

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

ALINE MARTINELLS MENEZES CARVALHO

**A LUTA DAS DOULAS PELO RECONHECIMENTO ENQUANTO CATEGORIA
PROFISSIONAL: TRAJETÓRIA E DESAFIOS**

**JOÃO PESSOA, PB
2023**

ALINE MARTINELLS MENEZES CARVALHO

**A LUTA DAS DOULAS PELO RECONHECIMENTO ENQUANTO CATEGORIA
PROFISSIONAL: TRAJETÓRIA E DESAFIOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestra em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Garcia Monteiro

**JOÃO PESSOA, PB
2023**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C3311 Carvalho, Aline Martinells Menezes.

A luta das doulas pelo reconhecimento enquanto categoria profissional : trajetória e desafios. / Aline Martinells Menezes Carvalho. - João Pessoa, 2023.
166 f. : il.

Orientação: Renata Garcia Monteiro.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Parto - Doulas. 2. Doulas - Profissionalização.
3. Doulagem. I. Monteiro, Renata Garcia. II. Título.

UFPB/BC

CDU 618.4(043)

ALINE MARTINELLS MENEZES CARVALHO

**A LUTA DAS DOULAS PELO RECONHECIMENTO ENQUANTO CATEGORIA
PROFISSIONAL: TRAJETÓRIA E DESAFIOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba
como requisito para obtenção do título de Mestra em
Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Garcia Monteiro

Aprovada em _____ março de 2023.

Profa. Dra. Renata Garcia Monteiro
Orientadora (UFPB)

Profa. Dra. Aline Maria Batista Machado

Profa. Dra. Luziana Ramalho Ribeiro

*À todas às mulheres-portais
que frutificam, alimentam,
e potencializam existências.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sua bondade, graça, misericórdia e amor, que me sustentaram nesse tempo;

À minha família, especialmente à minha mãe Itaraci, meu lugar de chegada e de abrigo neste mundo;

Às minhas amigas, que se mantiveram de perto, cada uma a sua maneira, especialmente a Andreia, por não ter soltado a minha mão;

A Daniel, meu amor-amigo, por ter sido meu suporte;

A Tia Keu, que me adotou, me abençoou e me deixou saudade com sua partida;

A Firmino, Jaque, Maria Helena e Fia, por terem garantido parte de meu sustento nesse período, que me possibilitou realizar o Mestrado;

À minha Igreja Metodista, em João Pessoa, e à minha Pastora e amiga, Thaiana Assis, por cuidar de mim através das orações;

Ao PROGRAMA INDIVÍDUOS INSPIRADOS da Tearfund, por me apoiar nesse tempo;

À Associação de Doulas da Paraíba e a Karla, que me viu doula antes de mim;

À minha orientadora, Prof.^a. Dra. Renata Garcia, por seus olhos bons e sua generosidade, e ao Departamento de Serviço Social da UFPB, que acolheu esta pesquisa;

Por fim, agradeço aos bebês que nasceram nesse período: Joaquim, Selena, Aurora, Eva, Nicolas e Serena, por terem sido para mim um sinal de esperança e de fé em outro mundo possível.

RESUMO

A história do parto passou por radicais transformações na sociedade moderna, tais mudanças afetaram a vida das mulheres em diversos âmbitos, desde o deslocamento do lugar de parir até o paradigma de assistência proposto para o parto. Nestas transformações, as doulas se inscreveram no cenário obstétrico para responder às demandas das mulheres que questionam o modelo de assistência em voga. As doulas são trabalhadoras que dão suporte físico, emocional e informacional às mulheres em seu período gravídico, no parto e pós-parto. Entretanto, a despeito da relevância dos trabalhos das doulas, estas têm encontrado impedimentos para o reconhecimento de sua profissionalização. Nesse sentido, o objetivo geral da pesquisa foi de analisar, por meio da revisão de literatura e da pesquisa documental, a trajetória da profissionalização das doulas no Brasil. Para tanto, a escrita dessa dissertação se debruçou sobre as mudanças no parto a partir da sociedade moderna; o significado da profissionalização das doulas, e a trajetória de organização delas até seu processo de profissionalização. Entre as principais conclusões destaca-se que considerar uma categoria de trabalhadoras como uma profissão envolve uma disputa de poder marcada por medidas de acreditação, permeadas por ideologias, que designa o que é ou não uma profissão. As doulas, por exemplo, vem sofrendo com o paradigma da medicalização que prioriza, inclusive nas políticas públicas, as tecnologias de controle médico e medicalizante, deixando em lugar secundário as possibilidades de humanização do parto e a participação de outras profissionais. Ainda nesta direção, cabe destacar os achados que dizem respeito ao voluntariado como lugar que precisa ser questionado para o avanço das lutas das doulas no reconhecimento de seu fazer como profissão, além da própria política de formação que precisa contar com carga-horária compatível com um curso de formação profissionalizante. Cabe ressaltar, ainda, que este trabalho é a primeira investigação realizada sobre o tema no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba.

Palavras-chave: Parto. Doulas. Doulagem. Profissionalização. Reconhecimento.

ABSTRACT

The history of childbirth has undergone radical transformations in modern society, such changes have affected women's lives in different areas, from the displacement of the place of birth to the proposed assistance paradigm for childbirth. In these transformations, doulas entered the obstetric scenario to respond to the demands of women who question the care model in vogue. Doulas are workers who provide physical, emotional and informational support to women in their pregnancy, childbirth and postpartum period. However, despite the relevance of the work of doulas, they have found impediments to the recognition of their professionalization. In this sense, the general objective of the research was to analyze, through a literature review and documentary research, the trajectory of the professionalization of doulas in Brazil. Therefore, the writing of this dissertation focused on the changes in childbirth from modern society; the meaning of the professionalization of doulas, and the trajectory of their organization until their professionalization process. Among the main conclusions, it is highlighted that considering a category of female workers as a profession involves a power struggle marked by accreditation measures, permeated by ideologies, which designate what a profession is or is not. Doulas, for example, have been suffering from the medicalization paradigm that prioritizes, even in public policies, medical and medicalizing control technologies, leaving the possibilities of humanizing childbirth and the participation of other professionals in a secondary place. Still in this direction, it is worth highlighting the findings regarding volunteering as a place that needs to be questioned for the advancement of the struggles of doulas in the recognition of their work as a profession, in addition to the training policy itself, which needs to have a workload compatible with a vocational training course. It should also be noted that this work is the first investigation carried out on the subject in the Graduate Program in Social Work at the Federal University of Paraíba.

Key words: Childbirth. Doulas. Doulage. Professionalization. Recognition.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mulher parindo.....	19
Figura 2. Mulher parindo de cócoras.....	22
Figura 3. Banquinho de parto.....	23
Figura 4. Mulher parindo deitada.....	25

LISTA DE SIGLAS

a.C	Antes de Cristo
ADB	Associação de Doulas de Brasília
ADOULASRJ	Associação de Doulas do Rio de Janeiro
ADRJ	Associação de Doula do Rio de Janeiro
ANDO	Associação Nacional de Doulas
APICE ON	Aprimoramento e Inovação nos cuidados e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
CBO	Código Brasileiro de Ocupação
CONADOULA	Convenção Nacional de Doulas
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
DONA	Doulas da América do Norte
EAD	Ensino à Distância
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAMA	Grupo de Apoio à Maternidade Ativa
ICV	Instituto Cândida Vargas
IFG	Instituto Federal de Goiás
JICA	Agência de Cooperação Internacional do Japão
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto
RFS	Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Reprodutivos
SEPPM	Secretaria Extraordinária de Políticas Públicas para as Mulheres
SIM	Sistema de Informação sobre Morte Materna
SUS	Sistema Único de Saúde

UNIPAZ Universidade Internacional da Paz
 UEPB Universidade Estadual da Paraíba

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Lista de cursos de capacitação para doulas presentes na pesquisa de Silva (2017)	61
Tabela 2 - Características dos editais de cursos de capacitação para doulas em João Pessoa (2019), IFG (2019) e Fiocruz (2022)	64
Tabela 3 - Eixos da Matriz Curricular da ADOULASRJ (2022)	67

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1	20
Do feminino ao masculino - como o parto passa a ser tema de homens	20
1.1. O positivismo na ciência e a ciência no parto nas cortes de Luís XIV	26
1.2. História do parto no Brasil Colônia	31
1.3. As escolas de parto no Brasil do séc. XIX	34
1.4. Submissão do corpo grávido por meio da medicamentação e hospitalização dos partos no Brasil	38
CAPÍTULO 2	49
Contexto sócio-histórico da doulagem	49
2.1 Hospitalização e instrumentalização do parto: considerações sobre os fenômenos da mortalidade materna e das violências obstétricas	49
2.2 Resgate histórico da doulagem, prática profissional e relevância na experiência do parto	53
2.3 Formação das doulas no Brasil	60
2.4 Trajetória de conquistas: o movimento das doulas	69
CAPÍTULO 3	76
Referenciais teóricos e resultados da pesquisa	76
3.1. Considerações sobre trabalho	76
3.2. Considerações sobre cuidado	78
3.3. Considerações sobre interseccionalidade	81
3.4. Considerações sobre profissão	85
3.5. O trabalho das doulas: resultados da análise dos documentos	87
3.5.1. Os documentos: algumas perspectivas da pesquisadora	88
3.5.2. As categorias trabalho, cuidado, interseccionalidade e profissão nos documentos:	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICE A –PROTOCOLO DE ANÁLISE DE DOCUMENTO	110
ANEXOS	132

INTRODUÇÃO

Em 2019, durante a finalização de meu curso em Serviço Social, decidi fazer uma formação para ser Doula. Diante de um quadro depressivo que me atravessava e uma profunda desesperança, eu disse para minha psicóloga que, embora eu não me identificasse com a área de saúde, eu faria um curso de Doula porque eu precisava aprender a amar a vida. De fato, essa formação ressignificou o meu entendimento do ser mulher. Ali eu descobri que, embora essa sociedade impusesse muitas opressões sobre nosso corpo, ela não era capaz de frustrar a nossa potência geradora de vida. Também me atentei para o fato de que todo ser humano tem como seu portal de chegada no mundo o corpo feminino, em sua grande maioria de mulheres.

A doulagem me encantou de diversas formas, mas sobretudo pela simplicidade de seu fazer, que nem de longe é simplório pois a atuação de uma doula é capaz de tornar a experiência de parto muito mais positiva, mesmo dentro de uma estrutura de saúde por vezes excludente e violenta. Durante a formação, um adesivo do movimento das doulas me chamou atenção, nele estava o desenho de uma mulher e uma mandala de flores com a seguinte frase: “doulas em luta”. Ao ver aquele panfleto, achei estranho porque tudo me parecia muito perfeito na doulagem. Me perguntei: como naquela atividade que me parecia sutil e acolhedora, onde se utilizava óleos perfumados, massagens, escalda-pés e toques acolhedores, poderia caber uma categoria de mulheres em luta? Bem, não demorou muito para que as lentes que adquiri no Serviço Social pudessem me levar a compreender que, a despeito de toda beleza, encanto e potencialidade da doulagem, a doula é, antes de tudo, uma trabalhadora, em condição de precarização nessa sociedade, sem o devido reconhecimento profissional. Aflorava aqui o meu interesse de pesquisa.

A história do parto passou por radicais transformações na sociedade moderna, tais mudanças afetaram a vida das mulheres em diversos âmbitos, desde o deslocamento do lugar de parir até o paradigma de assistência proposto para o parto. Nestas transformações, as doulas se inscreveram no cenário obstétrico para responder às demandas das mulheres que questionam o modelo de assistência em voga.

As doulas, conforme Fadyinha (2016), são trabalhadoras que dão suporte físico, emocional e informacional às mulheres em seu período gravídico, no parto e pós-parto. Entretanto, a despeito da relevância dos trabalhos das doulas, estas têm encontrado impedimentos para o reconhecimento de sua profissionalização. É neste universo que esta pesquisa se inscreve. A partir de então, comecei a observar as condições de trabalho na qual as

doulas estavam inseridas e como a romantização da maternagem e do cuidado implicava em desvalorização do trabalho das doulas.

Pensar a doulagem a partir do crivo do trabalho foi o que me aproximou desse objeto de pesquisa que se compromete em analisar a trajetória da profissionalização das doulas no Brasil. Essa escolha foi acolhida e incentivada pela Professora Renata Garcia, minha orientadora. A partir do aprofundamento do tema e dos diálogos com a orientadora, surgiu a seguinte pergunta para a pesquisa: “Quais os desafios que as doulas têm encontrado para o reconhecimento de sua profissão?”. O objetivo geral da pesquisa é analisar, por meio de documentos, a trajetória da profissionalização das doulas no Brasil e os objetivos específicos são: apresentar as mudanças no parto a partir da sociedade moderna; compreender o significado da profissionalização das doulas; conhecer a trajetória de organização das doulas até seu processo de profissionalização.

Nossa hipótese é de que apesar dos avanços conquistados nos últimos anos no processo de profissionalização das doulas ainda prevalece a concepção da doulagem como serviço de cuidado voluntário e não de trabalho profissional.

Para começar o meu processo de interação acadêmica com o tema, fiz uma busca por pesquisas que tratassem sobre as doulas no Brasil. Encontrei alguns artigos e poucas dissertações e teses que falavam sobre a atuação dessas profissionais. Inclusive, é importante pontuar a relevância dessa pesquisa para o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Este trabalho é a primeira investigação realizada sobre o tema da profissionalização das doulas no referido programa e na produção acadêmica da Universidade Federal da Paraíba.

Outro fator de relevância da pesquisa é o seu caráter documental, ela colabora com o registro da história da profissão. Também contribui como referencial teórico para o entendimento da profissão e para a compreensão de como a doulagem se inscreve nas determinações da sociedade capitalista no contexto brasileiro. Essa pesquisa sendo realizada por uma doula, conjuga em si a experiência de quem atua nos movimentos das doulas e no cenário obstétrico e o movimento de reflexão acadêmica sobre este fazer.

A relevância social da pesquisa se inscreve na possibilidade de colaborar com a disseminação da discussão sobre a profissionalização das doulas no Brasil, elucidando aspectos importantes de sua trajetória de luta pelo reconhecimento como categoria profissional. Contribuirá com mais conhecimento sobre o âmbito de atuação das doulas nos cenários obstétricos, diminuindo o desconhecimento da sociedade sobre o seu papel e atenuando a resistência dos demais profissionais do parto sobre participação das doulas no cenário obstétrico. Além disso, ela pode também colaborar com o necessário movimento de luta pela

humanização do parto, visto que as doulas já são consideradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dispositivo para humanizar a parturição.

Eu me identifiquei com o tema e com a proposta porque, enquanto doula desejo o reconhecimento da profissionalização, o fortalecimento da categoria e a garantia de condições dignas de trabalho; enquanto assistente social, compreendo a problemática da precarização do trabalho realizado pelas mulheres. Além disso, como mulher anseio que todas as pessoas que desejem parir possam ter o tratamento mais digno em seu parto e tenham uma doula para lhe fazer companhia nesse “rito de passagem”.

Este trabalho se utiliza do método qualitativo, que trabalha com as percepções, afetos, medos, crenças e opiniões dos humanos, conforme Minayo (2006, p. 57):

Este tipo de método tem como fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos dos referentes grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

O caminho metodológico utilizado na pesquisa é de caráter qualitativo. Trata-se de uma pesquisa documental, que pode ser compreendida como um exaustivo e interessado exame de vários materiais que ainda não foram analisados ou que podem ser reexaminados, com o objetivo de encontrar informações, outras interpretações e informações complementares (OLIVEIRA, 2007). Pode-se afirmar também que a pesquisa documental é aquela em que os dados e as informações, oriundas dos documentos, são analisados com a intenção de compreender um fenômeno e responder aos objetivos da pesquisa (FLICK, 2009).

O conceito de documento transcende a concepção de textos impressos ou escritos. vídeos, fotografias, slides podem ser utilizados também como recurso documental, à medida que se tornam fontes de informação para indicações e esclarecimentos, que trazem em seu conteúdo a elucidação de questões. Tornam-se documentos também quando servem como prova para outras finalidades, de acordo com o interesse de quem pesquisa.

Tudo o que é vestígio do passado, tudo o que serve de testemunho, textos escritos e documentos de natureza iconográfica e cinematográfica, ou qualquer outro tipo de testemunho registrado, objetos do cotidiano, elementos folclóricos podem se tornar documentos de pesquisa (CELLARD, 2008, p. 297).

Neste sentido, leis e regulamentos, cartas, memorando, roteiros, relatório de eventos, entre outros assumem o caráter de documento. O investigador ou investigadora, na pesquisa documental precisa compreender os documentos como fonte de informações, identificar quem

os produziu, elencar critérios de escolha e classificação, a fim de delimitar o escopo de sua investigação.

Os documentos eleitos para pesquisa devem ser direcionados pelos objetivos da pesquisa e pela pergunta que se pretende responder. Assim não deve ser uma escolha aleatória, porque a busca deve estar direcionada pelo objetivo e hipótese levantada (OLIVEIRA, 2007).

Vale destacar que embora a pesquisa documental encontre similaridades com a pesquisa bibliográfica, a especificidade da pesquisa documental consiste no fato de que, na maioria das vezes, o documento é uma fonte primária, que ainda não foi submetida a análises. Isto a distingue da pesquisa bibliográfica, visto que essa é uma fonte secundária com dimensões públicas, difundidas em relação ao tema (FLICK, 2009).

A pesquisa documental sugere que seja estabelecido método de escolha e de organização dos documentos e pressupõe que seja subdividida em fases. Assim, conforme Ludke e André (1986), ela é constituída pelas seguintes fases: a caracterização dos documentos, a codificação, os registros, a categorização e por fim, a análise crítica. Esta análise crítica pode se valer do método denominado análise de conteúdo.

Segundo Bardin (1977, p.42), análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

A análise de conteúdo pode compreender as seguintes etapas: a primeira, denomina pré-análise, que é a seleção e organização do material a ser analisado, para a partir deles, empreender a formulação da hipótese, dos objetivos e dos indicativos que possibilitam a análise final. A segunda etapa trata da exploração do material. Essa fase requer um aprofundamento da análise, direcionado pelas hipóteses levantadas correlacionando com o referencial teórico. Nessa etapa se estabelece os critérios para a categorização e classificação. A terceira e última etapa que é o tratamento dos resultados, resultantes da reflexão sobre a correlação das informações encontradas com a hipótese da pesquisa e o referencial teórico.

A escolha pela pesquisa documental para essa dissertação se deu por três razões. A primeira tem a ver com o fato de não ter sido possível encontrar em levantamento bibliográfico prévio, nenhuma publicação ou pesquisa que tivesse reunido os documentos produzidos pelas doulas em sua trajetória de organização. Assim, eles se mostraram fontes importantes e interessantes, que foram analisadas e correspondem ao objetivo deste trabalho.

A outra razão é que sendo os documentos construídos em espaços coletivos, apresentam compreensões e direcionamentos da categoria que foram construídos coletivamente. Os eventos onde eles foram elaborados foram espaços criados pelas próprias doulas para se reunirem e refletirem sobre as suas atuações e sobre a prospecção de sua atividade laboral. Por último, a pesquisa documental foi uma ferramenta interessante para o alcance do objetivo principal desta pesquisa. Além disso, essa escolha também aconteceu em consonância com a orientadora, que se sentiu atraída pelo ineditismo da proposta e pela riqueza das fontes.

Esta pesquisa documental é sobre as organizações das doulas enquanto movimento social com engajamento e formação da primeira Associação de Doulas do Brasil, e a constituição da Federação Nacional de Doulas (FENADOULASBR) em prol de reconhecimento profissional. Os documentos que reuni e analisei são: os regimentos internos, as leis que dizem respeito à doulagem e dois relatórios da CONADOULA (Convenção Nacional de Doulas) que foram eventos em que deliberaram sobre interesses da categoria. Depois de leitura exaustiva de todo material, selecionou-se alguns documentos. A saber:

Esta pesquisa reuniu e analisou os seguintes documentos:

1. Código de Ética da Associação de Doulas da Paraíba (2015);
2. Lei Municipal de Doulas (2015);
3. Lei Estadual de doulas (2016);
4. Estatuto da Federação Nacional de Doulas do Brasil (FENADOULABR) (2018);
5. PL 3946/2021 - Projeto de Lei sobre a Regulamentação da Profissão de Doula (2021);
6. Carta da FENADOULASBR (2022);
7. Nota técnica do Ministério da Saúde a respeito do trabalho das doulas (2022).

Os documentos selecionados para análise foram, em sua maioria, adquiridos por mim através de contato com a Associação de Doulas da Paraíba, entidade que tem facilitado o acesso das pesquisadoras às associações de doulas de outros estados do Brasil. Além disso, acessou-se documentos através dos sites oficiais do Senado Brasileiro, como é o caso da Lei Federal de Doulas e da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, onde adquiriu-se os documentos a respeito da pesquisa “Mapeamento de Doulas”.

O processo de reunião de documentos foi dificultado pelo fato de não haver uma base unificada para que esses documentos sejam geridos, por exemplo, por entidades como a FENADOULASBR. Outra dificuldade foi acessar os relatórios da Convenção Nacional de Doulas (CONADOULAS). Já contamos com seis edições desta convenção, porém apenas dois

relatórios – do quarto e do sexto encontros – estão disponibilizados. Os demais relatórios não foram publicados.

Com o devido levantamento e análise desses documentos, foi possível compreender o processo de organização das doulas enquanto categoria de trabalhadoras, identificando os desafios por elas enfrentado para o devido reconhecimento como categoria profissional. Essa busca e análise foi importante para, através de um resgate da trajetória das doulas, identificar a concepção das doulas acerca de seus trabalhos bem como os embates enfrentados para o seu reconhecimento enquanto categoria profissional.

Esta dissertação que reúne e relata este movimento de pesquisa está organizada em três capítulos. O capítulo um, denominado **Do feminino ao masculino - como o parto passa a ser tema de homens**, se ocupa de resgatar as histórias do parto e de demonstrar como as mudanças societárias alteraram o cenário obstétrico, trazendo novos sujeitos, novos elementos e novas perspectivas para o parto. Tem como objetivo apresentar a história do parto a partir da sociedade moderna, relatando as significativas mudanças que ocorreram na maneira como o parto passou a ser assistido, retirando as mulheres do protagonismo da cena obstétrica.

No capítulo dois, nomeado como **Contexto sócio-histórico da doulagem**, apresentou-se o resgate da história das doulas, localizando-as no contexto em que passam a se organizar enquanto profissionais com vista à atuação no cenário obstétrico. Outro tema apontado neste capítulo diz respeito aos processos de formação (cursos e qualificação) das doulas, bem como a descrição do processo de trabalho, os marcos regulatórios da profissão e os desafios postos para sua atuação.

O capítulo três, **Desafios à Profissionalização**, reuniu referenciais teóricos sobre as categorias escolhidas para a análise dos documentos. Foi a partir dos interesses da pesquisadora e em consonância com a orientadora, que se escolheu quatro categorias de análise dos documentos, a saber: trabalho, cuidado, interseccionalidade e profissão. Depois das considerações teóricas sobre tais categorias é possível encontrar neste capítulo a trajetória e os resultados da análise, bem como os pareceres da pesquisadora sobre cada documento. As considerações finais do trabalho se ocuparam de responder a respeito dos desafios para a profissionalização das doulas no Brasil.

Esta dissertação expressa minha vivência, meu encontro com o universo da doulagem e a possibilidade que a academia me ofereceu de refletindo sobre a prática, teorizar de forma mais orgânica e comprometida com a parturição de mudanças sociais.

CAPÍTULO 1

Do feminino ao masculino - como o parto passa a ser tema de homens

Fazendo uma arqueologia sobre o parto pude perceber que as mudanças que ocorreram no decorrer da história foram decorrentes dos fatos que aconteceram na sociedade capitalista. Tal afirmativa se faz necessária para compreender como a experiência da reprodução, própria das mulheres, foi cooptada pelos interesses do capital. O resgate da história, se fez necessário por ser um tema pouco conhecido e abordado em pesquisas. Desenvolvi esse estudo a fim de situar a trajetória das parteiras e das demais mulheres que atuavam no parto: as comadres.

A realidade histórica, sem necessidade de recorrer a apresentá-la com uma extensão descrita de fatos passados, é que, ao lado de uma mulher que paria, na maioria dos casos, existiu outra mulher. Esse é o início de um ofício que tem sua própria história baseado nos cuidados da mulher que gesta, pare, e que irá desenvolver-se paralelamente à história da mulher e da medicina. (QUITANILLA & ROZALEN, 2014, p.73).

Somar-se às inúmeras iniciativas de contar as histórias das mulheres, comprometida com uma perspectiva feminista é questionar as narrativas construídas sobre as mulheres, muitas vezes diminuindo seu protagonismo, invisibilizando-as e naturalizando suas ausências. Rememorar a história do parto, numa perspectiva feminista é experiência inquietante, pois são muitos os apagamentos que as mulheres vivenciaram no processo de gestão dessa experiência relativa aos seus corpos. Conforme a figura 1, há a demonstração da união das mulheres para tal momento:



Figura 1. Mulher parindo. Fonte: site¹

¹ Disponível em: <http://www.nucleobemnascer.com/noticia/o-parto-na-antiguidade>, Acesso em: 17 jan. 2023

No decorrer da história foram incluídos novos sujeitos, perspectivas e instrumentos. O que era uma prática completamente feminina tornou-se objeto de interesse de homens. Tais mudanças ocorreram de forma gradual, principalmente com o surgimento do positivismo, base teórica das Faculdades de Medicina e das Escolas de Parto. Os conhecimentos sobre o parto nesses espaços de formação foram desenvolvidos, inicialmente, longe das parteiras e das mulheres. E, além do mais, para legitimar a presença desses homens no atendimento às mulheres foi necessário que os médicos se aproximassem das parteiras para cooptar seus saberes e adquirir a confiança das mulheres.

Tão logo cumpriram esses objetivos, eles se empenharam em retirar as parteiras e seus saberes do cenário obstétrico. A historicidade sobre a experiência da reprodução humana e sobre a assistência ao parto foi registrada, conforme Melo (1983), a partir do momento em que as mulheres se interessaram em fazê-lo. Ao que se sabe, em princípio a experiência do parto pertenceu exclusivamente às mulheres. Balaskas (2016) demonstra que sempre houve mulheres cuidando de outras mulheres no momento do parto. Entretanto, a gravidez e o parto não eram assuntos de interesse da coletividade.

As mulheres assumiram e vivenciavam seus partos como atos naturais e orgânicos que lhes colocavam em comunhão umas com as outras, com a sua comunidade e com o sagrado (QUINTANILLA & ROZALEN, 2014). É a partir desses registros que se inicia e ratifica a prática das parteiras e das demais mulheres que ajudavam no parto, oferecendo aproximação compassiva e proteção na parturição. A presença das parteiras é um elemento que pode ser considerado de caráter universal que demonstra a origem da arte de partejar.

As mulheres, costumeiramente, pariam acompanhadas por outras mulheres, optando por posições verticais, gozando dos cuidados oferecidos pelas parteiras e pelas demais que lhes prestavam cuidados antes, durante e depois do parto. Esse momento era reconhecido como algo muito potente que se inscrevia em suas vivências. Os saberes sobre a parteria eram integrados à cultura, o que incorreu na produção de muitas lendas e crendices sobre um corpo grávido associado à natureza. Foi assim que essas analogias subsidiaram o entendimento sobre este processo. (JARDIM, 2002)

O fato de gerar e dar à luz atribuía à mulher uma força “toda poderosa”. A procriação é entendida como um ato entre a mulher e a Grande Deusa Mãe, daí se deduz a ideia mágico-religiosa da Grande Mãe que representa o mistério e milagre da vida diante da morte. Portanto, na mulher concentra-se o poder que cria e sustenta a vida, perpetuando a espécie (QUINTANILLA & ROZALEN, 2014, p. 81).

Segundo Quitanilla e Rozalen (2014), na figura da parteira unia-se a ciência, arte e ofício como resultado de um reiterado padrão hereditário matrilinear quanto à transmissão do saber. Toda essa realidade e saberes eram repassados de mães para filhas, por meio da tradição oral, e compunha a trama de saberes pertencentes às mulheres. “Tradicionalmente os partos, os cuidados com o corpo feminino grávido e com os recém-nascidos, eram prestados por uma mulher conhecida na comunidade como comadre” (BRENES, 2005, p. 36).

Em livros antigos há registros de partos. Um exemplo é o Êxodo, o segundo livro da Bíblia. Ali descreve-se a história de Sifrá e Puá, parteiras hebreias, mulheres que viviam em condição de escravidão no Egito e que, para salvar a vida de uma criança, desobedeceram ao Faraó. A ordem dada era que todo menino nascido de mulheres hebreias deveria ser morto. No relato judaico, as parteiras não denunciaram os meninos que nasciam, assim eles não eram mortos. Tal expressão subversiva gerou vida para elas e para as crianças. Estas mulheres não foram punidas e seus feitos e nomes foram registrados no texto bíblico, demonstrando respeito pelo ofício que exerciam.

Apesar de poucos documentos históricos dessa natureza, foi possível encontrar registros de vivências de parto em várias partes do mundo (BALASKAS, 2016). No Irã, 1000 a.C, a cabeça de um alfinete de prata de Luristão continha a ilustração de uma mulher parindo na posição agachada, ou seja, de cócoras. Na Turquia, um resto de estátua de barro do ano de 5750 a.C, de um santuário da cidade da Era do Cobre, retrata uma deusa parindo da mesma maneira. Uma imagem parecida com essa se tornou o símbolo da fertilidade no México. Na América do Norte, especificamente no Arkansas, leste dos EUA, localiza-se um relevo com o desenho de uma mulher parindo em posição vertical. No Egito, o hieróglifo que significa “parto” é representado por uma mulher parindo agachada de cócoras. Datado de 500 a.C, um entalhe de mármore foi encontrado em Esparta, retratando uma mulher parindo de joelho (figura 2). Em todos esses retratos, as mulheres em seus partos estavam sendo assistidas por outras mulheres e posicionadas de maneira favorável à fisiologia do parto (BALASKAS, 2016).



Figura 2. Mulher parindo de cócoras. Fonte: site²

Essas cenas descritas juntamente com as imagens retratam exclusivamente o momento do parto, contudo não é possível pensar nesse evento sem considerar os sentimentos que envolvem esse acontecimento (TOWNSEND, 1952). As apreensões e apelos ao sagrado atravessaram os esforços iniciais da missão de partejar. Na Grécia Antiga, um relevo em mármore mostrou uma gestante parindo em um banquinho, sendo sustentada por duas mulheres que a auxiliavam. Na China e no Japão, era comum que as mulheres parissem de joelhos, em cima de uma esteira de palha. Em Corinto, um vaso foi encontrado contendo a ilustração de uma mulher parindo sentada em uma cadeira específica para parto. Esses retratos, embora sejam poucos, são suficientes para identificarmos a posição e jeito que as mulheres pariam (BALASKAS, 2012).

A medicina antiga africana, especificamente do Egito, conforme relatam Quitanilla e Rozalen (2014), contém em registros de papiro informações sobre o trato ginecológico, instruções sobre como saber a data prevista de parto e sobre o uso do tamborete de parto, o banquinho. Este foi incorporado posteriormente, no contexto europeu, como um suporte para mulheres se apoiarem durante o parto. Tais banquinhos tinham formato de uma meia lua para que pudesse dar abertura para pelve e favorecer a saída da criança. Os primeiros tamboretos eram feitos de mármore ou de madeira e se tornaram um dispositivo bastante usado pelas parteiras até metade do séc. XVIII.

²Disponível

em:

https://imageserve.babycenter.com/26/000/366/Dmv6VSC0aId1E1sRH8JQcrIH4od6kJGq_med.jpg,
acesso em: 17 de Jan. 2023.

Os registros etnológicos demonstram que entre os diversos povos tradicionais as posições de partos eram sempre verticais. As mulheres ficavam de cócoras, de joelho ou em pé, na posição que lhes parecesse mais conveniente para cada fase do parto. Os etnólogos afirmam que, mesmo com a diversidade de povos e culturas, as posições verticalizadas sempre predominaram, assim como o auxílio das outras mulheres mais experientes. A verticalidade da posição de parir e a exclusiva presença de mulheres no parto é o ponto comum entre esses diversos povos (BALASKAS, 2012).

As famílias mais empobrecidas compartilhavam o banquinho, ao passo em que as famílias mais ricas e tradicionais tinham os seus próprios. Elas personalizavam seus bancos de apoio, enfeitavam a seus próprios modos. Entre as famílias mais empobrecidas, isso não era possível. Nesse caso, a cada parto um banquinho era levado de uma casa para outra, pois esse instrumento se tornou um importante apoio para a mulher sentar e se manter por mais tempo na posição vertical para parir. Foi a partir deles que, posteriormente, foram desenvolvidas as cadeiras de parto mais elaboradas (BALASKAS, 2012). Na figura 3 visualiza-se o que corresponde ao banquinho e a cadeira de parto que foi desenvolvida a partir dos banquinhos antigos.



Figura 3. Banquinho de parto. Fonte: site³

³ Disponível em: <https://brunorito.pt/o-inicio-do-parto-vertical-comigo-pelo-menos/#gallery>, acesso em 17 de Jan. 2023.

O que no início era um evento familiar e exclusivo das mulheres, cheio de saberes, mistérios e ritos foi, pouco a pouco, cooptado pelos homens por meio da medicina. As mudanças societárias que ocorreram especificamente a partir do século XV, decorrentes da transição da sociedade feudal para a sociedade capitalista, alteraram de maneira significativa a vida das mulheres e a sua experiência de reprodução (FEDERICI, 2017). Essa transição causou profundas transformações em todos os âmbitos da vida social. Seu marco inicial foi a “assim chamada acumulação primitiva” que nada mais é do que o processo histórico de separação entre produtos e meio de produção. É considerada como primitiva porque constitui as formas iniciais do capital e do modo de produção que lhe corresponde.

No processo entre a acumulação primitiva e a acumulação capitalista, as hierarquias de ordem étnica, racial, cultural e de gênero foram estabelecidas e praticadas ao longo do processo histórico em todas as instâncias da vida social. O mundo e a sua pluralidade foi sendo preterida pela história dos povos europeus. Essa crítica também é feita de maneira mais mordaz por Dussel (1993) que afirmou que a partir de 1492 aconteceu o “encobrimento do outro”. Portanto, a expansão europeia a partir do século XV, “europeizou” o mundo, modificando as culturas e impondo a cosmovisão europeia por meio da ideologia. Fizeram isso todas as vezes que foi possível, mas quando não, o uso da força era empregado sem moderação. Por meio da ideologia ou pela força, todos os outros saberes foram subalternizados.

Quando observamos a condição das mulheres, a partir do entendimento de Federici (2017) sobre a acumulação primitiva em crítica a Marx, percebemos como elas foram duplamente expropriadas. Com isso, queremos dizer, que ele não destacou a dupla opressão que incidiria sobre as mulheres e continuou vendo o processo de reprodução do ponto de vista biológico, sem lançar luz sob a condição imposta a elas a partir dessa nova configuração societária. Nesse sentido, Federici (2017) se ocupou de descortinar a simbiose existente entre o modo de produção capitalista e o patriarcado, que embora seja anterior ao modo de produção capitalista se retroalimenta nas novas determinações societárias, incidindo maiores opressões sobre as mulheres. As quais incluem:

- i) o desenvolvimento de uma nova divisão sexual do trabalho que submete o trabalho das mulheres e a função reprodutiva das mulheres à reprodução da força de trabalho;
- ii) a construção de uma nova ordem patriarcal, com base na exclusão das mulheres do trabalho assalariado e sua subordinação aos homens;
- iii) a mecanização do corpo proletário e sua transformação, no caso das mulheres, em uma máquina de produção de novos trabalhadores. E o mais importante, situei no centro desta análise da acumulação primitiva a caça às bruxas dos séculos XVI e XVII; defendendo aqui que a perseguição às bruxas, tanto na Europa como no Novo Mundo, foi tão importante para o desenvolvimento do capitalismo como a colonização e a expropriação do campesinato europeu de suas terras (FEDERICI, 2017 p. 21-22).

Trago tal citação para ampliar as discussões de como essas mudanças subordinaram e formataram os corpos femininos e tudo o que estivesse ligado a esses corpos, inclusive os partos, experiência inata às mulheres permeando cronologicamente as diversas épocas e sobre os diversos modos de parir.

1.1. O positivismo na ciência e a ciência no parto nas cortes de Luís XIV

A primeira mulher que se tem registro a dar à luz disposta horizontalmente, ou seja, deitada, foi a Madame de Montespan, uma das mulheres do Rei da França, Luís XIV. A opção pela posição horizontal, deitada de costas sobre a cama, teve a finalidade de possibilitar que o Rei assistisse ao nascimento de seu filho. A presença do homem no parto e seu interesse pelo nascimento de seu filho alterou a posição de parir. Este parto, por exigência do rei, foi realizado por um cirurgião da corte real.



Figura 4. Mulher parindo deitada. Fonte: site⁴

Depois desta experiência os cirurgiões passaram a ter mais legitimidade para realizar partos e, aos poucos, foram sendo reconhecidos socialmente como parteiros e atuando principalmente entre as famílias das elites (BALASKAS, 2012). O saber dos homens parteiros ou cirurgiões, como eram chamados os médicos, passou a ser reconhecido e aos poucos, eles foram minando o lugar que antes era das parteiras (THIS, 1987).

A presença dos homens no parto esbarrou com embates dos valores morais da época. Segundo Barbaut (1990), difundiu-se a lógica de que as mulheres que fossem ajudadas por

⁴Disponível em: <<https://www.megacurioso.com.br/ciencia/106177-perversao-de-rei-popularizou-o-doloroso-parto-deitado.htm>> acesso em 17 de Jan 2023.

homens no parto perderiam virtudes como: pudor, pureza ou fidelidade. Isto porque a exposição da sua nudez combinada com o toque masculino no seu corpo, durante o parto, seriam uma ambiência propensa à luxúria. Portanto, seria considerada desprezível a mulher que se entregasse a um parteiro. Para driblar essas ideias e preservar o pudor e o moralismo da época, Balaskas (2012) afirma que esses médicos cirurgiões optaram por realizar os partos com os corpos das mulheres cobertos com panos escuros. Essa atitude pudica caiu no gosto das mulheres da elite francesa da época. No entanto, as mulheres empobrecidas continuaram recebendo a assistência das parteiras e das outras mulheres que lhe serviam no momento do parto.

No século XVII, na França, os irmãos Chamberlain inventaram o fórceps, instrumento de ferro que auxilia a retirada dos bebês pelo canal vaginal com as mulheres deitadas. Essa invenção foi muito utilizada nos partos das mulheres mais ricas. Outro médico, François Mauriceau, optando pelo uso indiscriminado do fórceps, passou a condenar o uso das cadeiras de parto. Imprimindo as suas percepções sobre o parto, este homem propôs que os partos passassem a ser realizados exclusivamente nas camas, instrumentalizados pelo fórceps (BALASKAS, 2016).

No final do séc. XVIII as cadeiras de parto e os banquinhos entraram em desuso e os homens médicos que ocupavam o cenário obstétrico, seguiam manipulando, ao seu próprio modo, os corpos das mulheres com instrumentos cada vez mais dolorosos, perigosos e invasivos. A nova posição sugerida para as mulheres parirem - deitada em posição horizontal - favoreceu os médicos e desfavorece as mulheres, que eram constrangidas a assumirem uma postura de passividade em seus partos e com isso passaram a ter a sua autonomia negada (BALASKAS, 2012).

Diante desse contexto foi necessário estabelecer a conciliação do espaço entre cirurgiões e parteiras, visto que essas não foram banidas totalmente da cena do parto. Para isso, redesenharam as tênues fronteiras profissionais entre ambos, apesar de uma relação desigual de poder. O saber das parteiras foi reduzido ao campo do natural e instintivo, enquanto o conhecimento dos médicos, orientado pela recente ciência anatomopatológica e ciência cirúrgica, baseada na observação do corpo grávido, foi amplamente difundido (BRENES, 2005).

Na ocupação do novo espaço, os homens trouxeram consigo a medicalização instrumental e os imperativos dos discursos científicos frios e desumanizantes com as mulheres. Os tratados sobre a obstetrícia feitos a partir das percepções masculinas sobre o corpo da mulher e do parto seguiam sendo elaborados e difundidos, foram transformados em saberes

hegemônicos. Assim, o positivismo e a ciência se construíram em contraposição ao conhecimento dos saberes tradicionais. E não levou em consideração os conhecimentos das mulheres parteiras acumulados por séculos.

O positivismo era a base teórica da formação da elite intelectual e política. Os adeptos dessa teoria defendiam a liberdade do médico para atuar, sendo que ele deveria se exercitar para conquistar a confiança das pessoas por meio de sua conduta e autoridade na precisão de sua palavra. Essa estratégia desenvolvida pela categoria teve como objetivo conquistar a legitimidade de sua atuação profissional, diante de uma população que tinha como prática outras formas de tratamento de doenças e do parto alinhada ao paradigma empírico. Por isso, foi necessário fazer a ciência permear o espírito da população para ser aceita (WEBER, 1997).

Na prática, a tensão gerada pela coexistência de médicos cirurgiões e parteiras nos espaços, se manifestava quando nos partos mais complexos os médicos optavam por intervir, enquanto as parteiras acreditavam e insistiam na força da natureza para tornar aquele nascimento possível. Por isso, a conciliação do trabalho dos cirurgiões e das parteiras foi inicialmente inoperante, porque eles tinham compreensões e formas de atuação radicalmente diferentes sobre o parto e o nascimento (JARDIM, 2002).

Ao serem inseridos no parto e terem legitimidade para atuar, os cirurgiões estariam creditados juntamente com as parteiras para que os dois atuassem. No entanto, na prática as parteiras não faziam cirurgias. O uso de instrumentos cortantes era de uso exclusivo dos homens cirurgiões ou médicos. O uso ampliado desses instrumentos cortantes, invasivos, no parto foi decorrente da inserção dos médicos cirurgiões, que não sabiam lidar com a fisiologia do parto em seus aspectos naturais, saberes esses que as parteiras dominavam.

Em decorrência dessa concepção de correlação da gestação com a natureza, sobretudo entre as parteiras, haviam as práticas e saberes de cuidados na parturição que envolviam o uso de plantas medicinais e os ritos concernentes ao nascimento para abençoar o destino da criança (BRENES, 2005). Esses saberes eram administrados pelas mulheres mais velhas da comunidade, geralmente a mais bem sucedida e com maior número de filhos e filhas. Embora esta tenha sido a forma milenar de cuidados no parto, com o desenvolvimento das ciências médicas, esses saberes e práticas foram sendo relegados ao popular e rudimentar, como sendo de menor valor e importância.

A medicina foi instituída como ciência a partir do século XVIII e, desde então, os saberes tradicionais sobre o parto passaram a ser vistos como concorrentes e não mais como complementares (QUITANILLA & ROZALEN, 2014). Os conhecimentos dos médicos sobre a gestação e parto eram teóricos. O conhecimento das parteiras, embora fossem mais acurados,

por não serem escritos e sistematizados, eram desacreditados. O aperfeiçoamento da prática em realizar partos também se desenvolveu junto aos avanços dos conhecimentos na medicina, entretanto, a arte de partejar, saber historicamente feminino, foi desvalorizado com o passar do tempo.

A partir da perspectiva positivista, a mente ganhou privilégio em relação ao corpo. Essa noção fragmentada do ser humano apresentou uma noção dualista que liga a mente ao masculino e o corpo ao feminino. Os homens ligados ao desenvolvimento científico davam pouca importância à anatomia humana. Os saberes sobre o corpo por muito tempo foram saberes predominantemente femininos. O manuseio com o corpo era para parteiras, curandeiras e bruxas. Entretanto, com o desenvolvimento da medicina moderna, o corpo passou a ser analisado e compreendido como uma máquina complexa de interesse para ser estudada (JARDIM, 2002).

Parteiras e homens cirurgiões, considerados médicos, tiveram que compartilhar os espaços de saber e de atuação sobre o parto, apesar dos entraves. Passou a ser do interesse da medicina inscrever o parto como alvo da atenção, embora a medicina assumisse o pressuposto de relacionar a gestação com doença. As novas perspectivas de parto construídas a partir da medicina androcêntrica e cientificista, incorreu, posteriormente, no desprezo das outras compreensões sobre o parto, oriundas da tradição das parteiras e da experiência das mulheres (QUITANILLA & ROZALEN, 2014).

