar o seu papel de transmissora dos conhecimentos relacionados à saúde.

[...] Aí a coisa foi crescendo, a coisa foi mudando, a tecnologia foi mudando e começou a ter essa possibilidade de informação. Né? Nas redes sociais, e aí eu comecei a ler, comecei a ver um monte de coisa, né? E aí me deparei com um mundo que eu falei, ah tá, então é isso, né? Pra parir no Brasil a gente precisa ter realmente fazer quase uma tese de doutorado, né? Pesquisar, entender (Lótus).

Por sua vez, na fala da doula violeta (37), podemos verificar novamente não apenas o processo de apagamento de saberes, mas também o ideário de poder contido na classe médica, visto que a mesma relata que em seu processo gestacional se deparou com um profissional que declarou abertamente não realizar partos normais, o que, além de retirar da mulher seu protagonismo, pode ser analisado eticamente, visto que faz parte das atribuições de sua formação a realização de tal procedimento.

[...] Mas eu nunca tinha entrado nesse mundo assim, e aí quando eu engravidei eu comecei a perceber que normal não necessariamente era o que mais acontecia, era o tradicional digamos assim. Então primeiro desafio foi em relação a médica, né? Eu tinha uma ginecologista, pouco tempo que eu estava com ela na primeira consulta que eu fiz com ela, ela já me falou que não acompanhava o parto normal, mas que a gente veria isso lá na frente e tal e aí eu falei não já vou mudar né?! E aí já fui em busca de uma médica que fizesse (Violeta).

A mesma experiência nos é relatada pela assessorada Cerejeira (32), que nos relata que ao iniciar seu pré natal ouviu a seguinte informação de sua médica:

É... então foi assim... eu tinha começado a ir [...] comecei acompanhamento lá em Viçosa né? Uma médica e aí teve algum momento, no primeiro trimestre eu descobri que ela não, ela só fazia cesárea, e aí eu achei um absurdo, eu falei como assim né? Tipo assim um médico e mulher ainda por cima, que só faz cesárea. Aí eu falei, ah, então não vai rolar, porque assim, quero fazer cesárea, se for necessário, eu quero, tipo assim, como último recurso, que é uma cirurgia aí ela falou assim: ah mas eu num eu só faço cesárea. Eu falei, então valeu... Aí eu arranjei uma outra médica (Cerejeira).

Diante do quadro que se colocava, das diversas denúncias realizadas pelo movimento feminista e por organizações sociais que defendiam que a saúde da mulher deveria ser vista e tratada de forma integral, respeitando as suas individualidades, inicia-se então um movimento que buscava restituir a autonomia das mulheres, culminando na criação de diversas políticas públicas, tais como o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (1983), Política Nacional de Humanização do Parto (2000), Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (2000), “Lei do Acompanhante” – Lei nº 11.108 (2005) e a criação da Rede Cegonha (2011) (Matos, 2013); (Kruel; Ventrúsculo, 2015); (Kappaun; Costa, 2020).

Passa-se então a se ter uma ampliação das discussões sobre as práticas humanizadas de parto no Brasil, nesse contexto estão inseridas as doulas, objetos deste estudo.

Entretanto, e apesar dessas importantes conquistas, observa-se hoje que quase a totalidade das iniciativas relacionadas à saúde das mulheres tem se caracterizados por manipular seus corpos e suas vidas, visando objetivos outros que não seu bem-estar. Os termos que as designam, muitas vezes, servem a priori para ditar normas, visando um comportamento feminino entendido como útil para o poder social vigente. E, talvez por isso, muitas dessas iniciativas não tenham logrado sucesso na melhoria da saúde das mulheres, inclusive porque insistem em expropriar da mulher sua autodeterminação (Brasil, 2001, p.14).

Diante das exposições acima, buscamos então incitar uma reflexão sobre os avanços e entraves encontrados ainda hoje na consolidação de práticas que realmente consigam dar as mulheres o papel que lhes é de direito em seus processos gestacionais: o de protagonista consciente em suas escolhas no que se refere a esta questão.

### 2.3 DO PARTO HUMANIZADO À VIOLÊNCIA OBSTÉRICA: PRÁTICAS DE ATUAÇÃO E FORMAS DE INTERVENÇÃO

Como já vimos anteriormente, o desenvolvimento de tecnologias e medicações a serem utilizadas no momento do parto se mostrou como fundamental para que este migrasse para os hospitais e que fossem realizados pelos médicos (categoria que à época era composta quase que exclusivamente por homens); o Estado contribuiu para o fortalecimento dessa nova política pública através de legislações que proibiam outros profissionais de usufruírem de tais tecnologias. O fórceps, é um desses instrumentos e, em situações mais complicadas era de grande valia, visto que seu uso correto aumentava a chances de sucesso do parto; as técnicas de assepsia, medicamentos contra infecções e a anestesia também foram preponderantes desse deslocamento não apenas físico, mas também cultural do parto.

O parto científico realizado por médicos sublinhava a importância da segurança de partos realizados por homens, ao invés de serem feitos por parteiras, mulheres. Aliado a este aspecto, havia a associação do parto natural como uma “prática dos selvagens”, e os argumentos evolucionistas importados da Inglaterra alicerçavam a noção de que, com a civilização avançando, a ‘natureza’ necessariamente se retraía e as mulheres perdiam a habilidade ‘natural’ de parirem com o mínimo de ajuda (Chazan, 2005, p.97, 2005).

O avanço da hegemonia do saber médico reforçou uma lógica colonial e produtivista sobre o corpo feminino, colocando os processos gestacionais e parto na mesma categoria que as patologias, o que dá ao médico (detentor do saber e do poder) o direito de realizar quaisquer intervenções que julgue necessárias. Assim, as grandes transformações tecnológicas ocorridas desde o fim do século XIX acabaram por concretizar uma prática que retira do parto sua característica de evento biológico e o torna um procedimento médico. A hospitalização do parto, a assunção da posição litotômica no momento do parto, o uso da episiotomia, o uso exacerbado da cesárea e a ausência de pessoas do vínculo da parturiente no momento do parto, ocasionaram a destituição da autonomia da mulher e do seu poder de escolha (Kruel; Ventrúsculo, p.95, 2016).

É inegável que os avanços tecnológicos que se deram no último século foram de grande valia para o aprimoramento da prática médica e para a diminuição das taxas de mortalidade, tanto das gestantes, quanto dos recém-nascidos; contudo, a ampliação do acesso a tais práticas, aliada a questões inerentes a categoria médica (tempo de duração de um parto, necessidade de realização de intervenções para aprendizado acadêmico e até mesmo questões financeiras), fez com que práticas que deveriam ser utilizadas em caráter de exceção virassem regras.

Na atualidade, muitas delas são questionadas no que tange a sua real efetividade e segurança pela chamada “Medicina Baseada em Evidências” – movimento internacional surgido no fim do século XX, que busca evidências empíricas para avaliar a efetividade das práticas médicas.

Nos últimos cinquenta anos, tem havido um rápido aumento no uso de tecnologias cujo propósito é iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto, tudo para torná-lo “mais normal” e obter ganhos para a saúde da mãe e do bebê. Ao longo desse processo, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento, a busca por maior qualidade nos serviços de assistência ao parto tem levado à sua medicalização e à adoção irrestrita de procedimentos desnecessários e por vezes perigosos, sem avaliação adequada de sua eficácia ou segurança (Diniz; Chacham, 2006, p. 80).

Para melhor compreensão das práticas e tecnologias utilizadas no trabalho de parto, descreveremos aqui as práticas que são mais utilizadas no Brasil.

Quadro 1 – Práticas, tecnologias e instrumentos usados nos partos no Brasil

<b>Prática/ instrumento</b>	<b>Finalidade</b>
Uso de ocitocina	Aumentar as contrações uterinas durante o trabalho de parto.
Aminiotomia	Romper a membrana que envolve o feto (saco amniótico).
Anestesia raquidiana	Anestesia que bloqueia a sensação de dor.
Anestesia peridural	Anestesia que diminui a sensação de dor.
Toque vaginal	Inserção dos dedos do médico(a) dentro da vagina da mulher para verificar a dilatação e evolução do processo de parto.
Posição de litotomia	Gestante permanece deitada com a barriga para cima, pernas abertas e joelhos flexionados.
Jejum obrigatório	Puérpera é impedida de se alimentar e ingerir líquidos durante todo o trabalho de parto.
Manobra de Kristeller	Profissional pressiona a parte superior do útero com o objetivo de ajudar a expulsão do feto.
Episiotomia	Corte na região do períneo para facilitar a passagem do bebê.
Tricotomia	Raspagem dos pelos pubianos com fins higiênicos.
Cesariana	Procedimento cirúrgico para extração do feto por via abdominal.
Iatrogenia	Complicações ou efeitos adversos resultante de procedimentos médicos.
Distócias	Fatores que podem dificultar o parto.
Enema	Lavagem intestinal.
Fórceps	Instrumento utilizado com fins de facilitar a expulsão do feto do canal vaginal, em formato de pinça, deve ser afixado de forma a segurar a cabeça do bebê para que ele seja puxado para fora do canal vaginal.

Fonte: elaborado pelo autor (2024).

Em um estudo do tipo revisão bibliográfica, Pontes et al (2014) nos mostra que as rápidas mudanças ocorridas em relação ao período gravídico-puerperal nos séculos XIX e XX, trouxeram, para além da institucionalização do parto com a inserção de novas tecnologias e o uso de medicamentos, um deslocamento do papel central no processo de parto da gestante para o médico. O que ocorre é a consolidação de um modelo mecanizado, impessoal e intervencionista (como já demonstramos anteriormente), levando a situações de submissão feminina devido ao grande número de rotinas e procedimentos padrão que devem ser adotados como rotinas durante o processo de parturição. Assim, as mulheres são colocadas em uma posição passiva diante do poder médico e de toda a sua equipe, deixando-as mais vulneráveis a episódios de violência obstétrica (sejam elas físicas ou verbais).

Ainda em relação ao estudo citado acima, é possível verificar que foi a partir do século XIX que a obstetrícia começou a construir de forma vigorosa seus conhecimentos técnicos e científicos com fins de fortalecimento de sua especialidade e de sua posição de poder em relação a seu público-alvo. Um grande exemplo da brusca mudança em relação às formas de parir foi a adoção da posição litotômica, que tem como único objetivo facilitar para o médico a visão do canal vaginal e a sua manipulação. Tal posição, além de colocar a mulher como

sujeito totalmente passivo em seu parto, causa o aumento das dores, dificultando o processo de expulsão do feto, tornando assim o parto mais difícil e doloroso e justificando uma série de intervenções que acabam, muitas das vezes, por gerar uma espécie de efeito cascata, gerando assim um excesso de intervenções médicas, que muitas vezes não são informadas as parturientes.

Alguns autores defendem que a hospitalização do parto não consegue lograr seu objetivo fundamental, qual seja minimizar os riscos do processo de parturição, porque viabilizam outros riscos para a mulher, como violência verbal, a negligência, a imprudência, as intervenções desnecessárias e a iatrogênicas, a humilhação, as ameaças, o isolamento, a solidão e o medo (Pontes et al., 2014, p.73).

Russo et al (2019) nos apresenta uma historização muito relevante em relação a questão do parto humanizado. Segundo os autores, esse pode ser caracterizado como um movimento social de cunho feminista que propõe mudanças que visam desestimular o parto “medicalizado” e incentivar práticas “humanizadas” mais adequadas à fisiologia do parto. Assim, o movimento que surge nas classes médias urbanas e intelectualizadas (o que fazia com que estas tivessem acesso a informações e discussões sobre a temática), começou a reivindicar modelos de parturição menos invasivos. Tais reivindicações, muito por conta de seu lugar de surgimento, ganharam espaço de debate na sociedade e hoje possuem *status* de política pública, sendo alvo de diversas pesquisas, resultando na produção de manuais, normativas e legislações com o objetivo de erradicar as práticas consideradas como violentas. Trata-se de discussões que não foram exclusivas do Brasil. Hoje a Organização Mundial de Saúde (OMS) também atua de forma incisiva no combate a violência obstétrica e no excesso de medicalização do parto.

Os autores ainda nos esclarecem que eram muitas as matrizes de conhecimento que, ao longo do século XX, discursaram sobre o excesso de medicalização do parto e os significados socioculturais relacionados à dor. No quadro abaixo vemos alguns nomes que atuaram nesse âmbito.

Quadro 2 - Médicos e sua respectiva atuação pela humanização do parto

Nome	Atuação
Grantly Dick-Read	Difundiu a ideia de técnicas de relaxamento para gestantes com o objetivo preparar as parturientes para terem controle sob seus sentimentos no decorrer do parto, ressignificando assim o processo de dor.
Fernand Lamaze:	Desenvolveu um método psicoprofilático com o objetivo de manter a gestante relaxada durante o trabalho de parto através de uma série de exercícios físicos e respiratórios.

Frédéric Leboyer	Criador do método Leboyer, que visa a redução dos traumas do bebê no processo de nascimento; autor do livro "Nascer Sorrindo" que tinha como objetivo difundir o parto humanizado.
Moses Parcionick:	Autor do livro "Parto de Cócoras: Aprenda a Nascer com os Índios, no qual divulga amplamente as formas de parir indígenas.
Michel Odent	Diversos livros publicados; enfatiza que as mulheres são detentoras de um conhecimento "instintivo e inato" acerca do parto e por este motivo valoriza as parteiras como dotadas de maior sensibilidade para tal momento; relaciona o parto como constituinte da vida sexual do casal.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Na esteira das diversidades contidas no movimento de humanização do parto do século XX, assistimos ao deslocamento do protagonismo que antes era apenas destinado ao médico para um escopo mais amplo de profissionais. No caso brasileiro, encontramos algumas especificidades devido ao fato do movimento social estar vinculado às políticas públicas, trazendo assim, para cena do parto, novos personagens.

