

"Só pode entrar quem for essencial" Desafios da regulamentação da profissão de doula no Brasil¹

Thaís Teles Rocha²
UFMG/ Minas Gerais

Quando é que se começa a ser doula? ou Quando antropólogas e doulas se encontram

O ano era 2015 e eu havia decidido fazer um curso de doula, acreditando que as informações ali apresentadas poderiam me auxiliar na compreensão do contexto da violência obstétrica no Brasil – naquela época, tema dos laboratórios de pesquisa de graduação em antropologia social. *Quando é que se começa a ser doula? Isso acontece em um momento só? É uma data marcada com um “x” no calendário? É uma certificação? Será que eu vou sentir alguma coisa quando me formar?* Arrisco uma breve definição do escopo de trabalho, apenas para o fim didático da exposição deste texto: Doulas são profissionais treinadas que prestam apoio físico, informacional e emocional a mulheres e pessoas com útero durante a gestação, parto, aborto, pós-parto e amamentação. O trabalho de uma doula de parto consiste em esclarecer dúvidas sobre os processos que o corpo vivencia durante a gestação e parto; apoiar escolhas devidamente informadas da gestante/parturiente, o que, por vezes, assemelha-se a uma consultoria durante o pré-natal, somada à assistência durante o parto. O apoio informacional é exercido comumente no formato da educação perinatal, através da disponibilização de materiais de apoio, apresentação de informações acessíveis e baseadas em evidências científicas, sobre fases do trabalho de parto, direitos da gestante, principais procedimentos médicos ou técnicos durante a assistência, fases do pré-natal, contextualização da assistência sobre os principais hospitais do território, bases da assistência humanizada ao parto, dentre outras temáticas relacionadas ao período gravídico-puerperal. A doula também pode oferecer assistência presencial e/ou domiciliar para *preparação para o parto* (Fadynha, 2011 [2023] p.55), como prestar apoio informacional na escrita do plano de parto³, guiar exercícios de respiração consciente, orientação de posições que facilitam a fisiologia do parto e o emprego de métodos não-farmacológicos de alívio da dor. Finalmente, o apoio durante o pós-parto

¹ Trabalho apresentado na 34ª Reunião Brasileira de Antropologia (Ano: 2024)

² Mestranda em antropologia social pelo Programa de Pós- Graduação em Antropologia da UFMG. Contato rocha.thaisteles@gmail.com

³ Documento redigido pela gestante para orientar a equipe de saúde de suas preferências de assistência durante o parto, como: liberdade de posições e de dieta durante a internação, requerimento do direito a ter acompanhante, direito a ser assistida por uma doula, clampeamento tardio do cordão umbilical, amamentação durante a primeira hora pós-parto, dentre outros protocolos e requerimentos. Apresentarei a importância do plano de parto no decorrer do texto.

consiste em orientar a família durante o contato pele-a-pele, amamentação, e demais cuidados com o bebê e com a puérpera.

Cabe ressaltar que além de profissionais do parto, as doulas têm se conformado como importantes agentes de defesa de um conjunto específico de direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. Desde 2013, diversos estados e municípios brasileiros têm sancionado a “Lei da Doula”, que legislam permitindo sua entrada em hospitais e casas de parto. O escopo gravídico e puerperal, porém, não é o único contexto em que atuam. A doulagem pode ser estendida ao contexto da adoção, da fertilização in vitro, dos cuidados paliativos, do divórcio e até da morte. Apesar da amplitude da atuação nos mais variados contextos da reprodução ou de finalizações de ciclos de vida, a profissão ainda não é regulamentada. A doula trabalha durante jornadas imprevisíveis e incalculáveis. Isso significa que o chamado para um atendimento pode vir a qualquer momento do dia, durando longos períodos, muitas vezes sem intervalos para descanso. O tempo de um trabalho de parto é extremamente particular e pode variar de poucas horas a dias inteiros. A jornada de uma doula é fisicamente exauriente e emocionalmente complexa, por envolver forte vínculo empático com a pessoa que está sendo atendida.

Foram 4 dias de formação presencial do referido curso de doulas em Belo Horizonte. Apesar de ter nascido e vivido nessa mesma cidade durante toda minha vida, aquela parte de BH era uma outra Belo Horizonte - que se muito, eu havia visitado duas ou três vezes, na infância, para visitar um famoso parque municipal situado em uma área de preservação ambiental na Serra do Curral. Os encontros aconteceram em uma casa de terapias holísticas, possuída por uma conhecida professora de yoga e alugada pelo coletivo de doulas que oferecia o curso. A casa, situada em um bairro da área nobre da cidade, contava com salas e estúdios equipados para aulas, sessões de yoga e meditações. Tanto o espaço da casa quanto o bairro eram ornamentados por uma paisagem amplamente arborizada, como também bem cuidada por jardineiros e serviços municipais de poda - que avistei em trabalho durante todos os dias de curso. Havia muitas árvores frutíferas e por esse motivo, não era incomum avistar micos, esquilos e pequenas aves se alimentando. A avenida principal de acesso ao bairro contava com pistas de corrida e ciclovias, margeadas por mansões, escolas particulares infantis, restaurantes e farmácias, que circundavam uma grande praça com brinquedos infantis de madeira e um mirante com um monumento cartão-postal da cidade, serviço de coleta seletiva de materiais recicláveis (que não atendia o bairro onde eu morava, por exemplo) e uma quantidade excepcional de casas de terapias alternativas (yoga, acupuntura,

massagem ayurvédica, reiki, etc) nas proximidades. Um verdadeiro santuário do bem-viver no qual mesmo sendo habitante, eu era turista.

O momento da chegada no local do curso também causou-me algum despertencimento, ao passo em que fui aos poucos percebendo que a maior parte das pessoas ali presentes já se conheciam anteriormente. Algumas, inclusive, já tinham sido acompanhadas em seus partos pelas doulas que estavam coordenando a formação sendo inclusive convidadas por elas a participarem do curso. Percebi também que a maioria chegava de carro, ofertando ou utilizando vagas de carona com quem já conheciam ou dividindo táxis. Como ainda não conhecia ninguém, meu percurso era feito com três ônibus e começava às 6 horas da manhã, do outro lado da cidade. O horário de almoço também era outro momento de reunião de conhecidas e grupos de amizades, que se dividiram nos carros para ir até restaurantes do entorno. *Percebi que você não come carne e vim te chamar para ir comigo*, ela completou. *Então você faz antropologia, é?* E assim iniciamos uma conversa sobre pesquisa, vida acadêmica e nosso interesse em comum pela humanização do parto. Ela me contou que fazia psicologia, não tinha filhos e me perguntou se eu também fiquei incomodada com algumas falas que ouvimos naquele dia. Alívio. Uma sensação completa de alívio me tomou. Ironicamente, saber que eu não era a única desconfortável, me trouxe algum conforto.

O custo integral da formação foi de R\$800,00, com desconto de 10% para pagamentos integrais antecipados. Após preencher um questionário socioeconômico on-line, uma bolsa de 30% me foi oferecida, com a possibilidade de pagar o restante dividido em duas parcelas. Assim o fiz. A turma foi composta por 27 inscritas, formada majoritariamente por mulheres com idade de 30 a 60 anos, que ou já eram mães (acompanhadas ou não de seus bebês e crianças), ou avós, ou estavam grávidas, ou já exerciam algum trabalho relacionado com a assistência à gestantes. As três mulheres que estavam acompanhadas de bebês, também contavam com o apoio de um acompanhante, que assumia os principais cuidados durante as aulas, entregando o bebê à mãe apenas nos momentos de amamentação. Depois de conversar com elas, entendi que os dois homens eram pais das crianças e a outra mulher era a avó materna. As que estavam acompanhadas de crianças maiores, com cerca de 2 a 5 anos, vinham sozinhas, mas recebiam apoio das outras mulheres da turma. Com exceção de três mulheres que haviam vindo do Rio de Janeiro (RJ), Bom Despacho (MG) e Itabira (MG) a totalidade do curso residia na cidade de Belo Horizonte ou na região metropolitana do município. Desse total, apenas três mulheres eram negras.

