

---

# Doulas como “amortecedores afetivos”

## Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto

---

### *Doulas as “affectionate mufflers”: ethnographic notes about a new birth supporter*

Soraya Fleischer<sup>1</sup>

#### Resumo

*A “doula” é um novo personagem observado no cenário dos partos brasileiros. Como toda novidade, vários significados têm sido reunidos para definir o que seja uma doula e qual seu papel na hora do parto. Neste artigo, pretendo apresentar algumas notas etnográficas recentes com o intuito de provocar uma reflexão (e inspirar novas pesquisas) sobre estas doulas. Meu argumento é que esta profissão está configurando um ethos, coerente com o movimento de humanização do parto e nascimento, que aciona categorias dicotômicas e, ao mesmo tempo, mantém uma grande fluidez entre elas. A meu ver, esta estratégia pode, por vezes, reificar uma imagem bastante convencional sobre as mulheres.*

**Palavras-chave:** doula, parto, humanização do parto.

#### Abstract

*The “doula” is a new character that can be observed in the Brazilian birthing scenario. As in the case of any novelty, many meanings have been gathered to define what a doula is and what is her role during delivery. In this article, I intend to present some recent ethnographic notes designed to provoke reflection (and inspire new research) about the doulas. My argument is that this profession is configuring an ethos that is consistent with the movement for the humanization of delivery and birth, uses dichotomic categories and at the same time maintains a great fluidity between them. In my view, this strategy can sometimes reify a very conventional image of women.*

**Key words:** doula, birth, humanization of birth.

#### Notas iniciais

A doula é um novo personagem observado no cenário dos partos brasileiros. Como toda novidade, vários significados têm sido reunidos para definir o que seja uma doula e qual seu papel na hora do parto. Estes significados têm sido enunciados pelas próprias doulas em cursos, palestras, eventos, manifestos, livros e entrevistas. E, também recentemente, agências internacionais e instituições governamentais brasileiras têm se pronunciado a respeito da doula, na forma de manuais, pactos e políticas públicas, e recomendado sua presença no parto.

<sup>1</sup> Mestre em Antropologia Social pela Universidade de Brasília e, atualmente, doutoranda em Antropologia Social na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Neste artigo, pretendo apresentar algumas notas etnográficas recentes com o intuito de provocar uma reflexão sobre o papel que vem sendo construído para a doula no Brasil. Este tema permite tratar também, por exemplo, de práticas do parto, do lugar das mulheres na reprodução, do movimento social e associativo, da relação entre a biomedicina e outras abordagens terapêuticas. Acredito que os dados recolhidos são bastante ricos para lançar um primeiro olhar sobre o trabalho que um grupo de doulas vem desenvolvendo no país. Minha análise coincide, em grande medida, com os resultados encontrados pela antropóloga Carmen Susana Tornquist (2002, 2004), que servirá como principal interlocutora nesse artigo. Aqui, pretendo apenas iniciar esta discussão e espero despertar o interesse para que o tema mereça a atenção de novas pesquisas.

Este artigo foi dividido em quatro partes. Primeiro, situo o movimento pela humanização do parto e nascimento – cenário onde estas doulas estão radicadas e sobre o qual elas se pronunciam como autênticas representantes. Segundo, e em diálogo com o anterior, alinhavo e comento os primeiros passos deste “movimento” no país. Terceiro, descrevo o que, para este grupo, são as principais características do trabalho de uma doula. E, quarto, discuto como o *ethos* que estas doulas estão construindo manipula categorias dicotômicas mantendo uma grande fluidez entre elas. A meu ver, esta estratégia pode, por vezes, reificar uma imagem bastante convencional sobre as mulheres.

Os dados foram colhidos em três momentos. O primeiro contato que tive com uma doula foi em um encontro feminista, que ocorreu em 2003 em uma grande cidade brasileira<sup>2</sup>. O evento foi composto por uma série de palestras, mesas redondas, seminários, painéis, oficinas práticas e apresentações artísticas de teatro, música e dança. Particpei de uma oficina intitulada “O parto sob a perspectiva feminista”, organizado por Nicole, uma médica e liderança da HUMANA, uma ONG que luta pela humanização do parto, e Marina, uma fisioterapeuta, doula e diretora da ONG APOIAR, duas organizações importantes que comentarei abaixo. Após a oficina, me apresentei à Marina e perguntei quando aconteceria o “Curso de capacitação de doulas da APOIAR”, que ela havia mencionado durante a oficina. Peguei seu *e-mail* e, duas semanas depois, lhe escrevi para me apresentar mais formalmente e comunicar meu interesse em participar do curso como antropóloga, isto é, não tinha intenções de me transformar em uma doula, queria apenas participar, observar e conversar com as participantes e instrutoras a fim de compreender melhor o que parece ser uma profissão emergente. Marina circulou meu *e-mail* às demais organizadoras do curso e, só depois do aval coletivo, pude participar.

O segundo momento do trabalho de campo foi o curso de capacitação de doulas da APOIAR, que aconteceu em 2003 também em uma grande cidade do país. A APOIAR oferece esse curso freqüente e itinerantemente, formando doulas em vários centros urbanos do Centro-Sul do país<sup>3</sup>. Etnografar um curso pode ser muito interessante porque, pelo fato de ser uma atividade de reprodução do “movimento” ao formar novos quadros para o mesmo, reúne os valores desenhados para orientar a prática da doula. Durante os quatro dias, entre as 8 h e às 20 h, foram realizadas palestras, aulas, vivências, exercícios, discussões, roda de depoimentos, mostra de vídeos e de transparências. Logo no início, eu foi convidada a me apresentar como antropóloga e expus meus objetivos de trabalho. Minha profissão despertou grande curiosidade, e, ao contrário do que eu desejava e esperava, ganhei grande destaque ao longo do curso. Optei por participar de todas as atividades do curso, inclusive daquelas que exigiam a exposição de minha vida pessoal e a disposição para experimentar o que era proposto. Esta era uma das condições das instrutoras – eu deveria participar ou me retirar nos momentos de vivências devido ao caráter de “entrega”, “vulnerabilidade” e “cumplicidade” que era exigido para o bom aproveitamento da atividade. Pude fazer várias anotações ao longo do curso, dado seu caráter escolar, e, assim, pude registrar observações sobre o ambiente, as atividades, as reações e as falas das participantes. Ao longo do curso, durante os intervalos do almoço, optei por conviver com os diversos grupos que foram se formando. Nestes momentos, era possível conhecer as opiniões das participantes sobre o curso, as instrutoras e as informações repassadas.

O que considero o terceiro e último momento do trabalho de campo aconteceu mais para o final do curso, quando acredito ter ganho mais confiança e estar com meu papel melhor compreendido. Realizei, em uma sala separada, entrevistas individuais com Veronica, Laura e Pilar, três instrutoras do curso. O presente artigo se baseia nas entrevistas realizadas e na minha inserção no encontro feminista e no curso de capacitação de doulas. Acredito que com essa curta porém intensa experiência de campo eu possa lançar um olhar para essa profissão que vem se consolidando nos principais centros urbanos do país<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> Por motivos de privacidade, optei por trocar nomes e referências imediatas que poderiam identificar pessoas e instituições e, por uma razão ou outra, provocar algum tipo de constrangimento.

<sup>3</sup> O Sistema Único de Saúde e alguns hospitais privados vêm oferecendo cursos para doulas, como iniciativas pontuais.

<sup>4</sup> Agradeço à organização não-governamental APOIAR, que gentilmente me permitiu participar de perto de suas atividades, me recebendo com muita hospitalidade e disposição para o diálogo. Agradeço também pelos comentários de meus professores, Claudia Fonseca e Ruben Oliven. Obviamente, este artigo é de minha inteira responsabilidade, cabendo somente a mim qualquer crítica que o mesmo venha a receber.