As psicólogas que compunham grande parte dos profissionais encarregados da preparação para o parto são substituídas por outras personagens, dentre as quais estão as doulas, as enfermeiras e as obstetrias que irão dar suporte físico e emocional (e não mais apenas psicológico) à mulher que pare. A psicologia é substituída pela "medicina baseada em evidências", o que representa importante virada no processo de desmedicalização, curiosamente submetida ao conhecimento médico (Russo et al, 2019, p.532).

Nesse novo contexto, aparece um novo aliado às gestantes e puérperas no que se refere ao compartilhamento e socialização de experiências e informações: a rápida expansão do acesso às redes sociais, que difundiu rapidamente fóruns, sites, vídeos, filmes e debates sobre a temática. Temos assim o surgimento de uma curiosa bricolagem que mescla visões "alternativas" com evidências científicas (normalmente citações da medicina baseada em evidências), que supostamente as legitimam.

Assistimos então ao surgimento de um novo cenário de parto no qual a dor é caracterizada como resposta natural e necessária ao processo, devendo-se evitar ao máximo tanto contê-la (através do uso de analgesia ou sedação) como estimulá-la (através do uso de hormônios que aceleram o processo de parturição e conseqüentemente da dor). Também observamos a existência de um movimento contra a intervenção médica desnecessária (que é um dos pilares do que é considerado como violência obstétrica por retirar da parturiente seu protagonismo). Não se pode ignorar por fim o fortalecimento da ritualização do parto, que evoca, em diversas situações, concepções esotéricas como o "sagrado feminino", busca por



ancestralidade, dor como rito de passagem e o nascimento da criança como indicativo do surgimento de “uma nova mulher”.

O parto funciona assim, como uma espécie de *bildung* corporal, uma construção de si que passa pela descoberta, através da experiência do corpo, de um saber instintivo que estava lá o tempo todo – que sempre esteve lá, desde tempos imemoriais, como demonstram as “culturas tradicionais”. Uma sabedoria que é própria do corpo da mulher e é, sobretudo, empoderadora (Russo et al, 2019, p. 540).

Diante do histórico aqui esboçado, acreditamos ser de suma importância caracterizar os tipos de parto, bem como as nomenclaturas utilizadas por profissionais de saúde, militantes e estudiosos da questão para melhor compreendermos as questões complexas que hoje envolvem as formas de parir assim como a tão discutida violência obstétrica.

Começamos então na busca de uma definição abrangente sobre o que se entende hoje por violência obstétrica no Brasil. Existe hoje uma dificuldade em pontuar e definir o que é a violência obstétrica. Tal dificuldade impacta diretamente na construção de políticas públicas que sejam específicas e efetivas quando nos referimos à temática; contudo, é de consenso que o uso excessivo de intervenções, violência física e/ou verbal, fazem parte do escopo que a compõe. É importante ressaltar que tais violências não se dão apenas no momento do parto, mas também podem ser cometidos durante a gestação, puerpério e em situações de aborto. Infelizmente no Brasil ainda não existe legislação específica sobre a temática, na contramão de muitos países da América Latina que já apresentam legislações específicas como: Venezuela (2007), Argentina (2009), Panamá e Bolívia (2013) e o Uruguai (2017) (Leite et al., 2022).

Apesar da falta de legislação específica em nosso país, movimentos feministas e grupos de apoio à mulher atuam de forma incisiva na luta a favor dos direitos e contra as formas de violência existentes nas práticas de saúde no país.

[...] no Brasil, há algumas políticas públicas de melhoria da qualidade da assistência à mulher no pré-natal e no parto com potencial impacto na redução da violência obstétrica como: Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento(2000); Lei do Acompanhante (2005), Rede Cegonha – Rede de Atenção Materno Infantil (2011); Diretriz Nacional de Atenção à Gestante(2015/2016), (...) o ReHuNa, que tornou o termo “parto humanizado” acessível ao público geral, contribuindo para a disseminação de informação por meio de ONGs, redes sociais e filmes (Leite et al, 2022, p.489).

Apesar da dificuldade de caracterização do que seria considerado legalmente como violência obstétrica, é de suma importância termos ciência de que o rápido processo de institucionalização do parto e o controle médico sobre os processos que o compõe foram de suma importância para o quadro que vivenciamos hoje.

A institucionalização do parto, sem dúvida gerou o agravamento das violências perpetradas contra as gestantes e parturientes, tendo em vista fatores como: a condição de superioridade do “saber” médico sobreposta as necessidades das mulheres, bem como a utilização indiscriminada de procedimentos causadores de sofrimentos físicos e psíquicos nas parturientes e neonatos (Kappaun; Costa, 2020, p.71).

Existem diversas políticas públicas, cartilhas e normativas que visam fortalecer a prática do parto humanizado; no entanto, a falta de conceituação específica e da consequente legislação que criminalize tal prática no país dificultam não apenas o mapeamento das violências ocorridas, mas também o acesso aos direitos da mulher em seu processo gravídico-puerperal.

Para fins deste estudo, iremos considerar como violência obstétrica a realização de uma ou mais das seguintes práticas: uso de intervenções sem base em evidências científicas; falta de acesso adequado às informações sobre os procedimentos que possam ser realizados no trabalho de parto (explicitando o porquê de sua necessidade e possíveis consequências); omissão de informação sobre procedimentos realizados; negligência ou omissão de atendimento; violência física; violência psicológica; violência verbal; violência sexual; manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher; uso excessivo de medicamentos; realização de práticas desnecessárias e/ou dolorosas; impedimento da presença de acompanhante e da doula (quando for o caso); abuso de autoridade, além de quaisquer outros procedimentos e práticas que retirem a autonomia e o protagonismo da mulher no decorrer do processo de parto, assim como seu direito a privacidade e tomada de decisão (Kappaun, Costa, 2020); (Zanardo et al, 2017) ; (Carneiro, 2015)

Importante ressaltar aqui que a violência obstétrica faz parte de uma cultura machista, sendo assim caracterizada como uma violência de gênero (mesmo quando quem comete tal ato é do sexo feminino). As violências impetradas contra as mulheres no parto podem ocorrer e maior ou menor grau, sendo preponderante que o tipo de serviço de saúde acessado, raça e classe social podem influir diretamente na situação. A violência obstétrica, também se enquadra dentro de um processo de violência institucional, visto que, existe um processo

desigual nas relações de poder entre os atores envolvidos (paciente, médico, equipe médica) (Kappaun; Costa, 2020); (Zanardo et al, 2017).

Nesse sentido, reforça-se a importância do atual movimento pela humanização do parto e do nascimento, que busca reafirmar o lugar de protagonista de mulher nessa cena, empoderando-a quanto ao conhecimento em relação a seu corpo, à gestação, às mudanças esperadas e possíveis, além de tudo que envolverá o processo de nascimento. Mais apropriadas, fortalecidas e apoiadas, as mulheres poderão se sentir mais seguras para assumir suas posições, vontades e o controle de seu corpo nesse momento, sendo capazes de ter um parto seguro da forma que planejaram e desejaram. Além de disseminar as informações quanto aos direitos das mulheres, reafirmando-os e auxiliando-as para que possam exigí-los, desde o pré natal até o pós parto, e, dessa forma também possam identificar os maus tratos e violações nesse processo, denunciando-os sem serem reprimidas ou duplamente violentadas (Zanardo et al, 2017, p.04).

Como já descrito acima um parto humanizado tem como pilar central o protagonismo feminino para que a mulher se sinta acolhida e segura. Vamos agora buscar traçar de forma breve as diferenças entre parto normal/natural e cesáreo.

Apesar da grande produção a respeito das formas de parir e das práticas de parto, usaremos aqui a definição de Carneiro (2015) sobre o que viria a ser o parto humanizado para em seguida diferenciar parto normal/ natural e o cesáreo.

Por parto humanizado, entende-se, grosso modo, aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor, e com o consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado. Dessa forma, pode-se tratar do parto que ocorre em casa, com parteiras urbanas, no hospital com o médico, na água, na vertical, na horizontal ou de cócoras, desde que a mulher tenha solicitado ou concordado com a execução de determinadas práticas médicas (Carneiro, 2015, p.37).

Diante do descrito acima, percebemos que parto humanizado se caracteriza pelo respeito ao protagonismo e as escolhas da mulher. Ainda segundo a autora, o parto é tido como natural conforme se aproxima de um parto com o mínimo de intervenções médicas. É importante salientar que tais práticas não configuram por si só o parto humanizado, visto que parir por baixo não implica necessariamente parir humanizado. De igual modo, uma mulher que dá à luz com todas as intervenções médicas, desde que tenha concordado, pode ter parido humanizadamente (Carneiro, 2015).

Apesar de ser um procedimento cirúrgico — que a princípio deveria ser utilizado apenas em situações específicas, com o objetivo de salvar vidas —, a chamada cesariana, hoje em dia, é prática corriqueira, sendo considerada como uma verdadeira epidemia, devido ao

seu alto percentual no Brasil e no mundo, como já demonstrado anteriormente. Segundo Hugues (2018) o crivo do termo “parto cesáreo” teria como objetivo minimizar a noção que tal procedimento é uma cirurgia, escamoteando assim seus riscos. Apesar da crescente segurança, a cirurgia cesariana em indicação clínica não é inócua a mãe, tampouco para o feto e, mesmo com o avanço das técnicas cirúrgicas e anestésicas, há uma maior morbimortalidade materna comparada ao parto vaginal.

Para as ativistas do parto humanizado, parir não se conjuga na voz passiva e, portanto, no parto normal, a mulher é o sujeito da ação. Na cesárea a mulher é paciente, sujeito passivo nas mãos do obstetra que realiza a cirurgia. No ideário do parto humanizado, portanto, uma cesariana não pode ser um tipo de parto humanizado porquanto não há participação ativa da mulher no processo. O abrandamento da nomenclatura ao transformar a cirurgia em um tipo de parto é parte do processo de medicalização do corpo feminino (Hugues, 2018, p. 32).

A autora dá seguimento a sua definição sobre o parto cirúrgico afirmando que toda cesariana realizada deve ser gentil, não havendo necessidade de ser denominá-la natural. (Hugues, 2018). Assim, o respeito aos direitos da parturiente bem como do recém-nascido (contato imediato entre a mulher e a criança, menor iluminação na sala de cirurgia, entre outros procedimentos) não são capazes de transformar um ato cirúrgico em uma prática natural e humanizada.

Buscamos aqui estabelecer uma conceituação com viés histórico do corpo como objeto de ação da cultura e como ao longo dos tempos os corpos femininos foram objeto de medicalização exacerbada para fins de controle social. A partir desta perspectiva, demonstramos como os processos de parturição e a própria história da medicina foram e ainda são instrumentos de exercício do controle de corpos em nossa sociedade.

### 3 A DOULAGEM

Nas pesquisas realizadas, verificamos que a origem da palavra doula vem do grego e apresenta definições como “escrava”; “mulher que serve”; “cuidado”. As mesmas pesquisas apontam que essas mulheres exerceram ao longo da história o papel de assistência à puérpera, tanto nos cuidados com o recém-nascido, quanto nos afazeres domésticos, podendo ou não ter vínculo familiar com aquela mulher. Dentro desse aspecto, em várias culturas, as mulheres costumavam ser atendidas e apoiadas por outras mulheres durante o trabalho de parto e nascimento (Barbosa et al, 2018); (Silva, 2017); (Espíndola; Zucco, 2021); Souza; Dias, 2010); (Lima, 2017); (Fernandes, 2019) ; (Junior; Barros, 2016) ; ( Horta 2008 ).

A perspectiva da palavra doula ganha novas definições nas décadas de 1970 e 1980 com o crescimento do número de cesáreas e do uso de tecnologias e técnicas que tornaram o parto um evento patológico, cercado por diversas normativas que desconsideravam o protagonismo feminino, aumentando assim as violências obstétricas. Dessa forma, podemos dizer que dentro do crescente movimento pela humanização do parto, conjuntamente às modificações ocorridas no contexto de assistência ao parto, exsurge no contexto mundial as doulas (Reis et al, 2021); (Silva, 2017).

Segundo Carneiro (2015), não se pode negar que hoje a maior parte das mulheres com maior nível educacional são as que mais buscam o parto cirúrgico; embora, esse mesmo seguimento é o que desponta como as adeptas de novas formas de parto na sociedade. Diante disso podemos perceber que diversos fatores como classe social, raça e estilo de vida, estão presentes nessa discussão.

No Brasil, a primeira mulher a ser reconhecida como doula profissional foi Maria de Lourdes da Silva, popularmente conhecida como Fadyinha. Ainda atuante como doula, educadora perinatal<sup>1</sup>, consultora de amamentação e professora de yoga para gestantes, Fadyinha realiza sessões de *shantala*, ministra cursos para capacitação de doulas, além de ser autora de diversos livros sobre o universo da doulagem (Castello, 2016).

O movimento de “humanização” do parto e do nascimento se expressa etnograficamente em formas variadas e interconectadas, a saber: uma grande quantidade de blogs e grupos virtuais na internet voltados para a gestação, o parto e o puerpério; edição de leis e normativas referentes à atenção à saúde da mulher durante a gestação, o parto e o pós-parto; produção de

---

<sup>1</sup>Diferente da Parteira, educadoras perinatais não assistem partos. Elas não fazem suturas, não prescrevem medicamentos, não pedem exames, nem avaliam se a gestação está evoluindo positivamente. E diferentemente da doula, Educadoras Perinatais também não participam do trabalho de parto prestando auxílio físico e emocional à mulher que dá à luz.

documentários e exposições; realização de fóruns e conferências nacionais e internacionais; veiculação de reportagens pelos meios de comunicação de massa e formação de grupos presenciais de apoio a mulheres gestantes e puérperas. Trata-se em linhas gerais, de uma modalidade de ativismo de mulheres empenhadas em assegurar o direito de parir de forma respeitosa e satisfatória, com o menor número possível de intervenções obstétricas consideradas invasivas (Tempesta, 2018, p.37).

