



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

EZRA ZINETE SILVA GURGEL

**O CUIDADO EM DISPUTA:
Profissionalização de doulas no contexto de humanização do parto**

CAMPINAS

2025

EZRA ZINETE SILVA GURGEL

O CUIDADO EM DISPUTA:

Profissionalização de doulas no contexto de humanização do parto

Dissertação apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de mestre em Sociologia.

ORIENTADORA: BÁRBARA GERALDO DE CASTRO

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À
VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELO ALUNO EZRA ZINETE
SILVA GURGEL E ORIENTADO PELA
PROF.^a DR.^a BÁRBARA GERALDO DE
CASTRO.

CAMPINAS

2025

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Paulo Roberto de Oliveira - CRB 8/6272

G962c Gurgel, Ezra Zinete Silva, 1997-
O cuidado em disputa : profissionalização de doulas no contexto de humanização do parto / Ezra Zinete Silva Gurgel. – Campinas, SP : [s.n.], 2025.

Orientador: Bárbara Geraldo de Castro.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Doulas. 2. Parto humanizado. 3. Trabalho. 4. Cuidados. I. Castro, Bárbara Geraldo de, 1984-. II. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informações complementares

Título em outro idioma: Care in dispute : the professionalization of doulas in the context of humanization childbirth

Palavras-chave em inglês:

Doulas

Humanized childbirth

Work

Caring

Área de concentração: Sociologia

Titulação: Mestre em Sociologia

Banca examinadora:

Bárbara Geraldo de Castro [Orientador]

Mariana Marques Pulhez

Anna Bárbara Araújo Talone

Data de defesa: 31-01-2025

Programa de Pós-Graduação: Sociologia

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

ODS: 5. Igualdade de gênero

ODS: 3. Saúde e bem-estar

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-1281-252X>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/1923174504805740>

Prof.^a Dr.^a Bárbara Geraldo de Castro

Prof.^a Dr.^a Anna Bárbara Araujo Talone

Prof.^a Dr.^a Mariana Marques Pulhez

A Ata de Defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertações/Teses e na Coordenadoria do Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

AGRADECIMENTOS

Essa dissertação é, sem dúvidas, um esforço não só meu e por isso honro quem veio antes de mim e possibilitou que hoje eu estivesse aqui encerrando este ciclo. Por esse motivo, agradeço em primeiro lugar à minha mãe, Vera Lúcia, que é minha inspiração de fé, coragem e paciência. Obrigado por respeitar minhas escolhas e a minha trajetória, mesmo elas sendo tão diferentes das suas. Agradeço e honro a memória de minha avó materna, vó Lira, pelo trabalho duro, pelo amor prático e pela delicadeza em sempre ter um doce a me oferecer. Agradeço ao meu pai, Valter [*in memoriam*], por ter incentivado minha curiosidade e o desejo de estar sempre aprendendo, ao longo das nossas brincadeiras de infância. Aos meus irmãos, Kênnia e John Cler, por se orgulharem de mim e abrirem caminho como irmãos mais velhos. Aos meus sobrinhos, Sarah, João Vitor e Filipe, que trouxeram mais diversão à minha vida e me dão o privilégio de ser tio – o tio legal, espero.

Agradeço ao meu companheiro, Tiago, que é a família que escolhi sonhar e construir juntos ao lado de nossa cachorra Zequinha. Muito obrigado pela rotina, por “me ajudar a salvar os domingos”, parafraseando Liniker, e comemorar todas as minhas conquistas com suas maravilhosas panquecas de café da manhã. Te amar é uma escolha fácil; nutrir o vínculo e crescer ao seu lado é sempre um esforço que vale a pena. Agradeço também a Zeca por ser minha companheira sonolenta de escritório. Sua barriga quentinha onde eu esquentava meus pés foi afeto e ótimo apoio para a escrita desta dissertação.

Agradeço aos meus amigos, espalhados agora entre Campinas, São Paulo e Goiânia. Vocês são as pessoas que escolho caminhar ao lado e tornam a vida mais alegre, ou pelo menos, possível, em meio à dureza das responsabilidades e frustrações da vida adulta. Em especial: Luciana, Figura, Heitor, Char, Jéssica, Fernanda, Nicholas e Maru. Às amigas com quem compartilhei angústias, receios, curiosidades e descobertas do fazer acadêmico: Katiani, Juliana e Mariana. Agradeço Zênite, amiga e leitora que facilitou a finalização deste texto. Agradeço também Maitê, minha psicóloga, pela escuta ativa e apoio sem o qual teria sido muito mais difícil encerrar esta dissertação.

Meus sinceros agradecimentos à minha orientadora Bárbara Castro, que desde 2015 me acompanha e é uma grande referência profissional e intelectual para mim. Obrigado pela confiança, pela generosidade e por me lembrar que pesquisa é para a gente se divertir. Agradeço também Renata Moreno e Guita Debert que participaram da minha banca de qualificação e trouxeram ótimas reflexões à pesquisa. Agradeço Mariana Pulhez e Anna

Bárbara Araújo, membras da banca de defesa, pela riqueza do debate proposto na ocasião e por terem refinado este trabalho com seus comentários assertivos e originais.

Às doulas que entrevistei: agradeço imensamente pela confiança de compartilharem suas histórias comigo. Espero ter honrado vocês com esta pesquisa.

Por fim, o presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 131862/2019-7, o qual agradeço o financiamento.

RESUMO

Esta pesquisa analisa o processo de construção da profissão de doula no Brasil a partir das relações de gênero, trabalho e cuidado. Doula é a pessoa que atua apoiando gestantes no processo de pré-natal, parto e pós-parto de forma física, emocional e informacional. Seu trabalho visa fortalecer a autonomia da pessoa gestante e contribuir para um parto respeitoso e humanizado. O contexto que enseja a atuação de doulas no país é o das disputas em torno do cuidado obstétrico, mais especificamente, a agenda política dos movimentos em prol da humanização do parto e do nascimento. Esses movimentos ganharam expressão no início da década de 1990, com a criação da ReHuNA - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento. Desde então, as doulas têm atuado em partos com vistas à humanização do cuidado, sendo que em 2013 passaram a constar no cadastro da CBO - Cadastro Brasileiro de Ocupações. Mais recentemente, há um Projeto de Lei em tramitação, PL 3946/21, já aprovado no Senado, que regulamenta e dispõe sobre o exercício da profissão de doula em todo o território nacional. O objetivo da pesquisa, portanto, é contribuir para o estudo de uma profissionalização ainda em disputa. Para tanto, optou-se por realizar um estudo qualitativo onde foi feita a revisão de literatura especializada sobre a história da assistência obstétrica no país; a análise do Projeto de Lei em questão e de três cursos de formação de doulas em vigor; a realização de trabalho de campo e entrevista em profundidade com cinco doulas, sendo duas delas atuantes na gestão de associações da categoria. Os achados da pesquisa apontam para o papel dos cursos de formação em legitimar o trabalho de cuidado das doulas ao passo em que traduzem os aprendizados obtidos no processo de socialização de gênero em qualificações técnicas; o trabalho de doulagem enquanto forma de ativismo político; a singularidade dessa profissão enquanto expressão de um cuidado relacional e com vistas à autonomia da pessoa gestante.

Palavras-chave: doulas; parto humanizado; trabalho; cuidados.

ABSTRACT

This research examines the process of establishment of the doula profession in Brazil through the lenses of gender, labor, and care relations. A doula is a person who supports pregnant individuals during the prenatal, childbirth, and postpartum processes, providing physical, emotional, and informational assistance. Their work aims to strengthen the autonomy of the pregnant person and contribute to a respectful and humanized birthing experience. The context that drives doulas' work in the country revolves around disputes in obstetric care, particularly the political agenda of movements advocating for the humanization of childbirth. These movements gained prominence in the early 1990s with the creation of ReHuNA (Network for the Humanization of Childbirth). Since then, doulas have been involved in promoting humanized care during childbirth, and in 2013, they were included in the CBO (Brazilian Occupational Classification). More recently, a bill, PL 3946/21, already approved by the Senate, is under discussion to regulate and define the practice of the doula profession nationwide. The goal of this research, therefore, is to contribute to the study of a professionalization process still under debate. To achieve this, a qualitative study was conducted, including a review of specialized literature on the history of obstetric care in Brazil, an analysis of the aforementioned bill and three doula training courses currently in place, fieldwork, and in-depth interviews with five doulas, two of whom are active in the management of category associations. The findings highlight the role of training courses in legitimizing doulas' caregiving work by translating the skills acquired through gender socialization into technical qualifications; doula work as a form of political activism; and the uniqueness of this profession as an expression of relational care aimed at promoting the autonomy of the pregnant person.

Keywords: doulas; humanized childbirth; work; caring.

LISTA DE SIGLAS

ADDF - Associação de Doulas do Distrito Federal
ADJF - Associação de Doulas de Juiz de Fora
ADOAL - Associação de Doulas de Alagoas
ADoMaTo - Associação de Doulas do Mato Grosso
ADOMS - Associação de Doulas do Mato Grosso do Sul
ADOPE - Associação de Doulas de Pernambuco
ADOSC - Associação de Doulas de Santa Catarina
ADOSP - Associação de Doulas de São Paulo
ADOSUL - Associação de Doulas do Rio Grande do Sul
ADOULAGO - Associação de Doulas de Goiás
ADoulasRJ - Associação de Doulas do Rio de Janeiro
ADOULES - Associação de Doulas do Espírito Santo
ADOUPAR - Associação de Doulas do Paraná
ADPB - Associação de Doulas da Paraíba
ALERJ - Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
ALESP - Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo
ANDO - Associação Nacional de Doulas
ASDOULAS - Associação Sergipana de Doulas
BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
CAISM - Centro de Saúde Integral à Saúde da Mulher
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CCJC - Constituição e Justiça e de Cidadania
CFM - Conselho Federal de Medicina
CMULHER - Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher
CNDH - Conselho Nacional dos Direitos Humanos
CNS - Conferência Nacional de Saúde
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
CONADOULA - Convenção Nacional de Doulas
COREN - Conselho Regional de Enfermagem
CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM - Conselho Regional de Medicina

CSSF - Comissão de Seguridade Social e Família
CTASP - Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público
DONA - Doulas of North America
DPU - Defensoria Pública da União
EACH- Escola de Artes, Ciências e Humanidades
EO - Enfermeira Obstetra
EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
FENADOULASBR - Federação Nacional de Doulas do Brasil
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GAMA - Grupo de Apoio à Maternidade Ativa
IFB - Instituto Federal de Brasília
IFG - Instituto Federal de Goiás
LGBT/LBTI+
LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados
MPF - Ministério Público Federal
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN - Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PL - Projeto de Lei
PL - Partido Liberal
PN - Parto Normal
PP - Partido Progressistas
PSD - Partido Social Democrático
PSL - Partido Social Liberal
PT - Partido dos Trabalhadores
RCC - Renovação Carismática Católica
ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SciELO - Scientific Electronic Library Online
Siaparto - Simpósio Internacional de Assistência ao Parto
SUS - Sistema Único de Saúde
UFES - Universidade Federal do Espírito Santo
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

USP - Universidade de São Paulo

VO - Violência Obstétrica

LISTA DE FIGURAS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1: Anúncio da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória em 1862 no Almanaque | 31 |
| Figura 2: Madame Durocher | 32 |

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Perfil das pessoas entrevistadas

22

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUÇÃO | 15 |
| Notas metodológicas | 20 |
| Capítulo 1. Mudanças, continuidades e disputas na cena de parto | 25 |
| 1.1 Breve história da assistência ao parto entre os séculos XIX e XX | 26 |
| 1.2 Críticas ao modelo tecnocrático e disputas pela humanização | 38 |
| 1.3 Novas personagens na cena de parto | 44 |
| Capítulo 2: A profissionalização da doula em disputa | 48 |
| 2.1 À luz da lei: Os embates e trâmites institucionais | 49 |
| 2.1.1 O primeiro Projeto de Lei: PL 8363/2017 | 50 |
| 2.1.2 O atual Projeto em tramitação: PL 3946/2021 | 54 |
| 2.2 Organização política e luta do Movimento de Doulas | 59 |
| 2.2.1 A FENADOULASBR | 61 |
| 2.2.2 A formação de doulas defendida pela FENADOULASBR | 62 |
| 2.2.3 A ética da doula | 65 |
| Capítulo 3. A identidade profissional de doula | 68 |
| 3.1 Debates teóricos do cuidado | 69 |
| 3.2 Os cursos de formação de doulas | 74 |
| 3.2.1 Análise dos cursos | 76 |
| 3.3 O trabalho de cuidado: entre a formação técnica e a experiência doulando | 83 |
| 3.4 Uma profissão-ativismo? As ideias de autonomia e cuidado relacional | 86 |
| 3.5 Tensionamentos de gênero | 94 |
| Considerações finais | 98 |
| REFERÊNCIAS | 101 |
| APÊNDICES | 108 |
| Apêndice 1. Roteiro de entrevista em 2020 | 108 |
| Apêndice 2. Roteiro de entrevista: retorno a campo em 2024 | 110 |

INTRODUÇÃO

A pesquisa de mestrado que estrutura a presente dissertação buscou analisar as disputas pela construção do espaço de atuação profissional de doulas no cenário de atenção ao parto. Neste estudo, o cuidado é pensado e articulado sob duas dimensões: a partir da ótica do trabalho de cuidado mobilizada pelos estudos de gênero e do *care*; e segundo à categoria êmica cuidado humanizado, enquanto objeto de reivindicação das doulas e demais atores sociais que atuam em prol deste novo paradigma obstétrico. O contexto que enseja esta pesquisa, portanto, se dá nas disputas no campo da assistência obstétrica por quem deve atuar na atenção ao pré-natal, parto e puerpério e como este trabalho deve ocorrer.

No cenário brasileiro atual, os partos são majoritariamente atendidos por médicos e, em sua maioria, ocorrem via cirurgia cesárea, sendo 55% das vezes na rede pública, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e 88% na rede particular (Vasconcellos *et al.*, 2014). Nas situações em que o parto vaginal acontece – ou parto normal (PN) como é conhecido –, é comum que a equipe obstétrica utilize intervenções tais como ocitocina sintética (a fim de acelerar as contrações e o trabalho de parto), analgesia raqui/peridural e episiotomia. Outras técnicas também empregadas são o uso do fórceps e a manobra de Kristeller¹.

Considerando que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece a indicação de cesárea para 10 a 15% das pessoas gestantes, as taxas brasileiras apontam para o que se tem entendido como uma “epidemia de cesáreas” (Domingues *et al.*, 2014). Além disso, outras intervenções médicas também têm sido criticadas por serem empregadas mais pela rigidez do protocolo médico do que pela sua necessidade observada, como é o caso emblemático da episiotomia. Esta prática consiste no corte do períneo no momento expulsivo do parto e depois em sua sutura, também chamada episiorrafia. A justificativa médica disso é que o corte é feito para proteger o períneo da laceração. Se é questionável ou não a racionalidade de se proteger mutilando, fato é que as episiotomias por muito tempo foram popularmente conhecidas como “ponto do marido”, denominação esta que foi dada porque o médico, ao costurar a entrada vaginal “mais apertada”, dizia deixar a vagina da mulher pronta para o marido “usá-la” (Diniz; Chacham, 2006).

O uso abusivo da episiotomia é uma das práticas que nos últimos anos têm sido nomeadas pelo termo Violência Obstétrica (VO). A compreensão dessa forma específica de

¹ Técnica por meio da qual é aplicada pressão manual sobre a barriga da parturiente no momento do expulsivo com o suposto objetivo de facilitar e acelerar a saída do bebê. A manobra foi criada pelo ginecologista alemão Samuel Kristeller e descrita pela primeira vez em 1867.

violência de gênero levou à abertura de inúmeros processos judiciais por parte de mulheres que se compreendem vítimas de VO, ou seus familiares – nos casos em que a vítima faleceu –, contra os médicos que a perpetraram. A judicialização desses casos, mas não só, tem evidenciado as consequências de uma assistência obstétrica danosa, responsável por ferir psicologicamente, mutilar o corpo e, em extremos, “deixar morrer” a pessoa gestante ou puérpera, o que justifica a necessidade de uma outra forma de cuidado e atenção ao processo de gestação, parto e pós-parto.

Essa nova tipificação de violência é recente e tem encontrado forte resistência por parte dos médicos em reconhecê-la. Em 2019, por exemplo, a Resolução nº 293 do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ, 2019), que proíbe os médicos de aderirem ao plano de parto de suas pacientes, acusa, em sua exposição de motivos, que o termo violência obstétrica fora “inventado para difamar médicos, dando a impressão que as violências que as gestantes sofrem são por culpa dos obstetras, sendo estes tão vítimas do sistema quanto as grávidas”.² A resolução foi alvo de ação civil pública do Ministério Público Federal (MPF) e da Defensoria Pública da União (DPU), tendo sido anulada ao fim daquele ano. É preciso salientar que a posição do CREMERJ não é isolada entre as entidades de representação da classe médica, o que se verifica no apoio do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) e do Conselho Federal de Medicina (CFM) a outras normas que corroboram com esta colocação.

Além disso, observamos outras duas disputas políticas no âmbito da assistência obstétrica que marcaram o ano de 2019: o Projeto de Lei nº 435 da Deputada Janaína Paschoal (PSL/SP) e o despacho 9087621 do Ministério da Saúde (MS). O primeiro dispunha sobre o direito da parturiente em optar pela cesariana a partir da trigésima nona semana de gravidez e o direito à analgesia em caso de parto normal. A análise deste PL é especialmente interessante à pesquisa, pois em sua justificativa observamos um claro diálogo marcado pela oposição às pautas dos movimentos de humanização do parto, denunciadas pela autora como uma “imposição do parto normal” pela “mentalidade dominante”. Apesar da deputada apresentar alguns dados quanto à mortalidade materna no país e em São Paulo, ela sabidamente opta por não informar os números de partos via cirurgia cesariana, como se sabe, maioria no país.

O PL, assim como a resolução do CREMERJ, joga com a definição de violência obstétrica, porém, enquanto o documento do Conselho afirma categoricamente que o termo é

² Resolução do CREMERJ nº 293/2019, disponível em: <https://www.cremelj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>. Acesso em: 18 de Dezembro de 2021.

usado para “difamar médicos”, o projeto de lei opta por uma abordagem diferente. Ele apela à pauta identificada como feminista, de respeito à autonomia da mulher, para afirmar que o desrespeito à vontade da gestante que pede por uma cesárea também deveria ser considerado como VO:

Os grupos que defendem que o parto normal e o parto natural são melhores que a cesárea, com muita frequência, denunciam como violência obstétrica o fato de uma mulher pedir para fazer o parto vaginal (em qualquer de suas modalidades) e não ser atendida. Ocorre que esses mesmos grupos não se importam com as muitas mulheres que, na rede pública de saúde, mesmo clamando pela realização da cesárea, são obrigadas a sofrer por longas horas para parir por parto normal. A autora deste projeto não compreende por qual razão esses grupos não vislumbram violência obstétrica em tal situação. (trecho do PL nº 435 de Janaína Paschoal)

Há que se ressaltar, ainda, que o PL é, na verdade, uma reafirmação da Resolução nº 2.144, aprovada desde 2016 pelo CFM, alegado pela autora como um regramento não observado na rede pública, o que justificaria a necessidade de criar uma lei que assegurasse este direito. O projeto tramitou em regime de urgência na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP) tendo sido aprovado e tornado norma através da Lei nº 17.137, posteriormente declarada inconstitucional e, portanto, invalidada.

O segundo ordenamento, pertinente a este estudo, a marcar o ano de 2019 corresponde ao posicionamento oficial do MS no qual este rejeita o uso do termo violência obstétrica em suas políticas e programas de saúde. O motivo alegado era de que supostamente não há consenso quanto à sua definição, assim como se afirma que o termo “tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério”. O despacho causou muitas discussões no período, tendo sido logo revisado a pedido do Ministério Público Federal (MPF), coadunando assim com a recomendação do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH). Interessa notar que os três documentos de 2019 (a Resolução do CREMERJ de fevereiro, o PL de Janaína Paschoal de abril e o despacho do MS de maio) convergem em um mesmo ponto, que é o de refutar ou pôr à prova o uso do termo violência obstétrica, encontrando também o mesmo destino: o de serem revogados devido à pressão pública.

Essa tensão é provocada, do outro lado, pelos movimentos sociais em prol da humanização do parto, surgidos no país na década de 1990, tendo como principal expoente a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa). A ReHuNa foi criada em 1993 com o objetivo de diminuir as intervenções obstétricas desnecessárias e promover o cuidado baseado em uma concepção do parto enquanto processo natural e fisiológico. Esta compreensão de parto defendida pela organização tem como pressuposto a relevância de uma

equipe multiprofissional na assistência obstétrica, o que tanto desloca a posição do médico obstetra do lugar central nesse atendimento, quanto faz com que duas figuras ganhem destaque em meio a isso: a enfermeira obstetra e a doula.

Ambas atuam auxiliando a pessoa gestante durante a gravidez, o parto e o puerpério. Entretanto, há diferenças entre elas quanto à sua formação, limites de atuação e reconhecimento profissional. Enquanto a enfermeira obstétrica é reconhecida desde 1986 como profissional por meio da Lei nº 7.498, que regula o exercício da Enfermagem e, mais recentemente, amparada pela resolução nº 524/2016 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a doula apenas em 2013 entrou para a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), não havendo ainda legislação a nível nacional que regulamente sua atuação profissional.

Para além das diferenças temporais quanto ao reconhecimento das atividades e inserção no mercado de trabalho, há também as distinções relativas às funções desempenhadas e formação esperada de enfermeiras obstétricas e doulas. A doula é classificada pela CBO na família “Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas”, sendo aquelas que “visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante”. Já a enfermeira obstetra, classificada na família de “Enfermeiros e afins”, de acordo com a Lei de Exercício Profissional em Enfermagem, cabe às atividades, entre outras, de:

Assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puerpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução do parto sem distocia; identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico e realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária. (Brasil, 1986).

Para sua atuação profissional, a enfermeira obstétrica necessita de diploma em Enfermagem e registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), conforme a mesma lei. Já para a doula, segundo a CBO, é requerido “curso básico de qualificação profissional de, até, 200 horas, não sendo necessária experiência profissional para o desempenho da ocupação”.

A fim de regulamentar a profissão de doula, foi apresentado, inicialmente, pela deputada Erika Kokay (PT-DF) o Projeto de Lei nº 8363/2017, discutido e elaborado pelo próprio movimento de doulas durante a Convenção Nacional de Doulas (CONADOULA). O projeto exige a certificação das doulas em cursos livres de no mínimo 180 horas, a vinculação às instituições da categoria, e sua presença nas maternidades da rede pública e privada sempre que solicitado pela parturiente. Atualmente, este projeto foi anexado ao PL nº 3946/21 que

também dispõe sobre o exercício profissional da doulagem. Este segundo PL, embora tenha sido apresentado posteriormente, foi aprovado em 2022 pelo Senado e hoje está em tramitação na última Comissão da Câmara de Deputados.

A despeito do exercício profissional da doulagem ainda não ter respaldo em lei à nível nacional, ele é reconhecido por leis estaduais e municipais. Ainda assim, a compreensão da doula enquanto parte da equipe obstétrica não é amplamente aceita – seja no plano legal, pela falta de um dispositivo de lei a nível federal que regule esta profissão, seja no simbólico, pela classe médica dotada do poder de determinar as formas oficiais do parto (como, onde, com quais técnicas e quem pode realizá-lo), a doula segue sendo tomada como “acompanhante” e subalternizada dentro da dinâmica de parto hospitalar. E, nos casos em que a maternidade não aceita mais de um(a) acompanhante, ela é excluída da sala de parto em detrimento da presença do(a) companheiro(a) da pessoa grávida.

Além da figura da doula não ser amplamente conhecida, mesmo no cenário médico, a literatura a respeito deste trabalho também é um tanto incipiente no país. Pesquisando pelo termo “doula” nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (BIREME) e no Google Acadêmico (Google Scholar), constatei que as pesquisas envolvendo o termo doulas começam, principalmente, após os anos 2000 e se concentram, sobretudo, a partir de 2010 (conforme também constata Leão; Bastos, 2001; Luz; Lima, 2016). Contudo, entre as pesquisas encontradas, nenhuma se circunscreve especificamente ao campo da Sociologia, sendo mais frequentes os estudos vinculados às áreas da saúde (Enfermagem, Saúde Coletiva, Saúde da Criança e do Adolescente) e outras humanidades (Psicologia, Antropologia Social e Ciências Sociais). Nesse sentido, um olhar sociológico a partir dos estudos do cuidado pode contribuir sobremaneira ao debate da profissionalização da doulagem.

Neste estudo, partimos do pressuposto de que as reivindicações pelo reconhecimento profissional e espaço de atuação da doula se dão em um momento histórico-social específico, no qual as altas taxas de cesáreas e mortalidade materna, bem como o uso extensivo de intervenções médicas, apontam para a deficiência da assistência obstétrica no Brasil. Além disso, observamos que, entre os anos 1990 e 2000, há uma retomada dos discursos feministas centrados na liberdade e autonomia das mulheres frente às decisões sobre seus corpos. Sugerimos que esses são os principais fatores que impulsionam a criação de outras formas de assistência e cuidado à pessoa gestante.

Por fim, a estrutura desta dissertação apresenta três capítulos. No primeiro capítulo, reconstruímos a história da assistência obstétrica no Brasil, acompanhando as mudanças de

modelo vivenciadas neste âmbito que, por fim, culminaram na consolidação do paradigma médico-intervencionista atualmente observado. Apresentamos também brevemente as críticas a este modelo, e a partir disso as disputas em torno de uma nova forma de cuidado às pessoas gestantes, impulsionadas sobretudo pelos movimentos de humanização do parto. Essas lutas corroboram com a criação de políticas do Ministério da Saúde e a inserção das doulas na cena de parto. No capítulo 2, olhamos para o campo político e institucional da profissionalização. São apresentados, assim, os Projetos de Lei já citados e as discussões levantadas nas audiências públicas, bem como o movimento de doulas a partir de seu ente político mais consolidado no país, a Federação Nacional de Doulas do Brasil (FENADOULASBR). Enfim, no capítulo 3, analisamos a identidade profissional de doula que está sendo construída a partir de três elementos: os cursos de formação profissional; o ativismo pelo parto humanizado; o cuidado relacional e com vistas à autonomia da pessoa gestante.

Notas metodológicas

A metodologia adotada para essa investigação fundamenta-se em revisão bibliográfica e trabalho de campo. A revisão bibliográfica se apoia nos estudos sobre trabalho de cuidado e gênero, cuidado obstétrico, parto natural e humanizado e trabalho de doulas. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica do tema que contempla eixos tanto das áreas da Sociologia, quanto da Antropologia, Enfermagem, Psicologia e Saúde Coletiva.

Em relação ao trabalho de campo, destaco que o desenho de pesquisa foi consideravelmente alterado devido à pandemia de COVID-19. No início desta pesquisa, em 2019, foi planejado acompanhar as reuniões de um grupo de gestantes em Campinas que optaram pelo parto humanizado e, a partir das relações construídas nesse espaço, realizar entrevistas com doulas, gestantes e demais figuras envolvidas no contexto da assistência ao parto. Contudo, dada a necessidade das medidas de isolamento e distanciamento social, foi preciso modificar a proposta inicial do trabalho, tornando este acompanhamento *online*.

Assim, a pesquisa de campo se pautou, sobretudo, na realização de cinco entrevistas com doulas. As entrevistas foram realizadas em profundidade, segundo a proposta de Kaufmann (2013), e a fim de guiá-las, inicialmente, foi utilizado um questionário semiestruturado contendo duas partes: na primeira, foram apresentadas perguntas abertas sobre a trajetória pessoal e profissional das interlocutoras e, na segunda, afirmações que foram avaliadas por elas em graus de concordância ou discordância (cf. Apêndice 1).

Após o exame de qualificação, em 2021, o questionário passou por algumas alterações, trazendo mais questões sobre os cursos de formação e a organização política das doulas, perguntas essas que não tinham sido levantadas anteriormente. Desse modo, as duas primeiras entrevistas foram realizadas utilizando o questionário do apêndice 1 e as três últimas o do apêndice 2. Ressalta-se que a dinâmica das entrevistas não foi condicionada ao questionário, tendo em vista que a proposta era construir um diálogo mais aberto e que explorasse questões não necessariamente levantadas *a priori* por mim.

A seleção das pessoas entrevistadas ocorreu de diversas maneiras, havendo em comum o fato de todas terem sido selecionadas a partir de algum interesse específico à pesquisa, tratando-se, portanto, de uma amostra interessada. As cinco pessoas entrevistadas foram: Amanda, Drica, Dandara, Maitê e Dhiego³. Amanda foi escolhida por ser uma participante bastante ativa e de opiniões relevantes em um grupo do *Whatsapp* chamado “Profissionaliza doula!”. Eu entrei no grupo em 2019, quando ele havia sido recém criado, inicialmente me apresentando como interessado em realizar uma pesquisa com doulas. Embora tenha sido acolhido pelas doulas que estavam naquele momento, observei que dada a grande movimentação de entrada e saída de pessoas do grupo seria inviável, do ponto de vista ético, usar os dados e informações que compartilhavam ali. Por esse motivo optei por escolher alguém, no caso Amanda, e escrever mensagem privada a ela convidando para a entrevista.

A escolha de Drica teve intermédio de uma amiga próxima a mim que vivenciou um parto com apoio de uma doula e era conhecida da interlocutora. Minha amiga e Drica se conheceram em um *app* de relacionamentos no qual Drica se apresentava como “mãe de três”. Por saber que eu estava interessado em entrevistar uma doula que fosse mãe e tivesse grande ênfase no maternar, ela nos colocou em contato e a partir disso agendamos a entrevista. As outras três pessoas, Dandara, Maitê e Dhiego, eram doulas que eu acompanhava pelo *Instagram* também por interesses específicos. Dandara eu me aproximei em virtude de seu trabalho de doulagem periférica e ativismo anti racista. Maitê eu acompanhava por sua militância política no movimento de doulas e por ser uma das figuras envolvidas na tramitação do Projeto de Lei que regulamenta a profissão. Já Dhiego eu tinha interesse,

³ Os nomes de Amanda, Drica, Dandara e Maitê aqui utilizados são nomes fictícios, de modo a preservar o anonimato da pessoa entrevistada. No caso de Dhiego, ele pediu que se fosse possível perante o comitê de ética, seu nome fosse mantido original, pois é um dos pouquíssimos transmasculino exercendo a profissão de doula no país e essa seria uma forma visibilizá-lo. Dandara também foi um caso especial, pois ela escolheu este nome fictício que é o mesmo atribuído a ela na pesquisa de mestrado de Verônica Santos (2024), assim poderia ser tecida uma narrativa que interliga uma pesquisa à outra. O nome faz referência à Dandara dos Palmares, mulher negra, guerreira e importante liderança na resistência do Quilombo dos Palmares. A memória de Dandara foi apagada durante a história, de modo que esse epistemicídio fez com que soubéssemos muito pouco sobre ela e sua contribuição à luta contra a escravidão no Brasil.

sobretudo, por ser uma pessoa transgênera e por ter um trabalho de acolhimento às pessoas gestantes LGBTs. Logo, Dhiego se apresentava como um contraponto às narrativas de doulas mulheres cisgêneras⁴, sendo estas maioria na profissão.