## O movimento de humanização do parto e do nascimento

Segundo o Ministério da Saúde, “é considerado óbito materno aquele sofrido por uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da mesma” (Ministério da Saúde, 2001). Os números mais assustadores estão na África, seguida da Ásia e da América Latina. Para se ter uma idéia, no Brasil, segundo os dados de 1995 de três organizações internacionais – Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) –, ocorrem 260 óbitos maternos por 100.000 partos, enquanto que, por exemplo, nos EUA e na Europa Ocidental, há de 6 a 11 mortes por 100.000 nascimentos (OMS, 1996).

Estes índices são alarmantes e demandam soluções urgentes. A primeira reação é buscar as causas do problema para, assim, orientar as ações mais adequadas. As principais causas, apontadas pelo Ministério da Saúde, são “a hipertensão arterial, hemorragias, infecção pós-parto e aborto. [Ainda], a falta de acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, principalmente nas áreas rurais, o despreparo dos profissionais de saúde, a falta de humanização dos serviços e as condições sociais e econômicas desfavoráveis” (Ministério da Saúde, 2001). Há problemas de conjuntura socioeconômica, mas o Estado também reconhece que há sérios problemas com os serviços e os profissionais de saúde.

Nas cidades, onde o parto acontece majoritariamente no ambiente hospitalar, a OMS e as ONGs e os movimentos feministas, principalmente, apontam que muitas mulheres morrem devido a uma excessiva medicalização do parto. Basicamente, é contra este processo que milita o movimento pela humanização do parto e do nascimento. “É possível falar-se [deste movimento] no Brasil pelo menos desde o final dos anos 1980, década marcante do ponto de vista da organização de algumas associações de tipo não-governamental de atenção ao parto e ao nascimento” (Tornquist, 2002, p. 483). A ONG HUMANA foi fundada na década de 1990 com o intuito principal de humanizar o parto no Brasil e, desde então, representa um dos expoentes mais importantes nesta discussão. Em uma das “Cartas” deste movimento social, elaborada na reunião que fundou o movimento, explicita seus objetivos:

a) mostrar os riscos à saúde de mães e bebês frente a práticas obstétricas inadequadas e intervencionistas; b) resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural crítico, com profundas e amplas repercussões pessoais; c) revalorizar o nascimento humanizado, as posturas e condutas face ao parto e nascimento; d) incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos; e) aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência a partos e nascimentos; f) resgatar práticas humanizadas tradicionais de parto e nasci-

mento, aliadas aos conhecimentos técnicos e científicos sistematizados e comprovados; g) implantar, implementar e divulgar as Recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre Tecnologias Apropriadas para Nascimentos; h) conscientizar e mobilizar a população no sentido de reivindicar assistência mais humanizada; i) construir coletivamente um referencial teórico e uma atuação prática capazes de intervir na assistência; j) prover as autoridades que formulam e executam as políticas de saúde de subsídios para adoção das práticas preconizadas pela OMS (Carta de fundação da ONG HUMANA).

De uma forma geral, esta tendência “humanizadora” critica os abusos cometidos à saúde das mulheres tanto no parto cesariano quanto no parto normal. Humanizar, segundo estes ativistas, é voltar aos procedimentos mais “naturais”. Vejamos quais são estas críticas ao parto medicalizado. Muitas são “as rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto” (Tornquist, 2002, p. 484). Lideranças e livros do movimento denunciam que, antes do parto, há a “síndrome da internação”, isto é, a mulher é incentivada a se internar com antecedência e precocidade (aumentando, entre outras coisas, os custos com diárias no hospital). Também apontam que há a predominância da “cesárea agendada”, que tem duas conseqüências. Primeiro, o jejum obrigatório da mulher, medida que pressupõe que a cesárea irá ser a via de parto escolhida independentemente de sua necessidade. E, segundo, que o ritmo dos acontecimentos tende a ser ditado pelo profissional. Assim, priorizar o ritmo da instituição e do profissional pode significar que o processo de parto seja mais longo e sofrido, o que aumenta o uso de anestesia peridural, por exemplo.

Durante o processo de parto, há o uso corrente de várias práticas, sem que, contudo, haja a devida comprovação científica de sua eficiência ou que as mulheres sejam consultadas ou informadas sobre o uso das mesmas. As mais comuns são “a imobilização da mulher na posição horizontal, o enema (lavagem intestinal), a tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos), a amniotomia (rompimento precoce da bolsa d’água), [...] a administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, a episiotomia (corte e costura da vulva e vagina), os esforços expulsivos dirigidos (mandar a mulher fazer força), [...] a manobra de Kristeller (fazer força sobre o útero)” (Rattner, 2002), e toques freqüentes e por mais de uma pessoa. Há, ainda, o aumento do número de agentes que participam do parto, ao passo que a presença de acompanhantes, como o marido, ainda pode ser negada. (Mas alguns estados já estão implantando a “Lei do Acompanhante”, que garante à mulher o direito de demandar e escolher a presença de um acompanhante durante o seu parto). Há uma “cultura da cesárea”, intervenção cirúrgica de grande porte que se sobrepõe, em muito, à sua conveniência: entre outras conseqüências negativas, estão o risco de “infecção puerperal, três vezes mais ris-

co de mortalidade e morbidade materna, aumento dos riscos de prematuridade e mortalidade neonatal, recuperação mais difícil da mãe, maior período de separação entre mãe/bebê com retardo do início da amamentação e elevação de gastos para o sistema de saúde” (Hotimsky *et al.*, 2002, p. 1). A OMS sugere que até 15% dos partos ocorrerem via cesariana é uma margem aceitável. No Brasil, a média é de 38%, chegando a 90% em alguns hospitais privados, proporções que nos “promovem” entre os campeões desta prática no mundo (Ministério da Saúde, 2001).

Os ativistas da humanização, inclusive as doulas, propõem uma série de procedimentos menos invasivos em lugar da medicalização. Durante o parto: usar a mesma sala para evolução, parto e recuperação; liberdade de movimento para a mãe e não usar a maca para o transporte; presença de acompanhante familiar e doula; acesso a líquidos e alimentos; não fazer a tricotomia, o enema e a episiotomia; não usar o monitor eletrônico fetal contínuo; não usar sedativos ou anestésicos; não induzir o trabalho de parto; não romper a bolsa d’água artificialmente; evitar puxos prolongados e intensos; não usar as pernas na mesa ginecológica; não estimular artificialmente a saída da placenta; permitir itens pessoais na sala de parto; não fazer a manobra de Kristeller. Quanto à família e ao bebê: promover o alojamento conjunto imediato; a liberdade para amamentar na sala de parto; o aquecimento com temperatura corporal; não usar rotineiramente no bebê o nitrato de prata e a vitamina K; o banho deve ser opcional; não cortar o cordão imediatamente; não aspirar o bebê com sonda nasogástrica; manter a atmosfera calma, silenciosa, quente e na penumbra; permitir liberdade para ir para casa (Teixeira, 2003, p. 57-60).

Frente a todos estes problemas enfrentados pelas parturientes, duas antropólogas do parto mostram como os ativistas pró-humanização, como as doulas, por exemplo, podem ser importantes temas de pesquisa:

*Local contestations [of technomedical hegemony in childbirth] by childbirth activists [...] challenge standard hospital practice and are often effective at making change. Such activists, who include midwives, childbirth educators, parents, and the occasional physician, are engaged in a serious struggle to “reclaim” childbirth from its technomedical takeover, to redefine it as normal, and to combine the best scientific research on the physiology of birth with an attitude of honor and respect for women and their bodies, in order to create and popularize a gentler, more helpful, and less harmful system of birth. The methods and values of these activists, their language and discourse, beliefs and practices, successes and failures, have much to teach about intentional culture change; they deserve anthropological attention as surely does the technomedical system they resist* (Davis-Floyd e Sargent, 1997, p. 12).