Como dito anteriormente, a doula, bem como sua atividade, não são consideradas como profissão, constando apenas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) desde o ano de 2013 na categoria “Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas”, juntamente com as ocupações de podólogo, esteticista e instrutor de pilates. A CBO apresenta como descrição geral dessas ocupações da seguinte forma:

Aplicam procedimentos estéticos e terapêuticos manipulativos, energéticos, vibracionais e não farmacêuticos, conduzem exercícios de práticas corporais e prestam suporte contínuo a gestante no ciclo gravídico-puerperal. Avaliam as disfunções fisiológicas e condições físicas de seus pacientes/ clientes ou alunos. Visam, através dos procedimentos terapêuticos, a tratamentos de moléstias, patologias e deformidades podais. Recomendam o uso de essências florais e fitoterápicos com o objetivo de diminuir dores, reconduzir ao equilíbrio energético, fisiológico e psico orgânico, bem como cosméticos, cosmecêuticos e óleos essenciais. Conduzem exercícios corporais trabalhando os músculos do corpo, a respiração, postura e equilíbrio proporcionando, desta forma, saúde e bem-estar. Alguns profissionais fazem uso de instrumental pérfuro cortante, medicamentos de uso tópico e órteses; outros aplicam métodos das medicinas oriental e convencional (Brasil, 2013).

Sendo assim, para se tornar uma doula, segundo a CBO, exige-se que a profissional tenha no mínimo formação de nível médio, complementada com cursos livres realizados pelas mais diversas instituições, com carga horária de até 200 horas, este é um dos pontos importantes a ser discutido e que possui normatização específica no Projeto de Lei 3946/2021 ainda em discussão e trâmite no Congresso Nacional.

Mesmo diante das questões legislativas, é importante mencionar o que pode ser considerado como um avanço na luta da doula a respeito de sua normatização profissional: no dia 6 de junho do ano corrente (2024) foi lançada pelo Ministério da Saúde a Nota Técnica Nº13/2024.

O referido documento versa sobre o papel das doulas nos processos de gestação, parto e puerpério, apresentando suas principais funções e apontamentos das vantagens da doulagem no decorrer do ciclo gravídico-puerperal.

[...] É profissional qualificada para oferecer suporte contínuo durante o ciclo gravídico-puerperal, que não substitui qualquer outra categoria profissional tecnicamente envolvida na assistência à gestação, ao parto e ao pós-parto (médicos/as, enfermagem obstétrica/obstetrizes, parteiras tradicionais, psicólogos/as, fisioterapeutas, entre outras) e nem o/a acompanhante de escolha da mulher, direito assegurado pelas Leis Nº 11.108, de 7 de abril de 2005, e 14.737, de 27 de novembro de 2023 (Brasil, 2024).

A mesma Nota Técnica também discorre sobre as evidências científicas que demonstram que a presença da doula é de suma importância no acompanhamento da mulher.

2.9. Em estudo publicado na Biblioteca Cochrane atualizado em 2017, envolvendo 15.858 mulheres e intitulado “Continuous support for women during childbirth” (“Apoio contínuo às mulheres durante o parto”, em tradução livre), foi possível identificar repercussão positiva em situações em que houve a presença de profissional cuja única responsabilidade no cenário do parto fosse prestar um cuidado contínuo, dentro do modelo 1 para 1 (uma profissional para uma parturiente), sem responsabilidade técnica associada.

2.10. O estudo demonstrou que o apoio contínuo durante o trabalho de parto (emocional, disponibilização de informações sobre o progresso do trabalho de parto, técnicas para lidar com a dor e medidas de conforto físico), reflete em benefícios significativos, sem malefícios referidos, especialmente em se tratando do trabalho específico da doula. Os resultados foram: trabalhos de partos mais curtos, menor necessidade de analgesia medicamentosa, menos cirurgias cesarianas, bebês com menos dificuldades respiratórias no nascimento, menor risco de parto instrumental (fórceps ou vácuo extrator) e experiência mais positiva e satisfatória de parto (Brasil, 2024).

Mesmo diante do impasse legislativo, a doulagem vem ganhando cada vez mais espaço de atuação, com a crescente discussão sobre o parto humanizado, sendo reconhecida inclusive pelo Ministério da Saúde como sujeito de importância no processo de humanização do parto. Assim em um de seus manuais que versam sobre o parto humanizado, o papel da doula no decorrer do parto é descrito da seguinte forma:

Ela presta constante apoio a gestante e seu companheiro/acompanhante durante o trabalho de parto, encorajando, aconselhando medidas para seu conforto, proporcionando e orientando o contato físico e explicando sobre o progresso do trabalho de parto e procedimentos obstétricos que devem ser realizados (Brasil, 2001, p.65).

Em nossa pesquisa, verificamos que as atribuições acima descritas como práticas inerentes ao exercício profissional, bem como os benefícios apontados quando há a presença da doula (não apenas nas cenas de parto, mas em todo ciclo gravídico puerperal) pode ser demonstrado através das falas colhidas entre as mulheres que buscaram a assessoria da doulagem, como apontamos abaixo:

[...] O que eu percebi de benefício na assessoria eu acho que... eu acho que no fundo foi fundamental pra me preparar é... psicologicamente para o que vinha pela frente né? Eu falo que todo mundo que me pergunta assim: ah. Como é que tá está? Dentro do caos planejado. Porque a gente sabe que vai ser difícil, que o peito dói, na primeira semana é muito, nossa a primeira semana é triste. E elas preparam muito a gente, né? [...] E eu acho que a parte do benefício principalmente dessa assessoria, é que realmente ela te prepara pra isso... tudo! Nada foi novidade. [...] as meninas preparam muito a gente pra isso, né?! E é não só as rodas de conversa, mas todos os documentos que elas disponibilizam lá no drive, com várias coisas, né e acaba que tem o grupo ali [...] a troca que tem no grupo é muito legal. Né?! E aí mães que já tiveram, relatam e tal como são as coisas. Então assim, não só por parte das doulas, mas também de todo mundo que compartilha ali, né? Suas informações E aí eu acho que é isso, as meninas preparam muito [...] porque por mais que, ah não, mas eu não quero parto normal, mas eu falo não é o parto, eu acho que é o de menos, no meu caso ainda teve achei que foi essencial pro momento do parto. Falo que a C.(doula) ali pra mim foi um anjo. Cada contração que tinha, que ela vinha e fazia aquela massagem no lugar certo. Então assim, eu acho que além dessa assessoria te preparar psicologicamente, eu achei que a assessoria na parte física foi essencial, foi essencial, falei que a C. ali foi assim realmente essencial sabe?! (Aroeira).

O relato de Aroeira (36) vai de encontro ao de Jacarandá (32) que descreve sua experiência com a doulagem de forma positiva, ressaltando que:

[...]com cinco meses, eu comecei a ter encontros com a doula pra poder me preparar porque eu queria fazer o parto normal e foram três encontros antes do parto né? Em que ela dava todas as informações, é sobre o que poderia acontecer no parto, o que eu poderia, né? Dentro do plano de parto que eu poderia optar em fazer, me explicou tudo sobre a questão de dilatação, de ocitocina foi muito legal assim esses três encontros eles me deram muita base pra o que pra eu decidir o que fazer na hora em si. [...] e aí assim, eu sabia o suporte que ela queria, poderia me dar durante o trabalho de parto né? E ela também falou sobre essa questão de violência obstétrica, sobre o pique, que as vezes eles dão sem necessidade, né?! Sobre a questão de forçar a barriga, isso eu não sabia, sobre as questões de pique, sobre essa questão de forçar barriga, foi ela que me falou isso tudo, sobre esses casos de violência obstétrica. [...], o acompanhamento com a doula foi muito bom porque assim, eu tive essa clareza na hora que eu vi assim, não, não dá mais, não aguento mais sentir dor, não tá evoluindo, eu sabia como é que eram os processos e foi ela que me ensinou isso tudo, né? Porque por mais que a gente converse com a médica, não é a mesma coisa; no consultório, você tem uma consulta muito rápida, aí você tem que perguntar outras coisas. Aí ela te examina, não sei o quê. Então ter essa doula, ter esse contato antes, eu achei muito bom, porque realmente assim, dá um direcionamento do que pode acontecer, né? O que você pode fazer, qual decisão tomar. Então assim, pra mim foi fundamental, mesmo não tendo feito parto normal (Jacarandá).

Muito além das definições apresentadas pela CBO e pelo Ministério da Saúde, a doula hoje se apresenta como uma profissional detentora de saberes não apenas relacionados ao parto, mas também à gestação e ao puerpério, sendo capacitada para prestar suporte físico



(através da utilização de métodos não farmacológicos para alívio das dores), além de ser suporte emocional tanto à mulher como a seu/sua acompanhante, através do encorajamento e na minimização dos medos e da ansiedade presentes nesse momento (Reis et al, 2021); (Espíndola; Zucco, 2021); (Lima, 2017); (Fleischer, 2005); (Oliveira et al, 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde de vários países, dentre eles o do Brasil, reconhecem e incentivam a presença da doula durante o trabalho de parto. A presença da mesma tem demonstrado ser potente na transformação do parto em experiência gratificante, fortalecedora e favorecedora da vinculação mãe-bebê, além de ter se apresentado como vantajosa para o Sistema de Saúde como um todo, pois, além de oferecer um serviço de maior qualidade, leva a uma significativa redução nos custos dada a diminuição das intervenções médicas e do tempo de internação das mães e dos bebês (Lima, 2017, p.06).

No decorrer da gestação, a doula, através de seus atendimentos, com o intuito de socializar informações pertinentes ao processo gravídico-puerperal de forma clara, intermedeia e interpreta o serviço de saúde para a mulher, tomando cuidado para não falar por ela (Fleischer, 2005). Nesse período do acompanhamento, a doula também é responsável por auxiliar a mulher na construção de seu plano de parto — documento no qual a gestante pontua quais práticas e tecnologias permitem serem usadas no decorrer de seu parto e pós-parto, bem como as práticas que podem ser realizadas com o recém-nascido. Trata-se de um documento de reconhecimento legal, o que é um importante instrumento para nortear a equipe de saúde que irá atendê-la, além de contribuir para a redução da possibilidade de violência obstétrica. (Fleischer, 2005); (Quiros et al., 2021).

Já no pós-parto, sempre por meio de práticas não farmacológicas, a doula oferece à puérpera suporte no processo de amamentação, recuperação física, emocional, resolução de intercorrências como mastite (infecção do tecido mamário), dores iatrogênicas, entre outras, contribuindo positivamente no processo de puerpério, período complexo de transição na vida da mulher, que pode ser um momento de grande desgaste emocional levando inclusive a quadros de depressão pós-parto (Lima, 2017).

É importante afirmar que doulas e parteiras não são a mesma profissão, embora elas possam trabalhar em conjunto. Parteiras contemporâneas possuem graduação em obstetrícia ou enfermagem obstétrica e só atendem gestações e parto de risco habitual ou baixo. A doula não é uma profissional médica e como dissemos atua oferecendo apoio físico e emocional para a mãe e a família, antes e durante o trabalho de parto e no pós-parto (Lima, 2017, p.03).

O apoio através de técnicas pouco invasivas, não farmacológicas e o suporte prestado em todo ciclo gravídico puerperal pode ser observado na fala de Amora(37), quando nos relata sobre seu puerpério e da importância que a assessoria de sua doula naquele momento:

[...]Liguei para a A. (*doula e consultora de amamentação*) e naquela semana a A. foi na minha casa todos os dias, meu peito rachado, [...], doía uma quantidade absurda, e eu com o peito duro com uma pedra, infeccionado precisava tomar antibiótico e eu lembro que a A. estava ainda na minha casa assim, comigo, quase todos os dias. E doía muito amamentar, eu chorava, eu chorava e meu peito sangrava, enquanto amamentava tipo assim, sangrava. [...] E aí um dia ela chegou em casa, ela chegou eu falei assim, eu não tomei remédio,[...] porque eu não consegui, o D. não parava de chorar e eu não conseguia comer. E então assim, a A. falou assim: como assim?[...] Você vai comer, você vai tomar o seu remédio e você vai tomar banho. E depois a gente vai colocar ele no peito. Aí ela falou assim: Amora, ele está alimentado. Você não já deu o outro peito pra ele? Ele está alimentado, eu vou ficar com ele, ele tá com gases, ele pode esperar um pouquinho, pode ir pro seu banho, eu vou cuidar dele pra você. E nisso, aí ela segurou o D., ficou com o D. e comigo e tipo assim e foi muito mais que uma consultoria de amamentação, tipo assim, ela ficou comigo até umas sete e meia da noite, que era quando ela precisava buscar a filha dela (Amora).

Diante do exposto acima, o trabalho das doulas se apresenta como uma estratégia de busca pela humanização, pela restauração dos conhecimentos das mulheres sobre seus próprios corpos dentro de um sistema patriarcal que há muito vem buscando das mais variadas formas (das mais sutis às mais violentas) relegá-los a uma posição de inferioridade e submissão. Desse modo, pensar a assistência obstétrica baseada somente em habilidades técnicas e biológicas é insuficiente frente aos processos psicológicos e sociais que envolvem o gestar e o parir (Santos; Fornereto, 2020).

