

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

RAQUEL SIMAS

**DOULAS E O MOVIMENTO PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO –  
PODER, GÊNERO E A RETÓRICA DO CONTROLE DAS EMOÇÕES**

Niterói  
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

RAQUEL SIMAS

**DOULAS E O MOVIMENTO PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO –  
PODER, GÊNERO E A RETÓRICA DO CONTROLE DAS EMOÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Grau de mestre.

Orientador: Professor Dr. Luiz Fernando Rojo Mattos

Niterói  
2016

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá**

S588 Simas, Raquel.

Doulas e o movimento pela humanização do parto – poder, gênero e a retórica do controle das emoções / Raquel Simas. – 2016.  
143 f.

Orientador: Luiz Fernando Rojo Mattos.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Antropologia, 2016.

Bibliografia: f. 137-142.

1. Doula. 2. Parto. 3. Humanização do parto. 4. Poder. 5. Emoção.  
I. Mattos, Luiz Fernando Rojo. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

Raquel Simas

**DOULAS E O MOVIMENTO PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO –  
PODER, GÊNERO E A RETÓRICA DO CONTROLE DAS EMOÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Grau de mestre.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Orientador -Dr. Luiz Fernando Rojo Mattos (PPGA-UFF)

---

Profa. Dra. Claudia Barcellos Rezende (PPCIS-UERJ)

---

Profa. Dra. Gisele Fonseca Chagas (PPGA-UFF)

## **DEDICATÓRIA**

À minha mãe, por seu amor e por ser um exemplo de mulher para mim.

## AGRADECIMENTOS

Não consigo pensar na trajetória da dissertação sem cair no clichê de relacioná-la a um trabalho de parto. Depois de meses vivendo esta gestação, muitos mais do que uma gestação humana, o momento de dar à luz se aproxima. O parto, tanto de uma pesquisa de pós-graduação, quanto de outra vida, é um momento marcante para quem o vive, um ritual de passagem. Na pesquisa ou no projeto de gerar um filho, não estamos sozinhos e, por isto, quero agradecer aqueles que compartilharam comigo esta caminhada.

Primeiramente, agradeço à CAPES pela bolsa concedida, que me proporcionou algum conforto e possibilitou o investimento na minha formação.

Ao meu orientador, Luiz Rojo, por sua disposição, seriedade, por me cobrar quanto devia e por compreender as minhas limitações.

Às professoras Gisele Fonseca e Claudia Rezende, pelos comentários ao meu projeto que me ajudaram muito a desenvolver esta pesquisa.

Aos professores do PPGA e das Ciências Sociais da UFF, principalmente ao professor Edilson Márcio que motivou boa parte da sua primeira turma de Antropologia, em 2002, a se entusiasmar com a disciplina. Foi um prazer voltar a ser sua aluna na pós-graduação.

Aos meus colegas do grupo de orientação: Aline, Sara, Cilene, Mariana, Ingrid, Orlando e Felipe. Um especial agradecimento a Sara, por ser uma interlocutora tão generosa e pelo encontro com ela na Marcha pela Humanização do Parto, que me estimulou a voltar para a Academia.

Agradeço aos meus colegas do Colégio Pedro II pelas trocas pedagógicas e por compartilharmos o ideal de uma educação pública de qualidade: Tatiana, Felipe, Janecléide, Vinicius, Roberto, Paulo e Luna.

Às minhas amigas da vida: Paula, Camila, Lívia, Raquel Teixeira, Renata, Carolina, Rachel Romano, Soraia, Joyce, Juliana e Fabiana. Agradeço a Camila e Raquel por terem lido meus textos e ouvido as minhas considerações sobre o campo com tanto interesse.

Aos meus pais, Tereza e Luiz, pelo amor e pela segurança que conto por tê-los em minha vida. Agradeço também a minhas irmãs, Renata e Beatriz, que me deram muito carinho e entenderam as minhas ausências.

Ao Arthur, por estar ao meu lado e incentivar o meu crescimento com muito amor.

Às mulheres que participaram desta pesquisa. Agradeço pela disposição de vocês de lutar por mudanças.

Ao meu filho, que ainda nem veio ao mundo, mas já me ensinou algumas coisas.

## RESUMO

As doulas, novos personagens no cenário da assistência ao parto, atuam a partir dos preceitos do Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento. Estas acompanhantes de parto profissionais atendem gestantes pertencentes a camadas médias urbanas da sociedade que buscam apoio emocional para conseguirem o seu “parto humanizado”. Como defensoras de um modelo obstétrico com poucas intervenções médicas, elas questionam a cesárea e disputam com médicos o saber sobre a parturição. A realização da crítica valorizando as evidências científicas, a especialização dos saberes e a individualização dos sujeitos caracteriza a partilha de um *habitus* com outros profissionais do campo da biomedicina. Os impasses envolvendo estes ocorrem em um contexto de luta pelo protagonismo feminino. Assim, as doulas se identificam enquanto ativistas feministas que exigem políticas públicas para legitimar os seus pleitos, tanto profissionais quanto relacionados ao projeto “humanizador”. Neste sentido, as demandas postuladas pelas doulas se organizam ao redor de um ideal de mulher vinculado à maternidade que recupera uma “natureza feminina”. A suposição de uma “essência feminina” age também na nomeação das emoções envolvidas no processo de parto. As relações de poder que tencionam doulas e médicos se manifestam ainda na definição dos sentimentos envolvidos no parto e no controle sobre o corpo e as emoções.

Palavras-chave: Doulas; Parto; Humanização; Poder; Emoções

## ABSTRACT

Doulas, new characters in childbirth care scenario, act based on principles of the Movement for Humanization of Labor and Birth. These professional birth attendants serve pregnant women belonging to urban middle classes of society who seek emotional support to achieve their "humanized birth". As advocates of an obstetric model with few medical interventions, they question the cesarean section and dispute the knowledge about parturition with doctors. The criticism doulas do, valuing the scientific evidence, the specialization of knowledge and the individualization of the subjects, characterizes a *habitus* shared with other professionals in the field of biomedicine. Impasses involving them occur in a context of fighting for women's protagonism. Thus, doulas, identified as feminist activists, require public policies to legitimize their claims, both professional and related to the "humanizing" project. In this sense, the demands postulated by doulas are organized around a woman's ideal linked to maternity that retrieved a "feminine nature". The assumption of a "feminine essence" also acts designating the emotions involved in childbirth process. The power relations between doulas and physicians are also expressed in the definition of the feelings involved in the delivery and in the control over the body and emotions.

Keywords: Doulas; Childbirth; Humanization; Power; Emotions

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>1.1 A construção de questões .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Mudança no campo de estudo .....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 Considerações metodológicas .....</b>	<b>18</b>
<i>1.3.1 Uma mulher no campo .....</i>	<i>18</i>
<i>1.3.2 Eu já estava lá .....</i>	<i>20</i>
<i>1.3.3 Jogo de identidades .....</i>	<i>24</i>
<i>1.3.4 A autoridade etnográfica .....</i>	<i>27</i>
<b>1.4 Os capítulos .....</b>	<b>29</b>
<b>2 AS DOULAS E OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO: CAMPO DE SABER, CAMPO DE DISPUTA.....</b>	<b>31</b>
<b>2.1 Modelo obstétrico brasileiro .....</b>	<b>32</b>
<b>2.2 Crítica ao modelo obstétrico hegemônico.....</b>	<b>38</b>
<b>2.3 Antecedentes históricos e atribuições das doulas.....</b>	<b>44</b>
<i>2.3.1 Categoria natureza e cultura no discurso das doulas .....</i>	<i>53</i>
<b>2.4 Campo de disputa .....</b>	<b>58</b>
<b>2.5 O ideal individualista no atendimento ao parto.....</b>	<b>66</b>
<b>3 PODER, PROTAGONISMO E VIOLÊNCIA: REFLEXÕES SOBRE O FEMINISMO E A CRIAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....</b>	<b>72</b>
<b>3.1 O ativismo das doulas no movimento feminista.....</b>	<b>75</b>
<b>3.2 Doulas e o “empoderamento” das mulheres .....</b>	<b>80</b>
<b>3.3 A criação da violência obstétrica.....</b>	<b>86</b>
<b>4 “PARIR É PERDER O CONTROLE”: AS EMOÇÕES EM XEQUE.....</b>	<b>95</b>
<b>4.1 A contribuição da Antropologia do corpo e das emoções para a análise da atuação das doulas .....</b>	<b>96</b>
<b>4.2 Concepção sobre a dor para a análise das emoções .....</b>	<b>115</b>
<b>4.3 O controle das emoções da doula .....</b>	<b>123</b>
<b>4.4 Antropóloga e grávida: corpo e emoções da pesquisadora em campo .....</b>	<b>127</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>133</b>
<b>6 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>137</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde muito pequena, escuto meu avô narrar as memórias da sua vida e de sua família. Neto de imigrantes italianos muito pobres, vô Oswaldo adora falar sobre a sua ascensão social, tem muito orgulho de ter dado importância ao trabalho desde menino e ter ido de faxineiro de uma escola a tesoureiro da mesma, dedicando mais de quarenta anos de sua vida ao trabalho nesta. Em suas narrativas, as mulheres não têm papel de muito destaque, mas, sempre que se refere a elas, ele gosta de enfatizar questões relacionadas ao ato de parir. Minha bisavó Luísa, que eu não conheci, era uma parteira sem estudos que realizava partos muito bem, segundo meu avô. A chegada do médico depois do atendimento de Luísa servia para atestar que mais nada ou quase nada precisava ser feito. Minha avó Tereza, esposa de Oswaldo, foi uma mulher valente que ia parir seu primeiro filho em casa, mas como não estava se sentindo bem, o casal resolveu ir ao hospital. Tal decisão foi providencial, pois seu primogênito vinha “de bunda”, o que traria perigo para mãe e bebê. Os outros três filhos nasceriam no domicílio deles com o auxílio de Luísa.

Minha mãe Tereza, filha de Oswaldo, herdou o gosto por contar histórias. Aos vinte e nove anos, tinha três filhas, o que contribuiu para as narrativas envolvendo a maternidade serem frequentes em sua vida. Bióloga de formação, minha mãe sempre se preocupou com temas relacionados à educação sexual dentro de casa. E os relatos de seus partos eram, às vezes, compartilhados conosco. As duas primeiras filhas nasceram de “parto normal” no hospital; Renata, minha irmã do meio, praticamente “escorregou”, tão fácil foi o parto. Eu, a primogênita, dei trabalho para nascer, com voltas de circulares de cordão umbilical no pescoço, num parto bem demorado em que minha mãe teve a barriga pressionada pelos enfermeiros. Mas, deste parto, ela não guarda traumas. O problema veio com a terceira filha, quando Tereza foi submetida a uma cesárea por pressão do médico e da família, para que junto com a cirurgia fosse feita a laqueadura de trompas. Ela não estava satisfeita com a decisão, contudo, naquele tempo de aperto financeiro, achou que fosse uma oportunidade de resolver duas questões de uma vez só. Depois da cesárea, minha mãe conta que achou que fosse morrer, pois teve uma hemorragia forte e se sentiu péssima na recuperação.

Quando, em meados dos anos 2000, a maternidade se aproximou da minha vida fora da socialização que eu tinha com a minha família, eu manifestava bastante interesse neste assunto. Neste período, colegas que haviam estudado comigo na escola ou na graduação começaram a engravidar e as conversas sobre suas experiências de maternidade e de parto se tornaram mais frequentes. Também foi nesta época que travei contato com a crítica ao modelo

de atendimento obstétrico no Brasil, pelos relatos apresentados por minhas amigas sobre a dificuldade de se ter um “parto normal” aqui e através também das discussões que ocorriam em algumas redes sociais.

As histórias que havia escutado em casa e de minhas colegas formaram um coro com a crítica ao modelo obstétrico brasileiro. Nos anos 2000, as taxas de cesárea estavam crescendo de forma a chegar à metade dos nascimentos. O parto, predominantemente feito nos hospitais, se tornara, segundo esta crítica, um evento médico com pouco espaço para a autonomia das mulheres e a participação de sua família. A cirurgia cesárea passou a ser o procedimento padrão para as mulheres que tinham plano de saúde e as taxas estavam crescendo também na rede pública de saúde. O ativismo em prol do “parto normal” crescia paralelamente, sendo associado a uma demanda do movimento feminista pelos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres. A luta não era somente por um parto pela via vaginal, as bandeiras levantadas criticavam uma série de intervenções consideradas rotineiras, que vinham sendo feitas há décadas.

Neste contexto, percebia-me como uma militante a favor do “parto normal” e como uma crítica veemente do que muitas mulheres chamavam de “cultura da cesárea”. Este assunto permeava muitas das discussões acaloradas com pessoas que considerava de “fora” do mesmo movimento que eu e eles sempre ressaltavam as maravilhas da cesárea: ser indolor, ser o método mais seguro e caracterizado pelos benefícios tecnológicos.

Indagava-me sobre o que formava aquela visão defensora da cirurgia cesariana. Como professora de Sociologia lecionando na educação básica, questionava qual era o papel da escola na formação da chamada “cultura da cesárea”. Neste sentido, pensei em construir um projeto de pesquisa cujo objetivo seria investigar o(s) saber(es) que orienta(m) o currículo e as teorias apresentadas pelos professores de Biologia quanto às técnicas corporais de nascimento. Pretendia desenvolver a pesquisa numa escola pública do Estado do Rio de Janeiro, acompanhando professores de Biologia ministrando aulas em turmas do 8º ano do ensino fundamental. Acreditava que alguns trabalhos já haviam analisado a educação de gestantes para o parto em instituições de saúde ou cursos específicos, ou a formação dos agentes de saúde na graduação ou pós-graduação, mas que as pesquisas não davam conta da transmissão e construção de conhecimento sobre o assunto na educação básica.

As tarefas do cotidiano acabaram por me afastar do projeto de pesquisa inicial. Além disso, por me considerar muito próxima ao campo, sendo professora de uma escola pública estadual, acreditava que precisava de um distanciamento maior do objeto de estudo.

Em meados de 2013, aceitei um convite via *facebook* para participar de um curso de doulas que ocorreria alguns meses depois, em outubro deste ano. A princípio, não sabia o que seriam as doulas e o que fariam, mas a publicidade do curso informava serem acompanhantes de parto treinadas para fornecer suporte emocional e afetivo para as mulheres durante o trabalho de parto e, por isso, interessei-me muito. Primeiro, por ser um curso que me capacitaria com informações condizentes com a crítica ao modelo cesarista, como as organizadoras do curso enfatizavam. Segundo, pela possibilidade de atuação no cenário de parto, além do ativismo. E, por último, mas não menos importante, acreditava que o curso de formação de doulas poderia ser um bom campo para desenvolver uma pesquisa antropológica.

Ao contrário de outros agentes envolvidos no cenário de parto, pouco se havia estudado sobre as doulas na Antropologia, pelo menos de acordo com um primeiro mapeamento realizado em 2013. Até porque elas próprias informavam que eram novos atores dentro do Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento.

No livro “A doula no Parto”, a autora Fadyinha, pioneira no município do Rio de Janeiro no acompanhamento de mulheres grávidas, define a doula como “mulher treinada e com experiência em nascimentos, que provê suporte físico, emocional e informacional à mulher e sua família durante o trabalho de parto, parto e pós-parto” (2003, p. 9). Na página disponível da Associação Nacional de Doulas (ANDO), explica-se o surgimento da doulas:

Desde os primórdios da humanidade foi se acumulando um conhecimento empírico, fruto da experiência de milhares de mulheres auxiliando outras mulheres na hora do nascimento de seus filhos. Com a hospitalização do parto nos últimos anos, as mulheres desenraizadas e isoladas, perderam esse apoio psico-social. Como parte do processo de integração dos conhecimentos tradicionais milenares acumulados pela experiência humana com os progressos científicos contemporâneos, vem surgindo, no frio cenário do parto hospitalar a figura da doula.<sup>1</sup>

Em outubro de 2013, vinte e três alunas se reuniram no espaço de um *playground* no bairro de Laranjeiras, no Rio de Janeiro, durante quatro dias para se formarem doulas. A Organização Não Governamental (ONG) Grupo de Apoio a Maternidade Ativa (GAMA), em parceria com o Núcleo Carioca de Doulas, ofereceu o curso que foi organizado por doulas já atuantes e certificadas, além de colaboradoras que auxiliavam nas inscrições, na infraestrutura e também na hora do lanche. Este foi o curso frequentado por mim e era a segunda edição no Rio de Janeiro. Depois deste, o GAMA formou, até 2015, mais quatro turmas, que contavam com em torno de trinta e duas mulheres cada.

A programação da formação de doulas foi dividida em palestras, oficinas (de massagem e rebozzo – tecido que permite algumas posições durante o parto) e cine debates.

---

<sup>1</sup> Disponível em <http://www.doulas.org.br/> Acesso em 06 de junho de 2016

Os temas das palestras foram variados, algumas estavam mais focadas na gravidez, parto e pós-parto, abordando a anatomia e fisiologia do parto, a amamentação, a dor e as necessidades da parturiente, por exemplo, e outras foram mais voltadas para a profissionalização da doula, como exemplificam as palestras “Administrando a profissão” e “Elaborando o contrato de trabalho”. Conduzido principalmente por instrutoras doulas, o curso contaria também com palestrante médico, que não foi por ter tido uma emergência no trabalho, e teve a presença de enfermeiras-obstetras.

Foi requerido que as participantes tivessem o ensino médio completo, para que conseguissem acompanhar o conteúdo do curso, e pagassem a taxa de R\$800,00. O certificado só foi dado para quem teve 100% de frequência e permitia a inscrição no Cadastro Nacional das Doulas. Frequentaram o curso mulheres de 20 a 55 anos, em sua maioria branca, moradoras de centros urbanos de várias partes do país, a maior parte com ensino superior completo ou cursando e membros da classe média. Na maioria dos casos, as profissões das cursistas eram da área de saúde: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Obstetrícia, Medicina e Psicologia, mas também havia professoras, dançarina, musicóloga e dona de casa. Muitas das mulheres tiveram contato anterior com o movimento pela “humanização” do parto e eram militantes na defesa do “parto natural”. Algumas participantes viveram partos traumáticos (a maioria cesáreas indesejadas) e manifestavam o desejo de evitar que outras mulheres passassem por situações similares. Algumas da área de saúde queriam apenas ou principalmente acrescentar uma nova formação aos seus currículos.

O curso de formação de doulas educa para parir e, neste sentido, representa um tipo de transmissão de um saber sobre o corpo que forma um grupo com valores compartilhados que orientam sua prática. Fleischer (2005) apontou a relevância de etnografar cursos de formação, pois nestes há uma reprodução do movimento na qual são formados novos quadros para o mesmo e os cursos reúnem os valores do grupo de forma organizada.

As doulas foram apresentadas como novos personagens na assistência para o parto, o que condizia com o discurso disponível na página da ANDO. Segundo as exposições do curso, a função da doula era desempenhada por pessoas próximas à grávida: mães, tias, vizinhas etc., entretanto, com a urbanização, as mudanças do modelo de assistência ao parto e a realização da maioria dos partos no ambiente hospitalar, houve uma diminuição da atuação das mulheres no auxílio às parturientes. O curso se justificava como uma tentativa de recuperar o “saber tradicional” sobre técnicas de nascimento que foi se perdendo na sua transmissão familiar e oral; assim, as elaboradoras do curso passaram a organizá-lo para profissionalizar mulheres no atendimento a outras grávidas.

A supremacia da equipe médica no evento é criticada pelas doulas que propõem um retorno do protagonismo feminino da grávida no parto, auxiliada por outras mulheres que já passaram pela mesma situação. Caberia, neste contexto, às doulas auxiliarem o “empoderamento” (este conceito será problematizado no segundo capítulo) das mulheres, sem, contudo, falar por elas. A necessidade da presença desta acompanhante no parto seria proporcional à crescente “desumanização” deste e também da sua transformação em patologia, com a ênfase nos riscos, na dor e nos problemas em decorrência do parto.

Para legitimar os preceitos do movimento, as doulas se apoiam em dois documentos principais: “Assistência ao parto: um guia prático”, lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996, e “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”, do Ministério da Saúde, publicado em 2001. Estes recomendam medidas para o “parto normal” que também são reivindicadas pelo Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento, inclusive indicando pesquisas que trazem bons resultados sobre a presença de doulas no acompanhamento de partos. Neste sentido, estudos de pesquisadores estrangeiros levantados pelas instrutoras do curso apontam que a presença das doulas diminui o uso da ocitocina (hormônio) sintética, aumenta a porcentagem de parto pela via vaginal, diminui a incidência da cesárea e diminui os sentimentos negativos com relação ao parto.

Na apostila oferecida e nas falas das doulas, fica caracterizada uma classificação dos tipos de partos, desde o “parto cesariana”, que algumas vezes é dito não ser parto, até o “parto humanizado”, cujos significados irei abordar no capítulo 1. Antes da nomenclatura “parto humanizado”, era comum usar o termo “parto natural”, que para as doulas não significa necessariamente apenas o parto pela via vaginal, pois este pode ser repleto de procedimentos considerados nocivos. A expressão “parto normal” também não é vista como adequada porque elas pensam que um parto vaginal dependendo das técnicas usadas foge do processo “normal” do corpo feminino.

### **1.1 A construção de questões**

Nesta primeira ida a campo, não havia nenhum tema prévio para minha investigação e nem no curso de mestrado eu estava. Fui atenta às questões que aparecessem no campo e me apresentei para as outras participantes do curso como uma professora de Sociologia, interessada em informações para talvez atuar como doula ou para uma futura pesquisa acadêmica. Assim, não precisei mudar o foco do meu estudo, tal qual foi feito por Evans-Pritchard (1973) em sua pesquisa sobre os Azande. Como não havia um recorte específico

prévio, esperei que as nativas me apontassem os caminhos que deveriam ser seguidos e quais seriam as questões centrais.

O primeiro ponto de análise consistiu na clara associação das doulas ao Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento, com a formação destas profissionais no esteio deste e a conseqüente tensão que envolvia estes novos atores e os médicos vinculados ao modelo obstétrico hegemônico. Assim, coube verificar na pesquisa as demandas do movimento em tela, qual o significado atribuído à chamada “humanização” do parto e quais as críticas que são feitas às formas de atendimento obstétrico que não são defendidas pelas doulas. Neste sentido, haveria algum modelo ideal de atendimento? Quais seriam as noções sobre o corpo relacionadas ao discurso das doulas sobre as novas técnicas de parir, ou sobre a retomada de práticas “tradicionais”?

Este corpo que é pensado e sofre intervenções no parto não é qualquer corpo, são corpos de mulheres e as próprias doulas também. Assim, é mister refletir na pesquisa sobre quais seriam as concepções do ser mulher e do ser mãe para um atendimento que se pretende “humanizado”? Em busca de uma gama de direitos reprodutivos e defendendo o “protagonismo”, a “autonomia” e o “empoderamento”, estas mulheres se assumem enquanto feministas? Qual é a compreensão sobre o “empoderamento”, categoria que aparece com frequência no discurso das doulas? O que significa ser feminista para as doulas? Como a profissionalização destas novas personagens está imbricada com o ativismo político?

Outras questões de destaque envolviam a relação entre doulas e grávidas. No curso e em outros momentos do campo que explicarei na próxima seção, compartilhava-se uma gramática sobre as emoções envolvidas no parto. A pedagogia do parto e da gestação seria uma socialização consciente daquelas mulheres sobre as técnicas corporais e logo, pensando o corpo com seus planos indissociáveis, esta pedagogia trataria também das emoções. Existe, assim, um discurso sobre emoções associado às corporalidades nesta relação grávida e doula. Como tal discurso questionava a submissão da mulher à autoridade médica propondo outra interpretação em torno das emoções? Quais seriam as redes de poder que atuariam na consolidação de uma política das emoções sobre o corpo das mulheres no cenário do parto?

A partir dos questionamentos trazidos, busquei refletir nesta pesquisa sobre a construção de sujeitos políticos em disputa acerca do saber sobre o modelo obstétrico brasileiro e sobre a socialização corporal das mulheres em torno de determinadas técnicas de parir, técnicas estas que envolvem as emoções. O cerne da análise consiste em investigar as conexões entre o saber, o poder, as relações de gênero e a retórica do controle das emoções.

Para isto, verifiquei como o discurso sobre parto e as emoções das mulheres envolvidas neste age para legitimar a luta pelo “empoderamento” e contra o modelo de parto cesárea. A partir desta questão central formulei as seguintes questões subsidiárias: Como se consolida o campo de disputas que opõe doulas a médicos que não são “humanizados”? Como as categorias indivíduo e pessoa são manipuladas pelas doulas na experiência da saúde e da doença? Qual é o ideal de “empoderamento” da mulher contemplado pelo discurso das doulas? Como se manipula a retórica de controle das emoções no parto? Qual é a diferenciação entre a mulher grávida e a doula no que tange ao controle das emoções?

## **1.2 Mudança no campo de estudo**

Realizar uma etnografia num curso de doulas se configurava como a ideia inicial do projeto de pesquisa. Já havia começado o campo, ao participar e registrar a construção dos dados no curso em 2013, antes de iniciar a pós-graduação em Antropologia. Após finalizar as disciplinas, pretendia participar, em 2015, de outros cursos para doulas oferecidos pelo mesmo grupo. Sabia que havia uma frequência na organização destes e entrei em contato com uma das organizadoras para solicitar a participação. Ela me solicitou um resumo do meu projeto, atendi ao pedido, mas não obtive resposta. Tentei outros contatos com a mesma pessoa e com outras doulas que reconhecia como instrutoras do curso. Uma delas disse que não estava mais na organização e a outra ficou de me responder, o que não aconteceu.

Com o tempo passando, mudei de estratégia e passei a seguir as doulas daquele grupo. Ia às atividades organizadas e divulgadas por elas. Assim, fui a duas palestras em locais e momentos distintos. A primeira ocorreu numa escola no mês de agosto e tratava-se de uma palestra sobre direitos ao próprio corpo, a mesa foi composta por duas doulas e outras três palestrantes e a plateia era de estudantes e professores, por volta de cem pessoas. As doulas falaram por 25 minutos e durante a fala apresentaram um vídeo com um parto domiciliar, depois houve um tempo para o debate.

A segunda foi uma evento comemorativo do dia da doula que aconteceu à noite num espaço do centro do Rio de Janeiro no mês de dezembro de 2015. Uma consultora de amamentação, primeiramente, abordou o assunto amamentação para uma plateia composta por volta de cinquenta pessoas, destas quatro eram homens. Esta plateia era constituída por muitas mulheres com roupa social, o que demonstrava que elas tinham ido para a atividade depois do trabalho, as idades eram de 25 a 45 anos, quinze estavam grávidas com barrigas aparentes e cinco mães levaram seus filhos que tinham até quatro anos de idade. Mulheres

brancas eram a maioria. A expectativa era de que o público seria menor, pois outras cadeiras e almofadas foram providenciadas para acomodar as pessoas. Após a exposição da consultora em amamentação, uma doula e fotógrafa apresentou dois vídeos de parto que ela havia sido contratada para gravar e, depois dos vídeos, outras duas doulas se juntaram à primeira para expor quais seriam as funções da doula. Assim que terminaram a breve exposição, foi aberto para as perguntas da plateia. Não foram feitas muitas perguntas e um pouco antes das 22 horas o evento se encerrou, sendo o espaço rapidamente esvaziado.

A atividade foi realizada numa das salas de uma cobertura num prédio que é tanto comercial quanto residencial na área central da cidade. O local possui três salas e uma recepção, a palestra ocorreu na maior, outra estava com estandes de venda de produtos relacionados ao parto e à maternidade, como óleos, *slings* (tecido para carregar o bebê junto à mãe) e fraldas de pano, e a terceira sala estava fechada. Também havia dois banheiros e uma cobertura com vista privilegiada da região; a cobertura situa-se no 22º andar. Tal espaço fora alugado, no ano anterior, com o propósito de sediar os cursos oferecidos não só para a formação de doulas, mas também de parteiras, além de consultas com alguns especialistas ligados ao movimento. A partir de uma parceria envolvendo duas das doulas que foram protagonistas do curso que participei, surgiu a ideia de uma sede para a formação continuada de profissionais que atuem em partos de acordo com as diretrizes da “medicina baseada em evidências”, conceito que irei analisar no capítulo 1.

Também participei de um cine debate durante o lançamento do filme “Parir é natural” e acompanhei durante cinco meses um grupo de gestantes na cidade de Niterói, coordenados por doulas que estavam de alguma forma associadas ao GAMA. Além das entrevistas realizadas durante as reuniões com as gestantes, entrevistei quatro mulheres que foram atendidas por doulas e duas doulas atuantes. As entrevistas com as doulas foram semiestruturadas e aconteceram em uma lanchonete e um café. Já com as mulheres que se relacionaram com as doulas, as entrevistas abertas ocorreram em suas casas.

O cine debate aconteceu no Museu da República, na zona sul da cidade no mês de setembro de 2015, e, pela sala não ter a capacidade para muitas pessoas, senhas foram distribuídas antes de começar o evento. Na fila das senhas, reconheci muitas doulas que haviam se certificado pelo GAMA e instrutoras do curso de formação, uma delas, inclusive, compôs a mesa do debate após a exibição da película. Além de doula, Patrícia<sup>2</sup> também é enfermeira obstétrica, sendo professora em outros cursos, como o de parteiras, e sócia do

---

<sup>2</sup> Foram trocados os nomes próprios das pessoas para preservar a sua identidade.

espaço descrito da segunda palestra. A mesa também contou com a participação do diretor do filme, do representante da agência financiadora, de uma mulher que participou desse e que teve o acompanhamento de doula no seu parto, de uma médica vinculada ao movimento pela “humanização” do parto e de um obstetra que participou do filme e é funcionário da Secretaria Municipal de Saúde.

A plateia novamente era predominantemente de mulheres, os poucos homens estavam acompanhados de outras mulheres, grávidas ou com filhos. Havia por volta de cinquenta pessoas, muitas grávidas, mulheres com seus filhos pequenos, doulas e enfermeiras obstétricas, que se identificaram no momento do debate.

As reuniões de gestantes ocorreram quinzenalmente aos domingos pela manhã numa escola de dança na região oceânica de Niterói. O espaço era alugado pelas duas organizadoras neste dia em que não funcionava para as aulas regulares e as reuniões duravam de 2 a 3 horas, iniciando às 10 horas. Após a roda de conversas, era feito um lanche, cada participante levava algum alimento ou bebida para este. Os temas do encontro eram decididos em enquete no *facebook* e todos giravam ao redor do parto. Mesmo quando o tema foi “Recepção ao Recém-Nascido”, a centralidade do parto ocorria, pois neste encontro se abordou quais as intervenções benéficas ou não para o recém-nascido no momento seguinte ao parto.

Sentadas em pequenos colchonetes posicionadas em roda, as pessoas se apresentavam e depois começavam a falar sobre o assunto do encontro. A maioria dos participantes eram mulheres grávidas, havia alguns “casais grávidos” e, no período em que eu frequentei estas reuniões, apenas um homem participou dos encontros sem sua companheira, que morava em outra cidade e estava grávida. De oito a vinte pessoas participavam de cada reunião, com alternância entre os participantes. As mulheres começavam a participar do grupo em estágios diferentes da gravidez, a maioria estava sendo assistida por doulas e receberam a indicação de frequentar o grupo. Algumas mulheres tinham filhos recém-nascidos e voltavam para contar sua experiência de parto e com o bebê. Era comum a participação de crianças de até dois anos nos eventos, ou filhos das organizadoras ou filhos das mulheres que retornavam ao grupo depois de parir. As reuniões eram sempre organizadas por duas mulheres; Beatriz, doula e consultora de amamentação, e Tatiana, professora de pilates para gestante. A faixa etária dos participantes ia de 24 a 40 anos, pertencentes a camadas médias da população, com formação universitária. As profissões dos componentes do grupo eram variadas, havia empresária, bióloga, professoras, funcionária de empresa de aviação, médica veterinária, enfermeira, nutricionistas, jornalista, entre outras.

Com poucas exceções, as frequentadoras das reuniões estavam na primeira gestação ou haviam dado à luz ao primeiro e único filho nos últimos dois anos. Para a maioria, a gravidez fora planejada junto com o companheiro. A maioria absoluta também possuía plano de saúde, apenas duas relataram que não tinham. De vinte mulheres que consegui recolher os dados, ou pelas entrevistas ou pelo depoimento no grupo, seis pariram ou pretendiam parir em maternidade pública de referência para o Movimento pela Humanização do Parto, localizada na cidade do Rio de Janeiro. Das cinco que já haviam dado a luz na maternidade, todas estavam acompanhadas por doulas. Seis mulheres pariram ou tinham planos de ter um parto hospitalar com equipe particular condizente com os preceitos da “humanização”, todas também auxiliadas por doulas. Uma destas iniciou o trabalho de parto no seu domicílio, almejando não ir para o hospital, mas, por complicações, precisou ser transferida. Outras quatro mulheres escolheram o parto domiciliar, todas com o acompanhamento de equipe de enfermeiras obstétricas e de doulas. Duas frequentadoras do grupo estavam sendo atendidas por médicos conveniados aos seus planos de saúde e pretendiam ter um parto hospitalar acompanhados por estes médicos e suas doulas. As duas outras grávidas não haviam se decidido pela forma de parto; uma possuía plano de saúde e estava fazendo o pré-natal com o médico conveniado, enquanto a outra, sem plano de saúde, se consultava em hospital público.

Das onze mulheres que já haviam parido enquanto eu estava no campo, sete pariram pela via vaginal e quatro foram submetidas à cesárea. Apenas uma das que vivenciaram a cesárea se dizia satisfeita com a sua experiência, relatando que se sentira respeitada em suas escolhas e que teve uma cesárea necessária. Das que vivenciaram um “parto normal”, todas se diziam satisfeitas com a experiência, apenas duas destas, que pariram em hospital, fizeram ressalvas ao atendimento que receberam, criticando os protocolos hospitalares.

O núcleo de gestantes da Região Oceânica faz parte de um grupo nacional que começou no Recife e está presente em outros Estados. No Estado do Rio de Janeiro, este grupo é muito forte, possuindo núcleos em vários locais: Copacabana, Tijuca, Jacarepaguá, Região dos Lagos, Niterói e Complexo da Maré. A abertura do núcleo na Maré foi bastante divulgada nas redes sociais e festejada pelas militantes do parto “humanizado” por marcar uma expansão do grupo para além de bairros habitados por pessoas de classe média. Os grupos normalmente ocorrem em um dos dias dos fins de semana, duas vezes por mês, ou de manhã ou à tarde.

Pensei em participar de outro grupo de gestantes na cidade do Rio de Janeiro, contudo, por conta de minha disponibilidade profissional (ministrava aulas em sábados intercalados), o horário que melhor se adequou a minha agenda foi o do grupo da Região Oceânica. Como as

doulas deste grupo circulam pelo Rio de Janeiro, frequentando os eventos divulgados e organizados pelo GAMA, e as grávidas de Niterói também frequentam os hospitais do Rio e são atendidas por equipes médicas desta cidade, acredito que a escolha não prejudicou os rumos da pesquisa.

Os núcleos são organizados por doulas e funcionam com relatos dos assuntos escolhidos previamente, com o objetivo de “*preparar para a hora P, a hora do parto*”, segundo Beatriz. No final da gestação, há o ritual do colo que consiste num embalo coletivo com carinhos e abraços da gestante, enquanto os outros participantes cantam uma música. Nos rituais presenciados por mim, os homens só participavam se fossem suas companheiras as gestantes a receber o colo.

Foi acertada esta estratégia de ampliar o meu campo, pois se antes abordaria mais o discurso das doulas a respeito da sua relação com médicos e grávidas, pude ouvir o discurso das grávidas sobre a sua relação com doulas e com médicos.

### **1.3 Considerações metodológicas**

#### *1.3.1 Uma mulher no campo*

Na introdução de sua dissertação sobre o Movimento pela Humanização do Parto, Sara Mendonça (2013) apresenta como foi o seu nascimento (em casa num meio urbano quando todos os seus colegas tinham nascido em hospitais) para pensar sobre a escolha do seu tema de estudo. Apesar de ter relutado em abordar a sua própria história na pesquisa, Mendonça refletiu que expor o ponto de partida de sua trajetória para pensar o campo seria importante para relativizá-lo. A antropóloga compreendeu que “a escolha do tema passa pelo o que o instiga, o incomoda, alimenta a curiosidade e mobiliza seus afetos” (p.20). Ela não reduz a sua curiosidade sobre o tema à compreensão das justificativas para seus pais terem tomado a decisão pelo parto domiciliar, o interesse por parto e maternidade também são motivados pela concordância dela com argumentos do discurso do Movimento pela Humanização do Parto no que se refere à defesa da autonomia da mulher de escolher o seu próprio parto.

Ao começar a estudar o assunto, percebi que minhas motivações pelo tema também remetiam a minha história de vida. As conversas que tive com meu avô e com minha mãe foram fundamentais para saber que eu queria investigar mais sobre. A possibilidade de um parto domiciliar e o questionamento da cesárea como o parto mais seguro permeavam as minhas ideias sobre assistência obstétrica. Ao ter contato com as premissas do movimento em tela, estas não eram uma novidade que me causasse estranheza. Desde pequena ouvia relatos

de como os partos eram na família de meu avô, domiciliares e com a ajuda de parteiras na geração de minha avó. Também fui testemunha das falas que demonstravam o trauma da minha mãe a ser submetida a uma cesárea.

Durante a graduação em Ciências Sociais, conheci pessoas que se identificavam com ideais do movimento “hippie” e buscavam um estilo de vida mais “saudável”, com uma valorização de poucas intervenções inclusive no parto. Então, percebo que não foi difícil me afinar com o Movimento pela Humanização do Parto na crítica à cesárea agendada e na defesa do “parto natural”.

Além disso, a defesa do protagonismo da mulher também era uma bandeira de meu ativismo e senti-me afetada por este discurso do movimento.

Outra questão de destaque diz respeito a minha identificação enquanto mulher cisgênero e heterossexual, para quem não existe uma recusa em relação à maternidade. Tal identificação permitiu uma facilidade na entrada em campo, algo que se eu fosse homem eu não viveria. No curso de formação, homens estavam vetados naquele espaço, até os maridos que iam ao encontro de suas companheiras evitavam acessar o *playground*, numa proibição velada. As palestras e as reuniões de gestantes estavam mais abertas para homens, mas a centralidade nas falas era das mulheres. As entrevistadas sempre me perguntavam a razão de meu interesse sobre o assunto e, como não tenho filhos, uma doula quis saber como foi o meu nascimento. Assim, eram vários os elementos que marcavam esta identificação entre mim e o grupo, o que facilitou a minha entrada e a aceitação da minha presença.

Rojó (2005) avalia que poucos são os estudos que abordam a presença do corpo do pesquisador em campo. Mesmo no tratamento das questões de gênero, a preocupação com as emoções e o corpo aparece como um fator explicativo das motivações para o acesso aos informantes, mas não há uma problematização da identidade do pesquisador “como um elemento que influencia não apenas determinadas escolhas – como os próprios temas de pesquisas, formas de entrada em campo, definição dos informantes, entre outras – mas também a nossa percepção sobre as questões observadas.” (2005, p.133).

A seguir, faço um exercício maior de reflexão sobre estes elementos, assumindo que os aspectos subjetivos do pesquisador devem ser revelados, sem o temor de perda da validade da pesquisa.

### 1.3.2 *Eu já estava lá*

Em 2012, participei de uma entrevista para concorrer a uma vaga para o mestrado em uma instituição de ensino do Rio de Janeiro. Ainda não tinha clareza sobre o que pretendia estudar, mas já sabia que o meu recorte estaria relacionado ao parto, ou melhor, às técnicas de parir, na linha de pesquisa Antropologia do corpo. Conforme mencionado, há anos pesquisava e discutia com colegas os problemas do modelo obstétrico brasileiro e uma assistência alternativa a este, considerando-me uma militante, não muito ativa, do “parto humanizado”. Na entrevista, deixei claro a minha afinidade pelo tema e a militância. Logo fui repreendida com a pergunta: “*Como pretende realizar uma pesquisa acadêmica apesar da sua ligação com o grupo estudado?*”. Esta indagação não era uma das minhas preocupações naquele momento em que imperava o nervosismo e não dei uma resposta satisfatória. A palavra-chave para aquela questão era objetividade, disse uma das professoras, e a pesquisa acadêmica nunca combinava com a militância, completou outro entrevistador. Sai frustrada da entrevista e de fato não obtive êxito no processo seletivo, contudo a dúvida ficou: “Como tratar academicamente um assunto que tenho familiaridade e posicionamento sobre?”.

No ano seguinte, continuei pensando sobre o recorte e decidi pela etnografia num curso de formação de doulas na cidade do Rio de Janeiro, que depois seguiria outros rumos, seguindo estas agentes para eventos e grupo de gestante.

Aqui chego a um dos pontos que quero tratar: a minha vinculação com as doulas e o Movimento pela Humanização do Parto, que se tornou o meu campo de pesquisa. Ao ser aluna de um destes cursos, buscava mais informação sobre o assunto (quem sabe para doular também), mas, principalmente, buscava levantar questões para a minha pesquisa como acadêmica. Durante o início do campo, sempre que conversava com amigas e/ou mulheres sobre a pesquisa, elas me percebiam como doula, não como estudante de Antropologia. Algumas, inclusive, solicitavam a minha participação em seus partos. Logo, a minha aproximação com o outro me levava novamente à questão que surgiu na entrevista; a da distância entre o pesquisador e o pesquisado.

Por último, numa outra ocasião aspectos metodológicos relacionados a minha pesquisa vieram à tona; foi quando assisti a uma defesa de dissertação de um assunto no mesmo campo de estudo que o meu e anotei algumas críticas ao trabalho feitas pela banca. A principal anotação referiu-se a tomar o ponto de vista nativo como categoria explicativa do problema estudado. A autora, por estar tão familiarizada com determinado grupo, aceitou a explicação deste para algumas relações sociais tratadas, segundo as críticas. Desta forma, pareceu a

alguns membros da banca de exame ser uma análise incompleta, tendo em vista que faltou o distanciamento para olhar por outro ângulo. Percebi de novo que não era tarefa fácil lidar com o envolvimento com a pesquisa.

As três situações narradas acima me fizeram refletir sobre as dificuldades de observar o familiar/ conhecido, sobre a construção das identidades, ou melhor, das identificações do antropólogo em campo e fora dele e a presença do pesquisado na etnografia, como sua voz também se faz presente no texto que é produzido na relação do pesquisador com os outros, que nem sempre estão afastados como se supõe. A seguir trarei algumas reflexões sobre estas inquietações.