Apresento de forma mais sistematizada o perfil das pessoas entrevistadas na tabela abaixo:

Quadro 1. Perfil das pessoas entrevistadas

| | Amanda | Drica | Dandara | Maitê | Dhiego |
|--------------------------------------------|----------------------|------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|
| Mês/ano de realização da entrevista | 07/2020 | 07/2020 | 11/2024 | 11/2024 | 11/2024 |
| Gênero | Mulher cisgênera | Mulher cisgênera | Mulher cisgênera | Mulher cisgênera | Não binário/transmasculino ⁵ |
| Idade | 25 anos | 34 anos | 41 anos | 44 anos | 27 anos |
| Autopercepção de raça/cor | Parda | Branca | Preta | Parda | Branca |
| Cidade/região em que atua | Entorno DF | São Paulo | São Paulo | Rio de Janeiro | Niterói/ Rio de Janeiro |
| Estado civil | Casada | Casada | Em união estável | Casada | Solteiro |
| Escolaridade/formação | Ensino médio | Ensino superior | Ensino médio | Ensino superior | Ensino superior |
| Filhos e idades | Um filho: 2 anos. | Três filhos: 10, 8 e 5 anos. | Três filhos: 26, 23 e 9 anos. | Dois filhos: 26 e 11 anos. | Dois filhos: gêmeos de 7 meses. |
| Tempo de doulagem | 1 ano e meio | 4 anos | 9 anos | 9 anos | 2 anos |
| Trabalho além da doulagem? | Exclusivamente doula | Psicóloga | Educadora popular e articuladora de saúde | Prof/Pesquisadora e arte educadora | Comunicador e palestrante |

Fonte: Elaboração própria. Dezembro de 2024.

Como é possível observar, os perfis das pessoas entrevistadas abrangem uma diversidade de idades (variando de 25 a 44 anos), raças (branca, parda e preta), tempos de

⁴ Cisgênera é a identidade de gênero das pessoas que se reconhecem no gênero atribuído ao nascer, a partir dos caracteres sexuais.

⁵ Não binário e transmasculino são identidades de gênero de pessoas que não se enquadram dentro da binariedade homem/mulher, sendo que transmasculino refere-se às pessoas designadas mulher ao nascer, mas que se encontram em um espectro masculino de gênero.

atuação (de 1 ano e meio a 9 anos) e trabalhos além da doulagem. Há em comum o fato de terem filhos, especialmente em faixas etárias que demandam maior cuidado e atenção, como bebês e crianças. Embora a maioria esteja no sudeste, no eixo Rio - São Paulo, com exceção de Amanda que reside no entorno do Distrito Federal, acredito que essa amostra seja ilustrativa das narrativas e histórias de um cenário mais geral das doulas brasileiras.

Além de apresentar os perfis das pessoas que entrevistei, acredito que seja relevante informar o lugar social a partir de onde escrevo. Sou uma pessoa transmasculina, branca, bissexual, casada e sem filhos. Eu não sou doula e não tenho formação na área, embora ao longo do mestrado tenha cogitado realizar um curso de doulagem. Meu interesse inicial por esse tema surgiu após ouvir a história de parto de uma amiga que pariu tendo o acompanhamento de uma doula. Para quem cresceu ouvindo que “parir é muito sofrido” e vem de uma família onde quase todas as mulheres vivenciaram perdas gestacionais que poderiam ter sido evitadas, a ideia de parto humanizado parecia outra realidade. Eu fiquei encantado! Comecei a pesquisar mais sobre o tema por curiosidade e, no fim, meu projeto inicial de mestrado, que era sobre enfermeiras, acabou se tornando sobre doulas. Ter me apaixonado por esse tema e pela possibilidade de gestações e nascimentos mais acolhedores, ainda que eu nunca tenha gestado, foi o que me motivou a realizar essa pesquisa.

Aqui, cabe ainda uma outra informação relevante. Quando iniciei esta pesquisa em 2019 eu me apresentava como uma mulher cisgênera, mas em meio a pandemia passei por um processo de me entender enquanto trans e, ao fim de 2021, decidi começar meu processo de transição de gênero. Assim, passei a me apresentar socialmente como uma pessoa não binária, de pronomes masculino ou neutro, e com um nome diferente ao de nascimento. Trago essa informação pois acredito que ela tenha dois impactos na pesquisa: primeiro, no trabalho de campo, como passei a me apresentar de forma masculina, ainda que afirmando meu lugar como pessoa trans, penso que isso pode ter tido repercussão na abordagem de minhas interlocutoras e interlocutor – seja na aceitação deste último, que é também uma pessoa não binária, ou uma possível desconfiança de outras pessoas, estas mulheres cis, que abordei e não consegui aceite para realizar a entrevista.

O segundo impacto que noto é no olhar e escrita como pesquisador trans em um campo, sobretudo, de mulheres cis. Ainda que hajam esforços do movimento de doulas em trazer perspectivas mais inclusivas à doulagem, não elegendo somente as mulheres cis como sujeitas desse cuidado, é notável que a maior parte dos textos, olhares, leis, falam apenas em “mulheres”. Há, inclusive, doulas que defendem que a doulagem deva ser uma profissão exclusiva de mulheres. E, mesmo que sequer tragam a palavra “cis”, é possível constatar que

a crença é de que somente mulheres cis poderiam ser doulas porque teriam a possibilidade de gestar e/ou compartilhariam de uma suposta natureza feminina.

Neste texto, opto por utilizar termos neutros para me referir às pessoas que gestam e doulam, tendo como exceção as situações em que o uso da categoria “mulher” faz sentido do ponto de vista histórico, de modo a não ser anacrônico. De modo geral, o uso do artigo feminino para me referir às doulas ocorre em concordância ao substantivo feminino, compreendendo, todavia, a possibilidade de haver pessoas masculinas que exercem a profissão. Com isso, procuro contribuir com uma perspectiva analítica, teórica e metodológica que incorpore pessoas cis e trans que gestam e doulam e desnaturalizar a relação entre sexo e doulagem, retomando a perspectiva de gênero que busca justamente romper com a binariedade natureza/cultura.

Capítulo 1. Mudanças, continuidades e disputas na cena de parto

A assistência ao parto no Brasil passou por consideráveis transformações entre os séculos XIX e XX. Se hoje 98% dos partos são realizados no hospital sob direção do médico, e destes, mais da metade ocorre via cirurgia cesariana, até as primeiras décadas do século XX o retrato era muito diferente. Naquele período, quase sempre os partos se davam no domicílio da gestante com o auxílio de uma parteira. As exceções eram os partos ocorridos no hospital ou maternidade, em casos específicos: mulheres pobres e desamparadas, nas quais se treinavam as práticas obstétricas; e mulheres das classes mais altas, as quais tinham condições de pagar pelo leito e por um atendimento diferente do oferecido àquelas primeiras.

Neste capítulo, procuro apresentar a história da parturição no país como um cenário em que mudanças e continuidades operam. Esses movimentos de ruptura e permanência estão atados ao contexto nos quais são vividos e, por isso, será necessário olhar para a conjuntura em que se manifestam. A fim de acompanhar esses momentos, o presente capítulo está dividido em três seções: na primeira, abordo as transformações ocorridas na cena de parto no país entre o fim do século XIX e início do XX; na segunda, argumento que a consolidação do modelo obstétrico hospitalar e intervencionista resultou que determinadas práticas médicas se tornassem sistemáticas e rotineiras, sendo hoje questionadas e, em alguns casos, compreendidas enquanto violência obstétrica; na última, discorro sobre o surgimento dos movimentos em prol da humanização do parto e seu papel na inserção da doula no cuidado obstétrico.

A despeito das mobilizações políticas pautadas na defesa de humanização do parto terem se iniciado na década de 1990 e terem ganhado maior expressão na segunda década dos anos 2000, é notório que no início do século XX houve uma disputa semelhante a que vivemos nos dias atuais e que colocou em confronto médicos e parteiras, como veremos neste primeiro capítulo. Seja hoje ou um século atrás, o motivo desta controvérsia tem origem nas distintas compreensões que se têm da natureza do parto e do corpo das mulheres. Essas ideias acionam também diferentes repertórios e ideais do que é ser mulher e mãe, tratando-se, assim, da produção de construções de gênero.

Partindo de uma compreensão da história enquanto movimento cíclico, não podemos ignorar como o mesmo argumento tem sido apropriado para fins muito diversos ora por médicos obstetras, ora por ativistas ligados ao movimento de humanização do parto. Trata-se de uma alegação, presente em inúmeros artigos dos periódicos médicos brasileiros das

primeiras décadas dos anos XX, que idealiza uma suposta natureza primitiva das "mulheres que sabiam parir" e aponta para a cultura como responsável por "corromper" e "desviar" a natureza do corpo e do parto das mulheres modernas. O interessante é que ao mesmo tempo em que esse argumento é utilizado pelos médicos para justificar suas intervenções no sentido de antecipar e corrigir estes "desvios", agora encarados como patológicos, ele é apropriado por parte das ativistas do parto *humanizado* que afirmam a máxima "mulheres sabem parir, bebês sabem nascer" e defendem o resgate da natureza feminina e seu saber ancestral de parturição. Acompanharemos essas disputas nas linhas a seguir.

1.1 Breve história da assistência ao parto entre os séculos XIX e XX

As principais mudanças ocorridas na assistência obstétrica ao longo dos séculos XIX e XX dizem respeito a dois aspectos relativos ao parto: onde ocorre e quem o "faz". Estes deslocamentos implicam e se somam a outros, resultando que se altere também como e quando o parto acontece. Como veremos, tais passagens – da casa ao hospital, da parteira ao médico – se dão em um contexto propício a isso, no qual a institucionalização da medicina no país opera no sentido de fortalecer o discurso médico, atestando seu caráter científico e convencendo o público leigo de sua eficácia (Ferreira, 2004). Além disso, as ideias higienistas que aqui circulavam, imbuídas de suposto caráter civilizador, cooperaram para que houvesse um aumento expressivo do número de hospitais, bem como a criação de maternidades nas principais capitais brasileiras.

Reconstruindo a história do parto e nascimento no Brasil entre 1830 e 1960, a historiadora Maria Lúcia Mott (2002) analisa diferentes modelos de atendimento adotados nos estados do Rio de Janeiro, Bahia e São Paulo nesse período. Ela escreve que até a década de 1930, o parto acontecia quase exclusivamente no domicílio da parturiente ou de pessoa próxima a ela, sendo assistido na maioria das vezes por parteiras leigas (chamadas também de "curiosas"), e raramente por parteiras diplomadas (Mott, 2002, p. 198).

Nesse contexto, os hospitais eram vistos como lugares de morte ou abrigo para os desvalidos. Assim, dar à luz fora de casa era considerado anormal e, para muitas, uma experiência apavorante. Nos casos de partos complicados, mulheres mais pobres, indigentes, prostitutas e "mães solteiras" recorriam às Santas Casas. No entanto, as condições dessas instituições eram precárias, com infecções e mortes frequentes, e não havia enfermarias especiais para parturientes. As freiras das Santas Casas, influenciadas por um julgamento moral, viam as mulheres que ali pariam como prostitutas e, portanto, pecadoras. Como

resultado, faziam o possível para tornar a internação uma experiência negativa, de modo que a mulher que ali parisse não quisesse voltar. Se a experiência de parir fora de casa era tão temida, o que explica o hospital ter se tornado o lugar ideal para o parto?

Embora a construção do discurso do hospital como lugar ideal e seguro para o parto se intensifique ao longo das primeiras décadas do século XX, seu início remonta a cerca de um século antes. Em 1832, foram criadas duas Faculdades de Medicina no Brasil: a Escola de Medicina do Rio de Janeiro, então sede do Império, e a da Bahia. A criação dessas faculdades, estabelecida pela lei de 3 de outubro de 1832⁶, também resultou na abertura de três cursos: Medicina, Farmácia e Partos. Os dois primeiros conferiam os títulos de doutor em medicina e farmacêutico, respectivamente, e eram restritos a homens. O último formava parteiras e era exclusivo para mulheres. Vale destacar que, além das restrições de gênero, o artigo 22 desta mesma lei estabelece exigências distintas para a matrícula nos cursos:

Art. 22. **O estudante**, que se matricula para obter o título de Doutor em Medicina, deve: 1º Ter pelo menos dezaseis annos completos: 2º Saber Latim, qualquer das duas Linguas Franceza, ou Ingleza, Philosophia Racional e Moral, Arithmetica e Geometria. O que se matricula para obter o título de Pharmaceutico, deve: 1º Ter a mesma idade: 2º Saber, qualquer das duas Linguas Franceza, ou Ingleza, Arithmetica e Geometria, ao menos plana. **A mulher**, que se matricula para obter o título de Parteira, deve: 1º Ter a mesma idade: **2º Saber ler, e escrever correctamente: 3º Apresentar um atestado de bons costumes passado pelo Juiz de Paz da freguezia respectiva.** (BRASIL, 1832, grifos meus)

Três questões merecem destaque. A primeira refere-se ao fato de que, enquanto os alunos dos cursos de Medicina e Farmácia são denominados "estudantes", a aluna do curso de Partos é chamada apenas de "mulher", o que sugere uma negação do sentido de aprendizagem e estudo em uma formação vista como tipicamente feminina. A segunda questão ressalta um detalhe importante da história da educação formal no país: embora, em 1832, fosse exigido que as mulheres matriculadas no curso de Partos soubessem ler e escrever, as primeiras escolas para meninas foram criadas por lei apenas cinco anos antes, em 1827⁷. Este dado aponta tanto para a dificuldade de acesso das mulheres ao curso quanto para o viés de classe do perfil das que puderam cursá-lo, uma vez que, na época, as meninas que aprendiam a ler e escrever geralmente eram aquelas de famílias da elite que podiam pagar por aulas particulares. Por fim, a terceira observação diz respeito à exigência exclusiva para as alunas

⁶ Lei de 3 de Outubro de 1832. Disponível em:

https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-37274-3-outubro-1832-563716-publicacaooriginal-87775-pl.html#:~:text=D%C3%A1%20nova%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A1s%20actuaes,Rio%20de%20Janeiro%2C%20e%20Bahia.&text=Art.,Escolas%2C%20ou%20Faculdades%20de%20Medicina.

Acesso em Fevereiro de 2021.

⁷ De acordo com a lei de 15 de Outubro de 1827, conhecida como "Lei geral". Disponível em:

https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-38398-15-outubro-1827-566692-publicacaooriginal-90222-pl.html. Acesso em Fevereiro de 2021.

do curso de Partos de apresentar um atestado de boa conduta. Isso significa que o ensino de Partos impunha às suas aprendizes a necessidade de seguir um determinado código moral, o que, na época, excluía a maioria das parteiras "curiosas", pois eram mulheres que saíam às ruas na madrugada para atender partos — uma ação que não condizia com o ideal de mulher daquele período.

Em 1854, por meio do decreto nº 1387, as Faculdades de Medicina passaram por uma reforma que trouxe consequências para o curso de Partos. As mudanças observadas neste estatuto foram as seguintes: o nome do curso passou a ser Obstetrício, permitindo a matrícula de homens; a idade mínima foi elevada para 21 anos; o domínio das quatro operações e do francês foi adicionado às exigências de saber ler e escrever; e, além disso, tornou-se necessária a autorização do pai para as mulheres solteiras ou do marido para as casadas, conforme código civil vigente da época.

Além disso, uma mudança significativa no ensino foi a inclusão, repetidamente ao longo dos dois anos de curso, da disciplina "Partos, moléstias de mulheres peçadas e de recém-nascidos", que fazia parte do quarto ano do curso de Medicina. A decisão de apresentar a mesma matéria duas vezes baseava-se na suposição de que uma única abordagem não seria suficiente para que as alunas aprendessem ou decorassem o conteúdo. Essa crítica foi endossada por uma famosa parteira, Madame Durocher, que, em seus escritos, questionava o curso de Partos e afirmava que as exigências para a admissão de alunas não eram adequadas: "Agora perguntamos às pessoas de boa-fé se isto é um sistema de ensino; se o repetir duas vezes o compêndio às mulheres que não estão preparadas para compreendê-lo é ensinar partos?" (Durocher, 1871, p. 293 *apud* Mott, 1999, p. 137).

O decreto previa ainda que os exercícios práticos do curso deveriam ser realizados na clínica da Santa Casa de Misericórdia e em uma enfermaria especial de maternidade que o governo criaria posteriormente, o que só ocorreu 25 anos depois. Naquela época, o ensino médico e o curso de formação de parteiras eram os principais responsáveis pelo discurso em torno da necessidade de criação de maternidades. Para os professores, havia um empecilho evidente ao ensino de obstetrícia: a falta de partos para treinamento. Já para as mulheres, a criação de maternidades não era uma necessidade, pois se sentiam bem amparadas pelas

parteiras, também chamadas de comadres⁸, que atendiam ao parto no próprio domicílio da gestante.

Assim, ao longo da segunda metade do século XIX, os professores das escolas médicas pediram a criação de maternidades, entretanto, segundo Mott (1999), a criação da primeira enfermagem de partos ocorreu somente em 1876, através da criação da clínica de partos na Bahia pelo Barão de Itapuã, na Santa Casa de Misericórdia de Salvador. Já em 1881, foi criada uma clínica de partos na Casa de Saúde de Nossa Senhora da Ajuda, no Rio de Janeiro. Por esse motivo, pode-se afirmar que a maioria dos estudantes daquele período se formou sem ter assistido a um único parto.

Concomitantemente, funcionavam algumas Casas de Maternidade⁹ criadas por parteiras estrangeiras que emigraram para o Brasil. O cuidado oferecido por essas mulheres apresentava duas principais diferenças em relação ao das parteiras leigas: em primeiro lugar, muitas das parteiras estrangeiras eram diplomadas por faculdades de países europeus, especialmente da França, e haviam validado seus diplomas no Brasil; em segundo lugar, elas atendiam em seus próprios domicílios. A demanda pelo atendimento das madames, como se autodenominavam as parteiras "de primeira classe", levou à ampliação desses locais e à criação de Casas de Maternidade, onde eram atendidas mulheres escravizadas, mulheres livres e aquelas impedidas de dar à luz em casa, como mulheres do interior, mães solteiras e viúvas, por exemplo.

Na época, algumas dessas parteiras anunciavam os serviços oferecidos em suas maternidades em periódicos. A pesquisa de mestrado de Giselle Barbosa (2016) traz importantes achados a partir da análise das publicações de parteiras em periódicos do Rio de Janeiro entre os anos de 1822 e 1889. Os documentos que ela utilizou para construir o banco de dados da pesquisa estão disponíveis na Hemeroteca Digital e contemplam os seguintes jornais e períodos: O Diário do Rio de Janeiro (1822-1878), O Despertador (1839-1840), O

⁸ No artigo "A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico?" Maria Lúcia Mott (1999) traz um comentário interessante sobre os sentidos do termo "comadre" e sua relação com a visão pejorativa a respeito das parteiras. Nas palavras da autora: "O termo era usado para designar amizade e confiança usado entre mulheres vizinhas, mas também como nome de dois objetos: uma espécie de pinico, onde os enfermos "que não podiam levantar da cama" faziam suas necessidades, e o vaso de metal ou madeira que se colocava entre os lençóis para esquentar a cama. O autor [*apud* Lacerda, 1878] explica que esse segundo significado "vem de comadre, parteira, que mete as mãos entre os lençóis para padejar a mulher ou para lhe aplicar fomentações ou cataplasma" (Mott, 1999, p. 12)

⁹ A partir da dissertação de Giselle Barbosa (2016), intitulada "As madames do parto: Parteiras através dos periódicos no Rio de Janeiro (1822-1889)", podemos citar as seguintes maternidades criadas por parteiras e divulgadas nos periódicos da época: Maternidade Mme Daure, anunciada posteriormente como Maternidade São Vicente de Paula (de 1873 a 1881), Maternidade Mme Borgé (com Mme Maria Müller), anunciada posteriormente como Maternidade Mme Borgé (dirigida por Mme Hildenwirth) (de 1874 a 1882), Maternidade Mme Marguerite (de 1876 a 1879), Maternidade Saint Marie (1877), Maternidade de Sant'Anna (1878) e Maternidade de Mme Jeanne Grangent (1878).

Correio Mercantil (1832), O Paquete do Rio (1836) e Almanaque Laemmert (1844-1889). Entre as observações de Barbosa sobre o ofício das madames, destaca-se que os serviços oferecidos por elas não se restringiam apenas ao atendimento ao parto, mas incluíam também a oferta de criar crianças de leite, aluguel de amas de leite, aluguel de quartos para senhoras, aulas de partos e sangrias (Barbosa, 2016, p. 54).

Para a Casa de Maternidade funcionar era preciso uma autorização da Prefeitura, o que nem sempre era observado pelas parteiras, talvez devido às dificuldades de se conseguir tal licença. Por esse motivo, eram frequentes as multas e as recorrências a essas sanções por parte das parteiras que argumentavam não se tratar de uma Casa de Maternidade. Além disso, como afirma Mott (2002), esses estabelecimentos eram comumente desqualificados e encarados com desconfiança pelos médicos, que apontavam serem locais onde eram atendidas "mulheres de má fama" e onde se praticavam abortos. Porém, havia exceções a isso: algumas parteiras diplomadas, fundadoras de Casas de Maternidade, dispunham de médico interno em seu estabelecimento. Esse era o caso da Maternidade Mme. Marguerite. A respeito disso, Barbosa levanta as seguintes hipóteses:

A presença de um médico atuando no estabelecimento pode indicar tanto se tratar de uma maternidade de grande porte, como também que a mesma seguia aquilo que era determinado pelos médicos e faculdades de medicina ao disporem sobre a divisão do trabalho. Assim, os médicos possivelmente atuariam em partos difíceis que necessitassem a intervenção de instrumentos específicos, os quais as parteiras não estariam habilitadas a usar, ainda que fossem formadas. É interessante notar que Marguerite, como proprietária da maternidade, possivelmente estivesse numa posição superior em relação aos médicos dentro da hierarquia do estabelecimento, algo pouco comum para uma parteira. (Barbosa, 2016, p. 100-101)

Também nesse período, alguns médicos abriram casas de saúde onde eram realizados partos, dispondo de quartos diferenciados para o atendimento de mulheres livres e escravizadas. Magalhães (1922 *apud* Mott, 2002), afirma que o principal motivo para a difusão desses locais era a necessidade dos senhores de ter um espaço para cuidar dos escravizados de sua propriedade. Por essa razão, destaca-se que o preço do quarto para atendimento de mulheres escravizadas era inferior ao da clientela livre, como pode ser observado no final do anúncio a seguir:

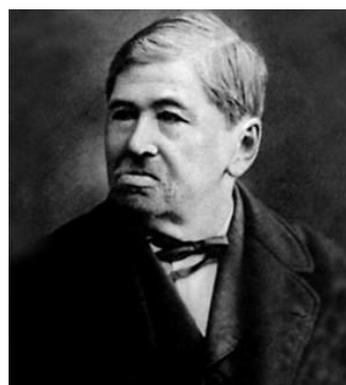
Madame Durocher — a única mulher a ingressar no curso de partos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1834 e a primeira parteira diplomada no Brasil — atendia partos identificados como sem complicações. Ao contrário das maternidades fundadas pelas *madames*, as parteiras que atendiam nas casas de saúde estavam inseridas em um modelo de hierarquia diferente, sendo subalternas ao médico naquele espaço.

Embora na Casa de Saúde Madame Durocher ocupasse um papel subordinado, é notório que, ao longo de sua trajetória, ela alcançou prestígio e reconhecimento. Em 1866, foi nomeada "oficial de partos" da Casa Imperial, tendo assistido, inclusive, ao nascimento da princesa Leopoldina, filha de Dom Pedro II. Em 1871, tornou-se a primeira mulher admitida na Academia Imperial de Medicina, sendo também a primeira a publicar artigos científicos na área de medicina no Brasil.

Um aspecto curioso e revelador sobre a trajetória de Durocher é que, para exercer o ofício de parteira sem ser julgada e desqualificada como as demais, ela masculinizou sua aparência, adotando trajes considerados masculinos na época, como saia longa, gravata borboleta, sobrecasaca e meia-cartola de seda preta (ver Figura 2: Madame Durocher). De acordo com um texto publicado no *blog* da Fundação Biblioteca Nacional:

O objetivo era ser mais bem vista na sociedade, pois a educação acadêmica em Medicina era um campo dominado por homens. Durocher julgava, portanto, que as vestes mais masculinas transmitiam maior confiança às suas próprias pacientes, além de lhe permitir sair à noite sozinha para atender a trabalhos de parto sem ser vista como prostituta. (trecho extraído do texto “FBN | Madame Durocher (1809-1893)”, disponível no blog da Fundação Biblioteca Nacional)¹⁰

Figura 2: Madame Durocher



Fonte: Blogs Xarope de Letrinhas¹¹ (imagem à esquerda) e O Explorador¹² (imagem à direita).

¹⁰ Texto disponível em: <https://blogdabn.wordpress.com/2017/03/18/fbn-madame-durocher-1809-1893/>. Acesso em: Fevereiro de 2021.

¹¹ Disponível em: <https://xaropedeletrinhas.com.br/madame-durocher-uma-desbravadora/>. Acesso em: fevereiro de 2021.

¹² Disponível em: <https://www.oexplorador.com.br/marie-josphine-mathilde-durocher-membro-titular-da-academia-nacional-de-medicina/>. Acesso em: fevereiro de 2021.

Se nas primeiras décadas do século XIX a justificativa para a criação de maternidades públicas era o treinamento da prática obstétrica, ao final do século observa-se uma mudança nesse discurso, que passa a centralizar o atendimento das gestantes pobres, ganhando, à primeira vista, um caráter "humanitário". Um exemplo desse período é a criação da Maternidade de São Paulo. Em 1894, o médico Bráulio Gomes encontrou uma mulher parindo na rua e, ciente da ausência de instituições que atendessem gratuitamente mulheres pobres gestantes, a levou para sua casa e prestou o atendimento necessário. Após esse episódio, Bráulio se reuniu com um grupo de senhoras da elite para criar uma "casa de assistência à mãe pobre", resultando na fundação da maternidade, que foi mantida por donativos particulares e "totalmente administrada pelo serviço voluntário feminino". Nessa maternidade, os partos sem complicações eram atendidos por parteiras, enquanto os partos complicados, também chamados de "partos com distócia", eram realizados por médicos.

No início do século XX, além da questão humanitária, o governo passa a adotar uma política ativa voltada para o aumento da população do país, às custas da capacidade reprodutiva feminina, conforme analisa Mott (2002). Nesse período, influenciados por ideias eugenistas, os membros da classe médica falam em "fortalecer a raça", oferecendo apoio à mulher gestante e impedindo abortos — acidentais ou não. Também exigem responsabilidade governamental na criação de maternidades como forma de apoio ao crescimento populacional e ao suprimento de mão de obra. Sob essa perspectiva, a saúde das mulheres, especialmente das mulheres brancas, torna-se uma preocupação para médicos e governantes, devido à sua capacidade de gerar filhos vivos e saudáveis para reproduzir a branquitude.

Nesse contexto, a alta mortalidade materna do período passou a ser atribuída pelos médicos às parteiras leigas, que eram encaradas como desqualificadas, analfabetas e supersticiosas (Mott, 1999). Além disso, o racismo científico da época reforçava a ideia de uma suposta "inferioridade racial" decorrente dos processos de miscigenação. Como expoente dessa tese, destaca-se o médico Josué Beruti (1941), que, em um artigo publicado na Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia, postulava que o parto humano era inferior ao dos animais, devido ao que ele chamava de "mistura inconveniente de certas raças". Ele também afirmava que os hábitos sociais modernos seriam "destruidores do sentimento maternal e debilitantes do organismo feminino" (*apud* Silva, 2019, p. 174).

Temos ainda, em 1941, um artigo publicado pelo médico Iwan Figueiredo, livre-docente da/em Clínica Obstétrica da Escola de Medicina e Cirurgia, e por Leo Gôuvea, seu assistente. Neste trabalho, os autores utilizavam estudos comparativos entre mulheres e

animais, além de entre mulheres europeias e africanas, para justificar a afirmação de que a civilização tornara o esqueleto feminino mais frágil e menos preparado para o parto, corroborando a tese da "inferioridade parcial humana"¹³. De acordo com os autores, essas alterações teriam desviado o parto de um "parto ideal" como o da "época primitiva da humanidade". Por essa razão, sustentavam que o parto demandava a necessidade de assistência médica, uma vez que esta se apoiava na ciência, ao contrário do atendimento de "parteiras curiosas", para eles baseado apenas no empirismo.

Assim, embora nas primeiras décadas do século XX os partos normais continuem sendo atendidos, em sua maioria, por parteiras leigas e algumas poucas diplomadas, aumenta-se o número de médicos realizando partos. É neste contexto que se amplia o número de escolas médicas e, aos poucos, os hospitais vão sendo valorizados a partir de campanhas sanitárias que identificam nesses espaços os valores de segurança e civilidade. Com isso, as maternidades gradualmente deixam de ser vistas como locais perigosos para parir, enquanto passam a ser promovidas como locais seguros para a parturição pelos médicos.

A fortificação do discurso da hospitalização do parto ocorre, não coincidentemente, ao longo da Primeira República, momento em que se dá também a institucionalização e profissionalização da Enfermagem no Brasil. Inclusive, Mott (2002) aponta que, entre as razões justificadas pelos médicos para o parto ser realizado no hospital, figurava o fato de que esse estabelecimento contava com as "mãos hábeis e delicadas" das enfermeiras, o que supostamente iria propiciar à mãe o aprendizado dos primeiros cuidados com o bebê. A construção dessa imagem de enfermeira está relacionada à origem da Enfermagem moderna, quando o cuidado feito de forma voluntária e orientado à devoção cristã transforma-se em um trabalho assalariado.

Reconstruindo brevemente essa história, vemos que a Enfermagem moderna surge tendo como precursora Florence Nightingale, enfermeira britânica que, em 1860, cria a escola de Enfermagem no Hospital St. Thomas, em Londres. Até então, a enfermagem consistia na prática de mulheres, principalmente freiras católicas, que auxiliavam os médicos no cuidado com os soldados vítimas da Guerra. Durante a Reforma Anglicana, as freiras foram expulsas dos hospitais, e, no lugar delas, prostitutas foram levadas a cuidar dos doentes. Este período ficou conhecido na história da Enfermagem como "idade das trevas" (Espírito Santo; Porto, 2006).

¹³ Procurei esse e outros artigos citados pelas autoras e pelo autor (Silva et al., 2019), mas, pelo que pude entender, eles não estão digitalizados, havendo apenas versões físicas disponíveis no acervo da biblioteca da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Assim, buscando criar um estereótipo de enfermeira diferente daquele associado a uma "moral duvidosa", Nightingale escreveu manuais nos quais expôs um perfil ideal de enfermeira. Este perfil se amarra fortemente à visão anglicana de uma vocação divina ou "chamado" para o exercício do cuidado, além de refletir os atributos considerados femininos durante o período vitoriano:

A enfermeira deve [...] eu não necessito dizer, ser estritamente sóbria e honesta; mais do que isto, **deve ser uma mulher religiosa e devotada; deve ter um respeito por sua própria vocação**, porque o presente precioso de Deus (a vida) frequentemente é colocado literalmente em suas mãos; **deve ser sólida e observadora, atenta e rápida; e deve ser uma mulher de sentimentos delicados e decente** (Nightingale, 2010 [1860], p.188, grifos meus).

A construção de habilidades e competências com viés de gênero, como observamos na Enfermagem, não é uma exclusividade dessa profissão. Cibele Rizek e Márcia Leite (1998), ao analisarem o trabalho das mulheres em quatro fábricas no Brasil, destacam que a representação do trabalho fabril feminino também reflete a negação das qualificações adquiridas por meio da socialização no espaço doméstico. Competências como minúcia, atenção, cuidado e paciência são naturalizadas como femininas e, por isso, entendidas como inerentes ao corpo das mulheres. Embora sejam apropriadas no processo de trabalho, essas habilidades são frequentemente desconsideradas como qualificações, sendo vistas apenas como "qualidades" associadas às mulheres. Essa desqualificação das competências socialmente construídas como femininas é particularmente evidente em ocupações majoritariamente desempenhadas por mulheres, como na Enfermagem.