Nesse sentido, Filgueiras e Faria afirmam:

[...] acredita-se que é possível apostar em uma assistência humanizada ao parto através do trabalho prestado pela doula, baseado na conscientização e apoio emocional prestado à gestante [...] uma vez que [...] essa assistência prestada pela doula, apesar de passar por conhecimentos científicos oriundos de sua formação, efetua-se através de um campo sutil que leva em consideração a história individual e particular de cada mulher (Filgueiras; Faria, 2019, p.535).

É importante frisar que a doulagem não consiste apenas no acompanhamento da mulher durante o parto; consiste, principalmente, em um acompanhamento sistemático durante a gestação e do puerpério pelo qual se desenvolve um processo de vínculo com as “clientes”, possibilitando a transmissão de diversos saberes e esclarecimentos sobre todo o processo que envolve a gravidez.

Podemos assim dizer que, no decorrer deste acompanhamento, ocorre um processo de conscientização da mulher sobre seu próprio corpo que desencadeia não só no conhecimento e redescoberta, mas na desconstrução de valores moralizantes, trazendo à tona muitas vezes reflexões capazes de superar sofrimentos e opressões sofridas no decorrer de sua vida.

Nesse contexto, buscando suprir a demanda de cuidado e afeto deste momento de intensa importância e vulnerabilidade, surge a figura da doula, uma profissional capacitada para oferecer informações qualificadas, suporte emocional e psicológico para mulheres gestantes, parturientes e puérperas, bem como à família das mesmas (Lima, 2017, p.2).

Podemos dizer então que as doulas têm papel fundamental na humanização da assistência obstétrica no Brasil, contribuindo para o empoderamento e a valorização dos direitos da mulher ao colocarem em cena suas escolhas e desejo desejos enquanto mulheres e mães (Santos; Fornereto, 2020)

Em um estudo realizado com doulas, Barrera e Moretti-Pires em 2021, afirmam o seguinte:

A intersecção entre os marcadores sexo, gênero percebidos na não aceitação por parte dos profissionais e o desconhecimento — tanto destes quanto das próprias gestantes — dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das pessoas LGBTQIA+ são mencionados pelas doulas entrevistadas como um importante fator de desempoderamento e de intensificação da sua vulnerabilidade durante o processo de parturição( Barrera; Moretti-Pires, 2021, p.06).

Verifica-se que, tanto na literatura, materiais expostos nas mídias sociais, que os saberes científicos são mesclados a visão holística, fazendo parte da construção de um saber que busca empoderar a mulher em seu processo gestacional e de puerpério. Assim, além das informações de caráter biomédico, são repassadas orientações que evocam o instinto feminino, em uma espécie de mescla entre o saber científico e a cultura.

O modelo de atenção obstétrica brasileiro se inspira no modelo norte-americano, que foi classificado como “tecnocrático” por Robbie Davis-Floyd(2001)<sup>2</sup>. Este é um modelo que se organiza em torno da separação entre corpo e mente e da definição do corpo como máquina, em contraposição ao modelo “humanista”(que enfatiza a conexão entre corpo e mente e define o corpo como um organismo) e ao modelo “holístico” (que enfatiza a unidade entre corpo, mente e espírito e define o corpo como um campo energético em interação com outros campos energéticos) (Tempesta, 2019, p.07).

---

<sup>2</sup>Antropóloga cultural, pesquisa há mais de vinte anos questões da antropologia da reprodução, concentrando-se em temáticas sobre parto e obstetrícia. Ainda segue como pesquisadora na atualidade.

Assim, aliando práticas baseadas na Medicina Baseada em Evidências (MBE) com práticas holísticas, as doulas oferecem uma forma única e diferenciada diante da prática dos demais profissionais de saúde que atuam no processo de gestação parto e puerpério, buscando oferecer uma abordagem específica para cada momento do parto de cada mulher, ao invés de submeter todas as mulheres à mesma “rotina de procedimentos” (Fleischer, p.17, 2005).

O cuidado desenvolvido pelas doulas durante o processo de parto e nascimento necessita ser entendido como uma possibilidade de encontro, de interação e de diálogo com o outro, no universo de cuidado da sua prática diária. Essa relação viabiliza uma escuta qualificada, um olhar diferenciado e um toque cuidadoso, permitindo à mulher expressar suas angústias, seus medos e sofrimentos. Nessa perspectiva, o cuidado não é apenas um ato, mas uma atitude que significa acolhimento, respeito pelas diferentes histórias de vida. Assim sendo, as atividades que as doulas desenvolvem visam promover o bem estar emocional da parturiente, ajudando-a a enfrentar os desconfortos do processo de parto e nascimento, diminuindo o medo, a tensão e a dor, conseqüentemente aumentando a possibilidade do parto ser uma experiência positiva para a mulher e sua família (Souza; Dias, 2010, p.498).

Além das funções já descritas acima, muitas doulas optam por complementar sua formação profissional com vistas a um atendimento mais completo à mulher e ao recém-nascido. Dessa forma, além de garantir um atendimento mais completo, também é capaz de complementar a sua remuneração através de serviços “extras” que oferece (afinal a doula é mais uma profissional inserida no mercado de trabalho). Outro fator que leva as doulas à constante capacitação profissional é que a realização de cursos e estudos contínuos é fundamental para que elas possam ter legitimidade para lidar com o ambiente médico-hospitalar no qual os partos estão inseridos, configurando-se como uma forma de demonstrar eficácia e provar responsabilidade perante o acompanhamento que está sendo realizado (Castello, 2016, p.47). Assim, a busca pela legitimidade diante da equipe de saúde, a constante capacitação das doulas, bem como a ampliação de seu espectro de atendimento dentro das questões que se referem à gestação, parto e puerpério, lhes proporcionam mais chances de garantir que a doulagem seja sua principal ou única profissão.

Embora não seja obrigatório que a doula utilize essas terapias em sua prática, é um trabalho complementar interessante. E, acima de tudo, seja qual for o caminho percorrido para tornar-se doula profissional, é importantíssimo que a mulher procure uma atualização constante, através da participação em cursos, reciclagens e congressos, e da leitura de livros e outras publicações sobre o assunto. Esta é uma garantia para que se conquiste maior espaço no mercado de trabalho (Fadynha, 2016, p.83).

Quadro 3 - Terapias complementares que podem ser realizadas por doulas no trabalho de parto.

<b>Procedimento</b>	<b>Descrição</b>
Cromoterapia	Uso de aparelhos que emitem luzes de diversas cores para melhorar o equilíbrio entre o corpo e a mente.
Exercícios que facilitam o parto.	Exercícios com o objetivo de relaxamento e facilitação da descida do bebê.
Uso de bolas de Bobath (bola de pilates).	Utilizadas para relaxar e aliviar a dor.
Rebozo.	Xale ou pano enrolado que passa por baixo da barriga, tem como objetivo aliviar a dor e facilitar o posicionamento do bebê.
Rotação pélvica	Parturiente realiza a rotação dos quadris no sentido horário e anti-horário, tem a finalidade de facilitar a descida, a rotação e o encaixe do bebê, além de aliviar a dor lombar.
Massagens	Movimentos manuais com ou sem a ajuda de acessórios com o objetivo de propiciar o relaxamento e alívio da dor.
Compressas	Panos umedecidos que podem ser frios ou quentes com o objetivo de alívio das dores.
Musicoterapia	Utilização de músicas, sons e ritmos com o objetivo de relaxamento da gestante.
Aromaterapia	Utilização de óleos essenciais através da aplicação no corpo ou com uso de difusor para alívio do stress, redução das dores e promoção do relaxamento.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Algumas doulas ainda possuem formações complementares que podem ser oferecidas às mulheres que buscam seu acompanhamento. Trata-se de serviços que são oferecidos “a parte” da doulagem, como nossas entrevistadas relataram (veremos no capítulo que trata da experiência de campo). Abaixo mencionaremos as principais práticas complementares oferecidas com o objetivo de facilitar a compreensão do leitor sobre o que se tratam tais procedimentos.

Quadro 4 - Terapias complementares que podem ser oferecidas pelas doulas na gestação e puerpério.

<b>Procedimento</b>	<b>Descrição</b>
Yoga para gestantes	Aliviar as dores musculares advindas da gravidez.
Massoterapia	Alívio de dores e desconfortos do pré e pós- parto.
Reiki	Revitalização da energia da mulher através de técnica de imposição de mãos energética.
Aromaterapia	Utilização de óleos essenciais através da aplicação no corpo ou com uso de difusor para alívio do stress, redução das dores e promoção do relaxamento.
Consultoria de amamentação	Identifica e corrige as principais dificuldades no processo de aleitamento, realiza massagens, ordenha e auxilia em casos de mastite.
Belly Mapping	Pintura na barriga da mãe com o objetivo de visualizar de forma lúdica a posição do bebê dentro do útero.
Carimbo da placenta	Folha de papel com o formato da placenta feito com a própria sendo colocada em uma folha de papel, deixando impresso na folha seu formato.

Acupuntura	Aplicação de agulhas em diversas áreas do corpo com o objetivo de alívio de dores físicas e stress.
Shantala	Massagem com o objetivo de proporcionar relaxamento e bem estar ao bebê

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Após séculos de silenciamento, controle dos corpos femininos e de seus direitos reprodutivos, tanto a doulagem quanto o uso de parteiras urbanas vêm ganhando espaço. Diversos estudos apontam os benefícios dessas práticas, coadunando com um processo de emancipação feminina através do qual muitas mulheres buscam alternativas ao saber biomédico (Diniz; Chacham, 2006); (Tornquist, 2004).

Através do uso das chamadas “tecnologias leves” a doula desempenha um papel diferenciado dentro das cenas de parto não apenas por exercer um cuidado holístico em relação à parturiente, mas também por representar, no momento do parto, um papel contrário ao modelo hegemônico de atenção obstétrica atual (Tempesta, 2019).

A doula não tem responsabilidade técnica sobre os desfechos do trabalho de parto e nem responde pela gestante ou por sua família. Ela está ali, munida de conhecimento sobre um processo natural do corpo humano, para amparar a pessoa que gesta, pare e se recupera do parto (mesmo que esse parto tenha sido uma perda ou um abortamento) (Fernandes, 2019, p.241).

Percebemos que existe por parte das doulas aqui entrevistadas uma clara concepção de seu papel enquanto profissional capacitada ao atendimento de mulheres em seu ciclo gravídico-puerperal, conforme nos é indicado pelos apontamentos acima. Verificamos que, apesar de cada entrevistada dar enfoque a uma perspectiva ao relatar sua atuação profissional, todas descrevem suas atuações dentro do escopo definido para o exercício da doulagem.

A doula Rosa (37) nos indica a importância da subjetividade de seu trabalho, do olhar apurado e do foco nas questões inerentes aos processos pelos quais sua cliente vivencia para propiciar uma melhor vivência de sua gestação, parto e pós-parto.

[...] Então, eu quero mesmo ser aquela pessoa que vai olhar pra mulher, vai escutar a mulher, vai perceber, sabe, no corpo dela, nas falas dela, no olhar e na escuta, o que tá acontecendo ali, sabe, pra poder propiciar um ambiente que ela se sinta mais confortável, mais respeitada, e que seus desejos, na medida do possível, dentro da saúde e do acompanhamento feito pelos obstetras e tudo, que ela seja escutada.

A gente consegue identificar, às vezes, violências que essa mulher ou já passou ou está passando e que, às vezes, ela não fala com nenhum outro profissional, às vezes ela fala com a gente, ou às vezes ela não fala abertamente, mas a gente através de algum... de alguma fala, de alguma situação, de alguma reação dela, a gente consegue perceber e consegue trabalhar isso melhor, sabe? Às vezes até indicando profissionais especializados para que ela cuide disso, sabe?

E também, ao mesmo tempo, O protagonismo não é nosso, né? É daquela mulher. Então, ser doula pra mim é saber também sair de cena, saber se colocar no seu lugar, né? Que não é o de protagonismo, então não é decidir pela mulher, né? (Rosa)

Já Violeta e Margarida nos apontam a dimensão da socialização de informações com vistas ao fortalecimento de suas clientes, a busca através de suas atuações pela retomada do poder de escolha dessas mulheres e da importância do apoio holístico oferecido pelas profissionais.

[...] porque a gente é esse apoio informacional né? Então levanto informação pra essa mulher, afirmando que ela deseja, né? Tipo, não, você consegue! Você tem caminhos pra conseguir! Agora se você vai finalizar dessa forma, você vai decidir. Mas se você quer iniciar um passo, se você quer viver diferenciado você tem esse direito. Sendo que por muito tempo, algumas mulheres, algumas não, a cultura toda nossa, dizem pra mulher que não. Então ela já vem nessa cultura de medo. Né? Então ela já vem amedrontada. [...] A gente está ali né? A doula está ali pra falar com ela: que tipo, qual é a jornada que você quer ir? Mas qual caminho você quer seguir? Vamos juntas sabe? E aí vamos, a gente vai desmistificando, né? [...] esse é o caminho. É mostrar pra essa mulher que o filho dela pode nascer num ambiente seguro né? Aí mostrar o plano de parto, muitas, umas coisas simples que muitas as vezes não conhece sabe? (Margarida).

Então eu acho que o levar informações pra mim é muito isso. E por último que eu acho que é essa questão do empoderamento eu acho que vem uma outra palavra muito forte pra mim quando é o acolhimento. No pós-parto e eu fiz até uma formação recente agora de download do pós-parto, nessa área porque no momento que a gente está vivendo a maior transformação, normalmente todo mundo foca no bebê. Esquece da gente, né?! Então eu acho que a doula ela consegue ter esse olhar pra mulher, pras transformações da mulher, e isso é muito importante na minha opinião (Violeta).