## O movimento das doulas: influências e legitimidade

Só recentemente ouvimos falar das doulas. Uma doula é “uma acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente” antes, durante e depois do parto (Teixeira, 2003, p. 1). O termo “doula”, segundo vários expoentes do “movimento” vem do grego e significa “mulher que serve”. A palavra-chave que norteia o trabalho de uma doula é “apoio”. Calcula-se que, hoje, cerca de 400 doulas atuem no país (censo informal realizado pela ONG APOIAR). Segundo elas, a necessidade do exercício de doulas é proporcional à crescente desumanização do parto e nascimento. “A doula transforma um lugar não adequado em um lugar adequado”. Esta frase, repetida várias vezes durante o curso de doulas, sintetiza, a meu ver, a missão que a APOIAR deseja multiplicar. Além da APOIAR, há outros importantes expoentes deste movimento, ONGs e vários pequenos e localizados grupos espalhados pelo país. O foco deste artigo é, primordialmente, a APOIAR.

Há também algumas menções ao ideário “feminista” que perpassa este discurso. Há dois pólos importantes: o desejo e o poder. A primeira frase de Nicole, na abertura da oficina “O parto sob a perspectiva feminista”, dá o tom: “O desejo da mulher é uma coisa muito importante aqui”. E elas reforçam, a todo momento, que um dos principais papéis da doula é “empoderar” a mulher que ela apóia, para que ela possa colocar suas opções em prática. Assim, estas doulas acreditam que as mulheres têm o direito de controlar seu corpo, decidindo se, quando, onde e como engravidar e parir. Estas também têm o direito de contar com um acompanhante de sua escolha na hora do parto. Elas ensinam que sua presença é um importante passo no sentido de conhecer e denunciar as violências sofridas pelas grávidas e parturientes. Mas a APOIAR é cuidadosa: “A doula intermedeia e interpreta o serviço de saúde para a mulher, tomando o cuidado de não falar *por* ela” (grifo meu), como explicou Marina na referida oficina. Elas proclamam que o parto deve voltar a ser uma coisa das mulheres e não da seara de médicos, hospitais e tecnologia.

No Brasil, a APOIAR é uma das ONGs mais atuantes politicamente para formar e visibilizar as doulas. Vem promovendo vários encontros com estatura nacional, como o “Primeiro Encontro Nacional de Doulas”, que aconteceu em 2001, quando esta organização nasceu. Em 2002, organizaram o primeiro treinamento para doulas voluntárias. No mesmo ano, aconteceu o “Segundo Encontro Nacional de Doulas”. Em 2003, “a doula americana Debra Pascali-Bonaro – treinadora certificada pela Doulas of North America (DONA) – veio ao Brasil dar cursos de formação de doulas e [...] mostrou como as doulas possuem uma associação forte nos Estados Unidos”

(Teixeira, 2003, p. 186). Neste momento, não só a APOIAR angariava o respaldo da DONA, como aprendia novas técnicas de trabalho e também os primeiros passos para a institucionalização do movimento. Em 2003, a APOIAR passa a existir oficialmente como ONG e realizou o “Terceiro Encontro Nacional de Doulas” e o “Primeiro Encontro Nacional da APOIAR”. Além dos encontros, a articulação política também foi sendo realizada via listas de discussão criadas na Internet. E a própria constituição da APOIAR e a organização de suas atividades foram facilitadas, segundo suas lideranças, pela troca de *e-mails*. Atualmente, a APOIAR oferece cursos de formação para doulas e está se preparando para expedir uma certificação para esta profissional, com base em um currículo unificado.

Além da DONA, a APOIAR também busca outras chances institucionais. Menciona sempre dois documentos: *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*, do Ministério da Saúde, de 2001, e *Assistência ao parto normal: um guia prático*, publicado pela Organização Mundial da Saúde em 1996. Este último é tido pelas entrevistadas como “a nossa bíblia”, “o documento que define o certo” em termos de parto normal. Ambos os documentos recomendam explicitamente a presença e atuação das doulas no parto.

Antropólogas do parto e da reprodução são sempre citadas. Brigitte Jordan, Robbie Davis-Floyd, Sheila Kitzinger, Wenda Trevathan, que produziram etnografias sobre parto em diferentes lugares do mundo, problematizaram a hegemonia da biomedicina no parto e servem, portanto, como base teórica para a luta das doulas. Mardsen Wagner, Frederic Leboyer e Michel Odent são obstetras que publicaram, segundo elas, idéias inovadoras sobre o parto. Desenvolveram “experiências concretas de preparação para o parto e parto que incorporam esses ideais [da humanização do parto], divulgando-as a um público composto sobretudo por classes médias intelectualizadas” (Tornquist, 2002, p. 486). No Brasil, os médicos José Galba Araújo (que faleceu há alguns anos, mas deixou consideráveis contribuições para o “movimento”), Moyses e Claudio Paciornik, Hugo Sabatino, Simone Grilo Diniz, Marcos Leite e Daphne Rattner falam da perspectiva biomédica e atacam as práticas “violentas”, “desnecessárias” e “aviltantes” sofridas pelas mulheres, bebês e famílias. A APOIAR lança mão de todos estes autores para respaldar sua luta.

Mas não apenas os médicos simpatizantes com a causa são acionados. “O movimento [de humanização do parto e do nascimento] hoje tem incorporado as lições da chamada “me-

dicina baseada em evidências”, concepção esta que critica a medicina convencional pelo uso e abuso de crenças e valores tidos como “extracientíficos”, quais seja, os baseados na tradição e em concepções culturalmente consideradas ultrapassadas” (Torquinst, 2002, p. 487). Esta fonte de informações indica que, apesar de criticarem a linguagem científica, estas doulas também a utilizam. Longe de ser uma contradição, acredito que se trata de uma estratégia frente aos médicos, ao público e à mídia: “A busca por legitimidade científica vem sendo buscada explicitamente por seus ideólogos, assinalando uma preocupação em sair do gueto do mundo “alternativo”, como o qual as experiências obstétricas eram identificadas nos anos 1970” (Tornquist, 2002, p. 487). Elas admitem, portanto, adotar a mesma linguagem biomédica para que suas propostas sejam ouvidas. Marcio, médico que acompanhou todo o curso etnografado, mencionou a Biblioteca Cochrane<sup>5</sup> e arrematou: “Usamos a evidência científica para comprovar o projeto da humanização do parto e também para criticar a biomedicina.”

Durante o curso e na literatura sobre doulas, há três artigos de uma mesma equipe de médicos que são recorrentemente citados para justificar a presença das doulas. Em 1980 foi publicado, no renomado *The New England Journal of Medicine*, o primeiro artigo sobre doulas. Sosa *et al.* (1980) realizaram uma pesquisa-piloto na Guatemala, onde o apoio de doulas leigas foi conferido a 20 mulheres durante o trabalho de parto, enquanto outras 20 mulheres não tiveram este apoio. Os resultados mostram “*the importance of human companionship during labor and delivery. Labor was shortened, and some aspects of maternal behavior in the first hour after delivery were enhanced*” (Sosa *et al.*, 1980, p. 599). Em 1986, esta equipe, publicou um artigo na *British Medical Journal* sobre uma pesquisa também na Guatemala, mas com uma amostra maior, 168 mulheres apoiadas foram comparadas a 249 não apoiadas por doulas. O resultado foi o mesmo:

*Our results show the benefits associated with the introduction of support during labour in a population of poor women who routinely undergo labour alone in a crowded ward. [...] Continuous social support was found unexpectedly to reduce the duration of labour from 19.3 to 8.7 hours and to decrease the prevalence of overall perinatal complications from 76% to 37% (Klaus *et al.*, 1986, p. 586).*

Segundo estes autores, o principal efeito do apoio é a redução dos níveis de ansiedade e a aceleração do trabalho de parto, diminuindo a necessidade de intervenção médica.