No Brasil, assim como em outros países, a Enfermagem moderna emerge ligada à ordem religiosa e, principalmente, como uma profissão feminina, com a percepção de que as mulheres estão naturalmente preparadas para essa função (Lopes; Leal, 2005). A institucionalização e profissionalização da Enfermagem aqui se desenvolvem sob a influência da Europa do século XIX, e, nesse período, as qualidades associadas à imagem da enfermeira incluem a domesticidade, a abnegação e a submissão.

A figura da enfermeira é também construída como uma espécie de "auxiliar do médico". No livro "Curso de enfermeiros" (1942), do médico Adolpho Possollo, observa-se que o médico assume uma posição central, em torno da qual se configuram os demais profissionais. Isso se explica, em grande parte, pelo fato de que, na transição do século XIX para o XX, as publicações de maior circulação são predominantemente assinadas por médicos, resultando em uma narrativa sobre a enfermeira que não é expressa por ela mesma (Silva, 2018). Assim, enquanto a hierarquia entre médico e enfermeira se solidifica nos

hospitais, nos atendimentos domiciliares os médicos vão gradualmente assumindo a centralidade, relegando as parteiras a um papel secundário.

Na década de 1920, os médicos que atendiam partos domiciliares frequentemente requisitavam uma lista extensa de itens a serem providenciados pela família, quase como se estivessem transferindo o hospital para dentro de casa. Além dos materiais encontrados em farmácias e drogarias, era comum solicitar a presença de uma enfermeira ou parteira, que poderia auxiliá-los ou até substituí-los em casos de partos mais prolongados. Como argumentou um médico da época sobre a necessidade da parteira, havia partos que:

[...] decorrem em mais de 24 horas e não se pode exigir de um médico a presença constante ao lado da parturiente. **Há além disso uma série de pequenas providências e cuidados, relativos à assistência ao parto, que uma mulher desempenha com mais propriedade que um homem** (*apud* Mott, 2002, p. 204, grifos meus)

Aqui, observa-se uma importante mudança no modelo de atendimento obstétrico em relação a "quem faz" o parto. A inserção dos médicos nos partos domiciliares e, posteriormente, o aumento dos partos hospitalares fazem com que as parteiras deixem de ser as principais assistentes do parto, passando a ocupar um papel subalterno em relação ao médico. O apelo às características vistas como naturais nas mulheres, feito pelo médico citado, atribui à parteira a responsabilidade pelo cuidado integral, o que contribui para a percepção de que o parto domiciliar é mais "trabalhoso". Ademais, a introdução dos médicos na cena do parto, embora não exclua as parteiras — reconhecendo sua atuação em hospitais e maternidades da época — estabelece uma hierarquia onde o tratamento é delegado ao médico, enquanto o cuidado fica a cargo da enfermeira e/ou parteira. Nessa lógica, o "tratar" é visto como superior ao "cuidar". E enquanto o tratar é um conhecimento técnico, aprendido por meio de qualificação, o cuidar é um conhecimento naturalizado, essencialmente vinculado ao "ser mulher".

É importante destacar que, ao longo das primeiras décadas do século XX, o desenvolvimento de tecnologias médicas e farmacêuticas transformou a forma como o parto era compreendido e realizado. Duas inovações se destacam: o aprimoramento da técnica de cesárea¹⁴ — que anteriormente só era realizada em mulheres mortas — e a criação e comercialização de medicamentos para reduzir a dor e acelerar o trabalho de parto, como a pituitrina.

¹⁴ Para uma discussão sobre o aprimoramento da técnica de cesárea, consulte o artigo "Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende," de Nakano, Bonan e Teixeira (2016). Esse estudo oferece uma análise detalhada das inovações na técnica e nas práticas obstétricas da época.

Posto isso, se antes o parto era visto como um evento natural, intrínseco de um corpo capaz de gestar e parir, Maria Lúcia Mott (2002) destaca que ele passou a ser encarado como um "evento médico potencialmente perigoso, no qual eram preconizadas intervenções cada vez mais frequentes" (p. 203). Essa mudança alterou a concepção fisiológica do parto, fazendo com que ele fosse visto por um viés patológico. Assim, o ciclo gravídico começou a ser equiparado a uma doença, justificando a ideia de "tratamento" para as gestantes, que passaram a ser vistas como incapazes de parir e dependentes das intervenções médicas.

Nas décadas que se seguiram a 1930, apesar do aumento significativo do número de partos hospitalares — que em São Paulo, por exemplo, subiu de 5% em 1930 para 29,5% em 1945 —, a limitada capacidade de leitos e as condições precárias das maternidades ainda resultavam na predominância dos partos domiciliares. A situação enfrentada pelas parturientes que necessitavam de internação era insatisfatória: frequentemente, ficavam sem atendimento devido à falta de leitos e eram mal assistidas nas instituições precárias. Muitas mulheres sofriam intervenções cirúrgicas desnecessárias e enfrentavam dificuldades para encontrar vagas quando precisavam. Quando conseguiam, as condições de muitos estabelecimentos não correspondiam ao que era preconizado (Mott, 2002, p. 214).

Embora o sucesso da primeira cesariana segmentar no país, realizada em 1924, tenha contribuído para legitimar as práticas cirúrgicas, conforme analisam Parente *et al.* (2010), na prática, poucas mulheres tinham condições financeiras para arcar com a internação para o parto hospitalar. Além disso, entre as mulheres das camadas populares, a preferência era por parir em casa, com a assistência de uma parteira de confiança e familiaridade, refletindo uma busca por conforto e segurança em um ambiente conhecido.

Entre 1933 e 1945, observa-se que a clientela atendida nos hospitais era majoritariamente pagante, indicando uma maior aceitação do parto hospitalar entre as camadas mais altas (Mott, 2002). Essa diferença de atendimento era notável: mulheres de classes mais abastadas recebiam cuidados adequados, enquanto as mulheres pobres, atendidas em hospitais e maternidades-escola, tinham seus partos utilizados como objeto de treino para a formação de parteiras e médicos. Essa disparidade evidencia que a aceitação desigual da hospitalização do parto reflete um processo de distinção social no cuidado obstétrico.

É interessante destacar como essa construção de distinção muda ao longo do tempo. Se, naquela época, parir no hospital estava ligado a questões de classe, atualmente essa tendência se manifesta de maneira diferente. Hoje, observa-se que a escolha pelo parto domiciliar planejado, frequentemente feita por gestantes brancas de classe média e média alta,

é marcada pela presença de enfermeiras obstétricas e doulas, além da utilização de diversas técnicas e recursos alternativos à assistência médico-hospitalar.

Longe de idealizar o modelo obstétrico do século XIX, domiciliar e centrado na figura da parteira, o que pretendo demonstrar ao expor tais processos é que o parto, seja encarado como evento "natural" ou médico, revela questões sociais e culturais mais amplas. Como argumenta Mônica Maia (2010):

O fato é que parir e nascer, definitivamente, não são processos 'naturais' nem meramente fisiológicos. São eventos sociais e culturais complexos, que envolvem interações entre indivíduos, grupos sociais e organizações (hospitais e maternidades), com poderes e legitimidades diferenciadas. A disputa pelo modelo de assistência ao parto articula uma disputa de políticas públicas, uma disputa organizacional e uma disputa de *ethos* profissional. (Maia, 2010, p. 14-15)

Como veremos adiante, a diferença de atendimento obstétrico entre mulheres de classes mais ou menos favorecidas persiste até os dias de hoje. Isso leva a mulher gestante que depende do SUS a enfrentar, frequentemente, um parto normal com intervenções excessivas e, por vezes, traumáticas, enquanto aquelas com maior poder aquisitivo têm acesso a cesáreas eletivas, vistas como o "padrão ouro" da assistência e símbolo de status social. O paradigma de atendimento obstétrico que permeia esses desfechos é resultado das mudanças ocorridas ao longo do século XX, sendo frequentemente chamado de "modelo médico intervencionista" ou "modelo tecnocrático".

1.2 Críticas ao modelo tecnocrático e disputas pela humanização

As passagens da casa ao hospital, da parteira ao médico, e do parto como um evento fisiológico ao patológico culminam em uma profunda mudança na cena do parto. A parteira deixa de ser a responsável por "assistir" a mulher parturiente, enquanto o médico assume o protagonismo, sendo agora quem "faz" o parto e decide sobre como realizá-lo. O uso do verbo "fazer", que é comum nos dias atuais, não é casual; ele sinaliza o domínio e a ação que o médico conquista na atenção obstétrica.

Dessa forma, observa-se que, ao longo da segunda metade do século XX, as intervenções médicas durante o parto, voltadas a "corrigi-lo" ou a antecipar supostas necessidades, se tornam tão recorrentes que ganham status de protocolo médico. A prática da episiotomia é um exemplo emblemático desse fenômeno. Entre 1947 e 1954, a historiadora Maria Lúcia Mott (2002) aponta um aumento na frequência da episiotomia, tanto em partos domiciliares quanto em maternidades. Nas décadas seguintes, essa prática se torna tão rotineira que é realizada em cerca de 90% dos partos normais, apesar de evidências

científicas, divulgadas a partir de 1980, apontarem que sua real necessidade se restringe a apenas 10 a 15% dos casos.

A justificativa médica para a episiotomia, de que o corte é realizado para preservar a integridade do períneo, é questionável à luz das evidências científicas mais recentes. A literatura especializada indica que, enquanto a laceração causada pela episiotomia é, no mínimo, de segundo grau, a laceração natural do períneo (que nem sempre ocorre) costuma ser de primeiro grau e, portanto, tende a se recuperar mais facilmente. Além disso, o uso do termo "ponto do marido" para se referir à episiotomia revela como o corpo feminino tem sido visto como objeto destinado ao prazer masculino. Uma ideia subjacente a essa é a crença de que a vagina ficaria larga ou frouxa após um parto normal.

Essa falácia foi aceita como verdade médica¹⁵ e se tornou um dos motivos pelos quais algumas mulheres optam pela cesárea. Entre o corte por cima (da cesárea) e o corte por baixo (da episiotomia), muitas escolhem a primeira opção, visando preservar a genitália, considerada "área mais nobre"¹⁶. Além dessa justificativa, há outros fatores que contribuem para a percepção de que a cesárea é uma via de parto mais vantajosa, tanto para mulheres quanto para médicos.

Primeiramente, há um aspecto financeiro que beneficia a classe médica e a estrutura hospitalar: por se tratar de uma cirurgia que requer anestesia e internação posterior da parturiente, os custos são mais altos do que em um parto normal, resultando em maiores lucros para hospitais e maternidades privadas. Não é surpreendente que, segundo a pesquisa "Nascer no Brasil" (2014), realizada pela Fiocruz em parceria com o Ministério da Saúde, 88% dos partos em instituições privadas sejam cesáreas.

O segundo fator está relacionado à gestão de tempo, refletindo uma abordagem taylorista do trabalho: o parto é agendado, facilitando a organização do tempo no ambiente médico-hospitalar. Assim, a cesárea evita a espera do trabalho de parto espontâneo, que é sujeito a um tempo fisiológico próprio, distinto dos outros tempos da vida e do trabalho¹⁷.

O terceiro fator baseia-se na desinformação das pacientes e na disseminação do medo em relação a diversas situações, como o cordão umbilical enrolado no pescoço do bebê, a falta de dilatação, a experiência de uma cesárea anterior e a dor do parto normal (Domingues

¹⁵ Essa falácia é tão difundida que está presente até mesmo em alguns Termos de Esclarecimento e Consentimento Livre e Informado para o Parto disponibilizados nos sites de hospitais.

¹⁶ Citação da médica Simone Diniz: "Já ouvi paciente dizer que se vai cortar por cima ou por baixo, prefere em cima pois embaixo é uma área mais nobre", retirada da matéria divulgada pelo COFEN, em 2014, intitulada "Hospital do SUS reduz episiotomia ao tirar médico do parto normal". Disponível em http://www.cofen.gov.br/27419_27419.html. Acesso em: Agosto de 2020.

¹⁷ Para mais debates sobre tempos sociais ver: "Les temps sexués de l'activité: la temporalité au principe du genre?" (2009) de autoria de Marc Bessin e Corinne Gaudart.

et al., 2014). Esse motivo reflete a premissa de que a mulher seria incapaz de parir sem intervenção cirúrgica ou, mesmo que fosse capaz, o "sofrimento" inerente ao parto normal seria evitável por meio da cesárea. Essa narrativa reforça a ideia de que o parto normal é um evento a ser temido, promovendo a cesárea como uma alternativa mais segura e confortável.

As justificativas que afirmam a incapacidade das mulheres de parir sem intervenção cirúrgica estão, de forma mais ou menos explícita, ligadas à ideia do corpo feminino como uma "máquina" defeituosa. A antropóloga Robbie Davis-Floyd (2002) analisa como a obstetrícia moderna se apropria dessa noção de corpo enquanto máquina, incorporando a construção de um modelo padrão, o corpo masculino. Nesse contexto, o corpo feminino, visto como diferenciado e subjugado a esse padrão, é considerado uma máquina defeituosa e inerentemente imprevisível devido à sua relação com a natureza. Isso justifica a crescente necessidade dos médicos de controlar o processo de parto, cada vez mais associado ao risco da imprevisibilidade, através de sua medicalização.

Subjacente a essa perspectiva do corpo feminino como máquina, Davis-Floyd utiliza a metáfora do parto como linha de produção¹⁸, onde o hospital atua como a fábrica, o corpo da mãe como a máquina, e o bebê como o produto desse processo de manufatura industrial¹⁹. A autora descreve as etapas desse processo a partir dos leitos pelos quais a mulher é transferida ao entrar no hospital. Essa visão se reflete também na realidade brasileira, onde o atendimento durante o parto hospitalar geralmente ocorre em enfermarias separadas, distribuídas em salas de pré-parto, trabalho de parto e pós-parto imediato.

Essa divisão do processo de parto em etapas está intimamente ligada à sistematização de uma rotina "ideal" de atendimento, tema amplamente debatido entre os médicos obstetras nas décadas de 1930 e 1940. Fernanda Silva *et al.* (2019), em seu artigo "'Parto ideal': medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX", exploram a sistematização dessa assistência a partir de textos publicados em periódicos médicos. Naquela época, o debate sobre como "conduzir" o parto abordava tanto a atuação do médico quanto os medicamentos e técnicas a serem utilizados durante o trabalho de parto. Os médicos enfrentavam dois desafios principais ao construir essa rotina "ideal": tornar o parto mais rápido e menos doloroso para as mulheres.

Desse modo, buscou-se compreender a fisiologia do parto para delinear o que seria considerado "normal" e "patológico", definindo e classificando os tipos de parto, com termos

¹⁸ Metáfora também presente e analisada no livro "A mulher no corpo" de Emily Martin (2006).

¹⁹ No original: "the hospital became the factory, the mother's body became the machine, and the baby became the product of an industrial manufacturing process" (Floyd, 2002, p. S6)

como "auxiliado", "conduzido", "dirigido" e "corrigido". Schickelé e Kreis, da Escola de Estrasburgo, introduziram a "technique d'accouchement médical" ou "parto médico", que incorporava o uso da spasmalgina para regularizar as contrações e dilatar o orifício cervical, como uma prática sistemática a ser aplicada em todos os partos. Essa abordagem partia da premissa de que a maioria dos partos seria distócica, ou seja, patológica.

O uso da spasmalgina, assim como a ocitocina hoje, reflete uma questão de gerenciamento do tempo e do trabalho médico, além do processo de parto. O emprego de tecnologias médicas carrega a associação com a ideia de progresso; assim, mesmo que essas intervenções não sejam necessidades específicas da paciente, prevalece a lógica: "se determinada tecnologia está disponível, por que não utilizá-la?", como se fossem sempre seguras e inofensivas.

Entretanto, apesar da predominância de partos hospitalares e do uso de tecnologias médicas no Brasil, o país enfrenta altas taxas de mortalidade materna e neonatal, um fenômeno frequentemente referido como "paradoxo perinatal brasileiro" (Lansky *et al*, 2014). É importante destacar que essas taxas não se distribuem de maneira uniforme entre diferentes grupos raciais e de classe. Dados da pesquisa "Mulheres brasileiras nos espaços públicos e privados", realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, apontam que uma em cada quatro mulheres relata ter sofrido violência durante o parto. A mesma pesquisa evidencia também que essa violência tem incidência maior entre mulheres negras, pobres e jovens (Venturi; Godinho, 2013).

Na esteira dessa discussão, outros dois exemplos evidenciam como os corpos de mulheres negras têm sido tratados de forma diferenciada em relação às mulheres brancas, revelando práticas médicas racistas. Essas evidências corroboram a análise de autoras como Maria Lugones, que argumenta que foi negado às mulheres negras escravizadas até mesmo o pertencimento à categoria mulher. O primeiro exemplo é a esterilização compulsória, uma prática comum no Brasil na década de 1980, influenciada por teorias neomalthusianas de controle populacional, que afetou especialmente mulheres pobres e negras, como forma de controlar o crescimento populacional desses grupos (Roland, 1995). O segundo exemplo diz respeito ao uso dos corpos de mulheres negras como objetos de experimentação para a aprendizagem de técnicas obstétricas, uma prática que ocorreu em diversos contextos históricos. Um caso notável é o do médico J. Marion Sims, que, em 1849, realizou com sucesso a primeira cirurgia de fistula vesico-vaginal, tendo realizado todas as suas operações experimentais anteriores em mulheres negras (Maia, 2010).

A compreensão dessas violências, nomeadas como violência obstétrica, encontra apoio nas lutas dos movimentos sociais feministas e nas iniciativas de humanização do parto. No Brasil, a principal organização que representa esse ativismo é a ReHuNa, criada na década de 1990 em Campinas, São Paulo. Esta rede, formada por enfermeiras/os e médicas/os, além de grupos e instituições críticas ao modelo tecnocrático de assistência ao parto, denunciou as condições de violência e constrangimento enfrentadas por gestantes em seu documento de fundação, denominado "Carta de Campinas". Nesse documento, é apresentado o seguinte diagnóstico da atenção ao parto:

O Brasil é hoje o país que apresenta a maior taxa mundial de cesáreas (vários hospitais paulistas apresentam 80% ou mais de cesáreas) e este passou a ser o método normal de parir e de nascer, uma inversão total da naturalidade da vida. Quando o parto é vaginal, a violência da posição, das rotinas e interferências médicas perturbam e inibem o desencadeamento dos mecanismos fisiológicos naturais de parto. **Parto e nascimento passaram a ser sinônimo de doença, de patologia e de intervenções cirúrgicas.** (ReHuNa, 2011 [1993], grifos meus)

Diante desse cenário, as fundadoras²⁰ da ReHuNa implementaram estratégias com o objetivo de humanizar a assistência ao parto e nascimento. O ideal de humanização proposto pela rede visava não apenas reduzir intervenções obstétricas desnecessárias, mas também promover a autonomia das mulheres em relação aos seus corpos e escolhas sobre o parto, enfatizando o cuidado baseado na concepção do parto como um processo natural e fisiológico. Entre as principais estratégias, destacam-se: a implementação integral do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde em 1983; a adesão às recomendações da OMS contidas na Carta de Fortaleza (1985), resultado da Conferência Internacional para o Parto, que abordou o tema "Tecnologias Apropriadas para o Nascimento"; e o fortalecimento de iniciativas já existentes, tanto públicas quanto privadas, como casas de parto, grupos de parteiras tradicionais e doulas.

No total, a Carta de Campinas foi assinada por 34 pessoas, incluindo representantes de importantes instituições, como o Grupo de Parto Alternativo da Unicamp e o Centro de Saúde Integral à Saúde da Mulher (CAISM) em Campinas/SP, o Instituto de Terapias Alternativas Aurora no Rio de Janeiro/RJ, a Maternidade Odete Valadares em Belo Horizonte/MG, o Hospital São Pio X em Ceres/GO, a Casa de Parto "Nove Luas, Lua Nova" em Niterói/RJ, o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde em São Paulo/SP, o Grupo Curumim em Recife/PE e o C.A.I.S do Parto em Olinda/PE.

²⁰ Adoto o uso do substantivo feminino pois, majoritariamente, são mulheres que fundam a ReHuNa. No decorrer do texto, utilizo também a flexão feminina para me referir às ativistas em prol da humanização do parto, visto que também são maioria neste campo.

O contexto que fundamenta as proposições da ReHuNa resulta, principalmente, dos movimentos feministas da década anterior, que promoveram uma estratégia discursiva em defesa dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres como direitos humanos (Maia, 2010). O conceito de direito reprodutivo é crucial para as feministas, pois traz à esfera pública questões anteriormente consideradas privadas, como contracepção, gravidez, parto, aborto e mortalidade materna, problematizando-os em suas dimensões política e social.

Como consequência, a assistência à gestante passa a ser redefinida em termos de garantia de direitos, sendo a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) um marco normativo precursor das políticas de humanização do Ministério da Saúde. O PAISM incorpora duas ideias centrais: integralidade e universalidade. Essas ideias refletem a força dos movimentos feministas em pressionar por uma política pública de saúde que atenda todas as mulheres em diferentes etapas da vida, reconhecendo-as em sua totalidade, e não apenas como extensão de seus filhos, como era a perspectiva do "cuidado materno-infantil".

Além disso, a noção de universalidade se articula com o contexto político da época, em que a sociedade civil organizada em movimentos sociais lutava pela redemocratização do país. Nesse período efervescente, a democratização da saúde, entendida como um direito de todos, torna-se um lema da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Em 1986, após a redemocratização, realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde o projeto da RSB é discutido e elaborado por professores e pesquisadores da saúde coletiva, defendendo-se uma concepção ampla de saúde que vai além de uma reforma meramente administrativa e financeira.

No entanto, como Paim (2012) analisa, a forma como esse projeto foi absorvido pela Assembleia Constituinte de 1988 reduziu sua abrangência a uma reforma específica do setor de saúde, ignorando suas interconexões com outras reformas sociais. Paim reconhece a dialética do "conservar-mudando" que permeia a reforma sanitária no Brasil, mas também ressalta algumas conquistas, como a criação do SUS e a ampliação da consciência sobre o direito universal e gratuito à saúde. Esse contexto mais amplo orienta a criação e implementação das políticas de saúde da época, marcadas pela noção de saúde como um "direito de todos", influenciando diretamente a execução do PAISM e propondo a reorganização da atenção básica por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

Nesse cenário, a Portaria nº 985, que instituiu os Centros de Parto Normal no SUS em 1999, emergiu como uma iniciativa crucial em prol da política de humanização da assistência ao parto. Essa portaria visava criar um ambiente acolhedor e respeitoso, centrado nas

necessidades das mulheres, promovendo um modelo de atendimento que priorizasse a fisiologia do parto. Nos Centros de Parto Normal, a presença de acompanhantes, incluindo doulas, é incentivada, reconhecendo a importância do suporte emocional e físico na experiência do parto.

Posteriormente, em 2002, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) reforçou as diretrizes para um atendimento mais humanizado, priorizando a redução de intervenções desnecessárias e a assistência qualificada. Apesar de seu potencial, a implementação do PHPN não é uniforme, com muitos profissionais enfrentando resistência a mudanças em práticas consolidadas.

Na mesma direção do PHPN, O Manual Técnico: Pré-natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada, lançado em 2005, pretendia estabelecer diretrizes claras para a assistência ao parto, refletindo uma tentativa de transformar as práticas de cuidado em saúde. Contudo, a realidade dos serviços de saúde revela que muitos ainda carecem da infraestrutura necessária para traduzir essas diretrizes em práticas efetivas. A promulgação da Lei do Acompanhante (Lei 11.108), que assegurou o direito das mulheres a ter um acompanhante durante o parto, incluindo doulas, foi um avanço significativo. No entanto, a resistência à presença de acompanhantes em diversas instituições evidencia uma cultura ainda enraizada que limita a autonomia das mulheres nesse momento crucial.

A Rede Cegonha, criada em 2011, e as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal de 2017 visavam consolidar esses esforços, mas os desafios estruturais e culturais persistem, dificultando a plena implementação dessas políticas. Apesar dos progressos, a busca pela humanização do parto no Brasil permanece um campo de luta, exigindo a mobilização contínua de diversos agentes sociais. Nesse contexto, novas personagens estão emergindo na cena do parto, introduzindo perspectivas e práticas que podem catalisar uma transformação mais profunda nesse cenário.

1.3 Novas personagens na cena de parto

Entre as políticas do Ministério da Saúde voltadas à humanização do parto, destaca-se o reconhecimento da enfermeira obstétrica como profissional responsável pelo acompanhamento de partos normais de baixo risco. Essa valorização se alinha a um movimento mais amplo de reconfiguração das práticas obstétricas no Brasil. Em 2016, uma nova resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) foi promulgada, atualizando as normas sobre os critérios mínimos de qualificação em Enfermagem Obstétrica. Essa

resolução não apenas detalha as responsabilidades da enfermeira obstetra, mas também reflete uma mudança significativa em relação à Lei de Exercício Profissional anterior, enfatizando a importância do papel dessas profissionais no contexto do parto humanizado.

De acordo com a resolução nº 524/2016, para que a enfermeira obstétrica possa atuar profissionalmente, é exigido um mínimo de experiência prática, que inclui a realização de quinze consultas de enfermagem pré-natais, a assistência a vinte partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto, e quinze atendimentos ao recém-nascido na sala de parto. Essa normativa também delinea, no artigo terceiro, as responsabilidades dessas profissionais, que incluem a promoção de um modelo de assistência centrado na mulher. Isso implica criar uma ambiência²¹ favorável ao parto e nascimento com evolução fisiológica, além de garantir a presença do acompanhante escolhido pela mulher, conforme estabelecido na Lei nº 11.108 de 2005.

Examinando os subitens desse artigo, as práticas descritas podem ser compreendidas como humanizadas, à luz das interpretações de Diniz (2005) e Tornquist (2002). Assim, entre as atividades atribuídas à enfermeira obstétrica, destacam-se:

- V – Adotar **práticas baseadas em evidências científicas** como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, contato pele a pele mãe recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família;
- VI – Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais, adotando tecnologias apropriadas na assistência e tomada de decisão, **considerando a autonomia e protagonismo da mulher**; (COFEN, 2016)

O modelo obstétrico tecnocrático, que frequentemente recorre ao uso excessivo de intervenções como ocitocina, analgesia farmacológica, episiotomia e a separação imediata do bebê da mãe, se contrapõe diretamente às diretrizes apresentadas nos parágrafos V e VI, que enfatizam práticas humanizadas e baseadas em evidências científicas. Essas diretrizes promovem, por exemplo, a liberdade de posição no parto e a preservação da integridade perineal, além do contato pele a pele entre mãe e recém-nascido. Essa normativa do que compete à enfermeira obstétrica pode levar a um borramento das fronteiras entre as funções da EO e as da doula, já que ambas têm papéis complementares em oferecer apoio emocional, alívios não farmacológicos e promover a autonomia da gestante em suas escolhas durante o parto (Leão; Oliveira, 2006; Fleischer, 2005; Silva, 2012).

²¹Ambiência é um conceito originado na arquitetura e é abordado na Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde como um "espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar associado a um projeto de saúde voltado para uma atenção acolhedora, resolutiva e humana."

Atualmente no Brasil, a formação em obstetrícia pode ocorrer de duas maneiras, tratando-se, inclusive, não só de profissões distintas, como também em disputa entre si²². O primeiro modelo corresponde à enfermeira obstétrica e consiste em uma formação inicial em Enfermagem, seguida por uma especialização em Obstetrícia. O segundo corresponde à obstetriz, cuja formação requer a realização do curso de graduação em Obstetrícia. Hoje, a única graduação existente em Obstetrícia no país é oferecida pela Universidade de São Paulo (USP), campus Leste, por meio da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH).

O curso de Obstetrícia da USP Leste, inaugurado em 2005, enfrentou diversas críticas e resistência por parte da classe médica. Sonia Hotimsky e Lilia Schraiber (2005), que realizaram uma pesquisa de campo um ano antes, acompanharam a formação dos estudantes de Medicina e registraram suas observações sobre uma visita a um serviço público que promovia uma assistência humanizada. Os relatos dos alunos e a reação da classe médica em relação à nova formação evidenciam um certo ceticismo sobre a abordagem adotada pelo curso, refletindo as tensões entre os modelos de formação e a prática obstétrica tradicional.

No trajeto, o comentário dos alunos entre si se volta para um Curso de Obstetrícia da Zona Leste, que seria inaugurado em alguns dias e sobre o qual comentam: **Não precisa nem mais ser médico para exercer a obstetrícia. Para que estudar seis anos de medicina? Até bombeiro faz parto!** Trata-se de um curso para obstetrias que enfrenta resistências dos médicos, pois, como declarou recentemente o presidente da Febrasgo: **"Somos contra o nome desse curso. Obstetrícia é uma especialidade médica"**. (FSP:13/3/05)." (Hotimsky; Schraiber, 2005, p. 644, grifos meus);

Assim, embora a formação em Obstetrícia capacite as obstetrias para atender partos normais sem distócia, a realidade nos hospitais muitas vezes ainda se pauta pelo modelo tecnocrático, com os partos sendo predominantemente conduzidos por médicos obstetras. Nesse contexto, as obstetrias e enfermeiras obstétricas são frequentemente relegadas à função de orientar as puérperas sobre o aleitamento materno. Isso pode explicar por que muitas EOs optam por atuar predominantemente em partos domiciliares, como observa Maia (2012), onde o vínculo de trabalho é estabelecido diretamente com a gestante, conferindo à parteira um papel mais autônomo e ativo no processo de assistência ao parto.

Atualmente, não existe uma legislação específica em vigor que regule o parto domiciliar planejado no Brasil. As orientações disponíveis se baseiam na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal e em pareceres técnicos dos Conselhos Federais e Regionais de

²² A antropóloga Mariana Pulhez (2022) narra mais a fundo as diferenças, disputas e tensões existentes entre obstetrias e enfermeiras obstétricas no capítulo 3 de sua tese intitulada "Autonomia, consentimento e informação de qualidade: controvérsias e disputas na construção da violência obstétrica no Brasil".

Medicina e Enfermagem. Para que um parto ocorra em casa, normalmente é necessário atender a alguns requisitos: realizar pré-natal conforme as diretrizes do SUS, ter uma gravidez de baixo risco, contratar uma equipe especializada e garantir que a residência permita tempo suficiente para uma possível transferência ao hospital, caso seja necessário. A equipe deve incluir, no mínimo, uma enfermeira obstetra, obstetrix ou médico obstetra. No entanto, dado que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e alguns Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) desaprovam a prática do parto domiciliar, há uma escassez de médicos dispostos a atendê-lo.

Além da enfermeira obstetra ou obstetrix, muitas gestantes que optam pelo parto domiciliar também contratam uma doula. Na última década, a figura da doula ganhou visibilidade e se espalhou por alguns segmentos da sociedade brasileira. No entanto, a adesão a esse modelo de parto não é homogênea, concentrando-se principalmente entre mulheres de classe média e alta, que são as que podem arcar com o custo de seus serviços (Hirsch, 2015). Embora a maioria das doulas atue como trabalhadoras autônomas, algumas também atuam como voluntárias em hospitais públicos, no que são chamadas de "doulas comunitárias", participando de programas criados pelas próprias instituições com o objetivo de promover a humanização do parto.