Já Lótus (43) apresenta em sua fala a dimensão da militância e do caráter não apenas assistencial, mas também político da profissão, na busca por políticas públicas, fator tão importante na busca pela humanização do parto, ao afirmar que

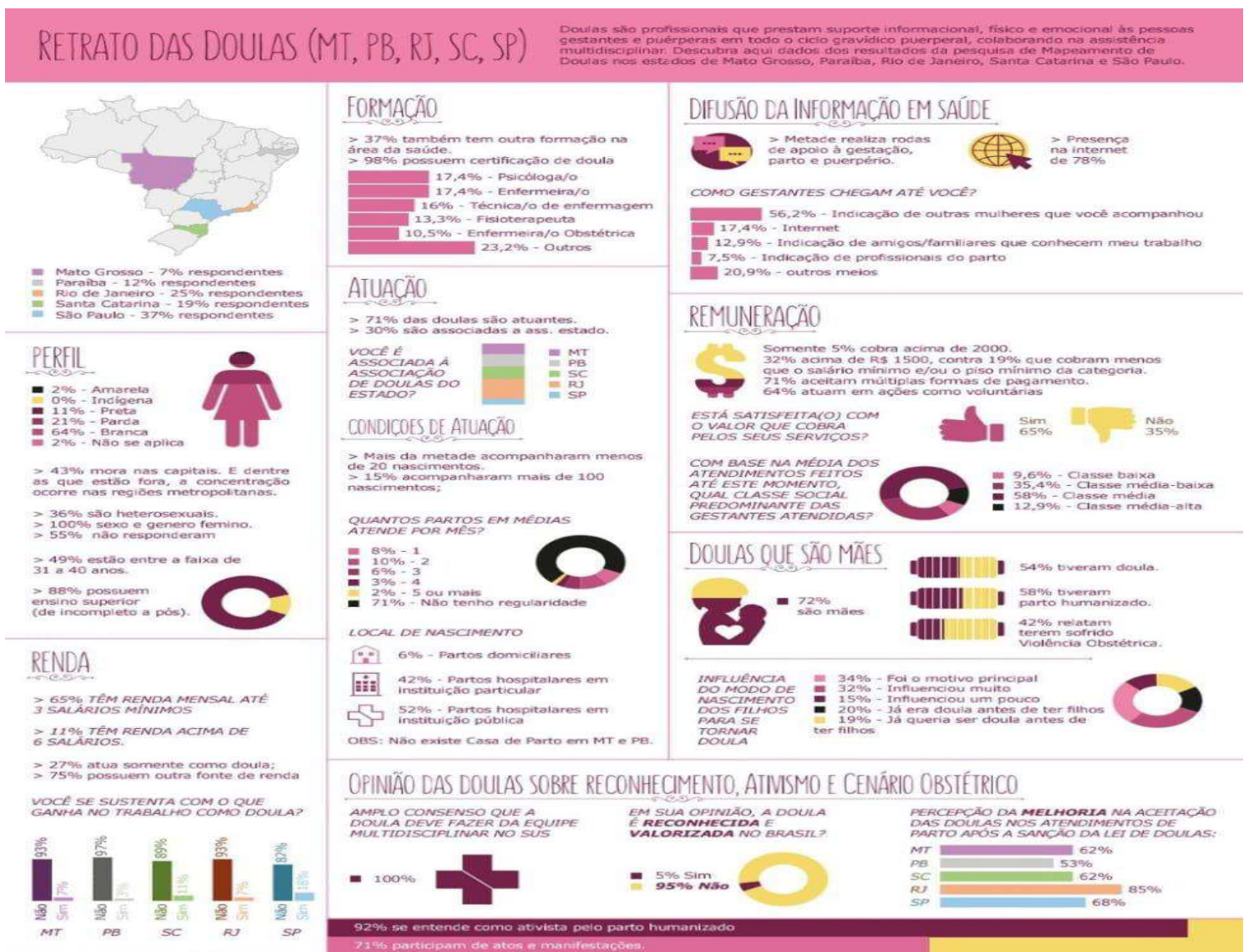
[...]É eu brinco, eu falo pras pessoas, não é um chamado, porque tem muita doula que eu vejo que fala assim aí, a doulagem foi um chamado, ela não é um chamado, não é uma missão, a doulagem é uma profissão. [...] Não é uma missão de vida, não é um chamado. [...] E não tem como eu ser uma doula, e não pensar em tudo isso que eu já te falei né, na ampliação de acesso e levar o né o parto respeitoso pra mais e mais mulheres e prevenção de violência e trabalhar com violência obstétrica, não tem como sabe, não tem como ser uma doula que não vai falar sobre aborto legal, sobre legalização, de criminalização do aborto, não tem como, eu estou falando de

autonomia, protagonismo, das mulheres poderem decidir sobre as próprias vidas e os próprios corpos eu não tenho como descolar uma coisa a outra né? [...] Então pra mim ser doula é isso, é uma profissão que requer estudo, que requer dedicação, como qualquer outra (Lótus).

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, vinculada a Fundação FIOCRUZ, realizou um mapeamento das doulas no Brasil no período entre 2019 e 2021. Foram identificadas 4091; das quais, 785 foram entrevistadas. A referida pesquisa se deu nos Estados do Mato Grosso, Paraíba, Rio de Janeiro e São Paulo (Almeida et al, 2021).

Podemos acompanhar os resultados na figura seguir:

Figura 1 – Mapeamento das doulas no Brasil entre 2019 e 2021



RETRATO DAS DOULAS  
Série de Infográficos - Pesquisa Mapeamento de Doulas 2020/2021. Realização: EPSJV/FIOCRUZ e ADOLASRJ. Apoio: ADOMATO, ADOSC, ADOSP, ADPB e FENADOULASBR. Coordenação da Pesquisa: José Mauro Pinto (LIRES) e Morgana Eneide (LIRES e ADOLASRJ).

Articuladoras Regionais: Anne Mathilde (MT), Amanda Assis (SC), Bruna Grasielle (PB) e Kau Murua (SP). Tratamento do Banco de Dados: Bianca Leandro (LIRES/EPJSV). Produção de Conteúdos: Kau Murua e Morgana Eneide. Designer: Alan Fragoso





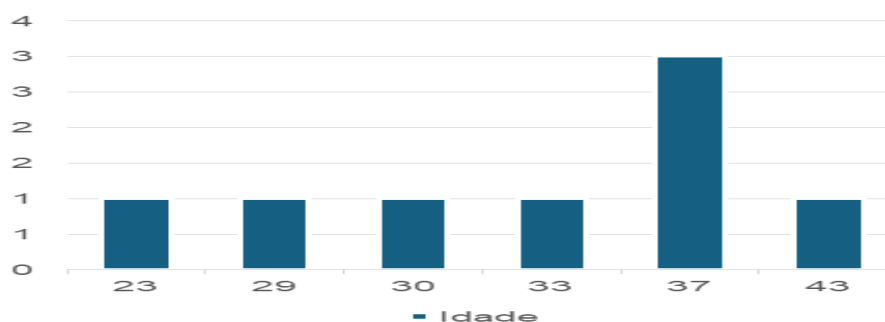
Observamos que as principais considerações apontadas foram as seguintes: em relação à raça, o perfil é majoritariamente branco, sendo de mães, com renda de até três salários mínimos e devidamente certificadas; a maior parte também se considera ativista, com ampla participação na internet, onde promovem rodas e eventos relacionados à gestação e puerpério; a grande maioria (95%) considera que a profissão sofre com uma desvalorização, devendo fazer parte do SUS; em relação ao perfil das mulheres atendidas, foi verificado que o público-alvo são mulheres de classe média e classe média/baixa (Almeida et al, 2021).

Em relação ao perfil ativista declarado no referido estudo, verificamos que tal visão converge com a pesquisa feita com doulas em 2021 por Barrera e Moretti-Pires, que verificaram o seguinte:

Os relatos das doulas entrevistadas evidenciam que, nas suas trajetórias, o reconhecimento de que a situação de vulnerabilidade, desempoderamento, silenciamento das mulheres na cena de parto é uma continuidade dos padrões normativos e opressivos de gênero e sexualidade estabelecidos em nossa sociedade. O desejo de erradicação da violência perpetrada contra as mulheres durante o parto as motivou a se engajarem nos movimentos sociais de mulheres e feministas (Barrera; Moretti-Pires, 2021, p.09).

No que se refere ao universo pesquisado neste estudo na cidade de Juiz de Fora, percebemos que o perfil das entrevistadas se mostra bastante homogêneo: a maioria é branca (7), casada (5), com filhos (7) — sendo que a apenas uma não teve experiência de parto normal. Além disso, apenas três dessas não têm como profissão principal a doulagem; em relação à formação acadêmica, somente uma possui apenas o ensino médio; as demais, no mínimo, possuem formação como tecnóloga (uma, no momento da pesquisa, é doutoranda). Em relação à faixa etária, verificamos a variação de 23 a 43 anos. Por fim, o tempo de atuação como doula varia de dois a oito anos.

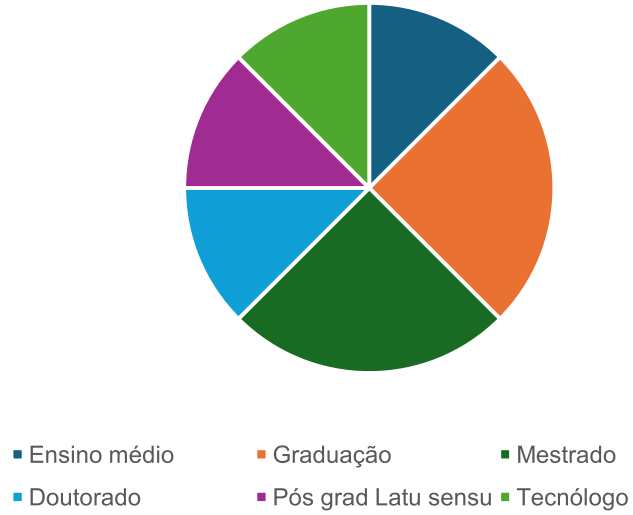
Gráfico 4 - Distribuição das doulas por idade



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Gráfico 5 – Distribuição das doulas por escolaridade

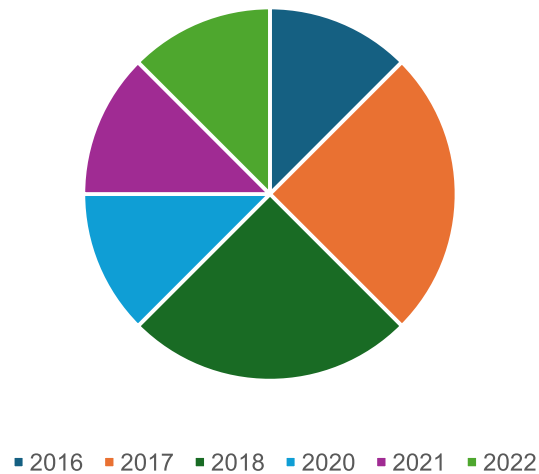
## Distribuição por escolaridade



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Gráfico 6 – Distribuição das doulas por início de atuação profissional

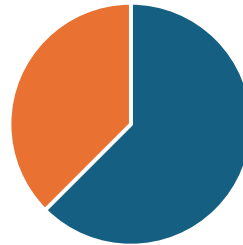
## Distribuição por início de atuação profissional



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Gráfico 7- Atuação apenas como doula

## Atuação apenas como Doula

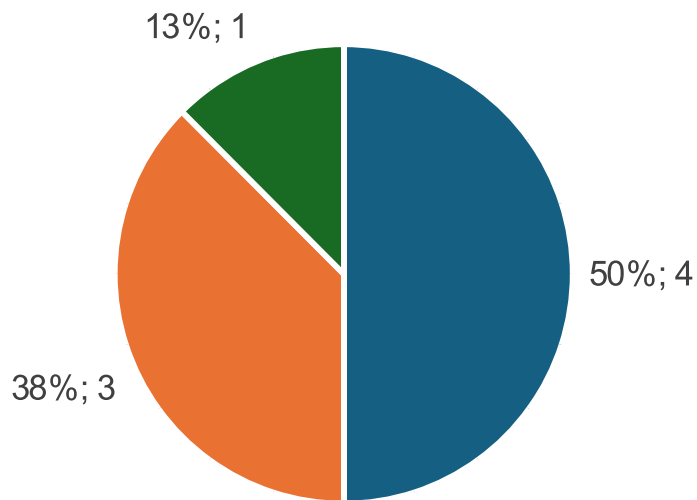


■ Sim ■ Não

Fonte: elaborado pela autora (2024).