<sup>5</sup> For all but the last century, decisions on how to treat patients were almost always based on personal experience, anecdotal case histories and comparisons of a group of patients who received one treatment with an entirely separate group who did not. These processes, although subject to many biases, are still in use today but the randomised trial has provided a research design that will provide much more reliable estimates of the relative effects of interventions. The Cochrane Collaboration is now the largest organisation in the world engaged in the production and maintenance of systematic reviews. It has received worldwide support in its efforts to do something about the problems outlined above. The Collaboration aims to help people make well-informed decisions by preparing, maintaining and promoting the accessibility of systematic reviews of the effects of interventions in all areas of health care. These reviews bring together the relevant research findings on a particular topic, synthesise this evidence and then present it in a standard, structured way (Do site da Biblioteca Cochrane, [MACROBUTTON HtmlResAnchor http://www.cochrane.org/docs/whycc.htm](http://www.cochrane.org/docs/whycc.htm)).

E em 1991 a equipe publicou no *The Journal of the American Medical Association* um artigo realizado com três grupos de mulheres em um hospital nos EUA: 212 receberam apoio de doulas, 200 foram apenas observadas à distância por doulas e 204 não tiveram qualquer apoio. Aqui, além de comprovar a eficiência da doula na diminuição da ansiedade da parturiente, do tempo do trabalho de parto e das complicações durante o mesmo, os autores apresentam dois resultados que, se levados a cabo, provocariam, segundo eles, uma revolução na prática obstétrica: 1. “A *reduction in medical costs* would be realized by the addition of a supportive companion for all laboring women” (Kennel *et al.*, 1991, p. 2201, grifos meus). Os custos seriam menores em termos de anestesia, internação infantil, operações cesarianas, salas de operação, equipe especializadas, medicamentos e diárias hospitalares. 2. “The challenge is to *turn to obstetric technology only when necessary*, relying instead on the practice of continuous labor support to help the birth process follow its natural, normal course” (Kennel *et al.*, 1991, p. 2201, grifos meus). Desde então, outros estudos sobre as doulas têm surgido, tanto na biomedicina quanto na psicologia e nas ciências sociais.

Do estrangeiro, não só a literatura ativista, técnica, autobiográfica e as “evidências científicas” são fonte de inspiração para este movimento. Experiências práticas, sobretudo as norte-americanas, são sempre mencionadas. Ao que parece, o avanço daquele país serve como meta a ser alcançada por este país. E, assim, a comparação entre os EUA e o Brasil permeia todo o curso, como por exemplo, uma das frases ditas logo no início do curso, por Pilar, uma das diretoras da APOIAR: “Os EUA contam com 12.000 doulas, enquanto o Brasil só tem cerca de 400.” Muitos dos vídeos mostrados são norte-americanos e precisaram de tradução simultânea durante o curso para serem compreendidos. A visita de ativistas dos EUA também é recebida com grande entusiasmo e visibilidade. Por exemplo, em 2003, Ina May Gaskin, “uma das criadoras do movimento de partos domiciliares nos EUA” (Miranda, 2003) e “idealizadora do Projeto de Doulas pelo Mundo” (Giraldi, 2003), esteve no Brasil para dar cursos, atender parturientes, conceder entrevistas e divulgar suas idéias. A HUMANA e a APOIAR haviam-na convidado para participar de um encontro na cidade do Rio de Janeiro. Os principais jornais vêm mencionando a influência de Gaskin no Brasil (Miranda, 2003; Giraldi, 2003; Miranda, 2002; *Folha de S. Paulo*, 2001).

Mas, por outro lado, os EUA também servem como referencial negativo, ao influenciar a constituição da obstetria brasileira: “O Brasil adotou o modelo americano de assistência ao parto caracterizado pelo processo intervencionista, buscando sua institucionalização, adaptando-se cada vez mais às novas tecnologias, incorporando-as ao grande número de intervenções e apoiando-se no enfoque de risco” (Davim e Menezes, 2001).

Além da teoria, a experiência prática das instrutoras foi sempre acionada durante o curso. Se, por um lado, estas experiências conferiam um caráter concreto à situação discutida, por outro, despertavam certa desconfiança em algumas participantes pelo fato de soarem como idiossincrasias individuais e de não poderem ser generalizadas como práticas recomendáveis. Miriam, uma das participantes mais “caxias”, exigiu a certa altura do curso que cada informação viesse atrelada à sua fonte original – ciência ou experiência pessoal. Com isso, ela alegava ser mais fácil discernir as informações. Vale lembrar que este curso tem como principal objetivo capacitar um novo grupo de profissionais para o mercado de trabalho e, por isso, repassava um conjunto de técnicas, práticas, posturas que deveriam ser adotadas. Apesar desta normatividade, a individualidade era um valor altamente considerado neste meio e, várias vezes, as instrutoras responderam às perguntas das alunas com as seguintes frases: “Cada parto é um parto”, “Cada parturiente é uma parturiente” ou ainda “Cada doula é uma doula”.

## Natureza e cultura

A luta política destas doulas e do movimento pró-humanização em geral se orienta pelas estatísticas sobre cesáreas e os depoimentos que denunciam maus-tratos e alienação das parturientes. Assim, o ideal que norteia o trabalho das doulas é o parto natural, centrado na mulher, minimamente cercado de médicos e tecnologia. Quando necessário, o parto pode ser cirúrgico (cesárea), mas deve contar com procedimentos humanizados.

Neste caso, a doula trabalha para que a cesariana ganhe traços de humanização. Ela deve dar todo o apoio para a mãe, espantando seus medos e suas inseguranças. E pode, por exemplo, pedir que os médicos diminuam a luz no momento em que o bebê estiver nascendo, que abaixem o pano para que a parturiente consiga vê-lo e que deixem um de seus braços livres para que ela possa tocar seu filho. [...] A doula, portanto, rompe essa frieza [das cesarianas] (Teixeira, 2003, p. 35).

O principal é que estas doulas pretendem positivar o parto. Alegam que o parto era, até pouco tempo atrás, um *processo* social normal. Hoje, além de um *evento* patológico circunscrito à seara dos médicos, o parto reúne muitos termos negativos (como “dor”, “contração”, “complicação”, “risco”) que devem, segundo estas doulas, ser transformados ou substituídos.

Nesta cruzada positivadora, há momentos em que explicações biológicas são priorizadas e outros em que explicações culturais merecem destaque. Para elas, o parto prima pelo desdobramento “normal” da biologia. As doulas querem que músculos, ossos, ligamentos, cartilagens, mucosas funcionem como foram “programadas”. É isto, mesmo que semântica-

mente contraditório, é o que baseia um parto “humanizado”. Ou seja, humanizar é, justamente, atrelar o ser humano ao que ele tem de mais “natural” – seu arcabouço fisiológico. Mas, em outros momentos, humanizar pode significar completamente o contrário, ou seja, criar condições (tidas como positivas) no ambiente social para que o parto aconteça. Assim, a doula proporciona conforto físico e emocional, para que, só então, o mesmo arcabouço fisiológico relaxe e cumpra seu papel “programado”.

Neste curso, as doulas demandam que o parto passe do médico à mulher e do bisturi à natureza. Há uma resistência generalizada à tecnologia. Além da operação cesariana, querem ainda dispensar camas, tubos, lâminas de barbear, remédios, etc. Segundo Odent, importante mentor intelectual do movimento, o parto industrializado, fenômeno do século XX, “é uma das formas típicas de nos desviarmos das *leis da natureza*” (Odent, 2002, p. 39, grifos meus) e “tornou-se uma linha de montagem” (Odent, 2002, p. 46). Neste crescente processo de medicalização, a tecnologia, segundo elas, não só pretende obstaculizar a via normal de parto, como também substituí-la. A humanização, desse modo, seria uma alternativa a duas atitudes biomédicas observadas por estas ativistas: a concepção patológica e pessimista da fisiologia do parto e a superestimação dos riscos inerentes ao parto normal.

Uma das bases da legitimação desse modelo seria a concepção dualista de natureza/cultura, corpo/mente, feminino/masculino que se expressa através da metáfora, popularizada por Descartes, do corpo-máquina humano, cujo controle e aperfeiçoamento cabe à ciência. Segundo essa concepção, o corpo feminino é considerado inferior ao masculino e é retratado como uma máquina inerentemente defeituosa. O nascimento passa a ser entendido como ato médico e procedimento cirúrgico, cuja finalidade é proteger a mulher e o recém-nascido desse corpo-máquina feminino (Hotimsky *et al.*, 2002, p. 10).