Em Antropologia, o “estar lá”, desde Malinowski, consiste no legitimador do trabalho etnográfico. Apesar de Malinowski não ter sido o primeiro antropólogo a ir para campo, é a partir de sua figura que se constrói a ideia de centralidade do trabalho de campo que deve ser percebido no texto, sendo um artifício para fundamentar a autoridade do pesquisador. Uma das críticas de Geertz (2009) se refere ao trabalho dos etnógrafos, na produção de seus textos, para convencer o leitor de que “estiveram lá”, encontraram o outro, e ainda que se este leitor tivesse estado lá também encontraria os mesmos resultados. O trecho a seguir da introdução da obra *Argonautas do Pacífico Ocidental* ilustra bem o esmero no convencimento do interlocutor da presença do antropólogo em campo: “–Imagine-se o leitor sozinho, rodeado apenas de seu equipamento, numa praia tropical próxima a uma aldeia nativa (...)”. (MALINOWSKI, 1978, p.19)

Contudo, se na época de Malinowski, o antropólogo percorria uma distância física enorme para chegar a campo, na atualidade, muitos fazem etnografia na sua própria sociedade, muitas vezes em seu espaço de convivência cotidiana. Naquele primeiro momento, a Antropologia buscou entender os povos distantes, já em um segundo momento, consoante com Roberto DaMatta:

a disciplina se volta para a sua própria sociedade num movimento semelhante a um auto exorcismo, pois já não se trata mais de depositar no selvagem africano ou melanésio o mundo de práticas primitivas que se deseja objetificar e inventariar, mas descobri-las em nós, nas nossas instituições, na nossa prática política e religiosa. (1985, p.27)

Muitos antropólogos passaram a perceber o exótico, o estranho, o desconhecido ao seu lado. Um exemplo sobre o exotismo em sua própria sociedade encontra-se na dissertação de Sara Mendonça (2013). De acordo com a antropóloga, ela nunca se sentiu motivada a ir para lugares distantes, mas saber que uma conhecida de seu amigo, vivendo na mesma cidade que ela e com várias afinidades, comeu a placenta depois do parto era algo que pedia reflexões.

Assim, chegar até o outro não requer uma movimentação física e provar que estava lá não constitui uma preocupação central, tendo em vista que a alteridade ocorre no ambiente familiar do pesquisador.

Muitas pessoas se fecham àquilo que as surpreende, aceitando explicações superficiais sobre os fenômenos que fogem do comum. Abrir os olhos diante das estranhezas e buscar a investigação é fundamental para o pesquisador. Consiste numa tarefa do cientista social promover este questionamento do seu próprio ambiente, preocupando-se com os conflitos que possam existir e estão camuflados por uma familiaridade com o que está à volta. (VELHO, 1981)

DaMatta compara o antropólogo do período vitoriano com um herói desbravador, o último agente da sociedade colonial que tanto se apropriou de recursos e vidas dos grupos colonizados. O antropólogo que se volta para o seu próprio grupo participa de uma viagem diferente, um movimento inverso, no qual não sai do lugar, podendo ser assemelhada com a viagem de um xamã. Se existe uma dupla tarefa para o etnólogo: (a) a de transformar o exótico em familiar e/ou (b) a de transformar o familiar em exótico, o ponto de partida para pesquisadores de sociedades ditas complexas é a segunda tarefa, qual seja, tomar o familiar por exótico.

Gilberto Velho trouxe algumas contribuições para o estudo de sociedades complexas na qual o pesquisador está inserido. Suas pesquisas em Antropologia Urbana levaram Velho a refletir sobre a complexidade da distância entre o investigador e o investigado. Seus exemplos são bastante ilustrativos e mostram que falar a mesma língua ou ter a mesma nacionalidade ou o mesmo grupo de status etc. não necessariamente significa uma aproximação. Até a distância física não representa um afastamento absoluto com a existência de uma mídia que permite que um grupo do outro lado do mundo seja muito mais exposto do que aquele que se encontra a 100 km de onde estou, por exemplo. Um manual de Antropologia não consegue dar conta dos limites entre sociedades e culturas que marcam o exotismo ou a familiaridade. Algumas categorias de classificação podem forjar separações entre grupos que não existem de forma estanque, cristalizada e cabe ao antropólogo relativizar estas, entendendo que são noções construídas.

Como saber se de fato há uma distância para entender alguns mecanismos das relações sociais? A distância pode ser física, mas não de classe; pode ser de classe para pessoas que compartilham a mesma nacionalidade; pode ser de classe e de nacionalidade, mas ainda assim haver o sentimento de proximidade, veja o exemplo de Velho sobre os atores de *Hollywood* que tem suas vidas muito expostas e invadem as casas toda vez que ligamos a televisão.

Desta forma, a afirmação de Gilberto Velho de que a premissa da distância mínima com o objeto para a produção científica não funciona nas Ciências Sociais está explicada, uma vez que há uma complexidade de fatores relevantes na definição do que seria a tal distância.

Outro ponto que merece destaque é a crítica à relação automática que se faz entre familiar e conhecido e exótico e desconhecido. Os autores apontam que este pressuposto não se mantém, pois nem sempre conhecemos o que nos é próximo, tendo em vista que somos socializados com um mapa que posiciona as relações do nosso entorno, ou melhor, hierarquiza estas. Estas pré-noções são tão cristalizadas e muitas vezes mais rotulam e estigmatizam os grupos do que auxiliam no conhecimento sobre estes. Assim, a realidade a nossa volta está mapeada e a familiaridade é obtida através de uma coerção socializadora. O pesquisador, imerso na sociedade estudada, possui valores que o posicionam frente ao objeto de estudo, sempre há um local da onde se investiga. É importante colocar em xeque os valores dominantes, relativizar as pré-noções e os papéis sociais, sem acreditar que haverá uma perfeição na empreitada. Nunca conseguiremos nos libertar de todos os valores que recebemos, ou ao menos não fazendo uma pesquisa nos moldes de um conhecimento consagrado pela sociedade capitalista ocidental. O importante é ter o aparato teórico como guia para desenvolver este desligamento emocional, tendo em mente que a carga afetiva e a subjetividade não deixam o campo de pesquisa, ainda mais se este tratar do contato entre seres humanos. (VELHO, 1981; DAMATTA, 1985)

As doulas que são também ativistas pelo “parto humanizado” buscam a todo momento rebater o estigma que elas acreditam ser construído sobre suas identidades na sociedade de maneira geral e, principalmente, na comunidade médica. Nas passeatas do movimento e nas redes sociais, estas mulheres levantam bandeiras do que não são; não índias, não são bruxas, nem malucas, muito menos hippies; em suma, são apenas mulheres que lutam pelo direito de decidirem sobre o próprio corpo. O conhecimento do grupo me levou, primeiramente, a questionar o mapa de classificação que outros membros da sociedade possuíam sobre as ativistas, por outro lado, fez-me assumir outro rótulo: as ativistas são mulheres que querem decidir sobre o seu corpo, estando “empoderadas”. Isto não significava que eu tivesse um conhecimento elaborado sobre quais eram de fato as características do grupo que estudo, o que as diferenciava de outras participantes do movimento feminista e qual a posição delas na sociedade, por exemplo.

Questionar os valores hegemônicos é importante. Neste ponto, sentia mais a aproximação com as militantes, contudo, para o acadêmico isto não implica aceitar sem

análise o discurso do grupo marginalizado, como também não corresponde a ignorar que a socialização do intelectual afetará os resultados da pesquisa.

A objetividade, tida como premissa no fazer científico, é relativa, carrega uma subjetividade que não significa ausência de rigor científico (VELHO, 1981). Para DaMatta, há um temor em revelar a subjetividade em campo, o que não deveria acontecer numa disciplina que tem sua força no contato humano entre universos de significação diferentes. Nesta ciência feita de modo artesanal, não podemos negar que as emoções estão presentes no encontro com o outro, por mais que tentemos controlá-las. São os cheiros, cores, sabores, gestos que preenchem o vazio da pesquisa, até porque se não compartilharmos isto, o diálogo fica comprometido.

No capítulo três, apresento outra discussão que reflete como a minha subjetividade esteve presente na etnografia, enfatizando a dimensão das emoções, até por ser o tema central de análise do capítulo.

### *1.3.3 Jogo de identidades*

No posfácio de 2009 do livro *Trabalho fora do trabalho: uma etnografia das percepções*, Florence Weber faz uma afirmação que corrobora a questão problematizada acima da existência da subjetividade na pesquisa. Segundo ela: “Sem dúvida nenhuma, eu era marxista e feminista (nesta ordem), antes de me tornar etnógrafa, e este livro guarda tais vestígios [...]”. (p.272-273) Para compreender o trabalho fora do trabalho de operários de uma fábrica na cidade francesa de Montbard, a antropóloga se inseriu no ambiente estudado para obter informações.

Apesar de apresentar a ideia de distanciamento entre pesquisador e objeto de pesquisa, a etnógrafa coloca suas percepções como sendo parte do meio estudado. Florence Weber reflete, principalmente na primeira parte da obra, em como a sua atuação, seus sentimentos, medos, falhas e decisões são fatores centrais na análise. Se no momento inicial, ela busca observar e escutar não emitindo opiniões sobre os assuntos do grupo, num período posterior a pesquisadora é chamada a intervir e a se posicionar a custo de perder a empatia dos pesquisados e não conseguir obter as informações que busca. Assim, ela acaba por pensar quais são as implicações da sua presença no campo e como ela é vista pelas pessoas do grupo estudado.

Neste sentido, DaMatta (1985) expressa o desconforto com a solidão da pesquisa e o paradoxo da situação etnográfica; para descobrir é preciso se relacionar, mas quando esta

descoberta ocorre o antropólogo é remetido para o seu mundo, isolando-se novamente. Quando chamado a intervir, o pesquisador se vê obrigado a chamar a razão e continuar de fora, segundo o antropólogo, contudo, este nunca está só, o pesquisador está numa relação em que é necessária a empatia de ambos os lados para a pesquisa acontecer. Neste ponto, DaMatta se dedica mais a situações em que o exótico é estudado e o antropólogo também é um estranho para os nativos. Diferentemente, Florence Weber pesquisa um grupo familiar em que uma não intervenção contínua por parte dela quando demandada levaria ao fracasso da pesquisa.

Existe uma vantagem e uma desvantagem ao realizar pesquisa nas sociedades urbanas: ela passa por um reexame maior do que se fosse o estudo de uma tribo isolada em lugar de difícil acesso. Além do debate com pesquisadores da mesma área, outras pessoas que não cientistas sociais também produzem conhecimento sobre o assunto em pauta. Desta forma, a versão do antropólogo concorrerá com outras na sociedade complexa. O ponto forte é poder debater a interpretação e revisar algumas conclusões, algo que DaMatta se queixava de não poder fazer quando em uma sociedade exótica (a dita solidão da pesquisa); o ponto fraco é ter os achados questionados com frequência. Tendo em vista que a pesquisa científica não consiste na verdade e sim numa interpretação de uma determinada realidade, o confronto com outros especialistas pode fazer com que o pesquisador reveja pontos de sua pesquisa e aprimore sua interpretação.

O grupo de doulas produz conhecimento sobre o que faz, quem são elas e como se dão as relações sociais vivenciadas; elas, inclusive, usam teorias antropológicas para debater as técnicas de nascimento. Alguns dos textos antropológicos que me serviram de referência foram retirados do material que foi disponibilizado para as cursistas. Algumas vezes em que eu solicitava uma entrevista com uma doula ou quando pedi para participar do curso, foi exigido um resumo sobre o meu trabalho. No grupo de gestantes, não houve esta preocupação de solicitar previamente o meu projeto, mas muitas esperam que eu retorne com a minha pesquisa.

Voltando à discussão anterior, um ponto que merece ser abordado é que Florence Weber não adota a máxima “estar lá” como pressuposto metodológico, ela o substitui pela expressão “estar com”, e desta forma a pesquisadora é parte da pesquisa. Aí chegamos a um assunto que gostaria de destacar: mais do que uma identidade dos membros do grupo estudado, existe uma multiplicidade de relações e identificações entre eles que são sempre parciais, identificar todos por apenas um delas, a de operários de uma fábrica que trabalham fora do trabalho, por exemplo, é empobrecer a análise. Destarte, há também múltiplos olhares

para identificar a antropóloga que a autora problematiza no tópico “A emigrada que retorna”. Florence Weber morou na sua infância em *Montbard* e percebe que sua presença na cidade é vista de múltiplas formas: como a emigrada que retorna, como a neta de fulana, como a intelectual de Paris, como a estudante *nerd* na infância, como a secretária do grupo etc., isto conduz a toda uma rede de sociabilidade constitutiva da região e que submete o etnógrafo a um papel ativo no estudo.

Pensando na minha pesquisa, a primeira inserção em campo não foi marcada por uma clareza da minha posição como antropóloga no curso, eu mesma não estava tão certa sobre o que estava fazendo ali. Quando conversava com amigas ou outras mulheres, apresentava o posicionamento favorável ao “parto normal humanizado” e demonstrava o conhecimento na área aprendido no curso de uma maneira enfática. Desta forma, identificava-me e era identificada como uma ativista, assim como em outros espaços sou identificada como professora de Sociologia, como filha, como irmã, como mulher, como mestranda em Antropologia etc.. O que quero dizer é que as identificações que assumimos nesta vida são múltiplas e que isto aparece também no trabalho do etnógrafo.

Dorinne Kondo (1990) também verificou a multiplicidade de “*selves*” que atuam no trabalho de campo. As identidades fragmentadas do pesquisador não o abandonam na pesquisa, ou seja, o que este experimenta no seu estudo não vai ser apenas analisado por um olhar informado enquanto acadêmico. Kondo, que se identificava como jovem, nipo-americana, estrangeira, mulher, solteira etc., percebeu que estas identificações não estão fora da experiência do campo. Por isso, a autora refletiu também sobre as suas subjetividades e como o seu corpo estava em campo. A sua imersão no campo foi tão intensa que, em determinado momento, Kondo olhou sua imagem refletida no espelho e não se reconheceu. Para conseguir aceitação, assumira tanto o *ethos* daqueles nativos que sua preocupação se tornou o colapso de suas identidades anteriores. Em função disso, ela viu que era necessário um retorno para os Estados Unidos para ter um afastamento do campo, conseguir escrever o seu texto e reescrever sua própria identidade.

Cabe ressaltar, neste sentido, que no momento da escrita do texto, quando autores (VELHO, 1981, DAMATTA, 1985) pontuam ser importante o afastamento físico do objeto da pesquisa, a minha identificação enquanto grávida me impossibilitou, em parte, este rompimento. Explico melhor: fui surpreendida com uma gravidez não tanto planejada, mas desejada, um pouco antes de sair do campo. Na última reunião que fui das gestantes, havia feito alguns dias antes um teste de farmácia, cujo resultado foi positivo. Estava grávida de seis semanas.

Busquei não voltar ao grupo de gestantes, mas mantive contato por e-mail e em consultas com membros do Movimento pela Humanização do Parto. Foi impossível construir uma fronteira entre aquilo que estava experimentando, enquanto grávida, e as construções teóricas que fazia a partir das minhas anotações do campo. Percebo que o trabalho de campo continuou de certa forma. Havia vivenciado este afastamento no ano de 2014, após a primeira ida a campo, quando escrevi alguma coisa sobre a pesquisa exercitando este distanciamento. Sentia-me muito mais identificada enquanto antropóloga naquele momento. No segundo momento de escrita, já grávida, mantive a imersão no grupo ainda que não intensa e, ao buscar o afastamento, a minha identificação enquanto gestante ficava eclipsada. Informo que demorei para expor a gravidez e aceitá-la, se não tanto pela responsabilidade de gerar uma criança, mas pelo estudo que estava fazendo sobre o assunto. Este me levou a refletir sobre o papel atribuído a mim enquanto grávida pelos membros do Movimento pela Humanização do Parto, algo que não queria, a princípio, assumir.

#### *1.3.4 A autoridade etnográfica*

Uma última preocupação metodológica que saliento nesta seção consiste em tomar o ponto de vista do grupo estudado como algo que por si só explique a realidade e desta maneira, realizar uma etnografia panfletária. Podia ter me aproximar tanto das doulas a ponto de naturalizar alguns conceitos e explicações sem problematizá-los e ser criticada por ter sido mais militante do que antropóloga. O discurso das ativistas do “parto humanizado” é organizado e se apresenta legitimado por evidências científicas, segundo elas, com argumentação com base em teorias da área de saúde e também da Antropologia, o que seduz o pesquisador a adotar aquelas premissas como suficientes para explicar as relações sociais.

Para Clifford Geertz (2013), cabe ao antropólogo a tarefa de relacionar os conceitos nativos, chamados de “experiência-próxima”, ou seja, aqueles que são usados coloquialmente, sem o reconhecimento de que são conceitos construídos num determinado contexto, com os conceitos antropológicos, chamados de “experiência-distante” que se apresentam na relação do antropólogo com seu objeto de pesquisa. Se apenas foco na experiência-próxima e tomo como explicação para realidade somente o ponto de vista do nativo, faltará análise na minha pesquisa; por outro lado, se focar na experiência-distante, minha pesquisa será pobre em empiria. Nem preso a miudezas e aos conceitos nativos que não estão naturalizados fora do grupo, nem agarrado a abstrações teóricas, é importante para o antropólogo entender que a pesquisa é um processo dinâmico e os dois lados devem estar contemplados. Para Geertz, o

pesquisador de campo tem que ter a habilidade de captar conceitos, que para outras pessoas são de experiência-próxima, e estabelecer uma conexão esclarecedora com os conceitos de experiência-distante criados por teóricos para captar os elementos mais gerais da vida social.

Um problema desta empreitada consiste na autoridade etnográfica, na violência sutil que há na construção do objeto. Não é tarefa fácil dar espaço para o ponto de vista nativo e ainda assim teorizar como antropólogo, muitas vezes estas agências se chocam. Um dos obstáculos seria a desconsideração dos sujeitos pesquisados como fazedores da pesquisa, impondo uma hierarquia pesquisador-pesquisado e reduzindo os dados de campo aos valores do antropólogo.

As nativas do grupo que estudo controlaram também as informações que foram passadas, focando alguns assuntos e omitindo outros, por exemplo, e suas vozes, com certeza, ressoam no texto escrito. Isto significa dizer que não é apenas o etnógrafo que escolhe os caminhos da etnografia, mas também é escrita pelos nativos e na relação que se estabelece com estes. (BEHAR, 1995)

Por isso, voltamos às questões anteriores: o antropólogo tem que problematizar o problematizador, pensar sobre a sua inserção em campo e como isto afeta a pesquisa. A posição do antropólogo não tem como não ser assimétrica. Existem relações de poder na escrita da etnografia e o cientista social utiliza estratégias de persuasão para fazer com que uma agência sobressaia no texto, normalmente a sua. O próprio Geertz reconhecia a dificuldade do trabalho de compreender outra cultura, contudo temos que ter em mente que não se trata da produção de uma verdade absoluta sobre o grupo estudado e sim de uma interpretação, limitada, parcial, mas ainda assim pontuada por um rigor científico, tendo em vista um processo de objetivação através dos conceitos acadêmicos.

Verifico que as questões de método não podem ser separadas das de análise, as conclusões que cheguei na dissertação estão intimamente ligadas às escolhas metodológicas adotadas durante o trabalho de campo. No meu caso, pela proximidade que tinha antes com o movimento, impôs-se a necessidade de explorar as reflexões sobre a observação do familiar e as suas implicações para a inserção em campo e a escrita etnográfica. Percebo que muitos questionamentos surgiram sobre a minha conduta, como, por exemplo, a subjetividade na pesquisa, as múltiplas relações em campo que levam a identificações da pesquisadora e condicionaram o andamento da pesquisa e a construção do texto etnográfico como uma tarefa feita por várias mãos. Acredito que mais do que uma defesa da objetividade, a reflexão sobre o meu papel em campo expõe uma sinceridade metodológica que demonstra os limites da chamada neutralidade.

## 1.4 Os capítulos

Primeiramente, o capítulo intitulado “As doulas e os modelos de assistência ao parto: campo de saber, campo de disputa” apresenta um histórico sobre as doulas e as disputas existentes entre elas, o movimento maior o qual estes atores fazem parte e os profissionais que representam o modelo obstétrico hegemônico que é criticado. O histórico destas novas personagens foi levantado para situá-las no modelo de assistência ao parto e, para esclarecimento da atuação delas, expus as premissas do Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento. Ao abordar este movimento, coube debater as categorias natureza e cultura na constituição de um parto ideal e do que é ser mulher e ser mãe.

O capítulo ainda analisa o campo de disputa da biomedicina, trabalhando as relações que envolvem o poder sobre o corpo da mulher e o saber que legitima este poder e que posiciona os agentes envolvidos nesta disputa. Apesar da crítica das doulas aos médicos, ao tratar do campo de lutas que os envolve, utilizei a teoria de Bourdieu sobre campos para pensar não apenas no que estes agentes estão disputando no cenário obstétrico nacional, mas também como existem valores compartilhados dentro deste campo e quais seriam estes valores.

Por fim, no primeiro capítulo, desenvolvi uma reflexão sobre a individualização do atendimento ao parto. Neste ponto, investiguei os sentidos do individualismo, muito associados a uma lógica da classe média brasileira, e como estas ideias influenciam a busca por uma autonomia no trabalho de parto e as concepções de cuidado dos profissionais envolvidos no parto.

Em seguida, o capítulo “Poder, protagonismo e violência: reflexões sobre o feminismo e a criação da violência obstétrica” continua a reflexão sobre as relações de poder que envolvem as doulas. Desta vez, o objetivo da discussão centra-se nas dimensões do ativismo das doulas na busca pelos direitos reprodutivos e como se estrutura este feminismo que possui uma concepção do ser mulher muito associada à maternidade. Ao desenvolver a discussão, abordei os sentidos do “empoderamento” reivindicados pelas doulas.

Além disso, a partir do entendimento que as doulas atuam na esfera pública, influenciando políticas e processos legislativos, problematizo a criação e o reconhecimento da chamada violência obstétrica.

No capítulo “Parir é perder o controle: as emoções em xeque” trouxe uma abordagem acerca do discurso das doulas sobre as emoções envolvidas no parto. Verifiquei não apenas as emoções da parturiente, mas também quais são os significados atribuídos às emoções das

doulas e como este discurso atua para legitimar o ideal de parto do movimento pela “humanização” e para desvalorizar a cesárea enquanto uma opção de parto. Neste sentido, analisei a retórica em prol do controle das emoções que age inclusive sobre as concepções de dor e de sofrimento.

## 2 AS DOULAS E OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO: CAMPO DE SABER, CAMPO DE DISPUTA

*Ô parideira por que estás tão triste  
 Mas o que foi que te aconteceu?  
 Doutor facão já marcou cesárea  
 Tem pouco líquido, placenta envelheceu  
 Doutor facão já marcou cesárea  
 Tem pouco líquido, placenta envelheceu  
 Vem parideira vem meu amor  
 No nosso grupo esse parto é todo seu  
 Você é muito mais poderosa  
 Que pro obstetra pareceu.*

(Paródia da marchinha “A jardineira” elaborada para o Bloco Dazíndias, Carnaval do Rio de Janeiro, 2014)

A marchinha que inicia este capítulo foi composta por ativistas do Movimento Pela Humanização do Parto e do Nascimento para um bloco-ato que aconteceu às vésperas do Carnaval de 2014. O local escolhido não poderia ter sido mais propício para a manifestação: uma pracinha em frente a uma maternidade particular do Rio de Janeiro no bairro de Laranjeiras. A maternidade, assim como muitas outras, possui uma alta taxa de cesáreas.

O conteúdo da música revela uma tensão entre as ativistas do movimento e os médicos cesaristas, apresentado na figura do “*Doutor facão*”. No meio desta tensão, a mulher grávida que não quer aquele tipo de procedimento e é convidada a se juntar ao grupo para que tenha um “*parto todo seu*”, pois ela “*é muito mais poderosa que pro obstetra pareceu*”. Neste ponto, questiona-se a falta de poder atribuída a esta mulher, algo que ela deve superar, já que ela tem este poder.

Ter pouco líquido e placenta envelhecida são argumentos ditos falaciosos para justificar a cesárea. As “índias parideiras”, identificação de fora do grupo da “humanização” e que elas assumiram como uma brincadeira no Carnaval, questionaram, com as músicas do bloco, várias intervenções que são feitas pelos “doutores” médicos em prol da segurança da mulher, mesmo quando esta não está de acordo com as mesmas.

O propósito deste capítulo é situar a atuação das doulas, muitas das quais estavam na organização do “Bloco Dazíndia”, frise-se, e são militantes do Movimento pela Humanização do Parto, no cenário obstétrico brasileiro. Com a atuação condizente com os ideais do movimento, algumas vezes estas doulas serão definidas como ativistas e, pela estreita vinculação entre ambos, uma parte deste capítulo será destinada a abordar os preceitos da “humanização” e o seu histórico.

Considero o parto como um evento produzido pela e na cultura, logo, um fenômeno que é também histórico. Portanto, início o capítulo traçando um panorama do processo de modificação da assistência ao ato de parir, posicionando os vários agentes em disputa no campo da obstetrícia. A maternidade e a parturição tem uma história marcada por relações de poder que se imbricam com as relações de gênero. Controlar as técnicas de nascimento e o corpo das mulheres pode ser considerado elemento de um processo de dominação, que não acontece sem resistência dos subjugados.

Neste sentido, a partir da história dos modelos de assistência no Brasil e sua relação com o contexto internacional de consolidação da medicina e da obstetrícia, analisarei o campo de disputa que envolve médicos e doulas. Para tal análise, problematizo o *habitus* compartilhado entre estes agentes e os pontos de convergência e de embate existentes entre ambos. Como consequência desta discussão, trabalho com a configuração individualista que permeia as disputas dentro do campo.

Procuro também, neste capítulo, refletir sobre como as categorias natureza e cultura aparecem no discurso das doulas sobre os modelos de assistência, tanto os criticados, quanto o visto como ideal.

## **2.1 Modelo obstétrico brasileiro**

Ao analisar as mentalidades e práticas em torno da parturição no Brasil Colônia, Mary Del Priore (2008) verifica que o parto era um momento de dor que as mulheres deveriam viver para se redimir de seus pecados, concepção de maternidade construída por um esforço da Igreja e do Estado. Compreendia-se o parto como um evento coletivo que mobilizava mulheres de raças e condições sociais distintas e enquanto as mulheres protagonizam este ritual de passagem, os médicos estavam incumbidos de registrá-lo. Nas palavras de Del Priore, “Adestrada a madre, cuidada e sanada no sentido de tornar-se permanentemente procriativa, cabia às mulheres conceber e aos médicos historicizar esse momento que foi, até a obstetrícia firmar-se como ciência, um momento de exclusiva vivência feminina.” (p.218). O trabalho de parto era acompanhado pela parteira e os homens só interferiam em casos de emergência. As mulheres preferiam estar com outras mulheres fosse pela insensibilidade dos homens as suas dores ou pela vergonha de mostrar suas genitais.

Maria Lúcia Mott (2002) contribuiu para o debate sobre o modelo de assistência atual no Brasil fazendo um retrospecto dos principais modelos existentes desde 1830. Até o final do século XIX, o parto se realizava nos domicílios das parturientes, sendo as parteiras leigas

mais presentes do que as parteiras com algum tipo de formação. A norma era usar todas as medidas para salvar a vida da mãe e, no caso de alguma intercorrência que a parteira não pudesse resolver, o médico era chamado. Realizava-se a cesariana apenas em mulheres mortas, pois o combate a qualquer infecção em consequência da cirurgia era extremamente difícil. De acordo com a historiadora, “Dar à luz fora de casa era uma situação anormal, considerada apavorante e procurada apenas em casos extremos, sobretudo por pessoas tidas como desclassificadas socialmente.” (p.198). Havia o estigma dos hospitais serem locais em que os partos acabavam em mortes e o pós-operatório das mulheres era marcado por várias doenças, ocasionadas pelas péssimas condições de higiene dos leitos, pela pouca alimentação, pela manipulação errônea dos medicamentos e, principalmente, pelo contato com doentes.

A criação das faculdades de medicina no Brasil com a vinda da família real portuguesa e as reformas que se seguiram na década de 1830 não foram acompanhadas da criação de locais para a prática médica dos estudantes de obstetrícia. Os professores da Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro se queixavam, na primeira metade do século XIX, de não haver locais para o acompanhamento de partos por alunos, pois os hospitais recebiam poucas mulheres, sendo a maioria escravas (MOTT, 2002). Segundo Brenes (1991), a obstetrícia reivindicava exclusividade no parto mesmo antes de dominar várias técnicas como uso do fórceps e cirurgia cesariana, desde pelo menos 1840. Contudo, apesar da expansão da clínica médica e do processo de medicalização que se estabeleceu em diversos países, o domínio da parturição foi o último e mais difícil de ser conquistado pela equipe médica. A concepção de parto por muito tempo esteve vinculada à família, parentesco e religiosidade, não sendo associada a processos de saúde e doença. (TORNQUIST, 2004)

Na segunda metade deste século, não houve alterações significativas no modelo de assistência obstétrica brasileiro, a maioria dos partos eram feitos por comadres também chamadas de aparadeiras ou parteiras leigas, com a assistência às grávidas marginalizadas socialmente acontecendo nas santas casas (MOTT, 2002). Porém, as parteiras iletradas passaram a sofrer um processo de estigmatização muito grande, oriundo de ideais higienistas de civilidade e embranquecimento adotados pelas elites brasileiras. Com as políticas de profissionalização das parteiras estimuladas neste período, aquelas que eram negras, camponeses e analfabetas passaram a ser alvo de perseguição dos governantes. Se, neste primeiro momento, as práticas de cura e charlatanismo persistiram, tendo adeptos inclusive nas classes mais favorecidas, no início do século XX, a perseguição às benzedadeiras e parteiras leigas foi implacável. Por mais que não houvessem prisões relacionadas ao exercício ilegal da

medicina, o medo destas sanções permeava a prática das mulheres, que foram abandonando o ofício. (TORNQUIST, 2004)

As contribuições entre as parteiras diplomadas e os médicos dentro da maternidade foram mediadas por uma subalternização daquelas, que por mais que tivesse experiência e um contato muito mais próximo com a parturiente, sofriam desqualificações e desvalorizações. Os cursos que elas faziam serviam para interiorizar as normas de higiene e um *habitus* médico, muito mais do que os ensinamentos sobre a arte de partejar. “Os médicos é que aprendiam com as parteiras os saberes de que não dispunham” (TORNQUIST, 2004, p.93).

No fim do século XIX e início do século seguinte, entretanto, a demanda por parteiras, leigas ou diplomadas, ainda era muito alta, haja vista a inexistência de muitos médicos atuantes. Além disso, a fundação de maternidades públicas enfrentava a dificuldade do cuidado com a mulher ter que se estender ao pré-parto e ao pós-parto, o que envolvia a necessidade de dinheiro e de afastamento do trabalho. Para sanar este problema, os médicos propuseram a equiparação da mulher gestante às doentes, para que aquelas conseguissem assistência obstétrica gratuita, mas tratava-se de uma questão trabalhista que dependia de outros fatores. (MOTT, 2002)

Nas primeiras décadas do século XX, a grande maioria dos partos continuava a acontecer nos domicílios, assistidos por parteiras leigas ou diplomadas, mas o número de médicos que passou a acompanhar partos aumentou. Na década de 1930, as mulheres brasileiras, principalmente do interior, viam as maternidades como lugar de necessitados e desvalidos, tendo horror à hospitalização (CIRCE, 1934 apud MOTT, 2002), contudo, algumas mulheres mais favorecidas passaram a recorrer a quartos particulares nas maternidades para partos em que havia alguma complicação. Paulatinamente, a péssima visão sobre as maternidades foi sendo alterada. Tornquist (2004) relacionou este processo ao aumento da confiança das parturientes com a entrada de outras mulheres para auxiliar o parto nos hospitais.

Apesar da internação para o parto raramente ser desejada pelas mulheres neste momento, a partir da década de 1920, os médicos começaram a disseminar a ideia de que o parto domiciliar era muito trabalhoso, pois as casas não possuíam condições adequadas (faltava água encanada e luz), além do aparato instrumental (mesa cirúrgica e instrumentos esterilizados, por exemplo). (MOTT, 2002)

Nas décadas seguintes, há a proliferação de maternidades e leitos pagantes e gratuitos e a divulgação expressa da recomendação para os médicos de evitarem o parto domiciliar tanto quanto possível. Os dados recolhidos por Mott, sobre o município de São Paulo,

apontam uma tendência na aceitação da hospitalização pelas mulheres de camadas mais favorecidas, haja vista que o número de partos realizados em hospitais foi para quase 30% em 1945, quando em 1930 5% destes ocorreram em hospitais ou maternidades. De acordo com a autora:

O parto começava a ser visto como um evento médico e potencialmente perigoso, no qual eram preconizadas as intervenções cada vez mais frequentes. A obstetrícia começava a dominar novas técnicas que prometiam maiores chances de sobrevivência para a mãe e para o filho, bem como menor sofrimento para as mulheres. O exame clínico passava a contar com diferentes tipos de diagnóstico fornecidos por aparelhos, exames de laboratório e RAIO X. O uso do clorofórmio, que tinha tornado exequível a cesariana em mulheres vivas, possibilitou um aprimoramento da técnica. (MOTT, 2002, p.203)

O poder e a legitimidade do médico para o atendimento aos casos obstétricos demoraram a se consolidar. Foi necessário mais de um século de disputas para que familiares e mulheres aceitassem o novo modelo de atendimento. Os avanços no domínio de novas técnicas contribui para este *status* dos médicos, como foi também verificado por Tornquist:

Adentrando em um campo ocupado por mulheres e investindo em corpos femininos, de cujas dinâmicas tinha pouco conhecimento, a medicina incorreu em inúmeros equívocos, em muitos casos, contribuindo para a elevação das taxas de mortalidade de mulheres e de bebês. Somente após a Segunda Guerra Mundial foi que essa mudança se consolidou definitivamente, mas os avanços estiveram menos ligados à obstetrícia do que à medicina como um todo. Estes impulsos disseminaram-se pelos diferentes países, conferindo uma maior legitimidade às maternidades e à hospitalização do parto que finalmente, se impôs, se não como realidade, pelo menos como modelo a ser seguido. (2004, p. 80-81)

A rotineirização do intervencionismo cirúrgico marcou a transferência dos poderes das parteiras para os médicos e também a lógica da divisão do trabalho nas maternidades. Os médicos conquistaram este lugar de comando, com a medicalização do parto, e, assim, estavam encarregados dos partos mais difíceis. Às mulheres em atuação no hospital, primeiro as parteiras diplomadas, depois na década de 1960 as enfermeiras, cabia a função de assistência às parturientes e a incumbência dos partos mais fáceis. Cabe ressaltar que a criação das faculdades de Enfermagem criou uma hierarquia envolvendo não só o médico, mas também as mulheres, com a subalternização das parteiras frente às enfermeiras. As lutas pelo poder no campo da obstetrícia têm não só um recorte de gênero, como também de geração e classe. (TORNQUIST, 2004)

Se nas décadas de 1950 e 1960, um grande número de partos era feito em domicílio, período em que atuou a minha bisavó Luísa que era parteira leiga, com a urbanização e modernização do país, os partos passam a ser predominantemente hospitalares. Mesmo nos países não desenvolvidos, onde os avanços da biomedicina foram mais recentes e mais fragmentados, o parto hospitalar vem se impondo, com apoio dos governos, como o mais

seguro, o mais moderno, o mais adequado. Apesar da hegemonia deste modelo, analisando a heterogeneidade do atendimento obstétrico no Brasil, percebe-se que o processo de hospitalização se mostra incompleto. (TORNQUIST, 2004)

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

A medicalização do parto e o aumento da cirurgia cesariana acompanharam a ida do parto para o espaço hospitalar. A cesárea, prática difícil e com elevada taxa de mortalidade materna do século XVI – quando se tem notícia da primeira cesárea em que a mulher não morreu, ocorrida na Suíça (REZENDE, J. 2009) – até a primeira metade do século XX, teve impulso com a disponibilidade da transfusão sanguínea, de drogas anti microbianas, da penicilina e da ocitocina sintética. Os estudos apontam o crescimento indiscriminado da cesárea em vários países desde a década de 1970. No Brasil, a taxa de cesárea em 1979 correspondeu a 29,9% dos nascimentos, pulando para 37,8% em 1999 (DIAS; DESLANDES, 2004).

Os argumentos para o aumento da ocorrência de cesáreas já foram justificados como uma preferência da mulher que não queria sentir a dor do parto vaginal, não queria prejudicar a função sexual da vagina e optava pela laqueadura tubária durante o procedimento. Dias e Deslandes (2004) ressaltaram que, embora as taxas de cesárea sejam elevadas, estas não refletem o desejo das gestantes, como atestaram vários estudos. Os autores verificaram que a percepção dos médicos sobre o procedimento o considerava seguro tanto para a mãe quanto para o bebê, uma resolução para todas as intercorrências possíveis, conseguindo prever o desfecho destas, e como uma “profilaxia de possíveis complicações éticas ou judiciais” (2004, p.115). Seria, pela visão dos médicos, menos arriscado realizar uma cesariana e, assim, a formação destes profissionais vem privilegiando o uso de equipamentos sofisticados, com base em uma ideia de risco associado ao ato de parir. (HOTIMSKI et al., 2002)

As pesquisas sobre o assunto, já na década de 1980, revelavam que quanto maior o poder aquisitivo das mulheres maior a taxa de cesárea. As taxas eram mais elevadas nos Estados do Sudeste e do Sul, indicando que a renda das famílias desta região, muitas das quais atendidas por médicos e hospitais privados, afetava a adoção do procedimento. (FAUNDES; CECATTI, 1991)

A maior parte destas mulheres que possuem alta renda é atendida pelo sistema de saúde suplementar ou contrata equipes particulares para seus partos. As mulheres buscam o atendimento pré-natal com os mesmos médicos que acompanharão o trabalho de parto, estreitando o vínculo médico-gestante. Os exames do pré-natal são minuciosos e, por isso, há a expectativa de que na hora do parto, o médico conheça bem aquela mulher. Para Hotimski et al. (2002), a sobrecarga da jornada de trabalho do obstetra, com o atendimento de consultas, formação continuada, participação de seminários e eventos científicos e partos, dificulta a disponibilidade destes para acompanhar um duradouro trabalho de parto, sem controle do tempo, como exigido para um “parto normal”. Por isto, neste grupo, a cesárea seria a opção que melhor contempla os profissionais de saúde e as mulheres que escolhem ser acompanhadas por estes.

Outro fator que torna mais complexa a relação entre médico e paciente é a intermediação desta pelos planos de saúde. Em 2006, verificou-se que as taxas de cesárea eram maiores em regiões onde a cobertura dos planos de saúde era mais ampla. (PATAH; MALIK, 2011)

Já no sistema público de saúde, as mulheres não são acompanhadas necessariamente pelo médico que participou do pré-natal, vários médicos atuam neste atendimento, pois o sistema funciona na rede pública por plantões. As mulheres são atendidas pelo plantonista quando chegam ao hospital em trabalho de parto. Desta forma, os obstetras não conhecem detalhadamente o histórico das gestações anteriores, o que aumenta a insegurança destes para assegurar um trabalho de parto com um mínimo de intervenções. Além disso, a falta de uma relação prévia diminui o poder de negociação das mulheres sobre a escolha do tipo de parto que desejam e existe uma disposição dos médicos para resolver os atendimentos dentro do próprio plantão, impedindo a evolução do trabalho de parto. (HOTIMSKI et al., 2002)

Com relação aos dados mais recentes sobre o atendimento obstétrico, em 2014, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz divulgou um relatório sobre a pesquisa Nascido no Brasil (LANSKI et al). Nos anos de 2011 e 2012, os pesquisadores vinculados à instituição coletaram dados em maternidades públicas, privadas e mistas, entrevistando 23.894 mulheres em vários municípios brasileiros. Um dos dados que chamou a atenção destes pesquisadores foi o alto índice de cesarianas; 28% das mulheres iniciaram a gestação desejando a cirurgia, e o percentual de mulheres que a realizaram foi 52%. Se considerada somente a rede privada, 88% das grávidas foram submetidas à cesárea. A utilização deste procedimento no Brasil subiu de 14,5% dos nascimentos em 1970 para mais de 50% em 2010.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preceitua que apenas 10 a 15% das grávidas devam ser submetidas a esta via de parto e o estudo da ENSP concluiu que não há justificativa clínica para o percentual tão elevado destas cirurgias, frequentes até mesmo para adolescentes e muito comum em primíparas, ou seja, em mulheres que estão na primeira gestação.

Estes dados da OMS surgiram a partir das críticas tecidas desde a década de 1970 ao aumento da adoção do procedimento cirúrgico para partos. Tais críticas foram organizadas num documento elaborado a partir das discussões da “Conferência sobre Tecnologia Adequada para o Parto” que ocorreu em 1985. Ao argumentar que os países com menores taxas de morbidade perinatal mantinham taxas de cesárea inferiores a 10% dos casos, a OMS adotou estes índices como indicativos de um modelo obstétrico ideal. Os valores são aceitos até os dias de hoje em que pese a crítica de que há diferenças sócio regionais e históricas que justificariam a revisão destes números. Para Patah e Malik, a postura da OMS

pode ser criticada em virtude de não diferenciar países e regiões com características culturais e sistemas de saúde diversos. Tampouco [a taxa ideal de parto cesárea] foi atualizada, apesar das novas tecnologias disponíveis e de mudanças no comportamento da população feminina, que se inseriu mais fortemente no mercado de trabalho, do aumento na disponibilidade de informações – científicas ou não – sobre assuntos de saúde, bem como da tentativa de maior controle sobre seus horários por parte dos profissionais ocorridas no período. (2011, p.187)

## 2.2 Crítica ao modelo obstétrico hegemônico

O Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento apresenta os dados da OMS para criticar a supremacia da cesárea na atualidade e indicar outra forma de atendimento que seja mais “humanizado”. O surgimento deste movimento é recente, data das décadas de 1980/1990, mas suas raízes se localizam em décadas anteriores. A “humanização” é consequência de um movimento, originado dentro do próprio campo da obstetrícia, pela revisão do atendimento obstétrico hegemônico, considerado excessivamente medicalizado e tecnocrático, termo este que caracteriza a primazia da tecnologia sobre as relações humanas. (TORNQUIST, 2004; HIRSCH, 2013, 2015; DINIZ, 2005)

Fruto do movimento pelo “Parto Sem Dor” iniciado na década de 1950 com as ideias do obstetra inglês Gantly Dick-Read e do francês Fernand Lamaze (TORNQUIST, 2002), o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento aponta como desnecessárias várias rotinas hospitalares que causariam problemas de saúde tanto na mãe como na criança. Apesar das ideias de Dick-Read e Lamaze terem sido formuladas na década de 1930, foi somente após a Segunda Guerra Mundial que estas conquistaram seguidores, o que sugere um momento de crítica aos valores vigentes no campo da obstetrícia.

Segundo Salem (2007), as correntes dos obstetras citados acima promoveram uma releitura da dor do parto, considerando esta uma expressão sociocultural distorcida. A saída seria combater a passividade da mulher com ensinamentos para controlar as suas emoções e buscar soluções não medicamentosas para o alívio da dor. O parto em si não causaria a dor, esta se originaria da tensão que é culturalmente inscrita no cérebro da mulher, processo este que pode ser revertido com uma preparação corporal. A ideia do método de Lamaze, comunista que foi influenciado por uma temporada no bloco soviético, “era devolver às mulheres seu protagonismo no parto e libertá-las do peso do imaginário católico-cristão, sobre suas mentalidades, de tal forma a fazerem-nas perder a capacidade de suportar a dor, considerada uma condição humana, desde que treinada.” (TORNQUIST, 2004, p.110).