Essa exclusão do conhecimento das parteiras resultou na perda parcial dos conhecimentos tradicionais e das práticas de cuidados realizadas por essas mulheres. Ao mesmo tempo, constituiu a dependência gradual da ciência médica e do médico e a subordinação dos saberes das parteiras aos conhecimentos produzidos pela medicina, como os validadores de sua ancestral arte de partejar (QUITANILLA & ROZALEN, 2014).

Quando as parteiras deixaram de ser empíricas e passaram a ser diplomadas, a medicina clínica já havia capturado essa forma de saber. O mesmo diploma que conferia a uma mulher o título de parteira, capturava seu ofício quase ancestral. Antes da normalização do saber das parteiras pelos Cursos de Partos que foram criados no País, as mulheres sabiam como proceder na hora do parto com uma quase exclusividade. (JARDIM, 2002, p. 241)

A presença dos cirurgiões no parto com a perspectiva anatomista sobre o corpo teve como consequência a classificação de determinados formatos de corpos em adequados ou inadequados para parir. A partir dessa premissa, as mulheres de bacia larga foram consideradas boas parideiras e as de bacia estreita ruins para parir. Assim, os partos mais complexos e os

casos de morte materna ou fetal passaram a ser justificados pelo formato da bacia da parturiente. Para responder a essa demanda de mortes, Brenes (2005) afirma que as cesáreas começaram a ser realizadas pelos cirurgiões parteiros com a finalidade de salvar as mulheres a partir da retirada dos bebês mortos de seus corpos.

Com o tempo, eles observaram que se pudessem antecipar a cesárea seria possível salvar os bebês e as mulheres. A partir dessa constatação, a cesárea passou a ser realizada com o bebê vivo. O principal critério para a escolha dessa via de parto passou a ser o formato da bacia da mulher. O grande mentor da cesárea para retirada do bebê vivo foi o médico François Rousset, no século XVI. Essa prática, inicialmente, pareceu uma revolução na obstetrícia. Era possível ouvir diversos testemunhos de cesáreas bem-sucedidas que foram realizadas por cirurgiões, além de outros relatos em que barbeiros e até veterinários participavam do dito ato cirúrgico. Dessa forma, essas intervenções eram descritas como histórias excepcionais. O mentor da cesárea, em suas publicações, sempre destacava que essa cirurgia não afetaria a fecundação da mulher a posteriori. Entretanto, o início dessa prática foi rudimentar, conforme afirma Brenes (2005), pois para a realização das primeiras cirurgias, o barbeador foi transformado em bisturi.

Vale destacar que desde a sua invenção e difusão, a cesárea foi vista sob diferentes perspectivas pelas correntes científicas da época. Uma das correntes acreditava na necessidade da intervenção cirúrgica sob o argumento da bacia estreita ser um impeditivo para o processo de parto natural. Enquanto a outra corrente, de base naturalista, não concordava com a cesariana sob o argumento de bacia estreita. Isso porque acreditava que a natureza se incumbiria de fazer os contornos necessários para o nascimento (BRENES, 2005). Contudo, a corrente que prevaleceu foi a que tinha sua base na intervenção, medicalização e instrumentalização. O que era feito com sensibilidade, participação familiar e comunitária foi assumindo aos poucos características de um evento de grande risco de vida e tratado sob a perspectiva do adoecimento, logo, suscitando o exercício do poder da intervenção médica.

A cesárea, apesar de sua complexidade, foi amplamente aceita. Mas, o avanço e a grande adesão dessa prática cirúrgica se deram no início do século XX com a defesa desse procedimento pela Igreja Católica. Mesmo com todo o processo que vimos de cientificação do conhecimento sobre o parto pela medicina, percebemos como a influência da Igreja ainda se dava sobre os corpos e processos reprodutivos das mulheres. Desde a chegada dos cirurgiões na obstetrícia e o avanço da medicina, a Igreja proibiu as mulheres parteiras de realizarem partos, acusando-as de realizarem práticas de bruxaria durante a assistência à parturiente.

A opção da Igreja pela cesárea, em detrimento do parto vaginal, teve como objetivo possibilitar o batismo das crianças que morriam nos partos. Argumentavam que, com a

intervenção cirúrgica seria evitado que os natimortos fossem sepultados sem o batismo, logo sem a salvação (Brenes, 2005). A Igreja ocupava um lugar importante para difundir as ideologias mais conservadoras. Assim, o seu respaldo para o modelo biomédico de assistência encontra suas bases no patriarcado e na supremacia da instituição sobre o indivíduo.

O fato é que a cesárea não diminuiu a mortalidade materna, pelo contrário, aumentou. Como mostra um estudo apresentado por Brenes (2005), das sessenta e quatro cirurgias de cesárea realizadas à época, apenas trinta e oito mulheres sobreviveram. Estranhamente esse indicador foi celebrado como um grande sucesso e, ao mesmo tempo, evidenciou que desde as primeiras cirurgias, a cesárea era um procedimento arriscado (BRENES, 2005). Isso porque o índice de mortandade não tinha a ver com o formato do corpo das mulheres, como entendiam os cirurgiões, mas sim, com a falta de conhecimento sobre as questões de higiene. O que era a principal causadora das infecções e mortes de mulheres e bebês. Porém a cesárea continua sendo realizada dentro dos planos da medicina e da obstetrícia, à medida que essas ciências foram compreendendo mais sobre os processos de higienização sob a influência do positivismo (WEBER, 1997).

Como vimos, o processo de inserção do médico na obstetrícia se deu primeiro na Europa, entre os séculos XVII e XVIII. A medicina incorporou, de fato, a obstetrícia, quando essa temática se tornou matéria ensinada nas Faculdades de Medicina (BRENES, 2005). Os médicos que receberam essa formação eram denominados de parteiros ou médico-parteiro. “Assim, pode-se dizer que o mesmo movimento que fez a Medicina realizar a captura dos saberes ancestrais que as mulheres possuíam sobre a sua fisiologia, trouxe-as para dentro dos domínios da Medicina moderna” (JARDIM, 2002, p. 240).

Embora questionável para os valores da época, a inserção dos homens-parteiros, como também eram chamados, consolidou-se e garantiu um lugar na atenção ao parto e ao nascimento. Isso teve relação com interesses lucrativos. A apropriação desse espaço pelos homens colaborou para o declínio das parteiras e para a disseminação de um outro modelo de atenção ao parto. Modelo esse que era intervencionista e medicalizado, visto que a gravidez para essa medicina era entendida como doença e o corpo da mulher como disforme (JARDIM, 2002).

1.2. História do parto no Brasil Colônia

No Brasil Colônia, o nascimento era orientado pelos saberes das mulheres mais velhas e pelos ritos do parto entre as populações indígenas e africanas. O entendimento predominante entre todos estes povos era de que a parturição era convidativa ao recolhimento das mulheres

em sua intimidade, o que suscita a proteção e o apoio umas das outras. As mulheres pariam em posição vertical, amparadas umas pelas outras. As mulheres indígenas pariam sempre de joelhos e observavam os saberes e ritos passados pelas mais velhas (NOVAIS, 2018). No caso das mulheres brancas, elas também tinham o auxílio de outras mulheres, como afirma Brenes (1991):

Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam domiciliarmente as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido). Estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre temas vários, como os cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio. Na sua maioria, eram mulatas ou brancas e portuguesas e pertenciam aos setores populares (BRENES, 1991, p.138).

As parteiras eram as principais guardiãs dos saberes sobre os partos. Elas se ocupavam das decisões sobre os procedimentos a serem utilizados e as comadres as auxiliavam cuidando da mulher, alimentando-as, lubrificando as suas partes íntimas, massageando a região do baixo ventre e realizando outras manobras que facilitam a expulsão do bebê. As mulheres rezadeiras e benzedadeiras tinham o seu lugar de importância nesse momento também, fazendo rezas, recitando boas palavras que pudessem fortalecer a parturiente e bendizendo o bebê. As mulheres africanas, em condição de escravização, tinham seus filhos sob cuidados das demais mulheres, em igual condição. Enquanto a parteira se ocupava do parto, as demais se dedicavam aos cuidados e invocação de sua espiritualidade para abençoar o parto e o nascimento (NOVAIS, 2018).

Agachadas ou sentadas eram as posições que as mulheres costumeiramente ficavam enquanto o parto evoluía. Elas eram protegidas pelas suas crenças, acompanhadas pelas parteiras e pelas comadres que já estavam familiarizadas com as manobras que favoreciam e facilitavam o trabalho da equipe no parto. De modo oposto, os homens médicos lançavam mão de instrumentos densos e cortantes, mas estes atendiam as mulheres das elites, e no período colonial esses profissionais eram poucos em terras brasileiras. As parteiras e as comadres optaram por cuidados laborais mais eficientes e leves. Elas lubrificavam as vulvas das parturientes com gorduras animais ou óleo vegetal de açucena e azeite. Mantinham as mulheres alimentadas, lhe serviam alguns goles de cachaça e caldos apimentados de galinha com canela para que elas permanecessem com vigor para enfrentar o processo de parto (DEL PRIORE, 2016).

Com a finalidade de garantir um bom parto os amuletos eram usados nas gestantes (DEL PRIORE, 2016). Nas barrigas, eram colocadas relíquias e cordões coloridos. Nos joelhos esquerdos eram colocados uma pedra chamada de “Mmboza”, com função mágico-religiosa de atrair o bebê para fora da mãe. Preces eram murmuradas, baixinho, para afugentar qualquer perigo contra os nascituros. Para aliviar a dor, mastigavam cebola e amarravam o fígado cru de uma galinha recém abatida na coxa direita. Os gritos e as massagens abdominais feitas pelas comadres (nomenclatura dada às que atualmente chamamos de doulas), incentivavam a expulsão. A criança vinha ao mundo entre rezas, gritos de dor e muita alegria. Cada nascimento era uma vitória sobre a morte, já que o parto envolvia os mistérios da vida-morte-vida. As parteiras e as outras mulheres que ofereciam apoio no parto chegavam com conhecimento íntimo sobre os valores do partejar e do corpo da mulher, atuavam com sensibilidade, o que inspirava a confiança necessária para experiência de parir (QUINTANILLA & ROZALEN, 2014).

Os cuidados com os bebês era a repetição das práticas mais antigas. As mulheres brancas banhavam seus bebês em líquidos espirituosos como vinho e cachaça. Limpavam com manteiga e outros óleos e os enfaixavam firmemente. A cabeça recebia uma atenção especial para ser modelada e o umbigo era cuidado com óleo de rícino e pimenta para ajudar na cicatrização. As mulheres indígenas, por sua vez, banhavam-se no rio com seus bebês logo após os partos. E as mulheres africanas, por seus caprichos estéticos e identitários, esmagavam os narizes de seus pequenos, para ficarem parecidos com seu povo. Elas faziam uso das infusões de folhas em seus bebês, logo após o nascimento. Consumiam essa mesma iguaria para tratar do pós-parto e, com essas mesmas folhas das infusões, faziam os remédios para curar o umbigo. Entre elas, mantinham a tradição de imergir seus rebentos nas águas três vezes como um rito, que simbolizava a imersão do bebê no mundo (DEL PRIORE, 2016).

As mulheres brancas levavam seus amuletos para os partos. As que já tinham acesso aos cuidados médicos eram aconselhadas por eles a usarem as ceroulas dos maridos, a vestir as suas camisas de trás para frente como uma maneira de, naquele contexto, inserir o cônjuge simbolicamente no momento do nascimento do filho. Depois de nascidos, os bebês recebiam os cuidados iniciais com águas aromatizadas, óleos vegetais e cascas de árvores que auxiliavam na cicatrização do umbigo (NOVAIS, 2018).

O acesso ao médico, historicamente, sempre foi privilégio das famílias mais ricas e ligadas à corte real. Quando se fala da presença dos médicos nesse contexto, fala-se das famílias brancas e ricas que tinham tal tipo de assistência. Entre as mulheres indígenas e as africanas, em condição de escravidão, a assistência ao parto era prestada pelas parteiras e pelas demais

mulheres mais experientes, as comadres. No contexto Europeu, mesmo com existência dos médicos parteiros, eram as parteiras que se ocupavam com as mulheres mais empobrecidas da cidade, demonstrando a coexistente atuação dos médicos e parteiras respectivamente direcionados às distintas classes sociais (DEL PRIORE, 2016).

O evento do parto (Balaskas, 2016) é marcado por sensações de prazer e dor. Também contêm fluidos, movimentos e sons. As mulheres estavam acostumadas com essas vivências e sabiam lidar com o processo do parto. No entanto, a presença masculina na cena, a falta de conhecimento e de valorização do saber feminino foi modificando a maneira de disponibilizar a assistência no parto.

A veemente agressividade com que foi anulada a autoridade feminina na orientação e execução dos cuidados da mulher e a execução do parto fala da misoginia, do entempirismo e da irracionalidade sexista que validaria o homem, posteriormente, como a voz autorizada para assistência ao parto na modernidade (QUITANILLA & ROZALEN 2014, p. 88).

A introdução da medicina na obstetrícia deu início a experimentação clínica com o paradigma anatômico-patológico na parturição. O que era feminino e natural, embora tivesse a sua complexidade, passou a ser abordado sob a perspectiva masculina e patológica. “A entrada dos médicos-parteiros nesta prática inaugurou, não só o esquadrinhamento do corpo feminino, como a produção de um saber anatômico e fisiológico da mulher, a partir do olhar masculino” (BRENES, 1991, p. 135). A presença deles com essa outra compreensão sobre o corpo das mulheres alterou radicalmente a forma de partejar.

1.3. As escolas de parto no Brasil do séc. XIX

O médico pernambucano Francisco Nunes, no final do século XVII, ao intervir nos partos usava as próprias unhas para rasgar as placentas e outras vezes, um canivete para rasgar as vulvas. Segundo Novaes (2018), ele recomendava cortar os períneos para dar abertura para a saída da criança. As ervas e as plantas eram os remédios recomendados. As folhas de alho, por exemplo, eram colocadas nos canais vaginais e o chá da casca de cebola ingerido pelas parturientes para estimular o parto e auxiliar na cicatrização. É a partir do século XIX, com a Escolas de Medicina e Cirurgia na Bahia (1808) e com a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro (1808) que os partos passaram a ser realizados oficialmente por médicos e de maneira menos rudimentar.

A história das Escolas de Parto e formação em parturição no Brasil teve influência francesa. E isso se deve ao fato da França ter sido considerada como o grande centro do saber médico no século XIX. Decorrente dessa proeminência, boa parte do mundo tornou a França como um referencial do saber médico. Por causa disso, ela influenciou a formação em Medicina em outros lugares do mundo. Porque seus estudos e espaços de formação na área estavam bastante desenvolvidos (BRENES, 2005).

No caso do Brasil, de acordo com Del Priore (2016), os médicos, apesar de serem poucos, começaram a assumir o protagonismo dos partos. A partir desse momento, se instaura uma expressiva disputa de saberes, de autoridade e competência entre o saber médico e o saber das parteiras. O que gerou tensões ideológicas sobre os modelos de assistência ao parto. Tensões essas que, à sua maneira, perduram até hoje e afetam a trajetória dos demais profissionais competentes para atuar no parto, por exemplo: enfermeiras, parteiras e doulas.

Nesse contexto, o médico José Lins Coutinho escreveu para sua filha grávida, prestes a dar à luz, o seguinte:

Chegado, pois, que seja o termo da gravidez, não vos assusteis minha Cora; porque a natureza vos dará forças como dá a toda todas as fêmeas de outros animais, para o trabalho do parto, que dizem ser assaz doloroso, e eu creio, mas não tão feio como se costuma pintar, principalmente se a mulher é bem organizada [...] se desejardes ter ao pé de vós alguém que, em circunstâncias duvidosas vos socorra, não vos envergonheis de chamar um bom e sábio parteiro, home sisudo e circunspecto que de certo não vos hão de faltar com a decência e o respeito devido a vosso sexo (DEL PRIORE, 2016, p. 319).

Essa recomendação indicou o início da entrada dos homens-parteiros ou médicos parteiros na obstetrícia no Brasil e demonstrou o empenho em convencer as mulheres a se abrirem a estes novos personagens da cena obstétrica. As parteiras que, junto às outras mulheres, realizavam partos foram gradativamente retiradas e com elas, seus saberes seculares. Para as mulheres grávidas, por sua vez, a preocupação era constante com parto e com a sobrevivência de seus filhos.

Os médicos assumiram o protagonismo do partejamento através do exercício do poder da ciência, o que desencadeou em uma disputa com os saberes das parteiras que precisavam se organizar e resistir para não ter sua função anulada. Tal apropriação médica pode ser considerada um marco para a necessidade de engajamento e reconhecimento profissional das parteiras e também das doulas para manterem-se atuantes na cena obstétrica.

Os cursos de parto começaram a ser implementados nas Faculdades de Medicina. Nessa época não tinham maternidades, e dar à luz na enfermaria da Santa Casa, era motivo de pavor

para as mulheres que estavam habituadas a ter seus rebentos em seus lares. Essas enfermarias inicialmente eram maternidades improvisadas que foram criadas como demanda da Escolas de Partos das Faculdades de Medicina, visto que eles precisavam aprender a prática da assistência ao parto a partir da aplicação de seus estudos (DEL PRIORE, 2016; CARNEIRO, 2015).

A criação das Escolas de Parto nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, demandou a construção da primeira maternidade. Essa foi criada no interior da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, para que fosse um espaço de treinamento dos recém-formados nos cursos. No entanto, elas inicialmente foram subutilizadas porque as mulheres sentiam medo da febre puerperal, adoecimento que matava muitas puérperas, e porque elas tinham vergonha de estar despida durante o parto diante de homens parteiros, como eram conhecidos os cirurgiões que faziam parto. Além disso, entre elas se cogitava o receio de serem assistidas por esses médicos, ainda sem experiência, recém-chegados na cena do parto, o que para elas representava um risco de vida. Nesse período, ainda que a palavra dos médicos já tivesse muita aceitação, um grupo considerável de mulheres continuam escolhendo as parteiras para assistirem os seus partos em suas próprias casas, onde também poderiam ser acolhidas por outras mulheres de seu convívio que lhe dedicavam cuidados (DINIZ, 1996).

O curso tinha como objetivo expresso inserir os médicos cirurgiões na obstetrícia e qualificar as parteiras que já exerciam suas práticas, como leigas, orientadas pelo que aprenderam com as mulheres mais velhas de seus convívios. Entretanto, a proposta de adesão do Curso de Parto foi excludente para parteiras pobres e analfabetas, porque estabeleceram como critérios para receber a formação quem soubesse falar francês (BRENES, 2005). A França já havia iniciado essa formação em suas Faculdades de Medicina e incluía parteiras mais velhas para ensinar, apesar das recentes tensões entre o saber das parteiras e dos médicos.

Entretanto, a formação no contexto brasileiro, já nasceu com traço classista e patriarcal, visto que os instrutores eram homens médicos da elite que tinham pouca vivência com partos, e importavam os seus conhecimentos médicos da França. Mesmo distante das mulheres, de suas vivências e saberes eles passaram a determinar o que elas fariam com seus corpos. Quem fez bom uso da oportunidade de receber a formação do Curso de Parto foi a Josephina Matilde Durocher, que havia acabado de se mudar da França para o Brasil e matriculou-se no Curso de Parto da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (DEL PRIORE, 2016).

Josephina ficou conhecida como a Madame Durocher e sua história é relevante por sua colaboração na obstetrícia. Ao se matricular no Curso de Parto da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ela optou por seguir os saberes das parteiras de seu país de origem. Ela completou a sua formação recebendo instrução particular de um médico importante da corte.

Para exercer o ofício aprendido, bastava ter experiência e passar por um teste que, nem sempre era exigido. Ela optou por atender, indiscriminadamente, as mulheres pobres que eram negligenciadas pelos médicos, e esse foi um traço de seu legado. Aos oitenta anos ela ainda adentrava os casebres para socorrer gestantes durante o parto e para investigar casos de estupro. Naquela época, cabiam às parteiras auxiliar nas investigações desse tipo de crime (DEL PRIORE, 2016).

A Madame Durocher ganhou prestígios por sua trajetória. Ela foi a única parteira a integrar a Academia Imperial de Medicina. Publicou *Considerações sobre a Clínica Obstétrica* (1887), livro onde descreveu as suas experiências na arte de partejar. Ela organizou o livro em três partes: trabalho de parto normal e anormal; cuidados no pós-parto; cuidados ao recém-nascido. Nessa obra ela descreveu detalhadamente dez partos que considerou perfeitos, dos mais de cinco mil que já havia realizado em seus cinquenta e um anos de atuação. A partir dessa obra, muitos outros manuais sobre o parto foram lançados. Esses manuais foram a tendência da época e tinha o objetivo de dar instruções sobre os processos de assistência e desenvolvimento do parto perfeito (DEL PRIORE, 2016).

A trajetória das parteiras foi profundamente afetada negativamente pela medicina, mesmo que historicamente elas fossem as guardiãs do saber sobre os partos. As escolas de medicina foram construindo e desenvolvendo seus saberes distantes delas e posteriormente, passaram a regular as suas práticas e tudo que diz respeito à saúde. Os cursos de formação em parto que as Faculdades de Medicina passaram a ofertar, incidiu na estratificação das parteiras entre as leigas e as formadas, classificando-as em três modelos de parteiras: as que se tornaram parteiras pela prática; as que receberam a formação e passaram a conciliar com os saberes anátomo cirúrgico; e, as que foram formadas pelos cursos oficiais de parteiras oferecidos pela Escola de Medicina Francesa. A diversidade na formação prática profissional dessas mulheres ocasionou na diferenciação entre elas no âmbito do reconhecimento, espaço de atuação e na distinção do tratamento nas comunidades onde atuavam. As parteiras graduadas, por exemplo, não queriam ser confundidas com as comadres ou parteiras da tradição (BRENES, 2005).

A criação dos espaços de formação em parto, os seus públicos de atendimento e a remuneração das parteiras formadas passaram a ser diferenciados e a arte de partejar passou a ser vista como um ofício. Entretanto, as parteiras da empiria ou leigas que se destinavam ao trabalho de atendimento público, eram estigmatizadas e classificadas como parteiras de pobre. A limitação dos médicos a respeito do processo de reprodução da vida, levou as gestantes a preferir a velha e conhecida parteira, que além dos serviços que prestava na hora difícil do parto, também tratava das doenças femininas (WEBER, 1997).

A despeito da perseguição e tentativa de deslegitimação das parteiras leigas, elas continuaram realizando partos entre as mulheres empobrecidas e seu saber continuou coexistindo com os novos saberes que se impunham a elas e as suas práticas. Outras atribuições foram sendo designadas para as parteiras. Em decorrência do pudor e restrição da atuação dos homens sobre o corpo feminino, elas eram convocadas para participar dos processos de investigação de litígio por delito à honra. E por isso, passaram a atuar nos julgamentos desse tipo de crime. Tal qual havíamos dito sobre a prática da Madame Durocher. Nesse contexto, cabia a elas observar se a genitália havia sofrido alguma alteração (BRENES, 2005).

A retirada do parto do ambiente doméstico para os espaços inicialmente improvisados nas Santas Casas, foi uma quebra nas correntes de solidariedade tradicional vivenciada pelas mulheres nos partos umas das outras. Entre as mulheres africanas em condição de escravização, o suporte para o parto vinha das outras mulheres e, entre mulheres indígenas também. Ao demarcar a maneira como as diferentes mulheres vivenciavam os partos, é possível perceber que o que há em comum entre elas é o fato de ser um evento feminino. No contexto brasileiro, as mulheres que tinham acesso ao atendimento médico eram as mulheres brancas de famílias abastadas. Sendo assim, pode-se inferir que o trabalho das parteiras, aparadeiras e comadres continuaram acontecendo entre as famílias empobrecidas nas cidades, no campo e entre os povos originários, como um modo de resistência (DEL PRIORE, 2016).

1.4. Submissão do corpo grávido por meio da medicamentação e hospitalização dos partos no Brasil

Essa movimentação e mudança em torno do parto pode ser considerado como um processo de secularização do parto, ou seja, a passagem da compreensão do parto como um evento sagrado e domiciliar para um parto moderno, hospitalizado e cirúrgico (DINIZ, 1996). Considerando a perspectiva de Foucault (2002), o processo de hospitalização do parto, de forma mais geral, foi a estratégia estatal de controle sobre a vida, o que o filósofo denominou esse processo de *estatização do biológico*. O século XIX pode ser considerado o período de apogeu do hospital, visto que este, passou a ser assimilado como um lugar que opera a cura com a perspectiva de normalização da vida e não mais como um morredouro, ou lugar de expurgo para os loucos e abjetos, doentes e órfãos (FOUCAULT, 2002).

A administração dos corpos, até então era inédita, através de uma nova gestão calculada da vida referida às populações. [...]. Trata-se, em resumo, de uma nova gestão da vida, onde esta passa a ingressar como elemento, privilegiando o registro da

política, tendo como alvo tanto indivíduos quanto às populações (FOUCAULT, 1993, p. 190).

A medicina orientada pela ideologia do controle impôs ao parto posições passivas, para que o corpo estivesse mais manipulável para os médicos que faziam uso de instrumentos. Eles, alinhados ao interesse do Estado, começaram a pensar maneiras de controlar a vida social, normatizar o biológico, estender a vida e adiar a morte, através das intervenções cirúrgicas e instrumentais. A medicina, nesse contexto, ganhou ainda mais espaço e legitimidade. Os hospitais, junto com ela, foram colocados nos centros da atenção à saúde, passando a ser reconhecidos como locais de cura e de produção de normalidade (CARNEIRO, 2015).

A vigilância dos corpos e da saúde pela medicina nos hospitais teve a tentativa expressa de exercer controle sobre a população (CARNEIRO, 2015). Gomes & Nagshima (2018) correlacionam essas novas atitudes como decorrentes do modelo capitalista patriarcal que opera com intervenções colonizadoras sobre as produções, saberes e corpos femininos e influencia diretamente os conhecimentos e práticas médicas. O que impõe sobre os corpos femininos os poderes socioculturais e biopolíticos infligindo dominação e produzindo práticas de controle e de regulação dos corpos. A noção de saúde tornou-se, portanto, uma questão política e teve como consequência uma sociedade medicalizada.

A partir desse contexto, os partos e, por consequência, os nascimentos passaram a ser alvo do controle estatal. “O nascimento e a reprodução passaram a ser do interesse da biopolítica” (FOUCAULT, 2002, p. 55). Neste ensejo a sexualidade poderia ser vista como um ponto de convergência entre o biopoder e a biopolítica na medida em que une a si as dimensões individuais e coletivas da população. Com base nessas mudanças, a sociedade do século XIX foi considerada disciplinar e orientada pela normatização.

O biológico teria sido estatizado e regulamentado e a vida se tornou alvo de atenção vigilante. Para isso, a medicina como discurso do saber-poder e os hospitais como lócus de seu exercício teriam adquirido outra conotação, assim como a noção de risco, de saúde e de morte. Considerando essa perspectiva, não é difícil entender porque os partos migraram gradativamente para os hospitais, acompanhados de todos um discurso de que ali se pariria melhor, com mais segurança e eficiência (CARNEIRO, 20015, p. 55).

Esse processo pode também ser compreendido a partir da perspectiva da medicalização da sociedade. A farmacologia, uma aliada, foi usada pela medicina como uma tecnologia com a finalidade de normalizar a sociedade. A medicalização do corpo feminino teve início a partir do século XVIII, com a proeminência da noção de higiene e de disciplina. A disciplina nesse momento era vista como remédio capaz de ordenar a suposta desordem social. Por isso, a

medicalização é compreendida como um instrumento de manutenção da ordem e construção de corpos dóceis e produtivos (CARNEIRO, 2015).

A busca dos médicos por centralizarem em sua categoria o conhecimento sobre a saúde, passou a se sobrepor a todos os outros e a orientar não só o parto, como também toda a organização da saúde e da sociedade higienista (DEL PRIORE, 2016). A apropriação dos médicos pelo espaço do parto foi marcada por tensões, porém eles se constituíram como os reguladores do saber (BRENES, 2005).

A Medicina ao se constituir como ciência no séc. XVIII, ao mesmo tempo, a profissão de parteira começou a se constituir como concorrência da Medicina Científica. Com a formação de médicos e parteiras buscava que a atenção ao parto fosse um labor sanitário da Medicina Profissional, anulando a atenção dos não-instruídos na arte da parteria (empírico). Desse banimento, resultou uma perda de conhecimentos tradicionais e destrezas na arte de cuidar, ao mesmo tempo em que se impunha dependência gradual da ciência e a subordinação das atividades das parteiras aos possuidores desse conhecimento: os médicos (QUINTANILLA; ROZALEN, 2014, p. 79).

A partir desse momento, deu-se o controle do ordenamento das parteiras como ofício, e a apropriação de seus saberes e espaços de atuação, marcada pela nova ideologia da centralidade médica para assistência ao parto. Os modelos tradicionais de aprendizado sobre a arte de partejar foram sendo desvalorizados pela recente classe médica e cedeu lugar à instrução selecionada pelos médicos. Eles passaram a ser centrais na regulação da saúde, assim, para que as parteiras continuassem exercendo os seus ofícios nesses novos espaços criados (hospitais e maternidades), elas precisaram passar por exames diante dos médicos.

Os novos critérios por eles estabelecidos, interferiram de forma negativa na vida das parteiras porque elas, aos poucos, deixaram de ser solicitadas (BRENES, 2005). Também porque, durante esse processo de organização do conhecimento obstétrico, as mulheres que tinham um largo conhecimento sobre o parto, passaram a ter que estudar nas escolas de parto e a terem que ter os seus conhecimentos legitimados por esses homens.

As parturientes, influenciadas pela ideologia “medicalocêntrica”⁵ e pela difamação contra a categoria das parteiras, passaram a acusá-las de falta de higiene. Porque elas rasgavam as bolsas uterinas com as próprias unhas e mãos sujas. Por causa disso, foram atribuídas a elas a responsabilidade das mortes maternas por febre puerperal. Conforme Brenes (2005), houve um grande empenho por parte dos médicos para construir uma imagem profissional que

⁵Por medicalocêntrica diz um modo de prestar assistência centrado nos interesses médicos e da medicina em detrimento da paciente.

inspirasse confiança nas mulheres, para que elas pudessem livrar-se das pudícias e se abrirem aos seus cuidados.

A pudícia que as mulheres tinham de se mostrar para os médicos, aos poucos ficava para trás. Convencidas dos novos discursos, uma nova moral do corpo e da vida foi sendo difundida. Um novo imaginário social foi sendo construído para que fosse aceito moralmente a intervenção direta do médico sobre os corpos das mulheres em nome do bem-estar e da saúde. Com isso, os médicos se converteram em protetores das famílias e principalmente das mulheres, senhoras urbanas dos sobrados (CARNEIRO, 2015).

Os partos em posição vertical davam lugar as macas e posturas cada vez mais passivas eram assumidas pelas parturientes. As mulheres guardiãs do evento do nascimento, parteiras e comadres, foram ficando de fora com seus saberes, para serem substituídas pelos instrumentos. A cuidadosa e reverente prática de untar e massagear as vulvas foi substituída pelos canivetes cortantes. Nesse contexto, introduziu-se o clorofórmio, um tipo de anestésico para abrandar a dor parto. O uso desse medicamento foi condenado pela igreja católica porque ela defendia que a mulher deveria parir com dor para pagar pelos seus pecados (DEL PRIORE, 2016).

A medicina como uma profissão majoritariamente masculina ganhou mais privilégios. Embora fosse recente a sua atuação no parto, já chegou com muita força. O que tornou injusta e desleal a disputa de narrativa e de saberes com as parteiras e comadres. Elas precisaram desenvolver estratégias de resistência para garantir a sua permanência do seu labor durante o trabalho de parto. Todo conhecimento em saúde passou a se organizar em torno da medicina. Sobre a parteria o conhecimento foi sendo construído inicialmente longe dos corpos das mulheres e isso incidiu no desenvolvimento de ferramentas de intervenção que mais violam o corpo do que ajudam no parto (AYRES, HENRIQUE & AMORIM, 2016).

O século XX foi marcado por muitos escritos sobre obstetrícia e materiais educativos sobre o parto para as famílias. A Madame Durocher foi pioneira em registrar suas experiências e orientações para um bom parto no Brasil, como dito anteriormente. Essa preocupação virou uma tendência. Nesse período, os investimentos em saúde e na educação eram percebidos como estratégicos para obter uma população potente e apta para trabalhar. Esses manuais serviram para reforçar a importância da assistência do médico no parto. No entanto, o livro que ganhou destaque no contexto brasileiro e que foi base para a assistência ao parto foi o livro *“Parto Natural: guia para os futuros pais”* (1955) de autoria do obstetra americano Frederick Goodrich. A partir de então, as referências da obstetrícia americanas influenciaram muito a obstetrícia brasileira (AYRES, HENRIQUES, AMORIM, 2018).

Os livros foram importantes ferramentas usadas para construir e modificar percepções sobre o mundo. As produções dessa época afetaram profundamente a maneira como o parto passou a ser visto e influenciaram na construção das políticas de assistência ao parto. Para compreender uma das principais obras que influenciam a concepção de assistências ao parto no Brasil, Ayres, Henrique e Amorim (2018) analisam uma específica que é o Manual do “*Parto Natural: Guia para Famílias*”. Os autores apontam que:

Este livro se propôs a registrar e ao mesmo tempo sugerir normas comportamentais ordenadas para o período gravídico, de parto e pós-parto. O que foi proposto naquela época, muitos aspectos ainda se mantêm e continuam a influenciar a assistência obstétrica. Os cuidados prescritos para gestantes no serviço de saúde no Brasil têm a sua influência, traz a norma e ordem que demonstra o controle na maneira como foi posto. Os cuidados, o pré-natal, o parto, a amamentação, o preparo e a orientação. Essa obra aponta para a autonomia relativa que dispõe a mulher diante do parto, já que os médicos que passaram a protagonizá-lo (AYRES, HENRIQUES & AMORIM, 2016, p. 6).

Nesta obra, conforme, Ayres, Henriques e Amorim (2016) está contido ideários de parto controlado e a ideia de maternagem feliz. Acreditava-se que através da intervenção da medicina essa experiência seria possível para todas as mulheres, porque o objetivo da ciência médica e obstétrica era promover mães e crianças saudáveis. Os médicos compreendiam que as suas práticas por si só seriam capazes de formar uma nação com indivíduos saudáveis. Essa foi a pretensão da medicina e para isso valeram-se da instrumentalização desmedida ainda que violasse o corpo das mulheres e lhe causasse sofrimento durante o parto.

A medicalização vai ser um conceito novo do campo da sociologia da saúde, pensado a partir da década de 1970. Inicialmente teve como intenção nomear e compreender os processos que justificaram, ideologicamente, que a intervenção técnica no corpo era capaz de reverter um mal e que ela poderia ser uma máscara sanitária utilizada para o ordenamento social.

O sistema biomédico e industrial foi instrumentalizado a partir de interesses comuns da dimensão da saúde pública. Sob essa perspectiva, a compreensão sobre doença reduziu-se ao fisiológico, e o médico como o único capaz de solucionar. Além disso, a medicalização se tornou uma estratégia do estado que, valendo-se dos dados epidemiológicos, desenvolveu políticas públicas de saúde com objetivo de ditar o que seria um estilo de vida saudável. Esse fenômeno foi cooptado pelos interesses do mercado farmacêutico para produção de medicamentos e instrumentos (MATTA, 2013).

O fenômeno da medicalização tem se direcionado a desenvolver cada vez mais formas de medicalizar a sociedade, mantendo a sua finalidade de controle coletivo como apontado por Foucault (2002). As novas drogas e terapias têm inscrito a vida no limbo entre o natural e o

artificial. A noção de saúde, a partir dessa perspectiva, reduziu-se a ideia de problema de saúde que é o contrário do que é doença. Esse novo entendimento de saúde incorreu na expropriação da autonomia dos sujeitos em poder auto cuidar-se, a partir de outros saberes, visto que o detentor da saúde passou a ser exclusivamente o médico. É a partir dessa lógica que os partos passaram a ser realizados no hospital, o corpo grávido tratado como um corpo adoecido e, conseqüentemente, demandando medicalização e intervenção (CARNEIRO, 2015).

O uso de medicações adaptou-se, como todas as outras ferramentas tecnológicas, ao contexto de consumo em um panorama de economia de mercado. Como qualquer produto a ser vendido e consumido, o objetivo da medicação deixa de ser apenas a promoção do bem-estar individual e coletivo e passa a fundamentar-se também no lucro que deve gerar dentro de um panorama industrial e de serviços. Sendo assim, a busca por medicações não obedece apenas à necessidade estabelecida por um problema de saúde a ser resolvido em prol dos cidadãos e da sociedade, mas a um problema, a uma necessidade de aumento de consumo, a uma produtividade industrial e a um lucro empresarial (OLIVEIRA, 2018, p. 12).

As mudanças societárias alinhadas ao fenômeno da medicalização interferiram na construção de um novo paradigma de parto. Por esse motivo, o hospital ganhou outra roupagem, o corpo e a função social da mulher, nesse contexto, passou a ser compreendido como patológico e dismórfico. Por isso, quando tratamos sobre a passagem do parto de uma ambiência familiar para um ambiente cientificista, consideramos as tramas da sociedade que engendraram essas mudanças a ponto de incorrer no fenômeno do cesarismo que suscitará, posteriormente, resistências das mulheres e buscas de alternativas para sua superação (CARNEIRO, 2015).

A consolidação do médico como protagonista na assistência ao parto, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1996), legitimou a prática da intervenção, a busca pela aceleração, a regulação e o monitoramento do processo fisiológico de evolução do parto. Combinado a este fenômeno o processo de hospitalização do parto, marco do século XX, contribuiu para reforçar a centralidade do médico no controle dos corpos femininos, enquanto detentores da verdade absoluta. Os programas de saúde materno-infantil que foram desenvolvidos deixaram evidente o arcabouço ideológico que os arregimentaram, que se materializaram no controle da sexualidade e da reprodução das mulheres (NAGAHAMA & SANTIAGO, 2005).

A disputa em torno do corpo da mulher foi traço marcante no desenvolvimento da medicina que se perpetua até os dias atuais. A compreensão sobre o corpo decorre de uma representação social, histórica e cultural que, inevitavelmente, é marcada pelos interesses de dominação e controle (AYRES, HENRIQUES & AMORIM, 2018). O corpo grávido também foi afetado por essas representações.

Os manuais continham recomendações a respeito da alimentação, dos exames, dos exercícios físicos e diversos preparos para o períneo e para a amamentação. Todas essas recomendações objetivam prevenir complicações na gestação e no parto. Elas trazem em si, não só a noção de cuidados que já são aceitas e consolidadas, mas também sugerem que, essas muitas intervenções e monitoramentos são necessárias porque o corpo da mulher é imperfeito e pode ter falhas de funcionamento no processo de gestar/parir (AYRES, HENRIQUES & AMORIM, 2018).

O corpo grávido compreendido dentro dessa perspectiva precisava de constantes cuidados, monitoramentos e intervenções médicas para que fossem capazes de gestar e parir. Os saberes das mulheres parteiras, antigas na arte de partejar, aos poucos perderam a sua importância e a autonomia das parturientes passou a ser negada. No contexto estadunidense, por exemplo, o parto natural passou a ser uma exceção (ODENT, 2002).

Nessa época, passou a existir uma superestimação pelas técnicas de intervenção e pela instrumentalização do parto em detrimento dos processos fisiológicos naturais. O uso do fórceps chegou a 50% e as cesáreas a 60%. As principais ferramentas usadas pelos obstetras americanos foram o fórceps para retirar os bebês e a tesoura para cortar o períneo das mulheres. Ambas ainda são usadas, apesar de sua comprovada ineficácia e de sua inscrição nos procedimentos que já são considerados como violência obstétrica.

No final do século XX, o uso da cesárea estava em alta e era muito fácil conduzir as mulheres para o bloco cirúrgico (ODENT, 2002). A perspectiva interventiva apresentada nos livros que viraram regras para a parturição, indicava o parto hospitalar como o mais seguro. Por meio destas obras as gestantes eram levadas a acreditar na possibilidade de parto sem dor no ambiente hospitalar.

Influenciado pelo modo de trabalho fabril, o parto passou a ser visto a partir desse contexto, como trabalho, dando a entender que o parto tinha início independente da vontade da mulher, e que ele diz respeito ao trabalho de alguém (MARTIN, 2006). Para a medicina ocidental o corpo é compreendido como uma máquina e consequentemente o médico é um mecânico. Esse entendimento foi trazido para o cenário obstétrico e levou a compreensão de que à mulher só caberia ser o alvo dessa manipulação, como uma máquina a ser manuseada para seu melhor funcionamento. Tal perspectiva reforçou ideologicamente a passividade da mulher e sua pouca autonomia diante do parto.

As fases do parto foram subdivididas com tempos bem determinados e precisos. Essa subdivisão objetivou que cada fase fosse observada, porque esse corpo demandava monitoramento e controle. Ficou perceptível que as mudanças em torno da produção

interferiram na compreensão sobre o corpo da mulher. Se o corpo passou a ser visto como uma máquina, o desenvolvimento do parto era de responsabilidade de uma peça: do útero. Esse deveria ser apreendido, dissociado da mulher em sua integralidade e autonomia (MARTIN, 2006).

Ressalta-se que o cenário do parto exposto na obra possibilita a supervisão dos modos de parir, ao fazer uso de técnicas ou procedimentos postulados pela ciência, portanto ele se torna hipermedicalizado. Esse saber médico funciona como o porta-voz das mulheres, o que a conduzirá a uma forma de parir e sob um determinado poder. Postula-se uma configuração de um modelo de coerção no qual o corpo grávido se submete e se ajusta conforme a peça de uma máquina. Ocorre uma manipulação calculada, governada, de cada elemento, de cada gesto e do comportamento da parturiente (AYRES, HENRIQUE & AMORIM, 2016, p. 6).

O parto sob as condições de monitoramento e instrumentalização impediu que as mulheres vivessem seus partos de forma autônoma e espontânea. Colocou o médico para ocupar o lugar central no parto. Esse lugar apropriado por eles, foi legitimado pelo poder da centralidade da medicina para saúde e para o parto. Sendo assim, apenas a vontade do médico passou a ser considerada em detrimento da escolha da mulher. Isso impactou profundamente o cenário obstétrico que passou a ser organizado em torno do médico, bem como as demais dimensões da organização em saúde (AYRES, HENRIQUES & AMORIM, 2016).

O modelo de parto pregado não é de um parto natural à luz da vontade das mulheres; ele é medicalizado e institucionalizado. Essa configuração leva a ver e a crer que a figura do médico é percebida como aquela que previne as sequelas do parto e do nascimento. Essa concepção foi sustentada ao longo do século XX e permanece no cotidiano das maternidades brasileiras, pois o parto normal ainda é visto como patológico por parte da sociedade e pelos profissionais de saúde. (AYRES, HENRIQUES & AMORIM, 2016, p.8)

Esse modelo obstétrico se tornou um grande entrave para a saúde pública porque traz em si o problemático protagonismo do médico em detrimento dos interesses e bem-estar da mulher. Esse paradigma de assistência obstétrica sugeriu a cesárea como uma via mais conveniente e disseminou a ideia de que essa via de parto é a melhor e mais segura, mesmo quando as evidências científicas e os dados não apontam para isso. A outra questão é que os ditos procedimentos de rotina seguem sendo repetidos mesmo depois de considerados como violência obstétrica (AYRES, HENRIQUES & AMORIM, 2016).

Nos últimos trinta anos, pode-se observar um grande aumento no número de partos abdominais no Canadá, Porto Rico e Estados Unidos, mas entre estes o que teve maior aumento foi o Brasil. Existem algumas razões para este aumento: a conveniência do médico em dedicar

menor tempo de trabalho e a maior retribuição financeira por este procedimento; a esterilização cirúrgica durante a cesárea eletiva; o medo da dor do parto e das lesões decorrente da episiotomia⁶, bem como a crença difundida de que o parto vaginal é mais arriscado do que o abdominal (DINIZ, 2004).

O Brasil tem uma predominância dos partos cesáreas especialmente na rede privada (Carneiro, 2015). Esse aumento vertiginoso preocupa as autoridades em saúde porque coloca o país como recordista mundial dos partos abdominais. Porém, para além dos altos números do cesarismo, outro fator preocupante é do ponto de vista antropológico que observa que essa opção de parto é a mais escolhida pelas mulheres, principalmente as que têm maior grau de instrução, e a mais escolhida pelos profissionais que prestam assistência ao parto. Por isso, a maioria dos partos têm acontecido nos centros cirúrgicos do país. Isso é resultado do uso da instrumentalização do parto e medicalização dos corpos femininos como estratégia ideológica de dominação.