Você é tão novinha! Que legal! E você tem planos de depois atuar como doula? Que legal que a sua geração está começando a se interessar desde cedo. Eu só fui descobrir essas coisas quando estava grávida! Apesar de me acolherem, sempre com carinho, o tom que mais despontava nas conversas durante os intervalos era o da curiosidade, deixando nítido meu despertamento, em diversos eixos. Eu estava em vias de completar a maioridade, não tinha planos de engravidar, não era profissional de saúde, não trabalhava dentro do cenário obstétrico, não parecia compartilhar da mesma classe social da maior parte das alunas e era visivelmente inexperiente com o acontecimento da gestação. *Mas o estranhamento é importante para a pesquisa*, eu pensava, enquanto procurava justificar para mim mesma o porquê de estar ali.

Uma experiência etnográfica completa. É como descreveria aquele curso de doulas para quem não pertence ao nicho do parto humanizado. A linguagem, desde os termos técnicos e siglas da saúde, até os nomes próprios de personalidades e cânones dos movimentos de ativistas pela humanização, apesar de pertencerem ao meu idioma natural, eram novidades incompreensíveis. A estética compartilhada desde a forma de se vestir, portar, comer, conversar e conduzir debates, era composta por elementos diversificados, mas que reuniam alguns aspectos em comum que reconheci como característicos de grupos frequentadores de terapias integrativas e processos de cuidado alternativo. Tudo me despertava os sentidos. Desde os tapetes de yoga, as almofadas de meditação em que sentávamos durante as aulas, os xales e panos com estampas oriundas das culturas hinduístas, os panos de rebozo e malhas de *sling* as roupas largas ou próprias para a prática de exercícios físicos, os chás de ervas e especiarias, os óleos essenciais em difusores pessoais em formato de colar, as cartilhas e camisetas com frases pela humanização do parto à venda na lojinha, o cheiro de incensos naturais até as músicas tocadas nos intervalos entre as aulas. Ali, eu era uma *outsider*. A língua franca não era o português, mas sim a relação com a maternidade, o partear e as práticas terapêuticas.

O conteúdo das aulas e das discussões certamente me afetaram. Nem sempre positivamente. Lembro como hoje do incômodo indigesto que sentia ao escutar expressões como *parir de cócoras que nem as índias. A doula é a mulher que serve*⁴. *E eu tenho o maior prazer em servir outra mulher*. Disse uma doula Achei que estivesse escondendo bem meu

⁴ Referência à etimologia da palavra doula, do grego clássico δούλη ("dúle"), que significa "serva", "escrava", "mulher que serve", ou "mulher que serve outra mulher". Apesar de ter sido ressemantizada, o uso do termo doula no Brasil também já foi discutido e reapropriado criticamente, principalmente por mulheres negras, conforme descrevi em meu trabalho de conclusão de curso, defendido em 2019, no Departamento de Antropologia da UFMG.

desconforto, quando uma das ministrantes do curso com quem mais conversei antes de me matricular, me abordou, brincando: *Não fique horrorizada, antropóloga!* Provavelmente por notar que eu anotava incansavelmente em um caderninho. *O que é que eu estou fazendo aqui?* - eu pensava. *Não tenho nada a ver com essas mulheres! Esse papo de ser serva de outra mulher é tão errado... Servidão não é pra ser combatida?*

A maior parte das aulas aconteciam dentro de uma sala ampla onde sentávamos em um círculo. Ao final de cada módulo, tínhamos dinâmicas corporais, educativas ou de roda de conversa. Nesses momentos, relatos de parto e assistência durante a gestação eram compartilhados. O silêncio após cada fala sobre violência obstétrica era ensurdecedor. Muitas mulheres falavam olhando para baixo, outras se levantavam enquanto narravam suas histórias, e a maior parte chorava, ou abraçava quem havia acabado de relatar, em algum momento das dinâmicas. Percebi que abandonei o caderninho quando me vi aos prantos depois de escutar um desses casos e entendi que a maior parte das mulheres que estavam no curso passava por um processo de luto. E o desejo de fazer a formação de doula passava pelo fato de terem sofrido violência obstétrica, terem medo de sofrer (no caso daquelas que estavam grávidas ou que planejavam gestar), assumir alguma posição no ativismo pela humanização do parto e nascimento, ou simplesmente se informar tecnicamente sobre o processo da gestação.

Quando é que se começa a ser doula? Bem, agora eu passei por quatro dias de formação.. E será que isso é o bastante? Se eu estivesse grávida, eu confiaria em alguém que passou por esse tempo de formação para me atender? Não. Melhor ficar só na pesquisa mesmo. Eu não me sinto pronta. São frases anotadas em letras maiúsculas, no canto das páginas de minha apostila do curso. Ao retornar para esse material, vejo minhas anotações gritadas, maiúsculas, marcadas com força no papel, mas o que leio é uma jovem estudante, inquieta com tanta novidade, ainda se formando, no canto das páginas (da apostila, da pesquisa e da vida). Ora, ainda bem que existe a dúvida. E mesmo com medo, recebi o tão falado certificado, durante uma dinâmica em que todas as novatas seguravam um pedaço de um mesmo fio de lã vermelha, cortado conforme seus nomes eram chamados. *Quando é que se começa a ser doula?*

Ainda tenho meu pedaço de lã vermelha. Mesmo maravilhada, curiosa e inquieta com as cortinas do parto humanizado que se abriam, eu ainda não conseguia me visualizar atuando. A carga horária do curso foi de 32 horas, com a sugestão de exercício de doulagem voluntária após a formação, com o intuito de praticar o conteúdo abordado. O maior desafio foi fazer esse “estágio”: um período breve de atendimentos voluntários ou a preço de custo,

para que tivéssemos experiência dentro dos equipamentos de saúde e assistência ao parto das regiões onde iríamos trabalhar. Para o meu espanto, as famílias *não me queriam nem de graça* – eu brincava. A justificativa era dura, mas compreensível. Quando não me achavam muito jovem, o problema era a falta de experiência, junto ao fato de não ser mãe, que era a cereja do bolo. *É que é um momento muito importante*, diziam. *Mesmo que seu trabalho seja voluntário, acho que preciso de alguém mais experiente para me deixar tranquila*, respondeu-me uma gestante que conheci através da rede social Facebook, em um grupo de parto humanizado em Belo Horizonte.

Experiência... Como vou ter experiência sem uma primeira chance? Eu pensava. *Onde vou conseguir meu primeiro atendimento se para isso preciso demonstrar experiência? Quando é que se começa a ser doula?* Algum tempo mais tarde, depois de divulgar minha agenda aberta em redes sociais, por boca-a-boca e pelas minhas antigas professoras do curso, comecei a receber demandas de mulheres com a idade aproximada da minha, de baixa renda, passando por gestações nem sempre desejadas, com desejo por ter um parto natural e assistência humanizada, mas pouca ou nenhuma informação a respeito. Em setembro de 2015, recebi uma mensagem da mulher que veio a ser minha primeira doulanda: *Ainda nem me recuperei do susto que foi engravidar. Não sei para onde ir. O pré-natal do posto não dá muita informação. Fiquei sabendo que você é doula. Você pode ir comigo no dia?* Atender mulheres parecidas comigo foi um misto de alívio com desafio, pois a realidade dos serviços de saúde do meu território era pouco amistosa com a presença de doulas. *Você é irmã dela? Ah! É doula? Que gracinha! Tão novinha! Mas não pode ficar aqui no pré-parto. Você espera lá fora* – era o que eu escutava de profissionais da medicina e da enfermagem de alguns hospitais, no começo de minha atuação profissional.