As ideias de Lamaze, popularizadas na França, revelaram complexas teias existentes entre gênero, religião e ideologia. O método obteve aceitação entre os comunistas, aqueles que se identificavam com a esquerda e os humanistas, mas também outros setores da comunidade francesa defendiam as técnicas postuladas por Lamaze pela sua associação com a neutralidade e a ciência. Alguns debates teológicos sobre a dor ao gerar a vida estiveram no centro das discussões, todavia, a autorização do Papa Pio XII para a adoção do método nos meios católicos contribuiu para que fossem repensadas as representações da maternidade entre os cristãos. (TORNQUIST, 2004)

No Brasil, as propostas de Lamaze, ainda na década de 1950, ganharam destaque, mas sua vinculação com o comunismo e/ou a esquerda não se manteve. Os adeptos do método não eram necessariamente pessoas que se identificavam com o movimento de esquerda no país. (BRENNES, 2003 apud TORNQUIST, 2004)

Na década de 1970, Frederick Leboyer e seu discípulo Michel Odent, acreditando que os métodos dos antecessores já haviam conseguido eliminar a dor da mulher no parto, destinaram maior atenção aos cuidados com o bebê e propuseram o parto sem violência (SALEM, 2007). Leboyer veio ao Brasil em 1974 e nas apostilas do curso das doulas, há a descrição do “Parto Leboyer” como aquele em que o foco é o bebê, buscando uma forma mais amena para o seu nascimento, com pouca luz no ambiente, silêncio, sendo banhado próximo à mãe e recebendo leite materno precocemente. Tanto as teses de Leboyer quanto Odent conquistaram discípulos entre aqueles que defendiam o “parto natural” e/ou “ecológico” (HIRSCH, 2013).

A “vanguarda obstétrica”, assim nomeada por Tania Salem (2007), se ramificou após a geração do parto sem dor. É interessante notar que os avanços destas concepções contra-hegemônicas sobre o modelo obstétrico, no país, tenham se disseminado em decorrência da

ideologia individualista que penetrava na família nuclear, alavancadas pelo acesso da mulher ao mercado de trabalho e pelas demandas crescentes de autonomia desta. Tanto Leboyer quanto Odent ressaltaram aspectos individualistas – libertários em suas perspectivas, considerando o parto um evento sexual e que deveria ser prazeroso (SALEM, 2007). Odent se diferenciou um pouco dos outros pela sua ênfase em valores românticos do parto, que marcariam o vínculo que envolve mãe e filho por toda a vida. (TORNQUIST, 2004)

O movimento pela humanização teve impulso também com a influência dos médicos Moysés e Claudio Parcionik que estudaram o parto de cócoras das índias no sul do país. O parto feito com a mulher em posição vertical e com liberdade de movimentos seria fundamental para o bem-estar da mãe e do bebê, além de ser muito mais fácil por contar com o auxílio da gravidade para acontecer. As ideias dos Parcionik foram importantes para o surgimento do movimento aqui.

A Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) compreende uma heterogeneidade de membros, desde a sua fundação em 1993. Segundo Diniz (2005), no momento em que escreveu seu artigo, a ReHuNa congregava uma centena de membros entre indivíduos e instituições. A ampla maioria, entretanto, consistia de profissionais atuantes no campo médico, como médicas e enfermeiras obstétricas, formadas com ideais feministas. Chama atenção de Tornquist (2004) que poucas antropólogas, terapeutas holísticas e parteiras tradicionais estivessem entre os membros da organização, apesar da valorização simbólica destas dentro do movimento pela “humanização”.

Com a criação da ReHuNa, institucionalizou-se a nomenclatura “parto humanizado” para se referir ao parto visto como um ideal a ser perseguido por esta rede de ativismo. Cabe problematizar as múltiplas significações assumidas dentro da palavra “humanização”.

O termo “humanizar” é usado na literatura médica, segundo Diniz (2005), há muitas décadas. Alguns obstetras associavam a “humanização” à narcose e ao uso de fórceps. A partir da década de 1970, a palavra “humanização” passa a aparecer em estudos das ciências sociais que questionavam a prática médica. Mesmo com suas múltiplas versões, a “humanização” da assistência “expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no ‘que fazer’ diante do sofrimento do outro humano” (DINIZ, 2005, p.628). Se para alguns obstetras que adotam a medicina “tradicional”, o parto “humanizado” é entendido como aquele em que a mulher não irá sentir nenhuma dor, para os ativistas alinhados a Leboyer e Odent, “humanizar” o parto passa por considerá-lo um evento pessoal, familiar e sexual e não um evento médico-cirúrgico.

Olivia Hirsch (2015) expôs as diferentes atribuições de significados sobre o termo “parto humanizado” para mulheres de camadas médias e populares na cidade do Rio de Janeiro. Acompanhando um curso para gestantes na zona sul da cidade, a antropóloga analisou que para este perfil de mulheres, membros da classe média, o olhar feminista influenciava a conceituação do que era um “parto humanizado”. Este seria marcado por um “respeito” pelas escolhas da mulher, com o estabelecimento de uma relação igualitária entre médico e gestante. Acrescenta-se a este respeito da escolha da mulher, a desmedicalização do parto, condição necessária, na concepção do grupo estudado, para que o papel de protagonista seja assumido.

Com a atuação de movimentos como o ReHuNa na elaboração de políticas públicas, os ideais de “humanização” saíram do gueto do movimento mais alternativo e tornaram-se prática corrente em maternidades e casas de parto espalhadas pelo país. As mulheres de camadas populares passaram a ter acesso às políticas de “humanização” e Hirsch buscou verificar como elas recebiam e atualizavam esta proposta. Diniz (2005) já havia apontado que a expansão do uso do termo causava uma recriação deste, logo “humanizar” abordaria desde a redefinição do projeto de cuidado até a compreensão da condição humana e dos direitos humanos.

Neste sentido, as frequentadoras da casa de parto na zona oeste, componentes de camadas populares da população do município, não possuem grande interesse pelo projeto de desmedicalização do parto, tal como associado à “humanização” pelo grupo de gestantes da zona sul. Logo, a proposta de “humanizar” que contempla um grupo não consiste em pleito legítimo para o outro. Frise-se que o termo “humanização” é pouco mencionado nas falas das profissionais da casa de parto e também das gestantes. “Parto natural” corresponde à utilização mais usual neste ambiente. Mesmo com ressalvas quanto a desmedicalização, as mulheres ainda buscavam a casa de parto, mesmo sem poder negociar a forma de atendimento obstétrico que receberiam ali, haja vista que para dar à luz no local, seu projeto deve ser integralmente acatado. Hirsch concluiu que a qualidade do atendimento justificaria a atração das grávidas para esta casa de parto, que desenvolve uma política atrelada aos ideais de “humanização”. A valorização do projeto da instituição se localiza na possibilidade das frequentadoras serem identificadas como pessoas (DAMATTA, 1997 apud HIRSCH, 2015), chamadas pelo nome próprio e ter as suas famílias e histórias de vida consideradas no atendimento.

Apesar das diferenças, a busca por um modelo alternativo de atendimento aproxima os dois grupos estudados por Hirsch. Se, por um lado, a crítica se dá devido à intensa

medicalização do parto; por outro, as mulheres escolhem o atendimento nas casas do parto para não vivenciar o desrespeito dos profissionais de saúde, situação comum nos hospitais públicos.

A polissemia do ideal de “humanizar” o parto se manifestou em pesquisa sobre duas maternidades que diziam adotar estes preceitos, uma em São Paulo, outra no Rio de Janeiro. Diniz (2005) verificou os múltiplos sentidos sobre a “humanização” usados para reivindicar a legitimidade do discurso dos agentes. Assim, a “humanização” pode conferir: a) a legitimidade científica da medicina; b) a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento, que é pensada como uma forma menos acusatória de tratar das violências; c) a legitimidade epidemiológica na saúde da população, com o uso da tecnologia adequada para assistência coletiva; d) “a legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto” (p.634), deslocando o papel principal na assistência do médico obstetra para a enfermeira; e) a legitimidade financeira, pleito dos gestores para adequar as finanças ao atendimento, numa relação custo-benefício que atenda os bons parâmetros dispostos nos documentos de referência; f) a legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde; e g) a legitimidade humanitária, reconhecendo a necessidade do alívio da dor.

Em que pese os múltiplos sentidos atribuídos ao conceito de “humanização”, a rede de ativismo enfatiza a violência institucional a que é submetida a parturiente. A carta da ReHuNA, lançada no início da década de 1990, denunciava “as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento” (Rehuna, 1993 *apud* Diniz, 2005) No próximo capítulo, analisarei os desdobramentos desta crítica com a criação e a busca do reconhecimento social da violência obstétrica.

Resumidamente, o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento propõe outra forma de nascer, critica o modelo hegemônico e o impulso que este deu à assistência hospitalar/ medicalizada do parto e, em especial, ao aumento da cesárea. Entre os procedimentos considerados prejudiciais estariam: a internação precoce que aumentaria o número de intervenções danosas, a temporalidade do atendimento centrado na equipe médica e na instituição hospitalar, a cesárea agendada e a proibição da livre movimentação e da alimentação da grávida durante o trabalho de parto. Outras práticas questionadas seriam a imobilização da mulher na posição horizontal, o enema (lavagem intestinal), a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), o rompimento precoce da bolsa amniótica, a ocitocina (hormônio) sintética administrada rotineiramente, a episiotomia (corte do períneo), os

esforços expulsivos dirigidos (pedir para a mulher fazer força), a manobra Kristeller (pressão feita na barriga da grávida) e os toques vaginais frequentes por diferentes membros da equipe médica. (Fleischer, 2005; Mendonça, 2013)

As mulheres acompanhadas nesta pesquisa que defendem a “humanização” do parto propõem procedimentos menos invasivos, mais “artesanais”, no lugar da extrema medicalização. Por “artesanais”, compreendem-se algumas práticas desvinculadas do aparato médico-hospitalar e fundamentadas no envolvimento corporal entre as pessoas e delas com o meio como, por exemplo, a analgesia com recursos ambientais como banheira com água quente, chuveiro e massagem com óleos essenciais. Outros procedimentos estimulados são: a sala única para o pré-parto, parto e pós-parto nas instituições hospitalares; ter liberdade de movimentação; a presença de acompanhante e doula; o acesso da grávida a líquidos e outros alimentos; permitir itens pessoais da mulher na sala do parto; o contato pele a pele do bebê e mãe assim que nasce; o estímulo para amamentar também; a atmosfera calma, silenciosa, quente e na penumbra; e liberdade para ir para casa.

A família, expulsa do trabalho de parto com a hospitalização deste, no contexto de uma “humanização”, é chamada de volta a ocupar um lugar ao lado da parturiente. Leboyer, crítico da disciplina pasteuriana de esterilização – argumento dos médicos para diminuir a quantidade de pessoas no cenário do parto – era um dos defensores da presença dos acompanhantes. Já Odent, embora seja um dos autores utilizados pelas ativistas e pelas doulas, acredita que muitas pessoas acompanhando a parturiente podem afetar o desenvolvimento do parto, nem mesmo os pais escapam deste crivo.

Para Hirsch (2013), “o ideário da ‘humanização’ abre caminho para a entrada de novos profissionais no cenário do parto e do nascimento”. A partir da disseminação dos preceitos do movimento com o auxílio das redes sociais nos anos 2000, vemos surgir novos profissionais, ou nem tão novos assim, mas que recebem maior importância pela percepção de que são aliados da “humanização”, como as enfermeiras obstétricas.

Neste contexto, surgem as doulas profissionais, cuja figura

só faz sentido dentro da concepção do modelo humanizado, uma vez que a proposta de oferecer apoio e amparo físico e emocional à parturiente só se apresenta como necessidade dentro de um modelo que aspire a não despersonalização daquele que recebe a assistência à saúde. (MENDONÇA, 2013, p.90)

A própria nomeação de doula traduz a emergência destas agentes no contexto do Movimento pela Humanização do Parto. Mendonça (2013) aferiu que algumas mulheres já desempenhavam a função antes mesmo de ter este nome. Uma delas atuava desde a década de

1970 como acompanhante de parto, enquanto a outra se definia como assistente de amamentação.

### 2.3 Antecedentes históricos e atribuições das doulas

Mariana, uma das frequentadoras do grupo de gestantes em que realizei a minha pesquisa, postou o seguinte depoimento em sua página da rede social *facebook*:

Recordando cada momento do meu trabalho de parto.... impossível não pensar nelas... Fui procurar o significado da palavra, Doula, achei esta definição: "Doula é uma palavra de origem grega que significa "aquela que serve" e apesar de ser usada hoje em dia para designar uma mulher que acompanha uma gestante ou casal grávido antes, durante e depois do parto dando suporte físico, emocional e afetivo, ainda mantém seu significado original: a doula está ali para servir ...  
Esse é o papel da Doula, atender as necessidades da mulher. O ambiente hospitalar e as pessoas desconhecidas geram na mulher medo, dor e ansiedade na hora do parto. A Doula então oferece todo apoio afetivo e emocional para que a mulher sintase segura e tranqüila para um dos grandes momentos da sua vida: o nascimento do seu filho. Eu tive a sorte de poder ter duas grandes mulheres ao meu lado, na verdade, três mulheres, pois minha sogra [...] também doulou lindamente..!! Para vocês, minhas queridas [...] minha eterna gratidão... Obrigada por cada palavra de incentivo, cada gesto de carinho, cada massagem, cada olhar.... Olhares estes, que levarei para sempre comigo, que se fizeram presente no momento mais especial da minha vida!!!

Nesta seção, pretendo averiguar o histórico de surgimento das doulas e suas atribuições. A narrativa de Mariana exemplifica algumas discussões que virão a seguir.

Quando Dana Raphael escreveu o livro *The Tender Gift: Breastfeeding* em 1973, a palavra “doula” descrevia a mulher que fornecia atendimento no parto e pós-parto, auxiliando as mães com a amamentação. Nos estudos realizados pela antropóloga, ela verificou a prática disseminada de mulheres amigas ou familiares ficarem com a parturiente neste momento, o que era fundamental para o vínculo da mãe com o seu filho e para o processo de amamentação. Se Raphael focava no cuidado pós parto, desde a década de 1980 o significado da palavra ficou mais abrangente, hoje doula designa a mulher que serve durante o pré-parto, parto e pós-parto. (MANDER, 2008, KOUMOUTZES-DOUVIA; CARR, 2006)

A escolha pelo uso da palavra doula é explicada por Raphael com uma ligeira referência aos tempos de Aristóteles; etimologicamente o termo significava “mulher que serve”, contudo tal serviço estava associado à escravidão, sendo até a atualidade uma palavra depreciativa na Grécia. Percebe-se que esta ideia de servir é disseminada no grupo estudado, tanto pela narrativa da Mariana quanto por falas de doulas, no material disponível no curso de formação e nas páginas das organizações de doulas. O ato de servir tem uma valoração positiva, diferente da compreensão dos gregos.

A hipótese de Rosemary Mander (2008) para o uso da palavra doula nos Estados Unidos (EUA), local de introdução desta profissional, é de que as “*midwives*”, traduzidas para parteiras em português, sofreram uma campanha difamatória muito forte e relativamente recente por parte dos médicos no país, logo, utilizar esta nomenclatura não era aceitável pela péssima associação. Tornquist (2004) apontou que a perseguição, desqualificação e banimento do campo de assistência e de cura, no século XIX, nos Estados Unidos, envolveu vários tipos de curandeiros populares e familiares, inclusive as parteiras. Diferentemente dos países europeus, em que os *sanadores* populares conviveram com a medicina moderna, no país norte americano, o processo de cassação da legitimidade destes agentes foi radical e avassalador, o que implicou “na desestruturação das redes de solidariedade e dos saberes domésticos ligados à cura, em geral, atribuição das mulheres” (p.80).

O modelo brasileiro de doulas é inspirado pelo modelo estadunidense. Soraya Fleischer (2005), ao etnografar um curso de formação destas novas acompanhantes de parto, analisou que a comparação com este país permeava toda a formação das doulas. Por um lado, vídeos e palestrantes eram oriundos deste, por outro, os EUA também servem de referência negativa ao influenciar a constituição obstétrica brasileira, isto é, fundamentando um modelo intervencionista de atendimento obstétrico que foi, em parte, importado para o Brasil. Antropólogos do parto e da reprodução estadunidenses, como Brigitte Jordan, Robbie Davis-Floyd e Sheila Kitzinger, são acionados para a crítica ao modelo médico hegemônico de atendimento à mulher grávida e parturiente e para a comprovação dos benefícios de se ter uma acompanhante profissional durante as fases do parto. Muitas destas referências e comparações ao cenário norte americano estiveram presentes no curso do Rio de Janeiro que eu participei, contudo, não houve nenhum palestrante estrangeiro e outros vídeos e documentos brasileiros também foram apresentados. Ao analisar o campo de estudos do assunto, nestes oito anos que separam a minha experiência da de Fleischer, concluo que a produção de material nacional sobre doulas e o “parto humanizado” aumentou bastante.

Uma revisão na literatura científica produzida nos Estados Unidos sobre as doulas (MADER, 2008; WOLFE, 2015) corrobora a associação da experiência brasileira com a dos Estados Unidos. Apesar das doulas no Brasil utilizarem exemplos e autores europeus também, existe uma supremacia de referências vinculadas aos EUA e, por isso, alguns aspectos da atuação destes agentes neste país serão abordados.

A primeira organização profissional de formação de doulas, a *National Association of Childbirth Assistants* (NACA), foi fundada nos Estados Unidos em 1984 e se dissolveu dez anos depois, momento em que vários outros grupos apareceram. Em 1992, é fundada a

*Doulas of North America* (DONA), organização que certifica doulas, e que alterou recentemente o nome para *DONA International*, tendo em vista a expansão para mais de 50 países. De acordo com os dados da própria organização, o número de membros ativos era 750 em 1994 e 6.154 em 2012, entre doulas de parto e de pós-parto, especialização criada recentemente. Já o número de doulas certificadas era 10.000 em 2013, sendo a maioria em território estadunidense.

Para Wolfe (2015), mesmo com os dados da DONA Internacional, há uma dificuldade de quantificar as doulas em atuação neste país que ocorre pelos seguintes fatores: não há uma legislação federal que regulamente o registro e a atuação destas profissionais; existe uma quantidade grande de organizações que certificam doulas, mas não reportam as estatísticas de seus quadros; e muitas doulas exercem a profissão sem ter terminado ou até iniciado alguma formação para tal.

No Brasil, a maternidade Sofia Feldman de Belo Horizonte lançou um projeto pioneiro intitulado “Doulas Comunitárias” no final da década de 1990 (LEÃO; OLIVEIRA, 2005). Tratava-se de uma afirmação da importância do acompanhante da gestante durante o trabalho de parto, algo que é premissa dos ideais de “humanização”. Dois anos depois do início do projeto no hospital, foi promulgada a lei nº 10.241 de 17 de março de 1999, que garantia a presença de um acompanhante durante o parto, algo que o Ministério da Saúde pontua como um dos aspectos da atenção “humanizada” ao parto (BRASIL, 2001).

Funcionando até os dias de hoje na maternidade mineira, as doulas comunitárias, mulheres voluntárias da comunidade e que em sua maioria já passaram pela experiência de parto, fornecem apoio para aquelas grávidas que chegam desacompanhadas à maternidade pública. As doulas fazem plantões no hospital de acordo com suas disponibilidades, atendendo as grávidas de segunda a segunda. A partir desta experiência, considerada exitosa pelos gestores do hospital, foi estabelecida uma parceria com o Ministério da Saúde em 2004 para multiplicar esta ação em hospitais das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste<sup>3</sup>.

No Rio de Janeiro, o Hospital Maternidade Herculano Pinheiro em Madureira, cadastrado na Rede Cegonha<sup>4</sup>, também conta com o atendimento por doulas voluntárias desde 2004. Em 2013, foi formulada uma cartilha do “Projeto Doulas Voluntárias” que especifica as atividades que a doula desempenha e que não desempenha; os benefícios da assistência, com

---

<sup>3</sup> Disponível em <http://www.sofiafeldman.org.br/atencao-a-mulher/doula/>. Acesso em abril de 2016.

<sup>4</sup> “É uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.” Disponível em [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_redecegonha.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php). Acesso em abril de 2016

trechos de documentos nacionais e internacionais que indicam a assistência de doulas no parto e no pós-parto, além de depoimentos de doulas que estão em atuação no hospital. Houve uma intensa participação das doulas na elaboração do projeto e a utilização de textos de uma das organizadoras do curso de doulas de São Paulo. Frise-se que o hospital não forma as doulas e aceita apenas voluntárias que tenham formação certificada por algum curso reconhecido.

Existem, ao menos, duas organizações conhecidas que cadastram doulas: a Doulas do Brasil e a Associação Nacional de Doulas (ANDO). De acordo com a doula Mercedes, em atuação há 11 anos, os cursos para doulas no Rio de Janeiro começaram a ser oferecidos em 2003 com a criação da ANDO. Na década de 1990, Céu, a criadora da associação, nomeava-se acompanhante de parto e assistiu o parto da Mercedes em 1998, sendo responsável por introduzi-la no Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento. Céu, certificada pela DONA, utilizou o modelo da organização estadunidense para a criação do projeto carioca de formação de doulas. Conforme Mercedes narrou, em São Paulo, a formação das doulas começou no ano anterior, ou seja, 2002. O Grupo de Apoio a Maternidade Ativa (GAMA), que usa o cadastro do Doulas do Brasil e surgiu na cidade de Campinas, se espalhou para outras áreas do país, e, desde 2013, oferece cursos com frequência no Rio de Janeiro.

Mercedes estipula que havia 60 doulas certificadas no início dos anos 2000 e que este número saltou para mais de 6.000 no Brasil em 2015. No momento da entrevista, não havia distinção das doulas para parto e pós-parto. O número, assim como no caso dos Estados Unidos, não é fácil de ser encontrado, haja vista que as organizações que certificam e que cadastram doulas não disponibilizam as suas estatísticas por meios acessíveis e as doulas também são formadas por projetos dos hospitais. Além disso, muitas mulheres que se formaram nos principais cursos acabam promovendo outros cursos que não são registrados e muitas doulas atuam também sem educação formal, motivos que tornam difícil a empreitada de quantificar o número de doulas em atuação ou certificadas no país.

No II Simpósio Internacional de Assistência ao Parto (SIAPARTO)<sup>5</sup>, ocorrido em São Paulo, em 2015, Mercedes participou de uma reunião cuja pauta era a criação de uma regulamentação dos cursos de doula, todavia, a discussão não avançou no decorrer do ano. Em janeiro de 2013, as doulas comemoraram a inclusão de sua ocupação no Código Brasileiro de Ocupações (CBO) com a seguinte classificação 3: técnicos de ensino médio; 32: técnicos

---

<sup>5</sup> Para as organizadoras do evento, o objetivo deste é “oferecer aos profissionais brasileiros uma visão ampla e completa sobre as nuances da assistência ao parto e nascimento, com foco nas evidências científicas e nas experiências internacionais.” O público-alvo consiste em médicos obstetras, neonatologistas, pediatras e generalistas, enfermeiros obstetras, neonatologistas e generalistas, obstetras, doulas, educadoras perinatais e interessados em geral. Disponível em <https://www.siaparto.com.br/?p=00>. Acesso em abril de 2016.

de nível médio das ciências biológicas, bioquímicas, da saúde e afins; 322: técnicos de ciência da saúde humana; 3221: tecnólogos e técnicos em terapias corporais e estéticas, e, por fim, na numeração 322135: doulas. Segundo o conteúdo disponível no site do Ministério do Trabalho, a descrição sumária das atividades dos tecnólogos e técnicos em terapias corporais e estéticas é a seguinte:

Aplicam procedimentos estéticos e terapêuticos manipulativos, energéticos, vibracionais e não farmacêuticos. Os procedimentos terapêuticos visam a tratamentos de moléstias psico-neuro-funcionais, músculo-esqueléticas e energéticas; além de patologias e deformidades podais. **No caso das doulas, visam prestar suporte contínuo a gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante.** Avaliam as disfunções fisiológicas, sistêmicas, energéticas, vibracionais e inestéticas dos pacientes/clientes. Recomendam a seus pacientes/clientes a prática de exercícios, 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 visando sua saúde e bem estar. Alguns profissionais fazem uso de instrumental perfuro-cortante, medicamentos de uso tópico e órteses; outros aplicam métodos das medicinas oriental e convencional. (**Grifo meu** – BRASIL, 2013)

A inserção da ocupação da doula no CBO exemplifica um pleito forte no movimento das doulas; a profissionalização.

O curso de formação de doulas etnografado não se insere nos projetos desenvolvidos por hospitais. Para a política institucionalizada de algumas maternidades, a doula integra a equipe médica, algo que as doulas do GAMA rebatem, pois se consideram fazendo parte da equipe da mulher. O atendimento ocorre, inclusive, mais fora da área hospitalar, quando elas acompanham a mulher desde a sua casa na maior parte das vezes, e estas não estão disponíveis na forma de plantão, pois frequentemente o contrato de trabalho não regula o limite de tempo do atendimento. Não foi colocado nenhum óbice para que as doulas iniciantes fizessem trabalho voluntário no Hospital Maternidade Herculano Pinheiro. Contudo, em São Paulo há uma informação na página do site do GAMA sobre a não vinculação de um trabalho voluntário ao curso, por acreditarem que os hospitais não se adequam às propostas de atendimento “humanizado” preconizado pelas doulas.

Na apresentação das cursistas, a maioria posicionou o seu descontentamento com relação às práticas obstétricas predominantes nos sistemas de saúde público e privado brasileiros.

As atribuições da doula descritas no curso de formação e endossadas pelas entrevistas seriam: prover suporte emocional (encorajar, elogiar, tranquilizar, passar segurança e segurar a mão da parturiente, por exemplo); dar suporte físico (com massagens, compressas,

exercícios, posições e outras técnicas não farmacológicas); fornecer informações (orientar sobre os benefícios do “parto natural”, listar os direitos da mulher, esclarecer dúvidas sobre a fisiologia do parto e elucidar outras questões em geral) e, por fim, defender sutil e indiretamente a grávida (agir em favor dela, preservar sua individualidade e sua privacidade, incentivar a liberdade de movimentos e autonomia e eliminar ruídos e interferências do ambiente).

A seguir, alguns relatos sobre o papel da doula:

*“Achava que uma doula, uma pessoa de fora da família, mas uma profissional, poderia me auxiliar nas decisões no momento e na proximidade do parto. Assim como estar ao meu lado caso a equipe da maternidade quisesse intervir no meu parto, ou fazer uma cesárea desnecessária. Isso se não desse tempo da minha obstetra chegar. Enfim, gostaria de alguém ao meu lado nesse momento que respeitasse minha vontade e lutasse por ela se necessário.”* Fala de Janaína, que no seu segundo parto contratou uma doula.

*“No início da gestação, achava que ter uma doula era fundamental para fazer tudo certo [para ter o parto normal]. No decorrer da gestação, me sentia tão acolhida por minha médica e com tantas informações que não sentia mais tanto a necessidade de uma doula.”* Fala de Paula, que no seu segundo parto contratou uma doula.

*“Tive o parto que queria depois de três cesáreas por causa da doula.”* Fala de Juliana, em palestra comemorativa do dia da doula.

*“A doula é fundamental, neste processo [a gravidez], para a construção do seu caminho, não é ela que empodera a mulher, mas ela dá suporte, acesso às informações.”* Intervenção de uma mulher em evento de lançamento de vídeo sobre o parto.

As atribuições específicas das doulas, segundo o guia das competências do CBO, são as seguintes: indicar técnicas de hidroterapia (água no trabalho de parto); auxiliar a gestante na elaboração do plano de parto; ensinar a cronometrar a contração; oferecer informações baseadas em evidências; ensinar técnicas de preparo perineal<sup>6</sup>; ensinar técnicas de propriocepção<sup>7</sup>; orientar respiração e ensinar técnicas respiratórias; adequar o ambiente para o bem estar da parturiente; identificar distócia<sup>8</sup> emocional; acompanhar a evolução da gestante, parturiente e no pós-parto; facilitar o posicionamento e a descida do bebê; promover o vínculo no primeiro contato mãe-bebê; promover a amamentação na primeira hora; realizar visita pós-parto; e incentivar a participação ativa do acompanhante.

Além das tarefas atribuídas à ocupação da doula, existem aquelas que não podem ser realizadas por elas e muitas apresentam os seus limites. Para a doula Mercedes, o contrato de

<sup>6</sup> Períneo consiste na região que constitui a base do púbis, entre o ânus e a vagina.

<sup>7</sup> De acordo com dicionário online de português, significa sensibilidade própria aos ossos, músculos, tendões e articulações e que fornece informações sobre a estática, o equilíbrio e o deslocamento do corpo no espaço.

<sup>8</sup> Qualquer problema, tanto de origem materna quanto fetal, que dificulte ou impeça o parto.

trabalho é importante neste sentido, para esclarecer o que pode ou não ser feito e ser cobrado posteriormente. Um dos textos de referência sobre doulas, usado inclusive pelo projeto do Hospital Maternidade Herculano Pinheiro, trata das não atribuições desta ocupação e foi escrito pela organizadora do GAMA de São Paulo. Segundo esta, “a doula não executa qualquer procedimento médico, não faz exames, não cuida da saúde do recém-nascido. Ela não substitui qualquer dos profissionais tradicionalmente envolvidos na assistência ao parto. Também não é sua função discutir procedimentos com a equipe ou questionar decisões”. A doula Beatriz, ao demonstrar sua dúvida sobre a pertinência ou não de um exame numa reunião do grupo de gestantes, disse: *“Doula não pode opinar sobre esta questão técnica. Médico e enfermeira é que devem avaliar cada caso.”*

Não há uma negação da ciência, como elas fazem questão de frisar. As doulas questionam a “medicina tradicional” que, segundo elas, mantém práticas ultrapassadas, herdeiras de uma tradição religiosa e que não está preocupada com o bem estar das mulheres; pelo contrário, tais práticas servem para sua submissão. A doula Patrícia acredita que *“Não é o foco da doula trabalhar os malefícios das intervenções, mas por conta destas serem tantas, acaba que a profissional se mune de informações. Isto faz parte de um ativismo.”*

Destarte, pesquisas científicas são consideradas aliadas neste processo de superar as premissas da “medicina tradicional desatualizada”. O movimento pela humanização fundamenta suas diretrizes na dita “medicina baseada em evidências”.

A “medicina baseada em evidências” (MBE) consiste, segundo o grupo pesquisado, na aplicação do método científico para toda prática médica, principalmente aquelas consideradas “práticas tradicionais”, que deve ser submetida a uma rigorosa verificação, com a revisão da literatura existente, análise da relação risco-benefício, experimentos clínicos aleatorizados e controlados e outras formas de investigação que contem com rigor científico. Como observa Tornquist (2002), a noção de “medicina baseada em evidências” critica a medicina convencional pelo uso e abuso de valores tidos como “extra científicos”, baseados em crenças ou tradições consideradas “ultrapassadas” e sem respaldo científico.

Cabe ressaltar também que a crítica à medicalização é seletiva, o foco da crítica seriam as intervenções durante o trabalho de parto e pós-parto tanto para a mãe quanto para o bebê, mas há poucos questionamentos sobre as rotinas do pré-natal para a gestante ou sobre as tecnologias de reprodução.

A doula Mercedes acredita que o primeiro requisito para a escolha de uma doula deve ser a formação desta baseada em evidências científicas, pois a doula tem o papel de manter a grávida informada para que ela possa escolher bem os caminhos do seu parto, o segundo

requisito seria uma empatia inicial entre a grávida e a doula. A doula Beatriz pontua que a *“doula deve estar informada sobre o cenário obstétrico, sempre se atualizando, basear seu trabalho em evidências científicas e ter o olhar voltado para a gestante.”* A doula Renata, no curso de formação, corroborou esta perspectiva: *“Doulas devem frisar que suas indicações são baseadas em evidências.”*

Algumas doulas com mais tempo de profissão se recusam a acompanhar grávidas que pretendam parir assistidas por médicos de planos de saúde, por alegarem que estes irão adotar procedimentos não tolerados por elas, além da possível tensão entre ambos. Mercedes, justificando sua decisão de não atender mulheres que sejam assistidas por obstetras de planos de saúde disse: *“Já atendi muitas mulheres com plano, mas é sempre a mesma coisa. Os partos são como muitas intervenções. Nunca fui surpreendida.”*

Lívia, que contratou uma doula na sua primeira gestação e pariu em maternidade pública, teve que escolher não ser atendida no parto pelo obstetra do plano de saúde que acompanhou o seu pré-natal, pois a doula não trabalhava com médicos de planos de saúde. Ela considera que a doula pode decidir neste sentido, mas acaba não abrindo espaço no sistema privado para disputar o modelo de assistência.

No grupo de gestantes, as coordenadoras e participantes mais antigas estimulavam as novas participantes a trocar de médicos, caso estes não fossem reconhecidos como médicos com condutas “humanizadas”. Independente da fase da gravidez e das condições financeiras do casal grávido, havia uma pressão para a troca de médicos e, no caso de não poder contratar uma equipe humanizada, a gestante era incentivada a ir para a maternidade pública de referência do movimento pela humanização do parto.

Por outro lado, a confiança nos obstetras “humanizados” também não é total. A doula Renata, uma das que ministrou aulas, disse no curso de formação que *“Mesmo o obstetra ‘humanizado’ tem vícios, conhecendo o médico, podemos pensar em outras práticas a serem incluídas no plano [de parto].”* Na entrevista com Paula, que contratou doula para acompanhar o seu parto, ela também relatou que Bruna queixou-se de uma médica muito influente no projeto de “humanização”, pois esta havia pressionado a parturiente para uma cesárea, já que era aniversário de sua filha e ela queria sair mais cedo do hospital.

Um fala de Patrícia enfatiza a tensão existente entre doulas e médicos: *“‘Doctor, you are no longer required’ Nós temos boca, cérebro e o desfiladeiro vaginal é nosso, fazemos o que bem entendermos com ele e podemos falar por nós mesmas. Desqualificar o discurso do interlocutor não vai funcionar, nem com as palavras mais lindas.”* Como uma resposta para as críticas que as ativistas da “humanização” sofrem, Patrícia, que além de doula é enfermeira

obstétrica, revelou a dimensão do poder de controlar os corpos e os discursos sobre estes que antagonizam mulheres e médicos.

As doulas apresentam os dados de pesquisas como a da ENSP para dizer que há uma “epidemia de cesáreas” no país e sugerem alguns fatores que fizeram aumentar o número de cirurgias: a cultura do risco, em que tudo é visto como inseguro e que deve ser alvo de intervenção, e os baixos valores pagos pelos planos de saúde para o acompanhamento de um parto normal, que é muito mais demorado e menos controlado que uma cesárea. Por esta visão, a estrutura médico-hospitalar da sociedade capitalista seria a responsável por um mau atendimento das gestantes por médicos que, acima do bem-estar das grávidas, pensam em seus lucros e hospitais que têm uma série de rotinas prejudiciais que não são discutidas por aqueles que as sofrem. A mulher seria passiva neste cenário, perdendo o papel de protagonista para o médico.

Algumas falas das doulas exemplificam o seu posicionamento sobre as cesáreas. Para Patrícia, a *“doula não tem que convencer ninguém, tem que dar a informação.[Todavia] Há uma dificuldade em aceitar a cesariana.”*. Renata, em contrapartida, afirmou durante o curso de formação que *“a doula também tem papel político de reduzir o número de cesáreas desnecessárias”*. Outras falas explicitavam a ideia de que não existia cesárea eletiva “humanizada” e que numa cesárea *“o papel da doula perde o sentido (encorajamento, informação), acompanhamento pode ser de amiga.”*

Cabe frisar que concordo com Patah e Malik (2011) de que poucos são os trabalhos que abordam aspectos econômicos e incentivos relacionados aos interesses médicos e sua decisão pela cesárea. Desta forma, a argumentação das doulas de que os médicos do modelo hegemônico visam ampliar seus lucros atendendo mais cesáreas em menos tempo merece um estudo mais detalhado. Até porque os médicos obstetras reconhecidos como “humanizados” raramente atendem planos de saúde e cobram a partir de 10.000 reais para acompanhar um parto. As enfermeiras obstétricas também cobram a partir de 6.000 reais para atenderem um parto domiciliar. São valores elevados e não incluem as consultas durante o pré-natal. Pensando por uma lógica utilitarista, muitos médicos poderiam migrar para um atendimento “humanizado” e conseguir aumentar seus dividendos.

Quando as mulheres decidem por um parto hospitalar com equipe particular ou por um parto domiciliar, além do pagamento da equipe de médicos e/ou enfermeiras, pagam o acompanhamento das doulas se assim quiserem. No grupo de gestantes, de vinte mulheres, dez estavam nesta situação: pagaram pela equipe médica ou de enfermagem e pelo serviço das doulas.

Em 2014, Klujsza informou, em sua dissertação de mestrado, que o serviço das doulas custava entre 200 e 2.000 reais. Durante o curso de formação em 2013, o preço do contrato destas profissionais no Rio de Janeiro estava em torno de 800 a 900 reais, segundo a doula Alice. As doulas iniciantes deveriam cobrar menos pelos seus serviços, por volta da metade, ou não cobrar. Na entrevista com Mercedes, em outubro de 2015, a doula informou que o piso acordado pelo Núcleo Carioca de Doulas seria 1.500 reais, indo até 5.000 reais, mas não havia um teto estipulado. Mercedes costuma cobrar sempre o mesmo valor, podendo facilitar as formas de pagamento. A doula relatou que faz atendimento voluntário. Beatriz, outra doula experiente como Mercedes, também atende sem cobrar uma mulher por mês que vá parir em maternidade pública.

A entrevistada Paula relatou que o valor cobrado pelas doulas foi um fator determinante para a escolha desta acompanhante. Apesar de ter tido mais empatia com a doula Letícia, ela acabou escolhendo a Bruna. Enquanto Letícia cobrou 3.500 reais, Bruna cobrou o piso do núcleo de doulas: 1.500. Paula já estava pagando a equipe médica particular, que havia cobrado 10.000 reais, isto era um problema nas finanças da família e teria trazido aborrecimentos com o seu marido.

O contrato das doulas pode ser orientado por visitas ou por pacotes. O mais comum é o contrato que estabelece um valor único para as visitas pré e pós parto e o parto. Os valores acima se referem a este tipo de contrato. O primeiro contato normalmente é sem compromisso e deve ser em local público, segundo a indicação das doulas no curso de formação. Fechado o acordo entre as doulas e as clientes, as visitas antes do parto normalmente são duas e no pós-parto mais uma, por volta de quinze dias depois do parto.

As doulas são estimuladas a oferecer “um diferencial”, ou seja, outros serviços como fotografia, consultoria de amamentação, *belly mapping* (pintura da barriga da grávida para que ela reconheça o posicionamento do bebê no útero), escalda-pés, massagens etc..

### 2.3.1 Categorias natureza e cultura no discurso das doulas

Dentre o material apresentado no curso, merece destaque o vídeo “Parto dos selvagens/Parto de cócoras” que relata as experiências do médico obstetra brasileiro já falecido Moysés Parcionik com o parto de cócoras de mulheres indígenas no Sul do país. A justificativa para a exibição do filme dada por Patrícia, instrutora do curso, foi: “*Vocês vão ver como a fisiologia da mulher é perfeita*”. Ao término da película, a mesma pontuou que atualmente a posição de cócoras não é adotada por muitas mulheres porque não há o costume

de ficar nesta posição, considerada uma das mais perfeitas para o parto, mas que não combina com o estilo de vida da mulher ocidental urbana.

Apesar da utilização de vídeos abordando partos em várias partes do mundo e em contextos históricos diferentes e das falas das instrutoras de que existe uma diversidade de partos, sendo este um evento cultural, a visão que sobressai no discurso das doulas é do parto como algo fisiológico e que o corpo da mulher, por isso, sabe o que fazer.

Para que o parto seja uma experiência positiva, deve-se, segundo as doulas, evitar qualquer intervenção, deixando a mulher se conectar com sua “natureza” e perceber as demandas do próprio corpo. É como se ela tivesse que se despir de seus valores culturais e desconectar-se do mundo a sua volta; a mulher sem a cultura seria a mulher no “estado de natureza”, sendo a cultura encarada como uma capa que recobre a essência feminina. Desta forma, um ideal de parto é formulado, tendo em vista que há um ideário de “natureza” da mulher, o que vai de encontro à diversidade de partos relatada, que havia servido como ponto de partida para o questionamento da hegemonia do parto cesáreo.

A partir deste ideal de parto, constroem-se as classificações dos tipos de parto, sendo o parto domiciliar o mais valorizado, pela diminuição das intervenções. Durante o curso de formação e a reunião das gestantes, percebi muitos argumentos para estimular esta forma de parir. Em sua própria casa, a mulher teria uma capacidade maior de se conectar com esta “natureza”, pois está em um ambiente que a conforta, já conhecido e com pessoas de sua confiança. Tudo propício para a emergência da “natureza” feminina.

Para Jean-Jacques Rousseau (1973), filósofo iluminista, o “estado de natureza”, estágio inicial do desenvolvimento, é um tempo de harmonia, no qual o indivíduo, sozinho e não sujeito ao coletivo, não foi corrompido pela instituição da propriedade privada. O progresso do gênero humano produziria a degeneração, com o surgimento dos vícios e o aparecimento da desigualdade social. Portanto, ao contrário dos antropólogos evolucionistas, Rousseau inverte a valoração da linha evolutiva, ao considerar o “selvagem” como um exemplo de conduta.

A fala de Patrícia sobre a perfeição dos partos no vídeo (a única intervenção do médico é amparar os bebês quando nascem) refletiu também uma valorização do chamado “selvagem” atribuído no título do filme. O parto das “índias”, pensado através de um estereótipo que as generaliza e as torna exóticas, além de ser considerado perfeito, foi uma demonstração da fisiologia, ou melhor, da “natureza” da mulher segundo a doula, em seu estado de “selvageria”. Este discurso aliado a outras falas infere que a extrema medicalização e intervenções no parto são uma corrupção do “parto natural” e que o processo evolutivo das

técnicas obstétricas caminhou para algo ruim. Segundo Soraya Fleischer (2005), a mensagem do movimento pela humanização do parto é a de que caberia às doulas e outras ativistas advogarem por um retorno à “natureza” e participar do processo educativo para ensinar as mulheres como ser “natural”.

Luiz Rojo (2005), em sua pesquisa sobre uma comunidade naturista no sul do país, apurou que este movimento também buscava referência nos indígenas, considerados “os primeiros naturistas”. A harmonia com a natureza marca um dos elementos do imaginário que uma boa parte da sociedade constrói sobre os índios. Em contraponto, o “mundo civilizado” apresentava-se caracterizado, para os naturistas, por uma decadência de valores. Os membros da comunidade na qual Rojo desenvolveu seu trabalho possuíam um discurso no qual a articulação entre natureza e cultura estava fortemente influenciada pelo ideal rousseauiano do “bom selvagem”. Natureza e cultura eram colocadas em polos opostos e “associados à pureza/corrupção do que seria essencialmente humano” (p.170). A cultura, assim como no discurso das doulas, afastaria os naturistas de sua “verdadeira natureza”, enquanto o estereótipo do indígena representaria uma simbologia da relação ideal entre o ser humano e a natureza.