A humanização do parto não tem como objetivo, desprezar a cesárea, pelo contrário reconhece a sua importância quando há a devida recomendação. A crítica recai sobre o alto índice desse procedimento cirúrgico e o uso excessivo da tecnologia e da farmacologia. Existe o reconhecimento da importância do saber biomédico, mas há a resistência ao predomínio do uso abusivo da intervenção médica que não respeita o desenvolvimento fisiológico do parto por vias naturais (CARNEIRO, 2015).

O parto visto em sua integralidade, acontece para além do corpo porque ele é um acontecimento psíquico, emocional, pessoal, familiar, social, cultural, sexual e espiritual sendo assim, não pode ser reduzido a intervenções apenas no corpo com procedimentos cirúrgicos e tecnologias duras. É, portanto, a partir dessa compreensão de parto que os movimentos pela humanização do parto se colocaram em luta, para resgatar essas dimensões e criar paradigmas alternativos a esse modelo hegemônico, desconstruindo as verdades impostas pela poder da medicina que nem sempre tem respaldo científico (CARNEIRO, 2015).

Ao tratar o parto como um evento natural, deve-se livrar de entender essa ideia de naturalidade em essência e pureza sem considerar os precedentes.

O natural, assim como a expressão humanizado, precisam por isso mesmo, desde já, serem cambiantes e percebidos para além do aprisionamento nas palavras e em seus sentidos mais tradicionais. Em vista disso, o *natural* propalado parece vir muito mais para opor-se ao excesso de cultura e tecnologia, tidas como desnecessárias e agressivas, enquanto *humanizado*, para caracterizar o nascimento em que os anseios

⁶ Episiotomia: um procedimento cirúrgico que consiste em uma incisão no períneo — a região entre o ânus e a vagina.

e os requerimentos das mulheres sejam observados no momento do parto (CARNEIRO, 2015, p. 41).

Há dois grandes paradigmas de parto e de nascimento que predominam no Brasil hoje: o americano e o europeu. Isso, obviamente, está sendo posto de forma genérica para que se tenha noção, em linhas gerais, dos impactos dessas perspectivas em nível mundial. No primeiro paradigma, americano, a cesárea é tida como a melhor e a mais predominante forma de nascer e há a centralidade médica. No segundo, o europeu, predomina a proposta da via natural de parto, como na Holanda, França e Inglaterra.

No modelo Europeu prevalece a assistência realizada por parteiras, enfermeiras obstétrizes e doulas. O médico, nesse contexto, é solicitado somente quando há partos mais difíceis que demandam de intervenções cirúrgicas. No Brasil, entretanto, prevalece e destaca-se o modelo de parturição americana, onde o parto é compreendido como um ato médico e toda cena obstétrica se organiza em torno dessa figura. Esse paradigma americano que começou a predominar em 1940 se estendeu por quase todo continente americano, com exceção de Cuba (RATTNER, 1998).

Entretanto, no Brasil, tem existido uma nova forma de partejar: a doulagem. Ela em si não é nova porque remonta a saberes antigos das mulheres. O modelo de doulagem exercido no Brasil veio dos Estados Unidos em 2003. Ganhou projeção por trazer o resgate de um partejar mais humanizado. A popularização nos Estados Unidos se deu por conta do alto número de cesáreas realizadas naquele país. Assim, o que havia se transformado em algo exclusivo de homens-médicos-cirurgiões, volta, conforme as possibilidades e tensões atuais, para as mulheres.

As doulas, conforme Silva et al. (2012), estão relacionadas a uma vertente da tecnologia leve em saúde, que subsidia sua prática a partir de saberes biomédicos, pautadas pelo crivo da humanização na assistência obstétrica, combinado aos saberes ancestrais. Elas têm sido personagens importantes na materialização das boas práticas previstas pela política de humanização do parto. Além disso, em seu fazer na dimensão educativa, as doulas colaboram para que mulheres retomem a autonomia com seu corpo na experiência do parto. E toda a sua prática profissional tem colaborado para melhorar os indicadores da atenção ao parto no Brasil.

Resgatar os aspectos históricos da doulagem no Brasil é um processo gradativo visto que, como toda a história, o movimento das doulas está em constante movimento. Ainda contamos com poucas pesquisas por ser um movimento recente, que vem emergindo. Entretanto, é possível contar com os registros dos encontros e doulas que viram nascer e que fazem acontecer este movimento na atualidade em busca da profissionalização. É com a

intenção de registrar o percurso desse movimento, e descrever o trabalho da doulagem que se constrói o capítulo seguinte.

CAPÍTULO 2

Contexto sócio-histórico da doulagem

2.1 Hospitalização e instrumentalização do parto: considerações sobre os fenômenos da mortalidade materna e das violências obstétricas

Como todo fazer profissional, a doulagem traz consigo aspectos afetuosos em sua prática, acrescido às dimensões técnica e laboriosa do trabalho. Neste fundamental e impactante fazer o compromisso com a erradicação da mortalidade materna, com o combate à violência obstétrica e com a promoção da humanização do parto são fundamentais. É sobre estes três temas que se desenvolve esse capítulo.

A partir do século XX, o parto saiu do ambiente doméstico e passou por um processo de hospitalização. Se antes havia o mínimo de intervenção durante o nascimento, a partir de então, acontece o total apagamento da mulher e de suas capacidades naturais de parir. E, em seu lugar, a medicina privilegia o uso de intervenções medicamentosas, cirúrgicas e com ampla utilização do que é denominado como tecnologia dura. Com a inserção dessas novas tecnologias ao nascer as parturientes e mulheres que compõem sua rede de apoio se tornam coadjuvantes (SILVA et al., 2012).

O parto instrumentalizado coloca a gestante em um local de vulnerabilidade e de apagamento das identidades construídas, já que os saberes ancestrais e os rituais de nascimento e parto predominante nas famílias são totalmente apagados para dar lugar à mecanização do nascimento. A mulher que antes era protagonista do nascimento passou a ser obrigada a abrir mão de seu corpo para dispô-lo para uma equipe médica. Assim, os partos se transformaram em um ato médico com a justificativa que com as intervenções seria mais seguro para a gestante e para a criança.

Todavia, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os dados mostram que o parto por meio de cirurgia não reduz a mortalidade materna, nem mesmo a mortalidade neonatal. A mortalidade materna é um problema de saúde pública mundial predominante em países em desenvolvimento. São estes países que registram a grande maioria dos casos de mortalidade materna no mundo. Essa estatística motivou a Organização das Nações Unidas (ONU) a desenvolver pactuações com o objetivo de reduzir a taxa de mortalidade materna em 75% até 2015, meta que não foi cumprida (WHO, 2015). Atualmente, o combate à morte materna ainda é uma pauta de luta que preocupa organismos de saúde internacionais, como a OMS (DINIZ, 2001).

A mortalidade materna é assim chamada porque está sempre relacionada ao período gravídico-puerperal. São considerados como tal: os casos ocorridos até quarenta e dois dias após o término da gestação por causas não acidentais ou incidentais, classificadas como causas diretas ou indiretas. As causas indiretas são mortes que têm relação com adoecimentos pré-existentes ao período da gestação e as causas diretas estão relacionadas às intervenções, omissões ou tratamentos inadequados (PÍCOLE, 2017). No contexto brasileiro, as causas diretas atingem majoritariamente as mulheres negras, o que possui relação com o racismo estrutural que se materializa na forma institucional (PACHECO et al., 2016).

De acordo com Ministério da Saúde, a mortalidade materna no Brasil possui, historicamente, taxas elevadas cujo número chegou a 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos em 2018. Esse dado é preocupante porque está acima da média aceitável estabelecida pela ONU, nos acordos orientados pelas novas metas estabelecidas a partir de 2015 a 2030 para o Objetivos do Milênio (CARVALHO et al., 2020). No Sistema de Informação Sobre Morte Materna (SIM), evidencia-se que entre os anos de 1996 a 2018 foram registrados 38.919 óbitos maternos. É estarrecedor constatar que 67% dessas mortes foram por causa evitáveis (Brasil, 2020). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) destaca que diariamente 830 mortes maternas acontecem por causas evitáveis.

A morte materna é utilizada com o principal indicador para mensurar a qualidade da atenção à saúde das mulheres gestantes. Essas mortes não são fatalidades e nem acontecem de forma isolada, pelo contrário, elas possuem direta relação com o acesso aos serviços de assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério de qualidade. A precarização na assistência traduz as problemáticas de sociedades desiguais, principalmente países em desenvolvimento, como o Brasil, onde o número de mortes maternas apresenta um desenho de sua realidade social de estagnação do nível socioeconômico, da baixa qualidade da assistência à saúde, dos precários acessos à informação e às políticas de promoção da saúde pública.

Estratégias foram promovidas pelo SUS desde o planejamento gestacional até o período pós-parto para que se reduzisse a mortalidade materna no Brasil, tais como: a Rede Cegonha em 2011 e o projeto de Aprimoramento e Inovação nos cuidados e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (APICEON) em 2017. Além de prevenção da mortalidade materna, estes programas são cruciais no combate à violência obstétrica.

A violência obstétrica é uma violência direcionada à mulher na condição de gestante/parturiente, e se caracteriza pela apropriação que profissionais da saúde fazem do corpo e do processo reprodutivo das mulheres. Essa apropriação acontece por meio do tratamento desumanizado, do abuso de medicalização e da *patologização* dos processos

naturais, o que incorre na relativa perda da autonomia das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos impactando negativamente na qualidade de suas vidas (SOUZA, 2015).

Há diversas formas de praticar a violência obstétrica: episiotomia⁷, xingamentos, maus tratos, agressões físicas, lesões corporais, silenciamentos e impedir que as mulheres se alimentar ou ingerir líquidos durante o parto ou até mesmo que a mulher seja acompanhada no momento que vai dar à luz, como está na Lei nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005). Todas essas violências podem ser ecoadas em um jargão presente tanto no senso comum, quanto entre profissionais de saúde: “na hora de fazer não gritou”. Essa frase evidencia como o processo de parir pode ser muito violento para as mulheres, principalmente aquelas que passam pelo processo desacompanhadas (SOUZA, 2015).

As mulheres negras são as mais negligenciadas na cena obstétrica, o que demonstra os desdobramentos do racismo no cenário obstétrico. Uma pesquisa realizada pela FIOCRUZ avaliou dados sobre violência obstétrica levando em consideração os quesitos raça e cor, e concluiu que são as mulheres negras, usuárias do serviço público de saúde, majoritariamente nas regiões Norte e Nordeste do país as que são as mais afetadas com essa violência. Muitas dessas mulheres são adolescentes, menos escolarizadas, integrantes das classes econômicas D e E, e já passaram pelo processo de parto três ou mais vezes anteriormente (PACHECO et al., 2016).

Na relação de poder que se estabelece no espaço hospitalar onde acontecem a grande maioria dos partos, os abusos médicos se impõem na forma da violência obstétrica, subestimando e inferiorizando as mulheres na hora de parir.

O olhar desprezado à violência obstétrica – que é ao mesmo tempo de gênero e institucionalizada – deve levar em consideração que grande parte das mulheres que a sofrem sequer compreendem que as situações pelas quais passam em consultas, procedimentos, no parto e no pós-parto, consiste nesse tipo de violência. Por outro lado, também entre profissionais que atuam em práticas obstétricas, é comum a negação da existência dessa forma de violência, sobretudo porque a maior parte dos procedimentos tendem a ser amparados em parâmetros técnicos, que resguardam os profissionais de responsabilização, mas não deixam de gerar sofrimento e riscos em mulheres a eles submetidas (MORENO & PIMENTEL, 2020, p. 71).

⁷ A episiotomia é um procedimento realizado pelos(as) médicos(as) no momento do parto. É “[...] um pequeno corte cirúrgico feito no períneo, que é a região entre a vagina e o ânus, que pode ser realizado no momento final do segundo estágio do trabalho de parto, com o objetivo de alargar a abertura vaginal quando a cabeça do bebê está prestes a descer, facilitando a saída do bebê e prevenindo possíveis lesões graves no períneo” (TUA SAÚDE, 2022). Apesar de ser um procedimento necessário em alguns casos, é comum encontrarmos mulheres que tiveram essa intervenção sem seu consentimento (como deveria ser). Também é feito, algumas vezes, de forma arbitrária com a finalidade de apenas facilitar o parto sem a real necessidade de sua realização. De acordo com a Tua Saúde (2022), esse procedimento tem possíveis complicações e nunca deve ser a primeira opção. A realização da episiotomia sem sua real necessidade e sem o consentimento da mulher parturiente é considerada uma violência obstétrica.

A invisibilidade dessa violência só colabora para a sua perpetuação, entretanto, na contramão deste movimento as insurgências acontecem para valorização das mulheres na defesa dos seus direitos reprodutivos. As doulas em sua recente história tem colaborado na luta pela humanização do parto, pautada na preocupação em resgatar paradigmas de parto alternativos a esse modelo hegemônico, hospitalizado, reducionista, instrumentalizado e centralizado no médico (CARNEIRO, 2015).

Tendo em vista toda a violência vivenciada por mulheres durante o parto, viu-se a necessidade de humanizar esse momento, mas não somente ele. Busca-se a humanização de toda a gestação e do período pós-parto também, destacando esses momentos como importantes e, por isso, dignos de atenção. A humanização do parto se refere às práticas de cuidados prestadas às mulheres durante a gestação, parto e puerpério. Foi na década de 1990 que o termo passou a ser utilizado no Brasil para designar um modelo alternativo de atenção ao parto e ao nascimento fundamentado por evidências científicas e pelos direitos humanos das mulheres.

Nos anos 2000, a humanização foi incluída nos programas federais de saúde materna. O termo humanização do parto foi utilizado a partir do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) através da Portaria 569 de 1 de junho de 2000 (BRASIL, 2000). Esse documento trouxe a novidade de considerar os princípios de equidade e cidadania nesse modelo de atenção. Através desse programa algumas diretrizes foram criadas: estímulos financeiros para a profissionalização de agentes de saúde e para os espaços e equipamentos; a compreensão de que toda gestante teria direito ao atendimento pré-natal integral e completo – um mínimo de seis consultas e a consulta de puerpério; a vacina antitetânica; a garantia de vaga para o parto; estímulos financeiros para que municípios qualifiquem seu pré-natal e hospitais que garantam vaga para gestantes inscritas no PHPN. Além disso, foi promovido o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica em parceria com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020).

No início dos anos 2000, a temática da Humanização do Parto passou a ser uma pauta da política pública em que ações e direcionamentos foram colocadas em prática. Uma dessas ações foram os primeiros cursos para formação de doulas. Em 2004, decorrente da preocupação com o alto índice de mortalidade materna, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Se nos anos 2000 a política de humanização era direcionada para o setor público, vemos que no contexto atual a saúde suplementar passou a ser regulada nesse sentido. Assim, podemos perceber através de planos de saúde e de instituições privadas que atendem essas bandeiras a possibilidade de participação de doulas (RATTNER, 2009).

O processo social de entendimento da profissão das doulas no Brasil se deu junto a outros movimentos direcionados à humanização do parto. As doulas, enquanto movimento de mulheres, ainda em suas formas iniciais de formação e organização, estiveram presentes na construção dos processos de mudanças nas diretrizes da política pública de assistência ao parto. Um contexto sociopolítico marcado por tensionamentos da luta pela redução da morte materna no Brasil (FONSECA; FREITAS; RIL, 2017).

Segundo a pesquisa “Mapeamento de Doulas”, da Fiocruz (2021), 92% das doulas se entendem como ativistas pelo parto humanizado e 64% delas participam de atos e manifestações em prol dessa pauta. Esses dados acerca da participação política das doulas em defesa do parto humanizado são importantes para constataremos que a retomada da prática das doulas demarca os efeitos negativos do modelo de assistência ao parto predominante. Ao mesmo tempo que as denota como uma categoria de trabalhadoras engajadas e ativas na temática, não somente realizando a humanização na sua prática profissional, mas aguerrida na luta por um projeto de sociedade que inclua tais valores.

2.2 Resgate histórico da doulagem, prática profissional e relevância na experiência do parto

O processo de exclusão das parteiras do cenário da maternidade cedeu espaço à presença das doulas, essas que atuam com o objetivo de disponibilizar os cuidados mais sutis e consequentemente humanizar a experiência do parto. Para Fadyinha:

Desde os primórdios da humanidade, foi se acumulando um conhecimento empírico, fruto da experiência de milhares de mulheres auxiliando outras mulheres na hora do nascimento de seus filhos. Com a hospitalização do parto nos últimos anos, as mulheres desenraizadas e isoladas, perderam esse apoio psicossocial. Como parte do processo de integração dos conhecimentos tradicionais e os progressos científicos contemporâneos, vêm surgindo, no frio cenário do parto hospitalar a figura da doula (FADYNHA, 2018, p. 20).

Doula é uma palavra que tem origem do grego clássico, cuja pronúncia correta é “*dúla*” e significa “escrava”. Em tempos mais antigos esse termo designava uma criada doméstica ou escrava, significava etimologicamente “mulher que serve” e atualmente é o nome dado às mulheres que trabalham promovendo suporte físico, emocional e dando informações qualificadas às pessoas gestantes antes, durante e depois do parto. No Brasil, o termo comadre chegou a ser utilizado na tentativa de abrigar a designação da função, mas não houve adesão e por isso optou-se em manter o nome doula (SOUZA, 2018).

Quem primeiro utilizou o termo *Doula* com a concepção moderna, conforme aponta Souza (2018), foi a antropóloga Dana Raphael para se referir às mulheres que apoiavam outras mulheres no período inicial de amamentação e nos cuidados com o recém-nascido. Essa terminologia, conforme expõe Fadyinha (2016), é usada desde o início da década de 1990 para designar as mulheres capacitadas para oferecer apoio continuado a outras mulheres (e aos seus companheiros e/ou outros familiares), proporcionando conforto físico, apoio emocional e suporte cognitivo antes, durante e após o nascimento de seus filhos.

O momento do parto era marcado por um sentimento de muita sacralidade que envolvia os mistérios da vida-morte-vida. Isso demandava cuidados com quem estava parindo e parte desses cuidados eram realizados pelas doulas que apoiavam as mulheres e auxiliavam ao mesmo tempo as parteiras – estas, que por muitos anos foram as responsáveis e guardiãs dos saberes sobre o parto. O fazer das doulas atualmente é o resgate qualificado do antigo papel exercido pelas mulheres [comadres] que disponibilizavam apoio para o momento de parir (SILVA et al., 2012).

A palavra doula traz a sua historicidade alusiva às mulheres que serviam as outras mulheres no momento do parto, mas atualmente está relacionada com uma vertente mais profissional e técnica, que subsidia sua prática em saberes biomédicos, pautadas pelo crivo da humanização na assistência obstétrica (SILVA et al., 2012). Combinando o antigo e o novo em seu saber e fazer, as doulas têm sido personagens importantes na materialização das boas práticas previstas pela política de humanização do parto. Souza e Dias (2010), em seus estudos, identificaram que a presença das doulas constitui uma ponte com a política de humanização do parto e nascimento. Um trabalho que é simples, visto que se utiliza de tecnologias leves, que impactam de maneira positiva a experiência de parto vivenciadas pelas parturientes.

Essa relação viabiliza uma escuta qualificada, um olhar diferenciado e um toque cuidadoso, permitindo à mulher expressar suas angústias, seus medos e sofrimentos. Nessa perspectiva, os cuidados não são apenas um ato, mas uma atitude que significa acolhimento, respeito pelas diferentes histórias de vida. Assim sendo, as atividades que as doulas desenvolvem visam promover o bem-estar emocional da parturiente, ajudando-a a enfrentar desconfortos do processo de parto e nascimento, diminuindo o medo, a tensão e a dor e, conseqüentemente, aumentando a possibilidade do parto ser uma experiência positiva para mulher e sua família (SOUZA; DIAS, 2010, p. 498).

É importante pontuar que o suporte oferecido pela doula visa apoiar as pessoas gestantes em toda e qualquer situação da experiência gestacional, inclusive se forem submetidas à situações de abortamento, à violência obstétrica, ao racismo obstétrico ou à violência neonatal,

visto que a presença da doula pode impedir tais comportamentos e estas são habilitadas para promover suporte emocional (LEÃO; OLIVEIRA, 2006).

Por combinar o antigo e o novo em seu fazer, as doulas devolvem para cena do parto aspectos ancestrais, familiares e afetuosos cuja atuação delas diminui significativamente as intervenções no parto, promovendo mais segurança às parturientes que conseguem ter partos vaginais mais rápidos e mais satisfatórios para as mulheres. Os aspectos positivos da doulagem são determinantes na contribuição do processo de humanização do parto⁸. A doula, além de dar um suporte e atenção qualificada combinando em si o antigo e o novo, resgata os aspectos da tradição na atualização do fazer e esse resgate é crucial pelo fato de o parto ainda ser considerado por muitas pessoas como rito de passagem na vida das mulheres, um evento familiar e social (FERREIRA JUNIOR, 2014).

Os saberes tradicionais em saúde sempre estiveram presentes nas sociedades, estes dizem respeito às diversas maneiras de cuidar, vindo de benzedeiras, rezadeiras, parteiras e outras, sendo, portanto, um conjunto de saberes transmitidos oralmente entre as gerações. Assim, as doulas possuem uma histórica presença na assistência ao parto junto às parteiras, em que atualmente mescla estes saberes tradicionais aos científicos, visto que sua profissão se orienta também pelos saberes biomédicos alinhados às boas práticas na assistência à saúde (BARROS, 2006).

As doulas em sua atuação combinam um conjunto híbrido de saberes, técnicas e valores. Ao atuar dessa maneira, elas, tendo como pressuposto o paradigma da humanização do parto, desempenham o seu trabalho a partir da abertura epistemológica considerando os diversos saberes e práticas vindas de outras racionalidades de cura e cuidado. Essa combinação na prática das doulas se dá de forma intencional para se contrapor ao modelo biomédico hegemônico em seus conceitos e valores sobre a experiência de gestar e parir. Com essa atitude as doulas estão tensionando e subvertendo de forma criativa as rígidas determinações “medicalocêntricas” e apresentando aspectos mais profundos e significativos do parir (TEMPESTA, 2019).

O trabalho das doulas é uma herança do saber feminino ancestral combinado com as referências biomédicas. Essa associação é capaz de unir o antigo e o novo em um único fazer. A doulagem foi regulamentada em 2006 no Brasil. Foi incluída no conjunto de práticas

⁸A humanização do parto se trata de realizar práticas e medidas durante o momento do parto que sejam menos medicalizadas e mais acolhedoras, compreendendo a mulher e a criança como protagonistas da cena, e assim transformando essa experiência em algo mais humano e especial. Trataremos com mais detalhes acerca da humanização do parto e sua política no Brasil no tópico seguinte.

integrativas e complementares do Ministério da Saúde por meio da portaria 971 que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas (BARROS, 2006).

As pesquisas consultadas por Leão e Oliveira (2006) sobre o trabalho das doulas, no que tange às doulas voluntárias/comunitárias que trabalhavam nas maternidades públicas, mostraram que a doulagem nesse espaço se inicia na sala de pré-parto. No entanto, quando as doulas atuam de forma autônoma, começam a assistir a pessoa gestante bem antes do parto, no início da gestação, promovendo a educação perinatal⁹ (FERREIRA JÚNIOR, 2014).

A busca por colaborar na materialização de partos respeitosos fez com que as doulas se introduzissem na atual cena obstétrica desempenhando atividades capazes de tornar a experiência do parto e do nascimento menos tecnocrática e mais acolhedora. Todavia, as doulas não devem ser confundidas como acompanhantes e nem como as demais profissionais que fazem intervenções técnicas na assistência ao parto, a exemplo de profissionais da medicina, enfermagem e parteiras. A doula ocupa um espaço profissional distinto, enquadrado na categoria de profissional qualificada para desempenho de uma assistência contínua durante o parto com a utilização da tecnologia leve em saúde. (TEMPESTA, 2019).

Assim como cada ator na cena obstétrica tem a sua respectiva atividade, a doula, conforme Fadyinha (2016), vem somar à equipe prestando atenção mais direta e integral à parturiente. Junto à parturiente, em domicílio, na casa de parto ou hospitais, sua atuação profissional sempre se dará a partir do diagnóstico médico, da parteira ou da enfermeira obstétrica. Isto é, se algum deles disser que a parturiente não está com dilatação, a doula utilizará recursos não farmacológicos que sejam capazes de favorecer a dilatação. Essa postura evidencia que a doula não disputa espaço e sim coopera com outros profissionais, mas que sua atuação é um importante recurso para apoiar as mulheres utilizando-se de tecnologias leves que trarão benefícios para o desenvolvimento do parto.

O significado de *tecnologia* para Gonçalves (1994) é amplo, envolve tanto os materiais de trabalho quanto os saberes com seus desdobramentos imateriais na produção de serviço de saúde, considerando que a tecnologia reflete as relações das pessoas entre si e com os objetos criados com os quais elas trabalham. Mehry (2002) corrobora com essa perspectiva ao incluir e reconhecer todos os saberes utilizados nos serviços de saúde como tecnologia. Para ela, as tecnologias são classificadas em três tipos: duras, leve-duras e leves.

⁹ Processo de preparo das famílias gestantes, especialmente da mulher, sobre a gravidez, parto e puerpério, compartilhando informações qualificadas baseadas em evidências e orientando nas boas práticas em saúde.

Essa maneira de classificar as tecnologias presentes no trabalho em saúde, objetiva reconhecer os limites e potencialidades de cada uma nos processos de trabalho. As *tecnologias duras* são os equipamentos, máquinas que desenvolvem trabalho morto, trazendo em si finalidades e estruturas prontas. As *tecnologias leve-duras* compreendem os saberes que direcionam o trabalho como as normas, protocolos, saberes administrativos, entre outros, e expressam trabalho vivo. As *tecnologias leves*, por sua vez, são frutos de trabalho vivo em ação, compreendem subjetivamente as relações de interação objetivando promover acolhimento, vínculo e cuidados (MEHRY, 2002).

Na realização de suas atividades, as doulas utilizam em suas práticas laborais as tecnologias leves, desenvolvem habilidades com métodos não farmacológicos para alívio da dor, que se torna um auxílio para promover uma boa experiência de parto, menos invasiva, valendo-se de cuidados, massagens e orientação de movimentos que favorecem a fisiologia do parto. O caráter não invasivo da tecnologia leve usada pelas doulas, confronta os padrões de parto “medicalocêntrico” e traz o protagonismo para a mulher que está parindo. Essa escolha não objetiva desmerecer o saber biomédico, mas de forma crítica, assume como igualmente válidos outros saberes e técnicas ancestrais no cuidado, por exemplo: banho quente, massagem na lombar com o tecido, entre outros.

O trabalho das doulas se destaca não por realizarem um procedimento da alçada de outro profissional de saúde, e nem objetivam substituir a especialidade médica, o seu fazer profissional é complementar às demais especialidades por trazer um conteúdo distinto e por ser a única profissão forjada para dar suporte contínuo durante o parto (TEMPESTA, 2019).

A tecnologia leve empregada por elas consiste em: i. indicar para a mulher gestante fontes de informação confiáveis sobre múltiplos aspectos da gestação, do parto e do puerpério e apoiá-la na redação de um Plano de Parto, documento em que se registram quais intervenções médicas a mulher aceita e em quais circunstâncias; ii. sugerir à mulher em trabalho de parto a prática de exercícios físicos e mentais, banhos terapêuticos, compressas, chás de ervas com propriedades medicinais e aplicam massagens, dentre outras técnicas e saberes relativamente simples e de baixo custo; iii. propor que a mulher atendida participe, antes e depois do parto, de grupos de apoio (as rodas de gestantes e puérperas), nos quais ela poderá compartilhar suas angústias e aprendizados e se tornar mais autoconfiante para tomar decisões relativas à saúde e ao bem-estar próprio e do feto ou recém-nascido (TEMPESTA, 2019, p.4).

Aspectos afetivos e subjetivos neste fazer se imbricam, traço peculiar das doulas na atuação junto às gestantes. Sobre isso as doulas comunitárias em um Hospital vinculado ao SUS responderam em uma entrevista:

O amor não tem técnica! (...) Nasce de dentro para ajudar! Um dom, a gente ajuda e a gente fica sendo ajudada, isso é muito bonito e muito gratificante. Mas é preciso gostar

muito de estar junto com gente. (...) Precisa ser paciente, ter força e disposição para trabalhar e, também, admirar a mulher grávida, o nascimento e o recém-nascido (HORTA, 2008, p. 140).

A doula não faz parto, faz parte! Essa máxima descreve bem o lugar da doulas, objetiva defender o seu espaço no cenário obstétrico, como parte da equipe que assiste ao parto, com a simplicidade e potência que compõe o seu fazer, orientado pelas boas práticas e com uso de tecnologias leves, sem diminuir o protagonismo das parturientes. A doula auxilia a parturiente prestando apoio físico e emocional. No aspecto físico, durante as contrações e sensações do parto ela oferece massagens na região lombar e outras técnicas não farmacológicas para alívio da dor; no aspecto emocional, a doula se faz atuante quando a mulher necessita de apoio, amparo e proteção para suportar a fase mais intensa do parto. Essa interação da doula com a mulher favorece o trabalho de parto, deixando que o parto siga em processo de evolução natural, tornando-o mais rápido e diminuindo a necessidade de intervenções médicas (FADYNHA, 2016).

A doulagem tem impactado de forma positiva a vida das mulheres em suas experiências de gestação, parto, pós-parto e até em caso de perda gestacional. De acordo com Ferreira Junior (2014), o acompanhamento das doulas às gestantes minimiza dores durante o trabalho de parto, melhora a segurança física e emocional tanto da parturiente quanto da família e acompanhantes, ajuda no fortalecimento psicológico, aumenta a qualidade e quantidade de informações e, com isso, minimiza a necessidade de tecnologias duras durante o parto. Essas constatações justificam a importância do trabalho das doulas na promoção de partos humanizados.

Durante esse processo de apoio à parturiente, segundo Fadyinha (2016), a doula deve ser discreta, assumir uma postura pacífica na cena do parto pois esse é o melhor jeito de atuar e manter a tranquilidade necessária para a chegada de uma nova vida. Assim sendo, o trabalho da doula deve ser o mais silencioso possível de modo que sua presença seja percebida apenas pela parturiente.

Não se pode negar o fato deste silêncio ser necessário no momento do parto para manter o conforto e acolhimento da parturiente e de seu bebê, entretanto, é necessário chamar atenção que ele deve ser cultivado e preservado por todas as pessoas que compõem a equipe obstétrica e não exclusivamente as doulas. Apesar das razões levantadas por Fadyinha (2016), não se pode negar que sugerir o silêncio para as doulas demonstra indiretamente o quanto essas profissionais ainda se encontram no não-lugar na cena obstétrica e são silenciadas nos ambientes hospitalares, em virtude do não reconhecimento profissional em nível nacional, bem como a não aprovação de leis nacionais que garantam o exercício de sua função.

Para compreender quem são essas mulheres que realizam o trabalho de doulagem, a Fiocruz (2021) organizou uma pesquisa denominada “Mapeamento de Doulas” para analisar o perfil das doulas brasileiras. A partir de cinco estados do país – Rio de Janeiro, Mato Grosso, Paraíba, Santa Catarina e São Paulo – com o objetivo de mapear o perfil socioeconômico, a formação e o processo de trabalho nesses territórios pertencentes a quatro regiões do Brasil. A pesquisa é atualmente a mais importante sobre o tema. Teve caráter exploratório e investigou 4091 doulas que foram identificadas com o auxílio das Associações de Doulas.

Neste produto inicial estão apontados os dados relativos aos questionários online – Perfil, Renda, Formação, Atuação, Difusão da Informação em Saúde, Remuneração, Doulas que são mães, Opinião das doulas sobre Reconhecimento, Ativismo e Cenário Obstétrico – e foram representados através de um conjunto de infográficos que ofereceram um panorama geral e um panorama por estado.

O panorama geral da pesquisa aponta que a maioria das doulas no Brasil são mulheres brancas, somando 54%, sendo 32% pretas e pardas. Na Paraíba, os dados se invertem: 64% são mulheres negras (pretas e pardas). As doulas concentram as suas atividades e atuações principalmente nas capitais e nas regiões metropolitanas. Elas possuem renda média de até três salários-mínimos, conciliando com outras fontes de renda. Entre estas, somente 5% recebem em média R\$ 2.000,00 por atendimento e demonstram satisfação com esta remuneração. O principal público das doulas que atuam de forma autônoma são as mulheres gestantes da classe média 58%, seguida pela classe média baixa 35,4%.

Poucas doulas têm como fonte de renda apenas a doulagem, somente em São Paulo 18% das entrevistadas têm sua renda vinda exclusivamente dessa ocupação. A grande maioria das doulas possui outra profissão e fontes de renda, sendo 63% dessas profissões não pertencentes à área da saúde. Pode-se inferir que estes dados estão vinculados ao lugar de desvalorização profissional da categoria de doulas que tem se organizado e lutado por melhores condições trabalhistas. A internet tem sido um espaço importante para a atuação das doulas, visto que 78% delas se encontram nas redes sociais, os espaços favoráveis para difundir informações qualificadas sobre o parto, promover eventos e rodas de conversas voltadas para gestantes (FIOCRUZ, 2021).

Mesmo que a maternagem não seja um condicionante para ser uma doula, 72% das doulas são mães e para a maioria delas, suas experiências negativas de parto as levaram a escolher essa profissão. Entre as doulas entrevistadas apenas 58% afirmaram ter tido um parto humanizado, 42% delas relataram ter sofrido violência obstétrica e isso foi um fator impulsionador para essas mulheres optarem pela profissão (FIOCRUZ, 2021). Leão e Oliveira

(2006) também constataram através de pesquisa própria, que grande parte das doulas escolheram esse trabalho por terem tido experiências de parto marcada pela violência obstétrica. Algumas afirmaram ter sofrido diversos desrespeitos, parindo sozinhas, alijadas de seu direito a ter acompanhante. Essas experiências foram determinantes para que elas não só assumissem a doulagem como profissão, mas também se comprometessem na luta pela Humanização do Parto, almejando que todas as mulheres possam ter partos dignos e respeitosos.

2.3 Formação das doulas no Brasil

As definições da atuação das doulas, bem como os critérios para a inserção, foram sendo construídos de forma processual e algumas instituições foram definindo seus critérios. Leão e Bastos (2001), ao investigarem sobre a atuação das doulas comunitárias na maternidade pública Sofia Feldman (Belo Horizonte –MG) que é uma unidade de referência em humanização do parto no Brasil à época, puderam identificar a presença de um projeto de doulas comunitárias. Este projeto estabeleceu os seguintes critérios para a inserção das candidatas: “vivência favorável na maternidade; ser calma, tranquila, carinhosa e solidária; ser paciente, discreta e saber ouvir; ter idade mínima de 21 anos; ter saúde física e mental; residir preferencialmente na comunidade assistida pelo hospital” (LEÃO & BASTOS, 2001, p. 94).

Tais critérios estabelecidos pelo hospital apontam para um tempo em que as doulas ainda não contavam com entidades como as Associações para contemplar o interesse de sua categoria, nem com outros espaços de formação no contexto brasileiro. Estes critérios, postos para as doulas, foram definidos a partir da perspectiva e expectativa da própria instituição. Além disso, nessa investigação, Leão e Bastos (2001) identificaram que a doula era definida como uma ‘senhora’, escolhida pela Instituição, para dar suporte físico emocional no trabalho de parto, no pós-parto e na amamentação. Naquela instituição as competências atribuídas as doulas foram:

Priorizar e acompanhar as parturientes que estavam sozinhas; dar apoio emocional à mulher em trabalho de parto, elogiando-a, tranquilizando-a e respirando com ela; proporcionar conforto físico, auxílio para o banho, segurando a sua mão e massageando as costas; fazer contato com profissionais e familiares que a mulher desejar; ser presença amigável e constante para a parturiente e seus familiares; incentivar a amamentação e interação pais-bebês, fazer visita domiciliar, se necessário (LEÃO & BASTOS, 2001, p. 94).

A presença da doula apresenta bons resultados na assistência ao parto. Essa associação positiva também se tornou uma das motivações para que cada vez mais mulheres busquem seguir essa carreira profissional, depositando neste fazer uma alternativa potencialmente capaz

de atenuar a densidade do cenário obstétrico, colaborando para experiências de parto mais positivas para mulheres e nascimentos respeitosos para seus respectivos bebês (LEÃO; OLIVEIRA, 2006).

A Doula é uma profissional que precisa passar por um processo de capacitação para poder atuar e desempenhar a função. A formação é importante para qualificar uma profissional comprometida com os valores da profissão, tendo em vista essa formalização do trabalho e a profissionalização das doulas. A Fiocruz expõe na pesquisa “Mapeamento de Doulas” (2021) que, no quesito formação, 98% das doulas são certificadas e 37% possuem, além dessa certificação, outras certificações na área da saúde. Essa constatação é importante para a profissionalização da categoria.

A formação de doulas acontece em modalidades presenciais e on-line, em instituições públicas e particulares. Cada uma dessas modalidades compreende as suas particularidades e aspectos que são questionáveis, principalmente no que se refere às formações on-line aligeiradas, em que não se sabe os níveis de aprofundamento dos temas estudados e a qualidade das perspectivas abordadas. Contudo, as problemáticas das formações e do processo educativo não são problemas exclusivos dessa categoria.

Conforme evidencia Silva (2017), para tornar-se doula é necessário realizar um curso de capacitação na área com o objetivo de instrumentalizar e informar mulheres no que tange ao antes, durante e depois do parto. A formação precisa ter como foco a humanização no processo de aprendizagem e na prática profissional, estabelecendo valores importantes para a profissão.

Nesse sentido, Silva (2017) realizou no ano de 2017, um importante estudo para traçar uma etnografia do processo de formação em doulas no Brasil. A partir da pesquisa qualitativa no mapeamento de cinco cursos de capacitação, com entrevistas de suas respectivas coordenadoras, e também de cinco alunas, uma de cada curso, a pesquisadora teve como intuito identificar os principais pontos na formação de doulas, do ponto de vista das coordenadoras e aprofundar informações disponíveis, bem como apurar as motivações das alunas pelo curso, suas aspirações e expectativas com relação à profissionalização de doula.

Como resultado do mapeamento realizado, Silva (2017) encontrou trinta e dois cursos oferecidos no Brasil para capacitação de doulas. Desses, dezoito eram ofertados por grupos ou empresas de apoio, onze por instituições de ensino públicas e/ou privadas, e três por entidades filantrópicas (SILVA, 2017, p. 71). A oferta de cursos esteve vinculada, em todos os casos, a grupos de apoio à humanização do parto. Com maior número na região Sudeste, concentrando dezesseis cursos, as regiões Sul e Centro-Oeste seguem em segundo e terceiro lugar, finalizando a lista, estão o Nordeste e o Norte com os menores números de cursos oferecidos.

Dos trinta e dois cursos encontrados, apenas treze continham em seus sites, informações detalhadas sobre suas capacitações. É com base nessas informações e nas entrevistas com as cinco coordenadoras que Silva (2017) evidencia e concentra suas análises. São estes os cinco cursos:

Tabela 1 - Lista de cursos de capacitação para doulas presentes na pesquisa de Silva (2017)

Curso	Cidade	Coordenação
Curso Nacional de Capacitação de Doulas da ANDO ¹⁰ /Instituto Aurora	Rio de Janeiro, RJ	Maria de Lourdes da Silva Teixeira (Fadynha)
Curso de Capacitação de Doulas da Escola de Doulas da ANDO	Campinas, SP	Lucía Stajano Caldeyro e Neusa Berlese Oliveira Jones (Zeza Jones)
Curso de Formação de Doulas do Grupo de Apoio à Maternidade Ativa (GAMA)	São Paulo, SP	Angelina Pita e Ana Cristina Duarte
Formação de Doulas do Despertar do Parto	Ribeirão Preto, SP	Eleonora de Moraes
Formação online e presencial: Doula Parto do Instituto Internacional Ser&Saber Consciente/Amigas do Parto	Porto Alegre, RS	Débora Ortola
Curso online e presencial de formação de Doulas Gestação e Parto do Cais da Luz, Cais do Parto e Doulas na Tradição	Recife, PE	Marla Carvalho Neves
Formação de Doulas – Módulo I: Parto, do Mulheres Empoderadas Revelando Doulas	Interior de São Paulo	Gisele Leal
Curso de Formação de Doulas da Unimaterna	Londrina, PR	Marília Mercer
Curso de Formação de Doulas da Gerando	Juiz de fora, MG	Carolina Duarte
Curso de Formação de Doulas do Núcleo Catarinense de Formação de Doulas	Florianópolis, SC	(Não consta informação em edital)
Formação de Doulas – A Arte do Nascimento da UNIPAZ	Curitiba, PR	Janete Aurea Duprat
Curso de Formação de Doulas do Grupo Zan	Santos, SP	(Não consta informação em edital)

Fonte: Silva (2017, p. 71-80). Elaboração própria.

De acordo com as descrições visualizadas nesses sites, Silva (2017) questionou como o termo “doula” aparece enquanto definição. O que a autora constatou é que o termo aparece enquanto uma forma de preencher uma lacuna causada pelas novas práticas institucionalizadas e medicalizadas, proporcionando um resgate de práticas tradicionais de modo afetivo e de acolhimento, integrando-se e agindo de forma mútua. Em alguns momentos a doula é representada de modo prático, informando sua função e sua importância de acordo com as recomendações nacionais e internacionais de assistência ao parto, em outros é colocada a partir de uma história breve acerca da sua ancestralidade, do resgate da existência passada de mulheres mais experientes, que auxiliavam no processo de parto e pós-parto de outras mulheres. Uma

¹⁰ Associação Nacional de Doulas.

constatação feita pela autora é que “a doula é a pessoa que se capacita para oferecer suporte informativo e apoio físico e emocional para as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal” (SILVA, 2017, p. 82).

O papel que cabe a doula nessa relação é de mediar três atores que estão em cena: a mulher, a família e a equipe de assistência. Durante o parto, Silva (2017) destaca que a doula não pode e não deve questionar procedimentos da equipe assistente, e por isso é importante a existência de um contato pré-parto com a mulher grávida, no sentido de trocar informações e realizar uma conversa prévia.

O parto, no meu entendimento, é uma celebração. Você está ali para receber um bebê. É uma celebração, é um momento especial, importante e que tem que ser o mais respeitoso possível, com privacidade, tranquilidade, serenidade e tal. E aí, você vai ficar discutindo e brigando? Não tem nem ferramentas para brigar, entendeu, porque eles têm todas as ferramentas. Eles falam “quem manda aqui sou eu e ponto, acabou”. Bota você para fora e ainda complica a vida de todas as outras doulas [...]. É por isso que a gente faz o plano de parto, faz tudo. Então, é por isso que o meu trabalho de educadora perinatal, que é esse de fazer o trabalho com a gestante nos cursos e nas palestras abertas e gratuitas, é o trabalho de conscientização [...]. É justamente despertar a consciência e a pessoa saber o que que ela está fazendo ali (CAROLINA¹¹ apud SILVA, 2017, p. 82).

Compreende-se, portanto, que a doula desde o seu processo de formação já precisa ter em mente a necessidade desse momento anterior ao parto e que seu trabalho também precisa desenvolver a conscientização da mulher parturiente. Durante o parto, é preciso que a doula seja um apoio emocional e físico, seguindo o caminho que anteriormente trilharam na preparação ao parto. Silva (2017) constatou que os cursos analisados apresentam três partes em comum:

a primeira seria o objetivo principal do curso (“Formar acompanhantes de parto capacitadas a acompanhar parturientes em qualquer estágio do trabalho de parto”); a segunda parte mostra como se daria esse “acompanhamento” (“proporcionando conforto físico, apoio emocional e suporte cognitivo durante o trabalho de parto, parto e imediato pós-parto”); e a terceira parte indica que o objetivo principal não possui um fim em si mesmo, isto é, ele é sucedido de objetivos secundários que exprimem uma ideia de progressão do “acompanhamento” feito por doulas capacitadas (“contribuindo para a qualidade da vivência da parturiente e para o positivo desenvolvimento dos vínculos familiares”) (SILVA, 2017, p. 84).

Os critérios para participar da capacitação são bem simples, basta ter mais de dezoito anos e ter interesse de algum modo no processo de nascimento, parto, puerpério, humanização

¹¹Coordenadora entrevistada por Silva (2017).

do parto, e ampliar os conhecimentos na área. Não é necessário ter formação superior para realizá-lo, embora muitos profissionais, principalmente da área da saúde, a busquem.