Vale ressaltar que, em outubro de 2019, o Hospital da Mulher em Maceió se tornou a primeira instituição pública a contratar doulas diretamente. No entanto, ao observar o edital de contratação dos servidores do recém-inaugurado hospital, nota-se que não havia vaga específica para doulas. Isso leva à conclusão de que as doulas não foram contratadas por meio de concurso público, mas sim através de um processo seletivo que oferece garantias inferiores às estabelecidas em um concurso, não havendo o benefício da estabilidade no serviço, por exemplo.

Antes dessa iniciativa, as doulas já estavam se inserindo no SUS desde o final da década de 1990, mas de forma voluntária, ligando-se a programas de humanização do parto (Barbosa, 2018; Horta, 2008). Nesse contexto, sugiro que o voluntariado das doulas, mais do que apenas "se doar", funcione também como uma oportunidade para adquirirem competências e habilidades práticas. Isso, por sua vez, pode ajudá-las a legitimar seu trabalho e a divulgar seus serviços às gestantes que buscam e podem pagar pelo seu apoio e cuidado.

Capítulo 2: A profissionalização da doula em disputa

Neste capítulo, analiso as disputas em torno da regulamentação da profissão de doula a partir de duas vias: a institucional, expressa nos Projetos de Lei que tratam sobre o tema; e a representativa da classe, por meio das Associações de doulas. Embora a posição de alguns médicos vinculados aos conselhos de classe também apareçam, não foi objetivo desta pesquisa trazê-los enquanto agente dessa disputa. É reconhecido que médicos, e também enfermeiras, são parte constitutiva deste conflito, porém o recorte da pesquisa se ateu à institucionalidade (Poder Legislativo) e ao movimento de doulas.

Atualmente, o PL em tramitação que dispõe sobre a profissionalização da doula a nível nacional é o nº 3946 de 2021, de autoria da senadora Mailza Gomes (PP/AC). O PL anterior, nº 8363, apresentado em 2017 pela deputada Erika Kokay (PT/DF), foi apensado ao atual e, de modo geral, possui poucas diferenças em relação a ele. Ressalta-se que ambos os Projetos foram discutidos pelas associações de doulas, havendo audiências públicas que contaram com a presença e fala de representantes da FENADOULASBR e outras associações estaduais.

Embora a discussão no legislativo envolva os órgãos de representação das doulas, optei por separar tais entes políticos nesta dissertação com o objetivo de organizar melhor o argumento e facilitar a compreensão do texto. Como explicarei a seguir, foi a partir de uma demanda do movimento de doulas que o primeiro Projeto de Lei foi apresentado à Câmara dos Deputados em 2017. Apesar de o atual Projeto, em tramitação, não ter se originado diretamente das organizações de doulas, a gestão da FENADOULASBR participou de reuniões com a relatora dele no Senado, sugerindo alterações no texto para que ele estivesse mais alinhado ao movimento de doulas. Essas sugestões foram acolhidas pela senadora e incorporadas ao texto do Projeto de Lei 3946/21.

A fim de qualificar o debate e reconstituir como ele têm se dado nessas duas vias mencionadas, neste capítulo faço referência aos seguintes documentos: os Projetos de Lei 3946/21 e 8363/17 e suas emendas, as transcrições de duas audiências públicas que discutiram os respectivos Projetos, e dois documentos norteadores propostos pela FENADOULASBR, o primeiro sendo “Ética na Atuação de Doulas” e o segundo “Formação de Doulas”. Esses documentos trazem diferentes perspectivas quanto ao desafio da profissionalização de doulas no país. Dentre as dificuldades apontadas, discuto duas em especial: a escolaridade mínima e a carga horária de formação. Esses elementos nos trazem

indícios sobre o perfil profissional em disputa, quanto a quem pode ser doula e como deve ser sua formação e aprendizagem de competências.

2.1 À luz da lei: Os embates e trâmites institucionais

O primeiro esforço do movimento de doulas em direção à regulamentação da profissão teve início em 2009, durante os preparativos para o 8º Encontro Nacional de Doulas. Até aquele momento, embora houvesse alguns cursos de formação de doulas no país e, até mesmo, uma Associação Nacional de Doulas (ANDO), o trabalho das doulas não era reconhecido como ocupação pelo Ministério do Trabalho. A presidente da Associação de Doulas do Distrito Federal, Marilda de Cássia Castro, narra essa história em 2018, em uma audiência pública que discutia o primeiro PL que propunha regulamentar a profissão:

Em 2009, aqui no Distrito Federal, nós iniciamos a preparação do 8º Encontro Nacional de Doulas. Esse encontro estava dentro da III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento. Na preparação desse encontro, nós iniciamos a conversa sobre quem era a doula. Foi perguntado, inclusive, qual era o número de ocupação dessa profissional no Ministério do Trabalho. Daí surgiu essa movimentação para se instituir o número da doula junto ao Ministério. Então, nesse 8º Encontro Nacional de Doulas, nós conversamos com o Ministério do Trabalho. Inclusive, convidamos para o Encontro o Ministério do Trabalho e o MEC, porque nós queríamos tratar também da certificação das doulas. Nesse encontro, o representante do Ministério perguntou se nós tínhamos mais de 200 pessoas atuando nessa categoria profissional. Só no 8º Encontro, nós tínhamos muito mais de 200 doulas. Foi encaminhado o processo e, em janeiro de 2013, no encontro corroborado com doulas do Brasil inteiro, nós tivemos instituído o número da ocupação da doula no Cadastro Brasileiro de Ocupações. Isso foi muito importante, porque já foi o primeiro passo para o reconhecimento da existência da doula como alguém no mercado de trabalho. (fala de Marilda Castro durante Audiência Pública na CMULHER ocorrida em maio de 2023²³)

A partir da fala de Marilda é possível afirmar que o reconhecimento do trabalho da doula enquanto ocupação foi uma das primeiras conquistas da organização política de doulas. Assim, em 2013, sob nº 322135, a ocupação de doula passou a ser classificada na CBO dentro do grupo de Técnicos de Nível Médio, mais especificamente o subgrupo de Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas. O cadastro na CBO traz uma definição da ocupação de doula, as atividades próprias à função, e os requisitos para seu exercício, sendo eles, formação em Ensino Médio e curso de doulagem de até 200 horas. Ao reconhecer como ocupação, o cadastro permite também que doulas tenham a carteira de trabalho assinada constando este ofício.

²³ Transcrição da audiência pública disponível em: <https://escriba.camara.leg.br/escriba-servicosweb/html/67781>. Acesso em dezembro de 2024.

No início do ano seguinte, em fevereiro de 2014, é sancionada no país a primeira lei que versa sobre a presença de doulas em instituições de assistência ao parto. Trata-se da Lei Municipal nº 7946, de Blumenau, em Santa Catarina, que obriga os hospitais, maternidades, casas de parto e congêneres, tanto públicos quanto privados, a permitir a presença da doula sempre que solicitada pela parturiente. Essa Lei utiliza em seu artigo 1º§, no primeiro parágrafo, a qualificação de doula apresentada pela CBO:

§ 1º Para os efeitos desta lei e em conformidade com a qualificação da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), código 3221-35, doulas são profissionais escolhidos livremente pelas gestantes e parturientes, que "visem prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante", com certificação ocupacional em curso para essa finalidade. (BLUMENAU, 2014)

A Lei da Doula de Blumenau, nome como essa e demais ficaram conhecidas, assegura também que a presença da doula não deve se confundir com a do acompanhante, sendo esta amparada pela Lei Federal nº 11.108/2005. Essa normativa é importante porque dispõe sobre uma prática adotada por algumas maternidades em permitir a entrada da doula em detrimento do acompanhante, como forma de substituição. A Lei nº 7946 ainda estabelece limites de atuação às doulas, de acordo com seu artigo 3º§:

[...] é vedado a realização de procedimentos médicos ou clínicos, como aferir pressão, avaliação da progressão do trabalho de parto, monitoramento de batimentos cardíacos fetais, administração de medicamentos, entre outros. (BLUMENAU, 2014)

Após a sanção da Lei da Doula em Blumenau, outros municípios e estados, a partir das demandas de associações de doulas, passaram a adotar leis específicas que asseguram o exercício da doulagem. Contudo, mesmo nos lugares em que há lei municipal e/ou estadual em vigor, há casos que evidenciam as dificuldades das doulas em acessar o ambiente hospitalar e ter o devido respeito por parte dos demais profissionais envolvidos na atenção obstétrica. O que está em jogo é o reconhecimento das doulas enquanto profissionais legítimas e autorizadas a compor a equipe de cuidados à pessoa gestante. Por esse motivo, o movimento de doulas, representado pela FENADOULASBR, pauta a criação de uma lei nacional que regulamente o trabalho das doulas enquanto profissão.

2.1.1 O primeiro Projeto de Lei: PL 8363/2017

Com o avanço da Lei da Doula em inúmeros estados e municípios, e a criação de associações de doulas em diversas regiões do país, a necessidade de uma Lei nacional que reconhecesse a profissão passou a ser pautada pelo movimento de doulas. Em 2016, durante a

2ª Convenção Nacional de Doulas (CONADOULA) em Brasília, foi debatido um projeto de lei que regulamentasse a profissão de doula. O encontro de doulas deu origem ao documento, uma sugestão de Projeto de Lei, que foi posteriormente exposto e reformulado em parceria com a deputada Erika Kokay (PT/DF) na convenção do ano seguinte. Então, em Agosto de 2017, o PL 8363 foi apresentado por essa parlamentar ao Congresso e a partir dali passou a tramitar na Câmara dos Deputados.

Na ocasião, fim de 2017, o projeto foi distribuído às seguintes Comissões: Seguridade Social e Família (CSSF); Trabalho, Administração e Serviço Público (CTASP) e Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC). Na CSSF, o projeto ficou sob relatoria da deputada Benedita da Silva (PT/RJ) e recebeu cinco propostas de emendas, sendo duas do deputado Flavinho (PSC/SP) e três do deputado Diego Garcia (Podemos/PR). Embora o PL tenha sido aprovado pela relatora, ao fim de 2019 foi feito um pedido de reconsideração da distribuição às comissões pela deputada Chris Tonietto (PSL/RJ), e assim o projeto também foi atribuído à Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher (CMULHER).

A doula Morgana Eneile, presidente da FENADOULASBR, narrou sobre as discussões envolvidas na tramitação do PL 8363 durante a audiência pública do atual projeto, em 2023:

Este PL que estava aqui tramitava a partir de uma decisão já do movimento de doulas, que passou por um conjunto de olhares. Eu tive orgulho de fazer parte desse momento, pois já era presidenta da associação no Rio de Janeiro. Logo depois, foi enviado para cá, e a Deputada Benedita da Silva se tornou a Relatora, porque o PL não passava por esta Comissão [de Defesa dos Direitos da Mulher]. Ele entrou pela Comissão de Seguridade Social e Família. Nesse processo, nós fizemos consulta pública, foi organizada a quarta convenção, que aconteceu em João Pessoa, em 2018. Nessa convenção, nós fizemos uma longa discussão novamente e fizemos a revisão de vários itens após uma consulta pública. [...]

Nós saímos com o relatório de lá e entregamos para a Deputada Benedita. A Deputada Benedita, então, aproveitou as nossas decisões e fez o seu relatório. **Então, o relatório da Deputada Benedita da Silva já é a crítica do Movimento de Doulas ao projeto de lei apresentado.**

Naquele momento, nós incluímos várias coisas que considerávamos necessárias ao Projeto de Lei nº 8363, em tramitação, com o relatório da Deputada. O relatório não foi votado porque houve pedido de vista. Então, foi apresentado o requerimento para que ele viesse para esta Comissão. O requerimento pedia que se parasse a votação, porque o projeto passaria por outra Comissão anterior, que é a Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. (fala de Morgana Eneile na Audiência Pública da CMULHER ocorrida em maio de 2023).

Embora tenha sido recebido pela CMULHER no início de 2020, o PL ficou sem ter relatoria designada por exato um ano. Com a pandemia, e toda a conjuntura política desfavorável daquele momento²⁴, a Federação Nacional de doulas chegou a visitar o

²⁴ Entre 2020 e 2021 o governo Bolsonaro, de extrema direita, tinha Damares Alves como Ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. A ministra, que é também pastora evangélica, era conhecida por suas pautas reacionárias antiaborto, anti LGBTs e anti feministas. À frente do Ministério da Saúde entre 2020 e 2021 esteve

Ministério da Saúde para tentar um diálogo, contudo, o parecer dado pela pasta foi desfavorável. De acordo com Morgana, cientes de que caso fosse à votação o PL já teria o parecer negativo do MS, o movimento de doulas optou por esperar, e se organizar internamente discutindo a matriz curricular de formação das doulas durante a 5ª CONADOULA.

Considerando que o Projeto de Lei nº 8363 foi elaborado no bojo das organizações de doulas, tendo sido amplamente discutido e, inclusive, alguns itens específicos votados em consulta pública aberta às doulas associadas, faz sentido que a integridade de seu texto seja defendida pelo próprio movimento. Por esse motivo, em 2021, quando ocorreu a apresentação do PL nº 3946 — que partiu de uma senadora do partido Progressistas após ter uma experiência positiva de parto com apoio de uma doula — a FENADOULASBR procurou estabelecer diálogo com a relatora do projeto, senadora Eliziane Gama (PSD/MA), a fim de incorporar a proposta do PL de 2017 ao texto do PL de 2021.

O texto do PL 8363 conceitua a profissão de doula e descreve as atividades próprias à função; define os requisitos necessários para sua formação; estabelece os limites de atuação; e regula quanto ao cadastro em instituições de classe oficializadas ou estabelecimentos de saúde onde atuarem.

De acordo com este Projeto, artigo 2º§, a definição de doula é a seguinte:

Doula é a profissional habilitada em curso para esse fim, que oferece apoio físico, informacional e emocional à pessoa durante seu ciclo gravídico puerperal e, especialmente, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, por meio de suporte contínuo, visando a uma melhor evolução desse processo e o bem-estar da parturiente em conformidade com a qualificação da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), código 3221-35. (BRASIL, Projeto de Lei nº8363/2017, de 23 de agosto de 2017)

A esta profissional cabe o exercício das atividades de:

- I – Incentivar e facilitar a pessoa no ciclo gravídico puerperal a buscar as informações sobre gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto baseadas em evidências científicas atualizadas;
- II – Apoiar a pessoa grávida em todo o trabalho de parto;
- III – Informar à pessoa grávida sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor, incluindo o auxílio quanto à utilização de técnicas de respiração e vocalização para maior tranquilidade da mesma, bem como a utilização de massagens, banhos mornos e compressas mornas para alívio da dor;
- IV – Favorecer a manutenção de um ambiente tranquilo, acolhedor e com privacidade para a pessoa grávida;

o general Eduardo Pazuello, reconhecido por editar o protocolo de tratamento da COVID-19 incluindo a cloroquina (medicamento sem eficácia comprovada), além de ter adiado a compra de vacinas contra o vírus. Além disso, o ministro também editou uma portaria tornando obrigatório aos profissionais de saúde notificar a polícia casos de abortos decorrentes de estupro. A norma apontada dificultava a prática de aborto legal. De modo geral, é possível afirmar que o governo eleito naquele período era pouco receptivo à agenda política de cuidado e promoção de autonomia e respeito às mulheres e demais sujeitos que gestam.

V – Estimular a participação de acompanhante da escolha da pessoa grávida em todo o processo do trabalho de parto, parto e pós parto imediato. (BRASIL, Projeto de Lei nº8363/2017, de 23 de agosto de 2017)

O Projeto de Lei apresentou mudanças nos requisitos para a formação de doulas entre a versão inicial e as alterações feitas após as discussões internas do movimento de doulas e sua interação com os parlamentares, incluindo a relatoria da deputada Benedita da Silva. Inicialmente, a formação exigida deveria ser realizada em cursos livres, coordenados e ministrados por doulas, com a participação de outros profissionais convidados, totalizando no mínimo 180 horas. Após as revisões, o projeto substitutivo especifica que, no mínimo, 60% do corpo docente deve ser composto por doulas. Além disso, a carga horária mínima foi reduzida para 120 horas, com a justificativa de que essa carga é mais compatível com a média dos cursos já oferecidos, sem deixar de considerar o modelo de formação inicial e continuada orientado pelo Ministério da Educação — como o curso da Fiocruz, criado em 2018, que apresento no capítulo 3.

Entre proposta inicial e relatoria final apresentada, o artigo que traz o que é vetado às doulas sofreu pouca alteração. Antes, o artigo 9º§ trazia a listagem de práticas não autorizadas às doulas (como aferimento de pressão e exame de toque, por exemplo), após, passou a constar de forma mais generalista que ficava vetado às doulas a realização de procedimentos técnicos e clínicos exclusivos de profissões de saúde regulamentadas, conforme especificado na descrição de atividades da doula na CBO.

A redação final também traz diretrizes quanto à forma de cadastramento das doulas nos estabelecimentos de saúde e assegura que essa profissional não poderá ser impedida de acompanhar a gestante em caso de demora superior a 15 dias na análise dos documentos por parte da instituição. Outra novidade, proposta pelo movimento de doulas e incorporada ao texto do Projeto na relatoria, é a importância do Poder Executivo na formação e capacitação de doulas:

Art. 14. A formação e capacitação de Doulas serão regulamentadas por Ato do Poder Executivo, observados os parâmetros em vigor e acompanhamento das instituições de classe formadas por Doulas, exclusivamente.

§1º Fica autorizado o Poder Executivo a formação e capacitação de Doulas, desde que observados os parâmetros em vigor, o Artigo 5º, Parágrafo 1º desta Lei, e o acompanhamento das instituições de classe formadas por Doulas, exclusivamente.

Art. 15 A promoção de políticas voltadas para a atuação de Doulas na atenção básica de saúde, será regulamentada por Ato do Poder Executivo. (BRASIL Projeto de Lei nº8363/2017, de 23 de agosto de 2017)

Contudo, como já informado, o PL nº 8363 não chegou a avançar nas demais Comissões às quais foi atribuído. Em 2021, quando o outro PL foi apresentado ao Senado,

houve uma tentativa por parte da FENADOULASBR, por meio de um processo comparativo entre os Projetos, de incrementar os pontos ausentes neste segundo. A relatora do projeto considerou a relevância das observações trazidas pela organização e incorporou-as ao texto. Veremos no tópico a seguir, mais detidamente, a tramitação do atual PL que regulamenta a profissão de doula.

2.1.2 O atual Projeto em tramitação: PL 3946/2021

O Projeto de Lei nº 3946 de 2021, de autoria da Senadora Mailza Gomes (PP/AC), encontra-se atualmente tramitando em regime de prioridade na Câmara dos Deputados, tendo sido aprovado no Senado em março de 2022. Na Câmara dos Deputados, o PL 3945/21 já foi debatido e aprovado na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, Comissão de Trabalho e Comissão de Saúde, restando somente o parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania. Nesta última comissão, a atualização mais recente que se teve foi a designação da deputada Bia Kicis (PL/DF) como relatora do projeto em 17 de dezembro de 2024.

O texto do PL 3946/21, em comparação ao PL 8363/17, é mais sucinto e apresenta somente sete artigos. De forma resumida, os artigos trazem as seguintes disposições: Artigo 1º: Garante a liberdade do exercício da profissão de doula em todo o território nacional, sujeita à legislação vigente; Artigo 2º: Define doula como a profissional que oferece apoio físico, informacional e emocional à pessoa durante o ciclo gravídico-puerperal, com ênfase no parto; Artigo 3º: Estabelece os requisitos para o exercício da profissão, incluindo a necessidade de diploma de ensino médio e curso de qualificação com mínimo de 120 horas, revalidação de diplomas estrangeiros e experiência comprovada de três anos para doulas já atuantes; Artigo 4º: Lista as atribuições das doulas, como incentivo à busca de informações, apoio durante o parto, uso de técnicas não farmacológicas e suporte à amamentação; Artigo 5º: Garante que a escolha da doula seja livre para a gestante; Artigo 6º: Assegura a presença da doula em estabelecimentos de saúde, sem custo adicional para a gestante e sem obrigações financeiras para as instituições; Artigo 7º: Determina que a lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Analisando as diferenças entre o PL de 2017 e o atual, observa-se que este primeiro trazia critérios de formação e certificação mais detalhados, incluindo a necessidade de registro em associações para o devido exercício da doulagem e a disposição de que os cursos de doulagem deveriam ser coordenados por doulas e ter no mínimo 60% do corpo docente composto por essas profissionais. O PL anterior propunha também sanções tanto às doulas

que realizassem procedimentos não permitidos, como aferição de pressão ou exame de toque, quanto penalidades às instituições que violassem o direito à presença da doula. Contudo, durante o exame de constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa realizado pelos colegiados da Câmara, tais artigos foram considerados fora da incumbência legislativa do Congresso e por isso, quando o projeto proposto pela deputada Erika Kokay foi apensado ao PL atual, não foram incorporados ao texto de que trata a lei.

Algo de novo que o PL 3946/21 propõe em relação ao anterior é a inclusão das doulas em equipes de atenção básica, conforme o parágrafo 4 do artigo 6º. Essa proposta foi trazida enquanto emenda pela relatora Eliziane Gama (PSD/MA) na análise realizada no Senado e está em consonância às pautas defendidas pela FENADOULASBR. No relatório de análise do projeto inicial proposto por Mailza Gomes (PP/AC), a senadora Eliziane, além de votar pela aprovação do PL, apresentou três emendas a ele, inclusive a acima destacada.

A primeira emenda proposta pela senadora e relatora do projeto foi um aprimoramento do artigo 3º. Na versão inicial, era trazido o seguinte texto:

Art. 3º O exercício da profissão de doula é assegurado:
 I – aos portadores de diplomas de ensino médio oficial e **de formação profissional em nível médio – curso técnico em doulagem**;
 II – aos portadores de diplomas de ensino médio oficial e **de formação profissional em nível médio – curso técnico em doulagem**, expedido por instituições estrangeiras e revalidado no Brasil, de acordo com a legislação vigente;
 III – aos que, à data da publicação desta Lei, vinham exercendo, comprovadamente, **há mais de cinco anos**, a profissão de doula. (BRASIL, Projeto de Lei nº3946/2021, de 23 de março de 2022, grifos meus)

A emenda apresentada por Eliziane reformula o texto alterando a nomenclatura do curso em destaque para “curso de qualificação profissional específica em doulagem”, reduz a comprovação de exercício para três anos — no caso das doulas já atuantes sem curso de formação —, e determina que os cursos de que tratam o artigo devem ter no mínimo 120 horas de duração. Justificando essas propostas, a senadora argumenta que essas proposições acatam as demandas da Federação Nacional de Doulas do Brasil e visam garantir a necessária qualidade do processo formativo das doulas, sem que aquelas que não têm esta formação mínima, mas que têm habilidades técnicas consolidadas, não sejam prejudicadas durante a transição após a promulgação da lei.

A segunda emenda trazida pela relatora no Senado incorpora as sugestões do senador Romário (PL/RJ) e do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a fim de preservar as competências do fisioterapeuta na assistência ao parto e puerpério. Desse modo a redação do parágrafo único do artigo 4º passa a ser:

Parágrafo único. É vedado às doulas utilizar ou manusear equipamentos médico-assistenciais, realizar procedimentos médicos, **fisioterápicos** ou de

enfermagem, administrar medicamentos e interferir nos procedimentos técnicos dos profissionais de saúde. (BRASIL, Projeto de Lei nº3946/2021, de 23 de março de 2022)

A terceira e última emenda incorporada ao PL 3946/21 visa assegurar a presença das doulas em qualquer tipo de parto e no pós parto imediato, além da inclusão à equipe de atenção básica. Essa emenda também traz um novo parágrafo em que é reiterado que a doula não substitui a assistência prestada por outros profissionais da área da saúde. Em destaque, o que há de novo em relação à proposta inicial:

Art. 6º Fica assegurada a presença da doula nas maternidades, casas de parto e em outros estabelecimentos congêneres, das redes pública e privada, desde que solicitada pela pessoa grávida, durante **todo** o período de trabalho de parto e **pós parto imediato, em todos os tipos de parto**, inclusive em casos de intercorrências e de **situações de abortamento**.

.....

§ 4º A doula integrará as equipes de saúde da atenção básica.

§ 5º A atuação da doula não substitui o atendimento prestado por quaisquer dos profissionais de saúde participantes da assistência à gestante, à parturiente e à puérpera. (BRASIL, Projeto de Lei nº3946/2021, de 23 de março de 2022, grifos meus)

Após a aprovação no Senado em 2022, e já constando a incorporação das três emendas citadas, o texto do Projeto de Lei foi encaminhado à Câmara de Deputados e desde então está tramitando em regime de urgência nesta Casa. Até o momento, a única mudança proposta e aprovada enquanto emenda de texto ao PL foi a substituição da expressão “pessoa grávida” por “gestante”, ocorrida na Comissão de Saúde, a fim de uniformizar a redação sem prejudicar o objetivo do projeto.

Na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, houve uma proposta de mudança ao texto substituindo o termo “pessoa grávida” por “mulher”, por parte do deputado Diego Garcia (Republicanos/PR) em agosto de 2023. Na ocasião o deputado apresentou voto em separado, no qual propôs a emenda argumentando o seguinte:

O esforço por acelerar a aprovação de um Projeto de Lei evidentemente polêmico constitui, por si só, motivo bastante para preocupação. E é fato indiscutível que a transformação da doulagem em uma profissão legalmente reconhecida envolve questões complexas, **mas a maior preocupação é quanto à nomenclatura estranha presente no projeto**. Evidentemente a doula vai ajudar oferecendo apoio físico, informacional e emocional durante o ciclo gravídico-puerperal da mulher, e especialmente, durante o parto, visando à melhor evolução desse processo e ao bem-estar da gestante, parturiente e puérpera.

No entanto, o projeto simplesmente não fala em nenhum lugar sobre o que deveria ser seu principal objeto: a mulher. E digo mais, aparentemente esse projeto nem deveria estar aqui nessa comissão, que se chama Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. Se esse projeto não trata da mulher, deveria passar

apenas na comissão de saúde. (Deputado Diego Garcia, Apresentação de Voto em Separado²⁵, 2023, grifos meus)

A proposta do deputado tem relação direta com sua atuação parlamentar contra a “ideologia de gênero” e sublinha a noção de que somente mulheres podem gestar, negando, assim, a existência de pessoas transmasculinas que gestam e que também podem ser sujeitas desse cuidado. Inclusive, há que se destacar que o mesmo deputado também apresentou outras emendas de cunho similar ao primeiro projeto, o PL 8363/17. Sua atuação no Congresso, abertamente conservadora e alinhada à direita, tem como uma das principais pautas a criminalização do aborto, mesmo nos casos em que há respaldo da lei para que ocorra.

Em artigo recente, Raniery Teixeira e Flávia Biroli (2022) analisam as proposições apresentadas na Câmara de Deputados, entre 2012 e 2018, que acionam a noção de “ideologia de gênero” em reação à agenda de igualdade de gênero e diversidade sexual. Os autores apontam que o deputado Diego Garcia, filiado ao Partido Republicanos, esteve entre os parlamentares mais atuantes em defesa das pautas identificadas como “pró-família” e “pró-vida”, tendo assinado nove proposições relacionadas ao tema durante o período. O deputado, que é conhecido por ser integrante da Renovação Carismática Católica (RCC), é atualmente presidente da Frente Parlamentar em Defesa da Vida e da Família, além de ter sido relator de projetos como o Estatuto da Família e o Estatuto do Nascituro. Apesar disso, e de sua proposta de emenda que substituiu o termo “pessoa grávida” por “mulher”, o parlamentar votou de forma favorável ao PL 3946/21 na CMULHER.

Diferente dele, o deputado Dr. Flávio (PL/RJ), também crítico ao projeto, votou contra o PL em discussão na Comissão de Saúde. Durante a reunião de deliberação nesta comissão, o parlamentar confundiu este projeto com o de criminalização da violência obstétrica, o PL 2589/2015, o qual pedia para ser retirado de pauta. Em sua fala, defendeu que não há necessidade de “criar mais uma profissão” alegando que já há profissionais suficientes no centro obstétrico, além de ter questionado quem pagaria por esse “novo cargo”. Ao apontarem que, na realidade, estava sendo tratada a retirada de pauta do PL de criminalização da violência obstétrica, e não o da profissionalização das doulas, o deputado diz:

Desse eu discordo também em alguns itens. Discordo de algumas frases colocadas no projeto. **Às vezes o médico tem o direito de dizer que é ele que define a conduta. Aí se vai silenciar o obstetra na sala de parto?** Se ele não puder dizer, educadamente, que é ele que define a conduta... Porque às vezes a paciente chega exigindo cesariana. Eu acho que o obstetra tem o direito de dizer que quem define a conduta é ele, no momento certo. Não sou favorável a nenhum tipo de agressão, a

²⁵ Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2312847&filename=Tramitacao-PL%203946/2021. Acesso em Dezembro de 2024.

nenhum tipo de violência, mas ao médico poder se pronunciar, dizendo o momento certo de intervir cirurgicamente ou não. Nem toda resposta do médico é agressiva. Até a psicologia médica diz que você às vezes tem que ser um pouco mais incisivo. **A paciente, na hora do parto, não quer relaxar a perna, e você tem que dizer: “Abra a perninha, minha querida”. Às vezes tem que falar um pouco mais intensamente**, porque está naquele momento de surto. Então, o médico vai ficar muito sem condições de dialogar com a paciente, **porque por tudo ele pode ser processado**. (fala de Dr. Flávio em reunião deliberativa da Comissão da Saúde ocorrida em junho de 2024²⁶, grifos meus)

A fala do deputado evidencia o quanto as disputas por regulamentar a profissão de doula estão conectadas à tipificação da violência obstétrica enquanto conceito que abrange a manifestação de diversas formas de violência, como a física, psicológica, sexual, institucional e midiática. Essas disputas se encontram, sobretudo, na defesa da autonomia das mulheres e demais pessoas que gestam, e podem ser expressas a partir do direito de elaboração de um plano de parto individual que considere as escolhas e necessidades da pessoa gestante. Acredito que enquanto não houver uma ampla compreensão de que para essa autonomia ser garantida é necessária a descentralização dos médicos enquanto figuras que “fazem” o parto, falas como a exposta acima seguirão naturalizadas.

Justamente por questionar a centralidade do médico na cena de parto é que a regulamentação das doulas não costuma ser bem aceita entre alguns médicos. Não é coincidência que na Comissão de Saúde os dois únicos críticos ao projeto sejam doutores. O primeiro já mencionado, Dr. Flávio (PL/RJ), votou contra o PL, o segundo, Dr. Allan Garcês (PP/MA) apresentou voto em separado no qual propôs o aumento da carga horária mínima para 800 horas, argumentando que 120 horas seriam insuficientes para uma formação adequada. O deputado sugeriu também uma emenda ao texto do PL que acrescenta ao parágrafo do que é vetado às doulas a indicação de exames, expondo assim sua preocupação com a preservação do campo de saber e atuação profissional exclusiva à medicina.

Até o momento, o PL 3946/21 teve relatórios favoráveis aprovados nas três comissões em que passou, tendo como reladoras as deputadas Sâmia Bomfim (PSOL/SP) na CMULHER, Flávia Moraes (PDT/GO) na CTRAB e Jandira Feghali (PCdoB/RJ) na CSAÚDE. Essas três deputadas se alinham à esquerda política e têm reconhecida atuação parlamentar em defesa dos direitos das mulheres. Agora, o desafio que o projeto enfrenta é estar sob relatoria de uma parlamentar abertamente “bolsonarista” e de extrema direita, a deputada Bia Kicis (PL/DF), na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania. Bia Kicis é conhecida por defender pautas como o voto impresso, o “fim da censura do STF”, o

²⁶ Transcrição da reunião disponível em: <https://escriba.camara.leg.br/escriba-servicosweb/html/73091>. Acesso em dezembro de 2024.

movimento Escola Sem Partido e a desobrigatoriedade do uso de máscaras durante a pandemia de COVID-19.