De lá para cá, são 10 anos de pesquisa e atuação, sendo que em 7 deles estou também atravessada pela maternidade solo. E mesmo enredada em uma tripla camada de enfrentamento, como ativista, doula e mãe, ainda me choco com os casos de violência durante o parto. Ao longo desse período, como doula no SUS, talvez não seja mais tão surpreendente dizer que testemunhei incontáveis casos de violência obstétrica, dos níveis mais verbais aos mais hediondos. Talvez também não seja surpreendente dizer que na maior parte das vezes, fui uma *testemunha amordaçada*, por não ter o que fazer para evitar ou relatar o que acontecia às mulheres que assisti, dada minha posição hierarquicamente precária, instável e até mesmo indesejada, durante os plantões, dentro dos hospitais e

maternidades. Seja pelo fato da profissão de doula ainda não ser regulamentada no Brasil⁵, ou pela suposta posição de aliada da gestante, que uma doula comumente ocupa em um hospital, a inserção institucional da categoria dentro de organogramas hospitalares ainda é uma questão de dissenso entre as demais categorias de profissionais de saúde. Esse contexto coaduna com uma assistência que, na prática, ainda não inclui a doulagem como parte da equipe multiprofissional de assistência ao parto e nascimento, apesar da recomendação da Organização Mundial da Saúde (2018) e da menção ao seu suporte na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2017) e na Caderneta da Gestante do Ministério da Saúde (2018), que fazem parte das diretrizes para melhorar a qualidade do atendimento materno e neonatal. Além dos modelos de assistência recomendados, as leis municipais e estaduais sobre doulas, em uma onda crescente de aprovação em todo o território nacional, conforme me delongarei com mais detalhes a seguir, também são um recurso acionado para exigir e garantir a entrada em hospitais e maternidades. Apesar das garantias legais e institucionais, a pesquisa de campo sugeriu que a consolidação prática da doulagem enquanto categoria profissional prevista na assistência ao parto e nascimento ainda é instável e variada conforme o território. Nesse sentido, o projeto de lei 3946/2021, em tramitação na câmara dos deputados, enquanto mecanismo legislativo para regulamentar a profissão - e, teoricamente, possibilitar sua inserção formal no sistema de saúde, tem seu mérito justificado. *Quando é que se começa a ser doula? E antes disso, como a doula foi feita?*

Uma curiosidade tão forte quanto aquela que move a primeira pergunta deste texto, ocupou-me ao testemunhar tantas mulheres, coletivamente articuladas ou não, em realidades tão diferentes, acompanhando o processo de gestar, parir, abortar, amamentar e cuidar. De onde vem esse trabalho? Como ele é valorado? E por que é tão importante que ele seja uma profissão? Alguém está contando essas histórias?

A metodologia de pesquisa envolveu um trabalho de campo intensivo ao longo de três anos, durante os quais frequentei diversos espaços de convivência, tanto presenciais quanto virtuais. Participei de congressos, fóruns, grupos, convenções de classe e viagens para articulação com parlamentares, a fim de compreender as dinâmicas e desafios enfrentados por essas profissionais. Além disso, realizei entrevistas semi-estruturadas em profundidade, que

⁵Já existe um projeto de lei que versa sobre a regulamentação da profissão de doula, em tramitação na Câmara dos Deputados do Brasil, o PL 3946/2021, que ainda aguarda votação na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2318547> Acesso em: 24 de junho de 2024.

permitiram uma compreensão mais detalhada das experiências e perspectivas das doulas. Essa abordagem etnográfica me possibilitou captar as nuances das práticas e discursos, revelando como as doulas negociam suas identidades e papéis em diferentes contextos sociais. Este trabalho, portanto, busca contribuir com a discussão do acesso à saúde sexual e reprodutiva, por meio de políticas públicas, por meio de uma etnografia feita entre doulas, trabalhadoras e usuárias do SUS e da rede privada, dentro do contexto da mobilização pela aprovação do PL 3946/2021, que regulamenta a profissão de doula em todo o país.

Doula: uma profissão contemporânea para um trabalho antigo

A origem da palavra "doula" remonta ao grego antigo, do termo δούλη, que significa "serva" ou "a mulher que serve". Inicialmente utilizado para referir-se a mulheres em situações de servidão ou escravidão, a palavra abrangia uma variedade de funções domésticas. Durante a pesquisa pude perceber que o uso descontextualizado da palavra doula tem fomentado reflexões importantes, principalmente entre doulas negras e/ou que sejam provenientes de contextos do Sul Global, onde a colonialidade, a escravidão e o racismo são feridas abertas que demarcam a desigualdade. A discussão racializada diante de certos traços coloniais das várias "ciências do parto" são debates que explorarei mais adiante com maior profundidade. A primeira vez que o termo doula aparece registrado na literatura científica ocidental data de 1966, por Dana Raphael, uma antropóloga norte-americana, em sua dissertação que investigou práticas de amamentação em diversas culturas ao redor do mundo. Posteriormente, Raphael expandiu o conceito em seu livro "The Tender Gift: Breastfeeding", publicado em 1976, utilizando-o para descrever mães experientes que ofereciam apoio emocional e informacional a novas mães durante os primeiros contatos com seus recém-nascidos e no processo de amamentação, especialmente em ambientes domésticos nas Filipinas. A expressão "doula" foi sugerida por uma interlocutora grega, pois se encaixava na descrição feita por Raphael de uma mulher que oferece suporte contínuo e incondicional a outra mulher durante o pós-parto e a amamentação.

Mais tarde, Dana Raphael e Margareth Mead estabeleceram o Human Lactation Center, um instituto de pesquisa focado em práticas e padrões de amamentação ao redor do mundo. A National Association of Childbirth Assistants (NACA), fundada em 1984 nos Estados Unidos pela educadora Claudia Lowe, foi a primeira organização profissional dedicada às doulas. (RAPHAEL, Dana, 1973; 1976; 1979; RAPHAEL, Dana & Davies, Flora. 1985).

Anos mais tarde, o neonatologista Marshal Klaus e o pediatra John Kennel resgataram o termo para descrever a atuação de mulheres solidárias durante o parto, agora referidas como "supportive lay women" (mulheres leigas solidárias/que oferecem suporte) - tradução minha. Em seu primeiro artigo científico sobre o tema, em 1980, eles examinaram os efeitos da presença de doulas durante o trabalho de parto em hospitais na Guatemala. Essa presença era vista como uma alternativa para reduzir taxas de cesarianas, o risco de aspiração de líquido meconial, além de diminuir a duração do trabalho de parto e promover uma interação mais próxima entre mãe e bebê no pós-parto. A pesquisa revelou que a maioria das mães que receberam suporte contínuo de uma doula durante o parto demonstrou maior disposição, comunicação, sorrisos e interações afetuosas com seus bebês após um trabalho de parto mais curto, em comparação com aquelas que não tiveram acompanhamento de doulas.

Em 1991, os Drs. Klaus e Kennell juntamente com Phyllis Klaus, Penny Simkin e Annie Kennedy fundaram a *DONA - Doulas of North America*. Em 1992, essa organização se expandiu para se tornar a *DONA International*, consolidando-se como uma referência na formação e apoio às doulas. A principal missão da organização era oferecer formação e treinamento para doulas de parto nos Estados Unidos e ao redor do mundo. Suas premissas incluíam o estímulo ao uso de doulas globalmente, promovendo e avançando na profissão de doula, além de se tornar uma fonte valiosa de informações sobre os benefícios dos cuidados prestados por essas profissionais, conforme destacado por Kaylee S. Wolfe em 2015. Em 1993, os médicos publicaram "Mothering the Mother: How A Doula Can Help You Have A Shorter, Easier, And Healthier Birth" (Maternando a mãe: Como a Doula Pode Te Ajudar A Ter Um Parto Mais Curto, Mais Fácil e Mais Saudável - tradução minha). Esse livro foi concebido como um guia passo-a-passo para gestantes e famílias, enfatizando a importância do acompanhamento por uma doula treinada durante o parto. A atuação da doula está intimamente ligada a um papel maternal, não para o filho, mas para a mãe recém-parida. Ela é descrita como uma "mãe do parto", buscando sintetizar o significado de "aquela que cuida do parto".