Na contramão do avanço tecnológico, estas doulas advogam por uma prática artesanal, com base nas mãos, na intuição, na bricolagem de técnicas. O toque, principal atividade concreta da doula, equivaleria a uma das tecnologias mais simples. Humanizar, neste sentido, é *cada* doula oferecer uma abordagem específica para *cada* momento do parto de *cada* mulher, ao invés de submeter todas as mulheres à mesma “rotina de procedimentos” (expressão típica do mundo hospitalar e sempre criticada por estas doulas). Sheila Kitzinger é uma das antropólogas que orientam o movimento neste sentido: “*Touch is one ‘way of knowing’. Through physical contact – expressed, for example, by stroking and holding but using not only hands but also face, lips, arms, the upper body, feet, legs, or the entire body – powerful messages are communicated and received*” (Kitzinger, 1997, p. 209). Estas doulas não querem somente introduzir o toque em um ambiente altamente tecnológico, mas, sobretudo um toque mais “hu-

mano”, em contraste com o contato físico autoritário e até violento da equipe médica: “*Touch may give contrasting messages, depending on the empathy and skills of the caregiver. It can cause pain, make a woman feel trapped, increase anxiety, and destroy confidence. Or it can help to maintain the spontaneous physiological process, reduce anxiety, and be a means of giving information and emotional support*” (Kitzinger, 1997, p. 229).

Muito interessante, do ponto de vista antropológico, é como a cultura medeia a natureza, sem que esta perca seus atributos “naturais” que justamente a fazem ser enaltecida. Vejamos um exemplo. Na ocasião da visita de Ina May Gaskin foi noticiado que ela, “nos anos 70, criou uma fazenda no Tennessee, nos EUA, onde ensina a arte de parir naturalmente” (Giraldi, 2003). Segundo doulas e ativistas, nos tempos de hoje, tão mediados pela tecnologia, é preciso *ensinar* as mulheres a como ser “natural”. Ou seja, segundo estas doulas, é preciso reconduzi-las de volta ao “passado”, à “primitividade” e aos “instintos” de sua espécie: “Pela proposta das doulas, a mãe deve dar à luz da forma mais natural possível, como ocorria até o século XVII, antes de ser realizada a primeira cesariana no mundo” (Giraldi, 2003). As doulas estão, portanto, *socializando* os corpos para serem mais *naturais*, como nos mostra a antropóloga Carmem Susana Tornquist, que encontrou dados muito semelhantes aos aqui apresentados:

O empoderamento das mulheres passaria pelo resgate dos poderes e saberes femininos que o processo civilizatório teria eliminado ou submetido. Esses poderes estariam centrados na condição natural, biológica e instintiva da mulher, ou seja, a sua sexualidade, sua capacidade reprodutiva, seu instinto maternal. No entanto, há um reconhecimento de que é preciso aprender a resgatar esses saberes ancestrais, de onde a necessidade da didática do parir e do maternar (Tornquist, 2002, p. 489).

Afinal, segundo foi notado repetidamente no curso, nas entrevistas e nos manuais: 1. O parto sempre foi um fenômeno natural, sendo programado evolutivamente para acontecer de forma normal; 2. As mulheres sempre estiveram no centro da cena de parto, tanto parindo como ajudando a parir; 3. As parturientes sempre tiveram partos mais fáceis com o apoio de outras mulheres, sejam estas suas parentes, amigas ou vizinhas.

Este discurso se baseia em experiências e evidências do passado, de outras culturas e de estudos realizados com outras espécies (macacas, vacas, baleias, principalmente). A comparação é sincrônica e diacrônica. Mas o objetivo final é só um – confirmar que, apesar da diversidade cultural entre as mulheres do mundo, o substrato natural é e sempre foi um só. Estas ativistas lançam mão da perspectiva antropológica, mas observo que acionam o discurso cultural apenas de forma instrumental, para descartá-lo em seguida. A diversidade cultural serve para relativizar as práticas biomédicas que lutam para ser hegemônicas, mas nada mais acrescenta uma vez que

esta idéia cristalizada de "parto natural" tenha sido alcançada. Naturaliza-se, inclusive, a cultura:

No entanto, essa valorização da diversidade cultural tem sido a base da busca de uma forma natural de parir dos seres humanos, acentuando, de um lado, os aspectos ritualísticos do parto e, de outro, remetendo à categoria do instinto universal, categoria essa que tem um especial valor dentro do ideário. O próprio termo "humanização" reforça uma concepção de ser humano fora da história e liberto da cultura, na qual humanizar é sinônimo de "animalizar". [...] A humanização contrapõe-se aqui à cultura, vista apenas como constrangimento, e não como condição humana da qual não é possível escapar (Tornquist, 2002, p. 488).

"Natureza" e "cultura" são categorias utilizadas com frequência por estas doulas. A seguir, na descrição de seu trabalho, este discurso ambíguo transparece para, ao final do presente artigo, ser enriquecido com outras categorias usadas de forma igualmente dicotômica.

## O trabalho das doulas

Há vários pré-requisitos para se tornar uma doula. Em geral, a APOIAR e outras ONGs no país listam uma série de características que uma candidata deve reunir. Disponibilidade de tempo (para ficar acordada durante a noite, ficar de plantão, abdicar de compromissos sociais, viagens e férias), ser saudável e fisicamente capaz, ter quem cuide dos filhos, ter o apoio do companheiro e da família, ter outra doula para cobrir emergências, contar com uma forma confiável de transporte, ter feito algum treinamento. É preciso contar com alguma base material para tornar-se uma doula profissional, o que tende a excluir mulheres sem um alto poder aquisitivo<sup>6</sup>.

E há mais um requisito que carece de consenso entre estas doulas. Durante o curso, as instrutoras asseguraram que é preferível, mas não necessário, que a doula tenha experiência própria com gravidez, parto e maternidade. O importante é que, se for mãe, a experiência de parto tenha sido positiva. Se não for mãe ainda, que a experiência de nascer tenha sido positiva. Se qualquer um dos casos tenha sido negativo, a doula precisa "se resolver" antes de prestar qualquer assistência a gestantes. Isto quer dizer fazer algum tipo de terapia e, sobretudo, não confundir sua experiência com a da parturiente. No trabalho, a doula precisa ser a ponta "racional" e não se desesperar com os problemas enfrentados pela parturiente. Inclusive, lembraram no curso que "qualquer profissional que se conhece bem tende a trabalhar melhor". O "autoconhecimento" é muito valorizado neste meio.

Uma participante do curso perguntou se ela poderia ser doula apesar de ser solteira e não ter filhos. A diretora Pilar lhe respondeu: "Toda mulher é mãe pela própria natureza. Toda mulher tem maternidade e instinto materno dentro dela." Por mais que este movimento se guie por princípios feministas, ao biologizarem o papel materno, infringem, a meu ver, o primeiro e mais crucial deles, qual seja, a dissociação entre natureza e cultura.

No Brasil, as primeiras doulas atuaram de forma autônoma, experimental e totalmente autodidata. Isto é, apoiaram parturientes que lhes eram próximas (amigas, alunas de ioga, parentes, vizinhas, etc.). Com o tempo e a experiência, esta atividade passou a ser um trabalho remunerado. Hoje, já encontramos doulas em hospitais privados e públicos. Neste último caso, atuam como voluntárias<sup>7</sup>, rotina de trabalho definida em um manual prático recentemente publicado: "Se determinada mulher estiver em trabalho de parto num hospital da rede pública que ofereça este serviço, e nesse momento for plantão de alguma doula, ela vai acompanhar essa parturiente – seu contato se restringirá somente nesse momento" (Teixeira, 2003, p. 74).