Na pesquisa de Silva (2017), questionou-se se a capacitação para doula é algo somente para mulheres. As coordenadoras responderam de forma diversa. Teve quem afirmasse que sim, o curso é somente para mulheres, tendo em vista que é um “universo feminino” e que essencialmente no momento do parto é um momento de muita intimidade para a mulher, que está exposta, nua. Também foi dito que o contexto do parto é algo que diz respeito às mulheres por causa das vivências, pela genética, e, portanto, seria exclusivo às mulheres. Contudo, há quem pense diferente: tornar esse momento exclusivo às mulheres seria uma atitude sexista, por isso, os homens poderiam participar.

Acerca da carga horária, Silva (2017) destaca, de acordo com os cursos estudados por ela, uma variação entre 30 e 144 horas. Essa diferença se dá substancialmente entre os cursos online e/ou presenciais. Nos cursos online, a carga horária é menor, entre 30 e 50 horas, em dias consecutivos; já os cursos híbridos, que conjugam as modalidades presencial e à distância, possuem carga horária maior de 80 a 100 horas; e os cursos exclusivamente presenciais somam a maior carga horária, que é de 144 horas.

Silva evidencia que as metodologias dos cursos possuem pontos em comum. Eles conjugam, de forma geral, teoria e prática, que inclui: “(a) modelos de assistência ao parto e nascimento [...]; (b) a doula e suas funções [...]; (c) ética da doula [...]; e (d) administração e marketing para doulas [...]” (2017, p. 88). Vale destacar que as coordenadoras enfatizam a “vivência”, isto é, os estágios, como um aspecto importante no processo de formação profissional.

Tendo em vista os diversos modelos em que se dá a formação de doulas, gostaria de apresentar mais modelos de formação. Para isso, tomo como base também três editais de diferentes instituições que promoveram formação. São eles: 1. Edital da Secretaria Extraordinária de Políticas Públicas para as Mulheres (SEPPM) de João Pessoa, de 22 de julho de 2019, em parceria com Instituto Cândida e Vargas (ICV) e pela Associação de Doulas da Paraíba; 2. Edital do Instituto Federal de Goiás (IFG), *Campus Anápolis*, de 2021; 3. Edital da Fiocruz, de 2022, por meio da Escola Politécnica Joaquim Venâncio, umas das principais referências do país em formação na área da saúde.

Podemos observar abaixo, portanto, os editais supracitados com suas respectivas caracterizações respondendo às questões de quem pode cursar suas capacitações, quais os conteúdos programáticos, a carga horária e a modalidade de ensino.

Tabela 2 - Características dos editais de cursos de capacitação para doulas em João Pessoa (2019), IFG (2019) e Fiocruz (2022)

Edital	Quem pode cursar?	Conteúdos programáticos	Carga horária	Modalidade
João Pessoa - Edital SEPPM, de 22 de julho de 2019	Residentes de João Pessoa; aptidão física e mental para o exercício das atribuições do serviço voluntariado; mínimo 21 anos de idade; disponibilidade de horário; alfabetizada, com leitura e letramento completo, que desejem atuar no desenvolvimento de atividades de auxílio físico, informacional, emocional junto a gestantes, parturientes e/ou puérperas; mulheres que tenham envolvimento com a comunidade que reside.	Não foi apresentado em edital.	212 (duzentas e doze) horas totais: 56 (cinquenta e seis) horas teóricas. 156 (cento e cinquenta e seis) horas práticas distribuídas em: Plantões hospitalares, por 6 meses, totalizando 144 horas; Mediar no mínimo uma roda de gestantes por mês, por 6 meses, somando no mínimo 12 horas ao total.	Presencial
IFG - Chamada pública nº 19/2021 - Ação de extensão – IFG/Campus Anápolis.	Mulheres residentes no Estado de Goiás; 18 anos completos; Ensino Fundamental completo; Possuir computador ou smartphone com acesso à Internet.	i) Leitura e Produção de Texto; ii) Ética, Cidadania e Relações Interpessoais; iii) Informática aplicada à atuação da doula; iv) Empreendedorismo e Associativismo da doula; v) Fisiologia da gestação e aspectos físicos, emocionais e MBE e o papel da doula; vi) Fisiologia do	204 horas	EAD (remoto)

		trabalho de parto e parto/nascimento e aspectos físicos, emocionais e MBE e o papel da doula; vii) Doula e Políticas Públicas; viii) Prática Supervisionada.		
Fiocruz, 2022	Pessoas com ensino médio completo que desejem atuar no desenvolvimento de atividades de auxílio físico, informacional, emocional junto a gestantes, parturientes e/ou puérperas e residam no estado do Rio de Janeiro.	Cinco unidades: i) introdução – a estudante da EPSJV/FIOCRUZ no Curso de Qualificação Profissional de Doulas; ii) Doula: profissionalização e reconhecimento profissional; iii) Doula e a partilha de conhecimentos para um parto digno e respeitoso; iv) a Doula no suporte contínuo físico e emocional à pessoa gestante, parturiente e puérpera; v) transversal – prática supervisionada e avaliação.	240 horas: 160 horas teórico-práticas e 80 horas de prática supervisionada	Presencial

Fontes: IFG (2021); João Pessoa (2019); Fiocruz (2022). Elaboração própria.

Os editais apresentados acima são retratos das múltiplas maneiras em que se dá a formação de doulas no Brasil. Ao analisá-los percebi que possuem pequenas diferenças concernentes a critérios de seleção de alunas, carga horária e conteúdo programático. O que há em comum entre eles é que todos compreendem uma carga horária considerável para certificar e formar essas profissionais, pautando conteúdos alinhados ao conhecimento biomédico, orientado pelas boas práticas em saúde. Apresentam, ainda, aspectos da discussão sobre trabalho, sendo um ponto importante para compreender que a formação também deve levar as trabalhadoras a terem noção sobre seus direitos trabalhistas. Tudo isto demonstra, a meu ver, a

qualificação dessa formação. Destacamos que somente a capacitação da IFG acontece na modalidade remota, não ficando explícita a maneira como se dará a prática supervisionada – se esta seria também de forma remota. Defendemos que a capacitação para doulas exclusivamente online é uma fragilidade para a categoria à medida que não oferece as condições necessárias para uma formação qualificada.

Diante das variadas formas que as capacitações podem ocorrer e com a intenção de fortalecer a categoria profissional, a Associação de Doulas do Rio de Janeiro (ADoulasRJ) por meio de uma Assembleia Geral Extraordinária em 12 de fevereiro de 2022, aprovou a *Matriz Curricular mínima para a formação de doulas no estado do Rio de Janeiro*, sendo um instrumento norteador importante para a formação de doulas, a fim de qualificar os critérios mínimos aceitáveis para uma formação adequada.

A Matriz Curricular foi elaborada pela ADoulasRJ e se fundamenta nos dados obtidos da pesquisa de Silva (2017) citada neste trabalho. Além disso, para a construção desta matriz curricular considerou-se também o que foi discutido na Convenção Nacional de Doulas (CONADOULA) 2021, nos parâmetros consensuais construídos desde 2018 e no contexto sanitário vigente desde 2020 que afetou o universo de formação profissional de doulas. Desse modo, a Matriz Curricular é resultado de um processo histórico de organização coletiva da categoria nos espaços em que pensam e refletem sobre suas experiências e demandas profissionais. A Matriz Curricular traz como recomendação:

A carga horária mínima de 120 horas contendo parte teórica, prática vivencial, estudos de caso, prática supervisionada e esta carga horária deve ser discriminada de forma clara em cada curso de formação, com a descrição de carga horária por eixo curricular (ADOULARJ, 2022, p. 2).

Dentro da carga horária estabelecida pela instituição que irá ministrar o curso, caso seja na modalidade semipresencial, é recomendado que no mínimo 50% sejam de aulas presenciais e 50% aulas remotas, incluindo também aulas práticas supervisionadas de no mínimo 20% da carga horária. Não é previsto nessa nova Matriz Curricular cursos 100% EAD. Além disso, traz a escolaridade mínima do ensino médio completo. No que tange aos eixos estruturantes, veremos abaixo como são descritos, assim como a carga horária de cada um deles.

Tabela 3 - Eixos da Matriz Curricular da ADOULASRJ (2022)

Eixos	Descrição	Carga horária
1. Resgate histórico	Este eixo tem por objetivo oferecer visões biopsicossocioculturais sobre o ciclo gravídico	12h

	puerperal na história, militância, no ativismo e nas políticas públicas no mundo e no Brasil, abordando, estatisticamente, a realidade obstétrica atualizada.	
2. Assistência ao parto e nascimento	Este eixo tem por finalidade aproximar estudantes de cursos de formação de Doulas das políticas, normas, resoluções e protocolos já existentes no universo do ciclo gravídico puerperal, sempre de forma a embasar cientificamente os temas e sua prestação de serviço.	16h
3. Anatomia e fisiologia – corpos e suas representações	Este eixo tem por propósito fazer com que estudantes dos cursos de formação de Doulas entendam a anatomia do corpo da mulher e os processos fisiológicos e biopsicossocioculturais do corpo da mulher e das pessoas com útero envolvidas em todas as fases do ciclo reprodutivo, bem como o corpo e suas representações.	18h
4. A Doula	Este eixo tem por objetivo fazer com que estudantes de cursos de formação de Doulas adquiram competências e habilidades acerca das técnicas que podem utilizar para a execução do seu trabalho e entendam as suas funções enquanto profissional, sabendo quando e como agir nas mais diversas situações que envolvem o Parto e o Nascimento.	24h
5. Administração e marketing - administração e aspectos éticos da divulgação do Trabalho	Este eixo tem por objetivo orientar estudantes de cursos de formação de Doulas sobre como administrar o seu trabalho e como cuidar dos detalhes mais burocráticos da sua função.	8h
6. Educação perinatal	Este eixo tem por escopo dar ferramentas às estudantes de cursos de formação de Doulas para que consigam utilizar de estratégias eficazes de informação com pessoas gestantes e sua rede de apoio.	10h
7. Violência obstétrica	Este eixo tem por objetivo abordar este importante e delicado tema acerca do mundo do Parto e Nascimento, onde estudantes de cursos de formação de Doulas entenderão o que é e como acontece a Violência de Gênero, Raça e Classe no ambiente obstétrico (violência obstétrica, racismo obstétrico, LGBTQIA+fobia, e demais questões de gênero, raça, classe, corpo e sexualidade envolvidas), abordando ainda legislações acerca dos direitos da mulher, da pessoa gestante, parturiente e do bebê, debatendo a melhor forma de como proceder e orientar gestantes, acompanhantes em casos de violações dos direitos destes.	8h
8. Puerpério	Este eixo tem por objetivo preparar estudantes do curso de formação de Doulas para entender as necessidades de puérperas durante esta fase para que ela preste o melhor apoio possível.	8h
9. Amamentação	Este eixo tem por objetivo orientar sobre os	12h

	processos e desafios que envolvem a amamentação.	
10. Estágio supervisionado – prática supervisionada	Este eixo tem por objetivo aproximar a Doula da sua função na prática com algum tipo de supervisão, desta forma a Doula em formação irá adquirir experiência e segurança na sua atuação.	60h
11. Avaliação	Este eixo tem por objetivo avaliar a futura profissional sobre as competências e habilidades adquiridas ao longo da formação.	4h

Fonte: ADOULASRJ (2022). Elaboração própria.

É com base nesse modelo de formação, que justificamos o reconhecimento profissional de doulas no Brasil, por considerá-la capaz de oferecer um arcabouço teórico-prático suficiente para um nível de formação adequada para a profissão de doula. O estabelecimento de critérios adequados para o exercício profissional das doulas é fundamental, visto que se trata de uma categoria que tem que responder às emergências e possíveis situações que contenham riscos à saúde e à proteção de vidas.

2.4 Trajetória de conquistas: o movimento das doulas

As conquistas dos aspectos legais das doulas são recentes e fundamentais para regulamentar a atuação profissional da categoria. Inicialmente as movimentações das doulas estiveram alinhadas à construção de uma cultura de parto humanizada, entretanto, com o aumento das mulheres que estavam recebendo a formação de doulas, sentiram a necessidade de se organizarem de forma autônoma para pautarem as questões próprias de seu trabalho e da condição de trabalhadoras. Essas novas e necessárias preocupações tiveram como principal interesse criar leis que pudessem legitimar as suas atuações em hospitais públicos e privados.

Na década de 1970, mais especificamente no ano de 1976, foi reconhecido nos Estados Unidos a primeira experiência de um trabalho relativo ao das doulas, e na década de 1980 houve uma popularização das doulas no país, justamente por causa do aumento das cesáreas. A presença dessas mulheres no parto era uma maneira de evitar procedimentos desnecessários na cirurgia. No entanto, foi apenas em 1992 na cidade de Chicago que houve o primeiro registro de profissionalização das doulas e se deu com a criação da Doulas da América do Norte (DONA), com o objetivo de formar, treinar e certificar as doulas.

É significativo trazer esse resgate histórico da profissionalização das doulas nos Estados Unidos pelo motivo da história das doulas no Brasil está relacionada com a doulagem estadunidense, pois foi a DONA que organizou a primeira formação com certificação aqui no Brasil em 2003, e quem ministrou foi a doula estadunidense Debora Pascali Bonaro. O curso

se deu por meio da Rede pela Humanização do Parto (REHUNA), nas cidades de Brasília e Rio de Janeiro e tinha como objetivo preparar as mulheres que participaram para formar outras doulas no Brasil (FONSECA; FREITAS; RIL; 2017).

Em abril de 2003, depois de receber a formação profissional para exercício da doulagem, as doulas brasileiras recém certificadas, se organizaram a fim de criar a ANDO – Associação Nacional de Doulas. Seguindo os passos da DONA, a ANDO trabalhava com formação, treinamento e certificação de doulas pelo país. Na época da criação, a ANDO chegou a realizar cursos de formação em parceria com o Ministério da Saúde no governo Luiz Inácio Lula da Silva. As doulas neste período, apesar de não constarem nas políticas públicas de assistência ao parto, receberam incentivos para realizar a formação de outras doulas no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, Minas Gerais (FONSECA; FREITAS; RIL; 2017).

Em 2015 foi criada no Distrito Federal a Associação de Doulas de Brasília, que já assumia a característica de um movimento social de mulheres doulas, tinha como objetivo transformar a associação em um espaço para as doulas fortalecerem a sua categoria, uma vez que naquele momento as doulas encontravam-se imbricadas ao movimento pela humanização do parto e havia a necessidade de pautar questões alusivas à recente profissão (FONSECA; FREITAS; RIL; 2017).

O crescimento das doulas no Brasil está ligado ao programa da Rede Cegonha no governo Dilma Rousseff. A Rede Cegonha foi o primeiro programa de governo a recomendar a presença da doula na assistência ao parto. Essa orientação foi importante para o fortalecimento da recente categoria de trabalhadoras, que além de ocupar adequadamente no desempenho de sua função, valeu-se dele para justificar a legitimidade e o reconhecimento de sua atuação profissional (FONSECA; FREITAS; RIL, 2017).

O movimento de profissionalização das doulas começou junto aos movimentos de humanização do parto no Brasil. É neste ambiente que se dá o processo social de entendimento da profissão de doulas e que acontecem as formas iniciais de organização. Com esse histórico de participação e auto-organização, as doulas estiveram presentes na construção dos processos de mudanças nas diretrizes da política pública de assistências ao parto e na criação da Rede Cegonha em 2011. Isso tudo se deu em um contexto sociopolítico marcado pelos tensionamentos da luta pela redução da morte materna no Brasil (FONSECA; FREITAS; RIL; 2017).

A Rede Cegonha foi lançada no governo de Dilma Rousseff em 28 de março de 2011, sendo Alexandre Padilha o ministro da saúde. Ela era um programa de assistência à gestação, parto e maternidade que tinha como finalidade melhorar o acesso e o atendimento das mulheres

gestantes, o nascimento na saúde pública, e erradicar o alto índice de mortalidade materna, principalmente na região amazônica e no nordeste do país. Como políticas de saúde, a Rede oferecia teste rápido de gravidez, exames laboratoriais e clínicos, um mínimo de seis consultas de pré-natal, qualificação de profissionais para uma atenção segura e especializada, entre outros (CARNEIRO, 2013).

No que diz respeito às doulas, a Rede da Cegonha foi responsável pelo crescimento dessas profissionais no país, pois este foi o primeiro programa de governo a recomendar a presença da doula na assistência ao parto e isso fortaleceu a recente categoria de trabalhadoras que se valeu deste espaço para justificar a legitimidade e o reconhecimento de sua atuação profissional. O programa incluiu as doulas no cenário de assistência ao parto, como uma das principais alternativas para materializar uma prática de parturição menos intervencionista e mais humanizada. Por esse motivo, foi bem acolhido pela Rehuna, diferentemente da Rede Nacional Feminista (RFS) que dizia que o programa deixaria de lado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Crítica essa que foi respondida pela coordenação da Pasta da Saúde da Mulher, na ocasião em que explicou que a Rede da Cegonha não tinha como finalidade substituir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, uma vez que ela era apenas um programa dentro dessa política com o objetivo imediato de diminuir as violências sofridas pelas gestantes durante a gravidez-parto-puerpério (FONSECA; FREITAS; RIL; 2017).

A REHUNA foi uma aliada na construção da Rede Cegonha e na formação das doulas, por isso também sua convergência com o programa do governo, uma vez que o movimento objetivava deslegitimar as práticas de rotina que comprometem a saúde das mulheres e apontar para uma prática de parturição mais respeitosa e humanizada. Por isso, a REHUNA se empenhou em pesquisar os indicadores e as consequências do modelo obstétrico vigente e constatou que ele era “medicalocêntrico”, hospitalar e hiper instrumentalizado. Foi em decorrência da Rede Cegonha que o Ministério da Saúde, através da Coordenação da Área Técnica de Saúde da Mulher, direcionou investimentos para o Projeto “Doulas no SUS”, que foi implementado por regiões, e teve como objetivo fomentar e expandir a formação de doulas pelo país. Por isso ele foi considerado uma importante estratégia para melhorar a assistência ao parto (FONSECA; FREITAS; RIL; 2017).

Os avanços nas Políticas de Saúde da Mulher, combinados ao processo organizativo das doulas, por meio de Associações, culminaram na conquista da inscrição das doulas no Código Brasileiro de Ocupações (CBO), que se refere ao reconhecimento da existência de ocupações no mercado de trabalho do país. Neste, o código da profissão de Doula é 3221-35. (BRASIL,

[s.d.]). Essa foi a primeira conquista trabalhista das doulas, resultante de seu processo de organização e tensionamentos na discussão sobre seu reconhecimento profissional. Em 2013, o Ministério da Saúde junto com a REHUNA promoveu 162 cursos de doulas pelo Brasil. Nesse mesmo ano, em Blumenau, foi feita a primeira Lei de Doulas, com a finalidade de legitimar a presença das doulas nas unidades de assistência ao parto no município.

Artº 1: As maternidades, as casas de parto e os estabelecimentos hospitalares congêneres, das redes pública e privada, localizados no município de Blumenau, são obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitada pela parturiente (BLUMENAU, 2014).

Uma das associadas fundadoras, Marilda, conta que a associação nasceu com o interesse de ser um espaço onde as doulas pudessem construir sua própria história. Naquele momento, as doulas encontravam-se imbricadas ao movimento pela humanização do parto. Entretanto, havia a necessidade de pautar questões alusivas aos interesses da categoria enquanto trabalhadoras, refletindo sobre a continuidade das formações de doulas e sobre a legítima presença nos hospitais (FONSECA; FREITAS; RIL, 2017).

Com o desejo de protagonizar a própria história, demarcar o seu espaço na atenção às pessoas gestantes e na cena obstétrica foi criada, em 2017, a Associação de Doulas do Rio de Janeiro (ADRJ). Ao ser criada, a ADRJ teve que resistir à decisão arbitrária do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), que havia determinado que apenas profissionais formados na área de saúde poderiam atuar nos hospitais – as doulas, neste caso, deveriam ficar de fora (FONSECA; FREITAS; RIL, 2017). Menciono esse fato porque o posicionamento CREMERJ influenciou a recente Nota Técnica emitida pelo Ministério da Saúde a respeito da atuação das doulas, que discutirei adiante.

Ao ter que fazer este enfrentamento, enquanto categoria de trabalhadoras da área de saúde, as doulas perceberam que a despeito de sua atuante participação no movimento pela humanização do parto, as suas pautas enquanto categoria de trabalhadoras eram distintas e por isso, seria necessário o fortalecimento da organização política da categoria para pautar os seus interesses enquanto trabalhadoras, para isso além de Associações criaram eventos para refletir sobre os rumos de sua profissão.

As doulas passaram a se organizar enquanto movimento de mulheres trabalhadoras e tiveram que empreender esforços direcionados para a sua categoria profissional, demarcando o seu espaço na cena obstétrica. As associações das doulas se entendem como movimento de mulheres e não necessariamente um movimento feminista, embora algumas doulas sejam

feministas. A escolha de algumas Associações de doulas pela REHUNA em detrimento da RFS se dá justamente por causa do posicionamento ideológico a respeito do feminismo, como também pelo fato de muitas mulheres que participaram da fundação da REHUNA se tornaram doulas. Enquanto sujeitas individuais, participam desses movimentos. Entretanto, ao constituírem-se enquanto associação tiveram que empreender esforços direcionados à sua categoria profissional. Isso levou algumas Associações de Doulas, ligadas aos dois movimentos, a escolher o movimento de humanização que fosse mais interessante para sua associação (FONSECA; FREITAS; RIL, 2017).

Em entrevista com doulas para sua pesquisa, Fonseca; Freitas; Ril (2017) constatou que é unânime o entendimento de que o movimento de doulas não é necessariamente feminista, elas compreendem-se como um movimento de mulheres, a escolha por este entendimento teve a intenção de respeitar a pluralidade de mulheres que compõe este movimento. A centralidade da humanização do parto em detrimento de uma perspectiva mais integral da saúde da mulher é um ponto de tensão. O posicionamento individual das doulas é diferente do posicionamento da categoria. Veja a fala de uma doula entrevistada:

Pensando no geral do movimento, do que conheço, ele é focado no materno-infantil. Não é focado em outras questões dos direitos sexuais e reprodutivos, não é focado no planejamento familiar, aborto, nem na perda gestacional (...). Às vezes a gente percebe que quando uma doula se coloca como feminista ela causa um choque. Acho que isso parte da identidade da doula, de onde ela vem (humanização, feminista, mãe) (PINTO, 2017 apud FONSECA; FREITAS; RIL; 2017 p.8).

As direções ideológicas do movimento de doulas ainda estão em disputa. As representantes inevitavelmente influenciam na escolha por um movimento em detrimento de outros. Mas, a liberdade é preservada. São muitos os entraves para as doulas no contexto brasileiro serem inseridas no ambiente de parto, porque o parto se dá em grande maioria no contexto hospitalar, lugar gerido principalmente pela medicina hegemônica. Contudo, é preciso destacar que a doulagem começa antes do parto e dura até depois. Nesse sentido, existem ainda outros lugares e períodos do ciclo gravídico puerperal em que doulas podem e devem estar. Sendo assim, o suporte oferecido por essa profissional ancora-se em um paradigma de saúde integral e inclui todo período gravídico de parto e pós-parto.

Os desafios encontrados pelas doulas são diversos. A pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2021) evidencia que mesmo tratando-se de uma profissão, 95% das entrevistadas responderam que não se consideram como valorizadas e reconhecida no país, e entendem por unanimidade que as doulas devem fazer parte da equipe multidisciplinar do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, entendemos a urgência do reconhecimento da

profissão e sua inserção em equipes multidisciplinares, de forma a garantir um atendimento mais humanizado para mulheres gestantes, parturientes e puérperas. Por isso, as doulas buscam maneiras de legitimar seu lugar como profissionais no cenário obstétrico. Por meio da organização social, elas têm construído coletivamente a identidade de sua profissão.

A doula é apresentada como capaz de propiciar à mulher mais segurança para que esta seja capaz de assumir o controle do processo de parir. Atenta-se que é algo muitas vezes esquecido ou tratado com menor importância pelos profissionais de saúde cuidadores nas unidades hospitalares (FERREIRA JÚNIOR et al, 2014, p. 57).

O autor supracitado nos remete à reflexão sobre o entendimento da doulagem como profissão, para que em sua atuação as doulas possam ter reconhecimento institucional e clareza sobre o âmbito de sua atuação na equipe multiprofissional de assistência ao parto e para as parturientes. A presença da doula na cena obstétrica hospitalar desloca, em certa medida, o paradigma de assistência intervencionista disponibilizado às gestantes. As doulas, como sujeitas da luta pela humanização do parto, são vistas pelos demais profissionais como uma fiscalizadora das práticas, isto é um equívoco.

Tensionar qualquer forma de assistência durante o parto não é função da doula enquanto trabalho. Visto que, elas são conscientes da lógica que rege o ambiente obstétrico. Por isso, durante a assistência à parturientes optam por protegê-las para evitar tensões entre profissionais, constrangimentos e possíveis violências. As doulas compreendem que o espaço de sua luta não é na hora do parto, pois ali todo protagonismo deve ser quem está parindo.

Para os demais atores da equipe profissional que atua nos partos, de acordo com Santos e Nunes (2009), o papel das doulas ainda não está bem demarcado. Por isso, elas são vistas como substitutas da família, ajudantes da equipe e como acompanhantes. Isso é problemático para a categoria de trabalhadoras que, a partir dessas leituras sobre a sua função, podem ficar sem lugar na assistência ao parto. Por isso, se faz necessário reconhecer que a doula compõe a equipe profissional que atua nos partos.

A resistência enfrentada pelas doulas para garantir a legitimidade de sua atuação nos hospitais, conforme Ferreira Junior (2014), suscitou um processo de organização social e política da categoria para o reconhecimento profissional. Para isso as doulas organizaram-se a partir de eventos e convenções com a finalidade de refletir coletivamente sobre os caminhos de sua profissão.

CAPÍTULO 3

Referenciais teóricos e resultados da pesquisa

Nesta pesquisa as categorias trabalho, cuidado, interseccionalidade e profissão foram escolhas da pesquisadora para a análise dos documentos. Neste sentido, buscou-se aprofundamento teórico em cada uma dessas categorias para que elas pudessem nortear o olhar para os documentos escolhidos. A seguir traremos algumas considerações sobre estes temas, bem como o roteiro usado para análise dos documentos.

3.1. Considerações sobre trabalho

Um trabalho que está inscrito na dimensão do cuidado realizado por mulheres e para mulheres não é valorizado em uma sociedade marcada pelo patriarcado. É nesse limbo que a doulagem se inscreve. Entretanto, medida em que atua as doulas compreendem a dimensão política de seu fazer e o entendimento dele no mundo do trabalho.

A compreensão da doulagem a partir do crivo do trabalho nem sempre esteve evidente para as doulas. No entanto, à medida que trabalhavam, refletiam sobre as suas práticas profissionais e se organizavam politicamente para garantir espaço para sua atuação e reconhecimento profissional, esse que continua em pauta.

A etimologia latina da palavra trabalho (*tripallium*) aponta a ideia de tortura. A partir do séc. XVII nas determinações da sociedade capitalista, o trabalho que era sinônimo de virtude, relacionado à produção material da vida humana, foi cooptado para o interesse do capital, reafirmando essa ideia de sofrimento e constrangimento para as pessoas que o exercem. Na sociedade capitalista o trabalho tornou-se uma atividade que objetifica os sujeitos e que se apropria excessivamente do tempo do trabalhador e da trabalhadora. (HIRATA; ZARIFIAN, 2013). É também nesse contexto social que Saffioti (2013) define o trabalho como a síntese da relação da humanidade com a natureza e da humanidade entre si.

Ao analisar a condição da mulher no contexto da sociedade capitalista, patriarcal e racista, Federici (2019 p. 195) faz crítica à reflexão marxista sobre o trabalho por não considerar a importância do trabalho reprodutivo exercido pelas mulheres, sem remuneração, que colaborou tanto quanto o trabalho fabril para a acumulação do capital. Por isso, ela afirma que os estudos sobre o trabalho reprodutivo foram ocultados, suplantados pela reflexão da sociedade de classe e a condição da mulher vista apenas como resíduo das relações feudais.

A reflexão sobre trabalho produtivo e reprodutivo, descortinou a produção que se realiza nos limites domésticos, lugar onde o trabalho da reprodução, não foi visto como remunerável.

A separação entre trabalhos remuneráveis e não remuneráveis, se tornou o lastro para retroalimentar o sistema patriarcal. As consequências desse pensamento ainda permanecem na atualidade, quando refletimos as condições postas para as profissões e ocupações que atuam na dimensão do cuidado dentro e fora do ambiente doméstico. (BIROLI, 2018).

Diante da nova configuração societária, os trabalhos considerados domésticos passaram a ser oferecidos em espaços e instituições públicas em sua grande maioria pelas mulheres, foram precariamente remunerados. A apropriação desses trabalhos se deu pela perpetuação da responsabilização das mulheres pelo cuidado e isso teve, e ainda tem, grande importância para acumulação capitalista, uma vez que são as mulheres as produtoras e reprodutoras da mercadoria mais essencial que é a força de trabalho, que se dá meio da reprodução humana. Este lugar reforça a desigualdade de poder entre mulheres e homens (FEDERICI, 2019).

Desse modo, a assimetria de poder entre mulheres e homens na sociedade capitalista não podia ser atribuída à irrelevância do trabalho doméstico para a acumulação capitalista – o que vinha sendo desmentido pelas regras estritas que governavam a vida das mulheres – nem à sobrevivência de esquemas culturais atemporais. Pelo contrário, devia ser interpretada como o efeito de um sistema social de produção que não reconhece a produção e a reprodução do trabalho como uma fonte de acumulação do capital e, por outro lado, as mistifica como um recurso natural ou um serviço pessoal, enquanto tira proveito da condição não assalariada do trabalho envolvido (FEDERICI, 2017, p. 17-18).

Nesta sociedade, conforme Federici (2017), o corpo se tornou para mulheres o principal espaço de exploração. Entretanto, o trabalho no corpo e para o corpo não recebeu a devida relevância e valorização. Isto nos faz refletir sobre a profunda desigualdade imposta para as mulheres que permanece e se reproduz de diversas maneiras nesta sociedade. Visto que historicamente, foram as mulheres que assumiram o papel dos cuidados no processo produtivo, dentro e fora de casa.

[...] as atividades relacionadas aos cuidados de crianças, idosos, doentes, entre outros, ainda que em sua forma remunerada, a partir da mercantilização da divisão sexual do trabalho, apresentam as marcas da exploração capitalista-patriarcal na dupla jornada de trabalho e na baixa remuneração e desvalorização salarial e social, o que inclui além da proletarianização, o processo de racialização dessas relações de trabalho. (SANTOS ALMEIDA, 2022, PÁG.230)

A partir desse fenômeno, muitas famílias passaram a ter a necessidade de comprar cuidados. Esses, a partir de então passaram a ser um tipo de mercadoria, pautado por uma relação de compra e venda de força de trabalho. Entretanto, essa mudança não foi tão radical, porque ainda permanece nas relações de trabalho inscritos na dimensão do cuidado, resquícios

do período em que estes era apenas uma atividade pautada por laços afetivos e consanguíneos, longe de ser uma relação de trabalho devidamente valorizada. (ESQUIVEL, 2012)

Enquanto a economia clássica só analisa o processo produtivo a partir das mercadorias, a sociologia do trabalho avança ao perceber que os cuidados têm um papel fundamental dentro do processo produtivo. Mesmo não produzindo uma mercadoria palpável, o cuidado faz parte do processo econômico, pois além de existir um processo de compra e venda de força de trabalho, é também através dos cuidados que se garante a existência humana. (CARRASCO, BORDERÍAS E TORNOS, 2011).

3.2. Considerações sobre cuidado

Os cuidados a outras pessoas e a sua histórica e tradicional atribuição quase exclusiva as mulheres têm suscitado interesses dos diversos movimentos de mulheres, inclusive pesquisas na academia. O interesse por essa temática perpassa pelo gênero enquanto categoria de análise apropriada para compreender a complexidade dessa temática. A categoria gênero, de acordo com Guimarães e Hirata (2014) é um importante instrumento para o entendimento do social e do político, descortinando inquietações, questionamentos e apresentando novos paradigmas para compreensão dessa temática. Assim, para compreender o trabalho, o gênero colabora:

Desvelando dimensões obscurecidas pelos vieses de uma ciência social que concebia o trabalho com uma experiência de homens, brancos, qualificados, tecida nos espaços fabris e embebida nos valores e nas representações dos indivíduos e do coletivo, extraídos de uma visão ocidental e europeizante do mundo (GUIMARÃES e HIRATA, 2014, p.9)

As ciências humanas do campo da economia, da ciência política, da sociologia, ciências da saúde e outras têm constatado que o trabalho relativo ao cuidado das pessoas, aos lares e à outras dimensões da vida social, são indispensáveis para a o bem-estar e para reprodução social e biológica (Carrasco, Borderías e Tornos, 2011). Contudo, essas tarefas sempre aconteceram majoritariamente na dimensão privada em ambientes domésticos. Por isso a reflexão crítica, sob a perspectiva feminista, assumindo a dualidade público-privado lança luz sobre os conteúdos políticos das relações sociais presente no cuidado que são relegada às mulheres, e por isso vistas como apolíticas. (BIROLI, 2013). Entretanto,

Os estudos feministas e de gênero sobre os cuidados inovaram ainda ao propor que as atividades relacionadas ao *care* constituem também trabalho, uma vez que, além de prover bem-estar, elas implicam custos de tempo e energia para aqueles que as desempenham, bem como em rendimentos (não monetários) para aqueles que o recebem (ESQUIVEL, 2012, p. 245).

As dimensões do trabalho de cuidar na atualidade são múltiplas e diversas, por isso deve-se compreender como está organizada em cada contexto, perceber como as atoras do cuidado se organizam e atuam, identificando os aspectos de continuidades presentes e as mudanças que incidiram sobre ele ao longo da história. Essa reflexão deve implicar na construção de políticas públicas para esta finalidade, trazendo o Estado para essa responsabilidade, principalmente como financiador dos cuidados através de políticas públicas.

O fenômeno dos cuidados é imbricado de complexidade, atualmente as produções acadêmicas, conforme Hirata (2010), têm optado pelo termo *care ou carework*. A opção pelo termo inglês se deve ao fato dos estudos iniciais sobre o cuidado de outras pessoas terem acontecido em países de língua inglesa, de onde partiu as primeiras produções sobre o tema. Entretanto essa terminologia *care* possui vários sentidos, podendo significar cuidados, prontidão para atender a necessidade do outro. Não há consenso sobre a terminologia adequada porque dada a complexidade do fenômeno, esse termo não satisfaz todos os pesquisadores que investigam o *care*, assumindo assim que possui distintas dimensões, a partir de diversos interesse e linhas teóricas. (CARRASCO, BORDERÍAS E TURNS, 2011).

O conceito de *care* engloba, com efeito, uma constelação de estados físicos ou mentais e de atividades trabalhosas ligadas à gravidez, criação e educação das crianças, aos cuidados com as pessoas, ao trabalho doméstico e, de forma mais abrangente, qualquer trabalho realizado a serviço das necessidades dos outros (MOLINIER, 2004, p. 227).

Essa definição é pertinente por contemplar os diversos aspectos do *care*, aclarando o conceito, apresentando sua natureza e significado ao mesmo tempo que possibilita a divergência sobre ele, visto que são muitas as possibilidades de conceituá-lo. Nesta pesquisa, assumo o conceito acima citado por se aproximar do modo como as doulas trabalham disponibilizando cuidados a pessoas gestantes antes, durante e depois do parto.

Essa escolha foi a alternativa encontrada para situar essa atividade laboral, a partir de um referencial conceitual e teórico para a doulagem. O trabalho da doulagem é permeado pelo legado histórico das mulheres que se encontra em deslocamento do ambiente familiar e doméstico para o ambiente obstétrico hospitalar. Essa atividade possui particularidade própria de sua prática, diferente de outros profissionais que prestam assistência às gestantes, porque o trabalho da doulagem consiste em prestar cuidado, por meio do suporte contínuo, antes, durante e depois do parto além de outras atribuições do cuidado em saúde através da tecnologia leve.

O cuidado como objeto das ciências sociais e das políticas públicas fomenta múltiplos debates. Alguns se detêm em discutir os cuidados no âmbito das famílias e outros partilham da perspectiva dos cuidados como uma demanda universal que é suprida de maneira contextual e localizada em cada sociedade. Entretanto, “a compreensão o cuidado como uma demanda universal é imprescindível a todas as sociedades, pois este é responsável por garantir nascimento, crescimento, desenvolvimento de todas as pessoas” (CARRASCO, BORDERÍAS E TORNOS, 2011, P. 32.) A doulagem, como uma dimensão dos cuidados, assume a assistência direcionada às mulheres por um período determinado, durante a gestação, diretamente relacionado à reprodução da vida humana.

A possibilidade de receber cuidados se dá de forma diferenciada e desigual de acordo com o grupo social a que se pertence. A desigual maneira como está distribuída o cuidado lança luz sobre como estão organizadas e estruturadas a demanda de atendimento e oferta dos cuidados. Isso porque essa diferença arregimenta-se na lógica social- desigualdade de gênero, raça e classe- em que essa sociedade se sustenta. Tais diferenciações se apresentam, se reproduzem e se perpetuam na organização e distribuição social do *care*. (ESQUIVEL, 2012)

Os cuidados exercidos de maneira não remunerada integram e fortalecem o sistema econômico e pela sua importância é também pré-condição para sua existência. Considerando essa constatação, importa medir e valorar o trabalho de cuidados, indagar sobre as condições de trabalho e sobre a remuneração das ocupações relacionadas aos cuidados e reprodução social; identificar de que maneira estão estabelecidas as relações entre as atoras dos cuidados e seu posicionamento diante do mercado de trabalho e do reconhecimento profissional (ESQUIVEL, 2012).

O trabalho de cuidados, sejam eles remunerados ou não, são uma atividade econômica que demanda habilidades próprias, racionalidade e conhecimentos. Além disso neste fazer envolve-se afetos e emoções. Nesse aspecto, por serem historicamente romantizados, marcados pelas opressões de gênero, é estigmatizado e desvalorizado. Entretanto,

Os estudos feministas e de gênero sobre os cuidados s inovaram ainda ao propor que as atividades relacionadas ao *care* constituem também trabalho, uma vez que, além de prover bem-estar, elas implicam custos de tempo e energia para aqueles que as desempenham, bem como em rendimentos (não monetários) para aqueles que o recebem (ESQUIVEL, 2012, P. 245).

Os estudos sobre a economia dos cuidados refletem sobre o caráter injusto do *care* quando exercido de forma não remunerada por mulheres. Os benefícios deste trabalho são coletivos, enquanto a sua realização recai sobre as mulheres, principalmente sobre as mulheres

negras, por razões históricas, implicando em desvantagens no âmbito profissional. (RAVAZI, 2007).

Ao descortinar esses aspectos, a abordagem sobre o trabalho foi ampliada, passando a ser reconhecido e remunerado, mas, sobretudo, trazendo para cena as trabalhadoras que ofertavam estes serviços, em geral mulheres pertencentes aos grupos étnicos e raciais subalternizados. O *care* passou ser bancado pela família e pelo Estado, ainda de forma precária Ravazi (2007). Esse aspecto do *care* não remunerado é identificado nos programas de doulas voluntárias e doulas comunitárias em que grupos de mulheres trabalhadoras disponibilizam seu trabalho no atendimento a pessoas gestantes no SUS e não são remuneradas por isso. Neste caso o Estado se isenta da responsabilidade de bancar esse tipo cuidado em saúde, embora reconheça o significado e importância dessa atividade.

A vivência das mulheres no mercado de trabalho é marcada pelo ideário de que a esta cabe a esfera reprodutiva e aos homens a dimensão produtiva. Esse ideário se dá a partir de dois princípios organizadores, conforme aponta Hirata e Kergoat (2007): o princípio de separação entre trabalhos de homens e trabalho de mulheres e o princípio hierárquico de que o trabalho de um homem vale mais do que o trabalho de uma mulher. Essas ideias baseiam-se na insustentável determinação biológica dos sexos: “é nesse contexto de restrição às escolhas, constituído pelos padrões estruturais da divisão sexual do trabalho, que se definem formas desiguais de inclusão na esfera pública” (BIROLI 2018, p. 65). Esses princípios na atualidade ainda incidem sobre as mulheres trabalhadoras, especialmente a categoria de doulas no que diz respeito à desvalorização de seu trabalho.

É partir dessa concepção de trabalho que essa dissertação parte para compreender o *cuidado* em saúde como um espaço ocupacional, essencialmente humano e que assim como os mais diversos aspectos da vida em sociedade, sofre os impactos da sociabilidade capitalista. Assim como Passos (2016), compreendemos o *cuidado* como um trabalho primordial para satisfação das necessidades humanas e sua reprodução em determinados momentos da vida.

3.3. Considerações sobre interseccionalidade.

A partir do sec. XIX, para Davis (2016), a acentuada desvalorização da produção doméstica, evidenciou uma radical separação estrutural entre a economia doméstica e economia

diretamente relacionada ao lucro do capitalismo. “como as tarefas domésticas não geram lucro, o trabalho doméstico foi naturalmente definido como uma forma inferior de trabalho, em comparação com a atividade assalariada capitalista” (DAVIS, 2016, p. 218). Essa ideologia interferiu de forma negativa no processo de valorização dessas atividades e também da doulagem, como um fazer que migra do ambiente doméstico e feminino, encontra, no contexto social dificuldade para seu reconhecimento profissional.

O conceito de interseccionalidade oferece uma perspectiva mais assertiva para compreender a complexa relação de poder que está presente na condição de trabalho posta para mulheres negras. Esse conceito foi desenvolvido no contexto do feminismo negro nos Estados Unidos, na década de 1980, pela jurista americana Kimberlé Crenshaw. Teve como objetivo apontar a discriminação em torno do gênero, raça e de classe social. Essas relações podem ser descritas como se fossem um cruzamento de sistemas discriminatórios, que criam as desigualdades que localizarão hierarquicamente os sujeitos (CRENSHAW, 2013). Conforme Piscitelli (2008, p.267), “as interseccionalidades são formas de capturar as consequências da interação entre duas ou mais formas de subordinação: sexismo, racismo, patriarcalismo”.

As desigualdades geradas pela discriminação, são as estruturas sociais herdadas do eurocentrismo e que permanecem configurando a composição da sociedade. A combinação de “eixos da discriminação”, quando associados, interferem nas vidas das mulheres, principalmente das mulheres negras e empobrecidas, impondo sobre elas os efeitos mais intensos da colonialidade do ser e do poder. Para Angela Davis, as opressões se entrecruzam, não havendo hierarquia entre elas:

É preciso compreender que classe informa a raça. Mas raça, também, informa a classe. Gênero informa a classe. Raça é a maneira como a classe é vivida. Da mesma forma que gênero é a maneira como a raça é vivida. A gente precisa refletir bastante para perceber as intersecções entre raça, classe e gênero, de forma a perceber que entre essas categorias existem relações que são mútuas e outras que são cruzadas. Ninguém pode assumir a primazia de uma categoria sobre as outras (DAVIS, 2016, p. 20).

A interseccionalidade nos possibilita compreender a manutenção da hierarquia social decorrente do colonialismo europeu, que produz diversas formas de discriminação e subordinação para mulheres, com o objetivo de manter o controle sobre elas. Para Patricia Hill Collins (2015, p.15): “raça, classe e gênero como categorias de análise são fundamentais para nos ajudar a entender as bases estruturais de dominação e subordinação”.

Interseccionalidade é, portanto, uma perspectiva necessária para compreender e analisar a complexidade no mundo, nas pessoas e nas experiências humanas. Os eventos e condições da vida social e política dificilmente são moldadas ou determinadas por um único fator, esses são na grande maioria das vezes determinados por uma combinação de fatores e circunstâncias que se confluem. Ao tratar sobre as desigualdades sociais da vida das pessoas e da organização do poder, a sociedade é mais bem compreendida quando considerado os diversos eixos que influenciam para moldar determinada realidade. Assim, a interseccionalidade como ferramenta analítica, torna possível o acesso à complexidade do mundo. (COLLINS; BIGES, 2016).

As relações de classe, de raça e de gênero são categorias de análise que estruturam as relações de poder e de subordinação. Essa matriz analítica, para Collins (2015), possibilita que sejam percebidas tais opressões nas instituições sociais, nas representações simbólicas por meio das imagens estereotipadas de grupo de raça, de classe e de gênero que constroem um pano de fundo para representação da vida social.

A intersecção de raça, classe e gênero delimitam as oportunidades, posicionam as mulheres em lugares distintos, com gradações de punições e de privilégios. Diante disso, a interseccionalidade é um viés teórico que torna possível compreender a trama das relações na qual as mulheres estão imersas, mensurando as diversas formas de opressão e de exploração de acordo com os respectivos marcadores sociais assim como a combinação destes. Ao refletir sobre o trabalho de cuidar, principal traço do trabalho das doulas, não basta considerar o gênero, é preciso levar em conta a condição de raça e de classe que, possibilitará compreender quem oferece o trabalho de cuidado, de que maneira o pratica e também quem o recebe.