Em postagem sobre um relato de violência obstétrica, a autora inicia o texto com as frases: “*Sou um animal ferido, que volta destroçado e ensanguentado para o seu ninho, após sobreviver a uma tentativa quase eficaz de abate. Sou um mamífero em apuros, com sua cria no colo*”<sup>9</sup>(...). O discurso de “humanização” do parto acaba também por ser vinculado a um processo de animalização. “Humanizar” o parto consiste em retornar à natureza, lembrando que a mulher é um animal, um mamífero. Contraditoriamente, para aproximar as técnicas obstétricas do ser humano, precisa-se considerá-lo um animal, recusando a técnica em prol de uma “natureza humana”.

Outras falas no sentido de reconhecer a primazia da natureza sobre a cultura foram observadas durante o curso e nas postagens em grupos de discussão na internet: “*A mulher sabe parir, deixe espaço para ela entrar dentro dela mesma porque o corpo sabe o que tem que fazer*”, a palestrante Júlia endossa a supremacia do biológico sobre o social. Em relato sobre o parto humanizado postado na internet, a mãe afirma “*Nosso corpo foi preparado para isto [o parto]!*”<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Disponível em <http://adeledoula.blogspot.com.br/2014/07/violencia-obstetrica-durante-e-apos-o.html>. Acesso em abril de 2016

<sup>10</sup> Disponível em <http://www.despertardoparto.com.br/blog---relatos-de-parto>. Acesso em abril de 2016

Um dos teóricos que muito influenciou e ainda influencia o movimento pela “humanização”, o obstetra Michel Odent, fortalece a tese de que a parturição deve ser encarada como um retorno às origens, como uma conexão com a própria animalidade da mulher. Neste processo,

a visão de M. Odent acerca do que seja cultura é bastante reducionista e pessimista, e não parece vincular-se aos campos disciplinares com os quais ele dialoga história, etnologia e psicanálise. Considerando a cultura como nefasta ao bom andamento do parto, o autor argumenta que as mulheres devem recuperar a animalidade perdida, idéia que está presente no ethos da geração de 68 e no mundo alternativo, e que traduz o romantismo e o neo-romantismo que caracterizam esse grupo. Mas, diferentemente das autoras que ostulam a necessidade de recuperar instintos e saberes perdidos ao longo dos séculos, como vimos anteriormente, em Odent não há referência a essa dimensão; ao contrário, o autor é taxativo quanto à negatividade da cultura no processo do nascimento. (TORNQUIST, 2004, p.126)

Destarte, a antropóloga Soraya Fleischer (2005) aponta que no discurso de doulas há uma essencialização das mulheres no momento em que é preconizado por muitas doulas que ter poder sobre seu corpo e suas decisões levaria essas mulheres a escolher um “parto humanizado”, priorizando o seu lado “natural”, reconhecendo a sua “natureza feminina”. Assim, sustenta-se uma noção de humanidade ideal para legitimar uma nova técnica de parto. As doulas buscam espaço no debate sobre o parto ideal e para isto utilizam um discurso que aponta as diversidades de técnicas de parto em várias sociedades - para questionar a cesárea frise-se, mas, em paralelo a este discurso que reforça a diversidade, a ideia fundamental é a de que a mulher recorra a seus instintos e respeite a “natureza humana”. Nesta educação para o parto, percebe-se a utilização das categorias cultura e natureza, mantendo uma fluidez entre estas, como também concluiu Fleischer. O parto ora é encarado como um evento fisiológico que irá acontecer independente do desejo e vontade da grávida ora como um evento cultural e social que varia de sociedade para outras. Porém, percebe-se uma ênfase da interpretação que o relaciona com aspectos fisiológicos e biológicos essencializados, até pelo perfil de muitas das instrutoras ser ligado à área médica.

Em suma, segundo Fleischer:

Nesta cruzada positivadora [do parto], há momentos em que as explicações biológicas são priorizadas e outros em que explicações culturais merecem destaque. Para elas [as doulas], o parto prima pelo desdobramento “normal” da biologia. As doulas querem que músculos, ossos, ligamentos, cartilagens, mucosas funcionem como foram “programadas”. E isto, mesmo que semanticamente contraditório, é o que se baseia um parto “humanizado”. Ou seja, humanizar é, justamente, atrelar o ser humano ao que ele tem de mais “natural” –seu arcabouço fisiológico. Mas, em outros momentos, humanizar pode significar completamente o contrário, ou seja, criar condições (tidas como positivas) no ambiente social para que o parto aconteça. Assim, a doula proporciona conforto físico e emocional, para que, só então, o mesmo arcabouço fisiológico relaxe e cumpra o seu papel “programado”. (2005, p. 16-17)

O papel da doula neste sentido seria o de auxiliar as condições adequadas para que esta “natureza feminina” se manifestasse, cuidando do ambiente para isto e fornecendo informações antes do parto para mediar as escolhas.

Pensando numa outra perspectiva, o discurso de retorno à natureza pode não ser considerado puramente como uma inversão na linha evolutiva proposta pelos antropólogos evolucionistas e uma aproximação do “bom selvagem” de Rousseau. Em alguns momentos, as doulas repudiam a associação delas e das grávidas com índias, hippies, comunistas e bruxas e levantam a bandeira da “medicina baseada em evidências”, dizendo que não rejeitam as técnicas culturais, entretanto estas devem ser cientificamente comprovadas, usadas se necessárias, e não crenças de uma medicina “tradicional” e “machista”, que violenta as mulheres. Convivem no discurso das doulas uma valorização saudosista da “natureza”, que remete o parto ideal ao passado (no caso de um dos filmes apresentados no curso de formação e em algumas falas das doulas este passado é representado por índias), com outra forma de valorização da natureza não dissociada do saber científico. Este novo posicionamento sobre a integração mulher/natureza também está relacionado com o processo civilizatório, na medida em que muitas vezes o discurso do Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento sustenta a ideia de que a “humanização” é um novo passo no processo civilizatório.

Rojo (2005) verificou que a integração homem/natureza também ecoava entre alguns naturistas para defender argumentos mais “ecológicos” do que “saudosistas”, “inserindo o naturismo como um passo adiante no processo civilizatório” (p.71). Se a nudez, por um lado, poderia ser vista como uma pureza, um retorno ao estágio “pré-cultural”; por outro lado, este corpo nu representaria também a capacidade de prescindir das próprias roupas, num autocontrole que permite a sociabilidade entre os indivíduos.

Voltando ao meu campo, Fleischer (2005) afirma que, sob a justificativa de “humanização”, existe um grande ímpeto universalizador e normativo sobre o cenário do parto. As doulas sustentam a nova tecnologia do parto como um ideal a ser seguido por todas as mulheres, desvalorizando outras formas de parir que não sejam esta. A cesárea é o grande vilão e muitas vezes mulheres que optam por uma cesárea marcada são consideradas alienadas pelas ativistas. Se o movimento preza pelo protagonismo feminino, ao cristalizar um modelo ideal de assistência obstétrica, fecha-se o espaço para a escolha da mulher e reitera-se a visão de que a mulher é um animal que já nasceu com um código programado para parir.

## 2.4 Campo de disputa

Ao apresentar as premissas do Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento, introduzi o embate entre o discurso sobre o parto ideal do movimento e o discurso hegemônico da medicina tradicional. O parto, segundo a crítica das doulas e das ativistas deste movimento, se transformou em um evento médico, considerado uma patologia, sendo a grávida uma paciente que deve ser tutelada pelo sistema médico-hospitalar. Contrapondo-se a isto, elas reforçam o discurso de autonomia da mulher e a centralidade desta na gravidez e no parto, apesar das críticas tecidas à criação de um modelo ideal de parto pelas doulas também. Em questão está o poder sobre o corpo da mulher e o saber que legitima este poder e que posiciona os agentes envolvidos nesta disputa.

Podemos analisar a atuação das doulas e dos médicos dentro do campo da biomedicina. Os campos são caracterizados, pela teoria de Pierre Bourdieu, como espaços sociais que possuem suas próprias regras, princípios e hierarquias, são como microcosmos relativamente autônomos. Quanto mais forte o campo, maior autonomia este tem frente às interferências externas, menos os seus membros necessitam politizar as suas questões para fora do campo. Os campos são campos de força e campos de luta, nas palavras de Bourdieu

(...) sabemos que em qualquer campo descobriremos uma luta, cujas formas específicas terão de ser investigadas entre o novo que entra e tenta arrombar os ferrolhos do direito de entrada e o dominante que tenta defender o monopólio e excluir a concorrência. (2003, pp.119-120)

Existem posições, paradas em jogos e interesses específicos, sendo fundamental para o funcionamento de um campo que existam pessoas dispostas a jogar o jogo do campo e que conheçam as regras deste. Desta forma, um *habitus* compartilhado entre os membros do campo possibilita o conhecimento e reconhecimento das leis do campo. Pela definição clássica de Bourdieu, *habitus* pode ser compreendido “como sistema das disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes” (2005, p.191). Os membros de um campo possuem um capital de técnicas, de referências e um conjunto de valores que orientam a sua prática. Tais valores estão associados à história da disciplina e sua posição frente a outras, sendo que a estrutura do campo depende da distribuição do capital específico dentro deste, distribuição esta que está imbricada em uma relação de força dos agentes para conservar ou subverter a estrutura (BOURDIEU, 2003). Por isso, é mister que seja analisada a história de um campo e

como se configuram as relações de poder especificamente naquele campo para verificar a sua constituição e a formação de suas autoridades específicas.

Assim, é relevante apresentar algumas teorias que abordam as relações de poder no campo da biomedicina e o seu processo de organização enquanto saber para se pensar sobre as especificidades das disputas no modelo obstétrico brasileiro.

O breve histórico sobre os modelos de assistência obstétrica existente no Brasil traz indícios de uma disputa entre médicos e parteiras desde o século XIX. A arte de partejar era assistida principalmente pelas comadres nos domicílios, elas eram as autoridades legítimas que acolhiam as mulheres e determinavam o melhor atendimento. Muitos dos procedimentos adotados pelos estudantes de obstetrícia provinham do conhecimento das parteiras leigas, que além de partos, também participavam de abortos e auxiliavam a mulher orientando-as em assuntos como sexo e procriação, algo que também vai ser uma preocupação dos médicos (BRENES, 1991). O questionamento da atuação das parteiras ganha força no século XX e a consolidação da ciência, principalmente da medicina, enquanto o saber legitimado para tratar dos cuidados maternos e infantis transforma as posições em jogo no cenário da obstetrícia.

Neste processo de mudanças, Tornquist (2004, p.79) analisa que

foram deslocados os saberes femininos, leigos e especializados, subalternizando as mulheres que prestavam assistência: parteiras, comadres, matronas, curiosas e parteiras examinadas. O rechaço aos círculos e redes de saber e informação entre mulheres, atualmente conhecidas, por parte dos médicos, como conversas de comadres que, desde então, passaram a ser consideradas nefastas ao bom andamento da gravidez e do parto, mostra o quanto este processo de subalternização e estigmatização impregnou a formação médica, moderna e racionalista.

Um dos autores que analisou a consolidação de novas formas de controle que tem a ciência como vetor de um poder capilarizado, que não está concentrado em apenas uma instituição, foi Michel Foucault. Com o processo de organização e classificação científica dos indivíduos a partir do século XVIII, ocorre um desbloqueio tecnológico da produtividade do poder, com várias instituições e agentes controlando a população de formas mais sutis, mais eficazes e menos dispendiosas. Entram em cena tecnologias de controle sistemático que se justificam a partir da ideia coercitiva de “normalidade”. Segundo Claudia Rezende (2009), Foucault verificou que o poder é produtor de práticas e interesses, não significa apenas a repressão, e que os saberes em torno do corpo atravessam vários campos de poder. Estes poderes agem criando verdades que classificam os corpos em todas as suas dimensões, definindo padrões de normalidade aceitos socialmente sob a égide da ciência. A segmentação dos domínios do saber, neste sentido, estimulou a especialização médica.

Foucault (1999) afirma que as instituições de controle, como hospitais, têm não somente a função de docilizar e controlar os corpos como fazer com que eles sejam úteis para os aparelhos de produção. O corpo, neste sentido, é encarado como força de trabalho e deve servir ao sistema produtivo, sendo o médico uma autoridade que exerce este poder de docilizar os corpos. Como observa o autor, “o desenvolvimento do ‘método clínico’ é o resultado de um engenhoso compromisso entre a segmentação dos domínios científicos e o olhar interpretativo sobre o corpo, seus sinais e sintomas.” (FOUCAULT, 1963 apud DUARTE, 2003)

Cabe ressaltar que este corpo privilegiado no escrutínio da ciência médica foi, desde o início do desenvolvimento desta, um corpo masculino. O feminino consistia no corpo obscuro para a biomedicina, marcado pela falta, negatividade, incompletude e pensado como um corpo masculino pouco evoluído. Aos poucos, a mulher passou a ser pensada como dona de uma especificidade própria. A história da ginecologia e da obstetrícia revela esta inquietação com os mistérios das mulheres e os segredos do corpo feminino. Contudo, não houve a superação do parâmetro anterior e a referência continuou a ser o homem. Mesmo quando as diferenças entre estes corpos poderiam ser pensadas como mínimas, a medicina as tornou alvo de inumeráveis detalhamentos, exacerbando-as (TORNQUIST, 2004).

Para Octavio Bonet (1999), a cristalização da biomedicina como um modelo sobre o corpo e a doença ocorre a partir da configuração individualista hegemônica da cultura ocidental. Três seriam as consequências desse processo para o saber médico: 1º) a racionalização e o afastamento do sensível; 2º) a fragmentação dos domínios deste saber e a universalização dos saberes; e 3º) a interiorização e psicologização dos sujeitos. Uma tensão estruturante da prática biomédica seria formada com uma concepção de corpo individualizado marcado pelo dualismo corpo (material, mensurável e objetivável) e pessoa (espiritual, social e psicológico).

O modelo biomédico coexiste com outras exteriorizações do processo de saúde e doença. Existem tanto críticas aos paradigmas da biomedicina que vem de campos externos, como a Antropologia, por exemplo, quanto de áreas da própria medicina que são conhecidas como “alternativas”, como acupuntura; críticas que ocorrem pela falta de uma visão holística sobre saúde e doença da biomedicina hegemônica. Esta, entretanto, conta com um grau maior de legitimidade do que práticas de medicina alternativas. Sua legitimidade e postulada universalidade derivam da forte associação entre biomedicina e ciência. (BONET, 1999)

A denúncia de outras formas de se pensar o processo saúde/doença, por cosmologias que se fundamentam numa base holista, por exemplo, caracteriza um dos aspectos do

cientificismo que marca a biomedicina. Já os grupos que defendem uma visão mais abrangente de saúde e doença, considerando as relações socialmente construídas entre as pessoas, criticam a forma como se constitui a identidade da biomedicina, como “uma longa marcha em direção à transparência da natureza, perturbada aqui e ali pelas resistências da ignorância ou do obscurantismo.” (DUARTE, 2003).

Ao etnografar um hospital-escola em Buenos Aires, Bonet averiguou que existe uma hierarquia de posições entre os agentes que compõem o aprendizado no hospital, a depender de vínculos trabalhistas, tempo em que estão no hospital, responsabilidades e maior experiência com o saber e a prática médica. Bonet não estendeu em sua pesquisa a análise para as(os) enfermeiras(os) e outros membros da equipe médica sem formação acadêmica em biomedicina, pois não era o objetivo de seu trabalho.

Ao tratar das doulas, percebo que no campo da biomedicina, há o subcampo da obstetrícia na qual a hierarquia entre os atores envolve também as enfermeiras obstétricas e outros profissionais de saúde, como por exemplo, as doulas.

Dentro dos limites do campo, existe um capital específico que circula entre os agentes, com o monopólio daqueles que estão investidos de mais autoridade. Mesmo que haja o questionamento das autoridades dentro do campo, a cumplicidade subjacente a cada campo fundamenta um acordo entre os antagonistas, tendo em vista que há limites relacionados aos princípios de funcionamento do jogo. Para o novo entrar, ele precisa reconhecer as normas de adesão ao jogo e mesmo a subversão de alguns valores obedece a determinados limites. (BOURDIEU, 2003)

Considero que as doulas, envolvidas com práticas terapêuticas alternativas e que são inseridas no mesmo agrupamento dos técnicos que fazem acupuntura pelo Código Brasileiro de Ocupações, compartilham de valores comuns com outros agentes do modelo obstétrico, a despeito de suas críticas ao modelo hegemônico. Apesar de criticarem a “medicina tradicional”, como elas definem, a linguagem científica é utilizada pelas doulas numa ode a chamada “medicina baseada em evidências”. Por esta, o rigor científico deve ser aprofundado, num processo que promove ainda mais a fragmentação dos domínios e a universalização do saber. Trata-se de uma estratégia para que as propostas do grupo sejam ouvidas para além dos grupos considerados mais “alternativos” e que os gestores de políticas públicas reconheçam as suas demandas. Segundo Fleischer (2005), este são os argumentos trazidos pelas doulas para o uso de pesquisas científicas em vista de corroborar seus preceitos. Acredito que além de buscarem a legitimidade de seus discursos, as doulas possuem um *habitus* que compartilha o valor da ciência com os outros componentes do campo da obstetrícia.

Esta valorização das chamadas “evidências científicas” constituem uma forma de disputar, dentro do campo biomédico, lugares de poder e de prestígio. As “vanguardas obstétricas” identificadas por Salem (2007), compostas por médicos e vistas como correntes alternativas da obstetrícia, também disputaram um lugar de legitimidade e de poder no campo biomédico. Se para a obstetrícia hegemônica muitas dessas práticas defendidas por estes agentes parecem soar como novidade, tal fato deve-se à conformação deste campo de saber que promoveu um apagamento da sua própria memória, desconsiderando as disputas anteriores à consolidação da medicina enquanto o saber legítimo para construir verdades sobre o parto.

Anteriormente, ao traçar o histórico do modelo de assistência obstétrica no Brasil, apresentei a pesquisa de Tornquist (2004) para expor que as parteiras que se diplomavam nos hospitais, na segunda metade do século XIX, mais do que aprender algo de obstetrícia, recebiam ensinamentos para interiorizar um *habitus* médico. A pesquisadora abordou também a situação de parteiras “tradicionais” em atuação no fim do século XX. A participação destas nos cursos oferecidos pelas ativistas e agentes de saúde acabava por garantir uma espécie de adesão parcial ao *habitus* médico. Diferente dos cursos de longa duração a que são submetidas as enfermeiras obstétricas, as parteiras comunitárias não vivenciavam uma formação intensa que retirasse o seu pertencimento ao sistema simbólico popular.

As doulas não têm uma formação de longa duração, mas, além de muitas serem da área médica, diferente das parteiras “tradicionais” da tese de Tornquist, muitos valores são compartilhados com campo médico. Como moradoras de cidades, pertencentes a camadas médias da população e intelectuais, a tensão entre as ideias de médicos e doulas não ocorre na mesma dimensão daquelas que envolveram as parteiras “tradicionais” e as agentes de saúde. Se a adesão ao *habitus* médico foi parcial, para as doulas esta adesão é muito maior, como veremos a seguir.

As doulas formulam, a partir destes estudos “baseados em evidências”, um discurso sobre as condições ideais para se parir e quais seriam as fases do parto. Acabam fortalecendo uma noção de universalidade, ao reforçar uma visão de parto biologizante que preconiza uma essência feminina.

A médica Carolina, que se identifica como uma obstetra “humanizada”, relatou uma tensão envolvendo ela e uma doula que exemplifica os problemas decorrentes da ideia de parto ideal: *“A doula apagava a luz, o marido acendia a luz da sala de parto. Perguntei para a mulher que estava parindo como que ela dormia, ela disse que com a luz acesa. Quer que eu acenda a luz? Sim, ela respondeu. Acendi a luz. Ao voltar para a sala, a doula reclamou*

*com todos, pois a luz estava acesa e isto prejudicaria o trabalho de parto. Disse que era um desejo da gestante.*”. Neste caso, a premissa da “humanização” que era defendida pela doula consistia na baixa luz para não incomodar a mãe em sua privacidade, mas, principalmente, para receber o bebê num ambiente aconchegante.

Outro limite à crítica das doulas ao modelo hegemônico está na obrigatoriedade da participação da equipe de assistência no atendimento à gestante. Uma discussão que ocorreu no curso de formação de doulas a partir da fala de uma das alunas, que pariu em casa acompanhada somente de seu marido, acendeu este debate sobre o parto sem assistência. A instrutora Patrícia foi enfática: *“Não estamos de acordo com este modelo de assistência”*.

Em vários momentos, as falas das doulas reconhecem a importância da ciência e dos ganhos para a diminuição da mortalidade materna e neonatal com a assistência médica. Também não há críticas aos procedimentos adotados durante o pré-natal, na realidade estes são vistos como fundamentais para uma boa assistência, principalmente quando o parto é domiciliar. A ciência e o atendimento por profissionais qualificados garantiriam a segurança de um parto.

Um dos pontos que não condiz com o esquema formulado por Bonet (1999) como consequência da consolidação do saber médico consiste na valorização da racionalidade, pela abordagem das doulas, sem, contudo, desconsiderar o sensível, ou seja, sem buscar um afastamento do emocional. Um dos questionamentos ao modelo obstétrico hegemônico é a falta de atenção às demandas das grávidas e a retirada de sua autonomia, considerando o parto um evento que deve ser regido por uma lógica médica fria que desconsidera os sentimentos das pessoas. As doulas fundamentam sua atuação na capacidade de serem “pilares emocionais”, considerando que o parto envolve afetos e sentimentos.

Entretanto, as doulas profissionais pregam o ideal de ter um afastamento emocional da parturiente. Esta foi outra discussão do curso, pois muitas mulheres demonstraram o interesse de serem doulas de suas parentas e amigas. As instrutoras foram firmes em dizer que não era adequado doular uma mulher cujos laços emocionais fossem fortes, tendo em vista que a doula não seria o pilar da racionalidade durante o trabalho de parto e/ou poderia atrapalhar o desenvolvimento do trabalho de parto dependendo do tipo de relação prévia que tivesse com a grávida.

Apesar deste posicionamento da maioria das doulas que ministraram as atividades do curso, em conversa com a doula Mercedes, ao contar sobre o desejo de uma amiga em me ter como doula durante o seu trabalho de parto, fui estimulada por ela a participar deste; *“se ela está segura com você, deve ser a doula dela sim.”* Mercedes completou *“Para ser doula só*

*precisa de mãos e um coração.*” Como considero o estudo das emoções em jogo no parto envolvendo doulas e grávidas um dos objetivos principais da dissertação, o capítulo 3 será dedicado a abordar com mais profundidade este assunto.

A valorização da fragmentação entre as diferentes áreas de atuação também ocorre no grupo de doulas. No início do curso de doulas foi ressaltado que as doulas não substituem o acompanhante, nem a equipe médica, cada um tem o seu papel no trabalho de parto. Para esclarecer os seus papéis, as doulas investem na definição pública de qual este seria, divulgando textos pelas redes sociais sobre elas e buscando nas instâncias políticas uma regulamentação da sua atuação, para, inclusive, conseguirem entrar nos hospitais com mais facilidade (são poucas as maternidades que aceitam doulas no Rio de Janeiro, por exemplo). As doulas frequentemente levantam os estudos conduzidos pela Biblioteca Cochrane que atesta os benefícios da doula profissional, mesmo quando há um acompanhante ou uma equipe que seja coerente com os ideais de “humanização”.

Houve uma discussão pela rede social “Mulheres a favor do parto humanizado”<sup>11</sup> no *facebook* em março de 2014 que debatia a pertinência da presença das doulas quando os outros profissionais, como médicos e enfermeiros obstetras, já ofereciam o mesmo suporte que ela. A ideia foi combatida com veemência sob o argumento de que os outros profissionais têm compromisso com os aspectos técnicos do parto e a doula se dedicaria a dar suporte à mulher. As doulas mais atuantes do GAMA enfaticamente defenderam a presença da doula pelas especializações de cada profissional envolvido no parto e justificaram este posicionamento com “vários estudos conduzidos em diversos países”.

Na pesquisa com as doulas estadunidenses, Wolfe (2015) destacou a relação existente entre doulas e enfermeiras. Enquanto umas enfermeiras lamentavam o fato das doulas estarem se ocupando da parte mais prazerosa de seus trabalhos, ao oferecer o suporte afetivo para as gestantes, outras enfermeiras achavam bom ter o apoio de doulas. Uma doula entrevistada por Wolfe disse que, como forma de agradar as enfermeiras, arrumava a cama e a sala depois do trabalho de parto. As doulas complementariam o trabalho das enfermeiras, segundo Leão e Oliveira (2005), o que significa que aquelas desempenham as atribuições que seriam de responsabilidade da equipe médica, algumas vezes voluntariamente como no estudo citado, outras de forma onerosa com o custo recaindo sobre as clientes, ou seja, as mulheres grávidas. Pesquisadores estadunidenses levantados por Leão e Oliveira (2005) apontam uma expectativa grande das mulheres em trabalho de parto pelo suporte contínuo da equipe

---

<sup>11</sup> Trata-se de um nome fictício para preservar o anonimato das participantes.

médica. Outros estudos garantem que as enfermeiras podem dedicar muito pouco do seu tempo a cada parturiente, pois os hospitais-maternidades atendem muitas pessoas e a demanda em centros obstétricos é intensa. Por outro lado, as doulas não cumprem os mesmos plantões que a equipe médica, estando mais descansadas para prestarem o atendimento que é feito apenas para uma gestante em trabalho de parto e não possuem as mesmas responsabilidades na tomada de decisões.

Enquanto Leão e Oliveira defendem a complementaridade no oferecimento de atendimento por doulas e equipe médica, Wolfe postula que a existência de doulas nas maternidades tem um impacto, inclusive para aquelas mulheres que não são atendidas pelas doulas: as negras, pobres e de áreas rurais. Seu argumento é de que ao tornar a experiência do parto mais prazerosa para as clientes, em geral, brancas, de classe média e com ensino superior, as doulas contribuem para uma estratificação nas maternidades e trazem soluções individuais para as que podem pagar por seu serviço e não uma melhora como um todo no sistema de saúde. Até porque aquelas que seriam mais ouvidas pelos agentes das políticas das maternidades estão mais confortáveis com seu atendimento, já que tiveram uma pessoa o tempo todo com elas que conhecia os procedimentos da maternidade e sabia se movimentar por esta para ter o melhor atendimento. A existência das doulas pode ocasionar a diminuição da pressão para os hospitais fornecerem um melhor atendimento.

Aqui no Brasil, todos os objetos que doulas levam consigo para o atendimento (piscina, bola de pilates, gel de massagem etc.), o conhecimento sobre o bom plantão em qual hospital (que vai modificar a satisfação da grávida pelo serviço público ou mesmo nas maternidades particulares) e a defesa que as ativistas pela humanização do parto fazem das mulheres em trabalho de parto acabam por retirar um pouco o ônus dos hospitais e da equipe médica de prezar por um atendimento mais completo. Uma das entrevistadas que pariu em maternidade pública do Rio de Janeiro fez o seguinte relato: *“Ninguém me importunou na maternidade, me deixaram lá sozinha com minha doula [o que foi bom]. Quando cheguei com doula, o tratamento foi diferente. Tem que ir para a maternidade com doula.”*

Assim, verifica-se que as doulas disputam com a biomedicina hegemônica o saber sobre o parto, criando verdades sobre este com uma linguagem que as aproxima da equipe médica. Apesar dos antagonismos, há a partilha de princípios das doulas com os médicos e alguns estudos apontam para a complementaridade entre os agentes deste campo. A autoridade dos médicos é questionada neste processo em que as doulas querem se constituir enquanto autoridades específicas para o suporte afetivo das mulheres grávidas e em trabalho de parto. Todavia, a crítica ao modelo obstétrico hegemônico acontece dentro do próprio

modelo, apoiada na racionalização dos saberes sobre o corpo, na universalização destes saberes, na especialização das áreas e na individualização dos agentes.

## 2.5 O ideal individualista no atendimento ao parto

“*Cada parto é um parto, cada mulher é uma.*” Esta frase repetida várias vezes, em momentos diversos, pelas doulas estudadas servia de ponto final para qualquer dúvida sobre os processos que envolvem o gerar e o parir. Quando alguém questionava algum procedimento ou relatava a sua experiência diferente do que esperavam que acontecesse segundo as “evidências científicas”, a frase sempre voltava a aparecer. Outra frase que acompanhava esta consistia em alternâncias do “*Meu corpo, minhas regras.*”, frisando que o protagonismo das decisões sobre o corpo tem que ser da dona do próprio corpo. O jeito desta mulher conseguir ter o domínio sobre as intervenções que irá sofrer não é outro que não parta do “empoderamento” dela.

A partir das ponderações acima, pretendo neste tópico pensar sobre a individualização dos agentes envolvidos no cenário do parto e desenvolver uma discussão sobre as relações que envolvem o “casal grávido” e sua família. No próximo capítulo, caberá problematizar o entendimento sobre o “empoderamento” e como esta bandeira muito defendida pelo movimento feminista contribui para a individualização dos sujeitos.

As doulas são agentes que dão suporte afetivo para as mulheres, em sua maioria branca, de camadas médias, moradoras de grandes centros urbanos, intelectualizadas e que, em teoria, não podem contar com outras parcerias para prover o apoio emocional. Trata-se de um novo serviço de mulheres para outras mulheres que não querem viver a solidão e o descaso de uma sala fria de parto num hospital, perdendo sua autonomia frente a uma equipe médica que não cumpre o papel de cuidar, não da forma “adequada”.

Caso as mulheres decidam parir em casa, as doulas podem substituir outros acompanhantes que são leigos no assunto e não compartilham os ideais de “humanização”. Parentes da parturiente que não saibam como se “comportar” e passem sua insegurança para a mulher em trabalho de parto podem levar ao fracasso do “parto natural”, como dizem as doulas. Vale ressaltar que em muitos momentos os familiares eram vistos como obstáculos para os planos das mulheres. Neste sentido, estimula-se a grávida a não contar a data provável do parto nem para os familiares, o que garantiria menos pressão com a proximidade desta.

Uma das grávidas do grupo de gestante narrou a sua preocupação com a atuação da mãe dela durante o trabalho de parto. O marido concordava que a sogra era muito

controladora e ainda havia o problema deles morarem muito próximos a ela. Quando eles questionavam a sua “intromissão” nas decisões do casal sobre a maternidade, a mãe de Juliana respondia: “*mas é meu neto, não interessa o que você acha*”. Foi ponto pacífico no grupo que o casal deveria impor a não participação da matriarca, inclusive a “enganando” no dia do parto e indo para a maternidade sem informá-la. A doula Beatriz frisou que o parto era da Juliana e por isso ela que decidiria os rumos dele.

Outra situação que corrobora esta referência negativa atribuída às famílias de origem é a indicação expressa de que as mulheres não exponham o seu desejo pelo parto domiciliar nem para os familiares mais próximos. Pedro, ao relatar o parto em casa de sua esposa, disse que o ideal é não contar para ninguém, “*para evitar perturbações*”. Eles “esconderam” os planos dos pais, entretanto, no início das contrações, o pai de Ludmila estava com eles, mas “*graças a Deus, ele soube se comportar muito bem*”, completou Pedro.

Lívia também relatou que não queria informar o início do trabalho de parto para os familiares, o que não foi possível, pois sua bolsa d’água rompeu quando estava na casa de seu pai. Assim, os pais de Lívia a ficaram monitorando, querendo saber como ela estava e como estava evoluindo o trabalho de parto. Ela considera que este comportamento a deixou pressionada e que, depois da cesárea a que foi submetida, sentiu-se muito julgada por todos os parentes pelas escolhas que fez durante a gravidez. Sem querer voltar ao grupo de gestante, Lívia acreditava que na próxima gestação ouviria mais as sugestões dos familiares e seria assistida pelo médico conveniado ao seu plano de saúde.

Estas mulheres estudadas querem garantir o direito de escolher o seu parto, com a participação, no máximo, de seus companheiros. Esta demanda pela escolha revela, além de uma disputa pelo poder de controlar corpos e verdades sobre maternidade e parturição, um contexto no qual o indivíduo prevalece como valor principal. O projeto de ter um filho vem coroar um fenômeno que, na década de 1980, Tânia Salem (2007) nomeou de “casal grávido”. Este condensa a lógica individualista-igualitária, presente nas sociedades ocidentais modernas e urbanas. Duarte (1994) já havia apontado que na conceituação sobre o que é a família, as camadas médias da população adotam um espírito individualista identificado com a modernidade, prevalecendo a prática da família nuclear.

As vanguardas obstétricas, cunhadas por Salem (2007), seriam “parte do processo mais amplo e de longa duração: a constituição da família nuclear moderna, a conjugalidade baseada no sentimento de afeto e a diminuição do número de filhos, tendo esses uma crescente centralidade na vida familiar, a partir do estatuto de criança-indivíduo.” (TORNQUIST, 2004, p. 142)

Salem analisou que esta ética configurada no individualismo-igualitário comporta três princípios estruturantes: a psicologização dos sujeitos, a igualdade e a mudança. O primeiro princípio marcaria uma retórica sobre o “*self*”, fortemente centrada no individual. Os indivíduos possuem uma forte compulsão por “vasculhar-se”, acreditam que o desenvolvimento de suas potencialidades ocorrerá superados os constrangimentos do social.

Podemos pensar sobre este princípio a partir da organização de reuniões de gestantes que têm como procedimento o falar de si. Mulheres e homens abordaram nas reuniões seus medos, suas expectativas e seus desejos, como forma de transcender os seus limites individuais. Na relação com iguais – pessoas que iriam vivenciar ou acabaram de viver a experiência do parto – os participantes do grupo de gestantes não tiveram pudores em revelar conflitos e medos, além de embates com a família.

A psicologização dos sujeitos será abordada novamente no capítulo 3, ao tratar das emoções envolvidas no parto.

A igualdade, característica deste grupo do qual o casal grávido é um expoente, consiste numa oposição a englobamentos e ordenamentos hierárquicos. A participação das doulas se insere neste contexto em que há um intenso questionamento, tanto da hierarquia médica quanto da autoridade de familiares. A busca por um parto da maneira mais “natural” possível esbarra na provável interferência médica ou nos valores familiares que podem reproduzir uma noção de atendimento obstétrico intervencionista ou são considerados espelhos da dependência dos indivíduos.

De acordo com Salem (1989), o ideal de conjugalidade se forma para este casal igualitário baseado na premissa de que a parceria deve ser fundada antes em elos subjetivos do que em injunções sociais, enfatizando o “desejo” dos sujeitos. Neste sentido, há uma ânsia de diferenciação das famílias de origem e uma busca de completude do casal igualitário. Este permanente estado de aperfeiçoamento a que se submete o casal marca o princípio da mudança na lógica individualista analisada por Salem. Tornquist (2004) apontou que a ReHuNa mobiliza um discurso que se reporta “à noção de que há um processo evolutivo em curso e que as pessoas devem ser despertadas ou sensibilizadas para as transformações que estão a caminho” (p. 126). A autora entendeu que tal narrativa se vincula ao princípio de mudança presente no individualismo-igualitário.

Influenciadas pelas teorias de Michel Odent, muitas vezes as doulas veem com desconfiança a participação dos homens no cenário do parto. Para o obstetra, o papel do pai não é relevante no trabalho de parto, tendo em vista que as mulheres possuem uma capacidade “inata” de parir. A sua presença pode, inclusive, atrapalhar o andamento do processo, por

representar o polo da cultura e os constrangimentos sociais dela decorrentes (TORNQUIST, 2004; MENDONÇA, 2015). Apesar da intimidade com os escritos de Odent, o ideal de casal igualitário ainda assim é muito forte para o movimento pela “humanização”, até por estar atrelado à noção de família nuclear existente nas camadas médias da população que compõem este movimento.

A preocupação da doula Patrícia de não receber o valor acordado entre ela e a cliente para o atendimento de um parto era maior no caso do companheiro ser o responsável pelo pagamento. Havia uma suspeita de que muitos homens não reconheciam o valor do trabalho das doulas e nem sequer eram parceiros no projeto de conquistar um “parto humanizado” pelas mulheres.

No curso de gestantes, Pedro narrou a sua inserção, à contragosto, no “universo da gestação” e reconheceu que assumiu o papel de pai efetivamente depois que passou a frequentar as reuniões. Jocosamente, Pedro dizia que Beatriz seria sua doula e que muitos homens se enganavam sobre o papel deles na gestação e na criação dos filhos. Ele, por outro lado, havia entendido que deveria participar ativamente do processo. A propensão de Pedro para refletir sobre quem era e seus sentimentos era tão grande quanto a de sua companheira Ludmila.

Existe uma diferenciação no tratamento dos homens pelas doulas. Aqueles que não encampam o ideal da “humanização” e não participam das reuniões de gestantes e de outras atividades na gravidez são vistos como um “entrave” para o trabalho de parto das mulheres e para a relação entre estas e as doulas. Já os homens que se assumem “grávidos” e refletem os ideais de uma parceria igualitária são considerados aliados pelas doulas. O casal igualitário, mais do que uma vivência comum nas camadas médias e urbanas da população, se apresenta como a representação de um ideal (SALEM, 1989) e este fenômeno não é homogêneo no grupo estudado.

O modelo de doulas brasileiras se inspira no dos EUA, sociedade muito mais influenciada por uma lógica individualista que a nossa. Todavia, muitas das críticas ao modelo hegemônico obstétrico estadunidense, feitas pelas doulas inclusive, partem de uma visão holista, que abarca várias medicinas conhecidas como alternativas e se configura como uma prática que considera a pessoa como um todo indivisível. O modelo obstétrico questionado é visto como um modelo tecnocrático,

que enfatiza a separação entre corpo e mente e elege a máquina como modelo de funcionamento para o corpo, este sendo assim visto como objeto, promovendo a alienação entre médico e paciente e o largo uso de intervenções, com o objetivo de corrigir disfunções e curar doenças (de fora para dentro). Neste paradigma encontra-se a valorização da ciência e da tecnologia, com a organização hierárquica e

padronizada do atendimento e a intolerância para com outras modalidades. (Davies-Floyd, 2003 *apud* Mendonça, 2013)

A doula Patrícia, em aula sobre as intervenções no parto e “evidências científicas”, argumentou que o modelo tradicional tem o foco na tecnologia médica. Segundo ela, “*o hospital é visto como fábrica e o bebê como produto. A mulher passa de alguém que tem a capacidade de parir, para alguém incompetente.*”. O novo modelo, para se contrapor a este, baseia-se no “empoderamento” da mulher, no uso “racional” da tecnologia do cuidado e na individualização do tratamento. O desejo de Patrícia é de que haja uma “inversão simbólica” entre os dois modelos, com a valorização maior do proposto pelas ativistas da “humanização”.

Sara Mendonça (2013) verificou que, de acordo com Robbie Davies-Floyd, uma pesquisadora muito citada pelo movimento, o modelo de assistência “humanizada” estaria entre o modelo holista e o modelo tecnocrático. Ao mesmo tempo em que o corpo é visto como um organismo indissociável e a pessoa concebida no seu modo relacional, intervenções tecnológicas são feitas, minimizando seus efeitos nocivos com afeto sem, todavia, haver um prejuízo para a ciência. Permeando a assistência, a ideia de autonomia feminina se manifesta através da defesa das escolhas desta agente.

A individualização do tratamento voltado para as mulheres, pleito das doulas e do movimento, pode ser interpretada a partir da análise de Duarte (1995) sobre a transformação de uma família com estrutura hierarquizante e espírito individualizante, modelo central de família que perdurou até a década de 1950, para uma família igualitária. O antropólogo aferiu que a inserção da mulher no mercado de trabalho, o revigoramento da penetração de uma ideologia individualizante e as lutas feministas contribuíram para que a noção de indivíduo fosse ampliada para as mulheres, alterando a divisão sexual do trabalho. O último âmbito em que esta diferenciação e hierarquização de homens e mulheres perdurou foi na procriação.

A hipótese de Duarte é de que o processo de gestação, considerado um constrangimento social para as mulheres, fundamentou a produção de identidades contrastivas que, agenciadas simbolicamente pelos homens, reforçavam a exterioridade das funções masculinas e impactavam no princípio individualista igualitário. A dissolução do formato hierárquico da família esbarrava na intermitente presença masculina no espaço doméstico.

As ativistas do “parto humanizado” reforçam a individualização das mulheres e seu papel enquanto protagonistas que devem escolher os procedimentos a que irão se submeter. A gestação não escapa da ampliação da cidadania para as mulheres e a noção de casal grávido se apresenta no discurso das gestantes e doulas como um ideal igualitário que deve ser perseguido. Em última instância, as decisões devem ser tomadas pelas mulheres que,

conforme a crítica que é feita, tiveram que submeter seus corpos e subjetividades por muito tempo ao poder masculino representado na figura do médico.

Desta forma, podemos concluir que existe uma prevalência no valor do indivíduo, enfatizando este ideal no poder de escolha da mulher. O individualismo igualitário, que abomina hierarquias e que busca uma emancipação do sujeito através da superação dos limites individuais e dos constrangimentos sociais, é acionado como bandeira política para criticar o modelo obstétrico intervencionista, numa busca do “parto natural” ou “do parto humanizado” para o casal grávido.

### **3 PODER, PROTAGONISMO E VIOLÊNCIA: REFLEXÕES SOBRE O FEMINISMO E A CRIAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Alice deu início ao curso de formação de doulas, em que eu participei, contando sua trajetória como doula atuante há dez anos e os grupos dos quais fazia parte. Ela também apresentou o cronograma do curso. Havia uma proposta de alteração da programação que Alice deveria debater com as cursistas. Antes de tratar da proposta, a doula contextualizou a demanda dizendo que o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento estava sofrendo retaliações. O filme “O Renascimento do Parto”, segundo ela, foi lançado como forma de denunciar o modelo obstétrico brasileiro, o que havia desagradado muitos médicos. O parto “normal” não era visto como rentável para a maioria dos médicos e hospitais, que adotavam a cesárea, por este motivo, como procedimento padrão. Já os médicos “humanizados” possuíam taxas de cesárea em torno de 15%. Em São Paulo, uma médica do movimento pela “humanização”, que inclusive participou de outro filme, estava sendo punida porque um bebê de uma parturiente atendida por ela morreu e o hospital descredenciou a profissional. Outros profissionais ligados ao movimento também estavam sofrendo processos em conselhos regionais de medicina.