Apesar do apelo às pautas conservadoras, inclusive a criminalização do aborto, a deputada Bia Kicis foi relatora do PL que institui a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno proposta pelos deputados Diego Garcia (Podemos/PR), anteriormente mencionado, e Greyce Elias (Avante/MG), e apresentou parecer favorável ao projeto. Há que se considerar, contudo, que apesar de ser um tema próximo, é menos sensível que o PL 3946/21, visto que este chega a assegurar a presença da doula também nas situações de abortamento legal. Nesse sentido, analiso que o desafio à aprovação do projeto nesta última comissão, e possível avanço para a sanção da lei pelo presidente Lula da Silva (PT), é a construção de consenso político em torno da necessidade de regulamentar uma profissão que já está presente nos hospitais e maternidades, garantindo a qualidade da formação ao mesmo tempo que resguardando o que é de competência exclusiva dos profissionais técnicos.

Desse modo, a estratégia política de associar a pauta de profissionalização das doulas ao ideário de maternidade, família e “humanização” — à medida em que este termo é mais diplomático e menos acusatório (Diniz, 2005) — pode coadunar políticos identificados como de centro e de direita no Congresso. Ainda que a defesa do movimento de doulas vise sim pautas entendidas como feministas, a adoção neste momento de um discurso mais moderado e com maior enfoque no que é consenso, como a defesa de nascimentos saudáveis, pode contribuir para um parecer favorável do Legislativo ao PL 3946/21. A seguir, apresento de modo mais detido como tem se dado os debates e a organização política dos movimentos de doulas em torno da regulamentação da profissão.

2.2 Organização política e luta do Movimento de Doulas

O início da organização política das doulas no Brasil remonta ao começo dos anos 2000, quando as primeiras iniciativas de formação e certificação de doulas ocorreram. Em Abril de 2003, as primeiras doulas brasileiras certificadas pela Doulas of North America (DONA), por intermédio da ReHuNa, criaram a Associação Nacional de Doulas (ANDO). Inspirada nos moldes da organização estadunidense, a ANDO atuava oferecendo cursos de formação e treinamento de doulas, tendo sido a primeira associação da categoria que se tem registro no país. Há que se destacar, inclusive, que o curso do Grupo de Apoio à Maternidade Ativa (GAMA), que analiso no capítulo 3, teve origem em 2003 com algumas doulas formadas por essa primeira turma da DONA. A ANDO, contudo, foi desfeita em 2009 devido

à dispersão geográfica de suas membras e à baixa adesão de novas associadas, conforme relata Lucía Stajano (Fonseca *et al apud* Stajano, 2017).

À medida que o número de doulas no país foi crescendo, com seu trabalho ficando conhecido nos centros urbanos e havendo tensões e impedimentos no acesso aos hospitais e maternidades, tornou-se evidente entre algumas doulas a necessidade de um movimento específico que fosse capaz de representar os interesses da categoria. Embora o movimento pela humanização do parto compartilhasse pautas importantes, como o combate à violência obstétrica, ele não poderia defender de forma exclusiva e dedicada as demandas específicas das doulas. Essa percepção levou à criação de associações municipais e estaduais, culminando, por fim, na fundação de uma federação nacional.

A criação da FENADOULASBR foi deliberada então durante a 3ª CONADOULA, realizada em 2017. Formalizada oficialmente em 2018, com a constituição de seu estatuto, a Federação Nacional de Doulas do Brasil passou a reunir diversas associações filiadas em todo o território nacional. Essas associações, organizadas regionalmente, têm atuado fortalecendo a articulação das doulas e consolidando um espaço político e social dedicado exclusivamente às suas pautas, em especial, à luta pela regulamentação da profissão e acesso às instituições de saúde e salas de parto enquanto uma trabalhadora qualificada para tal.

A doula Juliana Pinto, uma das fundadoras da Associação de Doulas do Rio de Janeiro (AdoulasRJ), destaca que a auto organização das doulas, e a consequente criação da associação, foi fundamental para garantir o acesso das doulas aos hospitais, especialmente após a resistência enfrentada por resoluções médicas. No caso do Rio de Janeiro, houve uma resolução do CREMERJ em 2016 que vetava a presença das doulas nas salas de parto, sob alegação de não serem profissionais formadas na área da saúde. Como Juliana conta, as doulas do estado se organizaram através de um lobby político para pressionar os deputados a barrarem a resolução na ALERJ:

Fomos batendo de porta em porta nos gabinetes dos deputados, explicando o que a doula faz, o motivo dela ser importante no cenário obstétrico, a realidade da assistência ao parto no Brasil e aí o movimento se formou mesmo. Conseguimos derrubar a resolução, aprovar a lei e fundar a associação (Fonseca *et al apud* Pinto, 2017).

A respeito da relação com o movimento de humanização do parto, Juliana ressalta que embora inicialmente fossem mais inseridas nele, foi essencial as doulas se organizarem de forma autônoma em busca de suas pautas específicas, não mais ficando em segundo plano:

O que percebo é que as doulas estavam mais inseridas no movimento de humanização do parto e nascimento com diversos profissionais, da área da saúde e outras. (...) Começamos a nos perceber como um dos atores do cenário obstétrico e que não podíamos ficar em segundo plano. (...) Citando o Rio de Janeiro, e acredito

que o caso seja reflexo do Brasil, como fomos só nós as impedidas de entrar nas maternidades pela resolução do Cremerj no ano passado, não veio ninguém da humanização do parto (movimento) lutar pela gente. Se não fosse a nossa luta estaríamos impedidas até hoje. (Fonseca *et al apud* Pinto, 2017)

2.2.1 A FENADOULASBR

A criação da Federação Nacional de Doulas do Brasil foi um marco na organização política da categoria no país, representando um passo significativo na busca por reconhecimento das doulas enquanto profissionais competentes e legítimas ao cuidado obstétrico. Sua origem está diretamente ligada à crescente articulação de associações estaduais e municipais, que passaram a se estruturar para promover o fortalecimento da categoria, a garantia de acesso aos hospitais e maternidades, e a regulamentação da profissão.

Após a extinta ANDO, as primeiras associações locais de doulas criadas foram a Associação de Doulas de São Paulo (ADOSP)²⁷, em 2012; a Associação de Doulas do Distrito Federal (ADDF)²⁸, oficializada em 2015, porém atuante desde 2013 enquanto Grupo Gestor²⁹; a Associação de Doulas da Paraíba (ADPB)³⁰ também fundada em 2015; e a Associação de Doulas de Santa Catarina (ADOSC)³¹, criada em 2016. Hoje, a FENADOULASBR conta com as seguintes entidades filiadas: Associação de Doulas de Alagoas (ADOAL), Associação de Doulas de Goiás (ADOULAGO), Associação de Doulas do Paraná (ADOUPAR), Associação de Doulas de Juiz de Fora (ADJF), Associação de Doulas do Mato Grosso (ADoMaTo), Associação de Doulas do Mato Grosso do Sul (ADOMS), Associação de Doulas de Pernambuco (ADOPE), Associação de Doulas da Paraíba (ADPB), Associação de Doulas do Estado do Rio de Janeiro (ADOULASRJ), Associação de Doulas do Rio Grande do Sul (ADOSUL), Associação de Doulas de Santa Catarina (ADOSC), Associação de Doulas de São Paulo (ADOSP), Associação de Doulas do Espírito Santo (ADOULES) e Associação Sergipana de Doulas (ASDOULAS). Além das filiadas, há outras associações não filiadas que também contribuem para a consolidação da categoria.

A FENADOULASBR tem como missão:

(...) agregar, representar, defender e apoiar entidades filiadas que tem por missão fortalecer o protagonismo da pessoa no ciclo gravídico puerperal, a partir do acesso a informações de qualidade e atendimento humanizado, respeitoso e digno,

²⁷ Site da ADOSP: <https://www.adosp.com.br/>. Acesso em 19 de Dezembro de 2024.

²⁸ Página do Instagram da ADFD: <https://www.instagram.com/addfdoulasdf/>. Acesso em 19 de Dezembro de 2024.

²⁹ A ADFD encerrou suas atividades no fim de 2020, porém há na região a Associação de Doulas do Distrito Federal e Entorno (ASDOULASRIDE).

³⁰ Site da ADPB: <https://doulaspb.org.br/pagina.php?t=20>. Acesso em 19 de Dezembro de 2024.

³¹ Site da ADOSC: <https://adosc.com.br/>. Acesso em 19 de Dezembro de 2024.

consolidando a atuação das Doulas no território nacional. (trecho extraído do site da FENADOULASBR³²)

Entre os principais interesses defendidos pela FENADOULASBR estão a regulamentação da profissão de doula e a sua inserção no SUS. A profissionalização visa criar condições para que as doulas possam exercer seu papel de forma regulamentada, tendo a garantia de acesso aos hospitais e a qualificação dos cursos de formação. Já a inserção no SUS, busca democratizar o acesso ao acompanhamento das doulas, garantindo que as pessoas gestantes que utilizam o sistema público de saúde também possam se beneficiar de seu trabalho.

A organização política da FENADOULASBR se estrutura em torno de várias frentes de atuação, destacando-se as Convenções Nacionais de Doulas como espaço principal para deliberações coletivas. Desde sua criação, a CONADOULA tem servido como plataforma para debates sobre formação, regulamentação e desafios enfrentados pela categoria. As deliberações realizadas nesses encontros são fundamentais para orientar as ações da Federação. Outra frente importante são as participações nas audiências públicas para discussão do PL voltado à regulamentação da profissão. Em diferentes momentos, a FENADOULASBR esteve presente em audiências realizadas no Congresso Nacional, apresentando estudos, documentos e testemunhos que destacam a relevância do trabalho das doulas.

Por fim, a Federação tem liderado a elaboração de documentos coletivos que orientam a atuação das doulas em diferentes contextos. Entre eles, destacam-se os documentos norteadores sobre formação e ética profissional, que foram amplamente debatidos e aprovados pelas associações filiadas. Essas iniciativas reforçam o compromisso da FENADOULASBR em estabelecer padrões de qualidade e promover a unidade da categoria em nível nacional. Nos tópicos a seguir trago de forma mais detida as discussões e recomendações que ambos documentos citados suscitam.

2.2.2 A formação de doulas defendida pela FENADOULASBR

Desde sua instituição, a FENADOULASBR tem promovido um extenso debate sobre a formação profissional de doulas, especialmente no que se refere ao currículo, profissionais docentes, escolaridade mínima exigida e carga horária dos cursos de formação. Dentre esses, a escolaridade e a carga horária aparecem como temas centrais nas discussões realizadas nas

³² Disponível em: <https://fenadoulasbr.com.br/>. Acesso em: dezembro de 2024.

convenções nacionais e nas audiências públicas onde se debateu a regulamentação da profissão. Como já abordado, o PL nº 3946/21, exige que a profissional doula tenha Ensino Médio completo e certificação em curso de doulagem de 120 horas, no mínimo. No entanto, tais requisitos não são consenso entre as doulas, sendo oportuno analisar as diferentes perspectivas do movimento de doulas.

Inicialmente, é preciso destacar que, como em qualquer movimento social e político, as opiniões dos seus agentes podem ser divergentes. A FENADOULASBR integra várias associações filiadas do país, sendo parte de um processo esperado que nem sempre as posições de suas associadas sejam consenso. Por esse motivo, o próprio estatuto da organização prevê que sejam realizadas votações em assembleias deliberativas a fim de garantir uma participação democrática das associadas. Dito isso, um ponto de discussão crítico entre as doulas organizadas diz respeito à escolaridade mínima. Essa questão foi discutida no CONADOULA de 2021, realizado online, e após votação foi deliberado pela exigência de Ensino Médio.

A posição das doulas que apoiam a exigência do Ensino Médio, e que é também a posição da FENADOULASBR após votação, é de que esse requisito visa não apenas garantir que as profissionais possuam uma base educacional compatível com os conteúdos do curso, que envolvem noções fisiológicas e de saúde, mas também assegurar condições mais favoráveis de inserção no mercado de trabalho. A presidenta da Federação trouxe a questão da vinculação a pisos salariais mais justos durante sua fala na audiência pública que discutiu o PL, em 2023:

Quando nós reivindicamos a posição de ensino médio, isso tem muito mais a ver com a relação de faixa salarial, porque nós defendemos uma profissão que não seja precarizada ou vulnerabilizada ainda mais. Isso significa que quando há uma lei de piso salarial, o nível de escolaridade a que essa profissão está vinculada determina, por exemplo, qual o piso salarial que essa profissão vai receber. Hoje, o que existe é uma profissão que trabalha quase de graça. Vejam a renda das doulas. São Paulo é um lugar melhorzinho, mas a grande parte ali, gente, é quem ganha pouco, não é quem ganha bem³³. (fala de Morgana Eneile na Audiência Pública da CMULHER ocorrida em maio de 2023)

Do outro lado, o argumento das doulas que discordam da exigência de Ensino Médio aborda a preocupação com o acesso das mulheres mais pobres e com menor grau de escolaridade aos cursos de doula. A presidente da ADDE, Marilda Castro, em sua intervenção na mesma audiência pública, destacou: “Temo que essa exigência acabe afastando mulheres

³³ Em São Paulo, de acordo com a pesquisa que Morgana cita, “Mapeamento de Doulas”, mais da metade das doulas que responderam tem remuneração de até 1500 reais pelo atendimento. Somente 18% das doulas do estado se sustentam exclusivamente com o que ganham como doula. Nos outros estados esse número é ainda menor: em Santa Catarina 11%, no Mato Grosso e Rio de Janeiro 7%, e na Paraíba 3%.

que, mesmo sem o Ensino Médio, possuem uma vasta experiência e potencial para atuar como doulas, especialmente em comunidades vulneráveis”. Em sua fala, ela narrou também sobre sua experiência nos cursos de formação de doulas do Instituto Federal de Goiás (IFG) e Instituto Federal de Brasília (IFB), enfatizando que ambos os cursos têm como requisito apenas “saber ler e escrever e ter mais de 18 anos”.

Nessa mesma discussão, a presidenta da FENADOULASBR, Morgana Eneile, trouxe um argumento baseado em pesquisa amostral para sustentar a posição da organização. Citando um estudo realizado pela FIOCRUZ, ela apontou que “a maioria das doulas em atuação no país já possui o Ensino Médio, o que indica que essa exigência é compatível com a realidade da categoria e pode contribuir para a valorização profissional”. A pesquisa mencionada é o “Mapeamento de doulas”, realizado entre 2019 e 2021 com doulas dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Paraíba e Santa Catarina. A pesquisa obteve 785 respostas ao questionário socioeconômico, dentre as quais 69% apontaram ter Ensino Superior completo, sendo que somente 1% não completou o Ensino Médio³⁴.

Quanto à carga horária dos cursos de formação, a recomendação da FENADOULASBR em seu “Documento Norteador sobre a Formação de Doulas” é de que os cursos tenham, pelo menos, 120 horas de duração, distribuídas entre conteúdos teóricos, práticos e vivenciais. Essa carga horária foi amplamente debatida nas convenções nacionais e audiências públicas, sendo considerada o padrão mínimo necessário para garantir uma formação que prepare adequadamente as profissionais para os desafios da prática.

De acordo com o documento, os cursos também devem incluir estágios supervisionados que correspondam, no mínimo, a 20% da carga horária total. Essa experiência supervisionada é vista como essencial para que as doulas em formação adquiram habilidades práticas em situações reais de atendimento. Ainda, a federação destaca que estágio supervisionado e voluntariado não devem se confundir, sendo que a posição da organização é de que o voluntariado aconteça somente em instituições públicas e de preferência em projetos coordenados por doulas. Quanto à flexibilidade no formato dos cursos – presencial, online ou híbrido –, ela é aceita desde que sejam respeitadas as proporções mínimas de interações síncronas e práticas presenciais.

A proposta pedagógica dos cursos de formação também é um elemento fundamental das recomendações expressas no documento. A entidade enfatiza que os currículos devem

³⁴ Dados disponíveis em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/ser-doula-e> e <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/GERAL%20Retratos%20das%20Doulas.pdf>. Acesso em: 10 de Dezembro de 2024.

integrar perspectivas feministas, antirracistas e de educação popular, refletindo a diversidade e o compromisso social do movimento de doulas. Além disso, é recomendada a abordagem de temáticas como racismo obstétrico, relações de gênero e violências institucionais, que são essenciais para preparar as doulas para lidar com as desigualdades estruturais que permeiam o atendimento à saúde materna no Brasil. A ementa dos cursos deve incluir também temas como: políticas públicas, história e organização do SUS, ativismo e noções de cidadania e participação social. O objetivo é que a profissional que se forme assuma uma posição crítica quanto à sua atuação e à inserção de doulas no SUS.

Por fim, o documento traz recomendações quanto à equipe de docência e coordenação dos cursos. Quanto às docentes, é esperado que no mínimo 60% sejam doulas sem formação nas áreas de medicina, enfermagem e/ou obstetrícia, e que tenham pelo menos dois anos de experiência atuando em qualquer etapa do ciclo gravídico-puerperal. Já a coordenação, deve ser restrita às mulheres ou pessoas com útero que atuem como doula há no mínimo três anos e que tenham formação em nível superior e/ou notório saber. A coordenação também pode ser composta por profissionais não doulas, desde que tenham experiência na área de gestão de trabalho em saúde e educação profissional. A Federação recomenda ainda que a equipe de coordenação seja composta por pessoas que participem das convenções da categoria e que, de preferência, tenham atuação no âmbito dos movimentos sociais, da educação popular em saúde e/ou no SUS.

As discussões e recomendações em torno dos pontos mencionados ilustram a complexidade de equilibrar inclusão social, reconhecimento profissional e garantia de qualidade no atendimento. Ao abordar essas questões de forma colaborativa e atenta às demandas das associadas, a FENADOULASBR reafirma seu papel em prol da profissionalização da categoria, da qualificação da formação e da inserção das doulas no SUS como um compromisso social e político do movimento.

2.2.3 A ética da doula

Lançado em 2024, o “Documento Norteador sobre Ética na Atuação de Doulas” reúne recomendações discutidas e aprovadas pelas CONADOULA de 2021, 2023 e 2024, e diretrizes da “Nota Técnica Informativa sobre Dupla Função” também emitida pela federação. O documento elenca onze tópicos, passando pelos seguintes temas: contrato de prestação de serviços, autonomia da doula, limites entre informar e tutelar, realização de procedimentos técnicos, ética no uso de canais de comunicação, exercício de dupla função, entre outros.

Logo no primeiro tópico, “Sobre os compromissos fundamentais nas relações humanas”, é abordado o respeito à autonomia e à diversidade humana. De acordo com o documento, as doulas devem garantir que as crenças, culturas, religiões e posições de cada pessoa sejam respeitadas, promovendo um atendimento inclusivo e livre de discriminação. A recomendação está em consonância com o estatuto de criação da federação, que também aborda a necessidade de um acompanhamento livre de preconceitos de raça, gênero, classe social, orientação sexual etc., e de uma ampliação e qualificação da assistência obstétrica que englobe mulheres lésbicas, bissexuais e homens trans.

No segundo tópico, que versa sobre os contratos de trabalho, é recomendado que a relação profissional entre doula e gestante seja formalizada por meio de contratos escritos. Esse documento deve especificar o escopo dos serviços oferecidos, as responsabilidades de ambas as partes, valores e formas de pagamento. Deve também abordar situações como substituições (doula backup), protocolos de saúde em casos de doenças infecciosas e limitações impostas por instituições de saúde. Desse modo, o contrato de prestação de serviço visa assegurar transparência e maior segurança para todos os envolvidos.

A autonomia profissional é tema do terceiro tópico, sendo entendida como um princípio central na ética das doulas. Segundo a organização, é fundamental que a prática de trabalho das doulas seja independente e livre de subordinação a outros profissionais da saúde. Nesse sentido, vínculos exclusivos com instituições ou equipes — um modelo conhecido como “parceria” ou “doula de equipe” —, podem comprometer a imparcialidade e a credibilidade da doula, sendo, portanto, desaconselhados. A FENADOULASBR aconselha também que a relação com outros profissionais seja pautada pelo respeito mútuo, sempre priorizando o bem-estar e os direitos da pessoa atendida.

No quarto tópico é trazida a questão do limite entre informar e tutelar. De acordo com a Federação, cabe à doula fornecer informações precisas e abrangentes sobre o ciclo gravídico-puerperal, ampliando as perspectivas da pessoa gestante sobre suas escolhas, mas sem ultrapassar o limite de decidir por ela. Decisões como a escolha do local de parto, da equipe assistencial e a elaboração do plano de parto são intransferíveis e devem ser feitas exclusivamente pela gestante, de acordo com suas expectativas e possibilidades. A doula, nesse contexto, atua como uma espécie de facilitadora, garantindo que a pessoa gestante tenha acesso às informações necessárias para exercer sua autonomia e protagonismo.

Outra diretriz da organização diz respeito à recusa de realização de procedimentos técnicos. De acordo com a FENADOULASBR, não cabe às doulas realizar procedimentos técnicos de assistência ao parto ou interferir na conduta técnica dos demais profissionais,

mesmo nos casos em que julgá-la em desacordo com as evidências científicas. Em casos de condutas inadequadas por parte dos outros profissionais, a recomendação é que a doula priorize comunicar à parturiente e acompanhante, pois são essas pessoas que têm o direito de questionar a conduta médica. Nesse trecho, o documento traz uma advertência que dialoga com alguns conflitos narrados por minhas interlocutoras:

Não cabe a doula julgar ou atribuir sentido, qualquer que seja, às experiências de suas clientes. Se a doula presenciar qualquer tipo de violência ou conduta inadequada poderá, caso solicitado pela cliente, testemunhar o ocorrido e orientar sobre canais de denúncia. (FENADOULASBR, 2024b)

No que tange o uso de mídias digitais, as doulas devem garantir a privacidade e a dignidade das pessoas atendidas. A exposição de informações ou imagens deve ser criteriosa e respeitar a legislação vigente, como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). A recomendação da Federação é que os conteúdos informativos sejam originais ou utilizados com devida autorização e créditos, promovendo uma prática ética e transparente que fortaleça a confiança no trabalho das doulas.

Por fim, o documento enfatiza que a prática de “venda casada” na atuação das doulas é considerada antiética e deve ser evitada. A FENADOULASBR alerta também para o conflito ético e técnico que pode surgir quando a doula acumula sua função com outras atividades da área da saúde, como fisioterapia, enfermagem ou psicologia. Essa prática pode comprometer o suporte contínuo característico do trabalho da doula e desviar o foco de sua atuação específica, que é o apoio emocional, físico e informacional. Para evitar essas situações, o documento recomenda que doulas com outras profissões na área da saúde sigam as orientações e os códigos de ética de seus respectivos conselhos reguladores.

Capítulo 3. A identidade profissional de doula

Enquanto fenômeno contemporâneo, a profissionalização do trabalho de doulas é um campo de disputas vivo e dinâmico. A fim de debater este fenômeno, olhando especificamente para a categoria profissional que está se criando, busco responder neste capítulo a seguinte questão: como se constroi a identidade profissional de doula? Para isso, escolhi apresentar de modo mais detido as histórias de Amanda, Drica, Dandara, Maitê e Dhiego. Por meio delas, é possível apreender os tensionamentos entre a naturalização do cuidado envolvido na doulagem e da necessidade do aprendizado técnico para cuidar. Esse tensionamento é revelador dos discursos e práticas que essencializam gênero e, em consequência, as competências e habilidades de cuidar ao mesmo tempo em que reconhecem a necessidade de um aprendizado técnico e, portanto, da aquisição de competências e habilidades para estarem aptas ao cuidado.

Nesse sentido, as elaborações de minhas interlocutoras e meu interlocutor sobre o trabalho da doulagem dialogam com o que foi discutido até agora nos Capítulos 1 e 2, sobre conhecimento e gênero, de um lado, e as disputas em torno da profissionalização da doulagem, de outro. A fim de analisar essas dimensões, trago brevemente os debates teóricos da sociologia do trabalho e gênero e dos estudos do cuidado dialogando-os com as narrativas das pessoas entrevistadas e dos cursos de formação de doulas. As discussões teóricas sedimentam a presente pesquisa e inserem a atuação dessas profissionais em um contexto mais amplo, no qual o cuidado é entendido enquanto trabalho e um importante articulador das relações de gênero.

Ao abordar os cursos de formação de doula, discuto sobre o papel das experiências de parto das próprias doulas e como repercutem no desejo em procurar por essa atuação. Como vem sendo apontado, e as pesquisas de Ferreira Jr. e Barros (2016), Castello (2016) e Silva (2017) reforçam, é recorrente o caso das doulas que escolhem essa formação após vivenciarem uma experiência negativa de parto. Há também aquelas que decidem se formar doula justamente por terem uma vivência de gestação e parto muito positiva apoiada por uma doula. Ambas as posições expressam o reconhecimento da necessidade de mudança do paradigma obstétrico e refletem a busca das doulas por apoiar outras pessoas gestantes no contexto da assistência ao parto.

Refletindo sobre essa forma de cuidado e suas especificidades, argumento que ela é marcada, sobretudo, por seu caráter relacional e produtor de autonomia. Relacional, pois, é pautado na construção do vínculo de afeto, confiança e intimidade entre doula e pessoa

gestante, não havendo uma hierarquia ou determinação única de quem cuida, quem é cuidada. Nesse sentido, as falas de algumas doulas entrevistadas expõem que o cuidado em doulagem passa também por se permitir ser cuidada, e que se abrir à vulnerabilidade e aos atravessamentos pode até mesmo ser um caminho para a cura de traumas relacionados às suas próprias experiências de parto. O cuidado da doula é também produtor de autonomia, pois se fundamenta em práticas e informações que incentivam a gestante a ser “dona” de seu próprio parto, deslocando assim a centralidade da figura do médico. Dessa forma, ao contrário de outros trabalhos de cuidado marcados pelo viés da dependência, o cuidado oferecido pela doula surge como promotor da emancipação e respeito às escolhas da pessoa gestante.

Essa defesa pela autonomia e centralidade da parturiente marca o trabalho da doula e imprime contornos políticos à profissão. Nesse sentido, aponto que o exercício da doulagem carrega em si a particularidade de estar necessariamente atrelado à disputa por uma outra forma de cuidado obstétrico, diferente do modelo biomédico e tecnocrático. Por esse motivo, elenco o ativismo em prol da humanização do parto enquanto categoria de análise da identidade profissional das doulas, pensando o quanto a militância política conforma a profissionalização dessa ocupação. Assim, as narrativas e trajetórias das pessoas entrevistadas são aqui trazidas para refletir e provocar a respeito dos tensionamentos dessa profissão que nasce em si contra hegemônica.

3.1 Debates teóricos do cuidado

A linha argumentativa a ser percorrida tem início nos debates econômicos sobre o conceito de *homo economicus*, uma figura criada pela teoria neoclássica para representar o comportamento dos indivíduos no mercado. Esse personagem androcêntrico, supostamente racional e autônomo, e que age sem depender de ninguém e sem que outros dependam de si, não é de fato explicativo ao ser confrontado com a materialidade da vida cotidiana (Grecco, 2018). Ao focar exclusivamente na racionalidade do mercado, o *homo economicus* ignora aspectos fundamentais da experiência humana, como cuidado, dependência e fragilidade, evidenciando a impossibilidade de abordar a economia sem considerar as relações sociais que lhe dão forma.

Essa limitação explicativa do *homo economicus* nos faz retornar aos debates das Ciências Sociais para examinar o conceito de cuidado, que tem sido encarado de diversas formas ao longo das últimas décadas. Em um primeiro momento, nos anos 1980, as pesquisas precursoras do que posteriormente denominou-se chamar estudos do *care*, se orientaram por

focalizar o sujeito provedor de cuidado. Esses estudos partiam de uma ideia de cuidado enquanto relação unidirecional entre o par “cuidadora ativa” e “indivíduo cuidado passivo”.

É nesta mesma década em que Carol Gilligan (1982) escreve “Uma voz diferente: Psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta”, no qual defende a valorização da ética do cuidado feminina frente à ética da justiça típica dos homens. A contribuição da obra de Gilligan reside em transformar o que seria um marcador de inferioridade, o cuidado, em um valor central para nossa sociedade, ancorando sua análise à ideia do feminismo da diferença, tão em voga nas disputas igualdade *versus* diferença do movimento feminista daquele período.

Contudo, a relação que Gilligan estabelece entre gênero e cuidado é um tanto mecanicista ao considerar que mulheres são sujeitos naturalmente cuidadores. Essa essencialização de gênero é criticada por autoras como Joan Tronto (1993) e Pascale Molinier (2012), para as quais não há uma “voz diferente” de mulheres, mas sim de todos aqueles que têm sua experiência marcada por atividades de cuidado a outras pessoas. Desse modo, procurando politizar a origem das tarefas de cuidado, Molinier argumenta que:

[...] a ética do *care* não emana somente das mulheres nem de todas as mulheres. Trata-se aqui de um ponto importante, pois ele desnaturaliza duplamente aquela voz diferente, primeiramente situando o seu surgimento não numa pretensa natureza biológica (das mulheres), mas numa atividade, o trabalho doméstico e de *care* e também operando divisões sociais no grupo de mulheres. (Molinier, 2012, p. 29).

Ao situar a ética do *care* no trabalho doméstico, as discussões que ganharam ênfase entre as décadas de 1980 e 1990 apontam para uma passagem que desloca a chave de compreensão do cuidado, até então discutido como “importante disposição ética para exercício de determinadas funções”, para o entendimento deste enquanto trabalho. Como precursoras teóricas destes estudos, podemos dizer que as feministas materialistas francesas das décadas de 1960 e 1970 tiveram um papel fundamental ao destacar a importância dos trabalhos domésticos para o processo de acumulação do capital. Essas feministas buscavam implodir a divisão entre esferas da produção e reprodução enquanto categorias heurísticas, procurando de tal modo complexificar a análise de como esses mundos (até então vistos como distintos) se articulavam e borravam um ao outro.

Assim, a compreensão do cuidado enquanto competência construída pelo trabalho doméstico e, ainda, o alargamento desta categoria a fim de englobar as atividades de reprodução da vida, ocorrem principalmente ao longo da década de 1990 e vem se construindo nos últimos anos. As pesquisas mais recentes têm buscado também reposicionar o cuidado dentro de uma cadeia global de trabalho, pensando, portanto, seu complexo processo

de mercantilização (Guimarães, 2016) e colocando em debate questões como envelhecimento e imigração (Debert, 2016) e trabalho de babás e mães de aluguel (Hochschild, 2012), por exemplo.

Na mesma direção destes estudos, está a definição de cuidado apresentada por Danièle Kergoat no colóquio internacional “Teorias e Práticas do Cuidado”, realizado em 2013, em Paris:

O cuidado não é apenas uma atitude de atenção, é um trabalho que abrange um conjunto de atividades materiais e de relações que consistem em oferecer uma resposta concreta às necessidades dos outros. Assim, podemos defini-lo como uma relação de serviço, apoio e assistência, remunerada ou não, que implica um sentido de responsabilidade em relação à vida e ao bem-estar de outrem. (Kergoat, 2016, p. 17).

Afirmar que o cuidado não é só uma atitude de atenção, ou algo “feito por amor”, mas antes de tudo um trabalho, como as autoras mencionadas compreendem, têm importantes implicações teóricas e práticas. Ao reconhecer as tarefas domésticas e reprodutivas - tradicionalmente delegadas às mulheres - enquanto trabalho, o que se declara é que uma parcela considerável de trabalho tem sido realizada por um grupo específico sem que haja devida valorização e, muitas vezes, sequer remuneração. Afinal, se alguém não realiza as tarefas de cuidado, quem garante a existência e reprodução de força de trabalho?