Desde 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incentiva o suporte contínuo no parto como ferramenta benéfica e redutora de intercorrências:

O apoio físico e empático contínuo oferecido por uma única pessoa durante o trabalho de parto traz muitos benefícios, incluindo um trabalho de parto mais curto, um volume significativamente menor de medicações e analgesia epidural, menos escores de Apgar abaixo de 7 e menos partos operatórios (OMS, 1996).

A revisão da Biblioteca Cochrane de 2010 concluiu que "todas as mulheres deveriam receber o suporte de um acompanhante especialmente treinado durante o trabalho de parto e parto" (DESPERTAR DO PARTO, s/d, np). Esse apoio contínuo e capacitado está associado ao aumento das taxas de parto normal, à redução da duração do trabalho de parto e da necessidade de analgesia, além de proporcionar maior satisfação com a experiência do parto.

É rentável analisar o processo de tradução e ressignificação do termo "doula" e suas atribuições no contexto brasileiro. Inicialmente, na narrativa antropológica, a figura da doula foi descrita como uma mulher comunitária, sem formação técnica em medicina, envolvida no suporte pós-parto circunscrito aos ambientes domésticos e privados. Quando incorporada pela comunidade médica, a doula se tornou uma figura ativa, cujo papel foi delineado em manuais escritos por médicos e estudiosos da saúde, visando aprimorar os desfechos do parto. A defesa do suporte contínuo de uma "doula de parto", treinada por profissionais médicos, transferiu essa prática para o ambiente hospitalar. Em suma, o conceito de doula transitou de um contexto descritivo na literatura antropológica para ser incorporado como uma função de cuidado, sob o modelo de práticas em saúde pública. A doula deixou de estar associada a uma posição comunitária para ocupar um papel subordinado e treinado sob a perspectiva médica. Essa reconfiguração poderia ter levado a dimensão do cuidado para dentro do ambiente hospitalar, embora historicamente a prática de cuidado por mulheres leigas tenha sido desafiada e desautorizada pela figura que aqui chamo de autoridade médico-científica. Nesse sentido, não houve uma mútua adaptação entre doulas e hospitais. Isto é, a prática da doulagem foi muito mais "hospitalizada", controlada, sistematizada e restrita do que os ambientes hospitalares passaram a adotar princípios dos cuidados das doulas no decorrer da assistência em saúde, fazendo desse movimento uma tecnocratização da doulagem: entrega de certificados, pré-cadastros, reuniões para conhecimento do protocolo hospitalar, crachás, pijamas cirúrgicos, dentre outras cenas da burocracia de acesso aos hospitais, fazem parte do cotidiano de doulas de parto.

Uma vez dentro do cenário da assistência à saúde, constantemente me perguntei qual seria a voz das doulas em contextos onde há violência institucional. A figura da *testemunha amordaçada* parece-me útil para ilustrar a doulagem em cenários de violência obstétrica. Testemunhamos porque presenciamos uma cena de violação, mas o fazemos amordaçadas pela ameaça silenciosa da expulsão do ambiente em que ela ocorre. Afinal, a desigualdade de poder e a hierarquia entre categorias profissionais, constituída nos ambientes institucionais de assistência à saúde — onde tradicionalmente o escopo do cuidado da doula não é reconhecido como essencial — faz com que o acesso (e permanência) dessas profissionais muitas vezes

fique à mercê de *ritos informais*. Ou seja, um acesso instável, que pode ficar a cargo da autorização da direção do hospital, da coordenação do plantão, ou até mesmo da gerência de profissionais da medicina ou enfermagem — passando, portanto, por suas preferências individuais de assistência.

Não tenho nada contra doula, mas a sala de parto já está muito cheia. Disse-me, certa vez, a enfermeira-chefe de um plantão de uma famosa maternidade em Belo Horizonte. Diante da negativa, pedi uma posição formal, por escrito, assinada, que servisse de registro do acontecido. Chamei esse documento de declaração de veto de doula. Neste ponto, a enfermeira já havia deixado o saguão do hospital onde eu esperava a autorização para entrar na sala de parto, restando-me apenas a possibilidade de requisitar a referida documentação para a recepcionista. *Como ela já subiu para a sala de parto, você vai ter que voltar amanhã e pedir isso para quem estiver na coordenação da enfermagem na hora. Eu não posso fazer esse tipo de declaração,* disse-me. *Rito informal* é uma categoria que escolhi para mobilizar os processos burocráticos de encenação do formal, mas que também são gestos subjetivos de pessoas, com seus repertórios simbólicos, identitários, políticos e sociais. Para falar sobre o ato de testemunhar, Veena Das recupera a análise lacaniana do mito da Antígona, de Sófocles, contido em seu seminário VII, "A Ética da Psicanálise" (Lacan *apud* Das, 2021). Segundo a apropriação de Lacan, Antígona, Filha de Édipo, é uma personagem que representa a autenticidade diante do conflito entre a lei simbólica e o desejo inconsciente. Isto porque Antígona ao desafia Creonte por meio do ato de sepultar seu irmão Polinices, quando o mesmo havia sido condenado à exposição pública de seu corpo sem vida, sem qualquer rito fúnebre. A desobediência de Antígona resulta em sua condenação à morte, levantando o debate diante do triunfo da ética do desejo diante de um sujeito dividido, que testemunha sua fidelidade ao que acredita ser mais justo, além das leis externas, exigências sociais ou pressupostos morais.

Dentro de um contexto de violência, uma testemunha que não pode falar, não cumpre seu papel de relatora, tampouco de vítima colateral. O caráter aprisionado da imagem de uma testemunha em silêncio, assombrou-me por um tempo considerável quando as experiências de violência obstétrica ficaram cada vez mais cotidianas, e eu não vislumbrava movimentos possíveis, dentro do escopo de uma doula, para atuar na sua prevenção ou mitigação. Aqui, faço a ressalva de destacar que uma violência cotidiana não é sinônimo de um acontecimento banal. Refiro-me a uma violência repetitiva na rotina hospitalar. O requerimento de leis e políticas públicas que garantam o exercício da profissão e o acesso à assistência de uma doula se faz necessária em decorrência de um cenário que ainda não reconhece a categoria como

profissional da saúde, somado ao tenso cenário de violência e racismo obstétrico no Brasil. Tais desafios se tornaram mais ostensivos durante a pandemia de Covid-19, considerando o impedimento da entrada dessas profissionais nas unidades institucionalizadas de saúde, sob o pretexto de não fazerem parte da “equipe essencial”.

Os impactos da pandemia somados à precarização do acesso a direitos sociais amplificaram um processo já existente de reconfiguração das relações entre cuidado, gênero, raça, classe e mercado de trabalho formal. Seja pelo isolamento social justamente imposto pelas políticas sanitárias, e consequente sobrecarga de funções domésticas e de cuidado, seja pelo aumento da demanda de profissionais da saúde, impelido pela alta de casos de COVID-19, é imprescindível reconhecer que passamos (ou deveríamos ter passado) a admitir as profissões vindas das áreas de enfermagem, cuidado com idosos, bebês, crianças e/ou pessoas com deficiências, trabalho doméstico, dentre outras, como funções essenciais para a manutenção da vida em sociedade.