Aquelas doulas há mais tempo no ramo já tendem a contar com este trabalho como uma importante fonte de seu orçamento mensal. Poucas, no entanto, sobrevivem exclusivamente como doulas. Em geral, complementam essa renda com aulas de ioga, preparação de gestantes, cursos de terapias alternativas (ver a nota 9) ou alguma outra atividade remunerada, como Veronica, por exemplo, que trabalha em tempo integral em uma secretaria estadual de saúde.

O "pacote básico" oferecido pela doula a uma cliente particular envolve um encontro inicial, o apoio durante o trabalho de parto e um ou dois encontros pós-parto. Marina, por exemplo, cobrava por este pacote R\$ 80,00 no início de sua carreira, anos atrás. Hoje ela já cobra, pelo mesmo serviço, R\$ 500,00. Segundo me informaram durante o curso, este preço pode variar: tende a ser mais barato o serviço de uma doula menos experiente, que ofereça menos itens no "pacote", que trabalhe em cidades do interior e que tenha que percorrer distâncias pequenas para chegar até a casa da parturiente ou até o hospital. Algumas destas doulas já experimentaram cobrar por hora de trabalho, mas o resultado não foi positivo. Isto porque a parturiente, preocupada com o preço final do serviço, se esforçava por parir rapidamente. E isso, segundo elas, gerava muita ansiedade e extensão do trabalho de parto, efeito justamente contrário do esperado.

Pilar sugere que, "como em qualquer outra relação de serviços prestados, é importante que seja feito um contrato

<sup>6</sup> Só para se ter uma idéia, por exemplo, o curso etnografado, que teve a duração de 32 horas aproximadamente, custava R\$ 500,00 e o estágio, uma etapa compulsória seguinte para a atuação plena da candidata, custava R\$ 50,00.

<sup>7</sup> Este trabalho vem sendo realizado, de forma sistemática e organizada, no Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte, MG), Hospital Santa Marcelina (São Paulo, SP), Maternidade Leila Diniz e hospitais da rede pública no Rio de Janeiro, RJ.

ou, pelo menos, um acordo por escrito, entre a doula e a gestante. Até isso representa um avanço nesse ramo do mercado de trabalho.” Elas se espelham na experiência norte-americana. A importação deste regulador provoca polêmica dentro do movimento. Algumas doulas têm manifestado certo constrangimento em introduzir um contrato em uma relação que prioriza “afeto, amor, diálogo, apoio, amizade”, enquanto outras já o têm utilizado.

O encontro inicial serve para que doula e gestante se conheçam. Segundo Pilar, neste momento a doula apresenta as seguintes informações: experiência anterior como doula, método de trabalho, sensibilidade em relação ao parto, experiência própria como mãe, relação com os médicos, contatos para ser alcançada a qualquer hora, orçamento e formas de pagamento. Por sua vez, a gestante (e o marido, se for o caso) explica como ela própria concebe a gravidez, parto e maternidade e o que espera da presença da doula. As autoras Leão e Bastos descrevem as atividades da doula durante o trabalho de parto:

As atividades de apoio durante o trabalho de parto podem ser classificadas em 4 categorias: a) Suporte emocional, que consiste em encorajar, tranquilizar e estar presente continuamente; b) Medidas de conforto físico, como massagens e compressas frias; c) Suporte de informações através de orientações, instruções e conselhos; e d) Defesa, que consiste em interpretar os desejos do casal frente aos profissionais do hospital e agir em favor do mesmo (Leão e Bastos, 2001, p. 2).

Uma doula pode realizar este leque de atividades e ainda incorporar “terapias naturais”, conforme sua especialização<sup>8</sup>, ainda que este sincretismo não tenha uma aceitação consensual entre todas as doulas com quem convivi.

E os encontros pós-parto servem para que a doula, por exemplo, possa relembrar à nova mãe o que aconteceu durante o parto, atenuar incômodos do resguardo, ensinar a amamentar. O vínculo estabelecido entre estas duas mulheres é muito forte, segundo as entrevistas, podendo transformar-se em uma amizade posterior. Muitas vezes, a doula é convidada a ser madrinha da criança. Percebo que a doula contribui, de alguma forma, na socialização desta mulher para o papel de mãe. Um ativista do movimento de humanização do parto descreve o vínculo que se estabelece entre estas mulheres. A meu ver, fica claro como há uma romantização das idéias de parto, feminilidade e maternidade:

O encantamento, a vinculação e a gratidão são impressionantes. Existe uma cumplicidade verdadeiramente feminina, algo que soa como “Você me ajudou naquele momento. Você estava lá o tempo todo ao meu lado. Você presenciou meu choro, meu riso, meu medo e minhas lágrimas de alegria. Você me viu pa-

rindo meu filho, e este foi um dos momentos mais belos da minha vida. Estamos juntas, num elo de sangue e amor, para sempre.” Fico emocionado quando elas me relatam isso, porque vejo uma coisa feminina, bela, amorosa (Jones, 2002).

A doula pode ter um contato prévio com a mulher ou pode conhecê-la já dentro do hospital, como é o caso das doulas voluntárias. O importante, segundo elas, é que, em algum momento anterior ao trabalho de parto, se estabeleça um “vínculo” entre a doula e a mulher.

Segundo estas doulas, a gestante deve negociar e firmar um “plano de parto”, isto é, um documento com todas as etapas que a equipe médica e a parturiente pretendem – idealmente – cumprir durante o parto. Elas sugerem que o mesmo seja feito anteriormente, evitando assim que seja um motivo de conflito durante o parto. E é a mulher (e, se for o caso, seu marido) quem deve cobrar a execução do plano. A doula não deve “representar” ou “falar pela” parturiente, pois, segundo elas, isto seria inconsistente com os princípios feministas que pautam seu trabalho<sup>9</sup> e incentivaria uma tensão com a equipe médica, o que deve ser evitado ao máximo, como sempre repetiam.

Veronica e sua “sócia” Natália (com quem dirige um “centro de apoio a gestantes”) têm optado pelo “roteiro de preferências” em lugar do “plano de parto” que foi criado, segundo elas, nos EUA e tem um formato muito mais “rígido” e “fechado”. Disseram-me que é preciso um formato mais “flexível” em se tratando do Brasil. Isto quer dizer que o roteiro apresenta, de forma mais “suave”, o que a gestante *prefere* que seja feito, garantindo assim seu ponto de vista. Os conflitos com a equipe médica tendem, assim, a ser menores do que apresentar o que *será* feito. Aqui, observamos novamente a influência e comparação do Brasil com os EUA.

O corpo é o grande foco do trabalho da doula: toques, massagens, exercícios, banhos, compressas. “A doula pode ser um verdadeiro anestésico durante o trabalho de parto. Ela vai tirar essa conotação de dor do parto, de momento terrível” (Teixeira, 2003, p. 39). Mas observo que o corpo é apenas o meio para chegar a um fim bem específico – o “psicológico”, o “afetivo”, o “emocional”, como lembrou uma das instrutoras durante o curso: “O importante é o afetivo. As questões anatómicas são secundárias.” Por mais que as doulas estejam dando apoio físico à parturiente, esperam que ela funcione, antes e durante todo o processo, como um “amortecedor afetivo”, metáfora cunhada e amplamente utilizada dentro do movimento (Teixeira, 2003, p. 171). Esperam que ela tenha uma relação positiva com o parto, que aceite bem seu bebê, que seja uma mulher forte, empoderada e bem resolvida em relação ao seu parto e à maternidade.

<sup>8</sup> Como, por exemplo, digitopressão, moxabustão, cromoterapia, cristais, fitoterapia, musicoterapia, yoga. Para uma descrição de cada uma destas terapias, ver Teixeira, 2003.

<sup>9</sup> Outros grupos de doulas recomendam este papel, como Leão e Bastos (2001) listaram acima e como algumas das instrutoras do curso deixaram entrever durante o curso.

Uma doula deve “estar aterrada” ou “estar com os pés no chão”, como sempre nos lembravam durante os exercícios do curso. Assim, por mais que a doula esteja oferecendo apoio emocional, ela deve ser a ponta de racionalidade desta díade, enquanto a parturiente permanece como a ponta de emotividade e entrega. Muitas vezes, ouvi que o trabalho de parto cria um “estado alterado de consciência” e a mulher “fica fora de si”. Por isso a doula deve, ela própria, assumir – e não estimular – a conexão desta mulher com o mundo externo, real e concreto.