Construindo esta narrativa, Alice chegou ao ponto central da sua fala: uma maternidade pública do Rio de Janeiro, referência para as doulas por ter baixas taxas de cesárea (18%) e episiotomia (5%) e pelo segundo lugar dentre os hospitais estaduais em que o APGAR<sup>12</sup> é mais alto, era alvo dos grupos contrários ao Movimento pela Humanização do Parto. Tais grupos usavam como argumento para questionar o modelo adotado na maternidade a morte de bebês. De fato, houve alguns casos de aspiração meconial e dois bebês faleceram, disse Alice, mas, infelizmente, isto acontecia e nenhuma maternidade tinha índice zero de mortes neonatais e maternas. Os números desta maternidade eram até bons perto das outras, completou. Assim, Alice nos convidou para participar no sábado pela manhã, dois dias depois, da Marcha pela Humanização do Parto Humanizado que iria acontecer na frente desta maternidade como forma de apoiá-la. As participantes do curso concordaram em participar e, no momento da marcha, foram estimuladas a comprar camisetas do movimento e participar ativamente da roda de conversa, das fotos com o grupo e das outras dinâmicas como a pintura das barrigas das grávidas.

---

<sup>12</sup> Trata-se de um índice que avalia os sinais vitais dos recém-nascidos.

A situação narrada acima exemplifica um âmbito da atuação de doulas no Movimento pela Humanização do Parto. Apesar de não ser um grupo homogêneo, muitas doulas profissionais participam ativamente de redes de ativismo, algumas estão entre as organizadoras de eventos como a marcha.

Sara Mendonça (2014) analisou o posicionamento das manifestantes frente às denúncias dedicadas à maternidade e concluiu que tanto esta marcha, que era a segunda que acontecia, quanto a primeira que ocorrera no ano de 2012, tinha como motivação “a defesa dos profissionais e instituições ligados à humanização do parto, com ênfase nos contextos locais”. Simultaneamente, em várias cidades do Brasil, aconteceram estas duas marchas. Em São Paulo, a motivação da segunda seria a “perseguição” aos médicos “humanizados”, enquanto no Rio de Janeiro, a escolha do local da marcha se justificava pelo “ataque” que a maternidade vinha sofrendo de grupos contrários ao projeto de “humanização”. A carta aberta à população, ao Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) e à imprensa lida no evento no Rio de Janeiro criticava a associação feita pela mídia do “parto normal” com as causas da morte e, apesar das ativistas externalizarem a sua solidariedade às mães que perderam seus filhos, elas afirmavam na carta e durante o ato que a maternidade era uma referência possuindo as melhores taxas do Estado. (MENDONÇA, 2014)

Recentemente, o potencial de mobilizar das doulas foi novamente testado, com a diferença de ser substituída a defesa de uma instituição que adota os preceitos da “humanização” pela defesa da própria atuação das doulas. A polêmica envolveu também o CREMERJ e a maternidade pública de referência para a “humanização” no município. Trata-se de disputa antiga, com início em 2012, envolvendo doulas, Conselho e outros profissionais do parto, que foi engendrada com as resoluções número 265 e 266 da entidade. A primeira resolução dispõe sobre a vedação da participação de médicos em partos domiciliares ou como equipe de apoio a este tipo de parto. Já a segunda corresponde à proibição da atuação de doulas, parteiras e obstetizes, que seriam, segundo o CREMERJ, profissionais não reconhecidas na área de saúde, em instituições de saúde.

Como as resoluções foram suspensas logo em seguida por uma ação civil promovida pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN), as doulas continuaram atuando em poucos hospitais públicos que as aceitavam. Isto até fevereiro deste ano, quando recurso ao Tribunal de Justiça do Estado julgou procedente a demanda do conselho de médicos e reverteu a decisão. A principal maternidade que aceitava doulas, com receio de ver punidos os médicos que lá trabalham, acabou por acatar a resolução e impedir a entrada de doulas.

Diante da possibilidade de não conseguir atuar em hospitais da rede pública, as doulas cariocas se mobilizaram nas redes sociais e começaram uma campanha para reverter as consequências da resolução. Além disso, pressionaram o legislativo, circulando pela Assembleia Legislativa e lotando a plateia das sessões de votação, para que o projeto de lei nº 2.195/2013 fosse desengavetado e aprovado pelos deputados federais. A doula Patrícia descreveu em uma postagem no *facebook* um pouco desta mobilização:

Com a suspensão da entrada de doulas na Maternidade (...) agora no mês de março (em resposta a uma resolução do CREMERJ publicada em 2012), mulheres, famílias e doulas começaram a se mobilizar para acelerar o processo de votação do PL na ALERJ, a partir do esclarecimento, junto aos deputados, sobre o que é doula, quais são seus benefícios, por que entendemos que é um direito da mulher ter uma doula presente no parto. Durante a última semana de março e início de abril, cerca de 30 mulheres e doulas circularam pela ALERJ, visitando os gabinetes, discutindo com os deputados e suas equipes, além de disponibilizando documentos que dão suporte à defesa da importância da Lei das Doulas. Entre estes documentos, um dossiê preparado pela organização do movimento, uma nota técnica da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro através do Núcleo de Defesa da Mulher (NUDEM) e um parecer favorável às doulas da Superintendência das Maternidades da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Entre a Marcha vivenciada por mim enquanto participava do curso de doulas e a aprovação no mês de maio de 2016 do projeto de lei que garante a presença das doulas nas maternidades e casas de parto, que ainda espera a sanção do governador em exercício, muitas foram as manifestações de ativismo destas agentes. Desde um protesto carnavalesco em frente a uma maternidade privada com altas taxas de cesárea, cantando várias paródias de marchinhas de Carnaval com conteúdo crítico ao modelo obstétrico intervencionista, como a citada no início do capítulo anterior, até a participação em manifestação contra o projeto de lei federal que dificulta o aborto em casos de estupro, as doulas aparecem levando suas bandeiras. Dentre tais bandeiras, o slogan “*Meu corpo, minhas regras*” evidencia o ideal de protagonismo das mulheres, seja para decidir sobre seus partos, seja para ter o direito a um aborto seguro caso necessário.

A discussão desta sessão não repetirá o debate sobre a tensão existente entre médicos de um lado e doulas de outro, apesar deste aparecer em todos os capítulos desta dissertação com mais ou menos ênfase. A proposta deste capítulo consiste em abordar as dimensões do ativismo das doulas na busca pelos direitos reprodutivos e o questionamento das relações de poder a partir do ideal de parto defendido pelo movimento “humanizado”. O cerne da análise se estrutura na atuação destas agentes na esfera pública, influenciando políticas e processos legislativos, a partir de uma orientação sobre o que é ser mulher própria de uma vertente do movimento feminista.

Existem algumas questões pertinentes ao desenvolvimento desta pesquisa. Já que as doulas são também ativistas da “humanização” do parto que querem garantir direitos das mulheres, qual seria a contribuição deste movimento e o seu lugar no feminismo? Em que consiste este protagonismo feminino que é exaltado com as falas sobre o “empoderamento”. Sabendo que existem diferentes concepções do que é ser mulher e de quais seriam os seus direitos, pergunto-me o que significaria este “empoderamento”. Como se dá o alcance desta autonomia em um movimento que defende um modelo ideal de parir? Com estas questões, viriam outras: o que acontece com as mulheres que decidem pela cesárea, o grande “vilão” da história? Elas não estão “empoderadas”, estão na “matrix”<sup>13</sup>, ou seja, estão alienadas, como as doulas gostam de dizer?

Na segunda parte deste capítulo, apresentarei alguns estudos feministas e de antropólogos para problematizar uma demanda importante no movimento pela humanização do parto: o reconhecimento e a reparação da violência obstétrica.

### 3.1 O ativismo das doulas no movimento feminista

Ao estudar o Movimento pela Humanização do Parto, Mendonça (2013) verificou que as ativistas deste não tinham a percepção de que eram feministas. A centralidade da pauta do aborto para algumas vertentes do feminismo marcaria a cisão com este grupo de ativistas que fundamenta sua atuação na defesa na construção de família e de maternidade. Apesar de haver um reconhecimento de que tanto o aborto quanto o “parto humanizado” são fundamentados na liberdade de escolha das mulheres e no controle do processo reprodutivo de seus corpos, há um silêncio sobre a defesa do aborto no grupo estudado por Mendonça.

Como procurei desenvolver a minha pesquisa num grupo específico dentro do Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento, as doulas, percebi que elas partilham de muitos ideais com outras vertentes do movimento feminista, não só defendendo os direitos das mulheres associados ao parto. Mercedes, Beatriz, Patrícia, Juliana, Alice, Bruna e tantas outras doulas atuantes se identificam como feministas; segundo Mercedes *“totalmente feminista”*. *“Por tudo isto que luto para os direitos reprodutivos, sou feminista.”*, disse ela. A fala de Mercedes trata mais dos direitos reprodutivos, mas a militância das doulas extrapola esta pauta. Além do ativismo nas redes sociais na *internet*, elas também se organizam para participar de manifestações que envolvam a luta das

---

<sup>13</sup> A referência ao termo é a trilogia “Matrix”. Estar na “matrix” corresponderia estar alienado, sem conhecer a realidade e acreditando ser real o mundo fantasioso criado por um programador de computadores.

mulheres, como exemplifico com a participação delas em ato, ocorrido no mês de outubro de 2015, contra o projeto de lei federal nº 5069/2013 que dificulta o acesso à informação sobre o aborto mesmo em casos de estupro.

Creio que a associação das doulas a outras lutas feministas para além do “parto humanizado” tenha relação com o perfil destas mulheres: brancas na maioria, pertencentes às camadas médias urbanas e com formação superior. Sarti (2004) apontou que, no Brasil, o feminismo surge, na década de 1970, associado às camadas médias e intelectualizadas da sociedade. Neste momento, para fazer frente ao autoritarismo da ditadura militar, as mulheres associam suas demandas com aquelas das mulheres das organizações de bairro. Com a redemocratização, os grupos feministas proliferaram, mas houve também a atomização de suas bandeiras, cada grupo lutando contra diferentes desigualdades. Na década de 1980,

Muitos grupos adquiriram a forma de organizações não-governamentais (ONGs) e buscaram influenciar as políticas públicas em áreas específicas, utilizando-se dos canais institucionais. A institucionalização do movimento implicou, assim, o seu direcionamento para as questões que respondiam às prioridades das agências financiadoras. Foi o caso daquelas relacionadas à saúde da mulher, que causaram impacto na área médica, entre as quais emergiu o campo dos “direitos reprodutivos”, que questionou, de um ponto de vista feminista, a concepção e os usos sociais do corpo feminino, particularmente pela medicina dirigida à mulher (ginecologia e obstetrícia), em torno das tecnologias reprodutivas. (SARTI, 2004)

Apesar das doulas se identificarem enquanto feministas, durante as reuniões de gestantes ou outras atividades que envolviam um público maior, elas pouco problematizaram outras dimensões das desigualdades entre homens e mulheres que não fosse com relação à saúde reprodutiva. Destaco uma situação no grupo de gestantes em que a desconstrução de ideias consideradas machistas era acionada: mais de uma vez, os homens frequentadores vibraram ao dizer que seriam pais de meninos. A doula Beatriz docemente dizia que aquela empolgação deveria existir para qualquer resultado da ultrassonografia, sendo menina ou menino.

Como o parto estava no centro dos debates dos grupos de gestantes e também em outros eventos que envolviam as doulas, a crítica à estrutura social desigual para homens e mulheres nestes fóruns se relaciona aos direitos reprodutivos. A constituição do sujeito político das doulas e do Movimento pela Humanização do Parto está intimamente associada à maternidade. Entretanto, existe uma relação tensa entre a valorização da maternidade e os ideais propagados nas diferentes fases do feminismo.

Nesta seção, vou refletir sobre aproximações e impasses das doulas e também do movimento ao qual elas fazem parte aos valores das diferentes vertentes do feminismo. Friso

que não busco abordar todas as correntes do feminismo e assumo que muito do feminismo terceiro mundista e negro será negligenciado nesta análise.

Quando Simone de Beauvoir lançou uma obra com a frase “não se nasce mulher, mas torna-se mulher”, as mulheres na sociedade pós-segunda guerra mundial buscavam desconstruir o determinismo biológico e combater “as forças conservadoras que defendiam a família, a moral e os bons costumes” (SCAVONE, 2001). Esta perspectiva do feminismo considerava que a maternidade era um defeito natural e, com o advento de novas técnicas reprodutivas, defendia a escolha da mulher de gerar um filho e não um destino incontestável. De acordo com Adriana Piscitelli (2002), as feministas deste período histórico concebiam que “as diferenças entre os papéis sociais e econômicos de homens e mulheres, o poder político e a psicologia coletiva são resultado da maneira como se reproduzem os seres humanos.”. Para este feminismo conhecido como “radical”, a mulher era subordinada ao homem e o corpo feminino visto como pré-condição para sofrer o patriarcalismo. As feministas buscariam uma desnaturalização da diferença entre homens e mulheres, eliminando a própria distinção sexual através do controle dos processos reprodutivos.

Num segundo momento do feminismo pós-segunda guerra mundial, há uma valorização da diferença entre os sexos e uma recusa das mulheres em serem mutiladas em sua capacidade reprodutiva. O dar à luz passa a ser valorizado como fonte de poder das mulheres e o biológico é usado como fundamento desta força. Segundo Scavone (2010),

do ponto de vista foucaultiano todo saber tem sua gênese em relações de poder, isto significa que, ao resgatar o saber feminino associado à maternidade, esta segunda etapa da reflexão feminista dá visibilidade ao poder que as mulheres exercem na sociedade mediante este fenômeno bio-psíquico-social que é a maternidade. Esta abordagem situa-se na corrente do feminismo diferencialista, refletindo suas lutas pela afirmação das diferenças e da identidade feminina.

No período seguinte, a atribuição de um defeito natural à maternidade é desconstruída e a posição social das mulheres associada às relações de dominação que incutem um significado determinado à maternidade. As explicações sobre as desigualdades da linha bio-determinista cedem espaço com o desenvolvimento do conceito de gênero que abre múltiplas possibilidades de significação da maternidade, a compreensão desta é contextualizada. O gênero, numa primeira abordagem na década de 1970, é considerado um sistema de relações sociais que transforma a sexualidade biológica em produto da ação humana. Desta forma, as pesquisas não apontam mais a maternidade como eixo central da dominação masculina (SCAVONE, 2010).

Neste ponto, cabe realizar uma reflexão sobre as categorias “mulher” e “gênero”. Há uma frequente confusão entre a utilização destas duas categorias que provavelmente apareceu neste trabalho e que seriam compreensíveis pelo desenvolvimento do conceito de gênero no marco dos estudos sobre a mulher. Primeiramente, o gênero era considerado um imperativo da cultura que opunha homens e mulheres, cuja diferença ainda estava ancorada em bases naturais (PISCITELLI, 2002). A bióloga Donna Haraway (1991) criticou a utilização do conceito de gênero pela ausência da mesma relativização e historicização que o gênero é submetido às ideias de sexo e de natureza, que seriam mantidas intactas. Ficaria, desta forma, comprometido o poder de desconstruir os corpos como objetos de conhecimento e de intervenção e também as identidades tidas como essenciais entre homens e mulheres.

Com as críticas de Haraway e de outras teóricas alinhadas ao pensamento pós-moderno, a fixidez desta concepção binária homem/mulher, masculino/feminino é substituída pela fluidez do conceito de gênero, marcado pela interface com diversas identidades construídas discursivamente e impossibilitado de ser separado das “intersecções políticas e culturais nas quais é produzido e sustentado” (PISCITELLI, 2002). Estes novos referenciais teóricos estimulam a compreensão das relações de gênero não centrada na categoria mulheres e vastas pesquisas sobre masculinidade e os *queer* são desenvolvidas.

Contudo, segundo Piscitelli (2002) no âmbito das práticas políticas feministas, as novas formulações sobre gênero provocam visões negativas que questionam a despolíticação da pesquisa acadêmica. Há uma incongruência entre os pressupostos das formulações contemporâneas de gênero e as que orientam o feminismo. Piscitelli cita alguns destes pressupostos alinhados ao feminismo

A percepção da realidade como uma estrutura que a razão aperfeiçoada tem condições de descobrir através da pesquisa científica; a noção de um sujeito racional e unificado capaz de agir de maneira consciente e coerente para a própria liberação; a conceitualização homogeneizante, até etnocêntrica, da categoria mulheres, na qual há uma tendência a minimizar ou apagar a diversidade; a visão de uma temporalidade linear e, finalmente, a pretensão a um ponto de vista crítico que englobe o conjunto das relações sociais injustas.

Nos últimos anos, para a teórica citada acima, houve uma re-criação da categoria “mulher” nos estudos acadêmicos, pela força desta proposição politicamente. Se no início de seu artigo, a autora frisava as aproximações entre o movimento feminista e a teoria, no fim do seu debate, Piscitelli analisa que há descompassos e tensões entre ativismo e formulações teóricas, até porque são atividades diferentes. Contudo, a teoria pode servir para informar as práticas feministas e a utilidade do conceito de mulher é levantada por estas com a finalidade de reconhecer uma unidade de demandas que estimule a solidariedade entre as mulheres.

Sem cair num determinismo biológico, a reformulação da categoria mulher em alguns estudos rejeita a universalização do ser mulher, buscando deixar espaço para que as diferenças apareçam, mas estimulando o mapeamento das semelhanças, de forma a não inviabilizar a prática política (PISCITELLI, 2002).

E como, a partir da teoria sobre as categorias “gênero” e “mulher”, posso pensar o campo desta pesquisa? No discurso das doulas, as diferenciações entre homens e mulheres são colocadas como essências, a natureza dos corpos traçaria as distinções entre os sexos. A mulher dá à luz, não é o homem, por isso ao mencionar as desigualdades de gênero, o que está em jogo são as relações de poder que envolvem homens de um lado e mulheres de outro. Os agentes políticos deste ativismo são, sem sombra de dúvidas, as mulheres, cisgêneras e heterossexuais.

A centralidade do parto nas discussões do grupo de doulas limita o debate sobre outras visões de corpo e sexualidade. O controle dos recursos sexuais e reprodutivos se configura enquanto direito das mulheres de reproduzirem, respeitando a sua “natureza”. Nenhuma menção às formas alternativas de se tornar mãe, como a reprodução assistida ou a adoção, foi feita e durante o trabalho de campo não soube da frequência de nenhum casal homoafetivo.

Ao analisar um blog sobre maternidade, Alzuguir e Nucci (2015) destacam que as narrativas em defesa da “humanização do parto” e também da amamentação se ancoram num determinismo biológico que perpetuou, segundo estudos feministas, as relações desiguais de gênero. Elas apontam para uma reflexão crítica que busque desatar os nós biologizantes para que se possa evidenciar o potencial de ativismo destas mães nas redes sociais.

De acordo com Scavone (2010), as pesquisas mais recentes sobre maternidade centram-se nas consequências do uso das tecnologias reprodutivas para a saúde da mulher. Neste sentido, uma das grandes questões que suscitam estas reflexões tem a ver com a ingerência crescente da medicina na procriação: “a reprodução não estaria escapando progressivamente das mulheres?” Esta inquietação remete, implicitamente, a uma postura positiva diante da maternidade: uma experiência feminina importante, cujo controle não deve escapar às mulheres. Por outro lado, ela coloca a questão da maternidade no bojo de uma discussão mais ampla sobre os impactos das novas tecnologias nas sociedades modernas, reavivando a polêmica sobre a relação natureza e cultura, sobretudo a partir do feminismo de inspiração ecológica. (SCAVONE, 2010)

Frente às inúmeras inovações nas tecnologias reprodutivas e a desconfiança dos benefícios destas, o feminismo de inspiração ecológica adota uma visão romantizada sobre a natureza e questiona os padrões de consumo das sociedades industriais. O ecologismo

fundamenta uma melhor distribuição do tempo da mulher no trabalho e em casa com os filhos e o consumo responsável dos recursos do planeta. A chamada “maternidade ativa”, da qual o “parto humanizado” pode ser visto como uma das ações, coloca em evidência a insatisfação da mulher com sua passividade diante das novas tecnologias reprodutivas. “Mães ativas” se organizam para questionar a submissão de seus corpos a práticas médicas discutíveis, e com isto disputam o saber sobre o que é ser mulher, o que inclui suas corporalidades específicas e as concepções de parto ideal.

### 3.2 Doulas e o “empoderamento” de mulheres

Numa reunião de gestantes, a doula Beatriz frisou a necessidade de um plano de parto, o documento que registra os desejos da mulher com relação ao seu parto e ao atendimento do recém-nascido. Beatriz disse *“O plano de parto é informação e informação é poder.”*. Na entrevista com Mercedes, ao ser questionada sobre o que seria o “empoderamento” feminino, ela corroborou a máxima defendida por muitas outras doulas em momentos diversos: *“Informação é poder. Estar ‘empoderada’ significa ter informações para fazer suas escolhas.”*. As doulas justificam sua atuação como um estímulo ao “empoderamento” das mulheres, através das informações que compartilham com elas.

Alzuguir e Nucci (2015) analisam que as nativas do seu campo de estudos, participantes de uma rede de mães, defendem a autonomia da mulher, através do seu “protagonismo” e do seu “empoderamento”. As antropólogas pontuam que o sentido de “empoderamento” não fica claramente explicado, variando de acordo com o contexto em que é empregado.

Apesar de ser apontado que o uso do termo “empoderamento” surgiu de movimentos feministas e movimentos pela base nos países de Terceiro Mundo, principalmente enfatizando a importância do pensamento de Paulo Freire para esta noção, pouco se produz de teoria sobre o conceito na América Latina (SARDENBERG, 2006). Trata-se de um neologismo, uma palavra de origem na língua inglesa que foi abasileirada e que tem em sua raiz etimológica o conceito de poder. Poder e “empoderamento” caminham juntos, como percebemos nas falas das doulas, mas tanto um quanto outro conceito são mobilizados por movimentos sociais, instituições, pessoas e teorias e podem possuir diferentes sentidos.

De acordo com Cecília Sardenberg (2006), a problematização de tal conceito seguiu caminhos distintos; se por um lado, a Academia se apropriou do significado dado ao “empoderamento” nas perspectivas feministas sobre poder; por outro lado, o

“empoderamento” também é usado nos discursos sobre desenvolvimento, perdendo muito de suas conotações mais radicais. O ex presidente dos Estados Unidos George W. Bush, ressalta a pesquisadora, chegou a mencionar a importância do “empoderamento” das mulheres em um dos seus discursos e o Banco Mundial também o usa para defender estratégias de ação para mulheres em países subdesenvolvidos, o que levou Sardenberg a pensar sobre a confusão das feministas em associar a sua perspectiva de “empoderamento” com as de Bush e do Banco Mundial. Isto reflete as múltiplas conotações que o conceito assume.

Sardenberg (2016) concluiu que esta contradição na utilização do termo entre agências de fomento do “desenvolvimento” e o movimento feminista se manifesta na vinculação por aquelas de “empoderamento” à integração, participação, identidade, desenvolvimento e planejamento, raramente fazendo referência à origem emancipatória do conceito como foi pensada pelo feminismo. A autora ressalta que não existem fronteiras claras entre o feminismo e o que é externo a ele. Um conceito cunhado dentro do movimento feminista, como gênero, por exemplo, pode ser ampliado, ressignificado e apropriado por outros grupos, como ocorreu. Desta forma, tanto as agendas desenvolvimentistas são utilizadas nas pautas feministas, como também os conceitos que permeiam o feminismo se tornam fundamento de políticas de instituições, agências e governos.

Todavia, Cecília Sardenberg (2006, 2016) faz uma diferenciação entre duas abordagens sobre o empoderamento feminino: a abordagem liberal e a libertária ou emancipatória. A primeira, relacionada à noção de “empoderamento” como instrumento para erradicação da pobreza e ao desenvolvimento, é consistente com ideais liberais, focando no crescimento pessoal e na ação racional de atores autônomos em busca de interesses pessoais. O “empoderamento” não é visto como um fim em si mesmo, mas como uma forma de conquistar poder numa sociedade. Neste sentido, seria possível ensinar, através de cursos, as pessoas a conquistarem este poder, fortalecendo a sua atuação enquanto assalariadas, consumidores e empreendedores.

Pela perspectiva emancipatória, que vai ser o tempo todo defendida por Sardenberg, que se identifica enquanto feminista, como a ideal, a noção de “empoderamento” está associada a um processo cujo objetivo é “questionar, desestabilizar e, eventualmente, transformar a ordem de gênero da dominação patriarcal” (2016, p.19). As decisões realizadas pelas mulheres “empoderadas” extrapolam a esfera privada, exercendo uma pressão para alteração das relações desiguais de gênero. O cerne desta perspectiva encontra-se no questionamento das desigualdades entre homens e mulheres, pois o reconhecimento de que um grupo precisa se “empoderar” pressupõe a ausência de poder deste grupo. O

“empoderamento”, desta forma, busca atingir a estrutura que fundamenta as relações assimétricas de poder entre homens e mulheres, sem, contudo, ignorar as outras desigualdades que se vinculam a esta, como raça, geração, classe social, as que envolvem países, entre outras.

Creio que no grupo de doulas estas duas perspectivas sobre o “empoderamento” aparecem. Quando influenciadas por valores individualistas, como analisei no capítulo anterior, as doulas corroboram a ideia de que, enquanto consumidoras, as mulheres “empoderadas” tomam as rédeas do processo decisório e conquistam o parto que querem. A racionalidade, vinculada ao processo de se informar, seria fundamental para o sucesso neste processo de parir, visto como um projeto empreendido pela mulher ou pelo casal grávido. Através das informações adquiridas pelo seu próprio esforço e com o auxílio de outros agentes, a gestante conseguiria conquistar o poder sobre o seu próprio corpo e controlar seu o processo de parto. Depois disto, a vida continuaria seu curso, pois o “empoderamento” aí funcionaria como o instrumento para conseguir o parto que a consumidora queria.

No capítulo anterior, a crítica de Wolfe (2015) à existência das doulas pagas na maternidade vai neste sentido de considerar que o poder de acessar recursos não funciona para melhorar o sistema de saúde como um todo, mas serve a projetos individuais que intensificam a estratificação nas maternidades. Ao individualizar a resolução dos problemas, considerando o “empoderamento” uma ferramenta para manejar os melhores recursos para se alcançar o próprio parto, consolida-se uma visão estreita de participação, baseada na atomização do poder, ao invés de um processo coletivo de mudança social, como verificou Sardenberg (2006, 2016).

Se por um lado, a profissionalização das doulas baseia-se na pretensão de ensinar outras mulheres a ter poder sobre o seu próprio corpo; por outro lado, a dimensão do “empoderamento” não fica limitada a esfera privada de conquista de objetivos. A atuação das doulas também pode ser pensada dentro da outra perspectiva, no que tange ao “empoderamento”. A educação para o parto que elas promovem questiona as relações de poder nas instituições médicas e as premissas da ciência “tradicional” sobre o corpo feminino. Podemos também considerar que a cobrança das mulheres “empoderadas” de uma nova forma de atendimento, que as considere enquanto detentoras de um poder de decidir sobre os seus corpos, não fica restrita a cada parto, mas pressiona todo o sistema a mudar.

Sardenberg (2016) cita pesquisas que criticam tanto a perspectiva liberal quanto a emancipatória, porque ou enfatizam a atomização dos sujeitos ou se fundamentam numa politização demasiada, esquecendo os aspectos individuais das demandas. A resposta que ela

dá para esta crítica é que existe uma diferença entre o individualismo experimentado pelo “empoderamento” defendido pelo Banco Mundial e outras organizações de fomento, pelo qual mesmo o trabalho em grupo será considerado uma ponte para os projetos pessoais, e o individualismo que leva a alterações sociais. Para esta última concepção de individualismo, um indivíduo destituído de poder que passe por um processo de transformação para se conceber enquanto agente começa a alterar as estruturas sociais, o que acontece quando o “empoderamento” é um fim em si mesmo, não um meio para conseguir benefícios que não sejam expandidos para o coletivo ao qual se pertence.

As doulas também ajudam a associar mulheres quando estimulam a frequência aos grupos de gestantes. A informação que “empodera” está também à serviço do debate sobre as relações de poder, para desvendar os mecanismos patriarcais de domínio sobre os direitos reprodutivos. Deste modo, as doulas se aliam às redes de ativismo com o objetivo de alterar as políticas públicas e estimulam as gestantes a também tomar parte nas lutas.

Apesar das divergências dentro do movimento feminista sobre o significado e estratégias de “empoderamento”, as autoras levantadas por Sardenberg (2006) apontam algumas convergências. A partir destas características, irei refletir sobre o meu campo de estudo.

A primeira característica corresponde à ausência de poder daqueles grupos que buscam o “empoderamento”. A disputa existente entre doulas e médicos se baseia na falta de controle de recursos por parte das mulheres sobre os seus corpos e o processo de dar à luz. Se formos ampliar para a sociedade brasileira, a desigualdade entre os gêneros no acesso aos recursos e controle de vários processos é uma realidade.

Uma das críticas feitas a esta dimensão do “empoderamento” consiste na ideia de que mesmo que o controle da maior parte dos recursos esteja em poder dos homens, as mulheres nunca foram “desempoderadas”, pois por mais repressiva que seja a dominação masculina, as mulheres conseguem ter alguma agência dentro desta estrutura. Podemos considerar nesta concepção ao invés de uma ausência de poder, uma assimetria muito grande.

A segunda característica do “empoderamento” do feminismo corresponde à noção de que ninguém “empodera” outra pessoa, trata-se de um ato autorreflexivo. Porém, tal ato necessita de estímulos externos, pois dentro das relações de subordinação, naturaliza-se a opressão, sendo necessárias forças externas para que haja o estranhamento e a desnaturalização das relações de poder vivenciadas. A doula Patrícia, instrutora em algumas das aulas do curso de formação de doulas, gostava de frisar bastante que o processo de “empoderamento” é da mulher, não da doula. Esta apenas auxilia fornecendo informações,

mas não vai decidir pela mulher. Alice, inclusive, disse que a doula não deve indicar ou trabalhar com nenhuma equipe médica, pois isto acabaria limitando o escopo de ação da gestante.

O próximo aspecto diz respeito à “questão da construção da autonomia, da capacidade de tomar decisões de peso em relação às nossas vidas, de levá-las a termo e, portanto, de assumir controle sobre nossas vidas” (Sardenberg, 2006). Neste ponto, exemplifico novamente com uma fala da Patrícia, membro muito ativa na comunidade de doulas do Rio de Janeiro. Segundo ela, a mulher deve arcar com o ônus e o bônus de suas escolhas. Por isso, há uma preocupação grande para que as doulas não decidam pelas mulheres, o que corromperia o ideal de “empoderamento” do movimento. Algumas mulheres atendidas por doulas relataram que, mesmo não tendo conseguido um desfecho que elas queriam para os seus partos, elas estavam satisfeitas por terem tido todas as vontades atendidas, “*os meus desejos foram respeitados*”, disse Cecília.

As doulas se dizem “empoderadas” e, a partir desta “conscientização” que elas têm sobre as relações de poder no cenário obstétrico brasileiro e formulando algumas estratégias para alterar esta realidade, elas propõem ser facilitadoras de outras mulheres que ainda não teriam adquirido esta capacidade de poder para transformar a sua subordinação. Contudo, o poder ressaltado no movimento feminista contrapõe-se a ideia de poder sobre alguém. A ênfase, segundo Sardenberg (2006) seria no poder para fazer algo, o poder é visto mais como capacidade, como competência ao invés de dominação.

Ocorre que em alguns momentos do campo e em algumas entrevistas, notei que o ideal de “empoderamento” perdia lugar para uma relação de dominação da doula sobre a gestante. Paula, entrevistada que foi atendida por uma doula no seu segundo parto, narrou que mostrou um incômodo muito grande com o que chamou de “verticalização da relação”. Segundo ela, a doula colocava as suas informações acima das dela. Paula disse “*eu não era marinheira de primeira viagem, ela tinha que considerar o que eu falo*”. A jornalista citou a teoria da comunicação: “*para passar a mensagem, há que se considerar o que o interlocutor pensa.*”.

Outros dois casos me chamaram a atenção. Numa palestra comemorativa do dia da doula, uma das participantes gestantes demonstrou sua preocupação com uma das indicações das doulas de permanecer em casa até estar com o trabalho de parto em estágio avançado antes de ir para o hospital. A grávida disse que era seu segundo filho e que achava que por isto seria rápido. A doula Juliana a interrompeu rispidamente e falou “*Você é primípara*<sup>14</sup>”.

---

<sup>14</sup> Fêmea que pariu ou vai parir pela primeira vez.

[ênfatisou], o seu outro filho foi cesárea, você não teve parto normal.”. E completou para a plateia: “falo assim com ela porque sou sua doula.”.

O segundo caso aconteceu numa reunião do grupo de gestantes quando Ana Maria relatou qual era o seu plano de parto: ter o parto com uma médica que atendia seu plano de saúde na maternidade próxima a sua casa. Assim que terminou de falar, um casal sugeriu a mudança dos planos para um parto domiciliar. A doula Beatriz concordou que era o melhor método de parir e explanou as vantagens de um parto em casa, reforçando que esta seria a sua decisão caso tivesse outra gestação. Senti que Ana Maria ficou constrangida e que a vontade de impor um modelo ideal de parto foi maior do que a habilidade para escutar os interesses da mulher.

Se a mulher deve controlar o processo sobre o seu parto, sendo a doula apenas uma facilitadora neste momento, que dê apoio e acolhimento para a gestante, o processo de busca não pode ter uma resposta prévia que desconsidere as vontades desta mulher. Sara Mendonça (2014) avaliou a relação entre empoderamento e informação para o movimento pela humanização do parto:

Dentro do movimento a ênfase é de que a busca por informações deve partir da mulher, fazendo parte do seu processo de empoderamento, sendo frequente que as ativistas consolem e recomendem outras ativistas desiludidas por não terem sido capazes aconselhar apropriadamente uma gestante em favor do parto humanizado dizendo “*Não adianta forçar, a porta só abre por dentro*”, ou seja, não cabe uma postura de pregação e convencimento, pois depende da própria mulher se empoderar e desejar um parto humanizado. Assim o papel das ativistas deveria ser o de mostrar que existe outra possibilidade, mas sabendo que caberá a mulher segui-la ou não, indicando locais – como sites e grupos de gestantes – onde ela deverá buscar as informações necessárias.

Mendonça (2014) cita o médico referência do movimento Jones para embasar um dos pilares deste que seria a devolução do protagonismo sobre o parto para a própria mulher. Sem este protagonismo, o que ocorreria seria uma sofisticação da própria tutela. Mendonça identifica que este protagonismo está associado a um processo de busca pessoal de informações, cuja noção de pessoa vincula-se a um projeto próprio de camadas médias urbanas. Quando os preceitos do “parto humanizado” passam de um projeto individual para uma política pública, o seu caráter normalizador acaba por se chocar com outras noções de atendimento obstétrico e outras formas de protagonismo.

Os prejuízos de tornar um projeto que atende muito bem um grupo delimitado de cidadãs uma política pública que tem caráter universalizante foram exemplificados por Mendonça (2014) com o caso da mãe que perdeu seu filho e quebrou toda a maternidade em que isto ocorreu. A “humanização” defendida pelos profissionais da instituição significou

para a mulher uma agressão que teve um desfecho trágico. Ao solicitar outro tipo de atendimento, a justificativa da “humanização” era acionada para negar a esta mulher o que ela queria e que considerava melhor.

O problema de existir um sentido único de informações percebidas como corretas para muitas doulas contribui para desconsiderar outras formas de protagonismo feminino que não estejam em consonância ao movimento pela “humanização” do parto. Assim, a característica do “empoderamento” não ter que ser uma imposição de fora, mas uma busca do sujeito autorreflexivo, e também a autonomia no controle de sua vida ficam comprometidas.

### **3.3 A criação da violência obstétrica**

No capítulo 1 e no início deste capítulo, apresentei mobilizações das doulas para se consolidarem enquanto profissionais capacitadas para atender outras mulheres nas diferentes etapas do trabalho de parto. Seja lutando para que a profissão esteja regulada pelo Código Brasileiro de Ocupações, seja pleiteando o direito de acompanhar as suas clientes nos hospitais, as doulas preocupam-se com os aspectos legais de sua profissionalização. Elas se organizam para cobrar de autoridades e legislativos leis e normas que garantam a sua atuação, pois enfrentam muita resistência nas instituições hospitalares e de médicos.

A atuação das doulas, todavia, não fica restrita aos seus interesses enquanto grupo profissional. Como membros muito ativas do Movimento pela Humanização do Parto, as suas mobilizações objetivam alterar políticas públicas no sentido de fornecer um atendimento obstétrico dentro dos princípios da humanização, conforme foi relatado acima.

Cabe ressaltar que as ativistas criticam esta hegemonia da cesárea nos dias atuais e a lógica totalizadora em que os partos têm procedimentos padronizados, desconsiderando as escolhas individuais da mulher que questionem, inclusive, os protocolos médico-hospitalares. Elas querem um atendimento que siga as diretrizes do movimento, considerando que cada mulher pode decidir individualmente sobre as regras para o seu corpo e questionando o próprio caráter homogeneizador dos procedimentos aos quais são submetidas. Os procedimentos que serviriam e seriam vistos como benéficos por outras grávidas, a maioria das mulheres, representam uma agressão para este grupo de ativistas.

A falta de reconhecimento da demanda deste grupo constitui, para elas, uma agressão, assim como também é uma agressão uma série de procedimentos invasivos e não autorizados pela mulher no atendimento hospitalar, o que levou este segmento do movimento feminista a ser um dos atores que busca investir na ideia de que estes atos constituem uma violência,

sendo conceituados de violência obstétrica. Esta vai de encontro aos direitos reprodutivos mais básicos, por isso deve ser criminalizada.

Nesta última parte do capítulo, irei analisar o investimento das doulas e do Movimento pela Humanização do Parto para difundir a ideia de violência obstétrica, tanto pela via legal, atuando na formulação de leis federais que abordem o tema, quanto buscando um reconhecimento social para a questão.

Quando no curso de formação em 2013, a doula Patrícia começou a falar sobre as intervenções no parto, eu não lembrava de ter ouvido o conceito de violência obstétrica. Patrícia justificou que o foco da doula não seria trabalhar os malefícios das intervenções médicas, *“mas por conta destas serem tantas, acaba que a profissional se mune de informações. Isto faz parte de um ativismo.”*. A aula seria ilustrada por um slide intitulado “Violência na assistência ao parto: definições, impacto na morbidade e mortalidade maternas, e propostas para sua superação”.

O primeiro ponto consistiu em definir qual o significado de violência obstétrica e para isto foi recuperado um breve histórico, focando, principalmente, no contexto brasileiro. O histórico apresentado nos slides do curso tem início na década de 1950 com a criação de grupos como a Associações de Combate à Crueldade contra as Grávidas, que criticava as parturientes serem amarradas, dopadas, ficarem com hematomas e serem proibidas de contar com acompanhantes. Nas décadas de 1970/80, algumas pesquisas brasileiras, como o Dossiê Caxias, formularam olhares sobre a violência na cidade, incluindo a violência que acontece no parto.

Com a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), em 1993, as circunstâncias da violência no parto ganharam mais destaque. Nesta rede, as mulheres decidiram que o termo “humanização” seria mais “diplomático” para tratar das mudanças que elas pleiteavam na assistência ao parto. Além da ReHuNa, de acordo com o material divulgado, várias foram as iniciativas na década de 1990 para discutir os direitos humanos no parto.

O histórico feito pelas doulas aponta que os anos 2000 foram mais profícuos para a militância contra a violência obstétrica. Algumas redes de mulheres foram criadas, como a rede “Parto do Princípio”; muitos países da América Latina tipificaram a violência obstétrica e criaram legislação específica; foram produzidas pesquisas como a da Fundação Perseu Abramo<sup>15</sup>, divulgada em 2010, que atestou que 25% das mulheres haviam sofrido alguma

---

<sup>15</sup> Fundação Perseu Abramo & SESC. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado, 2010

violência no atendimento ao seu parto; a violência obstétrica se consolidou como um objeto de pesquisa e sua relevância foi reforçada por audiências públicas que ocorreram no país e também por divulgação de filme sobre o assunto.

Dentre muitos conceitos para definir o problema (violência obstétrica, violência no parto, abuso obstétrico, desrespeito e abuso, violência de gênero no parto e aborto, violência institucional de gênero no parto e aborto, assistência desumana / desumanizada, crueldade no parto, violações dos direitos humanos das mulheres no parto), o conceito de violência obstétrica vingou entre as ativistas, até por ter sido este conceito utilizado na legislação venezuelana que inspirou a definição deste problema. Violência obstétrica, de acordo com o que as doulas divulgaram no material do curso, configura-se como “qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres.”.

No Brasil, a Organização Não Governamental Artemis apresentou junto com o deputado estadual Jean Willys o projeto de lei nº 7633/2014, tramitando na Câmara dos Deputados, que dispõe sobre a “humanização da assistência da mulher e do neonato no ciclo gravídico-puerperal”. Neste documento, as demandas do movimento estão organizadas e há uma seção que trata da violência obstétrica. De acordo com o projeto:

**Art. 13:** Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

**Parágrafo único.** Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

Dentro da conceituação violência obstétrica, vários atos podem ser enquadrados, alguns contam com maior reconhecimento social de que são violentos, mas outros podem ser considerados desta forma somente para aquelas mulheres iniciadas no Movimento pela Humanização do Parto. Assim, algumas questões devem ser problematizadas: quais são as dinâmicas envolvidas no discurso que afirma que atitudes consideradas rotineiras por muitos são atos violentos? Como se constrói esta noção de ofensa? De que forma são acionados os

discursos de “protagonismo” e “empoderamento” e como estes se relacionam à ideia de vítima da violência?

A violência obstétrica está inscrita como uma violência contra a mulher. Muitos estudos feministas pensaram as configurações que esta violência assume historicamente e socialmente, pressupondo que esta não consiste numa realidade *per se*, deve ser contextualizada. A polissemia da palavra violência amarra diferentes enunciações e para se entender os seus significados deve-se estudar os contextos das relações sociais consideradas violentas e como o ato de narrar constrói também a violência. Recentemente, alguns estudos vêm questionando a polarização vítima/ mulher e agressor/homem, pois retiram as possibilidades de agência feminina ao relegarem à mulher o papel de vítima.

Apesar de se associar à violência contra a mulher, que vem sendo uma agenda feminista de destaque desde a década de 1970 (GROSSI, 1994), a chamada violência obstétrica apareceu no vocabulário de alguns grupos feministas faz pouco tempo. Por mais que fosse preocupação de poucos grupos desde a década de 1950, conforme o histórico referido pelos slides das doulas, é a partir da pesquisa de Fundação Perseu Abramo e do esforço das ativistas através das redes sociais que começa a ocorrer uma divulgação maior do conceito de violência obstétrica. Isto significa dizer que somente nos anos 2010 que vai ser empregado um esforço de tipificar este tipo de violência.

Um estudo que nos ajuda a pensar a criação de uma forma de violência foi desenvolvido por Daniel Simião (2006) sobre a construção de uma nova moralidade para pensar identidades e relações de gênero no Timor-Leste após a independência deste. De acordo com pesquisador, a falta de atenção ao insulto ou à dimensão da violência teria marcado o processo de invenção da violência doméstica como um problema social contemporâneo em Timor-Leste. Antes da independência do país e da chegada de novos atores (ONGs, organismos internacionais), bater era atitude legítima entre homem e mulher, pais e filhos. Com a independência timorense, vários são os projetos para criar e fortalecer instituições modernas de Estado, com uma legislação pautada em padrões legais internacionais e cristalizados.