Desde que deflagrada, a pandemia de COVID-19 despertou especial atenção à saúde das gestantes e puérperas, no Brasil e no mundo. Isso porque a infecção por Covid durante as fases gravídicas e puerperais representam risco aumentado de morte materna, conforme alerta da Organização Mundial de Saúde, OMS (2020). O Brasil, foi considerado um dos países mais perigosos para gestar durante a pandemia, dada a precariedade da assistência ao parto, principalmente para as gestantes negras, de baixa renda e moradoras de localidades onde os equipamentos de saúde são escassos ou subfinanciados. É importante destacar, também, que segundo a OMS o Brasil já superou os Estados Unidos, com uma taxa em torno dos 55% em 2014, e atualmente ocupa o primeiro lugar no ranking mundial de cesarianas eletivas – aquelas agendadas sem justificativa plausível, como riscos para o bebê ou para a gestante e possíveis complicações na gestação e no parto (OMS, 2014).

Receber a assistência de uma doula durante a gestação e o parto reduz em 40% as chances de necessidade real de uma cirurgia cesariana (Silva, 2012; MS, 2001). Além dos efeitos dessa assistência na diminuição de cesárias mal indicadas, outros procedimentos médicos que acabam aumentando custos hospitalares e tempo de internação também são minimizados, conforme atestam as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, como hemorragias pós parto provocadas por manejo ativo da placenta, clampeamento prematuro do cordão umbilical, intercorrências da amamentação do recém-nascido causadas pela separação entre puérpera e bebê, entre outros entraves de uma assistência hospitalar intervencionista (MS, 2017). Portanto, o acompanhamento contínuo dessa profissional permite que o parto evolua com maior tranquilidade, rapidez e com menos dor e complicações tanto maternas

como fetais. É crescente o volume de pesquisas que refletem sobre a importância do trabalho das doulas durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério, bem como sua contribuição para a pauta da humanização do parto e consequente redução da mortalidade materna (MS, 2017; Silva, 2017). Cabe ressaltar que, para além da cesárea eletiva, a medicalização e a hospitalização do parto são práticas constantemente criticadas pelas bases éticas da doulagem, por serem intervenções que se tornaram rotineiras e reduziram a autonomia das parturientes. Isso posto, o trabalho das doulas, é considerado uma importante ferramenta no combate das altas taxas de cirurgias desnecessárias, prematuridade neonatal, mortalidade materna e violência obstétrica, sendo essa última as violações perpetradas às gestantes durante o pré-natal, parto e/ou pós parto, por profissionais da equipe multidisciplinar de saúde.

Não só os indicadores da atuação como diversas recomendações de instituições de saúde, como a Fiocruz, o Ministério da Saúde e o Programa Rede Cegonha atestam que as doulas são agentes de humanização do parto, por defenderem direitos das gestantes e tornarem a experiência de parir mais positiva para as famílias (OMS, 2014). Dito tudo isso, fica evidente que seria contraproducente retirar profissionais que comprovadamente atuam diminuindo o risco de morte materna de um cenário perigoso para gestantes, como inequivocamente tem sido a pandemia.

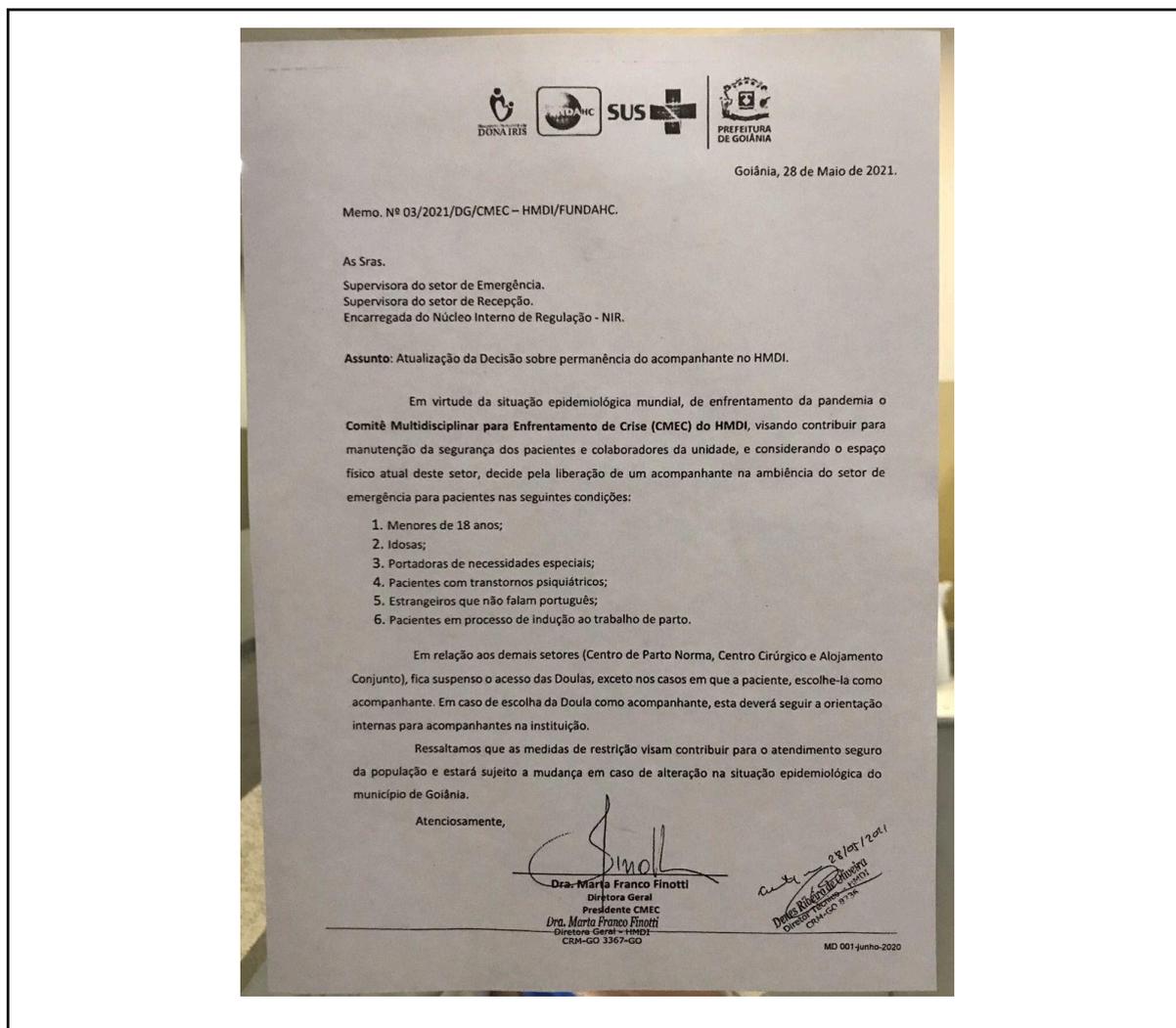


Figura 1: Memorando de hospital público em Goiás.

Arquivo pessoal de doula entrevistada durante o campo. Junho de 2020

Conforme indicado pela **Figura 1** “(...) Em caso de escolha da doula como acompanhante, esta deve seguir a orientação interna para acompanhantes na instituição” as medidas de restrição adotadas como enfrentamento da pandemia dão margem para o entendimento de que a doula não é incluída como profissional da equipe essencial multidisciplinar e que seu acesso nas dependências hospitalares se daria mediante à aceitação da não-atuação, por meio da posição de acompanhante no parto. Ou seja, a gestante teria que optar entre a pessoa acompanhante e sua doula, como se ocupassem o mesmo escopo. Outra justificativa que observei em campo é a de que as equipes de assistência ao parto estariam reduzidas ao “mínimo possível”, e, sendo assim, a doula não faria parte da subdivisão “essencial”.

