

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

**PROCESSOS IDENTITÁRIOS E SAÚDE REPRODUTIVA: ESTUDOS COM
UM GRUPO DE DOULAS**

CAMILA NOGUEIRA BONFIM DUARTE

Vitória
2016

CAMILA NOGUEIRA BONFIM DUARTE

**PROCESSOS IDENTITÁRIOS E SAÚDE REPRODUTIVA: ESTUDOS COM
UM GRUPO DE DOULAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, sob orientação do Prof. Dr. Luiz Gustavo Silva Souza, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Vitória
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

D812p Duarte, Camila Nogueira Bonfim, 1990-
Processos identitários e saúde reprodutiva : estudos com
um grupo de doulas / Camila Nogueira Bonfim Duarte. – 2016.
111 f.

Orientador: Luiz Gustavo Silva Souza.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e
Naturais.

1. Cuidado pré-natal. 2. Doulas. 3. Saúde reprodutiva. 4.
Identidade social. 5. Feminismo. I. Souza, Luiz Gustavo Silva,
1979-. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências Humanas e Naturais. III. Título.


CDU: 159.9

CAMILA NOGUEIRA BONFIM DUARTE

**PROCESSOS IDENTITÁRIOS E SAÚDE REPRODUTIVA: ESTUDOS COM
UM GRUPO DE DOULAS**

Aprovada em 22 / 02 / 2016


Banca Examinadora



Prof. Dr. Luiz Gustavo Silva Souza (*Orientador*)
Universidade Federal Fluminense



Prof. Dra. Sabine Mantuan dos Santos Coutinho (*Membro externo*)
Universidade Federal Fluminense



Prof. Dra. Maria Cristina Smith Menandro (*Membro interno*)
Universidade Federal do Espírito Santo

Agradecimentos

À Elena, por me ensinar um amor sem medidas, por me trazer a vivência da maternidade e, com isso, ter me levado à humanização do parto. Descobri todo esse mundo com e por você, meu bem.

Ao meu marido, Lucas, pela ideia da temática. Logo que comecei a pesquisar e me interessar pelo trabalho das doulas, foi você que sugeriu que eu fizesse desse meu tema de mestrado. Pelo amor e a parceria no dia-a-dia, pra vida toda, e, claro, pelos puxões de orelha quando eu me desesperava por coisas pequenas.

Ao meu orientador, Luiz, por ter me escolhido e acreditado na pesquisa. Pelo incentivo constante e pela dose certa de liberdade e cobrança que me permitiu produzir no meu ritmo, mas sem perder o foco dos prazos.

Às doulas, participantes dos estudos e colegas de formação: obrigada pela acolhida desde minha entrada no mundo da humanização do parto, passando pelos estudos do mestrado, até a formação como doula, e além dela.

Aos professores que fizeram parte dessa caminhada. Em especial às professoras Mariana Bonomo e Maria de Fátima Souza Santos, pelas contribuições na qualificação, e às professoras da banca de defesa desta dissertação, Maria Cristina Smith Menandro e Sabrine Mantuan dos Santos Coutinho, pelas sugestões de melhoria e pelos elogios, muitos dos quais inesperados.

Aos meus pais, pelo apoio e confiança oferecidos desde sempre. Por acreditarem em mim mesmo quando eu duvidava. Por serem porto seguro que sei estar sempre aberto. Por oferecerem esse amor a Elena e ficarem com ela nos dias de mais desespero para escrever.

À Arielle, acima de tudo, pela amizade; pelo apoio e a presença, mesmo de longe. Por ter me incluído no seu mestrado, contribuindo com as minhas experiências com

pesquisa, com a vontade de fazer o meu próprio mestrado e, claro, engordando o meu lattes. Por ter sido um super exemplo de pessoa dedicada. Se qualifiquei “antes do prazo” e defendi no prazo certo, foi porque me espelhei em você!

À Val, minha primeira orientadora. Obrigada por me mostrar, desde as primeiras aulas da graduação, como pesquisar e consumir pesquisas pode ser prazeroso; por me acolher na Rede; por sugerir que eu fizesse a iniciação científica com Ari logo que fui, ansiosa, pedir uma; por ter me orientado durante os dois PIBIC's; por me incentivar a fazer o mestrado; por todo o apoio em vários âmbitos e pelos momentos de confraternização que tornaram períodos difíceis mais leves e felizes.