A idéia de “aterrada” é muito interessante, mas também contextual. Só se justifica na díade doula-parturiente. Aqui, a doula é sinônimo de controle e técnica, enquanto a mulher se permite o “descontrole” e ela está, segundo o esperado por estas doulas, mais “perto da natureza”. Mas, na díade médico-doula, aquele concentra o controle e a técnica, enquanto esta busca na natureza as dicas, intuições, inspirações para apoiar a parturiente. A doula precisa observar a mulher e seu corpo para saber o que deve fazer para acelerar as contrações, relaxar uma musculatura, encorajar um empurrão etc. Assim, não acredito que a racionalidade, tão importante no trabalho da doula, reforce a mesma dualidade do paradigma médico justamente porque, em sua prática, a doula trafega em meio às dicotomias, ora calcada na técnica e na cultura, ora respaldada pela inspiração e a natureza. Como ficou claro no comêntário de Pilar, durante o curso, “o ideal é a doula *somar* o saber com a intuição” (grifo meu).

Esta racionalidade é importante também porque a doula se propõe a ser a fonte de memória sobre o parto. Como a mulher está “alterada” e “focada no parto”, a doula deve ter a capacidade de, não só apoiá-la, como observar todo o contexto, as etapas, os dilemas, os personagens, as anedotas que cercaram o parto. Depois, quando a mulher já voltou para casa, a doula pode lhe fazer uma visita e compartilhar estas histórias com ela.

Foi repetido constantemente no curso que uma doula não é médica, enfermeira, parteira e tampouco acompanhante familiar – “a doula não substitui nem subtrai ninguém”, dizia sempre Pilar. Segundo as instrutoras, a doula não ajuda a parturiente de forma terapêutica, fisiológica ou psicológica. Ela deve desempenhar papéis não-médicos. O que se propõe é uma atuação “complementar”. Acredito que esta recomendação seja uma estratégia para contornar uma histórica resistência que equipes médicas desenvolveram em relação à participação de outros atores no cenário do parto. Estas doulas comentaram que geralmente são invisibilizadas pela equipe, que, por exemplo, não as cumprimenta ao entrar na sala de parto, resiste em admitir os efeitos de sua contribuição, não lhes informa o que acontece durante o parto, etc. Mas elas acreditam que esta invisibilidade pode ser conveniente, pois lhes permite trabalhar na cabeceira da parturiente, de forma

discreta e eficiente. “[A doula] deverá ficar sempre na retaguarda, nos bastidores do parto” (Teixeira, 2003, p. 44).

Elas reconhecem, contudo, que sua atuação, mesmo que silenciosa e sutil, vem provocando transformações. No contato prévio com a gestante, a doula exerce, a meu ver, um efeito catalisador. Neste momento, a doula informa à gestante de seus direitos, de tecnologias alternativas de parto, de possíveis riscos da obstetrícia convencional. A parturiente, uma vez “empoderada”, tem todas as condições de questionar os procedimentos do médico. Esta estratégia, então, permite que a doula, ao mesmo tempo, estimule a mulher a emancipar-se e evite o desgaste (da doula) com a equipe médica.

Além disso, a APOIAR recomenda que a entrada da doula no hospital seja apresentada e negociada pela gestante junto à/ao obstetra, que é quem, de fato, autoriza, perante o hospital, a presença da doula. (Mas acredito que este quadro só seja factível nas camadas médias e altas: mulheres com mais poder aquisitivo e escolaridade tendem a ter maior poder de barganha com os médicos.) Com isso, a expectativa é que a doula passe a ser mais um membro da equipe médica. Esta estratégia tem duas implicações importantes. Primeiro, elas são “contagiadas” pela autoridade desta equipe e não precisam explicar sua presença para as autoridades administrativas do hospital. E, por outro, não são confundidas com uma acompanhante da família. Geralmente, os hospitais só permitem a presença de um acompanhante, que tende a ser o marido. Ao ser incluída na equipe, a doula não concorre com o marido por esta vaga.

## Notas finais

Como pôde ser observado, o discurso e a prática destas doulas são perpassados por pares de categorias. Alguns destes pares, a meu ver, são mulher/homem, natureza/cultura, corporal/racional, animal/humano, prática/teoria, espiritual/terreno, por exemplo. Ao passo que criticam a biomedicina, estas doulas continuam a acionar o modelo ocidental, racionalista e cartesiano no parto, mas invertem os pólos de valores. Isto é, a primeira categoria de cada par – “mulher”, “natureza”, “corpo”, “animal”, “prática” e “espiritual” – passa a ser positivada.

Apesar desta ênfase, circula-se com uma certa *fluides* dentro dos pares de categorias. Seguindo a ordem dada acima aos sete pares de sentido, menciono alguns exemplos para entendermos esta fluides:

No par mulher/homem: a mulher deve ser o centro de todo o trabalho de parto, mas sugere-se que marido e família participem ativamente, e, muitas vezes, o bebê passa a ser a prioridade de toda esta cruzada humanizadora.

No par natureza/cultura: a natureza é a principal meta a ser alcançada em toda esta experiência, mas é constante o

pleito pela revalorização do parto como fato social, dotado de especificidades rituais de cada cultura.

No par corporal/racional: o corpo é onde repousa a revolução proposta por estas doulas, mas elas evidenciam o papel racional que deve existir na díade doula-parturiente.

No par animal/humano: as comparações entre práticas de parto consideram fêmeas de outras espécies e há um pleito pelo retorno às “origens animais” do ser humano, mas há também uma ótica antropocêntrica que perpassa o movimento ao descrever como só a espécie humana ritualiza o parto e confere significados à maternidade, à amamentação, à família etc. E, em geral, o que é valorizado é a *humanização* de todos os processos.

No par prática/teoria: as doulas ressaltam seu diferencial pela experiência prática que acumulam, mas recorrem a teorias científicas biomédicas e antropológicas para respaldar seu movimento.

No par espiritual/terreno: estas profissionais recomendam que o parto seja considerado em sua dimensão espiritual, em sua ligação com os ancestrais e o planeta, mas uma das preocupações entre elas é que estejam aterradas, presas firmemente ao plano terreno.

Nestas considerações finais, gostaria de deter-me no lugar que as mulheres ocupam no discurso destas doulas. Claro que a centralidade conferida às mulheres se coaduna com os princípios feministas que pautam este movimento de uma forma geral. Mas, a meu ver, este discurso não só torna natureza e cultura categorias positivas, como também equivalentes entre si, contradizendo frontalmente, portanto, estes princípios feministas. Segundo estas ativistas, o empoderamento não só significa as mulheres poderem *escolher* o que fazer com o seu corpo, mas escolher priorizar seu lado “natural”, “instintivo”, “ancestral”, ou seja, reconectar-se com a *natureza*. Os dados colhidos sobre este movimento de doulas muito se assemelham aos dados de Tornquist, que analisou o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil:

Embora essa “mulher moderna” seja vista agora como sujeito de suas escolhas – inclusive a maternidade – ela novamente se vê diante de prescrições ditadas por saberes científicos, que a farão escolher o que é melhor para o bebê, e de uma celebração do parto ideal, este não raro muito distante do campo de escolha e de possibilidade de boa parte das mulheres que dão à luz (Tornquist, 2002, p. 490-1).

Há *uma escolha certa* a fazer – a escolha que associa *necessariamente* a mulher ao seu corpo. E, assim, ao aprender (via as técnicas ensinadas nos cursos de formação de doulas) como empreender o “resgate” deste ideal natural, as mulheres passariam de indivíduos autônomos a meros instrumentos eficientes para parir bebês menos “violentados” e povoar o planeta com seres mais “felizes” e “bem recebidos” (Odent, 2002). As mulheres, naturalizadas ao extremo em seu papel de reprodutoras, passam a compor este ideal “ecológico”.