Neste sentido, como analisa a economista Cristina Carrasco (2003), é preciso reconhecer que sem os trabalhos de subsistência humana o sistema capitalista não se mantém como tal. Constatar que o trabalho de cuidado das mulheres — e todos os demais sujeitos que têm sua vida marcada pelas tarefas de reprodução — tem sido particularmente explorado exige um passo seguinte, qual seja, o de tentar compreender como se dá o engendramento de tais relações de trabalho dentro do capitalismo. Pois, como Cinzia Arruzza (2015) analisa, a engenhosidade deste sistema não é apenas explorar mais valia de uma classe trabalhadora supostamente homogênea, é, principalmente, se beneficiar de toda e qualquer relação social de desigualdade. Como a pesquisadora reforça, capitalismo e patriarcado não são sistemas separados, mas sim uma unidade intrínseca.

Olhando para a relação entre trabalhos de reprodução e produção da vida, Cristina Carrasco (2003) questiona também que tipo de racionalidade é essa atribuída ao trabalho realizado fora do lar. A partir da ótica da economia feminista, a autora observa que a fim de compatibilizar os tempos de trabalho pago e não pago, as famílias começam a taylorizar o tempo de trabalho doméstico. Ou seja, embora o trabalho de cuidado da vida humana não seja

“contado” enquanto horas de trabalho³⁵, ele não está dissociado do trabalho pago e também se utiliza de técnicas de gerenciamento de modo a ser mais produtivo. Esse trabalho que não é contado, e que costuma ser realizado gratuitamente por mulheres, permanece invisível.

Carrasco expõe que essa invisibilização não está no trabalho doméstico em si, mas na relação que ele mantém com a produção capitalista. Deste modo, ela argumenta que o cuidado da vida humana é o nexos entre o trabalho doméstico não pago e a produção mercantil. Em outras palavras, o trabalho doméstico gratuito não só é necessário à produção capitalista, mas é justamente o que viabiliza a reprodução da força de trabalho e manutenção mercantil, como a economista escreve:

Mas o processo de inserção das mulheres no mercado de trabalho significa sua inserção em um mundo definido e construído por e para os homens. **Um mundo – mercantil – que só pode funcionar como o faz porque se apoia e depende do trabalho familiar, que requer liberdade de tempos e espaços, isto é, exige a presença de alguém na casa que faça as atividades básicas para a vida.** Nesse sentido, o modelo masculino de participação no mercado de trabalho não pode ser generalizado. Se as mulheres o imitassem, quem cuidaria da vida humana com toda a dedicação que isso implica?” (Carrasco, 2003, p. 27, grifos meus.)

Se o trabalho com vistas à sustentabilidade da vida humana é o que cria condições para a existência do modo de produção capitalista, por consequência, a família passa a ser a unidade econômica fundamental deste sistema. Desloca-se, então, a chave de interpretação segundo a qual a família estaria subordinada ao modo de produção econômica. Nesse sentido, a inversão de paradigma proposta por Carrasco é a lógica da cultura do lucro sob a lógica da cultura do cuidado.

Inverter essas lógicas significa, sobretudo, reposicionar a centralidade do cuidado da vida humana para a continuidade sustentável de nossa existência. Implica também, como reflito, que a disputa não seja apenas por transformar o cuidado em trabalho assalariado, pois da forma com que isso tem se dado, na economia capitalista, os empregos vinculados ao cuidar seguem destinados às mulheres e outras minorias políticas, e particularmente precarizados dentro de uma dinâmica global que envolve migrações não muito distantes das rotas do comércio colonial. O ponto é: enquanto o cuidado não se tratar de um bem socialmente provido pelo Estado e igualmente distribuído entre os indivíduos, continuará vigorando o paradoxo “tudo muda, mas nada muda” com que se expressa a plasticidade da divisão sexual do trabalho.

³⁵ Na década de 60, o principal problema ao pensar o trabalho doméstico era a dificuldade em quantificá-lo. De lá para cá, inúmeras pesquisas de usos do tempo foram realizadas, com destaque para a recente pesquisa de Hildete Melo e Lucilene Morandi: “Mensurar o trabalho não pago no Brasil: uma proposta metodológica” de 2021, na qual propõem um indicador social do trabalho não pago vinculado às tarefas domésticas e de cuidados a ser incorporado às Contas Nacionais.

Neste sentido, torna-se imprescindível uma análise sociológica do trabalho que leve em conta que a esfera do cuidado e da intimidade não estão apartadas da economia. Conforme argumenta a socióloga Viviana Zelizer (2000), a atividade econômica é constantemente acionada ao se negociar laços íntimos. Isso faz com que os fenômenos econômicos, como o dinheiro, estejam em interdependência com as estruturas de relações sociais presentes nas sociedades ao longo da história.

Acredito que o trabalho da doula pode contribuir para expor esse nó entre intimidade e dinheiro. Como analisa Giovana Tempesta (2018), a partir do conceito de “vinculamento” de Latour, parte central da doulagem envolve construir um vinculamento de afeto e confiança com a pessoa gestante. Como observado em meu trabalho de campo, essa dimensão afetiva é um tanto complexa, ora sendo explorada de modo a desvalorizar o trabalho da doula, ora sendo acionada justamente para distingui-lo e exaltá-lo perante outras funções.

Uma ideia recorrente que expõe essa ambiguidade é a de “doular por amor”. Ainda que a profissão de doula esteja em processo de regulamentação pelo Estado, como analisado no capítulo anterior, há a necessidade de afirmar que se trata de um cuidado que é trabalho, e que deve ser remunerado. Mesmo que a dimensão afetiva seja parte constitutiva da doulagem, ela não deve servir à negação do caráter laboral e do investimento de tempo e formação necessários à sua atuação profissional. Por isso, há doulas que retificam a frase dizendo “doular *com* amor”, destacando que a emoção é meio, não finalidade ou pagamento.

Dialogando com ideias semelhantes a esta, a doula Letícia Benevides argumenta o seguinte em uma das audiências públicas onde se debateu o PL em tramitação:

Eu acho que o tema do PL 3946/21 passa por debates centrais, e um deles é de que cuidado é trabalho, não podemos nos esquecer disso. **Esta é uma profissão majoritariamente feita por mulheres, e precisamos ser reconhecidas por isso.** Não deve ser só de modo voluntário, pois atuamos diariamente na periferia, pegamos condução, **somos mal remuneradas e não somos reconhecidas.** Portanto, acredito que este seja um debate central. (fala de Letícia Benevides na Audiência Pública da CMULHER ocorrida em maio de 2023, grifos meus)

A fala de Letícia é taxativa quanto aos desafios impostos à profissionalização das doulas, ao expor que se trata de um trabalho de cuidado majoritariamente realizado por mulheres mal remuneradas e que não são reconhecidas como profissionais. Parte substancial dessa falta de reconhecimento é política, por se tratar de um trabalho avesso à cultura cesarista que predomina na assistência obstétrica. Outra parte se dá pela visão essencializadora que atribui a uma suposta natureza feminina as competências necessárias ao cuidado, destituindo do trabalho de doulagem a necessidade que há por trás de estudo e conhecimentos técnicos. Por esse motivo acredito que olhar para os cursos de formação de

doulas, analisando quais discursos acionam e quais profissionais pretendem formar, é elucidativo para os debates que tensionam natureza e cultura, gênero e cuidado.

3.2 Os cursos de formação de doulas

De acordo com a CBO, para o exercício da doulagem é necessário ter formação em curso técnico de nível médio de até 200 horas na área. No entanto, por se tratar de uma profissão ainda em processo de regulamentação no Brasil, não existem especificações sobre esse curso de formação, como as instituições credenciadas, os profissionais habilitados, a carga horária mínima, as modalidades de ensino, entre outros aspectos. Essa lacuna de exigências levanta as seguintes questões à pesquisa: quem está ensinando a prática da doulagem? O que está sendo ensinado? E qual o lugar dos cursos de formação profissional em reconhecer e legitimar o trabalho de cuidado da doula?

A pesquisa de Ferreira Jr. e Barros (2016) nos traz uma visão sobre a importância que as próprias doulas atribuem ao curso de formação. O autor ouviu treze mulheres que realizaram o mesmo curso buscando entender os motivos que as levaram a optar por essa formação e atuação profissional. Dois apontamentos trazidos pelo pesquisador merecem atenção especial neste texto. Primeiro, ele observa entre as doulas entrevistadas que o principal motivo para buscarem o curso de doula e atuarem auxiliando outras mulheres foi terem vivenciado uma experiência negativa de parto. Segundo, o autor argumenta que os diferentes cursos de formação têm servido à distinção entre uma doula e outra, legitimando a expertise daquelas que detêm determinado certificado.

O primeiro apontamento se conecta a uma observação feita durante as rodas de gestantes e doulas que participei em Campinas, realizadas antes da pandemia de COVID-19: muitas doulas relataram terem decidido por essa profissão após vivenciarem experiências traumáticas e violentas durante seus próprios partos. A partir de suas narrativas é possível apreender que o desejo de doular ganha sentido à medida que podem ajudar outras gestantes a terem experiências diferentes das suas, em que há respeito e protagonismo da pessoa que gesta. Além disso, a doulagem pode ser também para algumas, conforme relatos, uma espécie de cura das dores e violências sofridas por contribuírem à possibilidade de um parto humanizado, ainda que não seja o seu.

Assim, a formação como doula não apenas representa um caminho para a cura desses traumas dentro de um movimento que valoriza a autonomia da pessoa gestante e práticas de cuidado defendidas como humanizadas, mas também se configura como uma forma de

oferecer a outras gestantes uma experiência de parto que elas mesmas não tiveram. A afirmação da doula Jaqueline Calandrino aparece como síntese máxima dessa escolha: “Se eu não pude me salvar, eu posso tentar salvar outras mulheres”³⁶.

A despeito desse motivo que as leva a procurar pela formação de doula, há que se constatar uma disparidade entre o número de pessoas que se formam e o daquelas que de fato chegam a atuar profissionalmente. Isso se deve, em parte, ao fato de que o mercado de doulas no Brasil ainda é incipiente e, predominantemente, concentrado nas classes médias e altas dos centros urbanos. Sugiro, a partir dessas nuances, que em alguns casos o desejo de se formar doula pode estar mais relacionado a uma abordagem terapêutica dos cursos — algo que têm sido denominado "autocuidado" — do que a busca por uma profissão.

O segundo apontamento de Ferreira Jr. (2016) que nos interessa está conectado a essa dificuldade de inserção no mercado de trabalho de cuidados. O autor afirma que o processo de constituição da profissão de doula no Brasil segue um padrão semelhante ao de outras categorias profissionais, envolvendo disputas por jurisdição e controle do serviço. Essas disputas resultam em uma diferenciação entre os profissionais, com a expertise sendo utilizada como uma ferramenta para legitimar o poder daqueles que a detêm, excluindo aqueles que não possuem esse reconhecimento (Abbott, 1988). Ou seja, para o autor, os cursos de formação têm servido como instrumento de diferenciação entre uma doula e outra, legitimando aquelas que o realizaram como detentoras deste saber. Uma de suas entrevistadas chega a afirmar:

[...] logo procurei fazer o curso, pois ninguém sabe do futuro. Vai que daqui uns dias exigem que só quem tenha curso pode atuar como doula. Melhor sempre estar na frente. E olha que pelas discussões que ouvi já tem gente pensando nisso. **É só olhar os cursos que estão surgindo, cada um tentando ser diferente do outro.** (D1, *apud* Ferreira Jr.; Barros, 2016, grifos meus)

Considerando a centralidade que os cursos de formação parecem assumir na diferenciação e legitimação das doulas, apresento neste capítulo três cursos e discuto sobre seu papel na construção da identidade dessa profissional. Apresento dois argumentos principais: I. os cursos de formação de doulas têm contribuído para a legitimação do trabalho de cuidado ao traduzir saberes e habilidades adquiridos nas experiências de socialização em qualificações e competências técnicas; II. são as próprias doulas as responsáveis por construir a legitimidade do seu campo de atuação.

³⁶ Essa frase abre o texto da matéria de Amanda Stabile, de 2023, na qual repercute as denúncias de doulas que expõem violências no Hospital Amparo Maternal, em São Paulo. Disponível em: <https://nosmulheresdaperiferia.com.br/especial/doulas-denunciam-violencias-e-constrangimentos-no-hospital-amparo-maternal-sp/>. Acesso em: 23 de Novembro de 2024.

A respeito do primeiro argumento, trago antes uma ressalva. Apontar para a tradução de saberes não é o mesmo que negar o caráter educativo desses cursos, ou afirmar uma ideia universalizante e imutável de socialização de gênero, mas sim entender o papel deles em conferir valor técnico às qualidades aprendidas nas experiências de cuidado transmutando-as em uma qualificação certificada. Ao analisar os cursos de formação de doulas, coloco a seguinte pergunta: qual ideal de doula está se pretendendo criar?

No século XIX, como exposto no primeiro capítulo, Florence Nightingale escreveu manuais em que buscava conceber a imagem ideal de uma enfermeira. Esses escritos expressavam o perfil da enfermeira como uma mulher religiosa, observadora, de sentimentos delicados e que exerceria o cuidado enquanto uma vocação divina. Esse ideal nasce em contrapartida à imagem das prostitutas que vinham atuando nos hospitais durante a Reforma Anglicana e procura atrelar cuidado e dom ao exercício da enfermagem. Paradoxalmente, a imagem da enfermeira se funda a partir de uma perspectiva higienista e sacra de uma profissão que envolve diretamente lidar com as “sujeiras” e intimidades dos corpos alheios.

Retornando à origem do termo “doula”, derivado do grego, vemos que seu significado “mulher que serve” não está tão distante do perfil devocional e abnegado que primeiro orientou o trabalho da enfermeira. Contudo, enquanto aquele está vinculado a uma visão cristã de mundo, o trabalho de campo sugere que a atuação da doula parece mais conectada às formas alternativas de espiritualidade e cosmovisão — como o xamanismo, o sagrado feminino, a astrologia, a prática de yoga, reiki, constelação familiar e thetahealing.

Embora a adesão ao “sagrado feminino” não esteja tão presente entre as doulas com quem realizei trabalho de campo, reconheço sua influência nos discursos que ressaltam uma pretensa essência feminina associada à ideia de “mulher” como ser naturalmente capaz de parir e cuidar. Além disso, enfatizando o caráter vocacional da doulagem, o site “Doulas do Brasil” destaca ao responder “Quem pode ser doula?”: “É fundamental que seja um caminho vocacional, pois o trabalho é difícil, cansativo, em horários ingratos, sem qualquer previsibilidade. Quem não faz esse trabalho por fé acaba se cansando e sendo ineficiente³⁷”.

3.2.1 Análise dos cursos

Para esta pesquisa, escolhi inicialmente analisar dois cursos que ocorrem no estado de São Paulo (na capital e em Ribeirão Preto) e têm a mesma carga horária de 32 horas, o que os torna comparáveis. Ambos os cursos são amplamente conhecidos no universo da doulagem e

³⁷ Disponível em: <https://www.doulas.com.br/sejaumadoula.php>. Acesso em Dezembro de 2019.

ativismo pela humanização do parto, além de terem sido citados pelas pessoas entrevistadas. Todavia, à luz da recomendação mais recente da FENADOULABR apresentada no capítulo anterior, “Documento Norteador sobre a Formação de Doulas”, optei por incluir também outro curso que se alinha às orientações dadas pela associação, uma vez que os dois primeiros não se enquadravam na carga horária mínima recomendada de 120 horas.

O primeiro curso analisado é oferecido pelo GAMA³⁸. Em 2019, ele era presencial, realizado na sede do grupo, localizada no bairro Água Branca, zona oeste de São Paulo; entretanto, atualmente, o curso é oferecido online e as aulas ficam disponíveis por 60 dias. Com custo de 990 reais³⁹ à vista, ou podendo ser parcelado em até três vezes sem juros, o curso oferece aulas expositivas teóricas e algumas aulas de demonstrações de práticas e técnicas.

Segundo a descrição no site, o curso é destinado a psicólogas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, enfermeiras obstétricas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, acadêmicas, voluntárias e todos aqueles que atuam, direta ou indiretamente, na assistência ao parto. O público alvo contempla também pessoas que não são da área da saúde, mas que gostam do assunto e da “ideia de acompanhar partos”. Não é exigida formação no Ensino Superior, somente Ensino Médio completo. Vale destacar que, embora o site seja predominantemente voltado para o público feminino, a descrição finaliza com a afirmação de que “homens também podem fazer o curso”⁴⁰.

Outro ponto importante na descrição do curso é a ênfase de que não se trata de um “curso vivencial”. Atualmente não há mais essa seção no site, mas em 2019, ao chegar ao tópico “Sobre estágios”, eram apresentadas as seguintes razões:

Apesar de termos, durante uma época, oferecido, hoje não oferecemos mais estágios em hospitais públicos. Não acreditamos no modelo de assistência que temos visto nesses locais, mesmo nos Centros de Parto Normal, ainda baseada nas intervenções de rotina, com intenso sofrimento para a mulher. O tipo de desafio que uma doula profissional enfrenta não tem nada a ver com a realidade desses locais, o que torna esse tipo de estágio algo sem sentido, na nossa visão. Durante o curso a aluna compreenderá como e porque poderá atuar, sem a necessidade de estágio. (trecho extraído do site do GAMA⁴¹)

³⁸ Disponível em: <https://maternidadeativa.com.br/curso/curso-online-de-formacao-de-doulas/>. Acesso em 22 de Dezembro de 2024.

³⁹ Valor atualizado em 2024. Em 2019 o valor do curso era 930 à vista.

⁴⁰ A questão da formação e atuação de homens como “doulas” não é amplamente aceita entre as profissionais da área. Muitas doulas argumentam que a inclusão de homens nessa função poderia resultar em uma perda de protagonismo, similar ao que ocorreu historicamente com as parteiras. Além disso, há preocupações na comunidade sobre a contratação de um homem, que pode ser vista como “perigosa” para a gestante, dado que o trabalho da doula exige um alto grau de intimidade e exposição, aumentando o risco de assédio ou abuso.

⁴¹ Disponível em <https://maternidadeativa.com.br/curso/formacao-de-doulas/>. Acesso em Dezembro de 2019.

Embora o curso não incluía estágio, a descrição do conteúdo programático de 2019 da seção "Atividades e funções da doula" mencionava: "diferentes posições no trabalho de parto e parto, driblando as restrições hospitalares", o que sugere que apesar da posição do GAMA em relação ao modelo de assistência hospitalar, é reconhecido que a doula pode não atuar exclusivamente em partos domiciliares. Assim, ao acompanhar um parto hospitalar, a doula pode precisar ajudar a pessoa parturiente a encontrar posições mais confortáveis, contornando as limitações impostas pelo ambiente hospitalar.

Anteriormente, na terceira seção, intitulada "A profissão de doula", o conteúdo de 2019 abordava o mercado de trabalho para essa profissional em dois tópicos: "Como administrar a nova profissão? Horários, filhos, plantão, contrato" e "Ética da doula: qual o papel dela na equipe de assistência à parturiente, como se comportar em sala de parto, centro obstétrico, cirurgias, etc.". Esses tópicos retratam a doula como uma profissional autônoma, responsável por gerenciar seu contrato com a gestante e regular sua ética profissional, compreendendo seus papéis e limites de atuação. Além disso, pressupõem que as pessoas que buscam se tornar doulas têm filhos, o que implica a necessidade de equilibrar essa nova profissão com as tarefas de cuidado e criação deles.

Atualmente, a estrutura do curso apresenta uma nova abordagem voltada para o desenvolvimento profissional e a divulgação do trabalho de doula. Os tópicos abordados incluem: "Como iniciar um Coletivo de Doulas", "Mídias Sociais: noções básicas de como usar as redes sociais para divulgar seu trabalho e se destacar" e "Marketing: reconhecer-se merecedora e aprender a 'vender seu peixe'". Esses tópicos refletem um viés mais voltado para o empreendedorismo e a construção da identidade profissional da doula com ênfase no uso de ferramentas de marketing e redes sociais para divulgar seus serviços, destacando a importância de se posicionar no mercado e construir uma rede de apoio e visibilidade.

Quanto à equipe docente, o site do curso não divulga os nomes dos professores, limitando-se a informar que ela é composta por profissionais multidisciplinares de diversas áreas, com ampla experiência nos diferentes aspectos do ciclo gravídico, e que a equipe é ajustada conforme a disponibilidade dos profissionais em cada período. A proposta do curso do GAMA destaca que o grupo docente tem como ênfase o parto natural, criticando a alta taxa de cesarianas desnecessárias e a excessiva medicalização do parto e nascimento. Além disso, é enfatizado que todas as informações fornecidas são fundamentadas nas recomendações da Organização Mundial da Saúde e na Medicina Baseada em Evidências. A filosofia deste curso, como a dos demais aqui analisados, se alinha ao cuidado humanizado.

Examinando o segundo curso, vinculado ao portal Despertar do Parto⁴², observo que este tem maior ênfase na doulagem enquanto oportunidade profissional em um mercado que ainda está se estruturando no Brasil. A descrição que abre a página do curso aponta para uma concepção mais mercadológica da formação:

O Curso de Doulas do Despertar do Parto tem como compromisso oferecer **uma formação que eleve a seriedade e o profissionalismo desta ocupação que fortemente vem crescendo em todo país**. O Programa de Certificação visa qualificar novas doulas, com seriedade e responsabilidade, não apenas ensinando, mas também avaliando as novas profissionais, certificando de que estão prontas para acompanhar as gestantes em seus partos, seja em instituições hospitalares ou em domicílios (trecho extraído do site do Despertar do parto⁴³, grifos meus).

O programa de certificação deste curso, tanto em 2019 quanto em 2024, é composto por dois módulos e um estágio prático. O primeiro módulo, intitulado "A doula no parto", abrange 32 horas, enquanto o segundo, "Profissionalização da doula", totaliza 50 horas. Diferentemente do curso oferecido pelo GAMA, o curso do Despertar do Parto inclui a realização de um estágio no segundo módulo, que deve ser cumprido de duas maneiras: 1) Estágio Prático e estudo supervisionado de 35 horas; 2) Encontro presencial: Aprofundamento e Avaliação de 15 horas.

Enquanto o curso busca se destacar com módulos de formação mais rigorosos, ele também reflete um viés mais mercadológico, abordando estratégias de cobrança no tópico "Acordo entre cliente e doula/ documentos/como cobrar". É interessante notar que, neste contexto, a pessoa gestante é referida como "cliente", em vez de "doulanda", o que evidencia o caráter de prestação de serviço na atuação da doula. Além disso, o curso oferece tópicos sobre "Marketing Pessoal da Doula Autônoma" e "Noções básicas de Administração Pessoal", reforçando uma perspectiva neoliberal da doula como "empreendedora de si".

Comparado ao curso oferecido pelo GAMA, a formação pelo Despertar do Parto tinha um custo significativamente mais alto, chegando a R\$1.977,30⁴⁴ pelo lote promocional do primeiro módulo, realizado em janeiro de 2020. Esse valor já indica o perfil do público-alvo que pode arcar com essa formação. Curiosamente, o site sugeria que, "mesmo que não queira se tornar doula", todas as mulheres deveriam considerar fazer o curso, pois ele é voltado "para todas as mulheres que querem mergulhar em seu universo feminino". Os relatos de algumas participantes corroboram à essa ideia:

Este curso é uma experiência na qual todas as mulheres deveriam passar. **É o retorno do poder que nos foi tirado**. É lembrar que as pessoas muitas vezes só

⁴² Disponível em: <https://www.despertardoparto.com.br/curso-de-doulas.html>. Acesso em Dezembro de 2019.

⁴³ Disponível em: <https://www.despertardoparto.com.br/curso-de-doulas.html>. Acesso em Dezembro de 2019.

⁴⁴ A página com valores do próximo curso se encontra fora do ar, por esse motivo mantive apenas o último valor a que tive acesso.

precisam de um pouco de amor e carinho. (relato de Silvana Carneiro na página do Despertar do Parto⁴⁵, grifos meus)

Minha vivência interna foi maior do que eu "esperava"... O curso foi exatamente o que eu precisava. **Confirmando minha "ALMA" de Doula.** (relato de Luciana Gallucci de Magalhães na página do Despertar do Parto⁴⁶, grifos meus)

Esses trechos parecem indicar a sobreposição de um viés “terapêutico” da formação de doula, em contrapartida ao outro que enxergo enquanto mais "mercadológico". Com base nesses relatos, pode-se depreender que o curso se destina tanto às mulheres que desejam se formar como doulas para atuar profissionalmente, quanto às mulheres de classe média em busca de "autoconhecimento" e "empoderamento feminino", sem necessariamente almejar uma atuação como doulas. Se essa intenção existir, pode ser vista mais como uma segunda profissão, considerando que a descrição do público-alvo fornecida pelo site menciona profissionais de diversas áreas, semelhante à proposta do GAMA.

É importante frisar que os dois vieses, que denomino de “terapêutico” e “mercadológico”, não são em si excludentes. Assim, a pessoa que busca um curso de formação de doula pode simultaneamente querer investir em um processo de autoconhecimento, empoderamento e cura dos traumas vividos em seu próprio parto, enquanto também aspira atuar como doula, entendendo que esta é uma demanda de um mercado de cuidado em transformação. Nesse contexto, o desejo por profissionalização e por autoconhecimento não apenas coexistem, mas podem ser escolhas complementares.

O terceiro curso analisado é o da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fiocruz. Ele foi criado em 2018 a partir das articulações da ADoulasRJ e sua carga horária é de 240 horas, divididas entre 160 horas teórico-práticas e 80 horas de prática supervisionada. Trata-se de um curso gratuito e presencial que dispõe de 35 vagas abertas em processo seletivo anual. Para se candidatar é necessário ter no mínimo 18 anos, Ensino Médio completo e residir no estado do Rio de Janeiro. Como o edital informa, é preciso ter o desejo em atuar no desenvolvimento de atividades de auxílio físico, informacional, emocional junto a gestantes, parturientes e/ou puérperas.

A seleção para o curso contempla duas etapas: na primeira é feita inscrição e envio de documentos e na segunda é realizada entrevista online com até 60 pessoas que se classificaram após a análise do perfil pessoal e profissional. O processo seletivo leva em conta a política de cotas expressa nas Leis nº 12.711/2012 e nº 13.409/2016, sendo 50% das vagas reservadas para aqueles que cursaram todo o Ensino Médio na rede pública e 75% para

⁴⁵ Disponível em: <https://www.despertardoparto.com.br/curso-de-doulas.html>. Acesso em Dezembro de 2019.

⁴⁶ Disponível em: <https://www.despertardoparto.com.br/curso-de-doulas.html>. Acesso em Dezembro de 2019.

candidatos com deficiência e/ou autodeclarados pretos, pardos e indígenas. Além disso, é considerada também a atuação em movimentos sociais ligados aos direitos das mulheres e pessoas LGBTI+.

Na primeira etapa, a pessoa candidata deve responder um questionário de perfil profissional que traz perguntas como: “Você possui alguma experiência no trabalho com mulheres, relacionadas ou não à gestação e/ou parto?”, “Você possui alguma outra experiência em trabalhos na área de atenção à pessoa gestante e puérpera?”, “Você já fez algum outro curso de formação de Doula?” e “Porque você decidiu fazer o Curso de Qualificação Profissional de Doula? Conte suas motivações e expectativas em relação a essa formação”. Quem desejar, pode também anexar uma carta de integração em movimento social comprovando sua atuação política.

Por se tratar de um curso gratuito, vinculado a uma instituição de ensino pública e renomada como a Fiocruz, é interessante destacar o perfil favorecido neste processo seletivo: sobretudo pessoas oriundas de escolas públicas, deficientes, negras ou indígenas, e ativistas em prol dos direitos das mulheres e pessoas LGBTI+. Ao contrário de outros cursos pagos, em que não há critério de seleção e faz quem pode pagar, o que por si só institui um filtro social, o curso da Fiocruz demonstra seu compromisso social em tornar a formação de doulas mais acessível e inclusiva.

Além do processo seletivo adotar critérios sociais, a ementa do curso também é direcionada a contextualizar a atuação da doula em um cenário de disputas em prol da humanização do parto. Assim, a formação proposta se divide em cinco unidades, sendo elas: Unidade Introdutória: A Estudante da EPSJV/FIOCRUZ no Curso de Qualificação Profissional de Doulas (12 horas), Unidade I: Doula: profissionalização e reconhecimento profissional (40 horas), Unidade II – Doula e a Partilha de Conhecimentos para um parto digno e respeitoso (40 horas), Unidade III - A Doula no suporte contínuo físico e emocional à pessoa gestante, parturiente e puérpera (40 horas), Unidade Transversal – Prática Supervisionada e Avaliação (108 horas).

Dentre as pessoas que entrevistei para esta pesquisa, duas têm relação com o curso da Fiocruz, uma enquanto doula que se formou por meio dele, outra como parte do corpo docente. Dhiego, entrevistado que se formou em 2022, ao ser questionado porque escolheu este curso em específico, ressaltou optar por essa formação por se tratar de um curso gratuito, visto que não dispunha de condições financeiras para arcar com um curso tão completo e extenso como o da Fiocruz, caso fosse pago. Além disso, destaca de maneira positiva que o

curso trazia a perspectiva de atuação das doulas no SUS e que era acolhedor às pessoas LGBTs:

[...] Como eu falei, eu já queria fazer algum curso da Fiocruz, ele era gratuito e eu achei ele muito completo, era um curso longo, tinha estágio, então eu achei muito bom nesse sentido. [...] porque pra investir em um curso desse nível ia ser muito caro se fosse particular, e eu não tinha nenhuma condição. E também eles têm uma perspectiva muito boa da questão do SUS. É um curso que tem vários professores diferentes, então a gente tinha vários professores que atuavam no SUS e ensinaram... [...] e tem também a questão da diversidade, porque eles foram atrás de ONGs LGBTs pra divulgar, então tinha o interesse de pessoas LGBTs entrar, tinha uma divulgação nesse sentido também. E aí eu me senti acolhido, apesar de outras pessoas trans não terem se inscrito tinham outras pessoas LGBTs [...] tinha um interesse na comunicação inclusiva, então era um curso bem acolhedor à diversidade. (trecho da entrevista com Dhiego realizada de forma online em novembro de 2024)

Já Maitê, que é professora do curso e uma das fundadoras da ADoulasRJ, expressa em sua fala a preocupação do curso em formar mulheres periféricas e demais pessoas que estejam inseridas no SUS, como forma de universalizar o acesso ao cuidado de uma doula:

[...] a questão das cotas, que a gente desde o início fez a opção por usar, porque a gente queria formar mulheres periféricas. A minha noção é de que assim, quem é ativista e pode pagar o curso, ela geralmente tem um manual de qualidade que a maioria das doulas não tem hoje, ela tem uma vivência, ela tem uma capacidade de leitura, mas ela não tá inserida nem na unidade básica, ela não tá inserida no contexto geral de atenção ao parto, ela não vai disputar [...] Inclusive, eu lembro de uma dirigente de um curso, à época do debate da lei, que disse assim “mas eu não acho que as doulas tem que atuar no SUS para suportar violência”. Mas eu quero doula pra todo mundo! **Eu não quero doula só pra quem pode pagar. Eu quero doula pra todo mundo, então se eu quero doula pra todo mundo eu tenho que lutar pra ter doula no SUS. A minha meta, o lugar que eu quero chegar, é a universalização desse trabalho para que todo mundo possa ter acesso a isso.** (trecho da entrevista com Maitê realizada de forma online em novembro de 2024, grifos meus)

A fala de Maitê chama a atenção pela concepção política do trabalho da doula e seu compromisso com a democratização do acesso a esta forma de cuidado por meio da inserção das doulas no SUS. Em outro trecho da entrevista, ela compartilha seu receio quanto aos cursos que têm formado profissionais que desconhecem a luta do movimento de doulas e seu protagonismo frente à regulamentação da profissão. A preocupação de Maitê é que com a aprovação do PL e a crescente disseminação de cursos propagandistas essa história se perca e o trabalho da doula seja capturado pelo capitalismo como mero produto, assim como o ideal de humanização do parto é por parte de uma classe médica que se reivindica humanizada, mas mantém práticas alinhadas ao modelo biomédico e tecnocrático.