Gráfico 8 –Doulas que sofreram violência obstétrica

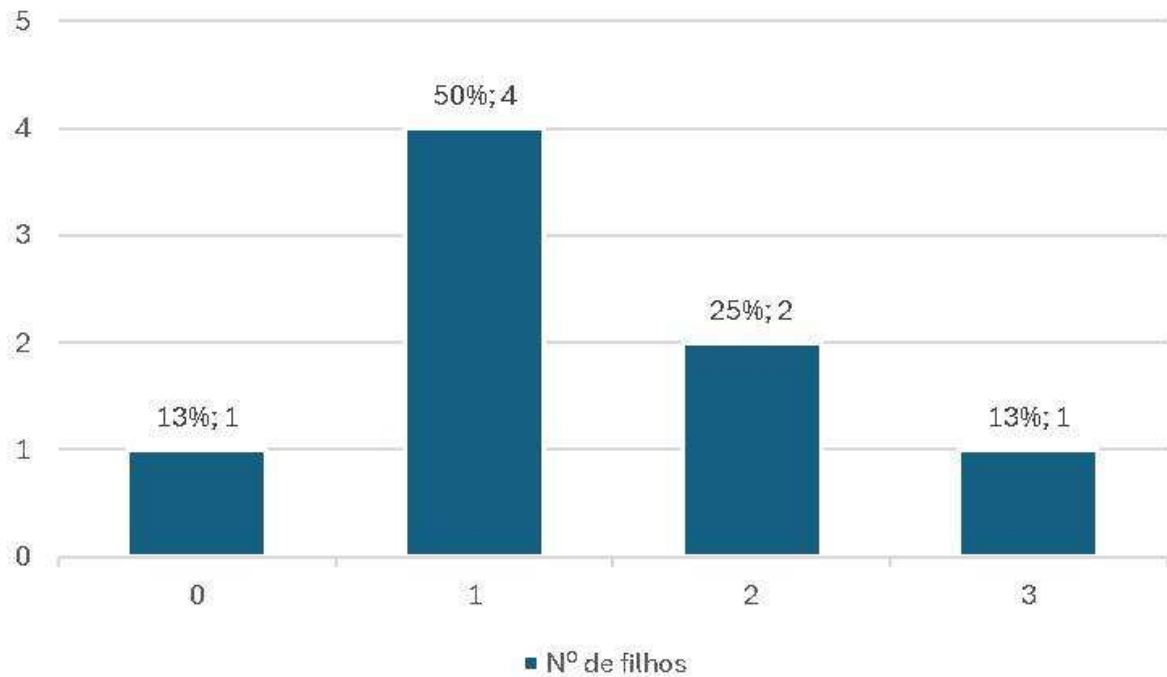
## Sofreu violência Obstétrica



■ Sim ■ Não ■ Não se aplica

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Gráfico 9 – Distribuição das doulas por número de filhos



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Em relação ao processo de coleta de dados, especialmente no que se refere ao perfil socioeconômico e ao número aproximado de doulas profissionais atuantes, enfrentamos grandes dificuldades. Mesmo após diversos contatos com a Associação de doulas Municipal e Federal, não obtivemos respostas a essas questões; o mesmo ocorreu no processo de busca de doulas para serem entrevistadas, onde muitas sequer responderam aos convites. Acreditamos que a dificuldade de acesso às profissionais e aos dados solicitados às Associações se deve ao excesso de trabalho e ao foco no ativismo (seja pela regulamentação da profissão, seja em temáticas referentes aos direitos femininos), conforme constatamos ao acessar as redes sociais das instituições e das profissionais.

Partindo da premissa de que “não se nasce mulher, torna-se mulher”, como difundido por Simone Beauvoir, é de grande importância se compreender que, por meio do processo de socialização, existe uma dinâmica de trocas de conhecimentos entre as mulheres, através das quais se torna possível refletir sobre o patriarcado, que nos é imposto e construir enquanto categoria, além de estratégias para que possamos subverter esse sistema que nos oprime e nos infringe das mais diversas formas de violência.

Nessa perspectiva, de forma predominante, nos é apontado pelas profissionais o que por elas é chamado de ativismo faz parte do escopo das atribuições inerentes à doulagem;

verificamos também que em muitos casos a entrada no universo da militância durante seus ciclos gravídico-puerperais foi, na maioria dos casos, o lampejo que fez com que essas mulheres se tornassem doulas, como verificamos nos relatos da profissionais abaixo.

Rosa (37) relata que teve seu primeiro contato com grupos e pesquisas sobre a temática no decorrer de sua gestação e que a partir daí, começou a atuar como ativista e que foi através deste caminho que buscou a profissionalização:

Eu não acreditava que eu conseguiria ser doula, mas aí eu já estava imersa nesse universo aí da doulagem e do parto, né? Lutando pela lei das doulas aqui em Juiz de Fora, que foi em dois mil e dezesseis, fazendo política pública, sabe é, participando de movimentos sociais, que era um grupo, é... chama é Aliança de Mulheres pela Maternidade Ativa – AMMA [...] Então eu comecei a ser ativista e junto com essas mulheres; a gente fazia rodas, e a gente falava sobre o que a gente estava sentindo, sobre o que a gente estava vivendo, sobre os desafios, sobre as dificuldades de ser mãe, sobre as questões de parto, amamentação, criação, e sempre com estudos científicos (Rosa).

Esta mesma trajetória foi percorrida por Margarida (33), que se viu imersa dentro da militância durante sua segunda gestação:

Então, aí o AMMA fortíssimo é ali. Eu fui conhecendo as meninas, criando vínculo com elas e confiando e já virei meio que ativista ali, nesse meio tempo da amamentação, que eu amamentei a mais velha até dois anos, até a gestação da dessa minha outra filha né?[...]aí eu virei ativista real do parto. Todo mundo chamava naquela época, chata, índia, quer andar com meu bebê pendurado no peito, mamando a vida toda, esse tipo de coisa... aí eu vi a movimentação de doulas crescer, né? (Margarida).

Apesar de não terem experienciado o ativismo da forma que as doulas anteriores, Bromélia (23), Camélia (29) e Lótus (43) também afirmam em seus discursos a importância da militância como fator preponderante da sua atuação profissional.

Porque ser doula é muito mais do que lidar com nascimento, com criança, tudo muito fofo, tudo muito bonitinho. É você lutar e militar, então quem não está disposta a isso, quem acha que militar não é pra si não vai ser doula (Bromélia).

Então assim, a doula que não se entende como militante... tudo bem, eu acho que essa palavra às vezes traz um contexto também, mas eu não acho que tem como desvencilhar não... E cuidado com a saúde, mental, física, reprodutiva. A política hoje, a gente sabe, que pros políticos esses assuntos são de interesse máximo, né? Em cima dos nossos corpos que eles estão lucrando né? (Camélia).

[...] pra mim, não existe ser doula sem pensar em construir alternativas de ampliação de acesso do parto respeitoso pra todas as mulheres. Então tem

também o trabalho de ativismo que é o que eu faço por exemplo na associação e tudo mais [...] através dos projetos né? [...] Tudo que eu for fazer na minha vida, eu preciso ter algum nível de aplicação prática, sabe? Interferindo mesmo, né? No espaço público, pra mudança nesse sistema obstétrico que é tão e assim, eu até sei que tem doulas que são só das suas clientes e não se preocupam com isso, eu acho uma coisa meio surreal assim, porque pra mim impossível descolar na minha assistência o meu ativismo [...] mas não tem como eu ser uma doula, e não pensar em tudo isso que eu já te falei né, na ampliação de acesso e levar o né o parto respeitoso pra mais e mais mulheres e prevenção de violência e trabalhar com violência obstétrica, não tem como sabe, não tem como ser uma doula que não vai falar sobre aborto legal, sobre legalização, de criminalização do aborto, não tem como, eu estou falando de autonomia, protagonismo, das mulheres poderem decidir sobre as próprias vidas e os próprios corpos eu não tenho como descolar uma coisa a outra né? (Lótus).

Ainda dentro deste espectro, observamos a fala de Violeta (37), que iniciou seu processo de ativismo durante a gestação, mas que, de acordo com sua percepção, enxerga a inserção de forma direta em grupos que defendem a maternidade ativa (atuando diretamente em cargos dentro destes espaços) como conflituosa, optando por sair das esferas de gestão destes grupos embora continue atuando como militante da área,

[...] mas aí veio a amamentação, aí vieram as dificuldades com a amamentação e eu vi que o buraco era mais embaixo e aí eu resolvi ir na reunião presencial, numa das reuniões, dos encontros. Aí já era... Eu entrei no ativismo totalmente assim. Aí eu me encantei com aquilo ali e falei nossa é muita informação. A gente precisa né? As mulheres estão despreparadas. Eu da área de saúde não sabia muita coisa, né? Do cenário obstétrico. Enfim, aí fui me inserindo mais naquilo ali. E quando a C. (filha) estava com nove meses eu acho eu já comecei a participar voluntariamente da organização mesmo do grupo, e aí no grupo AMMA eu entrei na militância como ativista. Fiquei durante uns alguns anos uns três anos por aí mais ou menos.[...] Eu tinha uma resistência muito grande em entrar pra doulagem porque eu era muito ativista no meu ponto de vista pra ser doula. As duas coisas ao mesmo tempo. Né? [...] Aí eu realmente comecei a doulagem e aí inclusive saí do movimento social, porque eu achava que eu tinha um conflito né? Eu poderia ter algum tipo de conflito de interesse, aí optei por sair do movimento direto, da organização. Né? Continuei participando dos eventos mas saí da organização e comecei a doular (Violeta).

Assim, podemos considerar que todo o processo que envolve a doulagem busca, de certa forma, subverter o projeto biopolítico em voga junto de seus mais diversos mecanismos utilizados para o controle dos corpos femininos.

Nas palavras de Foucault,

o poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares. E “o” poder, no que tem de permanente, de repetitivo, de inerte, de auto-reprodutor, é apenas um efeito de conjunto, esboçado a partir de todas essas mobilidades [...] o poder não é uma instituição nem uma

estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada (2017, p. 101).

Seguindo a definição do autor, há também de se levar em consideração a afirmação de que “lá onde há poder há resistência” (Foucault, 2017, p. 104), sendo possível a busca por um processo emancipatório.

### 3.1 AS EXPERIÊNCIAS DE DOULAGEM NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA-MG

Como vimos, há aproximadamente quarenta anos a doulagem vem assumindo seu espaço enquanto profissional de apoio e cuidado a mulheres no que tange a gestação, parto e puerpério; contudo, o município de Juiz de Fora, local onde realizamos a pesquisa aqui descrita, cria sua primeira legislação sobre a regulamentação apenas em 2016. A lei Nº13.477, de 23 de dezembro de 2016, que “dispõe que maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada da cidade de Juiz de Fora permitirão a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente ( Juiz de Fora (MG), 2016, p.01).

A legislação municipal citada versa sobre diversos direitos, obrigações e penalidades a serem aplicadas em caso de descumprimento, apresentando como principais pontos a obrigatoriedade de hospitais e congêneres de aceitarem a presença das doulas no trabalho de parto, desde que solicitadas pela parturiente as diferenciando da já citada Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2015).

Também constam na legislação, normatizações a respeito da entrada e permanência das doulas, que devem ser vinculadas aos seguintes critérios: cadastramento prévio na instituição em que se dará o parto; apresentação de documento que comprove a vinculação associação de doulas do município e apresentação de declaração da parturiente identificando a doula que deverá acompanhá-la em seu trabalho de parto. O documento ainda veta, de forma clara inequívoca, que a doula realize procedimentos médicos, de enfermagem e clínicos, além de proibir que a profissional intervenha ou interfira na conduta médica. Temos também a menção à proibição das doulas de terem acesso ao prontuário da paciente, sendo esse acesso restrito apenas à equipe de saúde, funcionários do estabelecimento e paciente (Juiz de Fora, 2016).

Assim, a legislação em vigor em Juiz de Fora deixa clara a obrigatoriedade da inscrição das doulas na Associação de doulas de Juiz de Fora, fundada em 2016, que conta

hoje com 54<sup>3</sup> mulheres cadastradas. Sem fins lucrativos, a Associação atua em esfera municipal e nacional na luta contra a violência obstétrica e pela humanização do parto, além de atuar no projeto “Prepara Parto”, de âmbito municipal, que visa propiciar a mulheres assistidas pelo SUS o acompanhamento de uma doula de forma gratuita — tal projeto será exposto a miúde mais a frente.

Conforme observado nas entrevistas com as doulas existentes no município, a atuação se dá de forma individual e/ou em coletivos, de forma a facilitar as atividades de grupo em partos mais longos, com o intuito de evitar que a fadiga da doula prejudique o acompanhamento no trabalho de parto (que em alguns casos ultrapassa 12 horas).

Verificamos que em Juiz de Fora-MG, existe um curso de formação de doulas, fundado em 2019, denominado “Doula a Doula”, que afirma, em seu site<sup>4</sup>, já ter realizado a capacitação de mais de 150 doulas em oito turmas. Esse grupo, formado por profissionais multidisciplinares, conta com quinze profissionais com as seguintes formações: doulas, enfermeira obstétrica, médica (obstetra e pediatra), psicóloga, farmacêutica, acupunturista, consultora de aleitamento materno, educadora perinatal e profissionais da área de gestão).

No mesmo site, encontramos a informação de que os cursos oferecidos possuem carga horária de sessenta horas (sendo de caráter presencial, contando com aulas extras no caráter virtual), nas quais a cursista terá acesso a uma formação multidisciplinar nas especialidades mencionadas acima. Também é oferecido às participantes um acesso por doze meses a um grupo virtual de suporte e certificação como doula ao final do curso. Verificamos que a última turma ocorreu em dezembro de 2023 e o valor cobrado variava entre R\$1.790,00 para as primeiras inscritas, chegando ao valor final de R\$2.100,00.

### 3.2 A DOULAGEM NO SETOR PÚBLICO: O PROJETO “PREPARA PARTO”

Em dezembro de 2022, foi lançado o projeto “Prepara Parto”, executado pela Prefeitura Municipal de Juiz de Fora em parceria com o Instituto Albert Sabin. Tal projeto é um dos eixos do programa intitulado “Para Elas” e atua em três vertentes: saúde, através do referido projeto; empregabilidade com o projeto intitulado “Salte Alto” e cultura com o projeto “Cavaco Delas”— aqui trataremos apenas da vertente vinculada à saúde que faz parte de nosso escopo de estudo.

O Instituto Albert Sabin é um projeto do Hospital Albert Sabin (hospital da rede privada do município) que atua desde 2018 apoiando projetos sociais de Juiz de Fora.

---

<sup>3</sup> Informação colhida em outubro de 2022 em observação participante da Associação de Doulas de Juiz de Fora.