Aqui no Brasil, Lelia González (2020) apontou a importância da intersecção ao refletir sobre trabalho:

Lidar, por exemplo com a divisão sexual do trabalho sem articulá-la com a correspondente ao nível racial é cair em uma espécie de racionalismo universal abstrato, típico de um discurso masculinizante e branco. Falar de opressão à mulher latino-americana é falar de uma generalidade que esconde, enfatiza, que tira de cena a dura realidade vivida por milhões de mulheres que pagam um preço por não serem brancas (p.142).

De acordo com os dados do IPEA sobre a economia do cuidado são as mulheres negras com baixo nível de escolaridade e pobres, que vêm historicamente assumindo os postos de trabalho de cuidado. Diante desse perfil de trabalhadoras, esta dissertação se utilizou do conceito de interseccionalidade para compreender como as relações de poder, interseccionadas pelas categorias de gênero, raça e classe, impactam na economia dos cuidados.

Há um amplo debate da economia do cuidado acerca dos trabalhos domésticos. Os estudos reunidos sob o escopo da economia dos cuidados partem do pressuposto de que *os cuidados* desempenhados de maneira não remunerada não apenas integram o sistema econômico, como também constituem uma pré-condição para a sua existência. A partir dessa compreensão, tais estudos procuram medir e valorar o trabalho de cuidados; averiguar as condições de trabalho e de remuneração das ocupações referidas aos cuidados e à reprodução social; apontar para a natureza das relações entre os sujeitos envolvidos em seu desempenho; e examinar o posicionamento daquelas que o executam no mercado de trabalho. (IPEA, p.16)

Afetos e emoções atravessam as atividades profissionais do *care* em todas as esferas pública e privada, visto que essas são marcadas pelos interesses e relações pessoais. Por conter esse traço e sendo vista pelo estigma do gênero, entendem-se que as mulheres estariam “naturalmente” preparadas para exercer atribuições referentes ao cuidado. A ideia da pré-disposição à maternagem decorrente de uma visão idealizada e naturalizada do amor materno, incondicional é visto como o fomentador da entrega altruísta para exercer tais atribuições. Esse ideário, condiciona o trabalho de cuidados ao amor. Implicando na desvalorização dos aspectos técnicos e racionais presente neste fazer (ZELIZER, 2009). Entretanto, deve-se considerar que:

Há uma constelação de estados físicos ou mentais e de atividades trabalhosas ligadas à gravidez, criação e educação das crianças, aos cuidados com as pessoas, ao trabalho doméstico e, de forma mais abrangente, qualquer trabalho realizado a serviço das necessidades dos outros (ZELIZER, 2009. p. 229).

É inegável que o trabalho de cuidar seja permeado por aspectos afetivos, entretanto reduzi-lo a esta dimensão reforça os estigmas e contribui para a desvalorização de quem os exerce. Essa romantização nega as emoções negativas e o cansaço que envolve toda e qualquer atividade humana.

Desconsiderar a existência de emoções e sentimentos ambíguos, próprios do cuidado, permite ignorar que ele é custoso para quem o desempenha, que constitui um trabalho, e que a solicitude e sensibilidade ao desamparo alheio – real ou socialmente construído, no caso de homens adultos – não emergem automaticamente (MOLINIER, 2004, p. 229).

Ainda que se afirme a autonomia irrestrita, o *care* se justifica pelas incapacidades e limites da condição humana. É, portanto a dependência e a vulnerabilidade humana que justifica a cidadania e a democracia. E sendo assim, a demanda de cuidados não é fato lamentável, mas um elemento capaz de produzir a reflexão para a construção de uma sociedade mais

democrática. Por isso, é necessário que o cuidado seja desprivatizado e que as instituições públicas assumam essa responsabilidade.

As produções acadêmicas a respeito do *care* são majoritariamente estrangeiras, entretanto foram de grande valia a reflexão sobre a temática, porque a doulagem se inscreve nesta dimensão. Por isso o esforço em compreender essa atividade laboral que está sendo atualizada nas determinações dessa sociedade, centrada no trabalho, a partir de um conceito que lhe contemple.

Essa desvalorização de fazeres, saberes e trabalhos majoritariamente femininos comprometem o processo de profissionalização, quesito importante para a categoria de trabalhadoras, por ser capaz de garantir a relativa autonomia e a legitimidade para atuar, com menos tensionamentos. Refletir sobre o trabalho das doulas pressupõe, neste momento, discutir sobre a profissão, como a possibilidade de valorização e garantia de legitimidade para sua atuação na cena obstétrica.

3.4. Considerações sobre profissão

Definir o termo profissão de forma precisa é uma tarefa difícil porque este assume diferentes conotações de acordo com cada contexto e com cada área do conhecimento na forma como ela é empregada. O termo profissão tem relação com aquilo que se professa, uma profissão de fé, um juramento que faziam aqueles e aquelas que passavam a pertencer a determinadas corporações. Apesar de todas essas variações de sentidos, na língua portuguesa o termo sem o qualitativo *liberal*, se refere tanto às profissões quanto ao conjunto dos empregos reconhecidos na linguagem administrativa, inclusive na forma como são classificadas nos recenseamentos realizados pelo Estado (FRANZOI, 2006).

Com o avanço e desenvolvimento das universidades, de acordo com DUBAR (1997), passou a existir diferenciações, definindo que a profissão, derivava de ensino e que ofício, derivava das artes. A partir dessas distinções outras diferenciações foram sendo feitas: cabeça/mão; intelectuais/manuais; entre outras. Isso teve efeitos socialmente estruturantes, que se reproduziram através dos séculos, permeado por uma disputa de poder baseada na luta política e ideológica que implicavam na distinção e classificação de determinadas profissões.

A partir da década de 1960, boa parte da literatura sobre as profissões foram produzidas com a intenção de demonstrar o caráter histórico e social da maneira como se deu o processo de hierarquização das profissões, dentro e fora dos grupos profissionais. Essa abordagem mais crítica passou a compreender que a formação de determinados grupos profissionais estava

imbricada pela disputa do monopólio do mercado, considerando a divisão social do trabalho. Essas produções desnudaram que o que era considerado mais ou menos científico, estava condicionado ao conhecimento monopolizado por cada grupo profissional, e que este foi socialmente construído, atravessado pelos respectivos interesses e projeto de poder.(FRANZOI, 2006)

Diante dessas determinações, o conhecimento formal e a função legitimadora que a ciência passou a assumir, demonstram a relação de poder que foi criada entre as distintas esferas do saber. A educação formal, imposta como pressuposto para o emprego em determinadas posições, demarcou a diferenciação criada entre profissão e ocupação. Esse sistema de acreditação pautada pela educação formal, se tornou uma estratégia para garantir trabalho para membros da profissão e a exclusão dos demais. Assim sendo, evidencia que as formas de controle e acesso do saber tem a finalidade de produzir diferenças e hierarquias no âmbito profissional entre si e os demais (FREIDSON, 1998).

No processo de constituição das profissões, as instituições de formação, nos seus diferentes níveis e com seus diferentes mecanismos, assumem importante papel de legitimação, sendo o Estado um ator central na pactuação e regulação através, dentre outras ações, do reconhecimento dessas instituições e das credenciais por ele emitidas (FRANZOI, 2006, p. 330).

O Brasil, a partir de 1930, passou a investir na regulamentação das profissões e ocupações, com a intensão de, a partir dela, selecionar quais teriam ou não os seus respectivos direitos, uma espécie de cidadania regulada. Diante disso, para a profissão regulamentada, a posse do diploma bastava; para as não regulamentadas, era exigido comprovação prática sobre a competência. A opção pela maneira de regulamentar esteve e ainda está condicionada ao credenciamento educacional, ou seja, a posse do diploma, COELHO (2003). Contudo, para muitas outras categorias coube, além das comprovações sugeridas outros esforços no âmbito da mobilização social para obterem os devidos reconhecimento profissional.

Descortinando as tramas ideológicas destes processos, se torna possível uma definição de profissão mais ampla, menos restritiva. Para Franzoi (2006), o termo ‘profissional’ deve ser compreendido como categoria da vida cotidiana, que implica em julgamento de valor e de prestígio, considerando as determinações da divisão social do trabalho. Podendo a ciência ser considerada uma falsa justificativa para assegurar o poder dos profissionais e seus direitos. Essa compreensão amplia as possibilidades para a aquisição do reconhecimento da profissão através de outras maneiras de legitimação da profissão.

Frente às múltiplas tensões, cabem aos trabalhadores e às trabalhadoras com inserção marginal no mercado de trabalho, o autorreconhecimento como profissional e o estreitar das relações com grupos e outras categorias que consideram a relevância social de seu fazer, para garantir o reconhecimento profissional. A trajetória das doulas, mulheres trabalhadoras, na busca pelo reconhecimento profissional apontada nesta pesquisa é marcada por desafios no âmbito ideológico e político que as impedem de garantir esse reconhecimento.

Levando em consideração os conceitos acima definidos, e as suas complexidades que comparecem no exercício do trabalho das doulas, nosso objetivo, a partir dos registros da trajetória das doulas, compreender quais desafios estão postos para a profissionalização da doulagem no Brasil. Para isso, além do levantamento bibliográfico, analisei documentos produzido pelo movimento de doulas ao longo de processo de luta e organização social a partir das categorias acima citadas: Trabalho, cuidado, interseccionalidade e profissão.

A análise dos documentos teve o seguinte tratamento: leitura, identificação das categorias nos documentos, tabulação de dados para verificação dos termos e indicação dos significados. Na sequência a síntese desses documentos foi apresentado neste capítulo, a partir dos quais elencamos a recorrência dessas categorias e seus respectivos significados. Por último, apresentamos a análise dos documentos, à luz da discussão teórica e da nossa experiência na doulagem.

3.5. O trabalho das doulas: resultados da análise dos documentos.

Esta dissertação tem se comprometido a pensar sobre os desafios da profissionalização do trabalho das doulas. Neste sentido, a pesquisa se ocupou de analisar documentos que surgiram em meio ao movimento das doulas para desenvolver estratégias para regulamentar a profissão. Foram selecionados sete documentos: a Nota Técnica Nº 96/2022, as Leis Estadual de Doulas da Paraíba e Municipal de Doulas de João Pessoa- PB, o Código de Ética da Associação de Doulas da Paraíba, o Estatuto Social da Federação Nacional de Doulas (FENADOULASBR) e a Carta da FENDOULASBR e Entidades Parceiras, Projeto de Lei 3946/2021.

Os documentos foram analisados a partir de quatro categorias: trabalho, cuidado, interseccionalidade e profissão. Estas categorias foram estabelecidas a partir do interesse teórico desta pesquisa e em comum acordo com a orientadora. Para o registro das análises elaborou-se um protocolo a ser preenchido para cada documentos. O protocolo conta com os seguintes itens:

1. Informações gerais sobre o documento: data de emissão do documento e considerações gerais sobre o conteúdo;
2. A categoria trabalho no documento: registra-se aqui como e se o tema do trabalho aparece no documento, além disso. Esta análise foi feita primeiro contabilizando o número de vezes que a palavra aparece no documento e destacando os sinônimos que trazem a ideia contida na categoria.
3. A categoria cuidado no documento: registra-se aqui como e se o tema do cuidado aparece no documento. Esta análise foi feita primeiro contabilizando o número de vezes que a palavra aparece no documento e destacando os sinônimos que trazem a ideia contida na categoria.
4. A categoria interseccionalidade no documento: registra-se aqui como e se o tema da interseccionalidade aparece no documento. Esta análise foi feita primeiro contabilizando o número de vezes que a palavra aparece no documento e destacando os sinônimos que trazem a ideia contida na categoria. Esta foi a categoria mais difícil de ser identificada. Não apareceu diretamente em nenhum documento.
5. A categoria profissão no documento: registra-se aqui como e se o tema da profissão aparece no documento. Esta análise foi feita primeiro contabilizando o número de vezes que a palavra aparece no documento e destacando os sinônimos que trazem a ideia contida na categoria.
6. Parecer da pesquisadora: este tópico diz respeito a como cada documento colabora ou não para a profissionalização das doulas. Todos os protocolos de análise, bem como os documentos analisados estão em anexo nesta pesquisa. A seguir partilharemos os resultados das análises. Nesta descrição tratemos, a princípio como as categorias de forma geral, aparecem nos documentos e em seguida o parecer da pesquisadora mediante a análise de cada documento e preenchimento dos protocolos.

A seguir partilharemos os resultados das análises. Nesta descrição tratemos, a princípio como as categorias de forma geral, aparecem nos documentos e em seguida o parecer da pesquisadora mediante a análise de cada documento e preenchimento dos protocolos.

3.5.1. Os documentos: algumas perspectivas da pesquisadora

A seguir registramos algumas perspectivas que surgiram da análise dos documentos. Tais considerações foram registradas nos protocolos de análise no item parecer da pesquisadora. Neste relato de perspectivas organizamos os documentos por ordem cronológica de publicação.

a) Código de Ética da Associação de Doulas da Paraíba (ADPB) - 2015

O código de ética é um documento necessário para orientar o trabalho das doulas vinculadas à ADPB. Diante da ausência da regulamentação profissional, ele cumpre uma função importante ao orientar a prática das profissionais.

O documento avança ao considerar a doulagem uma profissão e as doulas como profissionais. No entanto, ao tratar sobre as atribuições das doulas como serviço, demonstra que ainda predomina a compreensão da doulagem atrelada à uma perspectiva servil e subserviente. A reprodução desses termos no documento, contribui para que se mantenha no imaginário social, a doula como mulher que serve, o que não é favorável para uma categoria de profissionais, composta por mulheres, que buscam valorização e reconhecimento.

b) Lei Municipal de Doula- João Pessoa- PB - 27 de outubro de 2015.

A lei municipal foi importante para doulas porque puderam ter legitimidade para atuar nas unidades de saúde públicas e privadas do município de João Pessoa. Essa legislação favorece o processo de profissionalização porque reconhece a doulagem a partir da profissionalidade, que pressupõe qualificação. A lei justifica esse posicionamento a partir do Código Brasileiro de Ocupação (3221-35).

Ao mesmo tempo que apresenta uma valorização profissional da doulagem, a lei desvaloriza a atuação profissional ao estabelecer que nos serviços públicos a doula só poderá atuar de maneira voluntária. Isto se torna um empecilho na luta da categoria por espaço de trabalho no serviço público devidamente remunerado. Outro aspecto que pode ser comprometedor nesta lei é o uso da expressão *presença da doula* para se referir à sua atuação junto às gestantes. Isto pode confundir a atuação das doulas com a presença dos acompanhantes.

c) Lei estadual de Doulas da Paraíba 18/03/2016

A lei estadual é importante para as profissionais doulas para a legitimidade da atuação profissional no Estado da Paraíba. Esta lei foi uma alternativa diante da ausência de regulamentação profissional.

Esse documento, ao considerar o CBO (3221-35), destacou aspectos relevantes sobre a atividade laboral desenvolvida pela doula e a considerou como profissionais qualificadas para

dar suporte contínuo à gestante, usando esse marco regulatório de maneira favorável para as doulas. Tais especificações são importantes para que as doulas não sejam confundidas com demais profissionais que atuam na atenção às gestantes e ao parto.

O aspecto problemático dessa lei foi, assim como a lei municipal, é o uso da expressão *presença da doula* para tratar sobre sua atuação profissional. Como já descrito, essa expressão possui uma conotação passiva, que não é interessante para as trabalhadoras.

d) Estatuto Social da FENADOULASBR 27/05/2018

O estatuto é importante porque comprova a existência de uma entidade representativa das doulas em nível nacional. Esta federação é composta por diversas entidades de doulas no Brasil, que se propõem a fomentar a doulagem e fortalecer a categoria, pautando orientações para o trabalho, para as formações e para o desenvolvimento de estratégias que viabilize o trabalho das doulas. A relevância do documento para a profissionalização se dá porque evidencia o processo de organização da categoria de trabalhadoras e expressa os seus interesses em atuar de maneira legítima em todo território nacional, sendo um espaço de unificação dos interesses da categoria e construção dos valores éticos para a profissão.

e) Projeto de Lei Federal - 23/03/2022

O PL é um documento muito importante porque reconhece a profissão da doula e possui como objetivo legitimar em todo território nacional o livre exercício da doulagem. Essa lei é imprescindível para a categoria porque além de definir legalmente o exercício da profissão, estabelece os requisitos, as competências e as habilidades que as profissionais devem ter.

O PL estabelece como requisito que o exercício da profissão é garantido às pessoas com ensino médio e curso de qualificação específico em doulagem. Esse critério é relevante porque trata a doulagem como um trabalho qualificado, exercido mediante a formação.

Ao definir as atribuições das profissionais, o PL delimita a área de atuação das doulas, apresenta as especificidades de sua profissão, definindo o seu lugar na equipe multiprofissional. Essa demarcação é importante para que a sociedade saiba explicitamente qual é a função da doula. O PL embora seja válido para o reconhecimento profissional, não trata sobre a jornada de trabalho e as questões salariais, quesitos importantes no estabelecimento de relações trabalhistas mais justas para as doulas.

f) Nota Técnica N°96/2022 – Data: 10/11/2022

A NT apresenta desafios postos para as doulas do Brasil: o protagonismo da medicina no cenário obstétrico, o desmerecimento do trabalho da doula e a condicionalidade ao voluntariado para atuar no SUS. Ela ratifica o que já foi apontado nessa pesquisa sobre a centralidade médica na regulação da assistência obstétrica. Tal centralização implica em tensionamentos entre os paradigmas de assistência ao parto: o pautado pelas boas práticas e o outro, orientado pela hiper instrumentalização.

O documento ignora a histórica trajetória das doulas no SUS, colaborando por meio de seu trabalho, para melhores indicadores da assistência ao parto. O documento não colabora positivamente com o processo de profissionalização das doulas, porque não as reconhece como profissionais. Ele define que apenas profissionais da enfermagem e da medicina são qualificados(as) para atuar no parto, negando a importância da assistência das doulas e confundindo-as com acompanhantes, papel que cabe aos familiares.

Diante disso, se reforça a necessidade da profissionalização das doulas para que estas possam ter autonomia para trabalhar no cenário obstétrico, sendo uma categoria profissional legitimada e reconhecida, orientadas pelo seu próprio código de ética e conselho profissional.

a) Carta Da FENADOULASBR 12/11/2022

A carta é um documento assinado por diversas entidades representantes de doulas, além da FENADOULASBR. Ela expressa a unidade predominante entre a categoria na busca pelo reconhecimento e a valorização do trabalho das doulas, tendo como pressuposto que a doulagem é cuidado em saúde.

Este documento demonstra a preocupação da categoria em defender a sua atuação no SUS, como parte da equipe multiprofissional, devidamente reconhecida e valorizada. Com isso, ela aponta para a necessidade de tornar a doulagem uma política pública, para que as profissionais possam por meio de seu trabalho, alcançar as usuárias do SUS.

A carta da FENADOULASBR é um documento importante para a categoria de doulas porque inscreve a doulagem como uma dimensão do trabalho de cuidado em saúde, inovadora, que envolve processo de educação importante para a assistência à gestação. Este documento contribui para superação da visão romantizada que interfere na compreensão da doulagem e, ao mesmo, tempo retira-a do lugar de subserviência em relação às demais profissões.

3.5.2. As categorias trabalho, cuidado, interseccionalidade e profissão nos documentos:

Identificar nos documentos as categorias pré-estabelecidas pela pesquisa foi uma tarefa que demandou muita leitura e releitura do material selecionado. Por não estarem explícitas, foi preciso, a partir do domínio conceitual do que significava cada categoria selecionada, buscar palavras que poderiam ser consideradas sinônimas ou que traziam em si a ideia compreendida na categoria, como por exemplo, serviço como sinônimo de trabalho. Na análise conclui-se que as categorias mais fáceis de serem identificadas foram trabalho e cuidado. A categoria interseccionalidade não apareceu em nenhum documento. Vejamos a seguir as considerações da análise a partir de cada categoria:

b) Trabalho

Sobre a categoria trabalho todos os documentos mencionaram o trabalho da doula, distinguindo entre si na escolha das palavras para descrevê-los. Nos documentos, palavras como serviço, presença, atuação, foram as mais usadas para falar sobre a doulagem. Não usar a palavra trabalho para nomear esta atuação profissional além de desmerecer a função, ilustra a maneira equivocada e desvalorizada de como a doulagem vem sendo concebida no Brasil.

O código de ética, em vigência desde 2015, é um dos documentos mais antigo analisado nesta pesquisa. Ele aborda o trabalho das doulas a partir da lógica de serviço e atrela às doulas o ideário de serva, dessa maneira concebe o trabalho realizado por essas profissionais numa lógica serviçal e subserviente.

Assim como no Código de Ética, na Nota Técnica, a ideia de trabalho das doulas esteve mais relacionada à ideia de serviço, mais próximo da condição de subserviência. Embora serviço seja trabalho, o uso recorrente dessa descrição para se referir à doulagem reforça o estigma de que a doula é mulher que serve.

Serviço também foi mencionado na Lei Municipal de Doulas e neste documento, assim como na Nota Técnica, foi colocado que a oferta deste serviço no SUS só poderia ser oferecida de forma voluntária. Essa condicionalidade imposta é problemática para a categoria e expressa a desvalorização deste trabalho, visto que a doulagem ainda não é ofertada no SUS, enquanto cargo público. A imposição dessa condição nutre o estigma de que o trabalho das doulas é sinônimo de voluntariado, sendo um traço de desvalorização.

Na Lei Estadual de Doulas e na Lei Municipal de Doulas a palavra usada para descrever o trabalho da doula foi *presença da doula*, termo usado também nos títulos das leis: Lei “sobre

permissão da presença das doulas”. O uso dessa descrição para tratar sobre a atuação profissional da doula é prejudicial, pois incorre no risco de desvalorizar atuação profissional da doula, dando margens para que seu trabalho seja confundido como a presença de uma pessoa acompanhante.

Já no Projeto de Lei (PL) em apreço, um documento mais recente, do ano 2022, houve um significativo avanço. Ele trata sobre o “exercício da profissão de doula”. A menção direta da palavra profissão é significativa para categoria, porque rompe a visão romantizada e subserviente sobre a doulagem. Isso também colabora para o fortalecimento da categoria que busca por demarcar o seu campo de trabalho com o devido reconhecimento e valorização que lhe cabem.

A carta emitida pela FENADOULASBR em 2022 é dos documentos mais recentes aqui analisados. Também possível observar significativo avanço neste documento, que descreve a doulagem como trabalho do cuidado em saúde. A Carta refere-se à doulagem como uma tecnologia leve, inovadora que compreende processos de educação. Além disso, destaca que esse trabalho é agregador para as equipes multiprofissionais de atenção ao parto. O Estatuto Social da Federação corrobora com esta perspectiva, ao destacar que a entidade se ocupa da defesa do trabalho da doulas.

Apesar do avanço na compreensão do trabalho das doulas, a NT do Ministério da Saúde, também lançada em 2022, caminha na direção contrária a este avanço. Ela é um retrocesso no entendimento da autonomia/protagonismo do trabalho da doulagem, subordinando esta profissão. Pela NT, a presença ou não das doulas fica debaixo da decisão subjetiva do profissional da medicina.

Em suma, no tocante a categoria trabalho, a maioria dos documentos colabora com a demarcação da doulagem como trabalho e não como serviço.

A perspectiva teórica de trabalho assumida como referencial nessa pesquisa destaca que trabalho é a síntese da relação da humanidade com a natureza e da humanidade entre si (Safiotti (2013). Também aponta a crítica feita por Federici (2019), sobre as perspectivas que não consideram a importância do trabalho reprodutivo, realizado majoritariamente pelas mulheres, muitas vezes, sem remuneração e sem o reconhecimento de que este, tanto quanto os demais trabalhos, colaboram para o acúmulo do capital.

As reflexões acima apresentadas são instrumentos teóricos importantes no exercício da análise dos documentos, no sentido de pensar o trabalho das doulas. Nos documentos aqui analisados, podemos perceber o uso de termos que mesmo se referindo à ideia de trabalho, se distanciam de uma concepção teórica mais coerente com a emancipação da categoria.

Tal esvaziamento conceitual contribui para a desvalorização dessas profissionais. Nos documentos analisados, ainda que a categoria trabalho se sobressaia, a concepção de serviço ainda pode ser identificada, reforçando assim uma ideia romantizada de trabalho. A predominância dessas ideias se dá em razão de os trabalhos relacionados ao cuidado com o corpo não receberem a devida valorização, como destaca Federici (2017). Tal concepção corrobora para a perpetuação de desigualdades, subalternizando as mulheres que exercem tais profissões, como é o caso da doulagem.

A doulagem como campo de trabalho, majoritariamente feminino e direcionado às mulheres, teve dificuldade de ser considerada como trabalho. Isso porque nesta sociedade, os trabalhos ligados à reprodução não encontram a devida valorização e reconhecimento. Sob essa névoa ideológica, esses trabalhos são vistos como serviço natural às mulheres.

c) Cuidado:

Todos os documentos mencionaram a categoria do cuidado, exceto o Estatuto Social da Federação. A maioria dos documentos analisados tinham como objetivo regulamentar o trabalho das doulas, ainda assim, a palavra cuidado foi muito mencionada em tais documentos. Isto significa o forte imbricamento da doulagem com a ideia de cuidado.

Em todos os documentos, o cuidado oferecido pelas doulas foi descrito como apoio, como prestar suporte contínuo, dar assistência. Todas essas atribuições compreendem a categoria do cuidado, tais descrições são importantes para que haja clareza sobre no que consiste a doulagem. Foi apenas na Carta da FENADOULASBR que ele foi descrito diretamente como cuidado em saúde, como de fato deve ser mencionado.

A palavra apoio como sinônimo de cuidado foi mencionada pelo Código de Ética, já no pelo PL o apoio foi descrito com mais detalhes: apoio físico, emocional e informacional. Na NT o apoio foi mencionado com única atribuição das doulas, porque não se tratava de um fazer qualificado. Essa desqualificação da doulagem apresentado na NT é comprometedora para categoria porque desqualifica todo acúmulo da formação recebida pelas doulas. Esse posicionamento se torna um empecilho para categoria.

As leis estadual e municipal de doulas e o PL mencionaram a palavra suporte, também como sinônimo de cuidado, como uma atribuição das doulas. A Lei estadual foi mais específica ao descrever que as doulas prestam suporte contínuo. Tal descrição informa a peculiaridade da doulagem como a única categoria que atua na assistência à gestante, oferecendo cuidado contínuo.

A concepção de cuidado em saúde explicitada na Carta da FENADOULASBR demonstra como vêm se desenvolvendo a reflexão dessas profissionais a respeito da sua atuação, evidenciando um avanço significativo para categoria que busca reconhecimento profissional.

Nos documentos as palavras escolhidas para descrever as atribuições da doulagem estão próximas da categoria cuidado tem direta relação com ações de suporte, apoio e cuidado, necessárias para pessoas gestantes, principalmente durante o parto, implicando uma prontidão para atender a necessidade da outra pessoa. Por isso é possível considerar a doulagem na dimensão do trabalho de cuidado. Assim é possível retomar o conceito de que o cuidado é

[...]uma constelação de estados físicos ou mentais e de atividades trabalhosas ligadas à gravidez, criação e educação das crianças, aos cuidados com as pessoas, ao trabalho doméstico e, de forma mais abrangente, qualquer trabalho realizado a serviço das necessidades dos outros. (MOLINIER, 2004, p. 227)

Assumir a doulagem sob essa perspectiva é complexo, haja visto que nem sempre suas atribuições são conscientemente consideradas como tal. Por isso, o cuidado, segundo Ravazi (2007) reflete sobre o caráter injusto desse trabalho quando este é exercido sem remuneração pelas mulheres porque apresenta benefícios coletivos à custas das mulheres, dentre estas as principalmente são as mulheres negras. De acordo com Carrasco, Borderías e Torns (2011), diversos campos da ciências tem constatado que o trabalho relativo ao cuidado das pessoas, aos lares e a outras dimensões da vida social são imprescindíveis para o bem-estar e para reprodução social e biológica. A doulagem, inscrita nesse campo desenvolve a sua função e com isso colabora para a reprodução.

d) Interseccionalidade:

A categoria interseccionalidade não apareceu em nenhum dos documentos, fato que reflete a falta de valorização da diversidade das mulheres.

Invisibilizar e não contemplar tal diversidade colaborar por afirmar um ideário de mulher universal que prioriza uma identidade hegemônica, subsumindo e inferiorizando todas as que dela diferem. Além disso, a ausência da categoria interseccionalidade mostra a indisposição de problematizar as opressões decorrentes de marcadores sociais da diferença, subalternizados na estrutura social que determinam as relações. Isto coloca mulheres brancas em vantagem em relação às mulheres negras e indígenas.

No entanto, ainda que as intersecções não tenham sido contempladas, os marcadores gênero e classe foram identificados, visto que os documentos em apreço versam sobre a atuação de mulheres trabalhadoras disponibilizando cuidado para mulheres. Os documentos referiram-se às doulas sempre no feminino, o marcador de gênero neste caso, compareceu localizando as mulheres, a partir da divisão sexual do trabalho, na dimensão do cuidado.

O PL sobre a profissionalização da doula, no intuito de alcançar os diversos corpos que gestam, optou em descrever os sujeitos alvos da doulagem, como *peçoas que gestam*, optando pela linguagem neutra. Com o interesse em contemplar todas as pessoas passíveis de gestar e parir, excluiu-se as mulheres, essas que devem ser também mencionadas por serem historicamente e atualmente a grande maioria das pessoas que gestam e parem. Nos demais documentos, as pessoas alvo da doulagem foram descritas como mulheres, gestantes e parturientes. O Estatuto Social da Federação se posicionou contra todo e qualquer preconceito e discriminação.

Considerar nas análises a categoria da interseccionalidades descortinou as ausências que afetam a experiência de trabalho das mulheres negras, que nos mesmos cenários, terão que lidar com as relações raciais e as discriminações delas decorrentes. Retomando a definição descrita por (PISCITELLI, 2008, p.267) “as interseccionalidades são formas de capturar as consequências das interações entre duas ou mais formas de subordinação: sexismo, racismo e patriarcalismo”.

Essa perspectiva nos auxilia na compreensão sobre a hierarquia social predominante, que reproduz de diversas maneiras as discriminações e subordinações impostas às mulheres negras. Para Patrícia Hill Collins (2015, p.15): “raça, classe e gênero como categorias de análise são fundamentais para nos ajudar a entender as bases estruturais de dominação e subordinação”.

Considerando a perspectiva da interseccionalidade, observamos que os documentos analisados foram marcados pela ausência dessa discussão, o que implica na permanência do ideário de mulher universal e como os diversos marcadores se impõem, moldando determinadas experiências.

e) Profissão

A maioria dos documentos contemplou a categoria profissão, usando inclusive esse vocábulo, exceto o Estatuto Social da Federação que ao invés de trazer explicitamente a palavra

profissão, usa a expressão *defesa do trabalho das doulas*. Entre os documentos, o Código de Ética faz uma expressa defesa de que as doulas devem preservar valores da profissão.

Três documentos chamam à atenção por mencionar o Código Brasileiro de Ocupação 3221-35 (CBO) para finalidades diferentes. São eles: a Nota técnica, a Lei municipal de Doulas e a Lei Estadual de Doulas. A NT usa para justificar que as doulas não são profissionais, já as leis o utilizam para justificar que as doulas são profissionais.

A interpretação do CBO pelos documentos tem relação com os seus interesses e finalidades: as Lei objetivam garantir a atuação das doulas e a NT objetiva relativizar a importância da atuação doula, atribuindo à categoria médica o poder de decisão sobre a sua presença na assistência à gestante. Com isso, a NT nega o direito da parturiente e a autonomia das profissionais doulas.

A carta da FENADOULASBR faz uma expressa defesa da profissionalização das doulas como uma necessidade importante para a categoria e O PL parece responder a isso, já que trata sobre o livre exercício da profissão de doulas em todo território nacional, destacando que esse direito está previsto para toda pessoa que possua a formação.

A discussão sobre profissão perpassa pela imprecisão do termo, considerando os diversos contextos e maneiras que são usados. Para essa pesquisa, assumi a definição apresentada por Franzoi (2006) o termo profissão se refere tanto ao conjunto das profissões quanto ao conjunto de empregos reconhecidos na linguagem administrativa e que são classificados nos recenseamentos realizados pelo Estado.

Chegar ao final do processo de análise destes documentos é gratificante e desafiador. Primeiro porque foi possível identificar como as doulas obtiveram conquistas significativas e também perceber o quanto avançaram na compreensão sobre o seu trabalho. Mas também é desafiador, compreender que tais conquistas e avanços, ainda não foram capazes superar os desafios postos à sua profissionalização. Diante disso, responder à pergunta dessa pesquisa é compreender quais desafios estão postos à profissionalização das doulas. É sobre isso que tratarei nas considerações finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória de trabalho das doulas é consolidada, frutífera e visivelmente importante para melhoria dos indicadores do parto. Contudo essa eficácia não tem sido suficiente para que as doulas adquiram o reconhecimento profissional para sua categoria, reconhecimento este que promove mais autonomia, direitos, campo de trabalho e valorização.

O questionamento a respeito dos desafios que ainda estão postos à profissionalização das doulas foi a questão norteadora desta pesquisa. Na construção da resposta a esta temática foi imprescindível investigar os aspectos históricos das mudanças ocorridas no cenário do parto. Neste processo foi possível identificar que, a partir da modernidade, as mulheres e seus saberes a respeito da assistência do parto foram relegados a segundo plano, sendo elas substituídas por médicos. A medicina cooptou para si todo poder na atenção ao parto, implementando de forma exagerada o uso de instrumentos e normatizando os partos cirúrgicos em detrimentos dos partos naturais. Foi sobre esta temática que tratou o capítulo um.

O capítulo dois se ocupou em registrar o movimento de lutas das mulheres em oposição ao fenômeno da hiper instrumentalização no parto. Para isso, essas mulheres construíram movimentos pela humanização do parto, afirmando um paradigma de atenção ao parto alternativo ao que operava de forma hegemônica e desumanizada. Tratava-se de defender um modelo com menos intervenções, em que as mulheres em suas experiências de gestar e parir pudessem ter garantido o respeito aos seus desejos e a autonomia com seu corpo durante a parturição.

Um grupo de mulheres atuantes neste movimento foram as doulas, que a partir da sua atuação profissional e saberes específicos eram dispositivos importantes para a humanização do parto. Foi nesse lastro que as doulas foram construindo a sua história como profissionais que atuam na atenção à gestação em todas as suas fases, oferecendo suporte físico, emocional e informacional. Atualmente de acordo com a Pesquisa Mapeamento de Doulas realizada pela Fio Cruz (2021), 92% das doulas se reconhecem como ativistas pela humanização do parto. Traçar a trajetória das doulas é identificar que ela está mergulhada em movimentos de lutas e resistência. É nesta atmosfera que se inscreve o processo de profissionalização da doulagem para conseguir ter cada vez mais autonomia para compor a cena obstétrica.

O capítulo três reuniu os resultados da análise dos documentos selecionados para investigar o processo de profissionalização. A partir desta análise, mais desafios puderam ser identificados na profissionalização das doulas. Que desafios são esses? O primeiro aqui descrito

é o voluntariado, ou seja, o trabalho das doulas tem sido encarado como atuação voluntário e não como atividade profissional passível de remuneração, protagonismo e saber específico.

Dois dos documentos analisados, a NT e a Lei municipal de doulas da cidade de João Pessoa, mencionaram esta condicionalidade para que as doulas pudessem atuar no SUS. O voluntariado, mesmo que demarque um posto de trabalho, relega estas profissionais à precarização do mesmo, visto que não prevê nenhum plano de carreira ou remuneração. Neste sentido, as doulas ficam à mercê da gestão da saúde. Esta ideia de voluntariado em voga nos documentos, mas também nas relações institucionais provavelmente decorre da ideia primitiva de que as doulas são mulheres que servem.

O segundo desafio depreendido da análise dos documentos diz respeito à identificação da ausência de políticas públicas que incluam a doulagem como parte da equipe multiprofissional de assistência. Infelizmente nenhum documento analisado deixa isso explícito. A ausência de políticas para a promoção e consolidação da doulas na cena obstétrica de forma valorizada e coerente com os seus saberes e fazeres, inviabiliza a regulamentação adequada.

Esta ausência de política pública provavelmente insere na parca percepção da importância do fomento de tecnologias leves em saúde. É extremamente deficitário o investimento nessas tecnologias leves em saúde. Isso tem a ver com o tipo paradigma de parto medicalizado que tem orientado a direção das políticas públicas, um paradigma que é antagônico ao proposto pelas doulas, que celebra e reafirma a naturalização da parturição.

O terceiro desafio, não menos importante, me salta aos olhos a partir do meu próprio corpo de mulher e da minha atuação como doula. Trago aqui a condição de gênero, uma vez que a doulagem se faz com mulheres cuidando de mulheres. A categoria de doulas no Brasil é composta por mulheres, a pesquisa Mapeamento de Doulas realizada pela Fio Cruz (2021), indicou que 100% das doulas são mulheres.

Mulheres que existem numa sociedade generificada e, por isso, marcada por uma divisão sexual do trabalho, que subalterniza os trabalhos classificados como femininos, estão em desvantagem no que diz respeito não só à valorização, mas como parte disso, também em relação à remuneração. Trabalhos atrelados à dimensão do cuidado são mais desvalorizados e considerados como uma atividade natural, inerente às mulheres. A doulagem ao conjugar o fato de ser realizado por mulheres e o fato de ser uma atividade classificada como cuidado, tem imbricada em si, nesta sociedade patriarcal, a desvalorização na sua ontologia.

O último desafio a ser aqui relatado, diz respeito à luta pela consolidação de uma atividade laboral em profissão. Neste caso, vale destacar que a quantidade de horas para a

formação das doulas ainda não é compatível com as horas estabelecidas para formação de nível técnico, esse quesito pode interferir no reconhecimento da doulagem.

Considerar uma categoria de trabalhadoras como uma profissão envolve uma disputa de poder marcada por medidas de acreditação, permeadas por ideologias, que designa o que é ou não uma profissão. As doulas, por exemplo, vem sofrendo com a atuação dos Conselhos de Medicina que se articulam para impedir e/ou dificultar a sua atuação profissional.

Finalizar uma dissertação é ter a certeza de que nosso texto e trabalho é parte de uma engrenagem muito maior do que imaginamos ao começar. Pensar a profissionalização da doulas é urgente e extremamente necessário, pois ainda há muito por fazer. É por isso que essa pesquisa se somará a outras iniciativas, ela não encerra o assunto, pelo contrário, ainda há muito por pesquisar.

Ao identificarmos os desafios percebemos que este trabalho denuncia a importância de que mais pesquisadoras e pesquisadores se debrucem sobre este tema, pesquisando documentos e movimentos que dizem respeito às doulas, estas trabalhadoras potentes e desbravadoras.

Que se cheguem mais pesquisas e pesquisadoras que se comprometam em refletir sobre a prática. Sem, contudo, esquecer que prática é fundamenta para arejar a reflexão acadêmica, de forma que haja transformação. Ainda há muito por fazer e transformar! Há ainda muito por nascer.

Desejo que essa pesquisa seja uma colaboração para a doulagem no Brasil por apresentar parte da trajetória e do fazer das doulas. Neste exercício, meu desejo foi somar voz e mãos ao compromisso de tornar a doulagem cada vez mais conhecida. Isto porque sei e vivo a importância e o impacto deste fazer na cena obstétrica e na vida de quem gesta e pare. Sim, as doulas, nós, doulas, somos capazes de mudar os desfechos dos partos e nascimentos tornando-os mais sensíveis, acolhedores, respeitosos e bonitos. A doulagem é fundamental, especialmente em um tempo em que as violências obstétricas se multiplicam, seja por submeterem-se à feroz agenda capitalista, seja por ignorarem a complexidade e potência dos corpos e saberes ancestrais.

Como doula, caminho de perto com esse movimento de mulheres trabalhadoras potentes e empolgantes. Por isso, acredito que certamente encontraremos estratégias para superar os desafios, seguir construindo saberes e movimentos de insurgência e transformação. Nessa caminhada faz-se necessário repensar e construir nosso caminho e caminhar. Estamos assim, nos constituindo como trabalhadoras da saúde, combativas em relação à violência obstétrica, ao racismo obstétrico e a todas as outras formas de violações. Promovendo por meio de nosso trabalho, partos cada vez mais respeitosos, bonitos e protagonizados pelas parturientes.

Estudar, refletir, pesquisar e militar pela profissionalização da doula é parte de quem sou hoje e do que desejo: que a doulagem possa a cada dia conquistar mais espaço, sendo incluída na atenção multidisciplinar de assistência ao ciclo gravídico puerperal. Que as doulas sejam vistas como *trabalhadoulas* e distanciem-se cada vez mais dos impostos e impostores lugares de subserviência que lhes são sugeridos.

Desejo que haja uma doula para toda mulher que queira tê-la por perto e que isso seja um direito garantido e não um privilégio de quem possa pagar.

Que possamos como mulheres, honrar o legado das que vieram antes e que continuemos a semear um mundo mais justo e mais gentil, com quem pare e com quem nasce. Como sempre cantamos: “eu vim do corpo da minha mãe, ela me deu semente boa, sou plantadeira de semente boa”. Semente boa, que está no nosso paninho que acolhe, protege, aquece, dá suporte para nós e para quem experimenta de nosso cuidado. Semente boa, que está na nossa luta cotidiana e na existência humana que convive e *co-inspira* a vida em comunidade. Ninguém solta a mão de ninguém e assim a gente pare, a gente luta, a gente labuta, em comum-unidade. Não estamos sós.

REFERÊNCIAS

4º CONGRESSO NACIONAL DE DOULAS, 2018, João Pessoa. **Relatório Final do 4º Congresso Nacional de Doulas**, João Pessoa: Associação de Doulas da Paraíba, 2018.

6º CONGRESSO NACIONAL DE DOULAS, 2021, Pernambuco [online]. **Relatório Final do 6º Congresso Nacional de Doulas**, Pernambuco: Associação de Doulas da Paraíba, 2021.

ASSOCIAÇÃO DE DOULAS DO RIO DE JANEIRO. **Matriz Curricular mínima para a formação de doulas no estado do Rio de Janeiro**. Aprovado na Assembleia Geral Ordinária de 12/02/2022. Disponível em: <https://doulasrj.com.br/wp-content/uploads/2022/05/Nova-Matriz-Curricular-12.02.2022-1.pdf> Acesso em: 29 out. 2022.

AYRES, L.F.A., HENRIQUES, B.D. e AMORIM, W.M. **A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX**. *Ciênc. saúde coletiva*, vol. 23, no. 11, p. 3525-3534; Nov. 2018.

ATOS DO PODER LEGISLATIVO (Paraíba). **Lei nº 10.648 de 18 de março de 2016**. Dispõe sobre a presença de doulas durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nas maternidades da rede pública e privada. Diário Oficial do Estado da Paraíba: Atos do Poder Legislativo, João Pessoa, nº 16.078, 19 mar. 2016.

BALASKAS J. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. 2.ed. São Paulo: Graund: 2012.

BARDIN L., **“Análise de conteúdo”**, Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, N. F. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.850-850, 2006.

BIROLI, Flávia. **Autonomia e desigualdades de gênero**: contribuições do feminismo para a crítica democrática. Vinhedo: Editora Horizonte, 2013.

BIROLI, Flávia. **Divisão Sexual do Trabalho e Democracia**. Dados, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 719-754, set. 2016.

BLUMENAU. **Lei nº 7946, de 06 de fevereiro de 2014**. Dispõe sobre a presença de "doulas" durante o parto, nas maternidades situadas no município de Blumenau. 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: 01 nov. 2022.

BOURGUIGNON, A. M.; GRISOTTI, M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.27, n.2, abr.-jun. 2020, p.485-502.

BRASIL. [Projeto de Lei (2021)]. **Projeto de Lei nº 3.946, de 23 de março de 2022**. Distrito Federal: Senado Federal, 2021. 3 p.

BRASIL. **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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm Acesso em: 01 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Trabalhando com Parteiras Tradicionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações**. [s.d]. Disponível em:

<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf;jsessionid=7eRweyJRztGotHAuwoCd0o09.slave13;mte-cbo> Acesso em: 01 nov. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000**. Ministério da Saúde. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html Acesso em: 01 nov. 02.

BRENES, A. C. **Bruxas, comadres ou parteiras: a obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses**. Belo Horizonte, MG: COOPMED, 2005.