Tais projetos traduziram para a realidade timorense valores de igualdade de gênero vistos como universais, mas que se chocavam com as construções locais de identidade de gênero. Destarte, a construção de uma nova identidade nacional passava pela construção de uma “nova mulher” nos países pós-coloniais asiáticos, com uma narrativa de gênero pautada em padrões internacionais igualitários. Segundo Simião:

(...) a agressão física ou sexual nem sempre constitui, à luz da sensibilidade jurídica local, um caso de crime ou conflito a ser resolvido. Nesse sentido, para que a agressão se torne “violência” – motivo de sanções e reprovação – é necessário que se institua, no plano da moralidade que dá sentido aos gestos de agressão, uma narrativa de gênero que tome as mulheres e homens envolvidos nesses casos como indivíduos, portadores de direitos iguais, entre os quais o da integridade física e da autodeterminação sobre os seus corpos. (2006, p.139)

A concepção de violência doméstica estava longe do cotidiano dos timorenses, mas na base das ações do governo, ONGs e atores internacionais. A consolidação do termo violência doméstica representou a definição de uma nova moralidade que tornou inaceitável a agressão física dentro da família, especialmente às mulheres. Tais atores buscaram criar condições para a percepção do ato de agressão como atitude de violência. O insulto poderia ter acontecido antes, mas a tipificação como violência, por alguns atores, e a legitimidade legal para esta abordagem elevaram as situações vivenciadas pelas mulheres à categoria de problema social.

No cenário brasileiro, o combate à violência doméstica já teve muito mais avanços do que no Timor-Leste, já existe no imaginário popular a ideia de que esta consiste um problema social que deve ser sanado. Pode-se, contudo, traçar o paralelo da violência doméstica no Timor-Leste com a violência obstétrica no Brasil. Há um esforço de grupos organizados (ONGs, ativistas, políticos) no país para que as agressões dos profissionais de saúde contra as mulheres não se mantenham invisíveis, sejam consideradas agressões que mereçam reparação. Para transformar a mentalidade sobre o parto, os ativistas do parto humanizado e críticos da violência obstétrica buscam divulgar este novo ideal de parto nas redes sociais, na mídia de uma maneira geral e ainda agem na elaboração de políticas públicas e de leis, como a que foi apresentada pela ONG Artemis e pelo deputado Jean Willys. O movimento se expande com o auxílio da internet e mulheres que têm acesso à informação veiculada sobre a violência obstétrica reconstituem a memória de seus partos a partir desta conceituação. Nos blogs especializados em parto e maternidade, é comum encontrar relatos em que as mulheres dizem: *“Eu achava que meu parto tinha sido lindo, mas agora sei que fui vítima da violência obstétrica”*.

Diferentemente do Timor Leste, no Brasil o esforço em conceituar estes casos como violência obstétrica passível de punição ocorre a partir de uma demanda de dentro de um coletivo de mulheres. A criação da violência obstétrica, contudo, foi influenciada por um movimento que também ocorreu em outras sociedades.

Em sua reflexão sobre a categoria violência obstétrica, Mariana Pulhez (2013) pontua que a luta das mulheres pelos direitos reprodutivos e sexuais não se limita ao acesso às políticas públicas formuladas com esta finalidade, mas que estes sujeitos políticos mobilizam

toda uma semântica sobre direitos reprodutivos e sexuais, em disputa com o saber médico. O conflito não abarca simplesmente melhorias no campo da saúde sexual e reprodutiva, significa também lutar pela definição do que seria a saúde sexual e reprodutiva.

Pulhez verifica que mais do que tipificar como crime que deva ser punido, as ativistas que se empenham na legitimação da violência obstétrica buscam um reconhecimento social de que a violação de fato aconteceu. Para este reconhecimento, uma política do trauma é acionada, de forma que articule um evento que é coletivo, e que fundamenta uma verdade compartilhada, com uma experiência individual que forma aquele que será considerado vítima.

As feministas estadunidenses contribuíram para a formulação de estratégias desta política do trauma ao lutar pelo reconhecimento do *status* de vítima das mulheres abusadas sexualmente quando crianças. As mulheres foram estimuladas a retornar ao passado e narrar suas histórias no caminho de trazer à tona os motivos das violações. Esta estratégia de abordar o trauma se disseminou para outras formas de violência, criou-se a noção de que o silêncio sobre as agressões aos direitos humanos não deveria ocorrer, tendo em vista que a cura viria com a exposição do trauma. Tal lógica se vincula à terapia psicanalítica, “em que o paciente é estimulado a falar sobre seu sofrimento para buscar a cura. Criar-se-ia, assim, uma necessidade de vocalização das violações.” (PULHEZ, 2013, P.7)

Destarte, estimula-se os relatos sobre o parto de todas as mulheres nas atividades em que as doulas participam; nos grupos de gestantes e também nas redes sociais. Além de produzirem uma gramática compartilhada sobre o que consideram violência obstétrica, narram seus traumas como uma forma de se entender enquanto vítimas e poder lidar com os sentimentos. Esta valorização do ato de falar para curar os traumas despontou quando uma das entrevistadas, que teve um desfecho do seu parto insatisfatório, agradeceu-me por poder compartilhar com alguém o que tinha acontecido, ela comentou que se sentia aliviada por falar.

No próximo capítulo, ao tratar do controle de emoções nas relações entre grávida e doula, abordarei com mais ênfase o estímulo à narrativa de si feito pelas doulas e a relação desta com a Psicologia.

Sobre a vocalização das violações, um estudo que traz contribuições sobre o tema é o da antropóloga sul africana Fiona Ross (2003) sobre os depoimentos de mulheres na Comissão de Verdade e Reconciliação na África do Sul, com o fim do *apartheid*. A pesquisadora buscou entender o lugar da narrativa na comissão, analisando o que se conta, o

que não se conta, quais são as expectativas sobre o que deve ser testemunhado e o que os silêncios dizem sobre a experiência da segregação.

A função da Comissão consistia em investigar as violações cometidas pelo Estado no período do *apartheid*, para criar uma verdade, através das experiências narradas, sobre as violências vividas enquanto perdurou a segregação racial. Segundo a autora, a Comissão tinha a expectativa de que as mulheres falassem sobre eventos específicos e sobre formas de violência já consolidadas enquanto tal, como o estupro. Os membros desta buscavam relatos que inscrevessem a violência naqueles corpos femininos.

Quando as mulheres começaram a falar, suas narrativas não condiziam com as esperadas pela Comissão. Os testemunhos narravam a dor dos outros, as violações que sofreram os homens com quem se relacionavam, o que poderia ser interpretado como o não reconhecimento do lugar das mulheres enquanto vítimas. Isto não significa simplesmente uma alienação sobre a violência sofrida, mas um agenciamento das mulheres em se pensarem como agentes resistentes ou como aquele que vai relatar, através do seu testemunho, a dor dos outros.

Outro ponto que fugiu das expectativas dos componentes da comissão da verdade foi a ênfase das narrativas nos aspectos domésticos. Enquanto esperavam as narrativas de eventos específicos que delimitariam uma agressão, as sul africanas construíram um testemunho sobre o cotidiano, como a morte do filho havia afetado a dinâmica doméstica. Sem a linearidade esperada, assuntos como premonições e sonhos apareciam nos discursos.

Ross avalia que as narrativas das mulheres contavam muito sobre as mudanças sofridas na África do Sul, mas não estavam de acordo com o que se esperava ouvir. A comissão não considerou os silêncios que apareceriam nas falas e o que seria dito por estes silêncios. O que contavam eram os relatos que confirmassem o que já se sabia sobre o período, algo que as mulheres subverteram ao falar sobre o que queriam, ou por considerar mais importante ou pelo silêncio usado como estratégia para proteção de si mesmo e de outras relações.

O trabalho de Ross expõe as diferenças das significações sobre violência, bem como as diferentes concepções de pessoa, enquanto a Comissão enfatizava o indivíduo para a compreensão das agressões, as mulheres ressaltaram as suas relações na reconstituição do que seria considerado uma violência. Além disso, esta pesquisa explicitou como o ato de narrar tem um uso político que demonstra as sutilezas destas tensões existentes para a construção da violência e também que existe uma expectativa sobre aquilo que pode e que deve ser narrado.

Com relação à violência obstétrica, esta compreende uma série de situações em que as mulheres se sentem violentadas, conforme elas mesmas expõem; desde falas vexatórias, abusos físicos, até procedimentos que não tenham a sua anuência para serem feitos. A sensação de agressão ao ser submetida a alguma intervenção sem querer é muito relatada nas narrativas sobre a violência obstétrica. Todavia, se o reconhecimento social sobre a violência de um abuso físico ou verbal, como um tapa ou um xingamento, é esperado, quando se trata de um procedimento rotineiro do atendimento hospitalar, como uma cesárea ou a raspagem dos pelos pubianos, este reconhecimento da violência deve ser conquistado. Quando não há eco para o reconhecimento social do trauma das mulheres que sentem que o viveram, cria-se um sentimento de frustração.

Durante os eventos em que as doulas participam e nas suas redes sociais, os discursos sobre os traumas vividos no atendimento obstétrico têm ressonância e são legitimados enquanto violência, desde que se repita aquilo que se espera: uma crítica às intervenções médicas e ao modelo obstétrico hegemônico. Duas entrevistadas relataram que não voltaram para o grupo de gestante para dar o relato e não quiseram a visita pós-parto que estava no contrato acordado por elas, porque tinham críticas à atuação das doulas. Elas narraram que se sentiram agredidas em diferentes situações, como, por exemplo, quando a doula foi embora sem ter conhecido o filho da cliente que havia nascido. A outra entrevistada relatou que se sentiu muito julgada pela doula e que se sentiu muito mal por isto. O que pretendo não é rotular o que seria ou não uma violência obstétrica, mas pontuar que a construção do discurso sobre violência envolve tensões também na medida em que muitos relatos ficam de fora.

Ao investir na criação de políticas públicas que legitimem os seus pleitos, inclusive para regular a existência da violência obstétrica, as redes de mulheres, das quais as ativistas do movimento pela “humanização” fazem parte, contribuem para a mudança da visão geral da ideia de parto respeitoso, sem violência. Um aspecto do projeto de lei apresentado consiste em valorizar a autonomia daqueles que irão sofrer as intervenções. O ônus deste processo, que é reforçado na fala de uma doula, é que o protagonismo vem acompanhado de compromisso com a busca de informações e com a assunção das responsabilidades sobre as decisões.

O desafio do projeto de lei que dispõe sobre a violência obstétrica e de tantos outros, que podem se tornar políticas públicas que universalizem o atendimento obstétrico, reside na consideração da existência de outras gramáticas de sofrimento e violência que não estejam vinculadas ao movimento que demanda o reconhecimento social da agressão. Desta forma, a autonomia das mulheres deve funcionar de modo abrangente, considerando que mulheres com

o ideal de atendimento diferente do Movimento pela Humanização do Parto, que querem uma cesárea, por exemplo, também se sintam respeitadas.

#### 4 “PARIR É PERDER O CONTROLE”: AS EMOÇÕES EM XEQUE

As doulas são descritas por elas próprias como amortecedores afetivos, catalisadores emocionais; amortecer significa moderar, perder força, diminuir a intensidade, já catalisador, na química, consiste na substância que acelera a velocidade da reação, pode ser considerada também a substância que não participa de uma reação química, ou seja, o primeiro grupo de palavras remete ao controle de processos. A segunda parte das expressões (“afetivos”; “emocionais”) está relacionada a sentimentos, emoções. Neste sentido, muitas das discussões no curso de formação enfocaram os sentimentos das grávidas/parturientes como também as emoções das doulas. Nas reuniões das gestantes, as emoções também contavam com lugar de destaque nos relatos de parto ou nos discursos sobre as expectativas com o nascimento dos bebês. Quais seriam os afetos que elas buscam diminuir a intensidade e quais as emoções que seriam catalisadas com a presença das doulas?

Acerca dos debates sobre os aspectos emocionais ocorridos no discurso de doulas e grávidas, trago algumas questões. As doulas repetem com frequência a máxima “*a mulher sabe parir*”, se referindo ao parto pela via vaginal sem muitas intervenções, mas são muito altas as taxas de cesárea no país. Neste sentido, cabe analisar qual é o discurso sobre as emoções que estão associadas a este saber parir ou ao suposto fracasso da mulher em ter um “parto normal”. Como as doulas, agentes que compartilham com os médicos um *habitus* que valoriza a linguagem científica e a especialização dos saberes, relacionam os sentimentos com as técnicas para o cuidado nos momentos do parto? Qual é a função das emoções e seus mecanismos de atuação para um discurso que tanto aciona uma fundamentação biológica para explicar o parto quanto considera que existem formas culturais de parir e que “*cada corpo é um corpo*”?

Em segundo lugar, no grupo de gestantes acompanhado não havia nenhuma mulher que declarasse a sua escolha por uma cesárea eletiva, ou seja, com data marcada. Ao contrário, todas e os homens que ali estavam manifestavam o desconforto por esta opção e a busca de uma saída para não serem submetidas à cirurgia sem fundamentação confiável. As instrutoras do curso de formação de doulas e as doulas entrevistadas acreditam que elas não devem participar de cesáreas agendadas, porque a função de apoio afetivo não seria necessária para as mulheres que não vivenciam a dor do parto. Ora, se a cesárea não humanizada é considerada mais traumática e desrespeitosa à integridade das mulheres pelas doulas, aquelas que passam por este procedimento não precisariam de mais apoio ainda?

Neste capítulo, abordarei algumas teorias sobre o corpo e as emoções, analisando o discurso de doulas sobre estes e os embates com o modelo obstétrico hegemônico. Além disso, as emoções narradas pelas doulas e grávidas não correspondem apenas aos sentimentos das parturientes, as doulas também problematizam as suas próprias emoções ao acompanhar gestantes e trabalhos de parto.

Em seguida, pretendo refletir sobre as emoções da pesquisadora em campo, como fui afetada enquanto antropóloga e enquanto grávida.

#### **4.1 A contribuição da Antropologia do corpo e das emoções para análise da atuação das doulas**

Marcel Mauss (1974) em seu ensaio clássico sobre as técnicas corporais destaca que o corpo não é compreendido apenas pela abordagem biológica, mas explicado também por posicionamentos sociais e diferenciações; as sociedades constroem os corpos. Assim, entende-se que os atos corporais não são individuais em sua essência, mas a maneira como os seres humanos sabem servir-se de seus corpos para um determinado fim, definição de técnicas corporais, é perseguida por toda a sociedade a qual mulheres e homens fazem parte e no lugar que eles ocupam, ou seja, são manifestações coletivas. Para exemplificar a proposição, vários são os exemplos apontados de diferenças nas técnicas corporais por Marcel Mauss, como, por exemplo, caminhar, cavar e dormir dos grupos. As técnicas de nascimento e obstetria compõem esta enumeração dos modos de utilizar o corpo e são muito variáveis. Além do local escolhido para o parto, existem várias posições da mulher, a dor no parto e os agentes que podem participar deste ritual. Dentre estes agentes, temos na atualidade as doulas profissionais.

Para Mauss, o corpo é atravessado pelos planos biológicos, sociológicos e psicológicos, sendo ele um elemento articulador entre o indivíduo e a sociedade. Contudo, o antropólogo ressalta que a relação entre o biológico e o sociológico não deixa grande lugar ao intermediário psicológico (1974, p.215). O problema é que os sentimentos e a sua expressão oral envolvem o corpo de forma que não podemos pensar uma Antropologia dos corpos que não apresente uma análise das emoções. Mauss se dedica a uma abordagem destes fenômenos no ensaio “A expressão obrigatória dos sentimentos” (1979). Neste, ele atenta para o caráter coletivo de uma série de expressões orais dos sentimentos, como estas se constituem em uma linguagem. Ao mesmo tempo em que estas expressões - no caso estudado, os ritos funerários

na Austrália - são sociais e obrigatórias, são também violentas e naturais. Reitera-se com isto a indissociabilidade das dimensões do corpo, das quais a emoção faz parte.

Na fase introdutória do curso de formação, as doulas apresentaram a diversidade de formas de parir e técnicas de transmissão deste saber. Elas expuseram uma argumentação que coloca o parto como um evento cultural, que depende de contextos históricos específicos. Uma série de relatos e vídeos de partos em várias partes do mundo foram utilizados para ilustrar esta argumentação, o que se insere na estratégia para combater o que as doulas chamam de “cultura da cesárea”. No entanto, ao mesmo tempo, os sentimentos maternos relacionados ao parto foram apresentados como se fizessem parte de uma suposta essência feminina. Solidão, dor, medo, insegurança e ansiedade seriam os sentimentos maternos que legitimariam a presença da doula na cena do parto. A doula auxiliaria na diminuição da intensidade das emoções negativas.

Ao considerar a gestação e o parto como um processo complexo que envolve as diferentes dimensões do corpo, as doulas constroem um discurso sobre as emoções das mulheres que ao mesmo tempo em que está alinhado à linguagem biomédica por se fundamentar na “medicina baseada em evidências”, está também orientado por práticas feministas que defendem a autonomia das mulheres frente à autoridade médica considerada um poder masculino opressor.

No capítulo 1, abordei as tensões existentes entre doulas, dentro dos pilares do Movimento pela Humanização do Parto, e médicos, principalmente no que tange às intervenções realizadas no trabalho de parto. Nesta seção, pretendo, a partir principalmente da produção da antropóloga Catherine Lutz (1988, 1990), tratar dos usos das emoções no discurso das doulas e da rede de associações que é apropriada para dar força a estes discursos.

Cabe frisar que se há uma disputa em torno do parto ideal e de quem é a mulher que pare, há também uma disputa por nomear as emoções envolvidas neste processo. Tratar disso envolve o debate sobre o poder e o exercício deste frente às emoções, tanto em sua enunciação quanto em seu controle. É interessante perceber como as emoções são o lugar em que as práticas sociais são conectadas com a larga escala de organização do poder.

Para Lutz (1988), nada parece mais natural e menos receptivo ao escrutínio público do que as emoções. A crença ocidental de que a emoção é uma estrutura físico-biológica e um aspecto do indivíduo fundamenta a ideia de que o estudo das emoções é pouco compatível com as Ciências Sociais. Por essa perspectiva, o papel da cultura é visto como secundário e as emoções são apresentadas como um signo de um estado pessoal, raramente como um índice das relações sociais.

Neste sentido, o modelo biomédico tem preponderância no discurso sobre o corpo em sua totalidade, determinando padrões de sexualidade e emotividade. Por este modelo, estas dimensões do corpo são vistas como impulsos naturais e dispostas em padrões “sadios” e “doentes” de comportamento (LUTZ,1990). Nas mulheres, as transformações físicas causadas pela gravidez aguçam a preocupação sobre o controle corporal realizado pelas ciências médicas e, segundo Catherine Lutz, um conjunto significativo de estudos acadêmicos atribuem as diferenças de gênero aos traços biológicos e à função reprodutora das mulheres.

Um dos pontos que merece destaque no discurso das doulas sobre as emoções envolvidas no parto seria o maquinário das feições corporais apresentado para descrever as fases do parto. Cada período seria marcado pela representação facial dos estados de espírito. A divisão do trabalho de parto em fases é acompanhada por uma divisão de sentimentos.

Assim, na fase latente, ou seja, no início do trabalho de parto, quando as contrações não estão ritmadas, a mulher conseguiria se concentrar em outras atividades e conversar com quem está a sua volta. Apesar da insegurança relacionada às sensações corporais, esta mulher não tem um comportamento diferente daquele que tem frequentemente. Na fase ativa, quando o trabalho de parto se intensifica, as contrações tem maior duração e o intervalo entre estas é menor, a mulher se fecha no seu mundo, o que algumas chamam de “*partolândia*”. Neste período, ela está séria, segundo o discurso das doulas, pouco se concentra em outras atividades e vai perdendo o controle da razão.

Na passagem da fase ativa para o período expulsivo quando o colo do útero está com de 8 a 10 cm de dilatação, a parturiente fica agitada, começa a suar e ter náuseas. Os olhos ficam fechados, em algumas fotos de mulheres nesta fase do trabalho de parto a boca estava semiaberta e algumas contorciam o pescoço. Esta fase é marcada por um desespero, uma sensação de que não aguenta mais. As doulas são instruídas a não interpretar a frase “*Não aguento mais*” como “*Quero uma anestesia*” ou “*Quero uma cesárea*”. As demonstrações de sofrimento são esperadas neste momento, mas quando a cabeça do bebê está coroando, ou seja, quando a cabeça está chegando na vagina, este desespero se esvai. O período expulsivo é rápido e acompanhado de uma vontade interna de se fazer força, a mulher não resiste a esta vontade. O discurso é de que neste momento a questão da dor do trabalho de parto fica em segundo plano.

Cada uma destas fases do parto seria acompanhada por tarefas diferentes para a doula. Antes do trabalho de parto, a mulher sente contrações de treinamento por um período que pode variar de semanas a alguns dias antes do parto, é o que chamam de pródromos. Neste momento, elas ficam inseguras acreditando que o trabalho de parto estaria iniciando. As

doulas podem atuar esclarecendo a mulher de que não se trata de trabalho de parto e a instruindo a continuar com a sua rotina.

Na fase latente do parto começa o suporte contínuo oferecido pela doula. Ela pode ajudar preparando a logística para o encaminhamento ao hospital (malas, documentos), garantindo a privacidade do casal, estimulando o descanso, a alimentação e hidratação da grávida, realizando massagens para alívio da dor, distraindo a grávida para que ela se concentre em outras coisas além do parto e relaxe, e, principalmente, contribuindo para a diminuição da ansiedade da grávida. Na fase ativa, algumas das atividades da fase latente se repetem como o estímulo ao descanso e à alimentação e a garantia da privacidade. A doula deve permanecer ao lado da grávida, ajudar na internação no hospital (segundo as doulas, esta é a melhor fase para se deslocar até a maternidade), dizer palavras de incentivo, dizer que acredita na mulher e que ela vai conseguir. Ao que tudo indica, neste momento, as grávidas são vistas como mais vulneráveis à dor e mais fragilizadas. Durante o expulsivo, a doula deve manter sua própria respiração calma, continuar com as palavras de estímulo e nunca deve falar para a mulher fazer força.

É interessante notar que as classificações das feições durante as fases e a as emoções envolvidas acabam por universalizar a experiência das mulheres. Se, em alguns momentos, várias formas de parir são trazidas pelas doulas, noutro momento, para elaborar suas tarefas, estas profissionais acabam normatizando fases emocionais para cada estágio do parto. As doulas, alinhadas com o discurso da “medicina baseada em evidências”, se guiam por um ideal de parto que, ao mesmo tempo em que crítica o modelo hegemônico e intervencionista, reforça a ideia de uma natureza feminina universal. Contudo, os limites entre aquelas informações que foram retiradas das pesquisas científicas e aquelas que vêm da experiência das doulas não está claro.

No curso de gestantes e nas entrevistas, as mulheres relataram outras reações durante o trabalho de parto. Luma, por exemplo, ao relatar seu trabalho de parto que havia ocorrido dois meses antes, disse que estava esperando perder a consciência, mas em nenhum momento isto ocorreu, talvez no fim do expulsivo tenha sentido algo perto desta perda de controle. Ela relatou que a doula ia trocar de lugar com sua substituta porque o trabalho de parto estava no início, quando ela disse que estava sentindo vontade de fazer força, acabaram correndo para o hospital e quase que o bebê nasce no carro. Ao fim da exposição, a doula Beatriz ponderou “*Falamos das fases do parto, mas cada corpo é um corpo*”.

Ao pensar sobre a associação das fases do parto com uma expressão facial e emoções específicas, lembrei da história contada por David Le Breton (2009) no livro *As paixões*

ordinárias. Trata-se de um pronunciamento do pintor Charles Le Brun, em 1668, sobre a expressão das emoções diante da Academia Real de Pintura e de Escultura. O pintor associa as expressões faciais dos seres humanos com as seis paixões primárias descritas por Descartes, como se houvesse um alfabeto de máscaras prontas para invadir a tela em branco que seriam os seres humanos. Nas palavras do antropólogo,

Para Le Brun, o maquinário das paixões é essencialmente muscular e facial, configurando uma série de traços do rosto como se fosse uma língua que enuncia sua própria verdade: posição das sobrancelhas, movimento da boca, da testa, dos olhos, a cor da pele, etc.” (2009, p.183)

Outro que corrobora a visão de Le Brun e que fez uma legião de seguidores foi Charles Darwin. Le Breton critica os estudos de Darwin por vários fatores metodológicos, mas, principalmente, por ter reduzido rostos e corpos a meros espelhos da espécie, o ser humano não seria compreendido como uma condição. Os vestígios da animalidade humana e os seus instintos fundamentam a uniformidade dos estados de espírito e a condição humana se justifica a partir de um aparato biológico que articula emoções e movimentos de rostos e corpos. Para Lutz (1988), se assumirmos a emoção como um evento bio psicológico e que todas as emoções são universais e ligadas a uma expressão facial, o processo de entendimento de emoções fora das fronteiras se torna apenas uma leitura de faces, algo que ela critica, frise-se.

A leitura da expressão facial, feita pelas doulas das mulheres em trabalho de parto para que seja determinado o estágio em que elas estão, parte de uma razão naturalista que pensa a mulher em sua animalidade e universaliza as emoções apresentadas. Muitas vezes, como já explanado no capítulo 1, há falas no sentido de animalizar as mulheres e as analogias entre mulheres e mamíferos são recorrentes, como podemos ver nesta fala da doula Patrícia sobre o não clampeamento do cordão umbilical que ocorre no parto de lótus, quando se deixa cair da placenta sem interferência nenhuma: *“Nenhuma evidência comprovada. Na natureza, nenhum animal deixa a placenta, logo pode não ser natural o homem deixar a placenta.”* Algumas emoções “mamíferas” como o afeto pela cria também são ressaltadas.

Em seus trabalhos, Lutz rejeita a naturalização exagerada dos limites do conceito de emoção e propõe que a emoção seja tratada como uma prática ideológica ao invés de uma coisa a ser descoberta ou uma essência. O objetivo, de acordo com a antropóloga, não é cortar o corpo fora das emoções ou simplesmente civilizá-lo, mas considerar que o uso do conceito de emoção, tratado como uma prática ideológica, envolve negociação sobre o significado de eventos, sobre direitos e moralidade, sobre o controle dos recursos; resumidamente, envolve conflitos sobre todos os âmbitos de assuntos concernentes a grupos humanos (1988, p.).

Clifford Geertz (1986 *apud* Lutz, 1988) já havia contribuído para esta abordagem ao pontuar que a emoção é contestável, temporal e emergente, logo o significado emocional é social e não uma realização individual. Estes significados são estruturados por sistemas culturais particulares e circunstâncias sociais e materiais particulares.

Um dos focos que Lutz considera como modelo da classe média euroamericana sobre emoções consiste na associação entre emoção e o feminino. Os grupos tradicionalmente concebidos como seres passionais são as crianças, os adolescentes, os doentes mentais, os povos primitivos, os imigrantes, os negros e, principalmente, as mulheres. Não se nega a emotividade dos homens, mas esta é relacionada a algumas emoções como raiva, emoções que são vistas como mais importantes e explicáveis. Enquanto se espera que as mulheres sintam toda a gama de emoções (exceto ódio e raiva) com frequência e profundamente. Lutz não afirma que os julgamentos negativos sobre as emoções direcionam para uma avaliação ruim das mulheres por serem emocionais, sua tese é de que fraqueza e força são atribuídas e reforçadas na associação entre ideologias de gênero, do *self* e das emoções. A emoção pode ser simultaneamente boa e ruim, como veremos a seguir.

A antropóloga verificou que, em muitas pesquisas acadêmicas, as mulheres estão associadas à emotividade e mais próximas da natureza do que o homem. Natureza esta que é relacionada ao irracional e caótico, passível de ser controlado. O pensamento racional, vinculado ao masculino, seria valorizado pela perspectiva de diversas pesquisas acadêmicas, com metodologias discutíveis segundo Lutz.

No entanto, esta forma negativa de encarar as emoções não é a única:

Outra abordagem, concorrente com a anterior, sobre o tema das interpretações culturais ocidentais da emoção é a que contrasta a emoção com fria alienação. Emoção, nesta perspectiva, representa a vida em oposição à ausência provocada pela morte, é a conexão ou o relacionamento interpessoal frente ao estranhamento não-emocional, é a natureza glorificada e livre contra as algemas da civilização. Esta última interpretação da emoção cria alguns dos modos fundamentais através dos quais o feminismo tem sido 'redimido', ou alternativamente construído. (LUTZ, 1990 – tradução livre)

Ao formular pares de contrastes para compreender o pensamento da classe média euroamericana sobre as emoções, Lutz (1988) apresenta o contraste entre comunidade e alienação. A valoração da emoção, quando esta está vinculada à integração social e ao compromisso com outros, supera o valor dado ao pensamento ou à racionalidade quando estes estão associados com a alienação, o individualismo e a falta de envolvimento com o grupo. A positividade da emoção enquanto agregadora faz com que seja valorizada a característica da mulher ser emotiva. Nas palavras de Lutz:

Onde emoção é vida, a subjetividade é glorificada como a fonte da percepção e da individualidade, o natural se torna puro e rebaixado, e a fêmea emerge como a repositora de alguns dos mais importantes valores humanos, incluindo o valor do compromisso com os outros. (Tradução minha<sup>16</sup>, 1988, p.58)<sup>17</sup>

Outro trecho da mesma obra demonstra a valoração positiva da emotividade feminina:

A emotividade das mulheres é celebrada, tanto explicitamente quanto implicitamente, como um sinal maior da aproximação da mulher como o estado natural dos seres humanos, que é estar em relação com outros, é este relacionamento – este compromisso interpessoal – que produz afetos. (LUTZ, 1988, p. 76)<sup>18</sup>

Para Claudia Rezende (2009), muitos estudos contemporâneos sobre a construção dos corpos pontuam que os corpos femininos “são percebidos como sendo mais marcados pela natureza” e as subjetividades das mulheres mais ligadas à emotividade. Vemos que muitos dos preceitos aceitos no movimento pela humanização do parto, fundamentados em teorias acadêmicas sobre gestação e parto, continuam a considerar a mulher uma possível mãe que vai assumir um papel de maternidade não muito diferente daquele atribuído a ela na sociedade patriarcal. O ser emocional da mulher não seria a princípio algo que a inferiorizasse frente ao homem e a aproximação com a natureza não é valorada como algo que diminui as mulheres, mas, ao contrário, pode representar sua força e importância na sociedade.

Ao analisar um blog de suporte para mães, Alzuguir e Nucci (2015) verificaram que os textos postados reforçam uma valorização do corpo biológico e das emoções relacionadas a um fisiologismo da mulher. Alzuguir e Nucci notaram que no discurso de médicos e outros formadores de opinião vinculados ao Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento, a aproximação entre mulher, físico e natureza era compreendida como um sinal de saúde. Já o uso da razão pelas mulheres seria um problema, relacionado, inclusive, com a fabricação do hormônio testosterona em demasia, o que tornaria esta mulher muito masculina. Nesta associação das mulheres aos animais mamíferos seria reforçada a ideia de um instinto materno fundamental para o desenvolvimento do vínculo da mãe com sua cria. Assim como na comunidade virtual estudada por Alzuguir e Nucci (2015) e na experiência do casal grávido analisada por Salem (2007), para que o parto seja uma experiência positiva, deve-se, segundo as doulas, evitar qualquer intervenção, deixando a mulher se conectar com sua natureza e perceber as demandas do próprio corpo. É como se elas tivessem que se despir de seus valores

<sup>16</sup> As traduções dos originais em inglês serão sempre minhas.

<sup>17</sup> Where emotion is life, subjectivity is glorified as the source of perception and individuality, the natural becomes the pure and undebased, and the female emerges as the repositior of some of the most important human values, including the value of commitment to others.

<sup>18</sup> Women’s emotionality is celebrated, either explicitly or implicitly, as a sign of women’s closer approximation to the natural state of human beings, which is to be in relationship with others; it is this relationship – this interpersonal engagement- that produces affect.

culturais e desconectar-se do mundo a sua volta; a mulher sem cultura seria a mulher no “estado de natureza”, conforme já foi abordado no capítulo 1. Nesse discurso, as emoções consideradas boas estariam atreladas à natureza e aquelas ruins seriam percebidas como culturais.

É interessante notar que não houve uma mudança significativa da concepção sobre a emotividade das mulheres envolvidas no parto para as agentes que criticam o modelo obstétrico hegemônico. As mulheres continuam a ocupar o polo mais emotivo da situação e, quando grávidas, a emotividade aumenta sua intensidade. Contudo, a desvalorização que as emoções possuem em outros estudos da área biomédica por sua associação com o feminino perde espaço para a compreensão da emoção como força e as emoções relacionadas à natureza da mulher são positivadas. Devo frisar que nem todas as emoções são consideradas positivas, seriam boas aquelas emoções que vem “de dentro” da mulher e contribuem para o desenrolar do trabalho de parto. Ansiedade, medo e insegurança, por exemplo, não são emoções vistas como inerentes à mulher em trabalho de parto. Estas emoções continuam sendo consideradas ruins, todavia o mais relevante é que estas não são pensadas como vindas da natureza feminina, as emoções que bloqueiam o trabalho de parto e minam a autonomia da mulher partiriam da sociedade. Neste sentido, a “verdadeira natureza” da mulher seria constringida e corrompida por valores culturais.

Outra questão que deriva da associação entre a emotividade e o feminino consiste na compreensão das doulas sobre o papel do homem neste processo. Se elas se propõem a ser o suporte afetivo da mulher e o trabalho de parto é pensado como um momento em que a emoção oriunda da “natureza feminina” vem à tona, como se manifesta o discurso sobre homens e emoções?

Cabe, primeiramente, diferenciar os homens envolvidos durante a gestação e o trabalho de parto. Para fins de análise, irei reduzir os homens no cenário de parto a três categorias: obstetras, pais dos bebês e doulos.

Com relação ao primeiro grupo, fica claro que a racionalidade constitui a característica marcante de médicos. Mesmo quando estes profissionais fazem parte do movimento pela “humanização”, o afastamento do sensível fundamenta a atuação deles. No discurso das doulas, percebe-se que elas esperam o afastamento da emoção deste grupo, não apenas pela associação com o sexo, espera-se de mulheres médicas tal atitude também. A preocupação técnica e as responsabilidades no atendimento seriam os argumentos das doulas para a atitude racional no cenário de parto. No capítulo 1, expus teorias que entendem a racionalização e o

afastamento do sensível da prática médica em decorrência da cristalização da biomedicina numa sociedade configurada com base no individualismo.

Pais dos bebês, maridos, companheiros, acompanhantes estão no segundo grupo de homens presentes durante a gestação e o trabalho de parto. Como suas emoções se apresentam? As doulas frisam sempre que não substituem este acompanhante que, além das doulas, cuida do bem-estar físico e emocional da mulher grávida. Porém, o acompanhante se diferencia delas por ter o envolvimento emocional com a grávida e não possuir o conhecimento da fisiologia do corpo humano.

Apesar das doulas serem profissionais que atendem as mulheres, elas não descartam que em muitos momentos precisam oferecer suporte também para os maridos. No grupo de gestantes, Pedro não cansava de dizer que a doula havia sido contratada por ele para dar suporte para ambos. No relato do parto de Ludmila, sua esposa, o casal comentou que a chegada da doula e da equipe de enfermagem possibilitou que Pedro se sentisse mais emotivo, se deixasse levar pelo parto. Antes da equipe chegar, Pedro narrou que estava tenso por ter que ser o pilar da racionalidade para manter Ludmila calma. Pedro disse, de maneira jocosa, que na próxima gestação contratará duas doulas, uma para a esposa e outra para ele.

Ricardo, participante da reunião do grupo de gestante junto com sua companheira Ana Maria, relatou que ficou muito abalado com o trabalho de parto da esposa. Seu trabalho de parto foi muito demorado, ela ficou com 2 cm de dilatação do colo do útero por 17 horas e após ser medicada para acelerar o parto, passou a sentir dores horríveis. Ricardo disse que não estava preparado para esta reação de Ana Maria e que se desesperou ao ver o sofrimento dela. Ele completou: *“É importante ter as informações técnicas, mas é importante tratar o emocional para ficar mais tranquilo”*.

Outros relatos de homens e a participação de alguns nos grupos de gestantes vão ao encontro da tese de Tania Salem (2007) sobre o casal grávido e os dilemas de uma parceria igualitária. Muitos dos casais que procuram doulas buscam uma experiência de gestação e parto alternativa à “tradicional” e um dos aspectos desta experiência consiste na ênfase do engajamento do homem em um processo considerado visceralmente da mulher. O outro aspecto seria a recusa de intervenções médicas para que o parto fosse o mais “natural” possível. Logo, vemos que existe uma partilha da experiência para o casal grávido, por isso, o homem que ocupa esta posição também pode manifestar as emoções tais como a mulher grávida e que pare. No processo pré-natal vai se consolidando uma gramática sobre gestação e parto que dá sentido as subjetividades envolvidas do casal, o homem é estimulado a se assumir grávido e isto inclui abrir espaço para manifestações emotivas.

Na primeira etapa do trabalho de parto, no início da fase latente, as doulas estimulam o casal a ter o seu momento a sós, sem que a presença de alguém de fora atrapalhe. Elas mesmas preferem chegar um pouco depois sob a justificativa de que o parto possui um componente sexual e que o casal precisa de privacidade para este momento. No curso de doulas, foi ressaltado que elas devem ficar atentas para não excluir o homem do trabalho de parto.

Apesar de muitos homens formarem parcerias igualitárias com suas companheiras e serem muito ativos na gestação e no parto, as doulas reconhecem que existem embates também. Em alguns momentos, elas se referem ao casal grávido como os clientes, mas normalmente é a mulher que escolhe a doula e ela que é a principal cliente. Os homens podem ser entraves para esta relação entre doula e grávida quando não atribuem importância ao trabalho desempenhado pela doula. Algumas se ressentem das dificuldades em receber o pagamento do contrato quando é o homem que tem que resolver. Por isso, o discurso corrente é de que os homens são mais pragmáticos e práticos, mesmo durante o trabalho de parto eles devem desempenhar algumas tarefas que exigem uma racionalidade. Desta forma, por mais parceria igualitária que haja, os homens não vivenciariam as emoções na mesma intensidade da mulher.

O curso de doulas e a atuação das doulas estão muito restritos ao sexo feminino. Durante a minha participação em 2013, houve uma discussão nas redes sociais com e sobre um homem que estava interessado em ser doulo. As doulas mais atuantes não gostaram de sua colocação que questionava a não abertura do espaço para os homens, sendo que as mulheres “havia roubado” vários postos de trabalhos considerados masculinos. Sua postagem na rede social foi a seguinte: *"Nós, os homens, tivemos que tolerar a invasão das mulheres em NOSSOS espaços. Acho que as mulheres deveriam agora aprender conosco sobre perder espaço [e a aceitar e bater palminha para homens doula]."* Várias críticas surgiram pelo posicionamento considerado infeliz e machista.

Ao entrevistar as doulas sobre a possibilidade de um homem se envolver com a tarefa de acompanhar partos, Mercedes respondeu: *"pode ter doulo homem, mas o Brasil é um país machista, é mais complicado para um marido aceitar um doulo e complicado ter empatia entre a mulher e o doulo"*. Beatriz também se posicionou: *"Um homem pode ser doulo se a mulher se sentir à vontade. Algumas mulheres sexualizam o parto, mas elas podem se sentir confortáveis com doulos, da mesma forma que o obstetra pode ser homem."* Em curso de formação de doulas ocorrido no segundo semestre de 2015, houve a participação de um

homem, um médico de Macaé que, segundo Mercedes, protagonizou uma polêmica questionando a não atuação de doulas em cesáreas eletivas.

Analisei que a possibilidade de um homem se tornar doula é considerada pequena pelas doulas. Qualquer mulher que atenda os requisitos práticos exigidos para a formação (maioridade, ensino médio completo e realizar um curso) pode ser doula, mas não é qualquer homem com os mesmos requisitos que pode. Ao contrário, poucos seriam aqueles aptos para isto. Para as mulheres, ser mãe ou a capacidade de constituiria um atestado de que elas podem fornecer suporte afetivo, de acordo com as doulas. A justificativa, num discurso muito frequente, seria a aproximação entre a natureza e a mulher, um dos fundamentos para a associação entre emotividade e feminilidade. A mulher, por ser emotiva, teria como ponto positivo a aproximação com o estado mais “natural” dos seres humanos, aquele que garante a integração com os outros. As mulheres são vistas como repositórios desta força que mantem o compromisso com os outros como um valor importante.

Desta forma, os aspectos emocionais da mulher são vistos como sua fraqueza, mas também são puras virtudes de sua natureza. Órgãos e hormônios sofrem uma mobilidade interna que indica a fragilidade da “natureza feminina” por um lado. Por outro, a capacidade do corpo da mulher de gestar uma vida faz dela forte e perigosa. Úteros e hormônios, neste sentido, são relacionados a potentes fenômenos da natureza. (LUTZ, 1988)

De acordo com Lutz, se cultura e civilização são vistos predominantemente como um processo cognitivo e consciente, emoção toma lugar no complemento natural do processo cultural. Esta visão faz com que as transformações da cultura na afetividade pareçam insignificantes. A antropóloga analisou e criticou o discurso sobre as emoções como fato natural e como, primariamente, estas são concebidas como fatos pré- culturais, como recursos da nossa herança biológica identificados independentemente da nossa herança cultural.

Todavia, antes de apresentar seus questionamentos a esta abordagem, Lutz apresenta uma noção de emoção ligada à tradição romântica:

Natureza e emoção são vistas como fontes de altas verdades, enquanto cultura, pensamento consciente e separação são todos vistos como disfarce, artifício ou máscara – eles próprios como limitações que são frequentemente vistas como características da natureza e das emoções.<sup>19</sup> (1988, p.68)

Outra associação que resulta da visão de emoção como um fato natural consiste na perspectiva de que emoção é algo físico, o que constitui uma herança da crença na dualidade

---

<sup>19</sup> Nature and emotion are seen as fountains of high truths, while culture, conscious thought, and disengagement are all viewed as disguise, artifice, or vice – as themselves the limitations which are more commonly seen as characteristic of nature and emotions.

corpo e mente disposta no pensamento ocidental (LUTZ, 1988). Lévi-Strauss questionou esta aproximação da emoção com o físico por acreditar que “emoções... são sempre o resultado tanto do poder do corpo quanto da imponência da mente.” (1963 apud LUTZ, 1988).