<sup>4</sup> Ver: <https://www.douladoula.com.br>



Apresenta como objetivo promover saúde, educação, esporte, cultura, sustentabilidade, desenvolvimento econômico e social para gerar experiências transformadoras, atuando nas seguintes áreas: acesso à ciência e educação; assistência técnica e desenvolvimento sustentável; práticas esportivas e culturais; assistência básica e acesso à saúde.

Em sua primeira edição, ocorrida no decorrer do ano de 2023, o projeto contemplou quinze gestantes assistidas pelo SUS, que participaram de oficinas geridas por doulas e tinha como objetivo garantir a essas mulheres assistência pré-parto, parto e pós-parto, promovendo práticas integrativas e acolhedoras e garantindo às mulheres o acesso às informações baseadas em evidências científicas e o respeito ao seu protagonismo e autonomia durante o parto. Todas as doulas participantes passaram por processo seletivo e deviam ter como pré-requisito para concorrência cadastro na Associação de Doulas de Juiz de Fora, além, é claro, de experiência na área.

Em 2024, nos mesmos moldes da primeira edição, foi lançado novo edital do projeto. Nesta segunda edição, são contempladas vinte gestantes em acompanhamento pelo SUS (cinco a mais que a primeira edição)<sup>5</sup>.

Figura 2- Cartaz divulgação da segunda edição do projeto Prepara Parto.

**O Prepara Parto** tem o objetivo de contribuir para a melhor experiência de parto e nascimento, de forma mais humanizada e respeitosa. As gestantes serão atendidas por doulas durante as fases:

- Preparação para o parto na gestação;
- Durante o trabalho de parto com suporte emocional e para alívio da dor;
- No pós-parto, com apoio para amamentação e início da vida do bebê.

O projeto é realizado pelo **Instituto Albert Sabin**, em parceria com a **Prefeitura de Juiz de Fora**, através da emenda parlamentar da vereadora **Laiz Perrut**.

**PARTICIPE DO PREPARA PARTO!**  
Serão selecionadas 20 gestantes para a segunda edição do Prepara Parto. Para participar do projeto é obrigatório preencher a **FICHA DE INSCRIÇÃO**, disponível nas UBSs e no QR Code ao lado.

**Regras de seleção**  
A seleção das gestantes será feita a partir da pontuação das fichas de inscrição, garantindo que o projeto atenda mulheres mais vulneráveis, disponíveis e interessadas em participar, considerando ainda a diversidade do público atendido e distribuição regional.

**PODE PARTICIPAR DO PREPARA PARTO A GESTANTE QUE:**

- Realiza o pré-natal e vai realizar o parto integralmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
- Tem a data provável do parto (DPP) prevista dentro do período de 25 de maio a 27 de julho. Se tiver dúvida sobre a sua DPP, veja no cartão de pré-natal no campo DPP.
- Tem a possibilidade de passar por um trabalho de parto, mesmo que seja uma gestação de alto risco. Ou seja, gestantes que não possuem indicação prévia de cesárea.
- Tem disponibilidade para realizar três encontros com a doula antes do parto; ser acompanhada pela doula durante o parto e realizar um encontro com a doula depois do parto.
- Tem disponibilidade para participar de dois encontros coletivos com doulas e gestantes, e de outras atividades coletivas do projeto.

Fonte: Instituto Albert Sabin (2024).

<sup>5</sup> Infelizmente não podemos fornecer maiores dados sobre este projeto, nem realizar o acompanhamento das ações, visto que, mesmo após diversas tentativas de contatos telefônicos e troca de e-mails, não obtivemos resposta do Instituto Albert Sabin. Sobre a permissão da realização de observação participante também realizamos contato a respeito com a Associação de Doulas de Juiz de Fora e com a assessoria da vereadora autora da emenda parlamentar que nos informaram que a pesquisa só poderia ser realizada mediante a liberação da coordenação do Projeto no Instituto Albert Sabin.

### 3.3 A CASA DE PARTO – UFJF: UMA EXPERIÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO

A casa de Parto de Juiz de Fora teve sua inauguração em 14 de dezembro de 2001. Contudo, o contexto de sua criação bem como sua vinculação a Universidade Federal de Juiz de Fora remonta ao ano de 1994, momento da implantação do Sistema de informação de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Morte Materna (SIM), que deram maior visibilidade à temática, gerando a necessidade da instituição do Comitê Municipal de Prevenção de Morte Materna de Juiz de Fora (CMPMM/JF) em 1996.

A atuação do referido comitê junto ao Comitê Regional de Morte Materna (CRMM), indicou um alto índice de mortalidade materna no município, bem como um elevado índice de cirurgias cesarianas, contrariando assim as prerrogativas da OMS e do Ministério da Saúde — como já referenciamos nos capítulos anteriores —, apontando assim para a necessidade da criação de novas formas de assistência ao parto em Juiz de Fora (Progianti; Hauck, 2013); (Siqueira, 2017).

Nesse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora implementa a Comissão Interinstitucional para Redução de Cesarianas e Proteção ao Parto Normal, em 1998. Comissão essa composta por funcionários da área da saúde da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, por um médico do Departamento Materno Infantil do Hospital Universitário e pela enfermeira Betânia Maria Fernandes, então professora de enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (essa teve papel fundamental na elaboração e implementação da Casa de Parto de Juiz de Fora). O principal objetivo dessa comissão era reduzir o número de cesarianas no município e consequentemente os gastos desnecessários, além de diminuir a mortalidade materna e se discutir as formas de assistência à parturição do município. Através da elaboração de estratégias de curto, médio e longo prazo, a comissão tinha por objetivo a humanização do parto, inserção de enfermeiras obstétricas nas cenas de parto além de ter como objetivo de longo prazo a criação de uma Casa de Parto na cidade.

Como fruto de tais ações e devido ao interesse do Ministério da Saúde, que buscava implantar no SUS os preceitos da humanização e promover mudanças no sistema de atenção à gestação parto e puerpério em 2000 foi criado na Universidade Federal de Juiz de Fora o curso de especialização em enfermagem obstétrica, diante da grande demanda por tais profissionais no país; o projeto do curso da UFJF foi desenvolvido pela professora do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da UFJF, Betania Maria Fernandes, também membro da comissão. O curso aconteceu nos anos de 2000, 2001 e 2002 sob a coordenação da mesma (Progianti; Hauck, 2013).

Ainda na esteira dos objetivos elaborados pela Comissão interinstitucional para redução de cesarianas e proteção ao parto normal, Betania Maria Fernandes e Terezinha de Jesus Nascimento Martins da Costa (assistente social, também membro da comissão), elaboraram o projeto de Criação da Casa de Parto de Juiz de Fora, respaldadas pela Portaria Ministerial nº985/1999 que criou, no âmbito do SUS, o Centro de Parto Normal e que havia acabado de ser lançado pelo MS. Inicialmente a Casa de Parto seria criada e gerida pela Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, contudo, após articulações políticas o projeto foi incorporado pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e em março de 2000 foi firmado acordo entre o Ministério da Saúde e a UFJF para execução do projeto.

Assim em dezembro de 2001 têm início as atividades da Casa de Parto, esta funcionava 24 horas por dia e tinha em sua equipe, enfermeiros obstetras, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, auxiliares de serviços gerais e motorista de ambulância; em seu período de atuação (2001- 2007) realizou 703 partos. Em 2008 o local foi fechado devido a determinação da reitoria da UFJF, após parecer da procuradoria da própria Universidade que emitiu parecer afirmando que o local não era adequado a realizar internações e partos devido à ausência de médicos especialistas além de não possuir uma série de alvarás e certidões necessárias par a seu funcionamento (Siqueira, 2017).

Apesar da Casa de Parto de Juiz de Fora não contar com doulas em sua equipe, consideramos de suma importância fazer menção a esta Instituição que, mesmo que em um período breve de atuação, promoveu a humanização do parto e foi precursora no Município no que se refere a este tipo de assistência, incentivando não apenas o debate, mas também a implementação de práticas humanizadas em hospitais e maternidades; outra consequência positiva foi a criação da lei municipal do acompanhante, no ano de 2005 (Lei nº10.893 de 07 de março de 2005) que “Dispõe sobre a presença de acompanhantes, pré-natal, pré parto, parto e pós parto nos hospitais da rede pública, contratada ou conveniada ao SUS”, cabe aqui ressaltar que tal legislação entrou em vigor no município dez anos antes da legislação nacional (Lei nº11.108 de 07 de abril de 2015), o que demonstra a importância da criação da Casa de Parto de Juiz de Fora como incentivadora na criação de novas políticas públicas e legislações de amparo à mulher.

A UFJF, ao assumir o Projeto de criação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e da Casa de Parto cumpriu seu papel como órgão de formação, produção e divulgação de conhecimento, movida por sua função social e política e acabou por contribuir na construção, consolidação e avaliação de um modelo assistencial capaz de gerar práticas não invasivas

que estimulem o gestar, parir e nascer como eventos prazerosos na vida da mulher e de sua família ( Hauck, 2013, p.64).

É fato que a criação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e da Casa de Parto em Juiz de Fora foram favorecidos pelo contexto político do país visto que, várias iniciativas criaram à época um processo mais amplo de humanização dos serviços, conduzidos pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de Humanização de Hospitais, lançados em 2000).

Nesse mesmo contexto não podemos ignorar que seu fechamento, em 2008, também perpassa por certas motivações políticas, tendo como principal delas o poder corporativo da classe médica, bem como a discussão da implementação do ato médico que teve início no ano de 2002, (culminando na Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013, que “Dispõe sobre o exercício da Medicina”), como nos indica Hauck que o parecer da procuradoria (já citado anteriormente), demonstra o poder corporativo médico existente na Universidade nesse contexto, em contraposição ao momento que ela foi criada, que representava o poder da reitoria não médica).

Embora a Casa de Parto-UFJF não contasse com a presença de doulas (objeto de estudo desta pesquisa), cremos que a apresentação dessa experiência na busca da humanização do parto possui grande relevância, visto que, podemos considerá-la como porta de entrada para que outros hospitais discutissem sobre a temática e buscassem se adaptar às novas perspectivas que foram apresentadas a partir do trabalho iniciado no local.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da presente pesquisa foi iniciar uma discussão sobre a importância das doulas no planejamento da gestação, parto e puerpério entre mulheres, investigando a importância e impacto das doulas no planejamento e assistência à gestação, parto e puerpério, especialmente em um contexto de excesso de intervenções e partos cirúrgicos no Brasil. Ao investigar o papel dessas profissionais no apoio e na assistência durante esses momentos cruciais da vida das mulheres, a pesquisa também visou problematizar as construções sociais de gênero e cultura, destacando como essas influências moldam as práticas de saúde e a autonomia feminina. A escolha da temática se baseou na observação da autora no que se refere ao aumento de mulheres que procuram doulas como profissionais que oferecem suporte e assessoria em seus processos gravídico-puerperais.

Para tal análise buscamos aqui demonstrar como as relações entre gênero e cultura, são construções sociais influenciadas por diversos fatores históricos, culturais e sociais, a partir da perspectiva de que a cultura é uma categoria dinâmica, moldada pelas características locais e pelo contexto histórico, apontando como a cultura ocidental molda a construção social dos gêneros, apoiando-se em uma construção heteronormativa.

Através da apresentação de um panorama histórico da construção dos papéis de gênero, desde a antiguidade até a era moderna e de como a diferenciação entre os gêneros feminino e masculino (com o aval da Igreja e também da Ciência) foi utilizada para justificar a inferioridade das mulheres. Também apontamos aqui, a importância do movimento feminista na discussão de tais questões e como este foi e ainda é de suma importância não apenas para as discussões de gênero em nossa sociedade, mas também na luta pela ampliação de direitos civis de mulheres e meninas.

Neste contexto buscamos também apresentar o corpo como objeto de ação direta da cultura, através da análise de como nossos corpos são interpretados e moldados pela cultura, especialmente no que se refere aos corpos femininos. Ademais, utilizamos os conceitos de Foucault (2017) sobre biopolítica e biopoder e expusemos como o fortalecimento da medicina, em especial das especialidades que buscam “tratar” os corpos femininos, foram utilizadas para a normatização e controle destes corpos, associado ao próprio fortalecimento do sistema capitalista de produção.

Na sequência apresentamos de forma breve a história da parturição e como o rápido processo de transição do parto domiciliar para os hospitais, aliado aos avanços tecnológicos e farmacológicos, ressignificaram o parto. Antes visto como um evento natural e doméstico, agora transferido para a categoria patológica e hospitalar, cercado de procedimentos técnicos

de eficácia controversa, produzindo violências obstétricas que interferem na autonomia das mulheres brasileiras.

Diante do quadro colocado, buscamos indicar como o movimento de humanização do parto, surgido no século XX, caracterizado como um esforço para devolver o protagonismo às mulheres durante o parto, promovendo práticas menos invasivas e mais respeitosas, foi e ainda é de grande relevância para a discussão sobre as formas de parturição e como incentivo para a implementação políticas públicas e legislações que buscam erradicar a violência obstétrica e promover um parto mais humanizado. Ainda que haja considerável polissemia em relação ao termo humanizado e suas possíveis múltiplas referências, aqui o humanizado assumiu o teor de contranarrativa aos procedimentos percebidos e vividos como violências nas narrativas encontradas, sobretudo, nos depoimentos das doulas.

Após a apresentação destes contextos sociohistoricos e culturais, apresentamos a doulagem e a figura de doula, que junto ao processo de humanização exsurge como profissão e agente de militância a favor de novas práticas de saúde que visam o uso de uma medicina baseada em evidências científicas aliada a práticas holísticas.