A visão política da profissão por parte de Maitê não é isolada, pelo contrário, o trabalho de campo demonstrou que a militância tem sido uma chave de compreensão importante da profissionalização da doulagem. O “trabalho-ativismo” da doula, aliado às suas

próprias experiências de parto e cuidado, se esbarra ainda no desafio de traduzir militância e experiência em linguagem técnica de forma a ter reconhecimento pelos demais profissionais. Além disso, o conhecimento técnico da doula não é exigido apenas como forma de validar seu trabalho, mas também como meio de informar e ajudar na tomada de decisões da pessoa gestante sobre, por exemplo, quando ir para o hospital, quando chamar a/o médica/o e se determinado procedimento é realmente necessário segundo a Medicina Baseada em Evidências ou as boas práticas.

Por esse motivo, ainda que as doulas reivindicuem seu espaço de atuação com maior ênfase no apoio emocional⁴⁷ que oferecem, a dimensão mais comumente vista como técnica ganha relevância quando apontam a necessidade de estarem continuamente estudando e se auto atualizando quanto às evidências científicas. Desse modo, é muito comum que as doulas façam diferentes cursos que se alinham à essa visão de cuidado e que podem complementar a formação em doulagem, tais como: spinning babies, shantala, massoterapia, aromaterapia, acupuntura, entre outros.

3.3 O trabalho de cuidado: entre a formação técnica e a experiência doulando

A experiência da interlocutora Amanda é ilustrativa do desafio da formação técnica para apoio à tomada de decisão informada e uso de tecnologias leves no parto. Na entrevista, ela conta que além das dificuldades próprias em conciliar a maternagem de uma criança pequena ao trabalho como doula, ela lidou também com outras inseguranças relacionadas à profissão, questionando-se: “quando eu vou saber o momento certo de ir para o hospital com essa mulher? E se tiver alguma intercorrência, algum desfecho ruim por alguma negligência minha ou algo que eu fiz?”. Por esse motivo, ela destaca a importância da doula se manter estudando e exemplifica como vivencia isso de maneira prática.

A história que Amanda compartilha, então, é o caso de uma gestante que ela acompanhou em abril daquele ano de 2020. Ela relata que após 24h em trabalho de parto, a mulher foi encaminhada à uma cesárea sob justificativa de ser um bebê pélvico (sentado). Amanda diz que depois desse desfecho refletiu sobre as condutas que poderia ter adotado enquanto doula, de modo que preparou um circuito de exercícios pélvicos que seriam úteis

⁴⁷ Aqui cabe enunciar uma reflexão trazida pela professora Anna Bárbara Araújo em minha banca de defesa. Na ocasião, a pesquisadora chamou atenção para o caráter também técnico do apoio emocional. Citando a pesquisa de Arlie Hochschild a respeito das comissárias de bordo, Anna Bárbara argumentou que o apoio emocional oferecido pelas doulas também seria constituído de uma dimensão técnica, como a modulação do tom de voz, exercícios de respiração, entre outros. Assim, emoção e técnica não seriam competências apartadas, visão essa à qual me alinho.

para ajudar na virada e encaixe do bebê. A partir desse exemplo, ela afirma que sempre estuda depois de cada parto como forma de refletir e elaborar condutas melhores caso o que aconteceu se repita.

Ainda que a visão defendida pela entrevistada seja de que cada parto é único e cada experiência subjetiva e intransferível, ela não deixa de reconhecer a disposição prática da aprendizagem doulando, parto a parto, e que somadas contribuem umas às outras. Assim, Amanda acredita que além do lado teórico que pode ser apreendido por meio do estudo, as primeiras experiências que teve doulando a levaram a reconhecer o quão a prática era essencial em sua função. Desse modo, ela afirma que embora o curso de formação de doula dê uma espécie de base, o que mais se aprende é atendendo, no dia a dia do trabalho.

Drica compartilha de um entendimento muito próximo ao de Amanda. Na entrevista realizada com essa interlocutora, ela destaca a importância da experiência trazendo alguns exemplos. De acordo com Drica, se tratando do papel da doula no momento do parto, algumas mulheres precisam de massagem, outras de uma doula “treinadora”, outras de silêncio e “só sua energia de mulher ali”, e ainda há aquelas que precisam de contato, de abraço e de choro. Ou seja, cada experiência é individual em seus contornos, ao mesmo tempo em que prepara a doula para uma próxima que pode ser, ou não, similar àquela.

Além de enfatizar a dimensão da prática, Drica reconhece também que a doula precisa ter conhecimento técnico, principalmente porque deve saber se e quando chamar a/o médica/o. Em suas palavras: “a gente precisa estudar fisiologia, mas não estudar para estar no lugar do médico”. Esta sentença de Drica sublinha o que outras entrevistadas também me trouxeram ao refletir sobre o papel dos cursos de formação e da aprendizagem técnica para cuidar. Ainda que afirmem e defendam a necessidade de estudarem e de adquirirem conhecimento sobre fisiologia do parto, entre outros, é unânime entre as pessoas entrevistadas a centralidade do trabalho da doula no acolhimento e apoio emocional à gestante. Neste sentido, ao reivindicarem um espaço de atuação que tem como foco o olhar *para* a pessoa que está parindo, em contraposição à visão do médico que objetiva o desfecho, as intercorrências técnicas e, por fim, o bebê, as doulas se colocam como agentes necessários e singulares à cena de parto.

O reconhecimento desses dois âmbitos de construção da doula, a saber, a aprendizagem técnica via estudos/cursos de formação e as experiências doulando, dialogam diretamente com a própria trajetória de Drica. A interlocutora conta que doulou dois partos de amigas antes de realizar seu primeiro curso de formação de doula. Aqui, cabe ressaltar que o caso de Drica não é especial, mas representativo de outras histórias. Narrando como isso

aconteceu, ela diz que depois do nascimento de seu terceiro filho, passou a acompanhar um grupo de pós-parto que até então era conduzido por uma doula. Na época, essa doula estava em depressão, gestando e com um bebê ainda de colo. Por esse motivo, a interlocutora, que no momento cuidava do filho de três meses, assumiu a condução do grupo enquanto psicóloga, ao passo que ajudava também cuidando dessa doula que se tornou sua amiga.

Devido a esse laço, Drica foi convidada a acompanhar o parto dela, sem saber todavia que seria sua doula. Quando descobriu que seu nome constava na ficha como doula, ela procurou sua amiga que disse a ela: “o que você faz comigo é doulagem e você vai ser minha doula sim”. Drica reflete a partir disso que não foi ela que decidiu ser doula, mas que na realidade “foi algo que foi acontecendo”. Para se preparar para o parto da amiga, agora sabendo que seria sua doula, a entrevistada conta que pegou materiais de estudo com ela (um livro da Fadyinha⁴⁸ e algumas apostilas do curso do GAMA) e estudou naqueles meses.

A amiga doula pariu na própria casa, sendo que quando Drica chegou à sua residência encontrou todo o ambiente já preparado pela própria gestante. Assim, ela afirma que não fez nada além de ir até sua casa, abraçado-a e quando a amiga quis entrar no box do banheiro (onde pariu), ela apenas permaneceu ali ao seu lado em silêncio. Quando viu o nascimento do bebê ficou em choque, pois até então era como se o parto natural fosse um mito: “meu Deus, o bebê sai mesmo da vagina!”, me contou gargalhando e emendou dizendo que, naquele momento, percebeu que o parto era como um portal. Até então, todos os partos da entrevistada tinham sido cesarianas, e ainda que não fosse seu desejo, foi levada à cirurgia por diferentes motivos.

Nessa mesma época, Drica conta que acompanhou ainda o parto de outra amiga gestante. Ela narra que essa amiga foi para o hospital com 3cm de dilatação e como falaram que ela não estava parindo ainda, a mandaram de volta para casa. A amiga então ligou para a interlocutora, que pegou os três filhos e foi para sua residência. Drica ficou com ela por 18h. Nesse tempo, almoçaram juntas e à medida que sua amiga ia sentindo mais contrações, ela cuidava, fazia massagem, até que quando voltou ao hospital, já estava com 9cm e pariu ali.

Uma semana depois de acompanhar esse segundo parto, a entrevistada afirma que começou o curso de doula. Ela diz que ligou para a organização do curso e contou que já tinha doulado dois partos, e que precisava fazer o curso ainda que não tivesse dinheiro para pagá-lo. O curso era o Multiplicando doulas (2016)⁴⁹, estava abrindo sua primeira turma, e aceitava

⁴⁸ Fadyinha é uma das doulas pioneiras no Brasil, sendo que desde 1978 atua preparando casais grávidos através de método próprio.

⁴⁹ <https://multiplicandodoulas.wixsite.com/multiplicando-doulas>. Acesso em: maio de 2021. Atualmente, entre as/o profissionais envolvidos na organização do curso estão: Rafaela Rocha (doula formada pelo GAMA em

“pague o quanto puder”, o que possibilitou a Drica combinar o pagamento de 30 reais por mês mais o atendimento voluntário de duas gestantes. Quando iniciou o curso, viu que era capaz de oferecer também a aula de puerpério como contrapartida, já que tinha experiência atendendo enquanto psicóloga mulheres vivendo este período. Ela afirma que “não tinha dinheiro, mas tinha conhecimento” e que essa foi sua forma de retribuir a formação que teve ali.

3.4 Uma profissão-ativismo? As ideias de autonomia e cuidado relacional

Ao longo deste texto, tenho tratado das disputas em torno da humanização do parto enquanto contexto que fundamenta o trabalho das doulas. Neste tópico discorro sobre a identidade de doula tendo a humanização do parto não apenas como pano de fundo, mas como condição *sine qua non* dessa profissão. Parto do princípio de que a atuação das doulas é em si política, pois carrega uma denúncia: a assistência obstétrica médico-intervencionista é danosa e violenta às pessoas gestantes e precisa de mudança. Como a entrevistada Maitê defende: “a doulagem naturalmente nasce contra hegemônica”.

A visão política da profissão de doula se reflete não apenas em uma defesa ideológica ou teórica da humanização do parto, mas sobretudo em sua disposição prática contra um sistema obstétrico que muitas vezes desconsidera as necessidades e desejos das próprias pessoas gestantes. As doulas, ao se posicionarem contra a medicalização excessiva e as intervenções desnecessárias, tornam-se agentes de mudança, defendendo a autonomia das parturientes e o respeito ao processo fisiológico próprio ao parto. Ainda que nem todas as doulas sejam ativistas no sentido restrito do termo, como ir às ruas protestar ou estar organizada em coletivo político, o próprio trabalho que exercem é marcado pelos ideais de um parto humanizado.

Não à toa, a figura da doula é encarada por parte da classe médica como profissional “parcial” e desautorizada à cena de parto. Não são poucos os relatos de doulas sendo impedidas ou constrangidas ao acompanhar partos hospitalares, mesmo nas cidades em que já há ordenamento jurídico próprio que respalda sua atuação profissional. Este foi o caso, por exemplo, de Amanda, que no momento da entrevista em 2020, enfrentava dificuldades para acessar os hospitais da região do Distrito Federal em acompanhamento como doula.

2014, idealizadora, coordenadora e educadora do projeto); Sandra Rocha (advogada e responsável pelos assuntos legais e burocráticos do Coletivo); Luana Ferrari dos Santos (pedagoga e doula formada pelo Multiplicando Doulas turma de 2017); Renan Diegues (fotógrafo, cineasta e ator, responsável pela produção audiovisual do grupo); Debora Banhado (enfermeira e obstetrix).

Mesmo atuando em uma região do país que dispõe de um Estatuto do Parto Humanizado (Lei 5.534, de 28 de Agosto de 2015), o qual prevê a possibilidade da doula em acompanhar os partos hospitalares, independente do acompanhante, Amanda foi impedida de acessar as instituições como doula. A justificativa dos hospitais que barravam as doulas naquele período, durante a pandemia de COVID-19, dizia respeito à limitação da circulação de pessoas e contenção dos riscos de contaminação. Por não haver uma regulamentação específica que assegure o exercício profissional da doulagem, essa prerrogativa do Estatuto do Parto Humanizado foi ignorada durante a pandemia. A entrevistada acredita que, por esse motivo, a aprovação de uma lei nacional é ainda mais necessária, como forma de coibir essas brechas que conduzem à proibição da entrada das doulas nos hospitais.

Seja por meio da justificativa do risco de exposição, em um contexto de crise sanitária global, ou sob justificativa de não terem formação em curso superior na área da saúde, como já ocorreu no Rio de Janeiro, não são incomuns os casos de vedação da entrada de doulas às instituições de parto. Conforme busco argumentar, esses impedimentos expõem a indisposição de tratamento destinado às doulas devido ao viés político constitutivo de sua atividade. Destaco que as pré-concepções, julgamentos e crenças relacionadas ao trabalho das doulas partem não só das instituições, quanto também das gestantes que procuram por seu atendimento.

Uma dessas ideias, geralmente advindas das próprias pessoas gestantes, é de que tendo o acompanhamento da doula seu parto necessariamente será humanizado e por via vaginal, como se a presença dessa profissional por si só garantisse determinada via de parto ou desfecho gestacional. Essa situação é frequentemente comum, como observado no trabalho de campo, e sugiro que seja proveniente de uma falsa lógica, podendo ser enunciada pelo seguinte silogismo: “doulas só acompanham partos normais e humanizados, logo, se uma doula acompanhar meu parto, ele também será”.

A proposição inicial não é verdadeira, visto que entre as doulas entrevistadas, Amanda, Drica e Maitê relataram já ter acompanhado partos que tiveram como desfecho a cirurgia cesariana. Além disso, Drica, por exemplo, afirma que também acompanharia uma cesárea eletiva se essa fosse a vontade e a escolha informada da gestante. Refletindo sobre o que entende por “humanização”, Dhiego também trouxe a questão do trauma, do racismo obstétrico e da disforia de gênero para afirmar que a cesariana pode ter diferentes significados a depender de quem a escolhe e do contexto de decisão. Em sua visão, o que pode ser mais “humanizado” para uma pessoa, negra ou trans, como exemplifica, pode ser justamente a

cirurgia cesariana, ou mesmo o parto normal com anestesia, por evitar a dor e a memória de violências que sofreu.

Dandara, embora tenha mais ressalvas com relação à cesariana, também reflete sobre o trauma e as violências sofridas tanto por ela, quanto por outras mulheres que acompanhou. Narrando sobre o primeiro trabalho de parto que viveu, ela destaca que ter tido acesso às informações não evitou que ela sofresse uma episiotomia quando já tinha seu bebê no colo. Afinal, ela questiona, “quem é que defende um corpo preto e pobre?”. Em outro trecho da entrevista, ela se posiciona como sendo essa pessoa ao afirmar que as gestantes que acompanha a procuram porque sabem que ela irá defendê-las. Não à toa, o público que Dandara atende, de forma gratuita, são as mulheres pretas e pobres de seu próprio território, o Jardim São Luiz, periferia da zona sul de São Paulo.

Além das visões dissonantes em relação à cesariana eletiva ou anestesia local, houveram doulas que relataram ter acompanhado partos em que no decorrer do processo foi diagnosticada a “real” necessidade de cirurgia por parte da equipe médica, e assim foi feito. Nesses casos, a indicação de cesárea é amparada pelas evidências científicas e ter o acompanhamento da doula pode ajudar a pessoa gestante de diversas formas. Seriam elas: a informação atualizada e de qualidade, assegurando se tratar de uma recomendação necessária; o suporte emocional quanto à amamentação e à possível quebra de expectativas do plano de parto; o auxílio físico e as orientações quanto ao pós-parto, os cuidados pós-operatórios e com o bebê.

A ideia das doulas como “garantia” de um bom parto também é compartilhada por algumas equipes médicas que pressionam a gestante para que contrate uma doula, sob o argumento de que sem uma, a gestante não conseguiria ter um parto normal. Inclusive, embora não seja o recomendado pela FENADOULASBR, há doulas que possuem contrato de exclusividade com uma equipe obstétrica, o que gera recomendações expressas à pessoa gestante por parte dos médicos.

Embora este não fosse o caso de Amanda, na entrevista ela comenta que após um dos partos que acompanhou, a médica disse o seguinte à recém puérpera: “Viu, eu falei que você precisava de uma doula! Se você não tivesse tido uma doula você não teria dado conta. Você teria surtado!”. O comentário foi recebido com concordância pela mulher que ainda agradeceu a médica por tê-la orientado a contratar uma doula. Apesar da entrevistada ter enxergado a situação a partir do viés de reconhecimento do seu trabalho, ela aponta também para a ambiguidade do ofício da doula. Ao mesmo tempo em que a valorização da sua presença pode

ser positiva, ela não deveria ser uma condição para que se respeitasse a autonomia da pessoa gestante.

Drica e Dandara trouxeram essa reflexão ao apontar que o “ideal” seria que o ofício das doulas sequer existisse, ou que com o tempo deixasse de existir, à medida em que não houvesse necessidade de uma profissão exclusivamente voltada à humanização do parto.

Quanto a este último ponto, Maitê traz uma fala interessante:

Eu acho que a única profissão que nasceu com o objetivo do que se chama "humanização do parto" é a de doula. Todas as outras tão tendo que se desconstruir. **A nossa função por si é promover a humanização! E a cultura geral não é a humanização.** E se a gente está imerso numa hegemonia de cesárea, não tem jeito, você vai ter que falar de índice, você vai ter que falar de por que o parto normal é melhor, porque a pessoa chega achando que cesárea é melhor. A pessoa pode não querer ser ativista, **a pessoa pode não querer, mas ela não vai conseguir ser - enquanto profissão, do ponto de vista da sua origem e da sua constituição - alguém que não é contra hegemônica.** (trecho da entrevista com Maitê realizada de forma online em novembro de 2024, grifos meus)

A partir dessa reflexão trazida por Maitê, assim como olhando para a trajetória e rotina de trabalho de minhas interlocutoras e interlocutor, é possível observar que as fronteiras entre profissão e ativismo nem sempre são claras. Isso faz com que um dos desafios da doulagem seja separar o que é ética, ideais e responsabilidade da doula, e o que não é. Trago o seguinte exemplo para ilustrar este ponto: há situações em que a pessoa gestante vivencia um trabalho de parto em que, na visão da doula, houve intervenções desnecessárias, ou até mesmo, violência obstétrica. Todavia, a pessoa puérpera está realizada com seu parto e encara de forma positiva o que houve. Como a doula deve agir?

Para Amanda, que passou por eventos como esse logo nas primeiras vezes em que doulou, a chave foi separar o que é sua experiência e o que é a experiência da doulanda:

[...] mas quando eu consegui entender “é a experiência dela, não a minha, eu tô aqui para fazer o que tiver ao meu alcance e nem tudo estará ao meu alcance sempre”, então, se ela está bem com essa experiência, o que me resta é também estar bem, por mais que eu saiba que foi desnecessário, que teve violência obstétrica, às vezes, enfim... **Por mais que eu saiba de tudo isso, não cabe a mim interferir na experiência dela. Então no começo o mais difícil foi lidar com essas frustrações que eram minhas, e não das mulheres em si** [...] (trecho da entrevista com Amanda, grifos meus)

Olha, às vezes as mulheres vão e pedem a cesárea e aí eu tento enrolar para levar ela para outro caminho e tudo mais, e no final das contas ela vai para cesárea porque ela quis e aí bate aquela coisa ruim que assim “poxa, será que eu, como doula, poderia ter tentado mais por essa mulher?”. Mas aí, ao mesmo tempo, a ficha cai “poxa, eu fiz o que estava ao meu alcance, **foi ela que quis.** Quem vai ter que bancar esse sentimento de arrependimento ou não, depois do parto, é ela”. [...] Se coloca à disposição dela, fala que você está lá para o que ela precisar e vida que segue. **É a experiência dela. Não é minha. A minha experiência de parir já foi. A minha experiência de parir, se tiver que vir, vai vir num próximo, mas a dela é dela.** (trecho da entrevista com Amanda realizada de forma online em julho de 2020)

A fala de Amanda aborda as complexidades de se colocar como doula, defensora da humanização do parto e da autonomia das pessoas gestantes, quando a decisão de uma doulanda entra em conflito com os seus próprios ideais de parto. A resposta que a interlocutora dá para a situação exemplificada é respeitar que essa foi a escolha da gestante, entendendo que não é sua experiência e que, portanto, não cabe a ela interferir.

Drica faz uma reflexão similar a de Amanda quanto ao cuidado entre doula e doulanda, afirmando que essa não deve ser uma relação de tutela. Ela também diz categoricamente que o movimento de humanização do parto não pode se tornar um novo código de moralidade após avaliar com nota 1 (discordo totalmente) a afirmação de que “doulas são imprescindíveis para um bom parto”. Embora isso, ela traz a seguinte ressalva:

Quem tem que dizer “se não tivesse doula não pariria” é quem tá parindo. Quando uma mulher acaba o parto e fala para mim “se não fosse você eu não teria parido”, primeiro eu falo “**teria parido sim, porque não fui eu que pari**”, e aí tem uma que fala pra mim “para de falar isso, **eu não teria parido não, porque se você não tivesse me lembrado que eu podia, se você não tivesse segurado minha mão, se você não tivesse apoiado o meu corpo, se você não tivesse ouvido minhas lágrimas, eu não teria parido. Então deixa eu falar que foi porque você estava lá!**”, então eu só aceito isso nesse lugar, dessa mulher que eu estive lá e SE [ênfatisa] essa mulher disser isso para mim. Aí eu aceito! Agora, eu dizer que sou imprescindível para alguém... Meu, pelo amor de deus, ridículo!” (trecho da entrevista com Drica realizada de forma online em julho de 2020)

A interlocutora prosseguiu essa reflexão sobre autonomia, tutela e escolhas, dizendo que embora reconheça que o processo de parir seja importante para a mulher se reconhecer mãe, ela não sabe dizer se é algo de fato necessário para *todas* as mulheres, principalmente porque não vê sentido em “sair de um sistema opressor cesarista para outro sistema opressor que diz que você tem que parir para ser mãe”. Essa visão de Drica é particularmente provocativa porque sugere uma contraposição das construções de legitimidade e valorização entre médicos e doulas. Enquanto a cultura médica se funda na ideia de que o médico é de suma importância porque é ele quem decide e executa ações sobre e no corpo da/do paciente, a visão de Drica sobre a doula é que ela não é essencial, uma vez que o imprescindível mesmo é a gestante estar no centro das decisões – ainda que essa escolha seja por não ter uma doula e até mesmo por fazer uma cesárea.

Partindo da ideia de que a doulagem é um cuidado que visa a autonomia, analiso que essa é uma característica fundamental em relação a outros trabalhos de cuidado. Diferente do cuidado de idosos, estudado por Amanda Oliveira (2015) pelo viés da dependência, o cuidado ofertado pelas doulas visa produzir a autonomia das pessoas gestantes, centralizando estas e estes como sujeitos dotados de poder de decisão sobre seus corpos e trabalho de parto. Logo,

a “ajuda” que dispõem as doulas, ainda que em um momento de vulnerabilidade, não caracteriza um cuidado contínuo e prolongado com vistas a manutenção de um sujeito dependente, mas sim um potencializador da emancipação da pessoa cuidada.

Nas entrevistas que realizei, o apoio à autonomia aparece de diversas formas. Uma delas diz respeito ao papel informativo da doula em instruir e subsidiar as doulandas por meio de recursos audiovisuais, textuais e até dramatizações. O que se busca com isso é que a própria gestante seja “dona” de seu parto, elaborando o plano de parto e participando desse momento de forma ativa e decisiva.

Enfatizando a importância desse papel informativo expresso na educação perinatal, Dandara fez um teste comigo durante a entrevista, pedindo que de olhos fechados respondesse suas perguntas com “sim” ou “não” enquanto me concentrasse em meu assoalho pélvico, de modo que senti toda a região se contraindo. Ela me conta, então, que usa esse exercício, entre outras técnicas de dramatização teatral, para incentivar a confiança e construção de consentimento das gestantes que acompanha. A partir disso, Dandara narra que parte fundamental de seu trabalho é desconstruir crenças, tabus e preconceitos em torno do parto normal, da gestação (por exemplo, de que gestante não pode agachar, dançar, transar etc.) e do puerpério. Ela gosta de enfatizar às gestantes que gestar é o ápice da saúde, em contrapartida à noção de que gestar é como adoecer.

Por esse motivo, e pela centralidade que a educação perinatal tem para Dandara, que se autodenomina uma “educadora popular e articuladora de saúde”, a resposta da interlocutora sobre “como a doula deve agir?” quando a gestante passa por uma situação de violência é emblemática:

Eu nunca vou contar a violência. É uma coisa muito sutil que não é para a hora. Se ela não reparou, eu fiz ruim. Eu não trabalhei direito. [...] Eu sempre falo: a parturiente tem que entrar na unidade de assistência segurando a sua própria bolsa, porque ela sabe que aquilo é fisiológico, porque ela sabe que aquilo é um afastamento de osso, porque ela sabe que aquela contração é necessária. Sem contração não tem bebê. E aí ela tem que entrar sabendo que ela não tá morrendo, ela tá ascendendo! Ela vai se repartir, bilocar, subdividir, gente, que loucura isso! Ela tem que entender o quão potente é isso. (trecho da entrevista com Dandara realizada de forma online em novembro de 2024)

A visão de Dandara, de que não deve contar porque a gestante, devidamente informada e preparada ao longo da gestação, deve saber por si mesma, reforça sua compreensão de que doular não é tutelar nem servir. Para ela, doular significa garantir atravessamentos com suavidade, proteger a integridade e co-criar — definições essas que ela própria atribui à doulagem. A compreensão de Dandara sobre a doulagem reflete uma postura que valoriza a autonomia da pessoa gestante, enfatizando o papel da doula como uma

facilitadora que respeita os limites, desejos e necessidades dela. Essa perspectiva evidencia uma abordagem que vai além da assistência técnica, voltando-se para uma prática relacional de cuidado onde cada decisão é construída de forma compartilhada e amparada pela experiência e saberes da doula.

Esse entendimento encontra eco na experiência de Drica, que compreende a humanização como um compromisso com a escuta ativa, o acolhimento e o respeito pelas escolhas da gestante. Para a entrevistada, a humanização não se limita a protocolos e diretrizes dogmáticas, mas se traduz em uma prática que coloca o indivíduo no centro do cuidado, integrando aspectos físicos, emocionais e sociais.

A concepção crítica de Drica de que a humanização é esse olhar que vê o indivíduo como ser humano e que reconhece suas necessidades, e não um protocolo engessado, faz com que a interlocutora expanda a compreensão comumente propagada de que o parto humanizado é somente o parto vaginal. Sendo abertamente uma defensora e ativista da humanização do parto, questionei se acreditava que doular era uma forma de ativismo. Nesse momento da entrevista, ela retorna à sua experiência de amamentação para dizer que desde o início foi um ato político, pois não se isentou de ocupar os espaços fazendo com que seus filhos estivessem sempre que possível com ela. E que por isso, acredita também que:

[...] não dá para você ser doula sem ter um ativismo a respeito do parto *humanizado*, dos direitos reprodutivos femininos. Eu acho que é tudo meio junto assim, eu não sei se as outras doulas conseguem separar, mas para mim as coisas são todas juntas e misturadas. (trecho da entrevista com Drica realizada de forma online em julho de 2020)

Nesse sentido, para Drica a doulagem e o ativismo estariam intrinsecamente unidos. A impossibilidade de separá-los também aparece na fala e trajetória de Maitê. Quando perguntada sobre o que a levou a ser doula, ela afirma que conheceu esse universo por meio da militância. Ela já se identificava enquanto feminista e defensora dos direitos reprodutivos das mulheres quando engravidou. A oportunidade de doular pela primeira vez surgiu quando sua amiga e madrinha de seu filho engravidou e pediu seu apoio. Maitê realizou então o curso do GAMA como forma de ter mais conhecimento técnico e a partir disso fez o acompanhamento de sua amiga. Quando engravidou pela segunda vez, mais consciente do desafio que seria para ter um parto normal, contratou uma doula.

A entrada de Maitê na doulagem, aliada a seu conhecimento e militância política, logo a fez perceber as dificuldades do exercício da profissão devido à falta de regulamentação. Naquele contexto, em 2016, houve uma resolução do CREMERJ que proibia a entrada de doulas nos hospitais. A vice-presidente do CREMERJ à época, Vera Fonseca, chegou a

afirmar: “Doula não é uma profissão reconhecida, não sabemos qual é a formação dela. Se for uma fisioterapeuta ou enfermeira, tudo bem. Mas se não tiver essa formação superior, será melhor para a grávida ter como acompanhante o marido, a mãe ou uma tia”⁵⁰.

A resposta de Maitê e outras doulas foi se articular por meio de uma petição pública endereçada à ALERJ (Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro) para assegurar o direito das doulas em acompanhar partos hospitalares. Essa movimentação política deu origem à Associação de Doulas do Estado do Rio de Janeiro ainda naquele ano. A instituição da ADoulasRJ representou um passo importante em direção à profissionalização de doulas no país. A associação foi pioneira em debater e elaborar dois documentos norteadores para a formalização do trabalho de doulas: o código de ética da profissão (2017) e a matriz curricular mínima para a formação de doulas no Rio de Janeiro (2022). Na prática, vê-se que o ativismo e a organização política ocupam uma dimensão imprescindível na vida e trabalho das doulas. Seja articulando-se em associações ou provendo um cuidado que objetiva a autonomia das mulheres e demais pessoas gestantes, a doulagem é em si política.

Se a ideia de ativismo é inseparável da doulagem, sua definição pelas pessoas entrevistadas também é constituída pela ideia de que doular é cuidar e ser cuidada. A relacionalidade do cuidado está presente tanto na ideia do autocuidado contida nos conteúdos das formações e nas falas das entrevistas, conforme já demonstrado, quanto na relação entre cuidadora e gestante. Assim, observou-se na narrativa das interlocutoras a ideia de cuidado mútuo que constitui a relação entre doula e doulanda.

Tal ideia está presente no relato de Drica, que começou a doular quando seu filho ainda tinha sete meses. Ela narra que por esse motivo ele sempre está presente nas rodas e nos atendimentos de pré parto e pós parto que realiza. Sendo assim, quando vai se encontrar com alguma gestante, ela avisa se precisa levar as crianças e pergunta se tudo bem elas estarem presentes. Normalmente a resposta é positiva e costumam preparar algo para recebê-los. Narrando sobre uma dessas ocasiões, Drica relembra:

Então eu já cheguei em casa de gestante que ela tinha preparado um bolo de chocolate para o meu filho, que ele nem comia, mas enfim, comeu, porque eu também não quis fazer desfeita. [Ela] tinha ido ao mercado comprar suco de caixinha porque achava que criança tomava suco de caixinha, e aí eu também deixei tomar porque sabe... e pôs desenho numa televisão do tamanho do universo, coisa que ele também não fazia! Esse dia foi um negócio muito bizarro, **mas eu aceitei muito como um cuidado.** (trecho da entrevista com Drica realizada de forma online em julho de 2020, grifos meus)

⁵⁰ <https://www.coren-rj.org.br/cremerj-quer-condicionar-presenca-de-doula-no-parto-a-formacao-profissional/>

A partir desse relato, ela comenta que essas formas de cuidado mútuo acontecem com frequência em seu trabalho, porque suas relações com as doulandas são muito pautadas na ideia de que “eu sou uma mulher e você também é uma mulher, eu te cuido (como doula, porque você tá me contratando) mas você também me cuida como mulher, você me olha como uma mulher e não como uma prestadora de serviço”. Nesse sentido, as doulandas que atende estão muito afinadas com essa relação de cuidado e com o fato de Drica ser também uma mulher e mãe.