À Clarisse, completando o trio: Flor, obrigada pelo apoio nos momentos de desespero, pelas doses de realidade quando precisava e nem sabia e pela enorme quantidade de carinho e cuidado que você tem por mim/comigo, (que só posso imaginar que seja) como irmãos tem uns com os outros!

Ao Núcleo Origem, Marrí, Lívia, Jéssica, Stephanie e Aline, queridíssimas parceiras: pela sororidade, pela companhia, por compartilhar projetos, sonhos, angústias e felicidades da doulagem e da maternagem. Obrigada, primeiro, e gratidão, depois, só pra satisfazer nossa bruxa-mor, hahah.

Aos familiares e amigos que estiveram comigo nesses dois anos, por compreenderem minha ausência, incentivarem minha formação e oferecerem momentos de companhia e lazer imprescindíveis para a sanidade mental de qualquer um. Meus agradecimentos especiais aos queridos familiares: Tio Edval e Tia Ceia, Thaís e Amanda, Tio Jader, meus sogros e cunhados (Vânia, Jorge, Matheus, João Marcos e Carol); e aos queridos amigos: André e Dani, Bia e Carol, Lígia e Danilo, Stênio, Jéssica, Mirral e Lucas.

Obrigada!

“... o problema é suficientemente importante para merecer uma tentativa, mesmo que só possamos esperar um êxito limitado. Trata-se de escolher entre iniciar uma forma qualquer de acção, a pequena escala, ou esperar que o preconceito e a discriminação desapareçam milagrosamente da nossa cena social.”

Henri Tajfel

RESUMO

Duarte, C. N. B. (2016). *Processos identitários e saúde reprodutiva: estudos com um grupo de doulas*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Espírito Santo.

Tendo em vista a importância do apoio oferecido às mulheres pelas doulas, e sua crescente atuação no cenário mundial e brasileiro a pesquisa relatada nesta dissertação buscou investigar processos identitários de um grupo de doulas que atua em conjunto, tendo como base a Teoria da Identidade Social. Para isso foram realizados dois estudos com um grupo de cinco doulas, com nome fictício Bem Nascer, atuante em uma cidade do estado do Espírito Santo. Elas concordaram, voluntariamente, em participar desta pesquisa. Os dois estudos são apresentados em formato de artigo para apresentar os resultados e discussões de forma estruturada. O primeiro artigo apresenta os resultados obtidos através de observação participante, realizada em dez encontros mensais sobre gestação e parto, promovidos pelo grupo Bem Nascer junto a gestantes. Foi produzido um diário de campo, cujos dados são analisados a partir do método hermenêutico-dialético (Minayo, 1992). Foram identificadas três categorias: 1) Descrição dos encontros; 2) Cenas de interações com o endogrupo; 3) Cenas de interações com exogrupos. Observou-se que as doulas, nas interações com as gestantes, exerciam papéis tais como: amigas; instrutoras-esclarecedoras; profissionais; militantes feministas; e que valorizavam “homens pró-parto” e “médicos humanizados” em detrimento de “homens tradicionais” e “médicos tecnocratas”. Infere-se que essa valorização ocorre por categorização cruzada. Verificou-se que as contribuições das doulas para a saúde reprodutiva eram condizentes com diretrizes do sistema público de saúde brasileiro e que elas disseminavam ideais feministas para mulheres de classe média. O segundo artigo utiliza entrevistas individuais semiestruturadas, analisadas através da análise de conteúdo temática (Bardin, 1977), que permitiu identificar 134 temas e seis categorias. Os processos identitários das doulas estão ligados à militância feminista, ao movimento de humanização do parto, e ao pertencimento a um grupo de trabalho que constitui laços profissionais, de amizade e confiança. Há atitudes negativas quanto à maioria dos profissionais de medicina, com exceção daqueles percebidos como “humanizados”. Observa-se que doulas estão construindo processos identitários ligados ao feminismo; e que o ativismo, o grupo de trabalho das doulas e a promoção de encontros com mulheres grávidas constituem estratégias de mudança social, contribuindo para a transformação da assistência à saúde e das relações de gênero.

Palavras-chave: cuidado pré-natal; doulas; saúde reprodutiva; atitudes; feminismo; identidade social.

ABSTRACT

Duarte, C. N. B. (2016). *Identity processes and reproductive health: studies with a group of doulas*. Masters Degree Thesis, Psychology Post Graduation Program, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo.