A pesquisa de campo confirmou que hospitais e maternidades, em todo o país, impediram a entrada das doulas em suas dependências, durante a pandemia, sob o pretexto do “risco de contaminação” e da falta de EPI, a despeito das leis municipais e estaduais de doulas. Fato é que elas têm sido afastadas não só de partos em que gestantes testam positivo para covid, mas sim de todos eles. As justificativas das instituições de saúde são majoritariamente de natureza não-oficial, isto é, não estão pautadas em decretos, recomendações, portarias ou qualquer outro ato normativo governamental. A linguagem escrita também aparece timidamente, uma vez que a maior parte dos vetos relatados é verbal, por parte da coordenação dos hospitais, transmitidas por funcionários da administração, como porteiros e recepcionistas.

Essas falas de veto estão centralizadas em argumentos que desqualificam a capacidade de assistência emergencial das doulas: afirmam que essas não são profissionais intensivistas e habilitadas para pandemias; não fazem parte da “equipe multidisciplinar essencial” – expressão que, inclusive, tomou forma a partir do impedimento; ou não têm vínculo empregatício com as instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas. Por isso, nenhum hospital teria a obrigação de fornecer Equipamento de Proteção Individual (EPI) para uso durante os partos (principalmente durante os momentos onde esse recurso estava escasso para a compra no varejo no Brasil, em 2020 e 2021). Conseqüentemente, sem EPI de qualidade, as doulas não poderiam atuar nas dependências hospitalares e o argumento para o veto passa a gravitar a emergência sanitária, desviando da histórica animosidade entre as classes e da precarização do regime de trabalho da doulagem.

Os impactos da pandemia somados à precarização do acesso a direitos sociais amplificaram um processo já existente de reconfiguração das relações entre cuidado, gênero, raça, classe e mercado de trabalho formal. Seja pelo isolamento social justamente imposto pelas políticas sanitárias, e conseqüente sobrecarga de funções domésticas e de cuidado, majoritariamente executadas por mulheres - principalmente negras e periféricas; seja pelo aumento da demanda de profissionais da saúde, impelido pela alta de casos de COVID-19, é imprescindível reconhecer que passamos (ou deveríamos ter passado) a admitir as profissões vindas das áreas de enfermagem, cuidado com idosos, bebês, crianças e/ou pessoas com deficiências, trabalho doméstico, dentre outras, como funções essenciais para a manutenção da vida em sociedade.

Silvia Federici, pensadora que se destaca pela crítica feminista ao capitalismo, propõe a noção de trabalho reprodutivo para articular histórica e metodologicamente seus impactos na sociedade e nos modos de vida dentro do capitalismo dito globalizado. A autora elenca

como essencial o processo de constituição do trabalho de reprodução, isto é, tanto de produção (e manutenção) de indivíduos e força de trabalho. As principais críticas de Federici podem ser enumeradas da seguinte forma: 1. quanto exclusão do trabalho reprodutivo do sistema econômico, enquanto uma esfera social colocada à parte no sistema capitalista de remuneração pelo trabalho e/ou produtividade; 2. o controle estatal sobre os direitos reprodutivos das mulheres e pessoas que gestam, como a criminalização do aborto, a medicalização do parto e a interdição da maternidade no mercado de trabalho remunerado; 3. a divisão sexual do trabalho instituída pelo capitalismo, que subordina mulheres a homens, a partir da desvalorização do trabalho dito feminino e não-remunerado e da intervenção biopolítica do estado na capacidade (re)produtiva (Federici, 2018).

Contudo, apesar do impacto inegável que a pandemia provoca nas dinâmicas sociais, com o acirramento das desigualdades e decorrente precarização das relações entre cuidado, trabalho (e quais tipos de relação de cuidado são, de fato, enquadradas como trabalho) a intensificação dessa discussão não se inicia do recente período de calamidade. É importante ressaltar que o contexto de regulamentação de funções de cuidado ditas subalternas não é tão atual quanto a pandemia de COVID-19. A este respeito, é útil salientar o aumento das discussões acerca do trabalho de cuidado informal no Brasil⁶, bem como a tramitação de legislações que já indicavam a pertinência da pauta da regulamentação do trabalho de cuidado e doméstico, como a “PEC das Domésticas” em 2013, o Projeto de Lei que institui o piso salarial da enfermagem em 2022, a inclusão de doulas e trabalhadores da limpeza urbana no grupo prioritário para vacinação enquanto trabalhadoras da saúde no Plano Nacional de Imunização⁷ contra a Covid-19 em 2020 e o próprio Projeto de Lei que regulamenta a função de doula no Brasil⁸.

O que essas legislações (ou projetos de lei) têm em comum é a busca por critérios de nivelamento mínimo de direitos sociais e trabalhistas para funções historicamente subalternizadas. Ainda que a “PEC das domésticas” vise a regulamentação de uma profissão

⁶A Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa aprovou o Projeto de Lei 6892/10, que cria uma política nacional de apoio ao cuidador informal e ao atendente pessoal não remunerados de pessoas em situação de dependência para o exercício de atividades da vida diária. Fonte: Agência Câmara dos Deputados de Notícias Disponível em <https://www.camara.leg.br/noticias/611328-comissao-aprova-politica-nacional-de-apoio-aos-cuidadores-informais->

Acesso em 10 de outubro de 2022, às 11:12.

⁷ **Ministério** incluiu as **doulas** no grupo prioritário para vacinação enquanto trabalhadoras da **saúde** no **Plano Nacional de Imunização** contra a Covid-19 em 2020 Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2024/06/nota-tecnica-no-13-2024-cosmu-cgaci-dg-ci-saps-ms.pdf> Acesso em 12 de junho de 2024

⁸ PL 3.946/2021 Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/150706> Acesso em 10 de outubro de 2022, às 10:32

em si, enquanto o “PL do piso da enfermagem” busque a remuneração mínima de uma categoria profissional já regular, ambos os casos estão defrontados com a valorização (social e financeira) de funções de cuidado tidas como essenciais para a sociedade atual, seja no ambiente doméstico ou da saúde pública. Enquanto a PEC das domésticas⁹ igualou o trabalho doméstico às demais profissões contidas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), garantindo o salário mínimo, décimo terceiro salário, aposentadoria, dentre outros direitos, o P.L do piso salarial da enfermagem reconhece que a remuneração dessa classe deve ter um valor mínimo para enfermeiras, técnicas de enfermagem, auxiliares de enfermagem, panteras tradicionais e obstetizas. A justificativa da proposta legislativa de número 2.564/2020 reconhece o valor essencial da categoria de enfermagem para a saúde brasileira, bem como seu papel elementar no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

O interessante da “lista dos essenciais”, para além da exclusão das doulas, é também o que não é dito: não há menção do trabalho de “donas de casa”, mães, avós, tias, irmãs, primas, vizinhas... que cuidam informalmente para que outros trabalhem em seus empregos formais. Portanto, a crise do cuidado, vivenciada globalmente durante a pandemia, nos explicita como a ruptura da atividade (re)produtiva põe em cheque o funcionamento produtivo das sociedades capitalistas (Federici, 2017). Ou seja, desde quem limpa a casa, cuida das crianças, produz as refeições, cuida dos doentes, até quem retira o lixo das portas, estamos falando de trabalho de reprodução. É o pleno funcionamento desse trabalho reprodutivo que possibilita a própria produção laboral e consequente assalariamento de seus produtores. Nesse sentido, o capitalismo necessita que alguns tipos de trabalho se mantenham como trabalho informal, descapitalizado, subalterno, não-remunerado, invisível e incomensurável, para continuar operando aqueles tidos como mais lucrativos.