O problema, segundo este discurso, é que as mulheres perderam o saber que as liga à natureza. Uma doula explica este processo:

Na nossa sociedade ocidental, principalmente na brasileira, por motivos que poderiam ser abordados em outro artigo, a mulher acabou se afastando parcial ou completamente desta sua natureza e precisa de ajuda na hora do parto. Para poder ficar o mais perto possível da sua própria natureza, a parturiente precisa de formas de ajuda com um nível mínimo de intervenção. É aí que a doula entra no processo (Kolkena, em *site* de uma outra ONG de doulas).

E as doulas devem ajudá-las: conduzindo estas mulheres até seus próprios corpos. O interessante é que isto demanda uma socialização que acontece durante os encontros pré-natais, com exercícios, ioga, conversas, informações, etc. Quer dizer, o retorno à natureza é realizado via a cultura.

Além disso, esta visão parece, em um primeiro momento, subestimar as mulheres para, em um segundo, salvá-las. Ao retratar as gestantes como desprovidas de informação, afeto e voz no cenário medicalizado, este discurso, por um lado, reserva ao movimento humanizador o papel de esclarecer, amar e visibilizá-las e, por outro, garante a continuidade de sua missão feminista. Lila Abu-Lughod, antropóloga norte-americana, lembra que “*projects of saving other women depend on and reinforce a sense of superiority by Westerners, a form of arrogance that deserves to be challenged*” (Abu-Lughod, 2002, p. 789).

Para tanto, noto que se essencializam as mulheres. Por mais que o curso apresentasse exemplos de partos em várias culturas e mostrasse vídeos com depoimentos de diferentes parturientes no Brasil e no mundo, no final das contas, as instrutoras referiam-se sempre à “mulher”: “a” holandesa, “a” norte-americana, “a” indígena, “a” pobre. Sobre esta última, durante o curso, uma das alunas disse: “A mulher pobre, a usuária do SUS, aceita bem a doula porque esta mulher é muito carente. Ela fica muito grata com qualquer olhar. Qualquer toque vale.” Portanto, a mensagem que fica é: estas mulheres são carentes de atenção, afetividade, espiritualidade, informações e o trabalho da doula pode assumir um caráter assistencialista.

Estas duas estratégias, salvar e essencializar, correm o risco de contradizer, a meu ver, o empoderamento feminino, missão feminista empreendida pela APOIAR. Acredito que isto possa acontecer porque, sob a justificativa de “humanização”, existe um grande *ímpeto universalizador e normativo* sobre todo o cenário do parto: a forma de parir, os atores envolvidos, os significados de parir, maternar e reproduzir, os valores atribuídos aos corpos femininos, etc. Subsiste, ao ideal de melhorar o atendimento ao parto no Brasil, um ideal bem maior: “Nessa estética do parto a construção de uma forma mais “natural” de parir se coloca como um modelo a ser seguido: trata-se, enfim, de alcançar o “belo parto”” (Tornquist, 2002,

p. 490)<sup>10</sup>. Depois do exposto, temo que este ideário de "humanização do parto" esteja em vias de sustentar a (e não uma) nova tecnologia do parto, ditando, da mesma forma autoritária que o paradigma biomédico, o que deve ser considerado como "certo" e, lançando mão, de forma bastante convincente, de uma sustentação ideológica com base na idéia do "humano". E, claro, pressinto que este discurso assumia também um quê etnocêntrico, já que reflete valores de mulheres representantes de uma classe média urbana, branca e intelectualizada.

Não tenho dúvidas de que o movimento das doulas seja uma iniciativa contemporânea genuinamente comprometida com a valorização das mulheres. Para tanto, busca um "resgate" de práticas de parto onde as mulheres tinham papel central tanto como parturientes quanto como parteiras e/ou acompanhantes de parto. E as doulas certamente desempenham papel fundamental na reversão das mortes maternas e violências sofridas dentro dos hospitais. No entanto, é preciso cuidado para que a fluidez discursiva entre categorias tão dicotômicas não turve o que as doulas têm de melhor a oferecer, como elas mesmas definem, um amortecimento afetivo para os dilemas tão característicos que acontecem durante um ritual universalmente liminal e intenso como é o parto.

## Referências

- ABU-LUGHOD, L. 2002. Do muslim women really need saving? Anthropological reflections on cultural relativism and its others. *American Anthropologist*, **104**(3):738-790.
- DAVIM, R. M. B. e MENEZES, R.M.P. 2001. Assistência ao parto normal no domicílio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, **9**(6):62-68.
- DAVIS-FLOYD, R. e SARGENT, C.F. 1997. Introduction. In: R. DAVIS-FLOYD e C.F. SARGENT (eds.), *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives*. Berkeley, University of California Press, p. 1-55.
- FOLHA DE S. PAULO. Gravidez moderna resgata a participação das doulas. *Folha Online*, 30/05/2001.
- FONSECA, C. s. d. *Anatomia de uma maternidade: pesquisadores, profissionais de saúde e pacientes num quadro hospitalar*. Relatório de pesquisa.
- GIRALDI, R. 2003. Parto em casa. *Correio Braziliense*, 06/12/03, p. 14.
- HOTIMSKY, S.N.; RATTNER, D.; VENÂNCIO, S.I.; BÓGUS, C.M. e MIRANDA, M.M. 2002. O parto como eu vejo... ou como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Caderno de Saúde Pública*, **18**(5):1303-1311.
- JONES, R. 2002. Entrevista concedida ao grupo Doulas do Brasil, Porto Alegre. Disponível em <<http://www.doulas.com.br/art12.html>>
- KENNEL, J.; KLAUS, M.; McGRATH, S.; ROBERTSON, S. e HINKLEY, C. 1991. Continuous emotional support during labor in a US hospital. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, **265**(17):2197-2201.
- KITZINGER, S. 1997. Authoritative touch in childbirth. A cross-cultural approach. In: R. DAVIS-FLOYD e C.F. SARGENT (eds.), *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives*. Berkeley, University of California Press, p. 209-232.
- KLAUS, M.; SOSA, R.; KENNEL, J. e ROBERTSON, S. 1986. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *British Medical Journal*, **293**(6547):585-587.
- LEÃO, M.R. de Castro e BASTOS, M.A.R. 2001. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, **9**(3):90-94.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2001. *Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher*. Brasília, Ministério da Saúde.
- MIRANDA, L. 2002. Doulas, os anjos da guarda na hora do parto: voluntárias orientam mulheres e evitam que haja cesarianas desnecessárias. *O Estado de São Paulo*, 05/06/2002, Geral, Disponível em: <<http://txt.estado.com.br/editorias/2002/06/05/ger015.html>>
- MIRANDA, L. 2003. Especialista americana defende parto domiciliar. *O Estado de São Paulo*, 29/12/03, p. A6.
- ODENT, M. 2002. *O camponês e a parteira*. São Paulo, Ground, 191 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 1996. *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Relatório do Grupo Técnico "Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família". Brasília, Ministério da Saúde.
- RATTNER, D. 2002. As mudanças de paradigma na assistência ao parto In: *Saúde da mulher e direitos reprodutivos – dossiês 2001*. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Disponível em: <[http://www.redesaude.org.br/body\\_index.html/](http://www.redesaude.org.br/body_index.html/)>
- SOSA, R.; KENNEL, J.; KLAUS, M.; ROBERTSON, S. e URRUTIA, J. 1980. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *The New England Journal of Medicine*, **303**(11):597-600.
- TEIXEIRA, M. de L. da S. 2003. *A doula no parto. O papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente*. São Paulo, Ground, 207 p.
- TORNQUIST, C.S. 2002. As armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, **10**(2):483-492.
- TORNQUIST, C.S. 2004. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. Florianópolis, SC. Tese de Doutorado em Antropologia. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 376 p.

<sup>10</sup>Esta idéia de "belo parto" foi mais extensamente desenvolvida por Fonseca (s. d.).