No sentido de considerar as emoções como fatos naturais, alguns sentimentos positivados como o afeto e o amor ao filho recém-nascido são tratados pelas doulas como efeito do hormônio ocitocina que é liberado durante o parto, o mesmo hormônio das relações sexuais. Tal ideia foi formulada pelo obstetra francês Michel Odent e muito divulgada no Brasil com o filme “O Renascimento do Parto” e pelas redes de mulheres do movimento pela “humanização”. Ao ser perguntado pela Revista Pais e Filhos se a ocitocina era o hormônio do amor, Odent respondeu:

A ocitocina tem ação dupla: ela contrai o útero, possibilitando o nascimento do bebê e a saída da placenta. Por isso é o hormônio mais importante para o nascimento. Além disso, é ela a responsável por contrair os dutos mamários para que o leite materno seja liberado. O hormônio permite que o útero seja contraído também durante o orgasmo. E a ocitocina é responsável até pela ejaculação, já que ela manda uma mensagem para a próstata e vesícula seminal para que se contraíam. Tudo isso é a função mecânica da ocitocina. Agora descobrimos que ela tem um importante papel no âmbito comportamental. E podemos resumir dizendo: qualquer que seja a faceta do amor, a ocitocina está sempre envolvida.<sup>20</sup>

Em entrevista publicada em blog sobre parto, Odent responde o que diria para mulheres que tem medo da dor do parto:

Quanto mais difícil é o parto, maior a dor. É preciso aprender a ter partos fáceis. Quando são fáceis, o sistema fisiológico protege a mulher da dor porque o nascimento é eficaz. É o parto que libera uma boa quantidade de endorfina pelo cérebro, assim como a ocitocina, fazendo com que a dor fique de lado. Ou pelo menos ela não é tão percebida. Quando existe esse equilíbrio, mesmo que haja dor, as mulheres a esquecem logo em seguida ao parto, ao contrário de quando há uma quantidade desequilibrada desses hormônios, quando há presença da adrenalina.<sup>21</sup>

Os hormônios possuiriam papel de destaque para a concepção de emoção, sendo a ocitocina o principal hormônio para as boas sensações e o bom desenvolvimento do trabalho de parto, um hormônio que traria prazer. A ocitocina produzida naturalmente pelo corpo da mulher teria uma duração curta que viria em picos com as contrações uterinas. Tal hormônio é visto como fundamental para a ocorrência do trabalho de parto e para o sucesso da amamentação.

A ocitocina não é o único hormônio que contribui nestas situações, endorfina e prolactina também ajudariam. A endorfina é vista como um anestésico para o parto que o corpo é forçado a produzir. Contudo, para que estes hormônios façam a sua parte, algumas

<sup>20</sup> Disponível em <http://parto-com-amor.blogspot.com.br/2014/11/michel-odent-fala-sobre-parto.html>. Acessado 18/04/2016

<sup>21</sup> Disponível em <http://parto-com-amor.blogspot.com.br/2014/11/michel-odent-fala-sobre-parto.html>. Acessado em 18/04/2016.

condições do ambiente devem ser controladas de forma a não prejudicar a plenitude das funções da mulher. Na palestra sobre “Parto, sexualidade e hormônios” no curso de formação de doulas, a doula Alice chamou a ocitocina de “*hormônio tímido*”, por só aparecer em determinadas condições. A explicação da doula se fundamentou em considerar que os hormônios ativam diferentes partes do cérebro e que para parir a parte do cérebro mais instintiva deve ser acionada. O relaxamento seria fundamental para isto ocorrer. Ela completou sua fala sobre hormônios fazendo uma relação entre sexo, orgasmo, apaixonamento e reprodução. A ocitocina estaria presente nestes momentos, porque “*faz todo sentido biologicamente*”, Alice disse.

Tornquist (2004) apresentou como os ensinamentos de Odent estavam presentes entre os *rehunidos*, ou seja, os membros da ReHuNa. Alice se reconhece como parte desta rede de ativistas e provavelmente teve contato com os argumentos defendidos por Odent, tendo em vista a sua influência no movimento pela “humanização” no Brasil. O obstetra francês

atribui uma importância decisiva à ação de determinados hormônios, dando especial destaque à presença da ocitocina nos eventos que envolveriam o sentimento identificado, por ele como amor. Esse hormônio é liberado pela mulher no momento do parto, mas também por ocasião da amamentação e do orgasmo. Desta forma, Odent procura mostrar que há bases orgânicas para que o amor seja um sentimento fundamental na vida humana, articulando eventos como orgasmo, parto e amamentação, sugerindo a associação entre sexualidade e reprodução. (TORNQUIST, 2004, p.123-124)

Outro hormônio mencionado no discurso das doulas foi a adrenalina, mas este não é bem visto por estimular a ansiedade e o medo e não contribuir para o relaxamento necessário para o parto. A adrenalina impactaria na produção da ocitocina e apesar de ser valorado positivamente em outro contexto, como em esportes de aventura quando as sensações associadas ao hormônio são perseguidas, por exemplo, para o grupo estudado a adrenalina se configura como um obstáculo para o andamento do parto. Segundo a doula Alice, “*a adrenalina bloqueia a ocitocina e ativa o neocórtex. O neocórtex é a área do pensamento e também é ativado quando a mãe precisa responder perguntas racionais; quando há estímulo visual no ambiente e quando a mulher se sente observada.*”. Nesta fala se percebe uma atribuição negativa ao papel da racionalidade no parto; a razão seria um entrave para a ativação do hormônio ocitocina. Todavia, a adrenalina tem o seu papel no final do parto e o motivo biológico que justifica isto, segundo a doula Alice, seria a necessidade da “*mulher ficar mais alerta para cuidar de sua cria, pois os mamíferos têm que defender sua cria*”.

Ambos os hormônios podem contaminar aqueles que estão à volta da mulher, mas os efeitos deste contágio estariam mais propensos às mulheres, até pelo discurso de que o parto deve ser um evento predominantemente feminino. É comum as doulas relatarem que voltaram

de um parto “*ocitocinadas*” e o alerta da doula Renata corrobora o posicionamento sobre os hormônios; “*Doula deve tomar cuidado porque a adrenalina contamina. A doula deve se manter calma.*”.

Sara Mendonça (2015) analisou como os discursos médicos sobre emoções são incorporados no cotidiano das pessoas, principalmente em relação ao dualismo cartesiano corpo e mente, enfatizando o discurso sobre emoções das ativistas do parto humanizado. Para a antropóloga,

Os hormônios deram um estatuto orgânico para as emoções, permitindo a intervenção biomédica para o seu controle. Dentre uma grande variedade de tipos, alguns foram incorporados no discurso cotidiano, associados a um tipo de emoção e/ou um gênero. (2015)

Um dos pontos centrais na análise de Lutz (1988) diz respeito à ideia difundida de que a emoção é a antítese da razão ou da racionalidade, com estas se aproximando da inteligência. Associa-se a racionalidade, neste sentido, com ação prática, sendo o vigor mental a potência para o sucesso. Considerar alguém emocional, por conseguinte, significaria considerar que esta pessoa falhou em processar as informações racionalmente, o que minou qualquer ação sensível ou inteligente, tendo em vista que existe a crença de que a emoção leva a julgamentos errôneos e ações irracionais. As pessoas ditas emotivas têm a validade de suas ações e suas falas questionada pela visão caótica e desordenada sobre as emoções. Interessante pontuar que a autora apresenta a associação da ausência de emoções com um hospital.

Para Lutz, desta ideia de emoção contra racionalidade deriva a visão de emoção como um ato não intencional e incontrolável. Embora sejamos requisitados para tentar controlar as expressões da emoção, as emoções são consideradas resistentes às tentativas de controle. As pessoas muito emotivas, desta forma, agiriam por um impulso e esta não intencionalidade acarretaria uma inocência destas pessoas quanto à atribuição de culpa para suas ações. A autora, entretanto, não rejeita que há uma ambivalência no discurso sobre a emoção; por vezes esta pode ser encarada como uma reação física não controlável, já em outros momentos a emoção é pensada como algo que pode ser racionalizado.

Esta ambivalência no discurso das emoções está presente na compreensão das doulas sobre o parto. Um dos fundamentos da atuação deste grupo de mulheres reside na máxima de que o corpo feminino é perfeito e sábio. Uma das falas repetidas pelas doulas é “*A mulher vai saber parir porque o corpo dela foi feito para isto.*”. Logo, altera-se a hierarquia cartesiana entre corpo e mente para valorizar o primeiro e todas as associações que decorrem deste. Desta forma, as emoções que estariam atreladas ao primeiro polo, o corpo, são consideradas

não apenas obstáculos para o exercício da razão, mas vistas pelos aspectos positivos de conexão com a natureza, pela sua pureza e pela força que vem do “instinto”. Considera-se, muitas vezes, a razão como um vilão para o parto, pois impede que este corpo “perfeito” e “sábio” aja como tem que agir.

Houve um debate sobre a racionalidade no processo do parto. Como o corpo da mulher sabe parir segundo o ideal do grupo (“*Tem útero, vai ter contração*” – segundo uma das instrutoras), o bloqueio na hora do parto inibiria as reações naturais. Pelas falas das doulas e de algumas ativistas, as mulheres devem se deixar levar pelo trabalho de parto e a doula tem a função de incentivar a liberdade delas para que encontrem o seu “poder natural”. Se elas se concentram em outros assuntos e procuram controlar demais o processo, acabam prejudicando o desenvolvimento “natural” do parto.

Uma afirmação corriqueira para este grupo de mulheres consiste na frase “*Parir é perder o controle*”. “*Entrar na partolândia*” também remete a perda de contato com o que se passa a volta desta mulher, deixar se levar pelo seu trabalho de parto sem se preocupar com mais nada. A fala da doula Tatiana em reunião do grupo de gestantes reafirma esta ideia: “*Abrir mão do controle é difícil, principal do trabalho de parto é abrir mão do controle.*”. Ana Maria, em relato sobre o seu parto no grupo de gestantes, corroborou esta ideia com a frase “*devemos trabalhar o emocional para surpresas, porque não temos controle, na vida é assim.*”. Todavia, Mercedes, que já acompanhou mais de cem mulheres, acredita que esta entrada na “*partolândia*” possui variações, pois muitas mulheres ficam conscientes e mesmo assim dão à luz.

A entrevistada Lívia, que contratou uma doula que acompanhou suas várias horas de trabalho de parto, narrou que achou uma posição para lidar com as dores e que em determinado momento refletiu sobre a necessidade da cesárea antes da troca da equipe médica, pois havia gostado muito da equipe que estava de plantão. A minúcia de detalhes do seu relato de parto, vinte dias depois de ocorrido o evento, é um indício de que ela estava bem consciente do que acontecia. Além disso, não houve menção à perda de noção do tempo ou a ter se sentido vulnerável. Em seu relato, a experiência do parto não foi marcada pela perda de controle, mas como o desfecho foi uma cesárea, ela acredita que a falta de entrega do casal durante o pré- parto contribuiu para ela não ter conseguido o parto pela via vaginal. A doula, neste caso, poderia ter a auxiliado, segundo Lívia, a sentir e aceitar a dor e se entregar mais ao parto, o que Lívia acredita que não aconteceu. Neste relato, percebe-se que ainda está presente a retórica da perda de controle, pois a racionalidade da mulher no trabalho de parto é vista como um elemento que atrapalha o “parto normal”.

Por outro lado, havia a expectativa de que a doula interviesse para lembrar Livia que ela devia aceitar o trabalho de seu corpo, como se mente e corpo estivessem separados e a mente boicotasse o trabalho de um corpo autônomo.

Por esta ideia de que o controle sobre o corpo prejudicaria o trabalho de parto, o método de Lamaze perdeu seguidores no país. A técnica de Lamaze consiste em buscar a origem da dor e treinar a mulher com exercícios no pré-natal para que, além de parir sem dor, ela também sinta alegria, isto é, capacitar esta mulher no controle de suas emoções. Uma das técnicas de controle deste corpo consiste no controle da respiração, técnica que hoje é considerada uma intervenção danosa por solicitar a força da mulher quando esta força tem que partir do desejo “incontrolável” do seu corpo. Michel Odent é um dos críticos do método, pois:

O método de Lamaze treina as mulheres para controlarem sua respiração, seus pensamentos e a expressão de suas emoções. Em Pithiviers fazemos justamente o oposto. Encorajamos as mulheres em trabalho de parto a entregarem-se à experiência, a perderem o controle, a esquecerem tudo o que aprenderam – todas as imagens culturais, todos os padrões comportamentais. Quanto menos a mulher tiver aprendido sobre o modo 'correto' de dar a luz, mais fácil será para ela.” (ODENT,1984, p.26 apud SALEM, 2007, p.65)

Se por um lado, a parturiente é estimulada a abandonar a razão e deixar agir o seu “instinto”, por outro, a contratação das doulas se fundamenta na possibilidade da grávida controlar o seu corpo e, logo, suas emoções. O discurso sobre as emoções da grávida ora se apoia na retórica do controle, ora é destacado o descontrole que levaria a mulher a sentir emoções como prazer e dor, associadas a sua “natureza”. A fuga da razão diminuiria os sentimentos ruins e abriria espaço para as boas emoções do parto. Contudo, com as emoções desvalorizadas, como medo, vergonha do próprio corpo, a retórica do controle é acessada; as doulas, nestes momentos, devem falar frases como “*Você está no controle*”, “*O parto é seu, seu corpo sabe agir*” ou “*Lembre-se do que você quer*”.

Mendonça (2013), ao verificar as teorias em que se fundamenta o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento, observou que um dos pesquisadores, o obstetra inglês Dick-Read, defende que a educação das mulheres no pré-natal deve ir no sentido de garantir que ela confie que seu corpo é capaz de dar à luz de maneira “natural”. Esta premissa deve ser absorvida pela mulher como uma verdade, contribuindo para a suplantação do medo do parto. Neste sentido, as emoções são pensadas como algo que deve ser controlado para que tudo saia como deve ser, ou seja, para que o parto com o mínimo de intervenções aconteça.

Segundo Salem (2007), ao propiciarem que o parto deixe de ser visto como assustador, passando a ser encarado como uma realidade fisiológica, eles acreditam não somente conseguir domesticar o medo como também incutir atitudes positivas em relação às emoções, de “controle”, “disciplina”, “atenção vigilante”,

“consciência” e “atividade”, que permitiriam assim a “realização racional do parto” (2007). (MENDONÇA, 2013, p.57-58)

Uma questão que deriva da ideia de que a emoção é contrária à racionalidade consiste na potencial vulnerabilidade do ser emotivo ou daquele que com ele se relaciona. Apesar de (algumas) emoções serem vistas no grupo estudado como fontes de um recurso de vida e por isto estarem identificadas enquanto força, existe uma associação entre emoção e perigo e vulnerabilidade para o pensamento da classe média euroamericana (LUTZ, 1988). A visão corrente é de que a pessoa emocional apresenta uma ameaça para a pessoa racional, tendo em vista que aquela é vulnerabilizada pela experiência da emoção. O impulso que justifica uma ação emocional não seria confiável, a emoção cegaria a pessoa, deixaria seu comportamento fora de controle, menos socializado, logo mais perigoso. Para Lutz, esta imagem sobre emoções persiste nos discursos cotidianos, mas ganhou força com os escritos de Sigmund Freud.

Outra justificativa para a aproximação entre emoção e vulnerabilidade se encontra na ideia de que a emoção domina a pessoa e seria a demonstração de uma fragilidade. A associação entre emoção e fraqueza legitima a concepção de que os grupos dominados seriam mais emotivos.

A não concordância da uma parte das doulas com um parto auto assistido, ou seja, sem nenhum profissional de saúde, pode se fundamentar na percepção da mulher em trabalho de parto como descontrolada e vulnerável. Por mais que o corpo seja considerado perfeito, o ambiente social deve ser controlado e uma equipe técnica e racional deve estar por trás desta mulher protegendo-a de qualquer intercorrência.

Uma das aulas do curso de formação de doulas teve como título: “Distócia emocional –identificando problemas e ajudando a lidar” e foi ministrada por uma psicóloga que também é doula. Juliana informou que distócia emocional significa uma disfuncionalidade no trabalho de parto sem nenhuma causa fisiológica aparente.

Para que a emoção não venha a boicotar o trabalho de parto, durante o pré-natal, as doulas devem estimular a mulher a falar sobre seus medos e anseios; ajudar a escolher objetos pessoais para fazerem parte do momento; perguntar à mulher sobre sua relação com a sexualidade; ajudar a mulher a expressar quem quer ter como acompanhante; conversar sobre situações comuns durante o trabalho de parto que são mal vistas (como defecar, vomitar, sair secreção, gemer ou ficar nua); trazer o acompanhante para o encontro, falar sobre estas possíveis situações e buscar de onde vem o desejo desta mulher de parir. Além destas preocupações da doula para que se evite uma distócia emocional, as doulas devem estimular a

autoestima da mulher; desconstruir o ideal de “parto romântico” e auxiliar a mulher a entrar em contato com o “parto real”, promover um espaço de intimidade e abrir mão, enquanto doula, de seus desejos sobre o parto para ouvir quais são os desejos da cliente.

De acordo com as doulas, normalmente o trabalho de parto começa à noite, pois é neste período que liberamos mais ocitocina. Durante o trabalho de parto, as doulas precisam observar alguns indicadores que estariam relacionados à distócia: quando a mulher expressa ou aparenta medo e ansiedade na fase latente; quando perde o ritmo das contrações; quando ela faz muitas perguntas, fica atenta a tudo ao seu redor e exibe um comportamento muito exigente. Outros indicadores seriam a mulher aparentar uma extrema vergonha; apresentar reações que parecem desproporcionais à intensidade das contrações; aparentar alto nível de tensão muscular (contraí ombros, fica nas pontas dos pés ou “sobe” nas contrações); apresentar ansiedade com as sensações genitais; se mostrar desconfiada, irritada ou ressentida com a equipe; apresentar necessidade forte de controlar cada passo da equipe; ter medo de perder o controle e medo da solidão do trabalho de parto.

Juliana reforçou que a doula não faz psicoterapia e deve evitar fazer muitas perguntas ou mesmo falar durante o trabalho de parto, mas caso chegue a um ponto em que a mulher esteja muito tensa, pode ser necessário promover uma conversa que estimule a mulher a ultrapassar os seus desafios pessoais. É interessante pontuar que um dos aspectos na atuação das doulas em casos de distócia emocional consiste em promover um espaço solitário onde a mulher possa pensar sobre como se ajudar.

Além da busca por informações, o controle das emoções passa pelo espaço dos grupos de apoio destinados a lidar com estas, baseados no poder curativo do falar. Por isso, as doulas indicam a frequência de suas clientes e os maridos nos grupos de gestantes que muitas vezes são organizados por elas próprias.

A preparação psicológica dos parceiros foi verificada por Salem (1989) como um traço marcante do fenômeno do “casal grávido”. Além do relacionamento com obstetras críticos ao sistema médico dominante, a pesquisadora analisou que o casal se vê atrelado também a profissionais de corpo e psicólogos. A linguagem que provém das disciplinas psicológicas e/ou da própria experiência terapêutica é compartilhada por este grupo composto por uma classe média dos grandes centros urbanos. Um princípio estruturante ao ideal do casal grávido para Salem seria a psicologicidade que corresponde a um movimento de individualização, interiorização e privatização dos sujeitos. Nas suas palavras,

(...) o indivíduo se percebe, fundamentalmente, como um sujeito psicológico: despojado de qualquer transcendência, ele se justifica segundo uma lógica interna a ele próprio. Decorre daí não só uma retórica, fortemente centrada no individual e no

idiossincrático como também uma intensa disposição cultural de escrutínio e cultivo de cada self por meio de uma alta sensibilidade para observar emoções, sentimentos e subjetividades. (1989)

Os grupos de apoio para o parto e a maternidade/paternidade constituem o espaço privilegiado para as revelações do sujeito sobre si próprio e seus medos com relação aos assuntos do grupo. No espaço com seus iguais, os indivíduos buscam construir uma narrativa sobre o *self* que opõe indivíduo e sociedade. Aquilo que está no polo sociedade é identificado como imposição, constrangimento, como algo que impede o desenvolvimento das potencialidades e singularidades individuais. Tudo o que não passa pelo crivo da escolha pessoal é rechaçado e o exercício reflexivo comunitário, apesar da aparente contradição, é exaltado como uma prática que se dá entre iguais, sem hierarquias, e possibilita ao indivíduo ascender a si próprio. (Salem, 1989)

Para as doulas, o pré-natal seria o momento privilegiado para a promoção desta descoberta do “eu mais íntimo”. É nesta hora que as mulheres, principalmente, são estimuladas a falar sobre os seus anseios para que consigam lidar com seus medos e expectativas, assim se preparando para o parto. Os desejos, termo que Salem associa à linguagem da Psicologia e também ao princípio do individualismo-igualitário, da mulher possuem atenção extra, segundo as doulas, para antever os problemas que podem acontecer no trabalho de parto.

Na introdução de seu texto sobre a dinâmica política da poesia de amor beduína, Abu-Lughod (1990), a partir de uma conversa entre uma ouvinte de uma estação de rádio nova iorquina e um terapeuta que se propunha a realizar o atendimento pela rádio, chama atenção para a necessidade de confessar os sentimentos como meio de buscar a verdade. A narrativa de si faz parte da prática de uma hermenêutica das emoções muito valorizada no ocidente moderno. Assim como as doulas no meu campo abordam suas clientes, o psicólogo perguntava para a ouvinte como ela se sentia continuamente.

Abu-Lughod crê que os beduínos que ela estudou considerariam estranha esta necessidade de falar sobre suas emoções, não somente estranha como também sem sentido, porque implicaria na existência de uma explicação satisfatória e presumiria que os sentimentos confessados na transmissão pública da rádio sejam os mesmos em qualquer contexto. Uma das críticas da antropóloga, que atinge inclusive as análises da antropologia interpretativa sobre as emoções, consiste no questionamento da perspectiva que assume que todos os seres humanos estão engajados em interpretar e compreender suas vidas. A busca da verdade na situação exemplificada por Abu-Lughod entre a ouvinte e o terapeuta, no meu

campo quando envolve doulas e gestantes, se fundamenta por preceitos da Psicologia ocidental e está relacionada ao objetivo de atingir o desejo, ou de forma mais geral, de acessar os sentimentos. A pesquisadora critica este entendimento por considerar as emoções como práticas discursivas que não são inertes, os discursos emotivos participam de projetos sociais.

Outro ponto que pode ser problematizado sobre a retórica do controle de emoções corresponde à relação feita pelas doulas entre parto e natureza. Durante o trabalho de parto, entende-se que a parturiente estaria mais próxima da natureza e, por isso, seria mais eficaz dar espaço para que a mulher se manifeste, sem intervenções, promovendo este espaço solitário para que ela própria ache o seu caminho. Mendonça (2015) comenta uma palestra de Michel Odent em que ele tira o homem do cômodo em que a esposa está parindo, como uma forma de fazer a sua parte como obstetra num parto que não estava progredindo. Neste sentido, o homem representava os constrangimentos do social que estavam afetando a tranquilidade da mulher para deixar o seu corpo trabalhar. As doulas no momento do parto pregam que a falta de controle daquela que pare significa o desenvolvimento esperado do trabalho de parto e que as tentativas de controle desta sobre o ambiente a sua volta podem significar indícios de distócia emocional.

Diante do que foi exposto até aqui, penso que as doulas, pelo contato maior que tem com a literatura médica do que com a produção das ciências humanas, utilizam um arcabouço teórico que associa as emoções das mulheres em trabalho de parto à “natureza feminina”. As doulas adotam uma estratégia essencialista para abordar as emoções, contudo não recusam o caráter contextual destas, ao refletirem sobre a dinâmica de poder existente no discurso do médico, autoridade consolidada no cenário do parto. Contudo, o problema é que para legitimar o seu discurso sobre as emoções envolvidas no parto acabam por retornar a essencialização da mulher, fundamentando o novo ideal de parto nas chamadas “evidências científicas” e dando um lugar de destaque para os hormônios.

#### **4.2 Concepções sobre a dor para a análise das emoções**

“Multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores”. É com esta frase bíblica que se inicia os slides sobre “Parto, Sexualidade e seus hormônios”, palestra ministrada pela doula Alice no curso de formação de doulas. Houve uma problematização da frase acima com a crítica de que há uma dificuldade em pensar o parto como um evento sexual, dificuldade esta que se relaciona a repressão da sexualidade da mulher que foi corroborada pelas práticas e textos religiosos cristãos. Como já informado no capítulo 1, a

concepção de maternidade construída pela Igreja e pelo Estado estava imbuída da noção de que para se redimir de seus pecados, a mulher deveria dar à luz sentido dor. (DEL PRIORE, 2008) Alguns sinais desta repressão da sexualidade feminina podem ser exemplificados com a tutela sofrida pela mulher no processo de parir, com a raspagem dos seus pelos pubianos que descaracteriza a vagina da mulher adulta, infantilizando-a, e com a violência verbal e física sofrida no momento do parto e também em outros momentos da vida da mulher. Alice complementa que estas ideias alimentam uma dificuldade para parir: “*A pessoa foi acostumada desde cedo a fechar a perna, como no parto ela abre as pernas?*”.

Ao recuperar a história das “vanguardas obstétricas”, Tornquist (2004) identificou que os seguidores de Lamaze criticavam a concepção de que o sofrimento era intrínseco à condição feminina, pressuposto que embasava o modelo obstétrico convencional. Tais ideias eram o ponto chave da moral católica relativa ao gênero feminino e à própria sexualidade.

O próximo slide do curso de doulas afirmava que a dor sempre foi vista como negativa e como algo que deveria ser eliminado, não problematizando o que Alice acabara de tratar antes sobre a moral católica. Vários procedimentos, segundo a doula, foram usados para aliviar a dor da mulher durante o parto, como, por exemplo, na Antiguidade, caracterizada por ser a era pré-anestésica, plantas eram usadas para o alívio da dor. No início do século XIX, drogas como éter, clorofórmio, fluotano e barbitúricos começaram a ser utilizadas para anestesiarem as mulheres, o problema é que tinham como efeitos colaterais a hemorragia, a morte materna e fetal, além de prejudicar o trabalho de parto.

Em contraponto ao uso de drogas que traziam malefícios, surge em meados do século XIX uma era com anestesia sem o uso de drogas, com a hipnose e a psicoprofilaxia. Há uma conotação negativa sobre a dor em nossa cultura que a associa à fraqueza, sofrimento e fragilidade, mostra o slide seguinte. Neste cenário, a dor é vista como “*algo que não deve ser vivido*”.

No grupo de gestantes pesquisados por Claudia Rezende (2009), há uma ambivalência no discurso sobre a dor na gravidez, no parto e na amamentação. Se por um lado, a dor é vista como positiva por ser uma marca do ritual de passagem que instaura a condição de mãe; por outro, ela revela a dificuldade de não ter o controle do próprio corpo. No curso de formação de doulas no qual realizei a pesquisa e pela fala das doulas e grávidas entrevistadas, a dor é percebida como parte do processo do parto e em alguns momentos é valorizada. Falas motivadoras para a mulher em trabalho de parto como “*A dor representa o seu corpo trabalhando*”, “*Sentir dor significa que você está mais próxima do seu filho*” ou “*Abrace esta dor como se estivesse abraçando o seu bebê*” exemplificam o papel dado à dor no

processo. Existe uma naturalização da dor pelas doulas; a doula Tatiana frisou durante reunião do grupo de gestantes *“A dor é necessária para botar para fora”*. A doula Beatriz completou *“Aceita a dor, ela é sua amiga.”*

Mariana, frequentadora do grupo de gestantes que foi atendida pela doula Beatriz, ao relatar o parto de seu filho, disse que no primeiro relato de parto que fez estava com a dor na cabeça, supervalorizando esta dor. Hoje, ela vê que todas sentem dor e que não é uma dor de sofrimento. A doula Beatriz frisou, depois da fala da Mariana: *“É dor, não é sofrimento.”*

Há uma diferenciação entre as categorias dor e sofrimento. Mercedes esclareceu bem a perspectiva defendida por muitas doulas: *“A dor do parto é fisiológica, é impossível que esta seja insuportável. O que a torna insuportável é o viés emocional. Lembro muito daquela frase ‘A dor é inevitável, o sofrimento é opcional’”*. Para evitar que se torne sofrimento, o ideal é que a mulher trabalhe neste sentido, faça qualquer tipo de terapia para não cair nas armadilhas emocionais, Mercedes pontua.

A concepção da dor do parto como algo fisiológico se distancia da visão de Dick-Read (1979, p. 31) ao apresentar a tese do parto sem dor:

Medo, tensão e dor são os três males que não são normais ao desígnio natural, mas que foram introduzidos no curso da civilização pela ignorância daqueles envolvidos na assistência ao parto. (apud SALEM, 2007: 56)

A doula Patrícia, uma das organizadoras dos cursos de formação e rosto conhecido no Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento por sua intensa atuação, corroborou a ideia da dor como algo fisiológico que deve ser naturalizado no discurso das doulas. Para ela, é importante não estimular a visão do parto sem dor, pois isto seria uma raridade.

A doula Alice frisou, durante o curso de formação, que existe um mecanismo dentro da mulher para fazer tudo funcionar “normalmente”, o medo interromperia este processo e causaria o aumento da dor. A dor pode ser apaziguada quando a ocitocina, aquele *“hormônio tímido”*, é liberada pela mulher, o que aconteceria num ambiente conhecido, com penumbra, silêncio, toque e companhia de pessoas de confiança. Então, apesar da naturalização da dor, existe uma preocupação com o controle desta; a dor tem que ser tolerável e para isto são usadas estratégias de controle das emoções que influenciam a dor. São essas estratégias, aliás, que justificam a presença da doula na cena do parto, tendo em vista que a relação da parturiente com a dor é um dos principais objetos de preocupação das doulas.

Em um dos slides apresentados no curso sobre manejo da dor, a pergunta que é colocada é *“Como sentir apenas a dor inerente ao parto?”*. Na apostila do curso, existe um tópico destinado à dor do parto que classifica em dois os tipos de dor. A dor “natural” ou

“fisiológica” surge dos processos naturais de contração uterina e expulsão fetal, que é forte, mas suportável e passa após o nascimento. Os hormônios endorfina e ocitocina são produzidos pelo organismo para lidar com a dor e em algumas falas percebe-se a associação desta com o prazer.

Já a dor denominada “iatrônica” é produzida pela atividade e ambientes médicos. Citando a apostila: “É a dor que produzimos ao afastar as mulheres do seu domínio, que é o parto vivenciado no contexto familiar, social e cultural”. Esta dor é associada à angústia, tensão e medo, aproximação esta que já havia sido feita por Dick-Read. Com emoções desagradáveis nosso corpo produz adrenalina, o que dentre outras consequências faz com que a percepção da dor seja intensificada. A adrenalina, segundo as doulas, se manifestaria em ambientes com a luz forte, com a temperatura muito fria, quando a mulher se sente observada e mantém o seu raciocínio ativo, não perde o controle da razão, como foi explorado acima.

Em sua dissertação sobre a construção de corporalidades em esportes de aventura, Cilene de Oliveira (2016) verifica que a construção do sentido da dor é processual, esta não é necessariamente negativa. O trabalho de Cesar Sabino (2014 apud OLIVEIRA, 2016) sobre praticantes do fisioculturismo dá uma luz sobre o sentido da dor na construção dos limites corporais do atleta. Para este grupo estudado, a dor é valorizada como parte da identidade do atleta, ele anseia pela dor muscular, porque ela sinaliza que o objetivo está sendo atingido, aponta que o músculo está se desenvolvendo, logo, é através da dor que estes atletas aperfeiçoam suas capacidades. Já para os atletas de aventura, Oliveira analisou que a dor não recebe a caracterização de boa ou má, ela é uma dimensão da prática esportiva que existe e deve ser superada. A dor constituiria um obstáculo a ser ultrapassado inerente ao esporte, assim, apesar da dor, os atletas de corrida de aventura buscam atingir seus objetivos e atravessar os limites do próprio corpo.

Para Oliveira (2016), a categoria sofrimento assume um significado diferente da categoria dor, seu significado é flutuante em diversos contextos. O “perrengue” ou a dificuldade para completar uma prova de aventura podem ser vistos como sofrimento, mas não estão necessariamente ligados à dor, apesar de poderem ser consequência desta. Além do perrengue ou da dificuldade, o sofrimento engloba outros sentidos, como a associação com o divertimento e com o orgulho na superação dos obstáculos. A antropóloga ressalta a fala de atletas que dizem “que quanto pior melhor”, “que é ruim, mas é bom”, pois gostam de sofrer. Desta forma, o complexo dor-sofrimento-aventura marca a construção das corporalidades dos atletas de corridas de aventura, que trabalham para superar os seus limites corporais apesar da dor e através do sofrimento.

Também percebo, assim como nos atletas de aventura, que não há uma valoração muito clara entre as doulas sobre o sentido da dor, ser ela positiva ou negativa, apesar de muitas vezes a dor ser descrita como uma amiga do parto para este grupo. As mulheres que parem sem sentir muita dor são vistas como sortudas, não é isto que atribuí valor a experiência delas. Por isso, nos relatos sobre o parto mais se expõe as dificuldades de se conseguir ter o “parto humanizado”, do que a superação da dor. Estas dificuldades podem acontecer antes do trabalho de parto com a troca de médicos e os embates com a família ou durante com o tempo prolongado de trabalho de parto, as situações que são vistas como violências obstétricas e os problemas na rotina médica para aceitar as escolhas do casal.

Beatriz, ao se apresentar nos encontros do grupo de gestante, sempre dizia que o trabalho de parto dela havia durado vinte e sete horas. A participante do grupo de gestantes Ludmila se gabava de ter passado por seis obstetras antes de escolher ter um parto domiciliar. Estes relatos exemplificavam o peso dado à superação de outros obstáculos que não a dor. Ela existe, mas como disse Mariana “*todas as mulheres sentem*”. O objetivo final não está relacionado a uma busca pela dor, mas apesar da dor, o importante é a mulher conseguir dar à luz de acordo com os preceitos da “humanização”.

Por um lado, há a valorização do “perrengue” tal como na pesquisa de Cilene Oliveira (2016) sobre os atletas de aventura. Neste sentido, o valor da mulher passaria pela superação dos obstáculos que aparecem no seu percurso para dar à luz, assim reforça-se o discurso de uma solução individual baseada na escolha, que basta querer para conseguir um “parto humanizado”. Por outro lado, como ativistas do movimento pela humanização do parto, o discurso das doulas caminha no sentido de criticar as dificuldades que as mulheres encontram para fugir do modelo obstétrico cesarista, logo, este sofrimento não deve ser valorizado, porque nenhuma mulher deveria passar por isto.

Não resta dúvida que no discurso das doulas busca-se uma dissociação entre a dor e o sofrimento. Sofrer de dor não é valorizado, muito pelo contrário, a educação para o parto caminha no sentido de garantir que a dor não se transforme em sofrimento. A doula Alice ressaltou em sua aula no curso que muitas mulheres anteriormente relatavam que a dor as cegava, que se viam num labirinto sem saída. Todavia, a educação para o parto funciona para que este sofrimento seja evitável e a atuação da doula também ameniza estas dores, que quando criadas pelo próprio corpo são “toleráveis”.

Para evitar o sofrimento, a dualidade mente e corpo, social e biológico, é acionada. Para a mente não boicotar o trabalho do corpo, deve ser estimulado um controle das emoções

vistas como negativas, tais emoções estão em grande medida vinculadas às pressões do social que maculam o processo corporal.

Alguns discursos dos médicos são criticados por dar uma valoração negativa à dor, associando a ao sofrimento. Para muitas doulas, trata-se não só de uma perspectiva sobre a dor que a associa à degradação da saúde, como postulou Le Breton (2013), mas também uma estratégia para justificar as intervenções do médico sobre o corpo da mulher. A doula Beatriz, na reunião de gestantes que discutia o plano de parto, disse que já ouviu de uma médica que estava atendendo sua cliente *“Nós não somos bichos para sentir dor.”*, como forma de justificar a relevância da anestesia. A cliente de Beatriz aceitou a anestesia e acabou indo para uma cesárea.

A participante do grupo de gestante, Ana Maria, ao voltar à reunião para dar o seu relato de parto, protagonizou uma fala que a levou a lágrimas e emocionou os outros membros. Depois de dezessete horas de trabalho de parto, sua dilatação do colo do útero não saía de dois centímetros, a médica a estava pressionando para aceitar a cirurgia cesariana. Uma das falas da médica deixou Ana Maria muito incomodada: *“Ana Maria, já está virando um circo dos horrores. Você está prejudicando o seu filho.”*. Após ser aplicada a ocitocina sintética para intensificar a dilatação, Ana Maria não conseguiu aguentar a dor e foi fazer uma cesárea. Em lágrimas, ela questionou *“Por que eu senti tanta dor e não consegui o parto que eu queria?”*. As reações na sala foram de crítica à conduta da médica. Ana Maria, por fim, concluiu que se não houvesse aplicado a ocitocina, ela ia gastar toda a água na cidade enquanto estava no chuveiro para alívio da dor, mas a teria suportado. O sofrimento, neste caso, está mais relacionado a ter um desfecho indesejado, do que a própria dor, contudo a dor depois da intervenção com ocitocina também saiu do controle da parturiente, a levando a mudar de planos e acatar a indicação da médica.

O relato a seguir apresenta a experiência de Paula, que vai de encontro com esta dissociação da dor e do sofrimento preconizada pelas doulas.

Paula perdeu a noção das coisas no caminho para o hospital. Chegou lá sem se lembrar da viagem, só lembra da dor e de se contorcer no carro. O marido teve que resolver a papelada e atendeu muitas ligações. Ela ficou com raiva por ter ficado sozinha, se sentiu desamparada, queria ter a doula ali [a doula não havia chegado, pois estava em outro parto]. O médico de plantão quis fazer o toque, Paula não queria pelo trauma com o primeiro filho [achava que o toque havia bloqueado o trabalho de parto do primeiro]. O médico falou com sua médica ao telefone, Paula permitiu o toque por ser procedimento de rotina para dar entrada no hospital. Sua médica chegou, a dor era tanta que foram de escada para o quarto, pois Paula não conseguia esperar o elevador. Estava com sete de dilatação e a dor só aumentava, estava fora de si. Pediu analgesia leve para poder continuar. Tomou analgesia e voltou a sorrir. Achou que a dose foi um pouco demais, no início não sentia as pernas. (...)

Quando a doula Bruna viu que Paula já tinha tomado a analgesia, ficou contrariada falando que deveria ter esperado por ela, não devia ter tomado a analgesia. Paula disse que a dor não esperava ninguém. (...) Paula chegou aos nove de dilatação e voltou a sentir dores horríveis, o bebê não estava encaixado e a médica Simone enfiou a mão na vagina algumas vezes para ajudar a encaixar. Como as contrações estavam mais fracas, a médica aplicou a ocitocina no sangue. Mesmo assim o trabalho de parto não progredia. Paula estava com edema de útero e de vulva, com muitas dores e ainda com nove de dilatação. Assim, ela resolveu que iria partir para uma cesárea. Na hora, foi um turbilhão de emoções, pensou ‘o circo está todo montado e a palhaça aqui não consegue parir’. Estava frustrada pelo investimento feito, inclusive o monetário, e por não ter conseguido o parto normal. Bruna ficou insistindo para ela persistir, mas Paula se incomodou com isto, acho que ela estava forçando a barra e isto aumentou sua irritação com Bruna. (...) Quando saiu da sala da cirurgia, Paula encontrou sua mãe e emocionada disse que sofreu muito. (Anotações do caderno de campo, 02 de outubro de 2015. Entrevista com Paula)

Para Paula, dor e sofrimento caminharam juntos, mesmo antes de estar no hospital, ela já não conseguia tolerar a dor. Quando Bruna chegou e se decepcionou por Paula ter escolhido uma analgesia, Paula se ressentiu, pois não considerou que o seu sofrimento fosse legítimo para a doula. Ela se sentiu muito julgada e o papel de acolhimento da doula não foi efetivo. Esta naturalização da dor, como algo “fisiológico” e “tolerável”, pode ter dificultado a percepção de Bruna sobre o sofrimento de Paula.

Cilene Oliveira (2016) relatou um caso em que a atleta da corrida de aventura se ressentiu com o tratamento desinteressado que uma médica destinou a uma câimbra muito forte que a retirou da corrida. A médica, sem sequer examinar a atleta, a aconselhou a comer uma banana que a câimbra passaria. Neste sentido, Oliveira analisa que existem construções de significados diferentes atribuídos à dor e ao sofrimento por parte da atleta e da médica, apesar de ambas pertencerem a mesma classe social, elas são membros de campos de saber diferentes.

No caso do meu campo de estudo, a oferta de doulas para acompanhar mulheres que não partilham dos mesmos princípios do Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento pode intensificar esta distância de sentidos atribuídos à dor e ao sofrimento. Paula narrou que não teve muito tempo para se dedicar a preparação junto com a doula no grupo de gestantes e que escolheu aquela doula porque podia pagar o valor, não por ter tido empatia por ela. Por outro lado, a existência de um ideal de parto e de um fisiologismo do parto que enquadra tanto aspectos físicos quanto emocionais acaba por consolidar uma noção de dor que desconsidera outras subjetividades que não compartilham dos mesmos valores.

Neste sentido, mesmo com dor, na perspectiva das doulas o “parto humanizado” não está associado necessariamente ao sofrimento, enquanto aquele parto pela via vaginal não “humanizado” é considerado ruim. Um ponto que me intriga é a fundamentação da relação

entre a cesárea e o sofrimento. Esta conexão passa pelo sentido da dor? Neste caso, o sofrimento estaria mais vinculado às emoções do bebê ou o discurso enfatiza o sofrimento da mãe? Estaria a dor da cesárea relacionada à passividade da mulher, a falta de controle sobre o seu próprio corpo?

Mercedes corrobora com a visão exposta no curso de formação de doulas; ela não vê sentido na participação de doulas em cesáreas agendadas. Ela disse não ver problema das mulheres optarem por cesáreas, estas podem inclusive estar “empoderadas”, mas fazem esta opção “*sabendo que não é bom para ela e nem para o bebê*”. A doula completa que não quer assinar embaixo desta decisão. Se o atendimento acaba numa cesárea, Mercedes relata que sua frustração é grande, mas procura não deixar transparecer isto. Seu papel é ajudar a mulher a não se sentir culpada, dizendo que foi um evento aleatório para minimizar a frustração da mulher e também que o corpo dela não falhou. Mesmo se ela considerar que aquela cesárea foi desnecessária, o discurso é igual. Ao ser questionada sobre como diferenciar uma cesárea necessária de uma desnecessária, a resposta foi “*pela confiança na equipe da mulher, no que o médico está falando, porque é um cuidado técnico*”.

As doulas relatam que muitas mulheres desistem do acompanhamento delas quando são encaminhadas para uma cesárea agendada e não divergem desta medida.

A perspectiva de que o parto feito de acordo com os preceitos defendidos pelo movimento de “humanização” é o ideal acaba por posicionar a cesárea como um dos grandes vilões a ser combatido, apesar da crítica à cesárea sempre vir acompanhada de “*mas não nos esqueçamos de que é uma cirurgia que salva vidas*”. Para legitimar este novo modelo de atendimento e questionar o modelo hegemônico, o discurso veiculado pelas doulas propõe que a dor seja dissociada do sofrimento no “parto natural” e que este sofrimento seja associado à cesárea, mesmo que esta seja considerada um parto sem dor. As doulas até questionam a denominação “parto” para a cesárea.