Dessa maneira, dentro do conceito de cadeia produtiva, inclusive na saúde, a doula possui o que aqui chamo de *agência contraprodutiva*, ou seja: age de forma que a produção capitalista no campo saúde tenha seu ritmo retardado ao tempo reprodutivo e fisiológico do parto. A doula questiona simbolicamente o trabalho interventor do médico em um “parto industrial”, apaga a luz, silencia o ambiente, pausa a urgência hospitalar, indo contra o que um serviço essencial no capitalismo deveria fazer mais rapidamente e mais lucrativamente.

Naquele momento da pesquisa, tanto as entrevistas feitas com as doulas, enfermeiras obstetras e mulheres que foram assistidas por doulas em seus partos, quanto minha própria experiência do doular, indicaram que o cuidado informal de uma doula, que vai até a casa de

⁹ Disponível em: em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp150.htm
Acesso em 10 de outubro de 2022, às 15:29

uma família gestante, prepara banhos, chás e refeições, lava banheiros, limpa os cômodos da casa de possíveis escapes de fluidos corporais, faz massagens e compressas, conduz posturas e técnicas de respiração, troca fraldas e curativos, parece-me próximo das donas de casa, com o das cuidadoras de idosos, com o das auxiliares de enfermagem, com as empregadas domésticas, pelo teor interminável do trabalho, pela incomensurabilidade das jornadas e pelo tom afetivo que o cuidado é ministrado.

O cenário da profissionalização da doulagem no Brasil

Apesar do aumento da oferta de cursos e de doulas formadas por ano no Brasil, nem toda mulher que faz um curso de doula almeja atuar diretamente na assistência. E nem toda doula formada pelos cursos de fato consegue exercer a profissão. Tanto os dados obtidos em campo, quanto o acúmulo bibliográfico das pesquisas sobre o assunto (Silva. F, 2014; Silva. M, 2012; Tempesta, 2019), indicam que a formação em doulagem também é escolhida por mulheres que tiveram experiências traumáticas de parto, gestantes que desejam adquirir conhecimento sobre a fisiologia do parto, futuras avós que desejam auxiliar suas filhas durante a gestação e parto, e profissionais das terapias integrativas que desejam agregar a gestação em seus atendimentos. Por isso, é relativamente comum encontrar fisioterapeutas, terapeutas holísticas, instrutoras de yoga e acupunturistas em turmas de iniciantes, que almejam estar mais embasadas para atender gestantes, sem se deslocarem de sua área de atuação terapêutica original.

A necessidade de recolocação profissional após a maternidade também aparece como fator impulsionador para buscar a formação. O interessante nesses casos é que não só o desemprego ou o rebaixamento profissional amplamente vivenciados por recém-mães são os agentes mais protuberantes, como também o fato de terem sofrido violência obstétrica e desejarem difundir informações mais precisas sobre a assistência ao parto entre grupos de gestantes dos quais participam. Assim sendo, a experiência disruptiva de um parto violento também é agregadora quando é trazida para o espaço de compartilhamento de narrativas dolorosas, mas solidarizadas coletivamente na construção de discursos de combate à violência no parto. Esse fenômeno de compartilhamento de dores comuns, dentro de um contexto de demanda de mudança de paradigmas, consegue deslocar as mulheres que sofreram violência obstétrica para fora do lugar de vítima e dentro de uma rede de relações sociais cotidianas.

Nesse sentido, a leitura de Veena Das, no livro *Vidas e Palavras: a violência e sua descida ao ordinário* (2020), para a Partição da Índia, parece-me uma lente possível para olhar

para a vitimização pela violência obstétrica em sua dimensão ativa. Isto é, como produtora de relações e construtora das pessoas, para além de análises tipológicas da violência em seus aspectos macroestruturais, através de parâmetros políticos, sociais e de gênero. O campo de análise proposto se dá a partir do testemunho, da produção de narrativas subjetivas e vozes nem sempre consideradas no processo histórico coletivo. O relato de grandes acontecimentos, como guerras e pandemias, tradicionalmente tem sido feito a partir de sujeitos hegemônicos supostamente oniscientes, que encaixam vítimas e algozes em posições enrijecidas, mas a proposta de Veena Das oferece um outro modo de ler o que se diz (e o que não se diz) acerca das marcas de determinadas violências. A autora recupera a dimensão do indizível, dos silêncios e do testemunho como linguagens que não necessariamente estão apoiadas na palavra, mas que comunicam o percurso da experiência violenta na vida das pessoas, não só como uma força aniquiladora de relações, mas sim como uma veia de conexão cotidiana.

Assim como as mulheres indianas violentadas e constituídas a partir e para além da violência de Estado, a violência estrutural da prática obstétrica no Brasil também é um eixo de construção de agências e linguagens complexas que conectam pessoas por meio da subjetividade. No caso do universo da doulagem, particularmente, ter sofrido violência obstétrica durante a gestação e parto é uma experiência comumente inscrita no testemunho de muitas doulas, sendo inclusive o fator motivador para fazer um curso formativo em doulagem ou atuar no combate à violência contra as mulheres.

O embargo e a precarização do trabalho das doulas no Brasil se dá por diversos fatores e atravessamentos que precedem o contexto pandêmico. Dentre eles, o argumento mais utilizado pelas instituições e pelos profissionais de medicina com quem pude conversar, se dá em torno da não-expertise das doulas, por serem “acompanhantes leigas”, uma vez que o conhecimento da doulagem não é sistematizado pela academia. Isto é, não existem cursos de graduação e/ou de especialização científica nesse escopo. Os quesitos para a profissionalização e regulamentação da profissão ainda não formam pontos de consenso entre as associações de doula, a ponto de consolidar um projeto de lei ou uma política pública que padronize a forma como a categoria trabalha. Enquanto algumas associações defendem a criação de uma graduação, reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), ou até mesmo definem como pré-requisito a comprovação de nível superior, com graduação em qualquer área do conhecimento para o exercício da profissão, outras argumentam que o conhecimento das doulas não pode ser medido nos parâmetros de uma formação acadêmica, e sim pela experiência, antiguidade e número de partos atendidos.

A esse respeito, é preciso destacar a parcela de doulas que não acessaram o ensino médio e superior. O Mapeamento Nacional de Doulas, publicado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e a Associação de Doulas do Rio de Janeiro (Adoulas-RJ), em 2021, diagnosticou que mais de 90% das doulas entrevistadas não se sentem valorizadas como profissionais. As entrevistas foram feitas com 785 participantes dos estados do Rio de Janeiro, Mato Grosso, Paraíba, Santa Catarina e São Paulo. A precariedade do trabalho também aparece na referida pesquisa, que diagnosticou que a maioria dos cursos de doula ofertados, segundo as doulas entrevistadas, é pago e tem duração de menos de 60 horas, quando o estipulado pelos projetos de lei que analisei são 120 horas, em média. A remuneração média de uma doula, segundo o mapeamento, não passa de mil e quinhentos reais e menos de 1% das doulas relataram atender clientes de alto poder aquisitivo (EPSJV-FIOCRUZ, 2021).

Desde que foi deflagrada, a pandemia de covid-19 tem despertado atenção especial à saúde das gestantes e puérperas, no Brasil e no mundo. Isso porque o estado gravídico-puerperal representa risco aumentado de morte materna, conforme alerta da Organização Mundial de Saúde, OMS (2020). O Brasil, atualmente, é considerado um dos países mais perigosos para gestar durante a pandemia, dada a precariedade da assistência ao parto, principalmente para as gestantes negras, de baixa renda e moradoras de localidades onde os equipamentos de saúde são escassos ou subfinanciados. É importante destacar, também, que segundo a OMS o Brasil já superou os Estados Unidos, com uma taxa em torno dos 55% em 2014, e atualmente ocupa o primeiro lugar no ranking mundial de cesarianas eletivas – aquelas agendadas sem justificativa plausível, como riscos para o bebê ou para a gestante e possíveis complicações na gestação e no parto (OMS, 2014).