A discussão aqui apresentada a respeito da doulagem perpassa a apresentação de suas atribuições e abrange os embates políticos no que se refere a: (1) luta por uma legislação que normatize as suas práticas com vistas a ampliação dos espaços que estas profissionais ocupam; (2) o papel das doulas no empoderamento feminino. Partimos da premissa de que esse empoderamento se refere à transmissão de conhecimentos e à socialização de informações sobre as práticas de saúde oferecidas pelas doulas durante o acompanhamento da gestação e do parto, com vistas a promover a autonomia em diversas esferas da vida das mulheres assistidas.

Ao apresentar o perfil das doulas entrevistadas e o projeto “Prepara Parto”, que busca no município de Juiz de Fora oferecer a assessoria das doulas a mulheres que realizam acompanhamento pré natal no SUS; também relatamos o que pode ser considerado como a primeira experiência de humanização no parto no município, a Casa de Parto, vinculada a Universidade Federal de Juiz de Fora que teve seu funcionamento entre 2001 e 2008 e que , apesar de não contar com doulas em seu corpo técnico, se mostra como experiência relevante em nossa cidade.

Verificamos, tanto através da revisão bibliográfica quanto dos relatos das mulheres assistidas pelas doulas, que o suporte físico e emocional, bem como a transmissão de conhecimentos, é percebido como uma contribuição para o fortalecimento do processo de empoderamento feminino. Diante dos relatos colhidos, constatamos que, no universo

pesquisado, há um consenso de que as doulas desempenham um papel crucial no apoio às gestantes, promovendo um parto mais humanizado e ajudando a combater a violência obstétrica.

A partir dos resultados e das dificuldades encontradas nesta pesquisa, uma agenda de pesquisas futura certamente incluiria uma investigação mais aprofundada sobre o perfil socioeconômico das doulas e a caracterização detalhada das condições de trabalho dessas profissionais. Ademais, é pertinente explorar a relação entre a atuação das doulas e os desfechos obstétricos, analisando, por exemplo, o exercício profissional das doulas dentro do atual contexto de altas taxas de cesárea e complicações neonatais em diferentes contextos de assistência ao parto. Outro ponto relevante seria o estudo comparativo entre regiões com diferentes níveis de regulamentação da profissão de doula, para avaliar o impacto dessas políticas na qualidade do atendimento e no empoderamento feminino.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F.A.; SOUSA, L.D. **A nova mulher: uma questão de gênero e empoderamento**. Desigualdade Social e de Gênero: desafios, perspectivas, retrocessos e avanços. São Paulo: Científica Digital, 2021.
- ARAKOTIRE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019.
- BARBOSA, M.B.B. et al. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.117, 2018.
- BARRERA, D.C.; MORETTI-PIRES, R.O. Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 29, n.1, 2021.
- BENTO, B. **A reinvenção do corpo. Sexualidade e gênero na experiência transsexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BRASIL. **Lei Nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Fatos e números**. Arranjos familiares no Brasil. Brasília, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 1.067 de, 04 de julho de 2005**. Brasília, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 13/2024**. Brasília, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendação Nº 011, de 07 de maio de 2021**. Brasília, 2021.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília, 2013.
- CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2015.
- CASTELLO, C.C.S. **A doulagem como um “divisor de águas”**: uma etnografia do Curso de Formação de Doulas e Educadoras Perinatais da Matriusca. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais), Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
- CHAZAN, L.K. **“Meio quilo de gente!”** Produção do prazer de ver a construção da pessoa fetal mediada pela ultrassonografia: um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- COLLING, A.M. A construção histórica do corpo feminino. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v.28, n.2, 2015.



COSTA, A.A.A. O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. **Revista Gênero**, Niterói, v.5, n.2, 2005.

COSTA, J.F. **A medicina como projeto social: controle dos corpos e sexos**. Saúde, corpo e sociedade. Rio de Janeiro: UFRJ, 2014.

DaMATTA, R. Você tem cultura? **Jornal da Embratel**. Rio de Janeiro, 1981.

DIEESE. **Boletim Especial 8 de março dia da mulher**, 2023. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2023/mulheres2023.html>. Acesso em: 13 de abr. de 2024.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, 2005.

DINIZ, C.S.G.; CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, São Paulo, 2006.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador**. Vol. I: uma História dos Costumes. Rio de Janeiro: Zahar, 2011

ESPÍNDOLA, C.K. ; ZUCCO.L.P, A. atuação dos movimentos de doulas em Florianópolis(SC): Conflitos pelo protagonismo feminino no parto. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, v.19, n.47, 2021.

FEDERICI, S. **Calibã e a Bruxa: Mulheres, Corpo e Acumulação Primitiva**. São Paulo: Elefante, 2017.

FERNANDES, L.A.B. Construindo identidades sociais: feminilidade e masculinidade. In: 31º Encontro Anual da Anpocs, 2007, Caxambu. **Anais [...]**. Caxambu, 2007.

FERNANDES, T. Doulagem: uma atuação de resistência e democratização. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, Salvador, v.5, n. 4, 2019.

FILGUEIRAS, A.C.C; FARIAS, H.M.C H. O resgate do saber feminino no parto: o acompanhamento da doula através de um olhar gestáltico. **Cadernos de psicologia**, Juiz de Fora, v.1, n.1, 2019.

FIOCRUZ. **Doulas e suas práticas: perfil e perspectivas desde 5 estados do Brasil na pesquisa Mapeamento de Doulas**. 2021. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/mapeamento-de-doulas>. Acesso em 15 de maio de 2024.

FLEISCHER, S. Doulas como “amortecedores afetivos” Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto. **Revista Ciências Sociais UNISINOS**, v.41, n.01, 2005.

FONSECA, M.A. Corpo, sexualidade, gênero e política. In: RIBEIRO, P.R.C.; SILVA, M.R.S.; GOELINER, S.V. **Corpo, Gênero, Sexualidade: Composições e desafios para a formação docente**. Rio Grande: FURG, 2009.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade. Vol. 1 A Vontade de Saber.** São Paulo: Paz e Terra, 2017.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** São Paulo: Paz e Terra, 2021.

FREITAS, L.M.; CHAVES, S.N. Desnaturalizando os gêneros; uma análise dos discursos biológicos. **Revista Ensaio**, Belo Horizonte, v.15, n.3, 2013.

GOELLNER, Silvana Vilodre. Corpo. In: COLLING, A. M. **Dicionário Crítico de Gênero.** Dourados: UFGD, 2015.

HALL, Stuart. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções de nosso tempo. **Educação & Realidade.** Porto Alegre, v.22, nº 2, p. 15-46, jul./dez. 1997.

HAUCK, F.T. Implementação da assistência humanizada ao parto em Juiz de Fora (1998-2001). 2013. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, São Paulo, v.26, n.1, 2014

HORTA, J.C.A. **A doula comunitária: uma experiência reinventada.** 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

HUGUES, G.M. **Cesárea? Não, obrigada!:** estratégias de uma rede social de gestantes para enfrentar o sistema das cesáreas por conveniência médica no Brasil. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010.** Brasília, 2010.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Indicadores, chefes de família.** Distribuição percentual das famílias por tipo de arranjo familiar, segundo cor/raça do/a chefe de família. Brasília, 2015.

JUIZ DE FORA. **Lei Nº13.477.** Juiz de Fora-MG, 2016.

JUNIOR, A.R.F.; BARROS, N.F. Motivos para atuação e formação profissional: percepção de doulas. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v26, n4, 2016.

KAPPAUN, A; COSTA, M.M.M. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. **Revista Paradigma**, Ribeirão Preto. a.25,v.29, n.1, 2020.

KRUEL, C.S; VENDRÚSCOLO, C.T. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v.16, n. 1, 2015.

LE BRETON, D. **A sociologia do Corpo.** Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

LEITE, T.H. et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, 2022.

LIMA, L.O. Doula sim! A importância das doulas na gestação, parto e puerpério. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress, 2017, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis, 2017.

LOURO, G.L. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

MARTINEAU, Harriet. Como observar moral e costumes: requisitos filosóficos. **CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 24, 2020.

MARTINS, APV. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MATOS, G.C. et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem**, Recife, 2013.

MAUSS, M. As técnicas corporais. In: MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MEAD, M. **Sexo e Temperamento**. São Paulo: Perspectiva, 1988.

MENDES, R.S.; VAZ, B, J.O.; CARVALHO, A.F. O movimento feminista e a luta pelo empoderamento da mulher. **Gênero & Direito**, João Pessoa, v. 4, n. 3, 2015.

MIGUEL, L.F. Voltando à discussão sobre o capitalismo e patriarcado. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.25, n.3, 2017.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, M.C.F.M. et al. **Papel da doula no processo de trabalho de parto e nascimento: compreensão dos profissionais de saúde**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2021.

PALHARINI, L.A. ; FIGUEIRÔA, S.F. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 25, n.04, 2018.

PIMENTEL, C. et all. Autonomia, risco e sexualidade: a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. **Realis**, Recife, v.4-n.01, 2014.

PISCITELLI, A. Re-criando a (categoria) mulher. In: ALGRANTI, La Mezan (Org.). **A prática feminista e o conceito de gênero**. Textos didáticos. Campinas: IFCH, 2001.

POCAHY, F.A. Interseccionalidade e educação: cartografias de uma prática-conceito feminista. **Textura**, n.23, 2011.

PONTES, M.G.A. et al. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Revista de Ciência da Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v.12, n.1, 2014.

PRECIADO, B. **Manifesto contrassexual, práticas subversivas de identidade sexual**. São Paulo: N1, 2014.

PROGIANTI, M.J; HAUCK, F.T. A implantação do modelo humanizado de assistência ao parto na cidade de Juiz de Fora. **Revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, 2013.

QUIROS, C.S. et al. Práticas de atenção ao parto normal humanizado: atuação das doulas na redução da violência obstétrica. **Research, Society and Development**, São Paulo, v.10, n.12, 2021.

REIS, L.A.M. et al. Relação de trabalho entre enfermeiros obstétricos e doulas na assistência ao parto. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v.12, n.3, 2021.

ROHDEN, F. **Sexualidade e Gênero na Medicina**. Saúde, corpo e sociedade. Rio de Janeiro: UFRJ, 2014.

ROHDEN, F. **Uma Ciência da Diferença: Sexo e Gênero na Medicina da Mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

RUSSO, J. A.; NUCCI, M.F. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. **Interface, comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.24, 2020.

RUSSO, J. A. et al. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. **Mana**, Rio de Janeiro, 2019.

SANTOS, V. M.; FORNERETO, A.P.N. Sobre o ser doula: possíveis atuações de terapeutas ocupacionais no parto e nascimento. **Revisbrato**, Rio de Janeiro, v.4, n.5, 2020.

SARDENBERG, C.M.B. Conceituando “Empoderamento” na perspectiva feminista. NEIM/UFBA, 2006.

SARDENBERG, C.M.B. O pessoal é político: conscientização feminista e empoderamento de mulheres. **Inclusão Social**, São Paulo, 2018.

SILVA, J.P.A.; CARMO, V.M.; RAMOS, G.B.J.R. As quatro ondas do feminismo: lutas e conquistas. **Revista de Direitos Humanos em Perspectiva**, São Paulo, 2021.

SILVA, R.M. et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.10, 2012.

SILVA, F.L. et all. Parto ideal: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.28, n.3, 2019.

SILVA, F.L. **Sobre a “porta que abre por dentro”**: análise cultural do processo de formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil. 2017. Dissertação ( Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SIQUEIRA, Y.M.A. **O fechamento de uma casa de parto na perspectiva das ex-usuárias frente a uma nova gestação**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, 2017.

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, 2010.

TEMPESTA, G.A. Posicionar-se para receber o mistério do parto. Reflexões localizadas sobre a tecnologia leve empregada pelas doulas. In: VII Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia, Florianópolis. **Anais** [...] Florianópolis, 2019.

TEMPESTA, G. A. Trabalhando pelos bons vinculamentos: reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas. **Anuário Antropológico**, Brasília, v.43, n. 01, 2018.

TORNQUIST, C.S. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

ZANARDO, G.L.P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia e Sociedade**, Recife, v. 29, 2017.

## ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário(a) da pesquisa “ **O caminho de dentro e o caminho de fora: uma análise antropológica sobre doulagem e empoderamento feminino no município de Juiz de Fora-MG**”, orientada pela **Professora Dr<sup>a</sup>. Cristina Dias da Silva**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a realização da dissertação de mestrado em Ciências Sociais, de **Andressa Fedoce Pires**, matrícula 102160291, denominada aqui como “Pesquisadora”, responsável pelas **entrevistas** e autora do trabalho. Nesta pesquisa pretendemos compreender como a prática da doulagem pode ser utilizada como instrumento de emancipação feminina e como esta ocupação resgata saberes através de sua prática.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você:

- \* **Entrevistas semi estruturadas;**
- \* **Observação participante em suas atividades individuais e/ou em grupo;**
- \* **Utilização de material audiovisual.**

Esta pesquisa não envolve nenhum risco. A pesquisa pode ajudara compreender melhor se processos pelos quais o trabalho das doulas e o processo gestacional contribuem para o empoderamento feminino e quais outros significados podem envolver o processo de doulagem.

Para participar deste estudo você não terá qualquer custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano advindo das atividades realizadas nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou não. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento.

A pesquisadora não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira, utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

### **ANEXO B - Roteiro de entrevistas com as Doulas**

Como foi o processo que fez você virar Doula?

Práticas que realiza (yoga, veganismo...)

Como é pra você a realização entre maternidade e ser Doula? (para Doulas que têm filhos)

Como você entende o processo de maternagem?

Como é ser Doula para você?

**ANEXO C- Roteiro de entrevistas com as mulheres que já passaram pela doulagem:**

Como conheceu a doulagem?

Quais benefícios você percebeu com este tipo de assessoria?

A doulagem e a sua gestação contribuíram para um processo de empoderamento feminino? Se sim, como?