Given the importance of the support offered to women by doulas and their increasing role in birth support around the world and in Brazil, this dissertation reports a research which aimed to investigate identity processes of a doula group and adopted Social Identity Theory. To this end two studies were conducted with a group of five doulas, referred to as “Bem Nascer”, active in a city of the state of Espírito Santo. They agreed voluntarily to participate in this research. The two studies are presented in article format to best present the results and structured the discussions. The first article presents the results obtained through participant observation of ten workshops about pregnancy and childbirth, promoted by the group “Bem Nascer” with pregnant women. We collected field notes and analyzed the data with the hermeneutic-dialectic method. We identified 3 categories: 1) Descriptions of the workshops; 2) In-group interactions scenes; 3) Out-group interactions scenes. We observed that the doulas, when interacting with the pregnant women, performed roles such as: friends, instructors, professionals, feminist activists, and that they attributed positive characteristics to “pro-humanized birth men” and to “humanized physicians” in contrast to “traditional men” and to “technocratic physicians”. We inferred that such attribution of value occurs on the basis of crossed categorization. We verified that the practices of the doulas in the field of reproductive health were suitable to the guidelines of the Brazilian public health system and that they disseminated feminist ideals to middle-class women. For the second article, we administered semi-structured interviews with five doulas. We identified 134 themes and 6 categories in the interviews through thematic content analysis. The doulas construct their identity based on feminist activism, the humanization of birth movement and their own work group, which provides trust-based relationships, professional network and friendship. The doulas held negative attitudes towards most physicians, with the exception of those perceived to be humanized. We discuss that the investigated doulas adopted feminism to construct identity processes and that their activism, their work group and their regular encounters with pregnant women are strategies of social change, which contribute to transform health practices and gender relations.

Keywords: prenatal care; doulas; reproductive health; attitudes; feminism; social identity.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
INTRODUÇÃO GERAL	12
A doula.....	15
Teoria da Identidade Social.....	17
Levantamento bibliográfico e justificativa.....	20
Objetivo Geral	22
Objetivos Específicos	22
Panorama dos Estudos Propostos	23
ARTIGO 1. PROCESSOS IDENTITÁRIOS DE DOULAS: OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE EM ENCONTROS COM GESTANTES	25
Resumo	26
Abstract	27
Resumen	28
Introdução	29
Método	32
Participantes	33
Instrumentos e Procedimentos.....	33
Análise de dados	34
Resultados	34
Descrição dos encontros	36
Cenas de interações com o endogrupo	38
<i>Doulas interagindo com as mulheres.</i>	39
<i>Doulas interagindo entre elas.</i>	45
<i>Doulas interagindo com a pesquisadora.</i>	46
Cenas de interações com o exogrupo	47
<i>Doulas interagindo com os homens.</i>	47
<i>Referências aos médicos.</i>	51
<i>Referências aos outros em geral (conhecidos, amigos, parentes).</i>	53
Discussão	54
Considerações finais	56
Referências	56
ARTIGO 2. PROCESSOS IDENTITÁRIOS DE UM GRUPO DE DOULAS: ATITUDES SOBRE GESTANTES E MÉDICOS.....	63
Resumo	64
Abstract	65
Resumen	66
Introdução	67
Método	71
Participantes	71

Instrumentos	72
Procedimentos de coleta de dados	72
Procedimentos de análise de dados	72
Resultados	73
Discussão	81
Conclusões	85
Referências	87
DISCUSSÃO GERAL	93
Resultados encontrados.....	93
Implicações teóricas e práticas da pesquisa	96
Limitações e indicações de pesquisas futuras	97
Considerações finais	98
Referências	99
APÊNDICES	105
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	105
Apêndice B – Roteiro Semiestruturado de entrevista (Estudo 2)	107
Apêndice C –Temas do Estudo 2.....	109

APRESENTAÇÃO

*“Eis porque me confesso culpado por não
ser um psicólogo social ‘neutro’”*

Henri Tajfel

Tornar-me mãe trouxe muitas descobertas preciosas: os limites do cansaço e do amor; o processo de conhecimento entre a mãe e sua cria, que constrói o tão estereotipado (mas não instantâneo) amor materno; e, dentre várias outras, a descoberta da dificuldade atual das mulheres em participar ativamente das escolhas sobre o nascimento de seus filhos.