BRENES, A. C. **História da parturição no Brasil, século XIX**. Cadernos de Saúde Pública, 7(2): 135-149, 1991.

CARNEIRO, R.G. **Cenas de Parto e Políticas do Corpo**. Rio de Janeiro :Editora Fio Cruz, 2015.

CARRASCO, Cristina; BORDERÍAS, Cristina; TORNOS, Teresa (Ed.). **El trabajo de cuidados** : historia, teoria y políticas. Madrid: Catarata, 2011.

CARVALHO, P. I., et al. **Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo**. Epidemiol Serv Saúde, 29, 2020.

CELLARD A., A análise documental. In: POUPART J., et al. (Orgs.). **“A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos”**. Petrópolis: Vozes, 2008.

Código de Ética da Associação de Doulas da Paraíba. João Pessoa: Associação de Doulas da Paraíba, 2015, 2 p.

COLLINS, Patricia Hill. Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão. In: MORENO, Paula. **Reflexões e práticas de transformação feminista**. São Paulo: SOF, 2015. P. 13-42.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2021.

CRENSHAW, Kimberlé. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. **Cruzamento: raça e gênero**, Brasília, UNIFEM, p. 7-16, 2004.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.

DINIZ, C. S . G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000300019>. Acesso em: 07 out. 2022.

DINIZ, C.S.G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Dissertação (Mestrado). Dpto. De Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 1996.

DINIZ, S.G.; DUARTE, A. C. **Parto Normal ou Cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. São Paulo: editora Unesp, 2004.

DUSSEL, E. 1492: **O encobrimento do Outro**: a origem do mito da modernidade. Petrópolis: Vozes, 1993.

ESQUIVEL, Valeria. A economia dos cuidados : um percurso conceitual. *In*: JÁCOME; Márcia Laranjeira; VILLELA, Shirley (Org.). **Orçamentos sensíveis a gênero**: conceitos. Brasília: Onu Mulheres, 2012.

FADYNHA. **A doula no Parto**. 3ªed. São Paulo: Ground, 2011.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Trad. Coletivo Sycorax. Rio de Janeiro: Editora Elefante, 2017.

FEDERICI, Silvia. O Ponto Zero da Revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019.

FENADOULASBR [Correspondência]. Destinatário: Todos os leitores e leitoras. João Pessoa, 2022. 1 carta.

FERREIRA JÚNIOR, A. R. et al. **A doula na assistência ao parto e Nascimento**. Caderno HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, I; FEITAS, R. C. M; RIL, S. Y. MOVIMENTO DE DOULAS NO BRASIL: trajetória das atrizes na construção de uma cultura de não violência obstétrica. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11., 2017, Florianópolis. Anais [...] [S.L.]: **Fazendo Gênero**, 2017. p. 1-13. Disponível em: http://wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499436485_ARQUIVO_InaraFonseca_TextoCompleto_MM_FG.pdf Acesso em: 05 out. 2022.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do Saber**: São Paulo: Forense Universitária, 2002.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Editais curso de qualificação profissional de doula**. 2022. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/EDITAL%20DOULA%202022.pdf> Acesso em: 29 out. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Mapeamento de Doulas**. 2021. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/mapeamento-de-doulas> Acesso em: 29 out. 2022.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogo**. Orgs. Flavia Rios e Marcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GUIMARÃES, Nadia Araujo; HIRATA, Helena. **Apresentação: controvérsias desafiadoras**. Tempo Social, v. 26, n. 1, jun. 2014.

HEYNEMANN, T H. **Modificações e progressos na obstetrícia e ginecologia do estrangeiro e sua significação para a nossa especialidade**. Anais Brasileiros de Ginecologia 1950; 29(XV). Acesso em: 18/06/2021.

HIRATA, Helena. A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 21, p. 24-41, Jun. 2009.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 13, p. 595-609, set/dez 2007.

INSTITUTO FEDERAL DE GOIÁS. **Chamada pública nº 19/2021**. Ação de extensão – IFG/Campus Anápolis: Curso de Formação Inicial e Continuada (FIC) de Doulas. 2021. Disponível em: http://www.ifg.edu.br/attachments/article/1052/CHAMADA-PUBLICA-19_2021-FIC_DOULAS.pdf Acesso em: 29 out. 2022.

JARDIM, R.B. **Gênero e positivismo: as parteiras e o curso de Medicina em Porto Alegre**. Métis: história & cultura v.1, n1, p.239-244, jan/jun.2002.

JOÃO PESSOA (PB). Serviço Notarial e Registral Toscano de Brito. **Estatuto Social da Federação Nacional de Doulas do Brasil - FENADOULASBR**. Registro em: 04 jul. 2018.

JOÃO PESSOA. [Lei (2015)]. **Lei nº 13.080, de 27 de outubro de 2015**. João Pessoa: Prefeitura, [2015]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pb/j/joao-pessoa/lei-ordinaria/2015/1308/13080/lei-ordinaria-n-13080-2015-permissao-da-presenca-de-doulas-durante-todo-o-ciclo-gravidico-puerperal-acompanhamento-de-consultas-e-exames-do-pre-natal-trabalho-de-parto-e-pos-parto-que-tenha-sido-solicitado-pela-gestante>. Acesso em: 12 jan. 2023.

JOÃO PESSOA. **Edital SEPPM, de 22 de julho de 2019**. Processo seletivo para formação teórica e prática de doulas comunitárias voluntárias e educadora perinatal. 2019. Disponível em: <https://transparencia.joaopessoa.pb.gov.br:8080/editais/visualizar-arquivo?id=277> Acesso em: 29 out. 2022.

LEÃO, V.M.; OLIVEIRA, S.M.J.V. O papel da doula na assistência a parturiente. **Revista Mineira de Enfermagem – REME**; vol. 10,no.1.p.24-29. 2006. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/380> Acesso em: 05 out. 2022.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

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

MARTINS, A. P. V. **Visões do Feminismo: a medicina da mulher no sec XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2004.

MATTA, G. C. **Medicalização e Gestão dos cuidados em Saúde. Saúde & Transformação Social/ Health & Social Change**. p. 37-42, 2013.

MELO, V. H. D. **Evolução histórica da obstetrícia. A marginalidade social da parteiras e da mulher**. 1983. 166 p. Tese para obtenção do título de Mestre

MENDES GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. D. S. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. In: DESLANDES, SUELY FERREIRA, *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade** v.1 Petrópolis, 1998., p.9-28.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. rev. e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação-Geral de Demandas de órgãos Externos da Atenção Primária. Nota Técnica Nº 96/2022 de 10 de novembro de 2022. Trata-se de orientação técnica e legal acerca da participação da doula no trabalho de parto em hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**, 2022.

MOLINIER, Pascale. O ódio e o amor, caixa preta do feminismo? Uma crítica da ética do devotamento. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 16, p. 227-242, dez. 2004.

MOLINIER, Pascale; LAUGIER, Sandra; PAPERMAN, Patricia. **Qu'est-ce que lecare?** Soucidesautres, sensibilité, responsabilité. Paris: Payot, 2009.

MORENO, M.; PIMENTEL, E. A violência obstétrica como violação dos direitos humanos das mulheres: uma perspectiva interseccional. **Revista Esmal**. nº 05. Maceió, 2020.

NAGAHAMA E.E.I. ; SANTIAGO S.M. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Cien SaudeColet 2005; p. 651-657. Acesso em: 18/06/2021.

NAGASHIMA, A. M. S; GOMES, A. L. C. **O Feminino Aprisionado, Patologizado e Medicalizado: Impactos na Saúde Mental das Mulheres**. In: AMARANTE, Paula; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de, (orgs). **Patologização e medicalização da vida: espistemologia e política**. São Paulo, Zagodoni, 2018.

NOVAIS, F. **História da vida privada no Brasil: cotidiano e vida privada na América Portuguesa**, v. 1; São Paulo; 2018.

ODENT M. **O Renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain; 2002.

OLIVEIRA, M. M., “**Como fazer Pesquisa Qualitativa**”. Petrópolis, RJ:Vozes, 2007.

OLIVEIRA, Renato. **A Concepção De Trabalho Na Filosofia Do Jovem Marx E Suas Implicações Antropológicas**. 2010.

OLIVEIRA, W. F. **Medicalização da vida: Reflexão sobre sua Produção Cultural**. In: AMARANTE, Paula; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de, (orgs). **Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política**. São Paulo, Zagodoni, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternidade Segura- assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, OMS, 1996.

PACHECO, V. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 13, Mai. 2016. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/161/a-cor-da-dor-iniquidades-raciais-na-atencao-pre-natal-e-ao-parto-no-brasil>. Acessos em: 20 Jun. 2022.

PÍCOLE, R. P. et al. Mortalidade materna segundo raça/cor. Mato Grosso do Sul, 2017. **Bras. Saúde Materno-Infantil**, 17 (4), 739-747.

PISCITELLI, Adriana. Gênero: a história de um conceito. In: ALMEIDA, Heloisa Buarque de; SZWAKO, José Eduardo (Orgs.). **Diferenças, igualdade**. São Paulo: Berlendis&Vertecchia, 2009. P. 118-146.

PRIORE, M. D. **História da Gente Brasileira**. v1. São Paulo: Leya, 2016.

PRIORE, M. D. **História da Gente Brasileira**. v2. São Paulo: Leya, 2016.

QUITANILLA, R. M. P; ROSALEN, A. R. **Importância histórica e atual das parteiras**. In: SABATINO, Hugo (org.) **Atenção ao Nascimento Humanizado Baseado em Evidências Científicas**. Manaus, AM: Grafisa, 2014.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. Interface Comunic., **Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. Interfaces, Comunicação e Saúde educação, 13, sulpl. 1: 759-768, 2009.

RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, Corina. La cuestión del cuidados : ¿El eslabón perdido de la análisis económico? **Revista CEPAL**, n. 106, p. 23-36, abr. 2012.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **A Mulher na sociedade de classes**. 3. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2013.

SANTOS, ALMEIDA M. **Germinal: marxismo e educação em debate**, Salvador, v.14, n.2, p.228-244, ago. 2022.

SANTOS, D. S.; NUNES, I. M. Doulas na atenção ao parto: Assistência de profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 582-588, set. 2009.

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

SILVA, R. M. et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2012, v. 17, n. 10 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000026>. Acesso em : 10 out. 2022.

SOUZA, Danielle Andrade. "**IlítiaCiborguina**": o parto ativo à luz da atuação de parteiras e doulas brasileiras nos medias digitais. 2018. f. Tese (Doutorado em ciências da comunicação)- Universidade nova de Lisboa.

SOUZA, J. P. **A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030)**. RevBrasGinecol Obstet., 37 (12), 549-51, 2015.

SOUZA, K.R.F.; DIAS, M.D. **História oral**: a experiência das doulas nOs cuidados à mulher. Acta paul. enfermagem, vol.23, no.4. p.493-499. 2010.

THIS, BERNARD. **O pai: ato de nascimento**. ed. Porto Alegre: Artes Médicas,. v.6. 250 p. 1987 Terramar, 1990.

TUA SAÚDE. **Episiotomia**: o que é, quando é indicada e possíveis riscos. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/episiotomia/> Acesso em: 01 nov. 2022.

WEBER, B. **As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-grandense, 1889/1928**.Tese (Doutorado) – Unicamp, Campinas, 1997.

WHO. World Health Organization. 2015. **Trends in maternal mortality**: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Groupandthe. United Nations Population Division. Geneva.

ZELIZER, Viviana. Dualidades perigosas. **Mana**, v. 15, n. 1, p. 237-256, 2009.

APÊNDICE A –PROTOCOLO DE ANÁLISE DE DOCUMENTO

Documento 01
DOCUMENTO: Nota Técnica Nº 96/2022 do Ministério da Saúde sobre atuação das Doulas
DATA DE EMISSÃO: 10/11/2022
<p>INFORMAÇÕES GERAIS: A Nota Técnica (NT) trata da orientação técnica e legal acerca da participação da doula no trabalho de parto em hospitais do Sistema Único de Saúde – SUS. Considerando que SUS possui gestão tripartite (9º lei 8.080/90), os estados e o Distrito Federal têm expedido normas acerca do acompanhamento de parturientes por doulas. Neste escopo a NT propõe orientar quanto à presença da doula em unidades de saúde públicas.</p>
<p>A CATEGORIA TRABALHO NO DOCUMENTO:</p> <p>- A palavra trabalho apareceu nove vezes na NT, todas elas referindo-se à experiência da parturição, a saber: <i>trabalho de parto</i>.</p> <p>- Para mencionar o trabalho realizado pelas doulas foram utilizadas as seguintes palavras:</p> <p>a) serviços foi mencionada duas vezes como sinônimo de trabalho. Esvazia a relação com trabalho qualificado.</p> <p>b) atuação aparece uma vez fazendo alusão a presença da doula na cena obstétrica.</p> <p>c) tarefa mencionada uma vez fazendo alusão ao trabalho das doulas</p> <p>d) presença amiga constante aparece uma vez para descrever as atribuições das doulas</p> <p>O impacto do uso dessas palavras para descrever o trabalho das doulas, desassocia essas atividades do sentido de trabalho. Isto se torna um empecilho para o reconhecimento profissional. No contexto desse documento as doulas não foram consideradas trabalhadoras ou profissionais e foram apresentadas como mulheres que servem. Seu trabalho foi considerado como natural à condição de mulher.</p> <p>- A nota menciona e encerra as doulas à condição de mulher que serve, apontando este como o único lugar possível para essas trabalhadoras, relacionando-as com a historicidade do termo <i>doula</i>, cujo trabalho era realizado por mulheres-mães experientes, reafirmando que na atualidade, a atividade realizada pelas doulas permanece com o mesmo princípio de serviço e subserviência do passado. Por isso, a NT estabelece que essa ocupação não deve ser considerada como prestação de serviço, só podendo ser exercida no contexto do SUS de</p>

forma comunitária e voluntária, condicionada à permissão da equipe médica e orientada pela prática de rotina adotada por tal equipe.

A CATEGORIA CUIDADO NO DOCUMENTO:

- A palavra cuidado é mencionada na NT apenas uma vez para afirmar que a atividade da doula compõe o auxílio no cuidado com o recém-nascido. No entanto, a ideia de cuidado também aparece na palavra *apoio*, como destacado abaixo:

“Sua **função é exclusivamente de apoiar a parturiente**, já que sua ocupação não requer qualquer qualificação de ensino superior (Brasil, 2022, p.1- grifo da pesquisadora) ”

- Na citação acima, é possível perceber também que a NT não reconhece as atividades laborais realizadas pelas doulas como trabalho desenvolvido a partir de um saber qualificado e, portanto, passível de legitimidade que garanta autonomia profissional para atuar. Para NT o saber que autoriza é apenas o ensino superior, ela não leva em consideração as formações proporcionadas para doulas no Brasil oferecida pelo SUS. Conforme a pesquisa realizada pelo Fio Cruz (2021), 98% das doulas receberam formação específica para atuarem e este saber, mesmo sendo qualificado, não é, portanto, valorizado na NT.

A CATEGORIA INTERSECCIONALIDADE NO DOCUMENTO:

- A palavra interseccionalidade não aparece na NT. Entretanto, a construção da linguagem do documento aponta a masculinização dos profissionais da medicina e da enfermagem ao se referir a estes apenas no masculino, enquanto que a referência aos sujeitos da doulagem, aparece somente no feminino. A escolha por essa maneira de descrever evidencia como as mulheres são invisibilizadas no âmbito profissional, mesmo quando se trata de uma categoria com expressiva presença feminina como é a enfermagem. Isso tem direta relação com a condição de gênero.

-Ao descrever as doulas somente no feminino a NT demonstra como o marcador de gênero situa as mulheres em determinados lugares na divisão sexual do trabalho, relacionando-as imediatamente com as dimensões do cuidado, como se isso fosse uma disposição natural à condição de mulher.

- As ocupações relacionadas ao cuidado têm a majoritária atuação das mulheres, entre estas, as principais são as mulheres negras, como aponta Hirata (2010). A dimensão de classe

imbrica-se nessa relação e se manifesta ao relegar para essas trabalhadoras o lugar de subalternidade em relação outros atores da cena obstétrica.

A CATEGORIA PROFISSÃO:

- A palavra profissão não aparece na NT nenhuma vez.
- A NT menciona o Código Brasileiro de Ocupações - 3221-35 que inscreve a doula como técnica. Esse código foi tomado pela NT como justificativa para que a doulagem não pudesse ser considerada como profissão. Para NT as doulas não podem ser consideradas como profissionais que compõem a equipe de saúde porque não possuem qualificação profissional. Sendo assim, não estão aptas para atuar no ambiente de trabalho de parto.
- A NT aponta que a doulagem em sua prática se aproxima da atividade de *coaching*. Essa compreensão sobre a doulagem demonstra desconhecimento sobre este trabalho que envolve processo de educação.
- A doulagem, por não possuir código de ética e conselho profissional que regule o serviço, não poder ser vista como uma profissão.
- Essa NT apesar de assumir um posicionamento desfavorável em relação à atuação das doulas, ela demonstra haver uma preocupação dos órgãos reguladores da saúde sobre os profissionais que podem atuar nas instituições públicas de assistência ao parto. Nesse sentido ela cumpre uma função regulamentadora importante e necessária. Entretanto no caso das doulas, a NT não levou em consideração a posição da OMS (1996) sobre a atuação dessas profissionais como um dispositivo para humanização do parto. Ao desconsiderar esses aspectos em um documento tão importante, reforçam os impeditivos para a o reconhecimento profissional das doulas.
- Em seus argumentos, a NT não considerou que o SUS já tem fortalecido e fomentado doulagem no Brasil propondo formação e abrindo espaço para atuação das doulas em programas importantes como a Rede Cegonha. Este que foi fruto do comprometimento do Brasil para diminuir a incidência de mortes maternas e melhorar os indicadores do parto. (FONSECA; FREITAS; RIL, 2017).

A abordagem sobre a doulagem na NT suscita o seguinte questionamento: a que modelo de assistência ao parto interessa tal posicionamento?

Parecer da pesquisadora:

A NT se constitui em mais um dos muitos desafios postos para as doulas do Brasil. A maneira como foi construída os seus argumentos em relação às doulas, ratifica o que já foi apontado nessa pesquisa sobre a centralidade médica na regulação da saúde e na assistência obstétrica. Tal centralização implica em tensionamento entre os paradigmas de assistência ao parto: o pautado pelas boas pratica e o orientado pela hiper instrumentalização.

O documento não colabora positivamente com o processo de profissionalização das doulas, porque não reconhece suas atribuições como trabalho. Define que apenas profissionais da enfermagem e da medicina são qualificados(as) para atuar no parto, negando a importância da assistência das doulas e confundindo-as com acompanhantes, papel que cabe aos familiares.

Diante disso, se reforça a necessidade da profissionalização das doulas para que estas possam ter autonomia para trabalhar no cenário obstétrico, sendo uma categoria profissional legitimada e reconhecida, orientadas pelo seu próprio código de ética e conselho profissional.

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ANÁLISE DE DOCUMENTO

Documento 02**DOCUMENTO: CARTA FENADOULASBR E ENTIDADES PARECEIRAS****DATA DE EMISSÃO:** 12 /11/2022

INFORMAÇÕES GERAIS: A carta FENADOULAS e entidades parceiras foi a resposta crítica à Nota técnica Nº 96/2022 do Ministério da Saúde sobre atuação das Doulas. Ainda que o documento não tenha sido datado, ela foi publicada um dia depois da publicação da NT. Esta carta teve como objetivos: explicitar a atuação das doulas como força de trabalho; descrever o sentido e a trajetória da atuação das doulas; destacar a relevância do trabalho doulagem para a assistência ao parto no SUS, afirmando que “a restrição do trabalho das doulas implicará em prejuízo para as usuárias do SUS” (FENADOULASBR, 2022, p.1).

A carta foi construída e assinada coletivamente por entidades relacionadas à doulagem no Brasil: FENADOULAS - ADOSP - ADPB - ADOBA - ADOCE - ADOUPAR - ADOPE - ADOSC - ADOULAGO -ADOULES - ADOULASRJ - ADOMATO - ADOMS - ADOSUL - APD - ASDOULAS – Minas de Doulas - Associação de Doulas Solidárias.

A CATEGORIA TRABALHO NO DOCUMENTO:

- A palavra trabalho é mencionada sete vezes neste documento e todas elas se referem às atividades laborais desenvolvida pelas doulas. O termo trabalho no documento foi usado para ressignificar a ideia de doulagem como ofício e para propor o deslocamento deste fazer do lugar de subjugação e da ideia de serviçal.
- Neste documento a doulagem é compreendida como força de trabalho. Ela abarca atuações educacionais, de promoção de saúde e de bem estar social.
- O trabalho das doulas foi considerado como instrumento agregador na equipe multiprofissional, reconhecido pelo seu benefício para experiência da parturição e para a melhoria dos indicadores sobre o parto.

A CATEGORIA CUIDADO NO DOCUMENTO:

- A palavra cuidado aparece seis vezes no singular e três vezes no plural. Cuidado no singular vem agregado das palavras: saúde (cuidado em saúde); trabalho (trabalho e cuidado); obstétrico (cuidado obstétrico). O plural, cuidados está conectado às expressões: crianças (cuidado com as crianças); saúde (cuidados em saúde); tarefas domésticas (cuidados com as tarefas domésticas). Em todas as expressões de cuidado pode-se entender a ideia de trabalho, de atividades laborais.
- A carta discute como historicamente as ações de cuidado são desvalorizadas e sempre atribuídas às mulheres. Esta discussão sustenta a problematização que a carta provoca a respeito da desvalorização do cuidado em saúde promovido pelas doulas:

“Trabalho de cuidado é desqualificado, mal pago ou não remunerado. Cuidado considerado enquanto dimensão do trabalho menos visibilizados, atribuídos as mulheres por razões históricas e culturais e atrelados à condição de natureza feminina, usado em favor do poder econômico.” (FENADOULAS, 2022, p.1)

- A carta considera a doulagem como dimensão do “cuidado em saúde” e define este cuidado como: “o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social –, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas” (FENADOULASBR, 2022).
- Na carta destaca-se a doulagem como uma tecnologia leve e inovadora de cuidado: “A doula é considerada uma tecnologia leve e inovadora no cuidado em saúde, recomendada por organismo e instituições no mundo todo” (FENADOULASBR, 2022).

Ao classificar o trabalho realizado pelas doulas como cuidado esse documento avança significativamente na compreensão de cuidado como trabalho, dimensão pouco vista e valorizada. A sociologia do trabalho avança ao perceber que os cuidados têm um papel fundamental dentro do processo produtivo na sociedade. Mesmo não produzindo uma mercadoria palpável, o cuidado faz parte do processo econômico, pois além de existir um processo de compra e venda de força de trabalho, é também através dos cuidados que se garante a existência humana.

A CATEGORIA INTERSECCIONALIDADE NO DOCUMENTO

- A palavra interseccionalidade não aparece no documento.
- O marcador de diferença que aparece no documento é gênero, referindo-se às mulheres e pessoas grávidas. A palavra mulher aparece quatro vezes no plural e duas vezes no singular. A palavra pessoa grávida aparece uma vez no plural e uma vez no singular. Ao que parece o documento ao utilizar a expressão mulher/pessoa grávida inclui outros corpos que gestam: “A Doula não realiza ou interfere em procedimentos técnicos do parto, ela estimula a decisão informada das pessoas, no que constitui três pilares fundamentais da humanização em saúde: acesso à informação baseada em evidências científicas atualizadas, promoção da autonomia e protagonismo da mulher/pessoa grávida ou casal, e diálogo com profissionais de saúde na assistência técnica” (FENADOULASBR, 2022, p1).
- Ainda referente a gênero, a carta discute a precarização do trabalho das mulheres, especialmente nas atividades de cuidado, como já mencionado na análise da categoria cuidado. A maioria das pessoas que trabalham como doula são mulheres, o gênero neste caso comparece localizando-as histórica e culturalmente em condições de subalternidades nas relações de trabalho. Isto porque tais relações, inscritos na dimensão do cuidado, são naturalizadas e por consequência desvalorizadas. Quando na verdade são imprescindíveis para a sustentação da economia. O reconhecimento desses fatores neste documento demonstra o avanço da compreensão dos entraves ideológicos enfrentados pelas doulas para sua atuação e regulamentação profissional.
- A carta ao considerar as doulas como trabalhadoras rompe com o sentido de mulher que serve, como está contido no significado da palavra *doula*, ideia presente explicitamente na Nota Técnica.

- A palavra classe aparece duas vezes, mas apenas como sinônimo de categoria profissional. No entanto, classe como marcador social da diferença aparece ao descrever as usuárias do SUS oriundas das mais diversas realidades sociais, destacando que essas usuárias terão sua assistência prejudicada à medida que o trabalho da doula é restrito:

“Orientar a restrição do trabalho da doula na atualidade dentro do âmbito do SUS, ou recomendar sobretudo um recorte dessas profissionais dentro da classe, é portanto, privar as mulheres e usuárias do nosso sistema único de saúde, que são egressas das mais **diversas realidades sociais**, de um direito reprodutivo e sexual legítimo que se resume na garantia a uma humanização integral da assistência ao parto e nascimento no nosso país, incluindo o trabalho das doulas que genuinamente já fazem parte da equipe de assistência ao parto e nascimento, com documentados e inúmeros benefícios associados e ausência vigente de malefícios a respeito da sua atuação” (FENADOULASBR, 2022, p.1 – grifo da pesquisadora).

- O marcador social da diferença, denominado raça não aparece nos textos, mas vale destacar que quando a carta trata das usuárias do SUS, advindas de realidades sociais diversas, como destacado acima, essas mulheres usuárias do SUS, em sua maioria são mulheres da classe trabalhadora, especialmente mulheres negras. A restrição da doulas no SUS influi negativamente na experiência de parto das mulheres negras, essas que são as principais vítimas da violência obstétrica e do racismo obstétrico.

A CATEGORIA PROFISSÃO:

A palavra profissão não aparece no texto. A palavra que aparece com sentido próximo à categoria profissão, destacada nesta pesquisa, é profissionalização. Ela aparece apenas uma vez no momento em que a carta defende a profissionalização das doulas:

“Defendemos e caminhamos para a profissionalização do trabalho da doula, para que nossa classe ocupe todos os espaços onde estiverem mulheres, casais, pessoas grávidas, famílias e comunidades que queiram e necessitem da potência histórica do trabalho das doulas (FENADOULASBR, 2022, p.2)”

A defesa da profissionalização expressa neste documento demonstra a urgência desta pauta para as doulas, que têm tido a sua presença limitada e tensionada nas equipes multiprofissionais. Essa questão afeta as doulas enquanto trabalhadoras e também as usuárias dos seus serviços, que têm negado o direito de ter a assistência da doula.

Parecer da pesquisadora

- A carta é um documento assinado por diversas entidades representantes de doulas, ela expressa a unidade predominante entre a categoria na busca pelo reconhecimento e valorização profissional, tendo como pressuposto que a doulagem é trabalho. Essas entidades atualmente tem assumido a função reguladora e organizadora da profissão diante da inexistência Lei Federal de regulamentação profissional.
- A carta demonstra a preocupação da categoria em defender a sua atuação no SUS, como parte da equipe multiprofissional, devidamente reconhecidas, sem a condicionalidade de voluntariado. Com isso, ela aponta de forma implícita, para a necessidade de tornar a doulagem uma política pública, para que as profissionais possam ser valorizadas e se seu trabalho possa alcançar as usuárias do SUS.
- A carta da Fenadoulasbr, é um documento importante para a categoria de doulas porque inscreve a doulagem como uma dimensão do trabalho de cuidado, inovadora, pautado pela tecnologia leve em saúde, e saberes ancestrais, que envolve processo de educação, importante para a assistência a gestação. Este documento contribui para superação da visão romantizada que interfere na compreensão da doulagem, e ao mesmo, tempo retira-a do lugar de subserviência em relação as demais profissões.

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ANÁLISE DE DOCUMENTO

Documento:03
DOCUMENTO: LEI N° 13.080 - Lei municipal de doulas – João Pessoa- PB .
DATA DE EMISSÃO: 09/11/2015
INFORMAÇÕES GERAIS: <p>LEI N° 13.080, 27 de outubro de 2015.</p> <p>A lei municipal de doulas trata a respeito da permissão da presença das doulas nas maternidades e estabelecimentos de saúde da rede pública e privada do município de João Pessoa - PB. Propondo que as doulas pudessem atuar durante todo ciclo gravídico, no parto e no puerpério, assim como no acompanhamento de consultas e exames do pré natal, desde que tenha sido solicitada pela gestante.</p> <p>Lei de autoria do então vereador Flavio Eduardo Maroja (Fuba)</p>

A CATEGORIA TRABALHO NO DOCUMENTO:

A palavra trabalho foi mencionada duas vezes nesta Lei, em todas elas para se referir ao trabalho de parto.

Para se referir ao trabalho das doula a lei mencionou:

Presença da doula duas vezes

Serviço uma vez

Atividade duas vezes

- a lei propôs que o serviço da doula na rede pública deva ser de forma voluntária.

- À doula deve registrar todas as atividades desenvolvidas e a maternidade deve proporcionar condições para que as doulas exerçam suas atividades junto as gestantes.

A menção ao trabalho das doulas como serviço e atividade pode ser compreendido na categoria trabalho. Contudo, condicionar a doulagem no serviço pública ao voluntariado demonstra a não valorização da doulagem por sugerir a execução de um trabalho sem a devida remuneração. (JOÃO PESSOA, 2015)

A CATEGORIA CUIDADO NO DOCUMENTO:

A palavra cuidado não foi mencionada nesta lei.

A menção mais próxima dessa categoria foi: “prestar suporte à gestante”, que foi mencionada uma vez.

A oferta deste suporte compreende a dimensão do trabalho de cuidado realizado pelas doulas e nesta lei foi respaldado pelo CBO que as doulas prestam suporte às gestantes.

A CATEGORIA INTERSECCIONALIDADE NO DOCUMENTO:

A palavra interseccionalidade não apareceu neste documento, assim como não pareceu a palavra gênero e raça.

A palavra classe foi mencionada uma vez como sinônimo de categoria profissional no seguinte trecho:

“A Secretaria Municipal de Saúde deverá comunicar às diretorias de hospitais públicos e privados, aos sindicatos, associações, órgãos de classe dos médicos ou entidades similares de serviços de saúde, a partir da publicação da presente lei, para seu cumprimento e responsabilidade.” (JOÃO PESSOA, 2015, p.1)

Apesar destas palavras não comparecerem nesta lei, ela objetiva garantir o direito de mulheres doulas poderem atuar nas instituições de saúde e de mulheres e pessoas que gestam ter direito a acessar os serviços prestados pelas doulas. Nesse sentido pode -se compreender o marcador de gênero.

A CATEGORIA PROFISSÃO:

A palavra profissão não foi mencionada nesta lei.

A palavra próxima usada foi profissionais, mencionada uma vez para se referir as doulas:

Para os efeitos desta lei e em conformidade com a qualificação da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), código 3221-35, **doulas são profissionais** escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes, que "visem prestar suporte à gestante", com certificação ocupacional em curso para essa finalidade.” (JOÃO PESSOA, 2015, p.1 – grifo da pesquisadora.)

A partir do CBO, a lei referiu-se as doulas como profissionais, isso demonstra o avanço no reconhecimento da doula a partir do crivo da profissionalidade que pressupõe formação qualificada, usando esse marco regulador de maneira favorável para categoria.

Parecer da pesquisadora:

Essa lei foi importante para doulas porque através dela, puderam ter legitimidade para atuar nas unidades de saúde públicas e privadas do município de João Pessoa.

Essa legislação favorece o processo de profissionalização porque reconhece a doulagem a partir da profissionalidade, essa que pressupõe qualificação, justificando esse posicionamento a partir do Código Brasileiro de Ocupação (3221-35) que se refere as doulagem. Apesar desse posicionamento, ao propor que nos serviços públicos a doula só poderá atuar de maneira voluntária, esse aspecto da lei não favorece a valorização do trabalho das doulas. O que poderá se tornar um empecilho na luta das doulas por espaço de trabalho

no serviço público devidamente remunerado. Outro aspecto que pode ser comprometedor é uso da expressão “presença da doula” para se referir a sua atuação junto as gestantes, porque pode incorrer no risco de confundir a atuação das doulas com a presença dos acompanhantes.

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ANÁLISE DE DOCUMENTO

Documento: 04
DOCUMENTO: Lei Estadual de Doula – Paraíba Lei Nº 10.648
DATA DE EMISSÃO: 18/03/2016
<p>INFORMAÇÕES GERAIS:</p> <p>A Lei Estadual de doulas dispõe sobre a obrigatoriedade da permissão da presença das doulas nas maternidades públicas e privadas do estado da Paraíba, que realizam procedimentos obstétricos. Considerando que as doulas são profissionais, que atuam a partir da certificação ocupacional do CBO (3221-35) mediante a livre escolha das gestantes.</p> <p>Essa lei foi criada pelo então deputado Anísio Maia.</p>
<p>A CATEGORIA TRABALHO NO DOCUMENTO:</p> <p>A palavra trabalho foi mencionada quatro vezes. Duas vezes para se referir ao “trabalho de parto” e duas vezes para se referir aos “instrumentos de trabalho” das doulas.</p> <p>- a lei se refere a atuação das doulas como “presença da doula” conforme a citação:</p> <p>“Dispõe sobre a presença de doulas durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nas maternidades da rede pública e privada do Estado da Paraíba.” (JOÃO PESSOA, 2016, p.1)</p> <p>A escolha por essa designação, assume uma conotação passiva, incorrendo no risco de confundir essa presença com a do acompanhante, apesar da lei esclarecer que o acompanhamento da doula não deva se confundir com o direito da gestante ter acompanhante.</p>
<p>A CATEGORIA CUIDADO NO DOCUMENTO:</p> <p>- A palavra cuidado não é mencionada na Lei</p>

- A expressão que se adequa a categoria do cuidado mencionada na Lei é:

“prestar suporte contínuo a gestante” (JOÃO PESSOA, 2016, p1)

- Ao descrever que a doulagem atua disponibilizando cuidado contínuo, informa a peculiaridade da profissão, respaldando essa atribuição em conformidade com o (CBO 3221-35). Usando esse marco regulador da doulagem de modo a favorecer a atuação das profissionais.

A CATEGORIA INTERSECCIONALIDADE NO DOCUMENTO:

A palavra interseccionalidade não aparece na Lei. Assim como as palavras gêneros, raça e classe que também não foram mencionadas.

Essa lei não menciona explicitamente os marcadores que correspondem a categoria da interseccionalidade, contudo ela se direciona para mulheres trabalhadoras e mulheres que gestam e parem podendo ser compreendida a partir perspectiva de gênero.

A CATEGORIA PROFISSÃO:

A palavra profissão não aparece nessa Lei.

A palavra profissionais, foi o termo mais próximo de profissão. Ela foi utilizada para se referir as doulas, ao mencionar o CBO para justificar a profissionalidade das doulas.

“Para os efeitos desta Lei, e em conformidade com a qualificação da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO (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.” (JOÃO PESSOA, 2016.p1)

- O uso do CBO para justificar a atuação profissional das doulas é relevante, porque ao mencioná-lo ela progrida nomeando as doulas como profissionais.

Ao descrever as doulas como profissionais, a lei trata a doulagem a partir um fazer qualificado.

Parecer da pesquisadora:

Essa lei é importante para as profissionais doulas, porque através dela puderam ter legitimidade para atuar no Estado da Paraíba. Sendo, portanto, uma alternativa para a categoria garantir espaço para desenvolver sua profissão, diante da ausência de regulamentação profissional.

Esse documento, ao considerar o CBO (3221-35), destacou aspectos relevantes sobre a atividade laboral desenvolvida pela doulas e a considerou como profissionais qualificadas para dar suporte contínuo à gestante, usando esse marco regulatório de maneira favorável. Tais especificações são importantes para que as doulas não sejam confundidas com demais profissionais que atuam na atenção às gestantes e ao parto.

O aspecto problemático dessa lei foi a uso da expressão “presença da doula” para tratar sobre sua atuação profissional, essa expressão possui uma conotação passiva, o que não é interessante para essas trabalhadoras, porque pode incorrer no risco de confundir a atuação profissional da doula com a presença do acompanhante.

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ANÁLISE DE DOCUMENTO

Documento: 05
DOCUMENTO: Lei Federal da Profissionalização das Doulas
DATA DE EMISSÃO: 23/03/2022
<p>INFORMAÇÕES GERAIS: O PL 3946/2021 dispõe sobre o exercício da profissão de doulas em todo território nacional.</p> <p>O PL trata do livre exercício da profissão de doulas em todo território nacional, em todos os estabelecimentos da rede pública ou privada que realize procedimentos obstétricos, por solicitação da pessoa grávida. Destaca inicialmente que a doula é a profissional que oferece suporte físico, emocional e informacional à pessoa gestante em todas as fases do ciclo gravídico puerperal.</p> <p>Considera que a profissão de doula é assegurada às pessoas portadoras do diploma de ensino médio com a qualificação profissional específica em doulagem com no mínimo 120h, ou que já exerça a função de doula a pelo menos três anos, comprovadamente.</p> <p>A lei reconhece a doula como profissional da saúde que compõe a equipe multiprofissional de assistência ao parto, propõe que a doula integre as equipes de saúde na atenção básica, destacando que ela não substitui nenhum outro profissional.</p>

Foi proposta pela então Senadora Mailza Gomes.

Esse PL ainda não foi sancionado mas, já foi aprovado no Senado Nacional

A CATEGORIA TRABALHO NO DOCUMENTO:

- A palavra trabalho aparece quatro vezes, sempre se referindo ao trabalho de parto. Nenhuma vez foi mencionada para se referir a doulagem.

- “A presença da doula” foi mencionada três vezes, referindo-se que a sua atuação é permitida mediante a livre escolha da pessoa gestante, em qualquer situação, sem que implique em custos para o estabelecimento e substituição do acompanhante.

- “Atuação das doulas”, foi mencionada uma vez, para informar que esta, não substitui outros profissionais que prestam assistência à gestantes, à parturiente e puérperas.

Os trabalhos desenvolvidos pelas doulas elencados na lei foram:

-Incentivar e facilitar a busca por informações qualificadas para pessoas gestantes;

-Orientar e informar as pessoas gestantes sobre as possibilidades de posições para o parto, utilizar e informar sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor.

- estimular a presença e participação do acompanhante

A descrição dessas atividades estão de acordo com o que a doulagem se propõe a realizar na dimensão de seu trabalho, a mencioná-los o PL especifica as atribuições das doulas, o que contribui para que não seja confundida com demais profissionais.

A CATEGORIA CUIDADO NO DOCUMENTO:

- A palavra cuidado foi mencionada apenas uma vez para se referir ao cuidado que as doulas devem ter com recém-nascido.

-O termo mencionado que se aproxima da categoria do cuidado foi “apoio” na seguinte citação: “doula é a profissional que oferece apoio, físico, informacional e emocional a pessoa gestante” (BRASIL, 2022,p.1)

- O apoio oferecido pelas doulas faz parte do trabalho de cuidado compreendido na doulagem, nesse sentido descreveu de maneira adequada no que consiste o apoio oferecido na doulagem.

A CATEGORIA INTERSECCIONALIDADE NO DOCUMENTO:

- A palavra interseccionalidade não aparece na lei.
- As palavras gênero, raça e classe não foram mencionadas.
- a expressão “pessoa grávida”, foi mencionada trezes vezes, referindo-se aos corpos que gestam, sem especificação do gênero, nenhuma vez foi mencionada a expressão “mulher”.

A opção por uma linguagem neutra, com o objetivo de contemplar todas pessoas que gestam, demonstra nesta lei o reconhecimento da diversidade de corpos que podem ser atravessados pela experiência da gestação, parto e puerpério. Esse reconhecimento é importante para que a saúde reprodutiva possa ser mais inclusiva e abrangente. Entretanto, ainda se faz necessário a utilização do termo mulher, porque historicamente elas são a grande maioria das pessoas que gestam e parem.

É importante destacar a ausência da especificação de gênero, raça e classe no documento, nesse sentido, a interseccionalidade enquanto categoria de análise descortina essas ausências e reivindica a justa representação.

A CATEGORIA PROFISSÃO:

- A palavra profissão apareceu quatro vezes, sempre usada para se referir a “profissão de doula”.
- A palavra profissional foi mencionada três vezes referindo-se a doulas.

“ O exercício da profissão de doula é assegurado: aos portadores de diploma de ensino médio e de curso de qualificação profissional específica em doulagem” (BRASIL, 2022)

Ao destacar a doulagem como profissão, decorrente de qualificação específica, esse PL avança significativamente na compreensão de que esse trabalho não é inato às mulheres, mas que ele é decorrente de formação.

Parecer da pesquisadora:

- O PL reconhece a profissão da doula, tendo como objetivo legitimar em todo território nacional o livre exercício da doulagem. Essa lei imprescindível para categoria porque além

de definir legalmente o exercício da profissão, estabelece os requisitos, as competências e as habilidades que as profissionais devem ter.

-O PL estabelece como requisito que o exercício da profissão é garantido a pessoas com ensino médio e curso de qualificação específico em doulagem, esse critério é relevante porque trata a doulagem como um trabalho qualificado, exercido mediante a formação e não uma condição inata às mulheres.

-Ao definir as atribuições das profissionais, o PL delimita a área de atuação das doulas, apresenta as especificidades de sua profissão, demarcando o seu lugar na equipe multiprofissional. Isso é importante para que a sociedade saiba com clareza qual é a função da doula. Esse PL é um marco legal significativo no âmbito do reconhecimento profissional, contudo, não trata sobre a jornada de trabalho e sobre as questões salariais, quesitos importantes no estabelecimento de relações trabalhistas.

Documento: 06

DOCUMENTO: Código de Ética da Associação de Doulas da Paraíba

DATA DE EMISSÃO: 2015

INFORMAÇÕES GERAIS:

O código de ética da Associação de doulas da Paraíba, tem como objetivo orientar as doulas associadas sobre as normas comportamentais que devem pautar as relação com as clientes, com ambiente de trabalho e a sociedade, bem como definir as suas respectivas atribuições e responsabilidades.

O código contém os seguintes tópicos: a) regras de conduta; b) responsabilidade ética com clientes; c) responsabilidade ética com seus colegas; d) responsabilidade ética com a profissão de suporte no trabalho de parto; e) responsabilidade ética com a sociedade.

O código diz que as doula deve manter altos padrões de conduta pessoal como provedora de apoio ao trabalho de parto.

Na atuação durante o parto as doulas devem preservar os valores éticos e missão da profissão. E sempre alinhar a sua atuação de acordo com os valores da Associação de doulas da Paraíba, que defende que cada mulher deva ter uma doula ainda que isso implique em redução do valor ou a oferta do serviço de forma gratuita sempre que for possível. Cabendo às doulas ser canal de promoção da saúde de mulheres, bebês, famílias e amigos.

A CATEGORIA TRABALHO NO DOCUMENTO:

-A palavra trabalho foi mencionada cinco vezes no código de ética, todas elas referindo-se ao trabalho de parto. O verbo trabalhar foi mencionado apenas uma vez para se referir a ação da doula junto a cliente na seguinte citação:

“Quando a doula concorda em trabalhar com uma cliente em particular, sua obrigação é fazê-lo em confiança, sem falhar, pelo termo de acordo.” (JOÃO PESSOA, 2015).

-Para mencionar o trabalho das doulas foram utilizadas as seguintes palavras:

- a) Servir: mencionado uma vez (deve servir);
- b) Serviço: mencionado seis vezes (serviço profissional); (oferecendo serviço) (considerando os serviços realizados); (descrevendo seus serviços); (serviços comunitários); (serviço de suporte no trabalho de parto), (serviço comunitário).

- A utilização do termo servir para designar o dever das doulas, implica na permanência da antiga compreensão da doula como uma mulher que serve, reafirmando o lugar de subserviência da trabalhadora e do tipo de trabalho que ela oferece.

- A repetição do termo serviço no contexto em que foram mencionados está relacionado a trabalho. Entretanto, como ele aparece no mesmo documento em que se afirma que doula deve servir, a leitura desses termos fica mais condicionada a ação de servir do que a ideia de trabalho, nutrido a permanência do imaginário da doula como mulher que serve.

A CATEGORIA CUIDADO NO DOCUMENTO:

- A palavra cuidado não aparece no código de ética.

- A palavra cuidados, no plural, foi mencionada apenas uma vez, para dizer que às doulas caberiam estabelecer relacionamento com outras organizações e associações provedoras de “cuidados para o trabalho de parto”.