3.5 Tensionamentos de gênero

Ao final do último tópico, apresentei como o cuidado relacional e o compromisso com a autonomia das pessoas gestantes desafiam modelos de atuação pautados por protocolos engessados e por uma visão tuteladora. Esse contexto nos convida a questionar as barreiras de gênero e a ideia de que a doulagem depende de experiências pessoais específicas, como a maternidade. Ainda que o movimento de doulas tenha avançado em suas pautas por reconhecimento e regulamentação da profissão, persiste a ideia de que apenas mulheres — e, em especial, aquelas que têm filhos — estariam aptas para exercer essa profissão. Por isso, neste tópico busco problematizar essa compreensão a partir das narrativas de Dhiego, Drica, Amanda e Dandara, demonstrando como suas experiências tensionam as noções de gênero, cuidado e maternidade.

Dhiego, uma pessoa transmasculina, representa um contraponto direto às expectativas de gênero que usualmente permeiam a profissão de doula. Ele narra como seu interesse pela doulagem surgiu da participação em espaços LGBTQTs e de eventos sobre gestação de pessoas trans. Embora tenha iniciado sua formação no curso de doulas da Fiocruz sem ter filhos, ele engravidou posteriormente de gêmeas e hoje as bebês estão com sete meses. Apesar disso, Dhiego enfatiza que essa experiência não é uma prerrogativa para o trabalho de doula. De acordo com ele:

Eu acho que não precisa ter filhos para ser doula, eu acho que é um grande preconceito que as pessoas têm. Até já fiz um post sobre isso no *Instagram*, e aí até uma doula compartilhou nos stories falando que ela tem muito trabalho para ser doula, ela estuda, né... A gente faz isso, a gente vai pra evento, a gente participa de oficina, lê livro, lê artigo, se atualiza de protocolo, é um trabalho constante de estudo. E ela tem muito trabalho para aí ser deslegitimada porque ela não tem filho. E eu comecei essa trajetória sem ter filhos [...] Eu acho que assim, pode influenciar sim [a maternidade], porque eu acho que qualquer vivência influencia o nosso trabalho. Você muda de perspectiva... Você vai formando o profissional que você é através da pessoa que você é. Mas eu não acho que há uma necessidade. Não acho que precisa ter passado por um parto ou precisa ter tido filhos. (trecho da entrevista com Dhiego realizada de forma online em novembro de 2024)

Essa reflexão também o levou a criticar a romantização da maternidade e taxá-la como contraproducente à profissionalização da doulagem. Desse modo, Dhiego destaca que o compromisso com o estudo e a formação contínua são os pilares da profissão, uma perspectiva que desestabiliza visões essencialistas frequentemente atribuídas às doulas.

Na contramão do que vivencia Dhiego, a interlocutora Amanda expressa dúvidas sobre como seria a recepção das gestantes mulheres à presença de um homem como doula, mesmo que ele fosse homossexual ou trans. Ela argumenta defendendo que a doulagem deveria ser uma profissão exclusivamente feminina:

[...] os homens já tomaram tanto nosso lugar em várias outras questões, tanto que o parto começou a ser hospitalar. Começou a ser esse show de horrores quando os homens entraram e começaram a ditar as regras deles de como a gente deveria parir. E aí mais ainda na doulagem, a gente vai ter mais homens intervindo também? **A gente vai deixar mais uma vez tomarem o nosso lugar, o nosso espaço?** (trecho da entrevista com Amanda, realizada em julho de 2020, grifos meus)

Amanda também compartilha a crença de que as mulheres possuem um instinto natural para cuidar, embora ela mesma reconheça não gostar de todas as atividades que envolvem o cuidado. Isso gera uma contradição interna, em que ela reconhece que se sente culpada por não gostar de brincar com seu filho, ao passo que afirma estar tudo bem não se identificar com todas as tarefas de cuidado. Por outro lado, Amanda acredita que a experiência de parir não é necessariamente uma exigência para ser uma boa doula, embora ela admita que algumas mulheres podem buscar doulas que já tenham vivido essa experiência — como de fato já ocorreu com ela, ao mencionar uma doulanda que se sentiu mais segura por ela já ter parido.

Essa visão encontra eco na experiência de Drica, mãe de três filhos, que oferece uma perspectiva que é tanto complementar quanto contrastante a de Dhiego e a de Amanda. A entrevistada reconhece que a vivência da maternidade é um elemento que enriquece seu trabalho, especialmente como psicóloga que atende majoritariamente mulheres no puerpério, mas rejeita a ideia de que essa experiência seja imprescindível à doulagem. Quando o assunto é se a doulagem deve ser uma profissão exclusivamente feminina, ainda que Drica tenha mencionado anteriormente a ideia de uma “energia de mulher” ao narrar sobre suas práticas enquanto doula, a interlocutora diz defender um “caminho do meio”. Como forma de expor isso, ela evidencia que já atuou como professora na formação de dois homens como doula.

Questionada se acredita que mulheres naturalmente sabem cuidar, Drica afirma que vê o cuidado como uma construção cultural. Ilustrando isso, ela narra como seu filho mais novo está vivendo uma proposta de mundo em que mesmo sendo homem pode cuidar, e que se

perguntar a ele o que quer ser quando crescer, ele dirá que pai e avô. A partir das afirmações e histórias que Drica compartilha, é possível observar que sua narrativa elucida esse lugar complexo, em que ao mesmo tempo que o nascimento de seus filhos traz a ela uma identidade e posicionamento no mundo, é também algo reconhecido como violento e difícil.

Esse tensionamento em torno da maternidade e do cuidado também está presente na fala de Dandara ao narrar sobre as “rodas de choro” que articula no território onde mora e atua, uma periferia que é, sobretudo, matriarcal. Ao contar sobre o funcionamento das “rodas de choro”, Dandara defende a necessidade de mecanismos de acolhimento para que as mulheres pretas e mães solo possam chorar. Ela diz: “Então a gente pergunta: quem gosta de ser mãe? Ninguém. Todo mundo ama seu filho, mas ninguém gosta de ser mãe”.

Nesse sentido, a compreensão e prática de Dandara de uma doulagem mais ampla, que inclui a parentalidade e que é coletiva, parece ser elo de conexão e resposta aos desafios de incorporar outras perspectivas de cuidado à doulagem. Ao narrar que é também doula de “renascimentos” de filhas que cresceram e agora se entendem trans, a entrevistada alude à ideia de que a doulagem não se encerra no parto, pois é, na realidade, uma prática de “comadragem”:

A gente compreende aqui que o papel da doula é também de garantir o renascimento desse filhe. Então a gente faz todo um trabalho com essa mãe que tá chorosa, e aí a gente precisa levantar a cabeça dela, ensinar ela a vencer o pastor, ensinar ela a vencer o patrão, ensiná-la a vencer o feirante, o cara do açougue, da padaria... **Ensinar essa mulher a ter orgulho de seu filhe.** Então a gente vem e trabalha em outro lugar, como um território, uma quebrada que é matriarcal. Então tudo aqui é a mãe, pro bem e pro mal. (trecho da entrevista com Dandara realizada de forma online em novembro de 2024, grifos meus)

[...] A doulagem não acaba no parto, não acaba nunca. Então por isso é comadragem. Por isso é diferente. (trecho da entrevista com Dandara realizada de forma online em novembro de 2024)

As trajetórias de Dhiego, Drica, Amanda e Dandara evidenciam que as experiências pessoais, sejam elas de maternidade ou de transgressão de normas de gênero, podem enriquecer a doulagem, mas não devem ser tratadas como critérios exclusivos ou definidores para o exercício da profissão. Ao propor uma visão que valoriza a diversidade de trajetórias e experiências, essas narrativas desafiam pressupostos essencialistas que restringem a doulagem a um lugar exclusivamente feminino e materno.

Portanto, é fundamental reconhecer que a doulagem, enquanto prática de cuidado, está inserida em um contexto mais amplo de disputas de gênero e representações sociais. Ao resistir às tentações de naturalizar certos papéis ou experiências, a profissão se abre para um horizonte mais inclusivo, capaz de acolher diferentes perspectivas e trajetórias de vida tanto

de doulas quanto de pessoas doulandas. Essa transformação não apenas amplia o alcance da doulagem, mas também reafirma seu papel como ferramenta de emancipação e respeito às singularidades das pessoas gestantes.

Considerações finais

Esta dissertação explorou a construção do espaço de atuação profissional das doulas no Brasil, inserindo a profissão no contexto das disputas políticas e sociais em torno do cuidado obstétrico humanizado. A pesquisa revelou aspectos históricos, institucionais e identitários que moldam e desafiam a profissionalização das doulas no país, sendo que tais dimensões foram apresentadas e discutidas nos três capítulos deste trabalho. A seguir, apresento uma síntese das discussões e achados da pesquisa, bem como sugestões para futuros estudos sobre o tema.

No primeiro capítulo, intitulado “Mudanças, continuidades e disputas na cena de parto”, foi realizada uma análise histórica das transformações na assistência obstétrica brasileira entre os séculos XIX e XX. Observou-se como o parto, antes realizado no domicílio da própria gestante e assistido majoritariamente por parteiras, foi progressivamente hospitalizado e centralizado no modelo médico-intervencionista. Este processo foi impulsionado pela institucionalização da medicina e pela promoção de discursos higienistas que reforçavam a superioridade da ciência médica em relação ao saber empírico das parteiras.

Esse modelo, amplamente consolidado no Brasil contemporâneo, passou a ser alvo de críticas devido à alta taxa de intervenções desnecessárias — incluindo cesáreas e procedimentos como a episiotomia — e às mortes maternas. Movimentos de humanização do parto emergiram na década de 1990, contestando práticas abusivas e propondo um cuidado centrado na autonomia da gestante. Nesse contexto, as doulas se inserem como agentes de um cuidado humanizado e relacional, contrapondo-se à tecnocracia predominante.

O segundo capítulo, “A profissionalização da doula em disputa”, examinou os desafios políticos e institucionais da regulamentação da profissão de doula. A inclusão da ocupação na Classificação Brasileira de Ocupações em 2013 e a tramitação do Projeto de Lei nº 3946/21 são marcos relevantes nesse processo. Entretanto, o reconhecimento pleno da profissão ainda enfrenta resistências da classe médica e barreiras institucionais, como a ausência de legislação federal regulamentando a prática. O capítulo também destacou o papel fundamental da organização política da categoria, com ênfase na atuação da Federação Nacional de Doulas do Brasil. Por meio da proposição de documentos norteadores à formação e atuação ética das doulas, audiências públicas e convenções, o movimento de doulas tem buscado legitimar o trabalho de doulagem como um cuidado qualificado, traduzindo aprendizados empíricos em competências e saberes reconhecíveis no mercado de trabalho.

O último capítulo, nomeado “A identidade profissional de doula”, investigou a construção da identidade profissional das doulas, articulando três aspectos que são fundamentais para sua atuação: os cursos de formação, o ativismo político e o cuidado relacional e produtor de autonomia. A realização de cursos de formação desempenha um papel crucial na legitimação da doulagem, ao fornecer ferramentas técnicas e reforçar princípios sociais e éticos que orientam a prática. Além disso, as doulas exercem sua profissão como uma forma de militância pelo parto humanizado, contestando hierarquias de gênero e promovendo um cuidado que é centralizado na pessoa gestante. Destaca-se também o cuidado relacional, que foi entendido como o vínculo de confiança e afeto entre doula e gestante que permite “cuidar e ser cuidada”, respeitando assim a singularidade de cada parto e fortalecendo a autonomia das pessoas gestantes.

Ao refletir sobre a autonomia da pessoa gestante, buscou-se argumentar que a legitimidade e valorização da doula não advém desse lugar de que ela é uma profissional imprescindível à assistência obstétrica. Não é ela quem “faz” o parto e sua importância reside justamente no fato de que ter seu cuidado não é uma obrigação, mas sim uma escolha da gestante. O uso do verbo “acompanhar” o parto, no lugar de “fazer” como associado aos médicos, é vista como ilustrativa desse reposicionamento. Dessa forma, as doulas surgem como figuras centrais na busca pela ampliação da autonomia e protagonismo das pessoas gestantes à medida em que – e talvez exatamente porque – são dispensáveis.

A partir dos resultados obtidos, e do que não foi possível fazer tanto em razão do tempo quanto do recorte da pesquisa, proponho algumas direções para a agenda de pesquisa sobre doulas. Primeiro, a inclusão de perspectivas interseccionais é essencial para entender como fatores como raça, classe e identidade de gênero influenciam a experiência das doulas e das pessoas gestantes, ampliando o entendimento sobre desigualdades no acesso ao cuidado humanizado. Segundo, acredito que estudos comparativos internacionais podem contribuir analisando as experiências de regulamentação e atuação de doulas em outros países, identificando boas práticas que possam ser adaptadas ao contexto brasileiro. Além disso, é fundamental examinar como a regulamentação da profissão pode impactar a relação entre doulas, gestantes e outros profissionais da saúde, bem como suas implicações no mercado de trabalho. Por fim, a ampliação do debate sobre cuidado deve explorar como a doulagem pode contribuir para transformar dinâmicas de cuidado em outros contextos, como envelhecimento, parentalidade e luto.

A pesquisa procurou revelar a complexidade do processo de profissionalização das doulas, inserido em um amplo contexto marcado por disputas de gênero, saberes e

institucionalidades. Ao destacar as contribuições das doulas para a humanização do parto, reafirma-se a importância de sua valorização enquanto profissionais do cuidado. Apesar dos avanços expressos na promulgação das chamadas Lei da doula e na crescente inserção dessas profissionais no SUS, constatou-se que persistem desafios relacionados à inclusão de perspectivas de cuidado que privilegiem o olhar para raça, identidade de gênero e diversidade sexual. Espera-se que os achados desta pesquisa inspirem novas investigações sobre a temática que contribuam para o avanço de políticas que promovam um cuidado obstétrico mais inclusivo e respeitoso.

REFERÊNCIAS

ABBOT, A. The system of professions: an essay on the division of expert labor. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

BARBOSA, Giselle Machado. As madames do parto: parteiras através dos periódicos no Rio de Janeiro (1822-1889). 2016. 161 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

BARBOSA, Murillo Bruno Braz et al . Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 42, n. 117, p. 420-429, June 2018.

BESSIN, Marc e GAURDART, Corinne. Les temps sexués de l'activité: la temporalité au principe du genre?. Revue de sciences sociales et humaines, Temporalités, 9, 2009.

BLUMENAU. **Lei nº 7946, de 6 de fevereiro de 2014**. Dispõe sobre a presença de "doulas" durante o parto, nas maternidades situadas no município de Blumenau. Blumenau, SC: Diário Oficial, 2014. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a/sc/b/blumenau/lei-ordinaria/2014/795/7946/lei-ordinaria-n-7946-2014-dispoe-sobre-a-presenca-de-doulas-durante-o-parto-nas-maternidades-situadas-no-municipio-de-blumenau>. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. **Lei de 15 de outubro de 1827**. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1827, p. 71, Vol. 1 pt. I (Publicação Original). Disponível em:

https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-38398-15-outubro-1827-566692-publicacaooriginal-90222-pl.html. Acesso em: 12 jan. 2025.

_____. **Lei de 3 de outubro de 1832**. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1832, p. 87, Vol. 1 pt. I (Publicação Original). Disponível em:

https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-37274-3-outubro-1832-563716-publicacaooriginal-87775-pl.html. Acesso em: 12 jan. 2025.

_____. **Decreto nº1.387, de 28 de abril de 1854**. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1854, Página 195 Vol. 1 pt I (Publicação Original). Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1387-28-abril-1854-590272-publicacaooriginal-115439-pe.html> Acesso em: 12 jan. 2025.

_____. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm. Acesso em: 12 jan. 2025

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 985, de 05 de agosto de 1999**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em:

https://saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_985.pdf Acesso em: 12 jan. 2025

_____. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm Acesso em: 12 jan. 2025

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf. Acesso em 12 jan. 2025.

_____. **Projeto de Lei nº 6583/2013, de 16 de outubro de 2013.** Dispõe sobre o Estatuto da Família e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=597005>. Acesso em: 12 jan. 2025

_____. **Projeto de Lei nº 8363/2017, de 23 de agosto de 2017.** Dispõe sobre o exercício profissional da atividade de Doula e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2148936>. Acesso em: 12 jan. 2025

_____. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 12 jan. 2025

_____. **Projeto de Lei nº 434/2021, de 11 de fevereiro de 2021.** Institui o Estatuto do Nascituro, que dispõe sobre a proteção integral do nascituro e dá outras providências.. Brasília: Câmara dos Deputados, 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2270201>. Acesso em: 12 jan. 2025

_____. **Projeto de Lei nº 3946/2021, de 23 de março de 2022.** Dispõe sobre o exercício da profissão de doula. Brasília: Câmara dos Deputados, 2022. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2318547&fichaAmigavel=nao>. Acesso em: 12 jan. 2025

_____. Ministério da Saúde. **Despacho 9087621, de 3 de maio de 2019.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2025

CARRASCO, Cristina. "A sustentabilidade da vida humana: um assunto de mulheres?". IN: FARIA, Nalu; NOBRE, Miriam (orgs.). : ensaios de economia feminista. São Paulo: SOF, 2003. pp. 11-49.

CASTELLO, Camila Cristina Saraiva. 2016. A doulagem como um “divisor de águas”: uma etnografia do curso de formação de doulas e educadoras perinatais da Matriusca. Monografia de Graduação, Brasília: Universidade de Brasília

CFM. **Resolução nº 2.144/2016, de 22 de junho de 2016.** É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2016. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2144_2016.pdf Acesso em: 12 jan. 2025

COFEN. **Resolução nº 524/2016, de 4 de outubro de 2016.** Altera a Resolução Cofen nº 516/2016 e dá outras providências. Brasília, Conselho Federal de Enfermagem, 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05242016/>. Acesso em: 12 jan. 2025

CREMERJ. **Resolução nº 293/2019, de 6 de fevereiro de 2019.** Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal. Rio de Janeiro, DOERJ, 2019. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2019/293_2019.pdf. Acesso em: 12 jan. 2025.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. Austin (Tex): International Journal of Gynecology & Obstetrics, 75:5-23. 2002.

DEBERT, G. G. Migrações e o Cuidado do Idoso. Cadernos Pagu, n. 46, 2016.

DINIZ, Carmen. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc. saúde coletiva vol.10 no.3. Julho/Setembro. Rio de Janeiro, 2005.

DINIZ, S.G., CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. Questões de Saúde Reprodutiva, 2006;1(1): 80-91.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al . Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014.

ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do; PORTO, Isaura Setenta. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. Esc. Anna Nery , Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 539-546, Dez. 2006.

FENADOULASBR. Documento Norteador sobre a Formação de Doulas. Disponível em: <https://fenadoulasbr.com.br/wp-content/uploads/2024/11/doc-norteador-formacao.pdf>. Acesso em: novembro de 2024. 2024a.

FENADOULASBR. Documento Norteador sobre Ética na Atuação de Doulas. Disponível em: <https://fenadoulasbr.com.br/wp-content/uploads/2024/11/doc-norteador-etica.pdf>. Acesso em: novembro de 2024. 2024b.

FERREIRA, L. O.. Negócio, política, ciência e vice-versa: uma história institucional do jornalismo médico brasileiro entre 1827 e 1843. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 11, p. 93–107, 2004.

FERREIRA JR, A. R.; BARROS, N. F. DE .. Motivos para atuação e formação profissional: percepção de doulas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1395–1407, out. 2016.

FLEISCHER, Soraya. “Doulas como “amortecedores afetivos” – notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto”. *Ciências Sociais – Unisinos*. Vol.41 no.1. jan/abr. São Leopoldo, 2005.

FONSECA, I.; FREITAS, R.C.M.; RIL, S.Y. Movimento de doulas no Brasil: trajetória das atrizes na construção de uma cultura de não violência obstétrica. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women’s Worlds Congress*. Florianópolis, 2017.

GRECCO, Fabiana Sanches. O viés androcêntrico da ciência econômica e as críticas feministas ao homo economicus. *Tematicas, Campinas, SP*, v. 26, n. 52, p. 105–134, 2018.

GUIMARÃES, Nadya Araujo. Casa e mercado, amor e trabalho, natureza e profissão: controvérsias sobre o processo de mercantilização do trabalho de cuidado. *Cad. Pagu, Campinas*, n. 46, p. 59-77, Abr. 2016.

HIRSCH, O. N.. 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, n. 2, p. 229–249, abr. 2015.

HOCHSCHILD, A. Nos bastidores do livre mercado local: babás e mães de aluguel. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Org.). *Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Editora Atlas, 2012, pp. 185-200.

HORTA, Júlia Cristina Amaral. *A doula comunitária: uma experiência reinventada [dissertação]*. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008. 168 p.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; SCHRAIBER, Lilia Blima. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 639-649, Set. 2005.

KAUFMANN, Jean-Claude. *A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo*. Petrópolis: Vozes; Maceió: Edufal, 2013.

KERGOAT, Danièle. O cuidado e as imbricações das relações sociais. In: ABREU, Alice Rangel de Paiva; HIRATA, Helena; LOMBARDI, Maria Rosa (Org.). *Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais*. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 17-26.

LANSKY, S. et al.. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S192–S207, 2014.

LEÃO, Viviane; OLIVEIRA, Sônia. “O papel da doula na assistência à parturiente”. *REME Rev. Min. Enferm*. Vol.10 no.1. Minas Gerais, 2006.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 24, p. 105-125, junho de 2005.

MAGALHÃES, F. A obstetrícia no Brasil. Rio de Janeiro, Leite Ribeiro, 1922a.

MAIA, Mônica Bara. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

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

MELO, H. P. DE .; MORANDI, L.. Mensurar o trabalho não pago no Brasil: uma proposta metodológica. *Economia e Sociedade*, v. 30, n. 1, p. 187–210, jan. 2021.

MOLINIER, P. Ética e trabalho do care. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Org.). *Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Editora Atlas, 2012, pp. 29-43.

MOTT, Maria Lúcia. O curso de partos: deve ou não haver parteiras?. *Cadernos de Pesquisa*, nº 108, p. 133-160, 1999.

_____. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Proj. Hist. São Paulo*, vol. 25. p. 197-219, 2002.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luis Antônio. A. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 155-172, 2016.

NIGHTINGALE, Florence. *Anotações de enfermagem: o que é, e o que não é*. [1860]. São Paulo: Rideel, 2010.

OLIVEIRA, Amanda Marques de. *A invenção do cuidado: entre o dom e a profissão*. 2015. Tese. (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas.

PAIM, Jairnilson Silva. *A Reforma Sanitária e o CEBES / Jairnilson Silva Paim*. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 27p.

PARENTE, R. C. M., et al . A história do nascimento (parte 1): cesariana. *FEMINA*. vol. 38, n. 9. p. 481-486. 2010.

POSSOLLO, Adolpho. *Curso de Enfermeiros : atualizado e acrescido de uma parte especial de enfermagem da criança*. [1920]. Rio de Janeiro: Editora Freitas Bastos, 1942.

PULHEZ, Mariana Marques. *Autonomia, consentimento e informação de qualidade: controvérsias e disputas na construção da violência obstétrica no Brasil*. 2022. 1 recurso online (217 p.) Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/5742>. Acesso em: 28 mar. 2025.

REHUNA - REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO. Carta de Campinas: ato de fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - Rehuna. In: AMIGAS do parto. São Paulo, 18 maio 2011 [1993].

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A.. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 2, p. 449–459, jul. 2002.

RIZEK, Cibele; LEITE, Márcia de Paula. Dimensões e representações do trabalho fabril feminino. In: *Cadernos Pagu*, Campinas, no 10, 1998.

ROLAND, Edna. Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 506, jan. 1995. ISSN 1806-9584.

SANTOS, Verônica Aline Matos. "Era uma longa caminhada para chegar até lá"... e "Lembra da mulher que ficou lá atrás?": mulheres negras e a experiência em uma casa de parto humanizado na cidade de São Paulo. 2024. Dissertação (Mestrado em Mudança Social e Participação Política) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024.

SÃO PAULO. **Projeto de Lei nº435 /2019, de 10 de abril de 2019**. Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. São Paulo: ALESP, 2019. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>. Acesso em: 12 jan. 2025

SILVA, Fernanda et al . “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 171-184, set. 2019.

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

SILVA, Raimunda Magalhães da et al . Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 10, p. 2783-2794, Oct. 2012.

SILVA, Sóstenes. Divisão sexual do trabalho em discurso: implicações para mulheres enfermeiras no Brasil. In: CEMARX - IX COLÓQUIO INTERNACIONAL MARX ENGELS. 2018.

TEIXEIRA, R. P.; BIROLI, Flávia. Contra o gênero: a “ideologia de gênero” na Câmara dos Deputados brasileira. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 38, 2022.

TEMPESTA, G. A. Trabalhando pelos bons vinculamentos: Reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas, *Anuário Antropológico [Online]*, v.43 n.1, 2018.

TORNQUIST, Carmen. “Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no Ideário da Humanização do Parto”. *Rev. Estud. Fem.* vol. 10 no2. Florianópolis, 2002.

TRONTO, Joan. *Moral boundaries: a political argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge, 1993.

VASCONCELLOS, M. T. L. DE . *et al.* Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. 49 –58, 2014.

VENTURI, G; GODINHO, T. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, SESC-SP; 2013.

ZELIZER, Viviana. The purchase of intimacy. *Law & Social Inquiry*, 25: 817-48. 2000.

APÊNDICES

Apêndice 1. Roteiro de entrevista em 2020

Trajatória educacional e profissional

- Qual a sua formação educacional?
- Além de doula você já trabalhou com outras atividades? Conte um pouco desse percurso.
- Entre os trabalhos que realiza, há algum que você se dedica mais? Se sim, por quê? (E há algum que gostaria de se dedicar mais?)
- Algum deles te dá maior retorno financeiro? (algum deles garante uma parcela maior dos seus rendimentos ou isso é variável?)
- Atualmente, você possui algum vínculo empregatício (contrato: se preciso dê exs.)?
- Por que quis se tornar doula? O que é função da doula, para você?
- Como foi que você começou a trabalhar como doula? Quando você se reconheceu doula?
- Há semelhanças entre a doula e a EO? Há diferenças? Se sim, aponte quais.
- Quais recursos você utiliza como forma de atrair novas clientes/doulandas? (perguntar qual termo prefere)
- Descreva para mim como costuma ser o seu atendimento enquanto doula (rotina de trabalho).
- O que você entende por parto humanizado?
- Você percebe alguma relação entre o seu trabalho enquanto doula e a forma como vivencia a maternidade? Se sim, explique.
- Em algum momento, você foi perguntada por uma possível cliente/doulanda se tem filhos e/ou se já havia parido e, se sim, de que forma?
- Antes da pandemia, como você conciliava o trabalho remunerado com o cuidado dos seus filhos e tarefas domésticas?
- E, atualmente, como têm sido conciliar sua vida profissional e familiar?
- Como tem se dado o atendimento como doula no momento atual? Você passou todas as atividades para o meio online ou têm tido encontros presenciais?
- Do início da pandemia até o momento, você já acompanhou algum parto? Como foi?
- Caso tenha acompanhado um parto hospitalar, houve algum embarço por parte do hospital? Foi necessária alguma autorização específica?

Pergunta extra, caso não surja no decorrer da entrevista: Como foi a experiência de parto dos seus filhos?

Afirmações: De 1 a 5, sendo 1 “discordo totalmente” e 5 “concordo totalmente” qual a sua opinião sobre as seguintes afirmações:

- “A doulagem é uma ocupação necessariamente ligada à humanização do parto”
- “Somente mulheres podem ser doulas”
- “Mulheres naturalmente sabem cuidar”
- “Para ser uma boa doula é preciso ter vivenciado a experiência de parir”
- “A cesárea pode ser uma escolha informada e consciente, mesmo nos casos em que não é necessária”
- “O parto humanizado é necessariamente um parto vaginal”
- “O parto humanizado é necessariamente natural, sem uso de ocitocina, analgesia ou demais tecnologias médicas”
- “Não acompanho cesárea eletiva”
- “A doulagem é uma prática feminista.”
- “A doula é imprescindível para um bom parto”
- “Toda gestante deveria ter direito ao acompanhamento de uma doula”

Apêndice 2. Roteiro de entrevista: retorno a campo em 2024

Perfil social

Idade:

Identidade de gênero:

Cor/raça:

Estado civil:

Cidade em que reside:

Ocupação(ões):

Escolaridade:

Tem filho(s)? Se sim, qual(is) a(s) idade(s)?

Você gestou? Você adotou?

Trajetória como doula

Eu gostaria que você me contasse sobre o início do seu trabalho como doula. Quando você soube o que era doula? Por que você decidiu se tornar doula? Como foram seus primeiros atendimentos? Além de doula, você já trabalhou com outras atividades? Conte um pouco desse percurso.

- Você realizou algum curso de formação de doula antes de iniciar na profissão? Se sim, que curso foi?
- Por que você optou especificamente por esse curso, e não outro?
- Como você aprendeu a ser doula?
- O que é função da doula para você? O que não é?
- Quais competências e qualidades uma doula deve ter?
- Você acredita que para ser doula é preciso realizar um curso específico de formação? Se sim, o que esse curso deve ensinar? Quem deve ensinar?
- Além de doula, você mantém outra ocupação? Se sim, por qual motivo?
- Você já atuou ou atua como doula voluntária(o)? Se sim, me conte um pouco sobre essa experiência.

Dia-a-dia de trabalho

- Enquanto doula você atua exclusivamente como profissional autônoma(o) ou possui alguma outra forma de vínculo de trabalho?
- Você realiza contrato com a pessoa gestante? Se sim, o que este contrato estipula?

- Como você estabelece o valor de atendimento e o que ele engloba? Esse valor é fixo ou pode variar?
- Quais estratégias você utiliza como forma de atrair novas(os) doulandas(os)?
- Em sua opinião, por que uma pessoa gestante escolhe ter você como doula?
- Descreva para mim como costuma ser o seu atendimento enquanto doula.

(PARA QUEM TEM FILHO(S)) A maternidade/paternidade

- Você percebe alguma relação entre o seu trabalho enquanto doula e a sua experiência de maternidade/paternidade?
- (PARA QUEM GESTOU) Gostaria que você me contasse sobre sua experiência de parto. Como foi? Você teve apoio de uma doula?
- Como você organiza o tempo entre seu trabalho de doula (e outro(s) trabalho(s) remunerado(s), caso haja) e vida familiar?

A profissionalização da doulagem e o papel da organização política

- Em sua opinião, quais os desafios à profissionalização da doulagem no Brasil?
- Como você relaciona o trabalho da doula e o ativismo político?
- Você se considera ativista em prol da humanização do parto?
- O que você entende por “parto humanizado”?
- O que você entende por “cuidado”?
- Você integra alguma associação de doulas? Se sim, qual a importância da organização política para você? E para as doulas enquanto categoria?
- Como você enxerga a inserção de doulas no SUS?
- O que a doulagem pode contribuir para o cenário obstétrico do país?