Vários seriam os motivos para o estabelecimento da relação entre cesárea e sofrimento: o desrespeito ao tempo do corpo da mãe e do bebê, tendo em vista que são eles que devem escolher o momento que o parto deve acontecer; a interrupção de um processo “natural” que deve ser protagonizado pelas mulheres; as dores do pós-parto, já que a recuperação é vista como mais demorada na cesárea do que no parto “normal”, entre outros.

### 4.3 O controle das emoções da doula

Houve uma aula no curso de formação de doulas sobre “Aspectos profissionais e marketing”, que também foi ministrada pela doula Alice. Durante todo o curso ficou evidente que a formação das doulas compreende valores condizentes com o Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento, assim como um controle do corpo e das emoções desta mulher que está sendo formada. Nesta aula, indicou-se tanto a apresentação da doula (unha curta, sem sapatos, mãos lavadas, roupas confortáveis como calça *legging* e camiseta, sem perfume, cabelos presos) quanto a maneira como a doula deve se comportar durante o atendimento.

Antes mesmo de iniciar o trabalho, as mulheres devem se questionar se são capazes de realizar o papel de doula através da investigação sobre o seu *self*. Ela deve responder perguntas como “Por que quer ser doula?”, “Conhece seus limites físicos e emocionais?”, “Qual é sua disponibilidade?”, “Você sabe expressar tudo isto verbalmente para a cliente?”, “Sabe dizer não?”, “Sente-se confortável em cobrar pelo serviço?”, “Está disposta a ouvir mais e falar menos?”, “Está disposta a servir?”.

A doula, segundo Alice, deve ser vista como uma facilitadora e não como uma detentora do poder e do saber, deve desarmar os laços de dependência para que a mulher grávida tenha autonomia sobre seu corpo e sobre o processo de gestar e parir, deve orientar baseada em evidências científicas e deve ter cuidado com a linguagem técnica. Para Alice, a doula precisa sempre se questionar: “*Será que eu estou pressionando esta mulher?*”.

A sensibilidade para avaliar suas emoções, sentimentos e subjetividades não caracteriza apenas o casal grávido, analisado por Salem (1989,2007) as doulas também buscam se “vasculhar” para encontrar as suas motivações e os seus anseios e assim lidar com as limitações que atrapalhem o bom atendimento do outro. Da mesma forma como o público atendido, doulas partilham conhecimentos sobre uma linguagem psicológica/ terapêutica que vem de sua formação acadêmica ou de sua própria experiência terapêutica. Como salienta Salem (1989), a psicogenicidade constituiria um princípio estruturante do individualismo-igualitário. O *habitus* corporal aprendido pelas doulas se insere nesta lógica individualista na qual se cristaliza a biomedicina enquanto ciência que tem como característica a interiorização e psicologização dos sujeitos (BONET, 1999).

Tania Salem (1989) caracteriza a psicogenicidade dos casais grávidos pelo deslocamento de um regime de autocontrole para uma “entronização da norma da liberação dos indivíduos, tanto das amarras sociais quanto de constrangimentos psicológicos reputados

como nefastos”. O sujeito é estimulado a transcender as classificações sociais, vivendo novas experiências. No caso das doulas, a psicogenicidade poderia ser vinculada a um autocontrole proveniente do *habitus* do campo da medicina, pois a profissionalização desta formação seria fundamentada por uma série de atribuições já compartilhadas no campo médico, além dos deveres contratuais entre doulas e clientes.

Outras falas de Alice exemplificam o esforço normativo para o aprendizado do que é ser doula: “Esteja disponível para o atendimento da 37<sup>a</sup> a 42<sup>a</sup> semanas de gestação da cliente.”; “Marque na agenda o período comprometido e trabalhe com backups.”; “Clientes demandam acompanhamento prévio, no parto e no pós-parto.”; “Siga a regra das 24 horas para retornar ligações e e-mails.”; “Não chame sua cliente de mamãe, mãezinha, barriguda, ‘doulanda’ etc... Chame-a pelo nome e refira-se a ela como sua cliente.”.

Para Alice, a popularização do “parto natural” vai fazer o grupo de gestantes ficar cada vez mais heterogêneo, por isso as doulas devem buscar separar a conduta das mulheres da sua atuação profissional, ou seja, não se envolver com as questões da mulher se ela se comporta com valores diferentes dos da doula. Uma possibilidade complicada seria a quebra do contrato em curso se houver uma incompatibilidade séria.

Muitos foram os momentos em que as profissionais já atuantes ressaltavam a importância do controle das emoções das doulas. Sobre a tensão existente entre as doulas e a equipe médica que foi abordada no capítulo 1, sendo visível tanto no discurso delas no curso de formação como nas reuniões de gestante, Alice expôs a seguinte fala: “*Atenção! Não é para a doula brigar no hospital, ação é sutil. Não podemos brigar com o médico, segurar a raiva e não intervir nas ações da equipe.*”. Em outro momento, Alice discursou “*Durante o trabalho de parto, não semear a dúvida com relação ao médico, mas antes disso pode fazer.*”

O controle das feições faciais também é importante na atuação das doulas, “*é para evitar fazer caras e bocas e estimular uma desconfiança no médico*”, disse uma delas. Numa reunião das gestantes, percebi que a doula Beatriz chamou atenção da doula Tatiana, pedindo calma quando ela se exaltou com relação à cobrança de valores altos pelos médicos para atender um “parto normal”.

Outro relato, já exposto neste capítulo, diz respeito a não intervenção da doula Beatriz numa situação em que sua cliente foi encaminhada para uma cesárea avaliada por ela como não necessária. As mulheres questionaram porque ela não teria feito nada, Beatriz disse que não podia brigar com o médico que possui uma formação técnica muito maior do que ela.

No curso de doulas, é forte esta preocupação com o controle das emoções para que as doulas não sejam protagonistas de brigas com a equipe médica e com isto contribuam para um

ambiente tenso. Este tipo de atitude não auxiliaria em nada as clientes a parirem, pois o ambiente, como vimos acima, deve ser calmo, sem muito barulho.

Algumas doulas que já têm muito anos atendendo partos informaram que não trabalham mais com equipes que não sejam “humanizadas”, tendo em vista que dizem não concordar com suas práticas, mas se a doula acordou participar daquele parto, ela deverá segurar as suas insatisfações.

Em uma entrevista com uma doula que era iniciante e prestava atendimento voluntário em um hospital, na ocasião de lançamento de filme sobre parto, ela me informou que havia sido rejeitada por uma grávida em trabalho de parto e estava aprendendo a lidar com as suas inseguranças e a rejeição. No curso de formação, as mulheres são estimuladas a atender voluntariamente antes de terem experiência, sem com isto dispensar o contrato de prestação de serviço ou oferecer um serviço inferior.

Mercedes, que estava com a doula iniciante no momento da conversa, disse que era importante saber quando não interferir, ela relatou que leva uma bolsa cheia de apetrechos para o atendimento, mas que vai apresentando aos poucos para a parturiente e nem tudo ela usa. O ponto aqui ressaltado é de um controle das doulas no sentido de atuar pontualmente; a contratação das doulas não significa que todas as estratégias disponíveis do seu trabalho devem ser usadas, nem mesmo as consideradas mais essenciais da atuação, tudo vai depender da recepção da mulher que está parindo.

Uma das discussões que marcadamente mobilizou sentimentos das frequentadoras do curso foi sobre as secreções corporais e as fezes presentes durante o parto e como elas deveriam reagir diante disto. Enquanto a doula Juliana, que ministrava a aula, falava sobre como devíamos nos preparar para os fluidos corporais, muitas mulheres faziam caretas e soltavam expressões que denotavam nojo. No curso, com mulheres se iniciando na profissão de doulas, algumas sem filhos ou com uma experiência prévia de parto de cesáreas, sem ter muito contato com o sangue, houve muitas manifestações de desconforto sobre o que fazer em caso, segundo Patrícia muito frequente, da mulher defecar durante o trabalho de parto. A curiosidade sobre o papel da doula em diferentes situações prolongou a discussão e a Juliana frisava que sangue, suor e fezes eram a coisa mais natural não só no parto, mas todos tínhamos ou fazíamos e era assim que deveriam as doulas agir com relação a isto. Ela disse que particularmente não gostava de ver vômitos, mas após ter filhos havia aprendido a lidar com isto tranquilamente. O importante seria não demonstrar nojo de forma alguma para que isto não constrangesse a mulher em trabalho de parto, até para limpar precisava ter cuidado para não interromper o processo de parto. Mercedes, quando entrevistada, afirmou que lida

com fluidos corporais como a coisa mais “natural” do mundo, inclusive exemplificou esta atitude falando que saiu de um atendimento de parto “*lavada de cocô*” sem sequer ter percebido como estava, tamanha a sua entrega.

O comportamento das participantes do curso, ao manifestarem seu embaraço diante da possibilidade de presenciarem um trabalho de parto que envolva os fluidos corporais, pode ser analisado através do processo civilizador, teorizado por Norbert Elias (2011). O processo civilizador atua no modo como as pessoas, utilizando os seus objetos corporais, se relacionam uma com as outras; as funções corporais assumem um valor de destaque para a circulação social. Em seus estudos, Elias utiliza de exemplos relacionados a fezes, urina, sexo, ato de comer, o olhar sobre a nudez e a agressividade. Este processo civilizador marca uma mudança de conduta e sentimento com relação ao corpo com a transformação em autocontrole e autorregulação das proibições sociais. A sociedade ocidental internalizou o controle da função corporal de atos como cuspir e assoar o nariz, por exemplo. Nem as próprias funções corporais, nem falar sobre elas; estes atos passam a ser carregados de extrema vergonha e embaraço e devem ser enclausurados em ambientes privados, pois é visto como repulsivo que certas funções corporais e falas sobre o corpo sejam expostas na frente de outras pessoas.

Desta forma, falar sobre fezes, sangue, suor, vômito e outras secreções causou espanto em boa parte das participantes do curso, pois compartilham valores ocidentais modernos de civilidade que relegam para o espaço íntimo estas funções corporais. Um recalçamento sobre o corpo e suas funções acompanhou o processo civilizador e isto explica a vergonha e o embaraço em discutir este assunto durante o curso.

O esforço das doulas organizadoras do curso e daquelas que estão atuando profissionalmente em “naturalizar” as funções corporais e em educar para a adoção de outro olhar sobre a nudez demonstra a formação de um *habitus* orientado por outra noção sobre as funções corporais. Estas funções não podem ser controladas de acordo com ideais de civilidade em um modelo de atendimento de parto em que vários profissionais participam e a preocupação imposta pelo social de esconder as funções pode prejudicar o andamento deste. Logo, o estímulo que as doulas devem dar para suas clientes consiste em incentivá-las a se liberar das pressões para o autocontrole destas funções corporais, enquanto elas, as doulas, devem se controlar para não mostrar embaraço diante de algo que fuja das regras comportamentais de boa etiqueta reconhecidas socialmente.

Apesar desta discussão sobre a “naturalização” das funções corporais ter surgido no curso em alguns momentos, nas reuniões de gestantes ela praticamente não apareceu. Os relatos de parto não traziam detalhes sobre os fluidos corporais, com a exceção da bolsa

amniótica e do leite materno. A interdição de falar sobre estes assuntos se manifestou com mais ênfase neste grupo no qual participaram pessoas com diferentes valores que compartilhavam o princípio de internalização das funções corporais apreendido socialmente.

As doulas abordam esta questão em suas reuniões pré-natal com as gestantes e com os parceiros, com o objetivo de educar corpos e sentimentos para controlar não as funções corporais, mas a vergonha que possa surgir com tal exposição. Nos espaços coletivos, há um silêncio maior sobre, principalmente, o ato de defecar no parto. Em evento comemorativo do dia das doulas, a doula e fotógrafa Joana apresentou três vídeos de parto. Num deles, no momento do expulsivo, a mulher defecou. Ao fim da apresentação, Joana comentou baixo para as pessoas que estavam sentadas na frente da plateia “*vocês viram que ela defecou no expulsivo? Isto acontece.*” e riu de um modo constrangido. Nada se falou sobre isto no momento das perguntas da plateia.

Ao abordar o primeiro contato com a nudez em seu campo de estudo, uma colônia naturista, Rojo (2005) apontou para o caráter contextual da vergonha ou do embaraço. Utilizando como referência o estudo de Martins (1999), Rojo verificou que a vergonha se relaciona com os valores de certo e errado e as pessoas podem transitar em espaços que possuam valores diferentes. Se a nudez é vista como algo condenável na sociedade mais ampla, em áreas naturista, o referencial variará para uma valorização do nu, o que pode acarretar uma desorientação para aqueles que se deparam com situações como esta, em que seus códigos de certo e errado são invertidos.

No meu campo, as doulas também precisam lidar com a nudez de outras mulheres e a regra número um é não julgar o corpo nu e olhar com “naturalidade” de forma a não deixar a mulher se sentindo vigiada ou exposta. Uma frase atribuída à parteira estadunidense Ina May Gaskin presente numa apresentação de *slides* encaminhada dizia “Um olhar pouco amável pode ser suficiente para que uma mulher não dilate”. Se, em outras situações, as mulheres podem mostrar vergonha em presenciar uma nudez ou ver e falar sobre as funções corporais consideradas mais repulsivas, em sua atuação como doulas este tipo de embaraço corresponde a uma atitude equivocada.

#### **4.4 Antropóloga e grávida: corpo e emoções da pesquisadora em campo**

Para etnografar um curso de formação de doulas, a antropóloga Soraia Fleischer (2007) conseguiu a autorização das organizadoras com a condição de que comprovaria documentalmente a sua vinculação institucional como pesquisadora e participaria das mesmas

vivências que as outras mulheres ou sairia do recinto durante estas. Fleischer, ao se identificar enquanto antropóloga, pediu para participar do curso como observadora, frisando que iria se apresentar e a sua pesquisa e que depois sentaria num canto. Ela percebeu que sua intenção era não atrapalhar o evento e que a atitude demonstrava uma preocupação ética com o papel da pesquisadora e seu esclarecimento para suas interlocutoras. Todavia, a doula que respondeu ao pedido de Fleischer disse que só observar as vivências não seria adequado pela “maior entrega, intimidade e cumplicidade entre as participantes”. A pesquisadora decidiu que preferia participar do que deixar o recinto e a partir desta experiência em campo refletiu como a sua presença provocou sentimentos complexos de alteridade.

No meu caso, o trabalho de campo contou com momentos distintos. No primeiro, como relatei na introdução, não sabia exatamente o que esperava com o curso de doulas, sentia-me pertencente àquele grupo, mas na apresentação me identifiquei como uma professora de Sociologia (foi antes de ingressar no curso de mestrado) que queria aprender mais sobre o Movimento de Humanização do Parto e talvez até me profissionalizar enquanto doula. Assim, a minha participação não precisou passar por uma aceitação do grupo, porque, afinal, eu estava ali como uma cursista. Neste curso, envolvi-me nas dinâmicas, como oficina de massagem e de rebozzo tal como as outras participantes. Nas conversas durante o intervalo, fazia questão de posicionar a minha proximidade com a academia. Como cientista social e já interessada em pesquisar num curso de formação de doulas, fiz bastantes anotações, não só sobre o conteúdo do curso, mas também sobre as minhas impressões das participantes e suas falas sobre os variados assuntos.

Nos eventos públicos que participei como a exibição de filmes e palestras voltadas para grávidas, minha apresentação só ocorria quando ia entrevistar alguém e, pelo que agora analiso, o medo da rejeição enquanto pesquisadora conduzia esta apresentação para uma ênfase nos elementos compartilhados por mim e pelo grupo. Gostava de frisar a minha proximidade com o movimento antes de iniciar a pesquisa e desta forma me sentia bem recebida.

No grupo de gestantes, não houve óbice ou condicionamentos para a minha participação. Em todo encontro frequentado eu me apresentava enquanto pesquisadora, até pela rotatividade do público que participava dos encontros, e sempre era muito bem acolhida, com os participantes manifestando o seu agrado pelo desenvolvimento da pesquisa naquele lugar. Acredito que eu e as pessoas que ali estavam não vivenciamos o sentimento complexo de alteridade experimentado por Fleischer (2007) em seu trabalho. A pesquisadora relata que

com o passar dos dias do curso de formação a desconfiança inicial foi substituída por acolhimento.

Agora, fazendo a reflexão sobre a minha experiência no grupo de gestantes, sinto que fui afetada pelo campo, no sentido empregado por Favret-Saada (1990). Se naquele momento, refletia que eu era mais uma observadora do que uma participante e havia uma cisão entre mim e o grupo, avaliando hoje, percebo que meu corpo e minhas emoções estavam em campo sem uma preocupação em me manter afastada com o mínimo de participação necessária como muitos antropólogos clássicos o faziam.

Eu me emocionei com os relatos chorosos das mulheres, fiquei indignada com os casos narrados de violência obstétrica, surpreendi-me com tantos outros relatos, participei dos abraços de despedidas às barrigas (no fim da gestação, as mulheres recebem este abraço dos participantes do grupo, elas ficam no centro de uma roda, todos sentados, e recebem carinhos, toque e abraços enquanto uma música é cantada por todos), sentei da mesma maneira que elas e falei, não muito, em momentos que eu sentia vontade de expor minhas ideias. Se minha participação não foi maior, reflito hoje que é porque este comportamento de não buscar estar no centro das atividades e debates me acompanha em outras esferas da minha vida, assim como o constrangimento de ter muito contato físico com outras pessoas, não por estar lá como pesquisadora.

Sara Mendonça (2013) explicita o sentimento de alteridade vivido por ela ao realizar sua pesquisa sobre o movimento de humanização do parto e do nascimento e não ter barriga, nem filhos e marido, o que a diferenciava das nativas do seu campo. Eu também não tinha barriga, mas outras mulheres em estágio inicial da gravidez também não tinham uma barriga aparente, logo, no decorrer das reuniões, a distinção entre grávidas e não grávida se esvaía.

Acredito que por ser mulher, da mesma classe social que as nativas do meu campo e da mesma faixa etária, a distância entre mim e elas era muito pequena. Muitas tinham vínculos com a Academia também. Outro ponto que diminuía muito esta distância era o conhecimento sobre o processo que envolve o parto em suas diferentes etapas, adquirido no curso de formação de doulas.

Destarte, reflito que o meu olhar mais analítico durante as reuniões poderia estar vinculado também a este *habitus* da doula de mais escutar do que falar e o não estranhamento pela ausência de filhos ou barriga pode ter ocorrido pela identificação com uma doula que outros participantes possam ter feito. Em determinado momento, percebi que estava muito inserida no grupo e que seria bom frisar a minha participação ali enquanto pesquisadora. Assim, comecei a fazer anotações durante as reuniões. Contudo, outras pessoas também

usavam um caderno para registrar as informações, deste modo, isto não era uma marca visível da minha distância com eles.

Nas discussões sobre os fluidos corporais, procurei não opinar e sinto que não me envergonhei tanto quanto outras participantes. Atribuo esta sensação a minha formação nas ciências sociais que contribuiu para o exercício de desnaturalização e estranhamento de valores consolidados socialmente. Além disso, já havia tido contato com a leitura de Norbert Elias (2011), o que me fez problematizar mais o que se estava falando sobre os excrementos do que demonstrar meu embaraço com o tema.

Todavia, se no curso eu controlei minhas emoções, na esfera da vida privada este embaraço quanto ao assunto e a tentativa de superá-lo se manifestou nos diálogos que tive com meu companheiro sobre um futuro trabalho de parto envolvendo nós dois. As conversas ocorriam sempre em tom de brincadeira, mas o riso sinalizava o embaraço em lidar com esta questão. Percebi que compartilhava nestes momentos o ideal de educação para o parto das doulas e que as conversas marcavam a busca do autocontrole, não tanto sobre as funções corporais, mas sobre os sentimentos que possam surgir diante de situações consideradas vexatórias pela sociedade.

Luiz Rojo (2005) questionou a invisibilidade de aspectos como corpo e emoções do pesquisador nas etnografias clássicas ou a sua apresentação enquanto uma anedota para divertir os leitores e “confirmar a autoridade etnográfica, reforçando a presença do autor em campo” (p.133). Para o antropólogo, o paradigma científico do Ocidente, como salienta e critica Lutz (1996), tem como marca a dicotomia entre mente e corpo, hierarquizando os dois, com a mente tendo preponderância sobre o corpo físico, que não pensa, e tudo que está relacionado a ele. Rojo busca romper com esta dicotomia, primeiramente, ampliando a presença do corpo do pesquisador em campo, considerando que além da visão e da audição, que são os sentidos mais importantes na observação participante, o corpo sente de outras formas.

Neste ponto, tenho que ressaltar o controle do olhar que desenvolvi em campo para “naturalizar” a nudez dos seios das mulheres. Como não acompanhei partos, não vivenciei nenhuma situação em que tivesse que lidar com fluidos corporais como vômitos e fezes. Porém, nas reuniões das gestantes e nas palestras, era muito comum ver mulheres amamentando seus filhos, não apenas bebês, mas crianças com mais de dois anos. Eu não estava acostumada a ver mulheres amamentando em público, mas sabia que um olhar acusatório ou de julgamento prejudicaria a minha inserção no campo. Com o tempo, percebi que estas situações se tornaram mais corriqueiras para mim e que passei a não me importar

com o fato de alguma mulher estar com o seio desnudo amamentando seu filho, inclusive em outros contextos para além do campo.

Eu saí do campo, despedi-me das participantes do grupo com a alegação de que precisava de tempo para amadurecer minhas ideias, escrever meu trabalho e que voltaria para compartilhar os resultados, mas o campo não saiu de mim. Fui contaminada com a fertilidade daquelas mulheres e antes do último encontro descobri a minha gravidez inesperada. Em algumas situações, as mulheres brincavam que estar em contato com grávidas aumentava a fertilidade e algumas cursistas que eram “tentantes”, nome dado àquelas que estão tentando engravidar, tocavam na participante do curso que estava grávida para que ficassem férteis também.

Desta forma, o jogo de identidades problematizado na introdução ganhou uma nova identificação da pesquisadora: a de grávida. Já antecipei algumas questões sobre esta nova identidade, como a dificuldade em manter um afastamento do grupo estudado.

Raquel Dias-Scopel (2014), em sua pesquisa sobre as cosmologias que envolvem a gestação, parto e pós-parto para os índios Munduruku, no Amazonas, verificou que a sua gravidez na terceira etapa do trabalho de campo potencializou a observação participante. Se muitos assuntos não eram explanados anteriormente, com a gravidez e a presença de seu companheiro no campo, os índios Munduruku passaram a abordar assuntos e realizar práticas de cuidados com os dois que não eram expostas nas entrevistas. Em suas palavras,

Não é exagerado afirmar que essa nova condição dada pela gestação de meu primeiro filho conduziu a novos caminhos para a observação participante, facilitando a compreensão dos significados simbólicos compartilhados e o ingresso no conjunto de práticas relativas à gestação e parto mobilizadas pelos Munduruku da TIKL, dos quais, muito superficialmente, eu vinha me aproximando, fosse pela observação participante junto à rotina de mulheres gestantes, fosse por via das conversas informais. (p.39)

A minha observação participante não foi potencializada tal qual a experiência de Dias-Scopel, pois não pretendia voltar a campo, procurei algum distanciamento do grupo de grávidas e os compromissos com o trabalho, como professora, me impediram de acompanhar outras reuniões. Contudo, neste tempo de escrita, passei por inúmeras consultas com obstetras e enfermeiras obstétricas, vinculados ou não ao Movimento pela Humanização do Parto e fui afetada de outra forma pelo campo.

A primeira questão que surgiu foi a dificuldade em conseguir uma equipe para me acompanhar de acordo com o que entendo ser um bom atendimento de parto. Achava que por estar próxima do movimento de “humanização”, tinha informações suficientes e não passaria

pela ansiedade da busca por uma equipe. Ledo engano. Como grávida, vivenciei os impasses e inseguranças que as grávidas descreviam quando chegavam ao grupo de gestantes.

Percebi, sendo acompanhada por duas enfermeiras obstétricas, que muitas das práticas das doulas eram adotadas por elas, principalmente no que tange à retórica do controle das emoções e da psicologização dos sujeitos. A escrita da dissertação que se seguia às consultas das enfermeiras era marcada por uma intensa reflexão sobre a minha relação, enquanto grávida, com as duas. Já na primeira consulta, deixei claro que estava pesquisando o movimento e que, por isso, considerava o meu olhar mais informado. Queria evitar o discurso de associação da mulher a mamíferos. Este apareceu na segunda consulta, junto com Odent e a ideia de que o cérebro primitivo era responsável pelo parto.

Preocupava-me e ainda preocupo-me em ter de alguma forma de aceitar o discurso da “força inata” da mulher de parir para que eu consiga parir um “parto normal”. Problematizo, ainda mais depois da pesquisa, a retórica da perda de controle das emoções e me pergunto se há espaço para ser uma grávida diferente, com um olhar mais antropológico.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto escrevo estas páginas, as doulas vivem uma disputa pela consolidação de sua profissão no modelo obstétrico brasileiro. Embora tenham conquistado uma vitória na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro com a aprovação do projeto de lei 2.195/2013, a tensão envolvendo médicos e elas está longe de acabar. Não são muitas as maternidades do Estado que aceitam a presença desta acompanhante e, fora de um grupo composto por mulheres de classe média e com formação superior, há um desconhecimento muito grande sobre quem são e o que fazem.

Apesar dos avanços e retrocessos na legitimação das doulas enquanto grupo que postula verdades sobre parturição e maternidade, é notório o crescimento deste grupo com a oferta de cursos de formação e a criação de vários grupos de gestantes, organizados por elas. As redes sociais ampliaram a divulgação dos ideais do Movimento pela Humanização do Parto, os quais as doulas são defensoras. Estas mulheres são hábeis em usar a militância virtual ao seu favor, tanto para promover o seu trabalho, quanto para defender o modelo de assistência “humanizado”. A mobilização, contudo, não fica restrita ao espaço virtual, elas se fazem presentes em atos que levantam outras bandeiras feministas além dos direitos reprodutivos.

Aproveito a fala de um médico humanizado que participou do cine debate para ilustrar este ponto: *“Quando olho para frente, vejo que tem muito coisa para fazer, mas, quando olho para trás, vejo que muito já foi feito”*. Se existe muito ainda a ser alterado, ninguém pode negar que dos anos 2000 para cá houve um investimento muito grande, de um grupo nem tão grande e coeso assim, e significativas transformações. Os índices de cesárea continuam a subir, mas o debate sobre “humanização” segue cada vez mais divulgado e as políticas públicas se aliam a este ideal.

Ainda há um descompasso entre as políticas públicas na área e a formação de médicos e enfermeiras. Apesar dos médicos mais jovens estarem recebendo informações atreladas aos ideais de “humanização”, como expôs uma obstetra “humanizada”, a prática dos hospitais ainda é marcada pelas intervenções adotadas rotineiramente que tiram da mulher o seu poder de decidir. Porém, mesmo isto já está sendo um pouco alterado com a criação de salas de “parto humanizado” em hospitais com altos índices de cesárea. Se os números ainda não baixaram, os próximos estudos podem trazer algumas mudanças, pois este processo é lento.

Desta forma, a luta por um “parto humanizado” ganha força com ações como a divulgação das taxas de cesáreas dos médicos, que atualmente são fornecidas pelos convênios

de saúde. Muitos médicos, segundo as doulas, garantem que fazem “partos normais”, mas no fim da gestação sempre existe um impedimento para a prática. Elas ironizam os argumentos que eles trazem para a contra indicação do parto pela via vaginal: “*o bebê está muito grande*”, “*a bacia é muito estreita*”, “*o cordão umbilical está enrolado no pescoço*”, “*a unha do bebê é grande*”, “*a placenta está velha*”, “*tem muito líquido*”, “*tem pouco líquido*” etc.. Com a divulgação destas taxas, as mulheres pretendem desmascarar os “cesaristas” que são apelidados de “GO (Ginecologista Obstetra) fofinho”.

Em outro sentido, já escuto relatos de grávidas informando que seus médicos, a partir da militância deste grupo de ativista, estão repensando as suas práticas. Muitas das mulheres que defendem este atendimento alternativo possuem planos de saúde e buscam informações na *internet*, elas trabalham e são tão responsáveis pelo sustento da casa como os companheiros. Como “pacientes” informadas, ou melhor, como clientes, estas mulheres defendem a sua autonomia no processo decisório e questionam as indicações dos médicos. Apesar destes ainda possuírem uma autoridade sobre o saber da gestação e do parto, este poder começou a ser questionado num contexto em que a lógica individualista se expandiu para garantir a emancipação da mulher também. Por esta lógica, as hierarquias devem ser abolidas para o desenvolvimento pessoal dos sujeitos e a hierarquia médico-paciente resta abalada. Inclusive com a desconstrução da identificação como “doente” para as grávidas, o que significa uma alteração na concepção da gravidez.

Por outro lado, os desafios apresentados não impactam somente na atuação dos médicos. O discurso fundamentado numa “essência feminina” acaba por se chocar com uma demanda de uma parte do movimento feminista que lutou por romper a associação direta entre mulheres e maternidade. A ideia de que a mulher sabe parir e de que seu corpo foi feito para isto pode ajudar as mulheres a acreditarem em sua força e questionarem a submissão de seus corpos, mas quando as defensoras do “parto humanizado” não conseguem parir pela via vaginal, cria-se a ideia de uma disfuncionalidade do corpo que deixa estas mulheres frustradas.

Normalmente, o problema para este corpo não parir é visto como o meio social, que constrange e estimula os sentimentos negativos sobre o parto, como discorrem as doulas. Mas há casos em que as mulheres buscam o controle deste meio social a partir das informações condizentes com a “humanização” e mesmo assim não têm o parto que desejaram. Algumas reconstroem seus relatos tentando encontrar as falhas, não do corpo, mas das situações exteriores e muitas culpabilizam a equipe médica, outras questionam a atuação das doulas e os

ideais do movimento, achando que alguns pressupostos são muito radicais e funcionariam em outro tipo de sociedade.

A noção de uma “natureza feminina” se manifesta também no discurso sobre as emoções. Há uma crítica às concepções do campo da medicina hegemônica sobre os sentimentos envolvidos no parto, contudo a emotividade permanece associada à mulher. Sua racionalidade seria prejudicial para o processo de se conectar com a “natureza”, fundamental para que o parto possa acontecer. Este ideário reforça algumas noções tradicionais sobre o que é ser mulher e o que é ser mãe, todavia, invertendo a valoração para pensar numa “natureza” forte e não frágil desta mulher.

Outro impasse, que surge a partir de uma militância para influenciar políticas públicas e exigir a ampliação de um atendimento “humanizado” para fora dos grupos que o demandam, consiste na negociação com outros grupos sobre noção de pessoa, de maternidade e de parto. Neste sentido, o trabalho abordou os diferentes significados atribuídos ao conceito de “humanização” e trouxe alguns problemas quando as mulheres tem outra perspectiva sobre o que seria um bom atendimento. Se o ideal da autonomia de escolher o melhor parto tem fundamental importância neste projeto de “humanização”, como o movimento deve se posicionar diante das mulheres que estão informadas e ainda assim escolhem o parto cesárea? Muitas das doulas não atendem as cesáreas e, neste ponto, dizem que o ativismo fala mais alto do que o objetivo de dar suporte emocional.

Neste sentido, a defesa de um ideal de “parto humanizado”, com um modelo fechado do que seja isto, se torna problemática na medida em que o ataque que as doulas fazem à cesárea se fundamenta na crítica a este modelo colocado como o único e o melhor para parir. Elas levantam argumentos de que o parto possui múltiplas formas em diferentes sociedades e tempo, mas quando defendem o “melhor” dentro do ideal da “humanização” obscurecem a ideia de autonomia da mulher. Caminhar para este ideal pode constituir uma agressão para aquelas mulheres que desejam outro atendimento obstétrico. E não considerá-las “empoderadas” o suficiente pode constituir uma mudança na tutela destas mulheres, algo que o médico Jones, expoente do movimento, acha um equívoco.

Quando iniciei a minha militância na área, adorava discutir e defender os argumentos em prol da “humanização”. Crítica ferrenha da cesárea, olhava com desdém para aquelas que decidiram por esta forma de parto. O contato com o campo, com as ativistas e as leituras antropológicas me fizeram refletir sobre a minha prática. Hoje, vivendo o fenômeno da “barriga pública”, isto é, vendo o meu corpo barrigudo ser alvo de controle de pessoas que têm o “melhor” conselho sobre o que eu devo fazer, estou muito mais comedida em

apresentar as minhas opiniões, principalmente se elas não forem solicitadas. Poderia achar que o trabalho acadêmico me levou a isto, mas acredito que este posicionamento de escuta começou a ser moldado pelo contato com as doulas e com as outras grávidas.

Ainda quero muito um “parto humanizado”, considerando que isto significa evitar as intervenções médicas e poder decidir sobre o que será feito no meu parto. Mas sei que minha agência ainda esbarra numa estrutura em que o modelo hegemônico é o oposto disso. Assim, uso as informações que tive acesso para buscar este parto desejado, mas preparo o emocional para as adversidades que podem surgir no caminho. Acho que fui contagiada com a retórica do controle das emoções, ideal a ser perseguido na preparação do parto.

De qualquer forma, o cenário do parto está mudando para acolher mais esta autonomia da mulher e estas transformações estão na agenda das militantes, das instâncias públicas e dos médicos. Se por volta de 2000, era muito difícil uma mulher nas minhas condições (classe média e assistida por um plano de saúde) conseguir ter seu filho pela via vaginal, sendo respeitada como um sujeito que tem direitos e algum controle sobre seu corpo, hoje, pouco tempo depois, abriram-se novos caminhos, muito por conta da atuação das militantes do Movimento pela Humanização do Parto, que compreende estas doulas estudadas. Apesar das críticas e dos desafios que o movimento possui, deve-se reconhecer o esforço de mudança e o questionamento da ordem vigente.

## REFERÊNCIAS

- ABU-LUGHOD, Lila. Shifting politics in Bedouin love poetry. In ABU-LUGHOD, Lila e LUTZ, Catherine (ed.) **Language and the politics of emotion**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990
- ALZUGUIR, Fernanda Vecchi e NUCCI, Marina Fischer. Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, vol.2, Londrina, 2015
- BEHAR, Ruth. Rage and redemption: reading the life story of a Mexican marketing woman. In: TEDLOCK, DENNIS e MANNHEIM, Bruce. **The dialogic emergence of culture**. Urbana e Chicago: Illinois Press, 1995.
- BONET, Octavio. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem de biomedicina. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 9(1), 123-150, 1999
- BOURDIEU, Pierre. Algumas propriedades dos campos. In: **Questões de Sociologia**. Lisboa: Fim do Século – Edições Sociedade Unipessoal Ltda., 2003
- \_\_\_\_\_. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2005
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei 7.633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. Acesso em outubro de 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: MS/FEBRASGO/ABENFO; 2001
- \_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho. **Código Brasileiro de Ocupações**, 2013 Disponível em <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/ResultadoOcupacaoMovimentacao.jsf>. Acesso em abril de 2016
- BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, vol.7, nº 2, Rio de Janeiro, Abril./Junho, 1991
- COELHO, Maria Cláudia; REZENDE, Claudia Barcellos. **Antropologia das emoções**. Rio de Janeiro: FGV, 2010
- CREMERJ. **Resolução nº 265/2012** - Proíbe a participação do médico em partos domiciliares
- CREMERJ. **Resolução nº 266/2012**- Dispõe sobre a responsabilidade do Diretor Técnico em relação a assistência perinatal prestada por pessoas não habilitadas e/ou de profissões não reconhecidas na área da saúde
- DA MATTA, Roberto. O ofício do etnólogo ou como ter Anthropological Blues. In: NUNES, E. de O. (Org.). **A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social**. Rio de Janeiro: Zahar, p.2335, 1985

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia. São Paulo: Editora Unesp, 2009

DIAS, Marcos Augusto; DESLANDES, Suely Ferreira. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município de São Paulo. **Caderno Saúde Pública**. 2004

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

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Horizontes do indivíduo e da ética no crepúsculo da família. In: RIBEIRO, Ivete (org.) **Família e Sociedade Brasileira**: Desafios nos Processos Contemporâneos. Rio de Janeiro: Fundação João XXIII, 1994

\_\_\_\_\_. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência saúde coletiva**, vol.8, nº1, Rio de Janeiro, 2003

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador**: Formação do Estado e Civilização. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., v. I, 2011

FADYNHA. **A doula no parto**: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente. São Paulo: Editora Ground, 2011

FAUNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, vol.7, n.2, pp.150-173, 1991

FAVRET-SAADA, Jeanne. Être Affecté. In: Gradhiva: **Revue d'Histoire et d'Archives de l'Anthropologie**, 1990

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

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

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau Ed., 1999

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO & SESC. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**, 2010. Disponível em: [http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra\\_0.pdf](http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf) Acesso em 28 de maio de 2016

GEERTZ, Clifford. “Do ponto de vista dos nativos”: a natureza do entendimento antropológico. In: **O Saber local**. Petrópolis, Editora Vozes, p. 60-74, 2013

GROSSI, Miriam. Novas/Velhas violências contra a mulher no Brasil. **Estudos Feministas**. Número Especial:473-485, 1994

HARAWAY, Donna. **Simians, cyborgs, and women**. The reinvention of nature. Routledge, New York, 1991

HIRSCH, Olivia Nogueira. O parto 'natural' e 'humanizado' na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. **Civitas: Revista de Ciências Sociais**, v. 15, p. 229-249, 2015

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p. 1303-1311, 2002

KLUSJZA, Stephania Gonçalves. **Nascer sorrindo**: Reflexões acerca da gravidez enquanto rito de passagem e os modelos de assistência ao parto no Brasil. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014

KONDO, Dorinne K. **Crafting Selves**. Power, Gender, and Discourses of Identity in a Japanese Workplace. Chicago, London: The University of Chicago Press, 1990

KOUMOITZES-DOUVIA, Jodi, CARR, Catherine A. Women's Perceptions of Their Doula Support. **J Perinat Educ**. Fall; 15(4): 34–40, 2006

LANSKY, Sônia et al . Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, Rio de Janeiro, 2014

LEÃO, Viviane Murilla, OLIVEIRA Sônia Maria. O Papel da Doula na Assistência a Parturiente. **Reme. Rev. Mim. Enfermagem**, 10 (1):24-29, 2005

LE BRETON, David. Antropologia das emoções: crítica da razão naturalista In: **As paixões ordinárias**. Petrópolis: Vozes, 2009

\_\_\_\_\_. **Antropologia da dor**. São Paulo: Far-Unifesp, 2013

LUTZ, Catherine. **Unnatural Emotions**. Everyday sentiments on a micronesian atoll and their challenge to western theory. Chicago e Londres: The university of Chicago Press, 1988

\_\_\_\_\_. Engendered emotions: gender, power and the rhetoric of emotional control in American discourse. In: LUTZ, Catherine e ABU-LUGHOD, Lila (ed.) **Language and the politics of emotion**. New York: Cambridge University Press, 1990

MANDER, Rosemary. The doula .In: **Supportive Care and Midwifery**. April 2008, Wiley-Blackwell

MAUSS, Marcel. As Técnicas Corporais. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EDUSP, 1974

\_\_\_\_\_. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: Mauss, M. **Ensaio de Sociologia**. São Paulo: Perspectiva, 1979

MENDONÇA, Sara Sousa. **Mudando a forma de nascer**: agência e construções de *verdades* entre as ativistas do parto humanizado. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013

\_\_\_\_\_. **Uma análise das denúncias a uma Maternidade pública humanizada**: dilemas da humanização. Trabalho apresentado na 29ª Reunião Brasileira de Antropologia, Natal/ RN, 2014

\_\_\_\_\_. **Substâncias que agem**: uma análise dos discursos sobre os hormônios e o movimento pela humanização do parto. Comunicação apresentada na XI Reunião de Antropologia do Mercosul, Montevidéu, 2015

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Proj. História**, São Paulo, (25), dezembro, 2002

OLIVEIRA, Cilene Lima de. **Aventura, Performance, Sofrimento**: Construção de corporalidades em Esportes de Aventura. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista Saúde Pública**, nº45, v.1, p.185-194, 2011

PISCITELLI, Adriana. "Recriando a (categoria) mulher?" In: ALGRANTI, L. (org.) A prática feminista e o conceito de gênero. **Textos Didáticos**, n. 48, pp. 7-42, 2002

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

REZENDE, Claudia. **Ansiedade e medo na experiência da gravidez**. IX Reunião de Antropologia do Mercosul. Buenos Aires, 2009

REZENDE, Joffre Marcondes. A primeira operação cesariana em parturiente viva. In: **À sombra do plátano**: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.

RIO DE JANEIRO. **Projeto de lei nº 2195/2013**. Dispõe sobre a obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública do Estado do Rio de Janeiro, a permitir a presença de doulas durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente.

ROJO, Luiz Fernando. **"Vivendo 'nu' paraíso"**: comunidade, corpo e amizade na Colina do Sol. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005

ROSS, Fiona. "Introduction"; "Testimonial practices"; "The Self in extremity"; "Narrative threads". **Bearing Witness: Women and the Truth and Reconciliation Commission in South Africa**. London/Sterling-Virginia: Pluto Press, 2003

ROUSSEAU, Jean-Jacques. O discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens. **Coleção Os Pensadores**. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1973

SALEM, Tania. O casal igualitário: princípios e impasses. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.3, nº 9, Rio de Janeiro, fev. 1989

\_\_\_\_\_. **O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007

SARDENBERG, Cecília. **Conceituando Empoderamento de Mulheres na Perspectiva Feminista**. I Seminário Internacional: Trilhas do Empoderamento de Mulheres – Projeto TEMPO, Salvador, BA, 2006

\_\_\_\_\_. **Liberal vs Liberating Empowerment: A Latin American Feminist Perspective in Conceptualising Women's Empowerment**. IDS Bulletin (Brighton. 1984), v. 47, p. 18-27, 2016

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cad. Pagu** no.16 Campinas 2001

SCOPEL, Raquel Paiva Dias. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku**. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014

SIMAS, Raquel, MENDONÇA, Sara Sousa. **O caso Adelir e o movimento pela humanização do parto: reflexões sobre violência, poder e direito**. Comunicação apresentada na XI Reunião de Antropologia do Mercosul, Montevideu, 2015

SIMIÃO, Daniel Schroeter. **O feitiço desencantado: gênero, justiça e invenção da violência doméstica em Timor-Leste**. Anuário Antropológico/2005, Rio de Janeiro, Tempo brasileiro, p.127-154, 2006

TORNQUIST, Carmem Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto, **Revista Estudos Feministas**, nº 2, 2002

\_\_\_\_\_. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S419-S427, 2003

\_\_\_\_\_. Parto e Poder: O Movimento pela Humanização do Parto no Brasil. Tese (Doutorado). PPGAS/UFSC, Florianópolis, 2004

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: **Individualismo e Cultura** Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1981. p.121-132

WEBER, Florence. Primeira Parte: O ofício de etnógrafo. In: **Trabalho fora do trabalho;** uma etnografia das percepções. Rio de Janeiro: Garamond, 2009

WOLFE, Kaylee S. **A Doula Can Only Do So Much:** Birth Doulas and Stratification in United States Maternity Care". Honors Projects, Paper 37, 2015