Não só os indicadores da atuação como diversas recomendações de instituições de saúde, como a Fiocruz, o Ministério da Saúde e o Programa Rede Cegonha atestam que as doulas são agentes de humanização do parto, por defenderem direitos das gestantes e tornarem a experiência de parir mais positiva para as famílias (OMS, 2014). Dito tudo isso, fica evidente que seria contraproducente retirar profissionais que comprovadamente atuam diminuindo o risco de morte materna de um cenário perigoso para gestantes, como inequivocamente tem sido a pandemia.

A ambivalência da figura da doula, enquanto categoria científica, é uma peculiaridade que merece destaque nesse campo, pois deixa nítido que seu pertencimento ao grupo de profissionais de saúde ainda não está estabelecido. Constantemente, o reconhecimento do trabalho de uma doula é descrito a partir de uma operação de contexto – quem está falando,

para quê/quem se fala, qual a hierarquia embutida, qual o ambiente, etc. – cujo resultado oscila entre a condição de leiga ou expert. A escolha estratégica da “leiguice” e “expertise” permeia a construção descritiva do trabalho das doulas como “acompanhantes leigas” e “profissionais que atuam conforme a Medicina Baseada em Evidências” (MDE) e aparece, por vezes, como recurso acionado ora para legitimar a eficiência das doulas, ora para justificar que são “desnecessárias em momentos de emergência de verdade”, como ouvi de uma médica especializada em obstetrícia, quando tentei validar minha própria entrada em um bloco cirúrgico de uma maternidade localizada em Belo Horizonte, em junho de 2022.

A utilização de um caráter técnico e científico para conferir legitimidade ao trabalho das doulas no campo da saúde institucional, ainda que se pareça em método, é diferente da crítica ao cientificismo médico diante do parto, que homogeniza e endurece a assistência, conforme reflete a pesquisadora Giovana Tempesta (2019). Sua pesquisa sugere uma análise específica do saber da doulagem a partir da teoria dos saberes localizados (Tempesta *apud* Haraway, 1995) pela expressão “tecnologia leve”. Isto é, um apoio personalizado, que reúne técnicas diferenciadas de disponibilização de informações confiáveis e compreensíveis acerca da gestação, parto e puerpério, métodos não-invasivos de alívio da dor, inserção em grupos de apoio (para tentantes, gestantes, famílias no puerpério, amamentação e demais estágios), dentre outras práticas que atuam conjuntamente de forma a encorajar a participação ativa das mulheres, enquanto protagonistas de todo o processo da assistência à saúde (Tempesta, 2019)

Em continuidade e concordância ao proposto por Tempesta, observo que o emprego de tais “tecnologias leves” dentro de ambientes ontologicamente embasados pela prática de “tecnologias duras”, ou seja, aquelas que pressupõem rigor científico validado por formação acadêmica e métodos invasivos e padronizados de assistências também configura uma distribuição de poder regulatório, cujo critério é traçado a partir de quem detém de mais autoridade técnica na “ciência do parto”: os profissionais da medicina obstétrica.

Entre as doulas atuantes com quem conversei, existe uma procura crescente por se distanciar do conhecimento tradicional, para se aproximar daqueles com evidências científicas e, assim, obter mais validade das outras categorias da saúde:

Essas coisas de tomar cerveja preta e canjica para dar leite, (...) colocar faixa com fumo em umbigo do bebê é credice. Tem médico que não gosta de doula porque acha que a gente faz essas coisas do pessoal antigo

Rosa, entrevistas de campo, transcrição minha. 2021.

Estamos em um ponto que nós doulas estamos atendendo com mais ciência e com menos paixão cega (...) Nós, que somos leigas, temos que procurar um estudo

muito autônomo. (...) Com cinco anos carregando bolsa de parteira eu fui aprendendo a apalpar barriga para saber o posicionamento do bebê e realizar manobras de versão quando eles estão mal posicionados

Rebeca, entrevistas de campo, transcrição minha, 2022

Penso ser interessante destacar a obra “The body multiple” (2002) de Annemarie Mol, antropóloga e médica, a respeito dos modelos de paciente cliente e paciente cidadão parece-me uma forte referência para tratar do contexto em questão, quanto à saída das gestantes da posição de paciente para a de requerente. Mol salienta o caráter performático da relação entre médico e paciente, onde ambas as posições cooperam mutuamente para que a vinculação se dê, necessariamente, entre um sujeito técnico que atua em rastreamento de uma potencial patologia de um sujeito leigo, que precisa manter-se leigo para que a assistência ocorra. Assim, a prática médica está fundada nesse modo de atuação interdependente e não abarca relações de mediação, como a doulagem, ou pacientes que interferem na atuação de um técnico da saúde. Nesse sentido, a atuação da doulagem extrapola o *enact* (do inglês “atuar, performar”) do campo da saúde, uma vez que a doula defende os interesses da gestante que antes esteve vulnerável à tomada de decisão médica, sem espaço para o questionamento ou interferência. Trata-se de um tipo de autoridade médica que, se mediada por uma profissional como a doula, perde força em seus dois vetores: o do médico e o do paciente. O borramento posicional da doula na assistência, como aquela que fica entre o médico e a gestante, que não nem técnica, nem totalmente leiga, tem estremecido sua consolidação no campo da saúde, uma vez que a prática médica é marcada por um tipo de performance na qual a doulagem não se encaixa por definição. Afinal, a doulagem no Brasil está fincada em um postura de enfrentamento de um paradigma hegemônico da prática médica que tornou o parto um evento hospitalar, universalizado e patológico, mas que precisa voltar a ser cuidado comunitariamente.

REFERÊNCIAS

EPSJV-FIOCRUZ. Mapeamento Nacional de Doulas, 2021. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/mapeamento-de-doulas> Acesso em 21-02-2022

FADYNHA, Maria de Lourdes da Silva Teixeira. O papel da doula na gravidez e no pós-parto. Capítulo 4 In: “A doula no parto: O papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente. 2011 3. ed. São Paulo: Ground, 2003.

FEDERICI, Silvia. Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017.

_____, _____. O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019.

HARAWAY, Donna. Manifesto ciborgue. In: Antropologia do ciborgue. Belo Horizonte: Autêntica, 2000 [1985]

_____, _____. “‘Gênero’ para um dicionário marxista”, Cadernos Pagu, 22, 2004, pp.201-246. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332004000100009>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf> Acesso em Fev/2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília, 2017. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf> Acesso em Fev/2022.

MOL, Anne-Marie. The body multiple: ontology in medical practice. Londres: Duke University Press; 2002.

PIACENTINI, Dulce. O Renascimento da doula – a história da doula contemporânea. 2015. Disponível em: <https://www.abracodema.com/o-renascimento-da-doula-a-historia-da-doula-contemporanea/> Acesso em: 12 de Setembro de 2020;

PULHEZ, Mariana Marques. Mulheres mamíferas: práticas da maternidade ativa. 2015. 201 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP.

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

SILVA, Camila Esperidião da. Experiências vivenciadas por mulheres assistidas por doulas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Ciências da Saúde, Sinop. 2017.

SILVA, RM. Et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas. Revista Ciências e Saúde Coletiva. 17 (10). 2012.

TEMPESTA, Giovana. Posicionar-se para perceber o mistério do parto. Reflexões localizadas sobre a tecnologia leve empregada pelas doulas. Anais da VII Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia ISSN: 2358-5684 . Disponível em:

<https://ocs.ige.unicamp.br/ojs/react/article/download/2684/2574/12267> Acesso em 12 de junho de 2022.