Outras palavras que estão compreendidas na categoria cuidado foram mencionadas:

- a) Apoio - foi citada duas vezes para descreve a função da doula junto a cliente no trabalho de parto.
A doula foi considerada como a provedora de apoio ao trabalho de parto.
- b) Dar assistência – foi mencionada duas vezes, como uma atribuição da doulagem (dar assistência a cada cliente); (a doula é encorajada a dar assistência).

Ao descrever essas atribuições o código de ética informa, no que consiste o trabalho das doulas.

A CATEGORIA INTERSECCIONALIDADE NO DOCUMENTO:

-A categoria interseccionalidade não aparece no documento

O marcador de diferença que aparece no documento é gênero, ao mencionar duas vezes as mulheres como alvo da doulagem.

Outros marcadores como classe e raça também não foram mencionados.

A CATEGORIA PROFISSÃO:

A palavra profissão foi mencionada três vezes para se referir a doulagem.

- As doulas deveriam ter responsabilidade ética com a profissão.

- As doulas deveriam manter a integridade da profissão

- As doulas deveriam preservar o conhecimento e missão da profissão

O código também se referiu a “prática profissional” e às doulas como profissionais, termo que possui relação com a categoria profissão no seguinte trecho: “a doula deve buscar se manter competente na prática profissional e nas suas performances das funções profissionais.” (JOÃO PESSOA, 2015,p.1).

Ao usar o termo profissionais para se referir as doulas este código demonstra haver esse reconhecimento na entidade, nesse aspecto colabora para que as doulas sejam vista sob essa perspectiva.

Parecer da pesquisadora:

O código de ética é um documento necessário para orientar o trabalho das doulas vinculadas a ADPB, diante da ausência da regulamentação, ele cumpre uma função importante ao orientar a prática profissional.

No entanto, ao tratar as atribuições das doulas como serviço e mencionar que a doula deva servir, demonstra que ainda predomina a compreensão da doulagem atrelada a uma perspectiva servil e subserviente. A escolha por esses termos contribui para que se mantenha o

imaginário da doula como mulher que serve, o que não é favorável para uma categoria de profissionais que busca valorização e reconhecimento.

Apesar da permanência do imaginário de serva, o código avança ao considerar a doulagem uma profissão e as doulas como profissionais.

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ANÁLISE DE DOCUMENTO

Documento: 07

DOCUMENTO: Estatuto social da Federação Nacional de Doulas do Brasil-FENADOULASBR

DATA DE EMISSÃO: 27 de maio de 2018

INFORMAÇÕES GERAIS: O estatuto é um documento que contém o conjunto de normas que regem a Federação Nacional de Doulas (FENADOULASBR). Fundada na cidade de João Pessoa -PB, durante a 4ª Convenção Nacional de Doulas, realizada em 27 de maio de 2018. A FENADOULASBR, é uma entidade jurídica, sem fins lucrativos, formada por associações e organizações de doulas do Brasil.

A FENADOULASBR tem como finalidade representar, defender, reunir e apoiar entidades filiadas, que atuam na defesa e promoção do parto humanizado e no fortalecimento da atuação das doulas em todo território nacional.

A FENADOULASBR tem, entre outros, os principais objetivos: representar Associações de doulas atuantes no Brasil; debater em dimensão nacional assuntos do âmbito político, social, cultural e econômico de interesse desta entidade; colaborar para a construção de políticas públicas que fortaleçam a atuação de doulas no Brasil ; fomentar o debate sobre assistência ao parto e nascimento, ao pré-natal qualificado incluindo os direitos sexuais e reprodutivo das mulheres *cis*, lésbicas, bissexuais e homens *trans* considerando a atuação das doulas; proporcionar a conjunção das doulas para defesa de seus respectivos interesses, leis e normas e fomentar a comunicação entre as associações e instituições afins; estimular a criação de políticas públicas que favoreçam a humanização do parto; celebrar anualmente o dia Nacional da Doula em 18 de dezembro e o dia mundial da doula em 22 de março;

O estatuto apresenta o compromisso da FENADOULASBR em oferecer assessoria técnica as suas associadas em relação a questões econômicas, jurídica sobre a atuação legal nas áreas pertinentes a doulagem.

O documento apresenta que entidades relativas a doulagem e associações de doulas podem filiar-se a federação desde que possuam caráter jurídico devidamente regulamentado e

posicione-se em defesa da classe de doulas em consonâncias com os mesmos interesses. As entidades filiadas possuirão direitos e deveres assegurados e serão representadas pela FENADOULASBR através de sua respectiva presidenta e ou representantes. O documento prevê que a FENADOULASBR poderá filiar-se a entidades nacionais ou internacionais desde que haja objetivos e interesses comuns, mediante resolução da diretoria executiva. A FENADOULASBR é dirigida pelos cargos diretivos são eles: assembleia geral; diretoria e Conselho fiscal, podendo instituir conselho representantes mediante eleição em assembleia geral de acordo com os interesses das filiadas. Todas essas funções são constituídas mediante votação em assembleia geral, que poderá ser ordinária anualmente e extraordinária quando houver necessidade de deliberações, sendo que a Assembleia é cargo soberano, que delibera sobre os objetivos da entidade e de suas afiliadas, preservando o caráter democrático.

A CATEGORIA TRABALHO NO DOCUMENTO:

A palavra trabalho foi mencionada treze vezes no documento. Cinco vezes se referindo ao trabalho das doulas e oito vezes para se referir aos trabalhos desenvolvidos pela federação no âmbito interno, por exemplo a constituição de *grupos de trabalho*.

Ao se referir ao trabalho das doulas o documento mencionou:

- Promoção do trabalho da doula (três vezes)
- melhores condições de trabalho para doulas
- ampliação do acesso ao trabalho das doulas

O documento se refere ao trabalho da doula, de modo geral, sem especificações, visto que o sentido da existência da entidade tem direta relação com a defesa, promoção, inclusão e disseminação do trabalho das doulas em todo território nacional.

A CATEGORIA CUIDADO NO DOCUMENTO:

A palavra cuidado não foi mencionada no documento e nem outras palavras semelhantes.

- A ausência desse termo no estatuto apenas evidencia que o caráter deste documento não foi descrever de maneira detalhada sobre aspectos do cuidado disponibilizado pela doulagem. Sendo ele um documento que visa regulamentar a entidade nacional representante das doulas.

A CATEGORIA INTERSECCIONALIDADE NO DOCUMENTO:

- A palavra interseccionalidade não foi mencionada no documento.
- A palavra gênero e raça foram mencionadas uma vez
- A palavra classe foi mencionada três vezes, duas vezes como sinônimo de categoria profissional e uma vez referindo-se a classe econômica.
- O estatuto define que a Federação é uma entidade composta exclusivamente por mulheres ou pessoas do gênero feminino, sendo que às entidades filiada possuem autonomia para decidirem sobre as suas respectivas composições.
- Ao defender a presença exclusiva de mulheres em sua composição, o estatuto objetiva garantir que a entidade contemple as mulheres em sua representação porque no Brasil, de acordo com a pesquisa Mapeamento de Doulas, 100% das doulas são do gênero e sexo feminino. Nesse sentido, essa discriminação é positiva e é coerente com a categoria que é majoritariamente composta por mulheres.
- O documento mencionou o compromisso da federação em ampliar o debate a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos das: mulheres *cis*, lésbicas, bissexuais e dos homens trans. O estatuto mencionou outros marcadores de diferença ao descrever mencionar o posicionamento da federação contra todo e qualquer preconceito ou discriminação. No Art 6º diz o seguinte:

A FENADOULASBR não promove ou corrobora com qualquer forma ou manifestação de preconceitos ou discriminações relativas a cor, gênero, raça, etnia, credo, religioso, classe social, orientação afetivo-sexual, concepção política - partidária ou filosófica, nacionalidade em suas atividades, dependências ou em seu quadro social. (BRASIL, 2018)

- O documento ao descrever essa lista de marcadores sociais, principalmente os de gênero, raça e classe, demonstra reconhecer a diversidade humana. Compreende que estes marcadores incidem em relações de subordinação e invisibilidade, decorrentes dos problemas de uma sociedade que se estrutura a partir de hierarquia de raça, gênero e opressões de classe. Menciona-los como alvo de sua atenção demonstra o compromisso da entidade com os Direitos Humanos e com a superação desses problemas. Contudo, não menciona esses marcadores para as doulas, com isso assumindo o imaginário de mulher universal.

A CATEGORIA PROFISSÃO:

- A palavra profissão não foi mencionada no documento
- A palavra semelhante encontrada foi o termo, profissionais, mencionado duas vezes referindo-se aos profissionais de ensino e a outros profissionais que poderão colaborar em projetos esporádicos da Federação.
- Essa ausência não implica negativamente sobre a compreensão da doulagem como profissão, porque ao longo do documento fica evidente e expressa a defesa do trabalho da doulas, sendo este, o sentido da existência da entidade.

Parecer da pesquisadora:

- O documento é importante porque comprova a existência de uma entidade representativa das doulas no Brasil, composta por diversas entidades de doulas do Brasil, que se propõe a fomentar a doulagem e fortalecer a categoria em âmbito nacional, pautando orientações para o trabalho, para as formações e para o desenvolvimento de estratégias para garantir o trabalho das doulas.
- O documento ao apresentar o caráter representativo da Federação, demonstra a preocupação da categoria em construir uma entidade para exprimir e unificar os seus principais interesses em âmbito nacional.
- Esse documento é importante para a profissionalização porque evidencia o processo de organização da categoria e expressa claramente os seus interesses em atuar de maneira legítima em todo território nacional, sendo um espaço de unificação dos interesses da categoria.

ANEXOS

CÓDIGO DE ÉTICA DA ASSOCIAÇÃO DE DOULAS DA PARAÍBA

I

Regras de Conduta

A. *Atitude:* A doula deve manter padrões elevados de conduta pessoal na capacidade ou identidade como provedora de apoio ao trabalho de parto.

B. *Competência e Desenvolvimento Profissional:* A doula deve buscar se manter competente na prática profissional e na sua performance das funções profissionais através de educação continuada, afiliação em organizações relacionadas e associação com outros provedores de cuidados para o trabalho de parto e parto.

Parágrafo único: A doula não deve executar qualquer procedimento médico (fazer ausculta, verificar pressão, fazer exame de toque, etc), não faz exames, não cuida da saúde do recém-nascido. Ela não substitui qualquer dos profissionais tradicionalmente envolvidos na assistência ao parto. Também não é sua função discutir procedimentos com a equipe ou questionar decisões.

C. *Integridade:* A doula deve agir de acordo com os mais elevados padrões de integridade profissional.

II. Responsabilidade Ética com as Clientes

A. *Prioridade dos Interesses da Cliente:* A responsabilidade primeira da doula é com as clientes.

B. *Direitos e Pregorativas das Clientes:* A doula deve fazer todo o esforço para fomentar o máximo de autodeterminação por parte das clientes.

C. *Confidencialidade e Privacidade:* A doula deve respeitar a privacidade das clientes e guardar em confiança toda informação obtida durante o período de serviço profissional.

D. *Dever de servir:* A doula deve dar assistência a cada cliente que busque apoio no trabalho de parto, seja oferecendo serviços ou indicando referências apropriadas.

E. *Confiabilidade:* Quando a doula concorda em trabalhar com uma cliente em particular, sua obrigação é fazê-lo em confiança, sem falhar, pelo termo de acordo.

F. Honorários: Ao estabelecer o preço dos honorários, a doula deve assegurar que seu preço seja justo, razoável, considerando os serviços realizados e a habilidade da cliente em poder pagar. A doula deve claramente estabelecer seu preço para a cliente, descrevendo os serviços, termos de pagamento e políticas de reembolso.

III. Responsabilidade Ética com seus colegas

A. Respeito, Justiça e Cortesia: A doula deve tratar seus colegas com respeito, cortesia, justiça e bondade.

B. Lidando com as clientes dos colegas: A doula tem responsabilidade para se relacionar com as clientes dos colegas com consideração profissional integral.

IV. Responsabilidade ética com a Profissão de Suporte no Trabalho de Parto

A. Manter a Integridade da profissão: A doula deve preservar e aumentar os valores éticos, conhecimento e missão de profissão.

B. Serviços Comunitários: A doula é encorajada a dar assistência na visão da Associação de Doulas da Paraíba de “uma doula para cada mulher que queira” reduzindo os custos ou não cobrando os serviços de suporte no trabalho de parto sempre que possível.

V. Responsabilidade ética com a Sociedade

A. Promovendo Bem-estar Materno Infantil: A doula deve promover a saúde geral de mulheres e seus bebês, sempre que possível, assim como de sua família e seus amigos.



DIÁRIO OFICIAL

ESTADO DA PARAÍBA

Nº 16.078

João Pessoa - Sábado, 19 de Março de 2016

Preço: R\$ 2,00

ATOS DO PODER LEGISLATIVO

LEI Nº 10.648 DE 18 DE MARÇO DE 2016.
AUTORIA: DEPUTADO ANÍSIO MALA

Dispõe sobre a presença de doulas durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nas maternidades da rede pública e privada do Estado da Paraíba e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA:

Faço saber que o Poder Legislativo decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º As maternidades e estabelecimentos de saúde que realizem atendimento obstétrico, da rede pública e privada do Estado da Paraíba, ficam obrigadas a permitir a presença de doulas durante todo o período pré-natal, de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitado pela parturiente.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, e em conformidade com a qualificação da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO (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.

§ 1º Entende-se por ciclo gravídico puerperal o período que engloba o pré-natal, o parto e o pós-parto.

§ 2º As doulas não realizam procedimentos privativos de profissionais de saúde, mesmo que possuam formação na área.

Art. 3º O direito da parturiente de ser acompanhada por doula não se confunde com o direito à presença de acompanhante, instituído pela Lei Federal nº 11.108/2005.

Art. 4º É vedado aos estabelecimentos de saúde de que trata esta Lei realizar qualquer cobrança adicional em razão da presença de doulas durante o período de internação da parturiente.

Art. 5º As doulas poderão ingressar no ambiente de trabalho de parto, parto e pós-parto com seus instrumentos de trabalho, desde que condizentes com as normas de segurança e ambiente hospitalar.

Parágrafo único. São instrumentos de trabalho das doulas, dentre

outros: I – equipamentos fisioterápicos;

II – massagadores;

III – óleos para massagens;

IV – bolsas térmicas para

compressa; V – banqueta auxiliar

para parto;

VI – equipamentos sonoros para musicoterapia;

VII – cavalinho;

VIII – escada pés.

Art. 6º O não cumprimento do disposto no *caput* do art. 1º desta Lei sujeitará o infrator às seguintes penalidades:

I – advertência, na primeira ocorrência;

II – na segunda ocorrência, na rede privada, aplicação de multa correspondente a 250 (duzentas e cinquenta) UFR-PB, valor repetido a cada reincidência;

III – na segunda ocorrência, na rede pública, afastamento do gestor da instituição.

Parágrafo único. Competirá ao órgão gestor da saúde a aplicação das sanções de que trata este artigo.

Art. 7º Os serviços de saúde identificados no *caput* do art. 1º desta Lei deverão adotar, no prazo de 90 (noventa) dias contados da sua publicação, as providências necessárias ao seu cumprimento.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA, em João Pessoa, 18 de março de 2016, 128º da Proclamação da República.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Coordenação-Geral de Demandas de Órgãos Externos da Atenção Primária

NOTA TÉCNICA Nº 96/2022-SAPS/CGOEX/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Trata-se de orientação técnica e legal acerca da participação da doula no trabalho de parto em hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS.

2. **ANÁLISE**

2.1. O apoio de familiares e amigos em todas as etapas da gravidez proporciona à gestante mais conforto e acolhimento. Para assegurar esse importante apoio durante a internação para o parto, a Lei nº 8.080/90, em seu Capítulo VII, Art. 19-J e parágrafos, incluídos pela Lei nº 11.108/2005, especifica que os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante indicado por ela durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

2.2. Ao chegar na maternidade ou hospital, a mulher e o acompanhante devem ser acolhidos. A gestante será examinada por profissionais de saúde, que irão:

- Esclarecer dúvidas;
- Conduzir entrevista com técnicas para avaliar e diagnosticar a situação gestacional;
- Realizar exame físico, sempre com a avaliação de sinais e sintomas de alerta que podem aparecer;
- Verificação da pressão arterial e ausculta dos batimentos do coração do bebê;
- Solicitar outros exames e/ou avaliar seus resultados;
- Informar sobre a situação atual da gestante e do bebê, orientando os próximos passos.

2.3. O Estatuto da Criança e do Adolescente reforça os direitos da gestante em ter um acompanhante durante todo o período de pré-natal, trabalho de parto e pós-parto imediato.

2.4. As normativas visam a proporcionar à parturiente a presença de uma pessoa de confiança (que não necessariamente pertença ao seu ciclo social), lhe trazendo maior tranquilidade e segurança, resultando em uma experiência mais confortável, tanto física quanto emocional.

2.5. Não há determinação de grau de parentesco para o acompanhante, sendo assim, de livre escolha da gestante.

2.6. O § 2º do Art. 19-J indica que o órgão competente do Poder Executivo regulamentaria as ações destinadas a viabilizar o pleno exercício desse direito. Considerando que o SUS possui gestão tripartite (art. 9º, Lei 8.080/90), nota-se que os estados e o Distrito Federal têm expedido normas a dispor acerca do acompanhamento de parturientes por doulas. Neste escopo, esta Nota Técnica propõe orientar quanto a presença de doula em unidades de saúde.

2.7. Historicamente, a palavra *doula* tem origem grega e pode ser interpretada como “uma mulher que serve outra mulher”. Em 1977, a médica Dana Raphael adotou o termo para referenciar mães experientes que auxiliavam novas mães, atuando na comunidade, fornecendo informação e apoio emocional.

2.8. Hoje, a atividade da doula segue o mesmo princípio. Antes do parto, sua principal tarefa é auxiliar no preparo da gestante com exercícios e posições para alívio dos desconfortos e dores advindos do ato de parir. Durante o trabalho de parto, pode atuar realizando massagens de relaxamento, auxiliando na movimentação da gestante e encorajando o prosseguimento do trabalho de parto. Após o nascimento, a doula pode atuar no apoio à família, especialmente nos cuidados envolvendo a amamentação e o recém-nascido.

2.9. A Organização Mundial da Saúde – OMS define a doula como alguém que *“recebeu um treinamento básico sobre parto e que está familiarizada com uma ampla variedade de procedimentos de assistência. Fornece apoio emocional, consistindo em elogios, reafirmação, medidas para aumentar o conforto materno, sendo uma **presença amiga constante**”*. (grifo nosso)

2.10. De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, código 3221-35, a doula é uma técnica ou tecnóloga, de escolaridade em nível médio, em “terapias complementares e estéticas”. Sendo assim, a doula não se enquadraria no conceito de acompanhante. Não obstante, também não se enquadra no conceito de profissional de saúde e sequer no conceito de profissional, é uma ocupação.

2.11. A doula não pode ser considerada parteira ou profissional que compõe a equipe de saúde, justamente por não poder realizar procedimentos técnicos como ausculta fetal, aferição de pressão arterial e exame de toque intravaginal para avaliação de colo uterino, além de não possuir conhecimento técnico para poder discutir procedimentos com a equipe de saúde ou, ainda, questionar decisões adotadas por esta. Sua **função é exclusivamente de apoiar a parturiente**, já que sua ocupação não requer qualquer qualificação de ensino superior.

2.12. É importante salientar que a figura da doula tem sido descaracterizada e, algumas vezes, interpretada como central à “retomada” do parto humanizado. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e da organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento da mulher. O outro refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento.

2.13. Nesse sentido, a assistência humanizada consiste na assistência da mulher em todas as etapas. É um conjunto de procedimentos que vão desde situações de abortamento ao puerpério, compartilhando, ouvindo e respeitando a mulher. Tudo isso tem o objetivo de proporcionar uma experiência mais segura e acolhedora.

2.14. Independentemente do tipo de parto, o termo “humanizado” refere-se à forma como o processo é realizado. As vontades e características da gestante sempre devem ser consideradas, o que faz com que o processo seja personalizado, no qual a mulher é a protagonista.

2.15. No critério técnico, em que pese louvável, a doula acompanhar a parturiente não deve se inserir como prestadora de serviços, tampouco de serviços de saúde públicos. Não se vislumbra oposição à atuação da doula, no entanto, como a própria origem da ocupação sugere, essa deve ser **prestada de forma comunitária ou voluntária** em consonância com as práticas de rotina dos estabelecimentos de saúde que, no âmbito do SUS, já possuem sua atenção voltada à humanização das relações interpessoais, princípio basilar da Atenção Primária à Saúde.

2.16. Ademais, a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, g) que definiu critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC e estabelece que caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, deve-se autorizar a presença de **doula comunitária ou voluntária** em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade.

2.17. Isto posto, **os profissionais médicos e enfermeiros obstetras são os legítimos responsáveis técnicos pelo atendimento e pela assistência ao parto, tendo autonomia para tomar as condutas clínicas** de acordo com os protocolos vigentes, mantendo, sempre que possível, a paciente

saúde no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto.

3.2. Assim, em estados que expediram normas permitindo o acesso de doula além do acompanhante e também em localidades onde não se normatizou a matéria, orienta-se pela restrição a somente àquelas que exercem a atividade de maneira comunitária ou voluntária, aliada da ratificação de termo de responsabilidade e proteção de dados tanto relativos à parturiente quanto ao estabelecimento de saúde público, os quais podem ser acessados após o devido cadastramento e treinamento.

3.3. Em face do exposto, orienta-se ponderar o acesso de doula ante a não regulamentação da atividade, ausência de fiscalização dessa atividade, ausência de qualificação profissional, ausência de regramento legal, diante de questões de responsabilidade civil do Estado e da gratuidade do Sistema Único de Saúde, considerando ainda que a legislação foi clara em estabelecer a quantidade de acompanhantes que a parturiente pode ter e que, tecnicamente, a doula não se enquadra como profissional de saúde.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Lei 8080 de, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acesso em 08/11/2022 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
3. Livro "The Tender Gift: Breastfeeding".
4. OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto – Humanização no Pré-Natal e Nascimento – Pág. 5. 2002 – Acesso em 08/11/2022 Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Título III, Capítulo I. Acesso em 08/11/2022 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
7. BRASIL. Conselho Regional de Medicina Rio de Janeiro. Processo Parecer-Consulta nº 02/2019 – Parecer CREMERJ Nº 01/2019. Acesso 08/11/2022 Disponível em: <https://www.cremერი.org.br/resolucoes/leibe/pareceres/1063>
8. Processo nº 2015.07.1012554-2. Julgado da 1ª Vara Criminal de Taguatinga. Condena Médica, doula e enfermeira por lesões em bebê por demora no parto. Acesso 08/11/2022. Disponível em: <https://www.tjft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/2019/fevereiro/medica-doula-e-enfermeira-sao-condenadas-por-demora-no-atendimento-a-gestante-que-gerou-sequela-em-bebe>



Documento assinado eletronicamente por **Lana de Lourdes Aguiar Lima, Diretor(a) do Departamento de Saúde Materno Infantil**, em 10/11/2022, às 17:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 10/11/2022, às 17:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0030241469** e o código CRC **E50F7610**.

informada sobre seu quadro clínico e sobre as condutas possíveis e indicadas para otimização do cuidado. **É proibida a interferência por parte da doula nas condutas médicas, de enfermagem e dos demais membros da equipe de saúde, bem como a realização de procedimentos técnicos, mesmo que a doula tenha formação profissional na área da saúde.**

2.18. Dessa forma, se a equipe médica e/ou de enfermagem compreender que a presença da doula ou de acompanhante não profissional esteja interferindo no ato médico e na condução do trabalho de parto e parto, é permitido o impedimento de sua presença na sala de parto, obrigatoriamente de forma documentada em prontuário médico e comunicado ao Conselho Regional de Medicina, tão logo seja possível, tal como dispôs o Parecer CREMERJ nº 01/2019.

2.19. Certo é que não se pode alargar a interpretação legal, especialmente se expressa e sem lacunas, mas também certo é que doula não é uma categoria profissional regulamentada como prestador de serviços de saúde apta a figurar em um ambiente de trabalho de parto e parto.

2.20. No que concerne aspectos legais, além da atividade de doulagem não ser vinculada à área da saúde *per se* (aproximando-se a um *coaching*); não ser regularizada, impedindo a fiscalização por conselho ético-profissional do provimento adequado do “serviço”; e o parto humanizado já ser uma realidade no SUS de forma institucionalizada com o amparo de profissionais de saúde devidamente qualificados, a legislação que regulamenta o Sistema, desde a Constituição Federal, impede a remuneração particular por serviços, tratamentos, insumos ou medicamentos fornecidos ou realizados em qualquer estabelecimento público, sendo a saúde um direito do cidadão e um dever do Estado.

2.21. Tal hipótese reflete, além de grave infração legal, em responsabilidade civil (e objetiva) do Estado, o que significa afirmar que, em caso de ocorrência que gere dano à parturiente, independe se resultar de culpa ou dolo de qualquer dos profissionais envolvidos ou do acompanhante escolhido pela parturiente, poderão os legitimados responsabilizarem, em juízo ou fora dele, os entes responsáveis pelo estabelecimento de saúde pelo simples dever de vigilância incumbido à Administração Pública.

2.22. A responsabilidade objetiva, conforme o Direito Brasileiro, traduz-se naquela em que basta a ocorrência do fato para imputar ao autor a responsabilidade pelo devido ressarcimento, isto é, não há a necessidade de se buscar a existência da culpa.

2.23. Neste cenário, como poderia o Estado exercer o seu direito de regresso em desfavor de uma pessoa que não pertence aos seus quadros, que sequer é qualificada como profissional de saúde, mas lhe foi permitida a oferta do serviço de maneira remunerada, incorrendo em crime de improbidade administrativa, dentro de um estabelecimento público de saúde? Como ainda separar a atividade exercida pela doula da exercida pela equipe médica em caso de dano à parturiente?

2.24. Sabendo que a equipe médica do SUS é a responsável pelo pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, e que qualquer atividade coadjuvante de agentes externos, por mais louvável que seja, será a ela implicada e responsabilizando objetivamente o Estado.

2.25. Portanto, em que pese a autonomia e protagonismo da mulher no âmbito da gestação e parto, por deficiências técnicas e ausência de regulamentação legal, sendo o Estado responsável pela inviolabilidade do direito à vida e à saúde, bem como pela promoção do bem-estar político e social de seus cidadãos, orienta-se que seja restrito o acesso em trabalho de parto e parto a doulas que exerçam suas atividades de forma voluntária ou comunitária, desde que em consenso com as práticas de rotina dos estabelecimentos de saúde públicos.

2.26. É necessário que a doula realize, além do cadastramento e treinamento adequado acerca das rotinas técnicas, a ratificação de termo de responsabilidade perante a parturiente e o hospital, discriminando adequadamente as atividades que serão desempenhadas pela doula e sobre as quais assumirá total e exclusiva responsabilidade. Além destes, faz-se necessária também a ciência pela doula de que se qualquer das atividades exercidas exigir qualificação técnica, esta poderá incorrer em exercício ilegal da profissão, respondendo criminalmente por suas ações.

3. CONCLUSÃO

3.1. A gestão do SUS compete aos três entes federais, de forma que os gestores locais têm expedido normas acerca do acompanhamento da parturiente por doula em estabelecimentos públicos de

30/12/2022 17:11

Lei Ordinária 13080 2015 de João Pessoa PB

www.LeisMunicipais.com.br

LEI Nº 13.080, 27 DE OUTUBRO DE 2015

PERMISSÃO DA PRESENÇA DE DOULAS DURANTE TODO O CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL, ACOMPANHAMENTO DE CONSULTAS E EXAMES DO PRÉ-NATAL, TRABALHO DE PARTO E PÓS-PARTO, QUE TENHA SIDO SOLICITADO PELA GESTANTE.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, ESTADO DA PARAÍBA, FAÇO SABER QUE O PODER LEGISLATIVO DECRETA E EU SANCIONO A SEGUINTE LEI:

Art. 1º As maternidades e os estabelecimentos de saúde da rede pública ou privada, no município de João Pessoa, devem permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como nas consultas e exames pré-natal, sempre que solicitadas pela parturiente.

§ 1º § 1º Para os efeitos desta lei e em conformidade com a qualificação da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), código 3221-35, doulas são profissionais escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes, que "visem prestar suporte à gestante", com certificação ocupacional em curso para essa finalidade.

§ 2º Entende-se por Ciclo Gravídico Puerperal o período que engloba o pré-natal, o parto e o pós-parto.

§ 3º A presença de doulas não se confunde com a presença de acompanhamento instituído pela Lei Federal nº 11.108/2005.

§ 4º É vedado aos estabelecimentos de saúde de que trata esta Lei realizar qualquer cobrança adicional vinculada à presença de doulas durante o período de internação da parturiente.

§ 5º A doula deverá registrar todas as suas atividades e protocolar no local onde a atividade foi desenvolvida.

Art. 2º As maternidades devem dispor de condições para que as doulas possam exercer suas atividades junto às gestantes.

Parágrafo único. VETADO.

Art. 3º É vedada às doulas a realização de procedimentos médicos, fisioterapêuticos ou clínicos, como aferir pressão, avaliação da progressão do trabalho de parto, monitoramento de batimentos cardíacos fetais, administração de medicamentos ou demais procedimentos privativos de profissões de saúde, mesmo se possuírem formação na área e mesmo que estejam legalmente aptas a fazê-los.

30/12/2022 17:11

Lei Ordinária 13080 2015 de João Pessoa PB

§ 1º O não cumprimento do disposto no "caput" deste artigo sujeitará o infrator às seguintes penalidades:

I - advertência, na primeira ocorrência;

II - afastamento das atividades pelo prazo de 30 dias, na segunda ocorrência;

III - afastamento das atividades pelo prazo de 06 meses, na terceira ocorrência.

§ 2º VETADO.

§ 3º VETADO.

Art. 4º O não cumprimento do disposto no "caput" do artigo 1º desta Lei sujeitará os infratores às seguintes penalidades:

I - advertência, na primeira ocorrência;

II - se estabelecimento privado, multa de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) por infração, dobrada a cada reincidência, até o limite de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais), com reajuste anual com base na variação do Índice Geral de Preços de Mercado - IGPM/FVG, ou por índice que vier a substituí-lo, a ser recolhida ao Fundo Municipal dos Direitos da Mulher;

III - na segunda ocorrência, em rede pública, afastamento do gestor ou dirigente da instituição e aplicação de penalidades previstas na Legislação.

§ 1º Competirá ao órgão gestor da saúde a aplicação das sanções de que trata este artigo, bem como sua regulamentação.

§ 2º Na rede pública, o serviço das doulas dar-se-á de forma voluntária, respeitando a Lei Federal nº 9608/98.

Art. 5º Os serviços de saúde abrangidos pela obrigatoriedade desta lei deverão adotar, as providências necessárias ao seu cumprimento.

Art. 6º A Secretaria Municipal de Saúde deverá comunicar às diretorias de hospitais públicos e privados, aos sindicatos, associações, órgãos de classe dos médicos ou entidades similares de serviços de saúde, a partir da publicação da presente lei, para seu cumprimento e responsabilidade.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

PAÇO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA, em 27 de outubro de 2015.

LUCIANO CARTAXO PIRES DE SÁ
Prefeito

Autoria: Vereador Flávio Eduardo Maroja (Fuba)

Nota: Este texto não substitui o original publicado no Diário Oficial.

Data de Inserção no Sistema LeisMunicipais: 09/11/2015

Dispõe sobre o exercício da profissão de
doula.

Apresentação: 23/03/2022 16:35 - Mesa

PL n.3946/2021

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O exercício da profissão de doula é livre em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, doula é a profissional que oferece apoio físico, informacional e emocional à pessoa durante o seu ciclo gravídico-puerperal e, especialmente, durante o parto, visando à melhor evolução desse processo e ao bem-estar da gestante, parturiente e puérpera.

Art. 3º O exercício da profissão de doula é assegurado:

I – aos portadores de diplomas de ensino médio e de curso de qualificação profissional específica em doulagem;

II – aos portadores de diplomas de ensino médio e de curso de qualificação profissional específica em doulagem, expedidos por instituições estrangeiras e revalidados no Brasil, de acordo com a legislação vigente;

III – aos que, à data da publicação desta Lei, exerçam, comprovadamente, há mais de 3 (três) anos, a profissão de doula.

Parágrafo único. A partir do início da vigência desta Lei, os cursos referidos nos incisos I e II do **caput** deste artigo terão carga horária mínima de 120 (cento e vinte) horas.

Art. 4º São atribuições dos profissionais de que trata esta Lei:

I – incentivar e facilitar à pessoa no seu ciclo gravídico-puerperal a busca de informações sobre gestação, parto e pós-parto baseadas em evidências científicas atualizadas;

II – incentivar a pessoa grávida a buscar uma unidade de saúde para realizar o acompanhamento pré-natal;

III – orientar e apoiar a pessoa grávida durante todo o trabalho de parto, inclusive em relação às escolhas das posições mais confortáveis a serem adotadas durante o processo;

IV – informar a pessoa grávida sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor;

V – colaborar para a manutenção de um ambiente tranquilo, acolhedor e com privacidade para a pessoa grávida durante o trabalho de parto;

VI – auxiliar a pessoa grávida a utilizar técnicas de respiração e vocalização para obter maior tranquilidade;

VII – utilizar recursos não farmacológicos para conforto e alívio da dor da parturiente, como massagens, banhos mornos e compressas mornas;

VIII – estimular a presença e participação de acompanhante da escolha da pessoa grávida em todo o processo do parto e no pós-parto;



IX – orientar e prestar apoio aos cuidados com o recém-nascido e ao processo de amamentação.

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.

Art. 5º A doula é de livre escolha da pessoa grávida, sendo a doulagem parte da atenção multidisciplinar à pessoa no ciclo gravídico-puerperal.

Art. 6º É 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 situações de abortamento.

§ 1º A presença da doula não exclui a presença de acompanhante de livre escolha da pessoa grávida.

§ 2º Para fins do disposto no **caput**, é vedada a cobrança de qualquer taxa adicional vinculada à presença da doula durante o período de trabalho de parto.

§ 3º A presença da doula no estabelecimento de saúde, por solicitação da pessoa grávida, não implica obrigações por parte do estabelecimento, como remuneração ou vínculo empregatício.

§ 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.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Senado Federal, em 23 de março de 2022.

Senador Rodrigo Pacheco
Presidente do Senado Federal

gsl/pl-21-3946rev



Dispõe sobre o exercício da profissão de
doula.

Apresentação: 23/03/2022 16:35 - Mesa

PL n.3946/2021

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O exercício da profissão de doula é livre em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, doula é a profissional que oferece apoio físico, informacional e emocional à pessoa durante o seu ciclo gravídico-puerperal e, especialmente, durante o parto, visando à melhor evolução desse processo e ao bem-estar da gestante, parturiente e puérpera.

Art. 3º O exercício da profissão de doula é assegurado:

I – aos portadores de diplomas de ensino médio e de curso de qualificação profissional específica em doulagem;

II – aos portadores de diplomas de ensino médio e de curso de qualificação profissional específica em doulagem, expedidos por instituições estrangeiras e revalidados no Brasil, de acordo com a legislação vigente;

III – aos que, à data da publicação desta Lei, exerçam, comprovadamente, há mais de 3 (três) anos, a profissão de doula.

Parágrafo único. A partir do início da vigência desta Lei, os cursos referidos nos incisos I e II do **caput** deste artigo terão carga horária mínima de 120 (cento e vinte) horas.

Art. 4º São atribuições dos profissionais de que trata esta Lei:

I – incentivar e facilitar à pessoa no seu ciclo gravídico-puerperal a busca de informações sobre gestação, parto e pós-parto baseadas em evidências científicas atualizadas;

II – incentivar a pessoa grávida a buscar uma unidade de saúde para realizar o acompanhamento pré-natal;

III – orientar e apoiar a pessoa grávida durante todo o trabalho de parto, inclusive em relação às escolhas das posições mais confortáveis a serem adotadas durante o processo;

IV – informar a pessoa grávida sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor;

V – colaborar para a manutenção de um ambiente tranquilo, acolhedor e com privacidade para a pessoa grávida durante o trabalho de parto;

VI – auxiliar a pessoa grávida a utilizar técnicas de respiração e vocalização para obter maior tranquilidade;

VII – utilizar recursos não farmacológicos para conforto e alívio da dor da parturiente, como massagens, banhos mornos e compressas mornas;

VIII – estimular a presença e participação de acompanhante da escolha da pessoa grávida em todo o processo do parto e no pós-parto;



saúde no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto.

3.2. Assim, em estados que expediram normas permitindo o acesso de doula além do acompanhante e também em localidades onde não se normatizou a matéria, orienta-se pela restrição a somente àquelas que exercem a atividade de maneira comunitária ou voluntária, aliada da ratificação de termo de responsabilidade e proteção de dados tanto relativos à parturiente quanto ao estabelecimento de saúde público, os quais podem ser acessados após o devido cadastramento e treinamento.

3.3. Em face do exposto, orienta-se ponderar o acesso de doula ante a não regulamentação da atividade, ausência de fiscalização dessa atividade, ausência de qualificação profissional, ausência de regramento legal, diante de questões de responsabilidade civil do Estado e da gratuidade do Sistema Único de Saúde, considerando ainda que a legislação foi clara em estabelecer a quantidade de acompanhantes que a parturiente pode ter e que, tecnicamente, a doula não se enquadra como profissional de saúde.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Lei 8080 de, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acesso em 08/11/2022 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
3. Livro "The Tender Gift: Breastfeeding".
4. OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.
5. BRASIL. Ministério da Saúde Programa Humanização do Parto – Humanização no Pré-Natal e Nascimento – Pág. 5. 2002 – Acesso em 08/11/2022 Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Título III, Capítulo I. Acesso em 08/11/2022 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
7. BRASIL. Conselho Regional de Medicina Rio de Janeiro. Processo Parecer-Consulta nº 02/2019 – Parecer CREMERJ Nº 01/2019. Acesso 08/11/2022 Disponível em: <https://www.cremjerj.org.br/resolucoes/exibe/pareceres/1063>
8. Processo nº 2015.07.1.012554-2. Julgado da 1ª Vara Criminal de Taguatinga. Condena Médica, doula e enfermeira por lesões em bebê por demora no parto. Acesso 08/11/2022. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/2019/fevereiro/medica-doula-e-enfermeira-sao-condenadas-por-demora-no-atendimento-a-gestante-que-gerou-sequela-em-bebe>



Documento assinado eletronicamente por **Lana de Lourdes Aguiar Lima, Diretor(a) do Departamento de Saúde Materno Infantil**, em 10/11/2022, às 17:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 10/11/2022, às 17:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0030241469** e o código CRC **E50F7610**.

informada sobre seu quadro clínico e sobre as condutas possíveis e indicadas para otimização do cuidado. **É proibida a interferência por parte da doula nas condutas médicas, de enfermagem e dos demais membros da equipe de saúde, bem como a realização de procedimentos técnicos, mesmo que a doula tenha formação profissional na área da saúde.**

2.18. Dessa forma, se a equipe médica e/ou de enfermagem compreender que a presença da doula ou de acompanhante não profissional esteja interferindo no ato médico e na condução do trabalho de parto e parto, é permitido o impedimento de sua presença na sala de parto, obrigatoriamente de forma documentada em prontuário médico e comunicado ao Conselho Regional de Medicina, tão logo seja possível, tal como dispôs o Parecer CREMERJ nº 01/2019.

2.19. Certo é que não se pode alargar a interpretação legal, especialmente se expressa e sem lacunas, mas também certo é que doula não é uma categoria profissional regulamentada como prestador de serviços de saúde apta a figurar em um ambiente de trabalho de parto e parto.

2.20. No que concerne aspectos legais, além da atividade de doulagem não ser vinculada à área da saúde *per se* (aproximando-se a um *coaching*); não ser regularizada, impedindo a fiscalização por conselho ético-profissional do provimento adequado do “serviço”; e o parto humanizado já ser uma realidade no SUS de forma institucionalizada com o amparo de profissionais de saúde devidamente qualificados, a legislação que regulamenta o Sistema, desde a Constituição Federal, impede a remuneração particular por serviços, tratamentos, insumos ou medicamentos fornecidos ou realizados em qualquer estabelecimento público, sendo a saúde um direito do cidadão e um dever do Estado.

2.21. Tal hipótese reflete, além de grave infração legal, em responsabilidade civil (e objetiva) do Estado, o que significa afirmar que, em caso de ocorrência que gere dano à parturiente, independe se resultar de culpa ou dolo de qualquer dos profissionais envolvidos ou do acompanhante escolhido pela parturiente, poderão os legitimados responsabilizarem, em juízo ou fora dele, os entes responsáveis pelo estabelecimento de saúde pelo simples dever de vigilância incumbido à Administração Pública.

2.22. A responsabilidade objetiva, conforme o Direito Brasileiro, traduz-se naquela em que basta a ocorrência do fato para imputar ao autor a responsabilidade pelo devido ressarcimento, isto é, não há a necessidade de se buscar a existência da culpa.

2.23. Neste cenário, como poderia o Estado exercer o seu direito de regresso em desfavor de uma pessoa que não pertence aos seus quadros, que sequer é qualificada como profissional de saúde, mas lhe foi permitida a oferta do serviço de maneira remunerada, incorrendo em crime de improbidade administrativa, dentro de um estabelecimento público de saúde? Como ainda separar a atividade exercida pela doula da exercida pela equipe médica em caso de dano à parturiente?

2.24. Sabendo que a equipe médica do SUS é a responsável pelo pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, e que qualquer atividade coadjuvante de agentes externos, por mais louvável que seja, será a ela implicada e responsabilizando objetivamente o Estado.

2.25. Portanto, em que pese a autonomia e protagonismo da mulher no âmbito da gestação e parto, por deficiências técnicas e ausência de regulamentação legal, sendo o Estado responsável pela inviolabilidade do direito à vida e à saúde, bem como pela promoção do bem-estar político e social de seus cidadãos, orienta-se que seja restrito o acesso em trabalho de parto e parto a doulas que exerçam suas atividades de forma voluntária ou comunitária, desde que em consenso com as práticas de rotina dos estabelecimentos de saúde públicos.

2.26. É necessário que a doula realize, além do cadastramento e treinamento adequado acerca das rotinas técnicas, a ratificação de termo de responsabilidade perante a parturiente e o hospital, discriminando adequadamente as atividades que serão desempenhadas pela doula e sobre as quais assumirá total e exclusiva responsabilidade. Além destes, faz-se necessária também a ciência pela doula de que se qualquer das atividades exercidas exigir qualificação técnica, esta poderá incorrer em exercício ilegal da profissão, respondendo criminalmente por suas ações.

3. CONCLUSÃO

3.1. A gestão do SUS compete aos três entes federais, de forma que os gestores locais têm expedido normas acerca do acompanhamento da parturiente por doula em estabelecimentos públicos de

2.8. Hoje, a atividade da doula segue o mesmo princípio. Antes do parto, sua principal tarefa é auxiliar no preparo da gestante com exercícios e posições para alívio dos desconfortos e dores advindos do ato de parir. Durante o trabalho de parto, pode atuar realizando massagens de relaxamento, auxiliando na movimentação da gestante e encorajando o prosseguimento do trabalho de parto. Após o nascimento, a doula pode atuar no apoio à família, especialmente nos cuidados envolvendo a amamentação e o recém-nascido.

2.9. A Organização Mundial da Saúde – OMS define a doula como alguém que *“recebeu um treinamento básico sobre parto e que está familiarizada com uma ampla variedade de procedimentos de assistência. Fornece apoio emocional, consistindo em elogios, reafirmação, medidas para aumentar o conforto materno, sendo uma **presença amiga** constante”*. (grifo nosso)

2.10. De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, código 3221-35, a doula é uma técnica ou tecnóloga, de escolaridade em nível médio, em “terapias complementares e estéticas”. Sendo assim, a doula não se enquadraria no conceito de acompanhante. Não obstante, também não se enquadra no conceito de profissional de saúde e sequer no conceito de profissional, é uma ocupação.

2.11. A doula não pode ser considerada parteira ou profissional que compõe a equipe de saúde, justamente por não poder realizar procedimentos técnicos como ausculta fetal, aferição de pressão arterial e exame de toque intravaginal para avaliação de colo uterino, além de não possuir conhecimento técnico para poder discutir procedimentos com a equipe de saúde ou, ainda, questionar decisões adotadas por esta. Sua **função é exclusivamente de apoiar a parturiente**, já que sua ocupação não requer qualquer qualificação de ensino superior.

2.12. É importante salientar que a figura da doula tem sido descaracterizada e, algumas vezes, interpretada como central à “retomada” do parto humanizado. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e da organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento da mulher. O outro refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento.

2.13. Nesse sentido, a assistência humanizada consiste na assistência da mulher em todas as etapas. É um conjunto de procedimentos que vão desde situações de abortamento ao puerpério, compartilhando, ouvindo e respeitando a mulher. Tudo isso tem o objetivo de proporcionar uma experiência mais segura e acolhedora.

2.14. Independentemente do tipo de parto, o termo “humanizado” refere-se à forma como o processo é realizado. As vontades e características da gestante sempre devem ser consideradas, o que faz com que o processo seja personalizado, no qual a mulher é a protagonista.

2.15. No critério técnico, em que pese louvável, a doula acompanhar a parturiente não deve se inserir como prestadora de serviços, tampouco de serviços de saúde públicos. Não se vislumbra oposição à atuação da doula, no entanto, como a própria origem da ocupação sugere, essa deve ser **prestada de forma comunitária ou voluntária** em consonância com as práticas de rotina dos estabelecimentos de saúde que, no âmbito do SUS, já possuem sua atenção voltada à humanização das relações interpessoais, princípio basilar da Atenção Primária à Saúde.

2.16. Ademais, a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, g) que definiu critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC e estabelece que caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, deve-se autorizar a presença de **doula comunitária ou voluntária** em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade.

2.17. Isto posto, **os profissionais médicos e enfermeiros obstetras são os legítimos responsáveis técnicos pelo atendimento e pela assistência ao parto, tendo autonomia para tomar as condutas clínicas** de acordo com os protocolos vigentes, mantendo, sempre que possível, a paciente



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Coordenação-Geral de Demandas de Órgãos Externos da Atenção Primária

NOTA TÉCNICA Nº 96/2022-SAPS/CGOEX/SAPS/MS

1. ASSUNTO

1.1. Trata-se de orientação técnica e legal acerca da participação da doula no trabalho de parto em hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS.

2. ANÁLISE

2.1. O apoio de familiares e amigos em todas as etapas da gravidez proporciona à gestante mais conforto e acolhimento. Para assegurar esse importante apoio durante a internação para o parto, a Lei nº 8.080/90, em seu Capítulo VII, Art. 19-J e parágrafos, incluídos pela Lei nº 11.108/2005, especifica que os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante indicado por ela durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

2.2. Ao chegar na maternidade ou hospital, a mulher e o acompanhante devem ser acolhidos. A gestante será examinada por profissionais de saúde, que irão:

- Esclarecer dúvidas;
- Conduzir entrevista com técnicas para avaliar e diagnosticar a situação gestacional;
- Realizar exame físico, sempre com a avaliação de sinais e sintomas de alerta que podem aparecer;
- Verificação da pressão arterial e ausculta dos batimentos do coração do bebê;
- Solicitar outros exames e/ou avaliar seus resultados;
- Informar sobre a situação atual da gestante e do bebê, orientando os próximos passos.

2.3. O Estatuto da Criança e do Adolescente reforça os direitos da gestante em ter um acompanhante durante todo o período de pré-natal, trabalho de parto e pós-parto imediato.

2.4. As normativas visam a proporcionar à parturiente a presença de uma pessoa de confiança (que não necessariamente pertença ao seu ciclo social), lhe trazendo maior tranquilidade e segurança, resultando em uma experiência mais confortável, tanto física quanto emocional.

2.5. Não há determinação de grau de parentesco para o acompanhante, sendo assim, de livre escolha da gestante.

2.6. O § 2º do Art. 19-J indica que o órgão competente do Poder Executivo regulamentaria as ações destinadas a viabilizar o pleno exercício desse direito. Considerando que o SUS possui gestão tripartite (art. 9º, Lei 8.080/90), nota-se que os estados e o Distrito Federal têm expedido normas a dispor acerca do acompanhamento de parturientes por doulas. Neste escopo, esta Nota Técnica propõe orientar quanto a presença de doula em unidades de saúde.

2.7. Historicamente, a palavra *doula* tem origem grega e pode ser interpretada como “uma mulher que serve outra mulher”. Em 1977, a médica Dana Raphael adotou o termo para referenciar mães experientes que auxiliavam novas mães, atuando na comunidade, fornecendo informação e apoio emocional.

30/12/2022 17:11

Lei Ordinária 13080 2015 de João Pessoa PB

§ 1º O não cumprimento do disposto no "caput" deste artigo sujeitará o infrator às seguintes penalidades:

I - advertência, na primeira ocorrência;

II - afastamento das atividades pelo prazo de 30 dias, na segunda ocorrência;

III - afastamento das atividades pelo prazo de 06 meses, na terceira ocorrência.

§ 2º VETADO.

§ 3º VETADO.

Art. 4º O não cumprimento do disposto no "caput" do artigo 1º desta Lei sujeitará os infratores às seguintes penalidades:

I - advertência, na primeira ocorrência;

II - se estabelecimento privado, multa de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) por infração, dobrada a cada reincidência, até o limite de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais), com reajuste anual com base na variação do Índice Geral de Preços de Mercado - IGPM/FVG, ou por índice que vier a substituí-lo, a ser recolhida ao Fundo Municipal dos Direitos da Mulher;

III - na segunda ocorrência, em rede pública, afastamento do gestor ou dirigente da instituição e aplicação de penalidades previstas na Legislação.

§ 1º Competirá ao órgão gestor da saúde a aplicação das sanções de que trata este artigo, bem como sua regulamentação.

§ 2º Na rede pública, o serviço das doulas dar-se-á de forma voluntária, respeitando a Lei Federal nº 9608/98.

Art. 5º Os serviços de saúde abrangidos pela obrigatoriedade desta lei deverão adotar, as providências necessárias ao seu cumprimento.

Art. 6º A Secretaria Municipal de Saúde deverá comunicar às diretorias de hospitais públicos e privados, aos sindicatos, associações, órgãos de classe dos médicos ou entidades similares de serviços de saúde, a partir da publicação da presente lei, para seu cumprimento e responsabilidade.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

PAÇO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA, em 27 de outubro de 2015.

LUCIANO CARTAXO PIRES DE SÁ
Prefeito

Autoria: Vereador Flávio Eduardo Maroja (Fuba)

Nota: Este texto não substitui o original publicado no Diário Oficial.

Data de Inserção no Sistema LeisMunicipais: 09/11/2015

30/12/2022 17:11

Lei Ordinária 13080 2015 de João Pessoa PB

www.LeisMunicipais.com.br

LEI Nº 13.080, 27 DE OUTUBRO DE 2015

PERMISSÃO DA PRESENÇA DE DOULAS DURANTE TODO O CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL, ACOMPANHAMENTO DE CONSULTAS E EXAMES DO PRÉ-NATAL, TRABALHO DE PARTO E PÓS-PARTO, QUE TENHA SIDO SOLICITADO PELA GESTANTE.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, ESTADO DA PARAÍBA, FAÇO SABER QUE O PODER LEGISLATIVO DECRETA E EU SANCIONO A SEGUINTE LEI:

Art. 1º As maternidades e os estabelecimentos de saúde da rede pública ou privada, no município de João Pessoa, devem permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como nas consultas e exames pré-natal, sempre que solicitadas pela parturiente.

§ 1º § 1º Para os efeitos desta lei e em conformidade com a qualificação da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), código 3221-35, doulas são profissionais escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes, que "visem prestar suporte à gestante", com certificação ocupacional em curso para essa finalidade.

§ 2º Entende-se por Ciclo Gravídico Puerperal o período que engloba o pré-natal, o parto e o pós-parto.

§ 3º A presença de doulas não se confunde com a presença de acompanhamento instituído pela Lei Federal nº 11.108/2005.

§ 4º É vedado aos estabelecimentos de saúde de que trata esta Lei realizar qualquer cobrança adicional vinculada à presença de doulas durante o período de internação da parturiente.

§ 5º A doula deverá registrar todas as suas atividades e protocolar no local onde a atividade foi desenvolvida.

Art. 2º As maternidades devem dispor de condições para que as doulas possam exercer suas atividades junto às gestantes.

Parágrafo único. VETADO.

Art. 3º É vedada às doulas a realização de procedimentos médicos, fisioterapêuticos ou clínicos, como aferir pressão, avaliação da progressão do trabalho de parto, monitoramento de batimentos cardíacos fetais, administração de medicamentos ou demais procedimentos privativos de profissões de saúde, mesmo se possuírem formação na área e mesmo que estejam legalmente aptas a fazê-los.

21-ARNSA. f

Art. 55 - A Diretoria foi indicada entre as Associadas Fundadoras da FENADOULASBR, constante na Ata de Assembleia Geral de Constitui9ao, Elei9ao e Posse da Primeira Diretoria da Federa9ao Nacional de Doulas do Brasil-FENADOULASBR, no dia 27 de maio de 2018. An. 56 - Podera haver reembolso de despesas para a diretoria em exrcicio, desdc que para a exe :9ao dos fins e atribui9oes previstos neste Estatuto ou conferidos pela Assembleia Geral.

Art. 10 - A aprovação da aquisição ou alienação de bens sociais e de competência privativa da Assembleia Geral é resolvida por maioria de 3/4 (três quartos) de suas membros, exceto quanto aos bens sociais. A alienação deve ainda ser autorizada pela Assembleia Geral Extraordinária, expressamente convocada para esse fim.

Art. 36 - A prestação de contas deverá obedecer aos Princípios da Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade, Economicidade e Eficiência. Adotará práticas de gestão administrativas necessárias e suficientes a cobrir a obtenção, de forma individual ou coletiva, de benefícios ou vantagens pessoais em decorrência da participação no respectivo processo decisório, dar co-lhe primórdio por qualquer meio eficaz no encerramento do ano fiscal, ao do relatório de atividades e <las demonstrações financeiras da entidade, podendo ser levados ao término da gestão a Assembleia Geral para aprovação.

Art. 59 - Os casos omissos e nao previstos no presente estatuto serao dirimidos pela Diretoria Executiva ou Assembleia Geral.

Art. 60 - O presente estatuto foi aprovado em Assembleia Geral realizada no dia 27 de maio de 2018, devendo entrar em vigor nesta data.

Joao Pessoa, 27 de maio de 2018.

João Pessoa, 27 de maio de 2018.

Clea Fernanda de Aguiar Passanaro
CLEA FERNANDA DE AGUIAR PASSANARO
Presidente da FENADOULASBR

Bruna Sales Moura
BRUNA SALES MOURA
OAB 11875/LAL

TOSCANO DE BRITO
SERVIDOR PÚBLICO DO ESTADO
Rua Candido Pessoa, 30 - CEP 53040-110
Fone: (81) 3241-7177 - João Pessoa/PB
www.bicamara.com.br

SERVICO NOTARIAL E REGISTRO
R.T.M.P.J.
TEL: 3241-7177
JOÃO PESSOA
P.B.

AUTENTICACAO
RECONHECIMENTO DE FIRMA
E DISTRIBUICAO
BM411247

FENADOULASBR
Dr. Luiz P. de Miranda: 421
Centro - Macela - Alagoas
Hoc p/ Seme (anco 2 firmas):
TINA SALES MOURA E CLEA
FERNANDA DE AGUIAR PASSANARO
MACELIO: 04 de julho de 2018.
Eu Testemunho _____ da verdade!

DELMIR S. PONTES DE MIRANDA
- Tabelião Municipal -
MACAIA/PB - FORTALEZA
- Escrivão e Substituto -
EDIÇÃO DE ALBUQUERQUE RAMALHO
- Escrevente Autorizada -
Carimbo: 2493651 DP: Rafael
Total: R\$ 80,00

BSN!



Art. 50 - O processo eleitoral será coordenado e conduzido por uma comissão eleitoral composta por 3 membros, sendo 2 eleitos, convocados pela Diretoria Executiva ou pela Assembleia Geral, para atuar no processo eleitoral.

§ 1º - O presidente da Assembleia Geral poderá indicar uma representante para atuar junta à Comissão Eleitoral, sem direito a voto.

§ 2º - Os recursos eleitorais serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

§ 3º - A Assembleia Geral eleita vencedora por maioria simples ou por aclamação a chapa inimica.

CAPÍTULO XII - DA PERDA DO MANDATO

Art. 51 - As membras eleitas para cargo diretivo ou conselheiras poderão perder o mandato nos seguintes casos:

- I. falterem ou dilapidarem o patrimônio social da FENADOULASBR.
- II. Grave violação deste estatuto.

§ 1º - A apreciação da falta cometida deve ser realizada pela Diretoria em reunião extraordinária especificamente convocada para este fim, resguardado o amplo direito de defesa e de recurso.

§ 2º - Julgando necessário, a Diretoria designará uma comissão de ética para analisar o caso específico.

§ 3º - Na hipótese prevista no parágrafo anterior, a penalidade será sugerida pela comissão de ética e deliberada pela Diretoria.

§ 4º - Da penalidade imposta, caberá recurso para a Assembleia Geral.

§ 5º - A perda do mandato será deliberada pela Assembleia Geral.

CAPÍTULO XIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 52 - A Federação manterá a sua escrita contábil/fiscal em livros revestidos das formalidades legais e capazes de assegurar sua exatidão.

Art. 53 - A Federação poderá manter assessoria jurídica para atender as associadas nos casos afins aos objetivos deste estatuto.

Art. 54 - A FENADOULASBR poderá contar com funcionárias, voluntárias, estagiárias e bolsistas, bem como, com a colaboração esporádica de profissionais, além de atuar por meio de serviços de terceiros, pessoas físicas ou jurídicas, contratadas ou conveniadas na forma da legislação em vigor.

Parágrafo Único - A FENADOULASBR poderá conferir e implementar bolsas de estudo, ensino e pesquisa, em acordo com a legislação específica em vigor.



excedentes de recursos eventualmente apurados, serão obrigatória e integralmente aplicados no desenvolvimento dos objetivos institucionais.

JP'im f: "==" = "1. percepção de remuneração por parte de membros da diretoria ou membros da Diretoria, para fornecimento especifica a que se tratar no documento apresentado, sob pena de nulidade no período indicado no mesmo, e não se confundindo com as funções de direção da Federação de associada.

CAPITULO X - DO EXERCÍCIO FINANCEIRO

Art. 44 - O exercício Financeiro tem início em 1º de janeiro e termina em 31 de dezembro de cada ano, e a gestão administrativa inicia e termina com a posse da nova Diretoria eleita.

Parágrafo único: No final de cada exercício financeiro, a Diretoria elaborará os demonstrativos contábeis, levando o resultado apurado à conta de patrimônio.

CAPITULO XI - DAS ELEICOES

Art. 45 - Estas normas aplicam-se às eleições para a Diretoria Executiva e Conselho Fiscal da FENADOULASBR.

Art. 46 - As eleições de que trata o artigo precedente serão convocadas no prazo máximo de 90 (noventa) dias e no mínimo 30 (trinta) dias que antecederem o término dos mandatos vigentes.

Parágrafo Único - O edital a que se refere este artigo deverá ser afixado na sede da FENADOULASBR e divulgado em seus canais próprios de comunicação existentes, tais como, Diário Oficial da União e demais meios de divulgação disponíveis, com data, horário, local, forma de votação, meio e prazo para registro de chapa, impugnação, recursos, decisões da comissão eleitoral e posse.

Art. 47 - Será garantida por todos os meios democráticos a lisura dos pleitos eleitorais, assegurando-se condições de igualdade às chapas concorrentes, quando for o caso, em todo o processo eleitoral.

Art. 48 - São consideradas eleitoras todas as filiadas da FENADOULASBR em dia com suas obrigações estatutárias.

Art. 49 - São candidatas a cargos eletivos, membros das entidades associadas, devidamente referendadas pela entidade de base da FENADOULASBR, em dia com suas obrigações estatutárias.

65

11

12

13

14

15

16

JO/ V> S v A
 6 / R A J B A t > #
 .. VSO, V;b

§2º A diretoria de relayoes institucionais podera constituir Grupos de Trabalho entre filiadas com a finalidade de promo<ao das atividades.

Art. 39 - Sao atribui9oes da Diretoria de Forma9ao e Pesquisa:

I - descnvolver as atividades de forma9ao de acordo com os objetivos deste estatuto;

II - coordenar e sistematizar o conjunto <las experiencias e atividades de forma9ao, garantindo a linha de forma9ao comum, de acordo com os objetivos e principios deste estatuto;

III - Orientar e informar sobre os requisitos dos Cursos de Forma9ao de Doulas, para que tenham qualidade e estejam dentro das recomnda9oes da Assemblcia Geral.

IV - documentar e analisar as experiencias de luta do movimento e os fatos relacionados a sua mem6ria hist6rica.

V - promover a realizac;ao de cursos, seminarios, simp6sios e palestras, em articula9ao com a Diretoria de Comunica9ao.

VI - organizar e manter em ordem a biblioteca e os arquivos de legisla9ao, jurisprudencias, evidencias cientificas e demais assuntos de interesse da FENADOULASBR.

§1º A vice diretora de forma9ao e pesquisa atuara, solidariamente, com a titular exercendo, conjuntamente, o encargo.

§ 2º A diretoria de forma9ao e pesquisa podera constituir Grupos de Trabalho entre associadas com a finalidade de promo9ao das atividades.

CAPITULO IX- DO PATRIMONIO E DAS RECEITAS

Art. 40 - A Federac;ao Nacional de Doulas do Brasil podera receber auxilios, contribui9oes ou doacoes (depois de examinados e aprovados pela diretoria), bem como firmar convenios (nacionais ou internacionais) com organismos ou entidades publicas ou privadas, contanto que nao impliquem em sua subordina9ao a compromissos e interesses que conflitem com seus objetivos e finalidades ou arrisquem sua independencia.

Art. 41 - O material permanente, acervo tecnico, bibliografico, equipamentos adquiridos ou recebidos pela FENADOULASBR atraves de convenios, projetos ou similares, sao bens permanentes da sociedade e inalienaveis, salvo autoriza9ao em contrario expressa pela Assembleia Geral de S6cias.

Art. 42 - O patrimonio e as receitas da Federac;ao Nacional de Doulas somente poderao ser utilizados para manuten9ao de seus objetivos.

Art. 43 - A FENADOULASBR nao remunera as membras da Diretoria e Conselho Fiscal, nao distribuindo lucros ou dividendos a qualquer titulo ou sob nenhum pretexto, sendo que os

6

JO/ V> S v A

6

6

11

VI- elaborar, com base no planejamento realizado no exercício em curso a proposta orçamentária para o exercício seguinte a ser submetida à Diretoria, para posterior apreciação da Assembleia Geral;

VII- conservar sob sua guarda e responsabilidade, todos os documentos relativos à tesouraria. Panígrafo Único. A vice tesoureira atuará, solidariamente, com a titular exercendo, conjuntamente, o encargo.

Art. 37 - São atribuições da Diretoria de Comunicação:

I - promover a divulgação de assuntos de interesse da FENADOULASBR e de suas associadas através de diferentes meios.

II - promover as atividades sociais e de conglutamento das filiadas, e, em conjunto, com a diretoria de formação, as atividades formativas e de debate;

III - manter atualizados os cadastros de endereços físicos e eletrônicos das associadas;

IV - manter atualizados os canais de contato da FENADOULASBR;

V - gerenciar o processo de arrecadação, administração e cobertura financeira para realização dos eventos.

§1º A vice diretora de comunicação atuará, solidariamente, com a titular exercendo, conjuntamente, o encargo.

§2º A diretoria de comunicação poderá constituir Grupos de Trabalho entre filiadas com a finalidade de promover as atividades.

Art. 38 - São atribuições da Diretoria de Relações Institucionais:

I - monitorar as atividades dos poderes executivo, legislativo e judiciário, bem como da sociedade civil organizada, com vistas ao oferecimento de informações qualificadas, no que tange aos objetivos da FENADOULASBR.

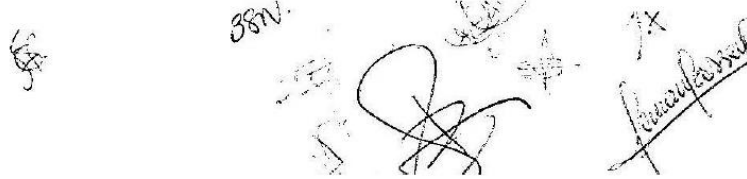
II - promover o fortalecimento das associações filiadas, definindo como as ações com vistas ao reconhecimento pelas instâncias ou agentes públicos tomadores de decisão.

III - planejamento e execução de estratégias para a difusão da FENADOULASBR e ambiente para representação, como por exemplo campanhas e mobilizações em prol dos interesses da FENADOULASBR.

IV - representar a defesa de posição da FENADOULASBR, conforme demandada e nos objetivos do estatuto, mediante agentes públicos e tomadores de decisão;

V - planejamento e execução de ações que fortaleçam a imagem institucional da FENADOULASBR.

§1º A vice diretora de relações institucionais atuará, solidariamente, com a titular exercendo, conjuntamente, o encargo.

38N. 

"So, I. -'1'1'1'

§3º Para fins da continuidade das ações e projetos, a Diretoria poderá designar dentre as associadas membra para a vacância interinamente.

Art. 33 - Cabe a Diretoria:

I- elaborar e executar o programa anual de atividades;

II- elaborar e apresentar à Assembleia Geral o relatório anual e o respectivo demonstrativo de resultados do exercício findo;

III- elaborar o orçamento de receitas e despesas para o exercício seguinte;

IV - reunir-se, ordinariamente, a cada 04 (quatro) meses, sendo pelo menos uma vez, presencial, e as demais serão presenciais ou por vídeo conferência, para debater as pautas pertinentes ao bom andamento da Federação.

Art. 34 - Sao atribui96es da Presidenta:

I- representar a Federa9ao, ativa e passivamente, judicial e extrajudicialmente;

II- cumprir e fazer cumprir este Estatuto e os Regimentos Internos;

III- convocar e presidir as reuniões da Assembleia Geral e as da Diretoria;

IV- dirigir e supervisionar todas as atividades da Federa9ao.

Art. 35 - Sao atribui9oes da Secretaria Executiva:

I- substituir a Presidenta em suas faltas ou impedimentos;

II- colaborar com a Presidenta na dire9ao e execu9ao de todas as atividades da Federa9ao;

III- secretariar as reuniões, redigindo as respectivas atas;

IV- coordenar as atividades de captação de recursos da entidade;

V- aceitar doações e subvenções, desde que as mesmas não comprometam a autonomia e independência da entidade;

VI- elaborar o Regimento Interno para aprova9ao da Diretoria;

VII- coordenar a elabora9ao de projetos.

Paragrafo Unico. A vice Secretaria-executiva atuara, solidariamente, com a titular exercendo, conjuntamente, o encargo.

Art. 36 - Sao atribuicoes da Tesoureira:







I- arrecadar e contabilizar as contribui9oes, rendas, auxilios e donativos destinados a FENADOULASBR, mantendo em dia a escrituracao;

II- efetuar os pagamentos de todas as obriga9oes;

III- apresentar relatórios de receitas e despesas, sempre que forem solicitados;

IV- apresentar o relatório financeiro, a ser submetido à Assembleia Geral;

V- publicar trimestralmente a demonstra9ao das receitas e despesas realizadas no exerdcio;

6.      



Paragrafo Segundo - Poderá ser prevista no regimento interno outras modalidades de representação por filiada levando em consideração critérios regionais, econômicos, entre outros, para garantia da equidade.

Art. 26 - As resoluções das Assembleias Gerais obrigam a totalidade das filiadas de seu cumprimento.

Art. 27- De todas as ocorrências das Assembleias lavra-se ata, que é assinada pela Presidenta e pela Secretaria da Mesa.

Paragrafo Único: A Ata pode ser lavrada na forma de sumário dos fatos ocorridos, inclusive dissidências e protestos, contendo apenas a transcrição das deliberações tomadas.

Art. 28 - As Assembleias serão registradas em áudio ou áudio-visual e disponibilizadas para os associados, no prazo de 10 (dez) dias úteis.

CAPÍTULO VII - DO CONSELHO FISCAL

Art. 29 - O Conselho Fiscal é o órgão controlador dos procedimentos administrativos e financeiros da FENADOULASBR.

Art. 30 - O Conselho Fiscal é composto por 3 (três) membros eleitos trienalmente na forma prevista neste estatuto.

Art. 31 - O Conselho Fiscal delibera, validamente, com o mínimo de 2 (dois) de seus membros, competindo-lhe:

- I - examinar, em qualquer tempo, os livros e documentos da FENADOULASBR, a situação de caixa e da tesouraria, cumprindo a Diretoria fornecer-lhe as informações que solicitar;
- II - emitir e lavrar em livro próprio ou em ata arquivada na Entidade, parecer sobre as finanças e os procedimentos administrativos da FENADOULASBR, no exercício em que servirem, para ser apresentado à Assembleia Geral Ordinária.

CAPÍTULO VIII - DA DIRETORIA

Art. 32 - A Diretoria é o órgão executivo da FENADOULASBR, eleita por três anos na forma prevista neste estatuto, e compõe-se de: Presidenta da FENADOULASBR, Secretaria Executiva e respectiva vice, Tesoureira e respectiva vice, Diretora de Comunicação e respectiva vice, Diretora de Formação e Pesquisa e respectiva vice, e Diretora de Relações Institucionais e respectiva vice.

§1º Em caso de remoção de membro da Diretoria, esta deverá ser comunicada por escrito.

§2º Ocorrendo vaga entre as integrantes da Diretoria, a Assembleia Geral elegerá a nova integrante.

11-6-1/

§ 1º - Para a aprova9ao das deliberaç;oes a que se referem os incisos IV, V e VI do Art. 11-6-1/ exigido o voto favoravel da maioria qualificada, equivalente a 2/3 (dois terç;os) do total do quadro de filiadas, em Assembleia especialmente convocada para esse fim, nao podendo ela dcliberar sem este quorum minima, sendo permitida a participa9ao nao presencial, mediante a vota9ao por meio eletronico, exclusivamente para as deliberaç;oes referidas no inciso IV do referido Art. 19.

§ 2º - A Presidenta escolhida instala os trabalhos e designa uma Secretaria para com ela compor a mesa e, em caso de sufoigio, designa, tambem dentre as presentes, uma escrutinadora.

Art. 22 - As Assembleias Gerais Extraordinarias sao convocadas pela Diretoria, por intermedio de sua Presidenta ou por 2/3 (dois terç;os) de suas membras, ou por 30% de suas associadas em pleno gozo de seus direitos.

Paragrafo unico: Considera-se a recusa de que trata o presente artigo se nao for convocada a Assembleia Geral no prazo de 8 (oito) dias após ter sido deliberada sua convocar;ao pela diretoria ou de 16 (dezesesseis) dias após ter sido solicitada pelo percentual acima citados.

Art. 23 - A convoca9ao da Assembleia Geral Extraordinaria e feita por correspondencia as filiadas devendo conter a ordem do dia, hora e local da reuniao, com antecedencia minima de 30 (trinta) dias e realizar-se-a na forma do caput do Art. 21.

§ 1º - Verificada, pelo respectivo livro, a presença do numero legal, a Assembleia elege, dentre as presentes, a Presidenta para dirigir os trabalhos, o qual designa uma Secretaria.

§ 2º - Constituida a mesa, a Presidenta declara iniciados os trabalhos, mandando ler o edital de convocar;ao para conhecimento das presentes, passando, em seguida, a ordem do dia.

§ 3º - Para fins da Assembleia Geral Extraordinaria para participa9ao da diretoria, conselheiras e entidades filiadas podera ser utilizado o recurso de videoconferencia.

Art. 24 - Compete a Presidenta da Assembleia Geral a dire9ao dos trabalhos, com os mais amplos poderes para coordenar as discussoes e encerra-las, quando lhe aprouver; manter a ordem e a disciplina; conceder ou retirar a palavra; presidir a apurac;ao de quaisquer eleic;oes ou escmtinios, proclamando o resultado e, em caso de empate, exercer o voto de qualidade, adiar, suspender e encerrar a Assembleia.

Art. 25 - Cada filiada tem direito a 1 (um) voto, desde que esteja em dia com o pagamento <las contribuic;oes e demais obrigac;oes sociais.

Paragrafo Primeiro - As votac;oes, a requerimento de qualquer filiada presente, aprovadas pelo plenario, podem ser secretas, nominais ou por aclamaç;ao.



Art. 16 - A FENADOULASBR pode associar-se a Entidades nacionais e colaborar com as congêneres nacionais e estrangeiras, sempre que haja coincidência nos objetivos sociais, mediante resolução da Diretoria Executiva.

CAPITULO V - DOS ORGAOS DIRETIVOS

Art. 17 - São órgãos diretivos da FENADOULASBR:

I - Assembleia Geral;

II - Diretoria;

III - Conselho Fiscal.

Parágrafo Único: A FENADOULASBR poderá instituir Conselho de Representantes, eleitos em Assembleia Geral, conforme seu interesse e de acordo com as entidades filiadas.

CAPITULO VI - DA ASSEMBLEIA GERAL

Art. 18 - A Assembleia Geral é o órgão soberano da FENADOULASBR e delibera sobre todos os assuntos de interesse da entidade e de suas filiadas.

Art. 19 - A Assembleia compete:

I - deliberar, a cada exercício, sobre o relatório de atividades e contas da Diretoria;

II - eleger as membros da Diretoria e do Conselho Fiscal;

III - deliberar sobre aquisição, alienação e oneração de bens imóveis;

IV - alterar este Estatuto;

V - destituir dirigentes;

VI - decidir sobre a extinção da FENADOULASBR.

Art. 20 - As Assembleias Gerais são Ordinárias ou Extraordinárias.

§ 1º - A Assembleia Geral Ordinária realiza-se uma vez por ano, no mês de maio, em dia previamente designado pela Diretoria.

§ 2º - A Assembleia Geral Ordinária reúne-se para eleger as membros da diretoria e do Conselho Fiscal, nos termos e periodicidade estabelecida neste Estatuto, bem como para tomar conhecimento dos Pareceres do Conselho Fiscal e discutir e julgar as contas da Diretoria.

§ 3º - Nas Assembleias Gerais Extraordinárias será objeto de deliberação a matéria que houver motivado a sua convocação.

Art. 21 - As Assembleias Gerais funcionam validamente, quando convocadas na forma estatutária, e instalam-se, em primeira convocação com a presença de, no mínima, 1/3 (um terço) das filiadas, e, em segunda convocação, meia hora após, com qualquer número.



V - sugerir nomes para compor chapas de órgãos diretivos da FENADOULASBR;

VI - recorrer à Assembleia Geral, como última instância, dos atos e deliberações da Diretoria que contrariem os direitos expressamente assegurados neste Estatuto.

VII - utilizar as logomarcas e slogans da FENADOULASBR sem onus, como entidade filiada à Federação.

VIII - As entidades filiadas não respondem subsidiariamente pelas obrigações sociais da FENADOULASBR.

Art. 13 - São deveres das Entidades filiadas:

I - acatar e observar este Estatuto e as deliberações tomadas pelas Assembleias Gerais e Diretoria;

II - pagar pontualmente as contribuições e taxas de serviços, previamente definidas em votação pela maioria simples;

III - comparecer as Assembleias e reuniões para as quais forem convocadas;

IV - contribuir para o engrandecimento da FENADOULASBR, proporcionando-lhe constante colaboração.

V - Respeitar as normas e diretrizes, emendas, como regimento interno, código de ética, entre outros.

Parágrafo Único: As filiadas em atraso com a tesouraria, por período superior a 12 (doze) meses, sofrerão as seguintes sanções disciplinares:

a) impedimento de votar e serem votadas para cargos eletivos na FENADOULASBR.

b) impedimento de sugerir nomes para compor chapas de órgãos diretivos da FENADOULASBR

c) impedimento de sediar reuniões ou encontros regionais promovidos ou oficializados pela FENADOULASBR.

Art. 14 - Extingue-se a qualidade de filiada:

I - pela solicitação de desligamento;

II - por exclusão determinada pela Assembleia Geral, mediante proposta da Diretoria, assegurado amplo direito de defesa.

Parágrafo Único - Da decisão de excluir a filiada, poderá esta interpor, no prazo de 15 (quinze) dias, recurso voluntário à Assembleia Geral, que o apreciará na reunião subsequente.

CAPÍTULO IV - DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Art. 15 - As Entidades filiadas são representadas - to à FENADOULASBR por suas respectivas Presidentas ou Representantes de

classe. ; | 8, fJ ..



CAPÍTULO II - DA FILIAÇÃO

Art. 7º - Podem filiar-se a FENADOULASBR: Associações de Doulas que tenham por finalidade a representação da classe e a defesa dos mesmos interesses, desde que preencham os seguintes requisitos:

I - possuir estatuto em consonância com o da FENADOULASBR;

II - ter personalidade jurídica.

Parágrafo Único: Somente 01 (uma) associação de Doulas será aceita por unidade federativa.

Art. 8º - A filiação deve ser solicitada a FENADOULASBR por correspondência instruída com os seguintes documentos:

I - cópia da Ata de Fundação;

II - cópia do estatuto;

III - cópia da certidão do registro da Entidade;

IV - cadastro de associadas;

V - nominata da Diretoria.

Art. 9º - A filiação é concedida pro tempore pela Diretoria e referendada na Assembleia Geral subsequente.

CAPÍTULO III - DAS FILIADAS, SEUS DIREITOS E DEVERES

Art. 10º - A FENADOULASBR compõe-se de Entidades filiadas, em número ilimitado e distribuídas pelas seguintes categorias:

I - Fundadoras: as Associações de Doulas que subscreveram o Estatuto de sua constituição;

II - Mantenedoras: Associações de Doulas que contribuam individualmente com, pelo menos, o 7% (sete por cento) do valor básico das anuidades, efetivamente, pagas pelas associadas, comprovadas mediante balanços financeiros.

Parágrafo Único - Perde a condição de mantenedora, em qualquer das categorias referidas no caput, a filiada que estiver inadimplente, por 3 (três) semestres, seguidos ou alternados, com o pagamento de suas contribuições sociais.

Art. 11 - A contribuição é semestral.

Art. 12 - São direitos das Entidades filiadas:

I - gozar dos benefícios e serviços que a FENADOULASBR lhes possa proporcionar;

II - participar e deliberar em Assembleias Gerais;

III - votar, por intermédio de suas representantes;

IV - apresentar, para consideração dos órgãos diretivos da FENADOULASBR, indicações ou propostas que interessem aos fins sociais;

I
()

B'6N

x
S.
11
12



XXXI- Estabelecer cooperação técnica com instituições de saúde, ensino e assistência social em todos os níveis de formação e cooperação previstos pelos Ministérios da Educação, Cultura, Saúde e da Assistência Social;

XXXII- Contribuir com a luta cotidiana das associações afiliadas para garantia do cumprimento da legislação (nos termos de cada lei) referente ao direito da mulher a ter uma Doula durante todo o ciclo gravídico-puerperal que garanta a entrada da mesma nos serviços de atendimento ao parto e nascimento em todas as situações, incluindo o abortamento, a perda gestacional e o aborto legal;

XXXIII- Zelar pelos direitos e saúde da mulher, da parturiente, do neonato e de sua família e a melhoria do seu atendimento no ciclo gravídico-puerperal nos serviços públicos e privados e situações de abortamento;

XXXIV- Prevenir e combater a VIOLENCIA OBSTETRICA no ciclo gravídico-puerperal e situações de abortamento;

XXXV- Promover a saúde, a cidadania e do respeito aos direitos humanos e da democracia;

§1º Para realização dos objetivos indicados neste artigo, a FENADOULASBR poderá realizar bazares, feiras, bem como celebrar convenios, contratos, acordos, termos de parcerias, termos de cooperação, e articular-se de forma conveniente, com empresas privadas, empresas públicas e de economia mista, bem como órgãos públicos, organizações, fundações, entidades de classe, outras associações e instituições financeiras públicas ou privadas, desde que o ajuste não resulte em sua subordinação ou vinculação a compromissos e interesses conflitantes com os objetivos da Federação, nem arrisque sua independência.

Art. 5º - A FENADOULASBR poderá proporcionar assessoria técnica às suas associadas em assuntos de natureza econômica e jurídica, de modo a orientá-las no exato cumprimento e observância da legislação vigente nas áreas pertinentes à sua atuação profissional.

Art. 6º - A FENADOULASBR não promove ou corrobora com qualquer forma ou manifestação de preconceitos ou discriminações relativas à cor, gênero, raça, etnia, credo religioso, classe social, orientação afetivo-sexual, concepção política - partidária ou filosófica, nacionalidade em suas atividades, dependências ou em seu quadro social.

Parágrafo Primeiro: A FENADOULASBR é uma instituição de composição exclusiva de mulheres e pessoas do gênero feminino.

Parágrafo Segundo: Para fins do parágrafo anterior, poderão as entidades filiadas terem autonomia para decidir seu formato de composição.

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature that appears to be "João Pessoa" and other smaller marks.

1.0
74
t,PP,Ri l'3\ f
oi sf?

XIX- Organizar, credenciar e promover cursos, oficinas, seminaries sobre temas de interesse...
do segmento no intuito de qualificac:ao profissional e de criar melhores condic:oes de trabalho
para as Doulas atraves das associac:oes filiadas e incentivar o permanente aprimoramento das
mesmas, tendo em vista os temas abordados no item XVI deste artigo;

XX- Captar recursos de fundos publicos e privados para custear o desenvolvimento de programas de capacitac;ao, cursos, oficinas, simposios, congressos, eventos e afins;

XXI- Promover e contribuir no intercambio entre instituicoes e organiza9oes que desenvolvem suas atividades voltadas para o treinamento, ensino tecnico ou profissionalizante e pesquisas relacionados aos temas abordados no item XVI deste artigo;

XXII- Promover a comunicac;ao e coopera9ao entre as instituic;oes de formac;ao de doulas;

XXIII- Celebrar convenios e acordos com instituic;oes publicas ou privadas, nacionais ou internacionais visando a amplia9ao de acesso e a promo9ao do trabalho da doula, na assistencia ao ciclo gravidico-puerperal e na promoc;ao da saude das mulheres;

XXIV- Desenvolver atividades junto as institui9oes do terceiro setor e de assistencia social para promocio do trabalho da Doula, na assistencia ao ciclo gravidico-puerperal e na promocio da saude das mulheres na comunidade;

XXV- Criar estratégias e programas para valoriza9ao dos cursos de formas:ao de Doulas, assim como, de pesquisas junto aos 6rgaos oficiais;

XXVI- Buscar o entrosamento efetivo com entidades nacionais com objetivos equivalentes ligadas a áreas de conhecimento afins as Doulas, e com entidades congêneres no plano internacional;

XXVII- Assessorar programas governamentais e nao governamentais relacionados a promo9ao do trabalho da Doula nas politicas de saude com enfase na assistencia ao ciclo gravidico-puerperal;

XXVIII- Promover e difundir os conhecimentos produzidos no campo na assistência ao ciclo gravídico-puerperal para todas as interessadas e, sobretudo, para profissionais ligados ao ensino, à pesquisa e aos serviços de saúde, participando e organizando cursos, oficinas, palestras, seminários, congressos, conferências, eventos e outros;

XXIX- Promover projetos, programas e atividades de saúde, cultura, trabalho, justiça, assistência, ciência, tecnologia e educação no âmbito da assistência ao ciclo gravídico-puerperal e direitos sexuais;

XXX- Discutir, Implantar e difundir projetos pedagógicos de formação e capacitação de
Doulas;

65. j V' 0



- XI- Celebrar convênios e acordos com instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais visando a promoção do trabalho da Doula e das Associações filiadas;
- XII- Construir um amplo debate sobre a necessidade de qualificação e ampliação ao sistema de saúde, e mais especificamente aos serviços de pré-natal, de assistência ao parto e nascimento, tendo como premissa os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres *cis*, lésbicas, bissexuais, e homens *trans*; o direito à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e, o direito da criança ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, tendo como transversalidade a atuação das Doulas neste cenário;
- XIII- Desenvolver cooperação técnica, projetos, programas e ações junto aos setores da iniciativa privada e das políticas públicas de saúde, educação, ciência & tecnologia, assistência social, judiciário, dos direitos humanos, e afins;
- XIV- Promover ações de cooperação, intercâmbio e convenios, entre os órgãos e instituições públicas e privadas, em âmbito municipal, estadual e nacional, na área da saúde, educação e assistência social, e afins, para desenvolver ações de prestação de serviços, capacitação, ensino e pesquisa sobre os temas: 1 - direitos sexuais e reprodutivos das mulheres *cis*, lésbicas, bissexuais, e homens *trans*; 2 - o direito à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; 3 - direito da criança ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis; 4 - enfrentamento da violência obstétrica; 5 - Redução da morbimortalidade materna, neonatal, e infantil;
- XV- Promover e difundir o conhecimento científico e ancestral do parto natural para todos os interessados e, sobretudo para profissionais ligados ao ensino, à pesquisa e aos serviços de saúde e educação, participando e organizando cursos, oficinas, palestras, seminários, simpósios, conferências, eventos, congressos nacionais e internacionais, feiras e outros eventos ligados ao parto e nascimento e direitos sexuais reprodutivos;
- XVI- Produção e comercialização de equipamentos, material permanente, de consumo, educativos e informativos relacionados aos seguintes temas: 1- direitos sexuais e reprodutivos das mulheres *cis*, lésbicas, bissexuais, e homens *trans*; 2- direito à atenção humanizada
- XVII- à gravidez, ao parto e ao puerpério; 3- direito da criança ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis; 4- enfrentamento da violência obstétrica; 5- Redução da morbimortalidade materna, neonatal, e infantil;
- XVIII- Implantar, difundir e assessorar o desenvolvimento de projetos pedagógicos de formação e certificação de Doulas, distribuído para a qualificação, definição dos objetivos, das práticas e dos requisitos dos cursos de formação da Doula;



ESTATUTO SOCIAL DA FEDERAÇÃO NACIONAL DE DOULAS DO BRASIL -FENADOULASBR

CAPITULO I - DA DENOMINACAO, CONSTITUICAO, SEDE E FINALIDADES

Art. 1º - A Federação Nacional de Doulas do Brasil, fundada na cidade de **João Pessoa/PB**, em virtude da deliberação do 4º Congresso Nacional de Doulas, **realizada em 27 de maio de 2018**, é uma associação, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica, constituída pelas suas filiadas, regida pelo presente Estatuto.

Art. 2º - A FENADOULASBR tem sua sede e foro na cidade de João Pessoa - PB, e sua duração é por tempo indeterminado.

§ 1º: Por decisão da Diretoria poderão ser abertas, no país ou no exterior, representações ou filiais da FENADOULASBR.

§ 2º: A sede da FENADOULASBR poderá ser itinerante conforme a sede de origem da presidente em exercício, com aprovação da diretoria.

Art. 3º - A FENADOULASBR tem por finalidade 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, consolidando a atuação das Doulas no território Nacional.

Art. 4º - A FENADOULASBR tem por objetivos:

- I- Representar as Associações de Doulas atuantes no território brasileiro;
- II- Debater em nível nacional questões políticas, culturais, econômicas e sociais que perpassam a finalidade desta entidade;
- III- Contribuir para a construção de ações e políticas públicas que tenham impacto na atuação das Doulas no território nacional;
- IV- Promover a união das Doulas e a defesa dos seus justos interesses;
- V- Defender o cumprimento dos preceitos éticos e legais da categoria;
- VI- Incentivar a comunicação entre as Associações e instituições afins;
- VII- Lutar pela aprovação de leis e normas em favor das Doulas;
- VIII- Incentivar ações e criação de políticas públicas para promoção da assistência humanizada ao ciclo gravídico puerperal e do bem estar do binômio Mãe-bebê;
- IX- Comemorar, anualmente, o Dia Nacional da Doula em 18 de dezembro e o Dia Mundial da Doula, em 22 de março;
- X- Promover a história e memória do movimento das Doulas, suas experiências e contribuições;

IX – orientar e prestar apoio aos cuidados com o recém-nascido e ao processo de amamentação.

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.

Art. 5º A doula é de livre escolha da pessoa grávida, sendo a doulagem parte da atenção multidisciplinar à pessoa no ciclo gravídico-puerperal.

Art. 6º É 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 situações de abortamento.

§ 1º A presença da doula não exclui a presença de acompanhante de livre escolha da pessoa grávida.

§ 2º Para fins do disposto no **caput**, é vedada a cobrança de qualquer taxa adicional vinculada à presença da doula durante o período de trabalho de parto.

§ 3º A presença da doula no estabelecimento de saúde, por solicitação da pessoa grávida, não implica obrigações por parte do estabelecimento, como remuneração ou vínculo empregatício.

§ 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.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Senado Federal, em 23 de março de 2022.

Senador Rodrigo Pacheco
Presidente do Senado Federal

gs1/pl-21-3946rev

Autenticado Eletronicamente, após conferência com o original.