Essa descoberta se deu por acaso, se é que isso existe. O primeiro aniversário de minha filha se aproximava e me indicaram um grupo de fornecedores de festas, no Facebook. Lá vi a indicação de outro grupo, de mães, para discutir assuntos pertinentes à maternidade e aos filhos. Os assuntos e dúvidas eram diversos: sono dos bebês, desenvolvimento, amamentação, sintomas e doenças, chupeta e, claro, parto. Lá acompanhei algumas doulas tirarem dúvidas sobre a gestação, indicarem médicos que acompanhavam e incentivavam o parto normal, explicarem sobre a fisiologia do parto, indicarem artigos na internet que falavam sobre indicações falsas de cesárea. Eu, que não procurava por isso, que tinha feito uma cesárea eletiva (cirurgia por escolha, sem indicação médica), me vi lendo e aprendendo sobre a importância do parto para a mulher (fisiologicamente), para o bebê, para a relação entre os dois e, o que provavelmente ajudou a atrair mais o meu interesse, para a mulher enquanto dona de si, capaz de entender e opinar sobre seu próprio corpo, e enquanto ser humano que não é imperfeito como muitas vezes se crê, mas sim capaz de gerar e parir outro ser.

Essas leituras confluíram com o final da graduação. Eu já planejava ingressar no mestrado, mas não tinha definido um tema que realmente me interessasse; gostava de

tudo um pouco. Pelas minhas falas constantes sobre parto, a cada descoberta feita sobre o assunto, e pelo meu interesse sobre o que seria essa profissional “doula”, meu marido sugeriu que eu pesquisasse um pouco mais e fizesse desse o meu tema de pesquisa. Foi o empurrão necessário. Mergulhei nesse mundo, eu, a pesquisadora, e eu, a mulher. Fiz o curso de doula durante o primeiro ano do mestrado e formei um grupo de doulas, como o relatado nessa pesquisa. Essa vivência do curso, no entanto, não foi relatada na dissertação, por entender que minha entrega deveria ser diferente da observação (mesmo que como “participante observadora”) para uma pesquisa.

O grupo pesquisado, chamado pelo nome fictício de Bem Nascer, esteve presente nessas descobertas desde o início. Foram as doulas iniciais dele que eu acompanhei no grupo de mães, tirando dúvidas. E foram elas que promoveram encontros sobre maternidade dos quais eu participei com minha filha, sendo um importante espaço para troca e aprendizado.

Dada essa proximidade, soube desde o início dos desafios que teria em me afastar emocionalmente, para poder observar e analisar o trabalho delas de uma forma mais objetiva e menos parcial. O auxílio de meu orientador foi crucial para esse feito, pois era ele que pontuava algumas condutas sobre a observação participante e sugeria interpretações que me tiraram do lugar de “apoiadora da causa” para um lugar mais observador e crítico, necessário para a pesquisa. Contar com meu marido também foi fundamental; com sua formação similar à minha (psicólogo e mestrando, com foco em psicologia da saúde e do trabalho), pude falar com ele sobre minhas observações e formular minhas interpretações e análises e contar com suas pontuações, com um olhar de psicólogo e pesquisador, mas de alguém que estava também afastado o suficiente para ver o que eu muitas vezes deixava passar. Julgo que esses “consultores” são importantíssimos para uma pesquisa que utilize a observação participante.

INTRODUÇÃO GERAL

Após a Segunda Guerra Mundial, as altas taxas de morte materna e infantil promoveram a percepção da necessidade da institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital e reforçando sua medicalização. As famílias foram afastadas do processo de nascimento, pois os hospitais não tinham estrutura física suficiente para atenderem as gestantes e seus familiares. As gestantes dividiam, em geral, salas de pré-parto sem privacidade e sem ninguém para apoiá-las (Brüggerman, Parpinelli & Osis, 2005).

Rattner, Hotimsk, Venâncio e Miranda (1997 citados por Oliveira, Riesco, Miya & Vidotto, 2002, p. 668) já apontavam que “o uso abusivo da tecnologia, com cesarianas desnecessárias, tem contribuído para a desumanização da assistência ao parto”. Tratar o parto como um evento intrinsecamente médico, sem levar em conta a fisiologia do parto e as especificidades pessoais e sociais de cada família, constitui um modelo de atenção intervencionista e tecnocrata que tem acarretado elevadas taxas de complicações maternas e perinatais no Brasil (Dias & Domingues, 2005). Torres et al. (2014), mais recentemente, sugerem que são urgentes mudanças no modelo de atenção perinatal para adequar as práticas e reduzir as taxas de cirurgia cesariana, bem como os desfechos neonatais negativos.

Desde 1985 a Organização Mundial da Saúde indica que as taxas de cirurgias cesarianas ideais são entre 10% e 15%, observando que taxas acima de 10% de nascimentos via cesárea não implicam em redução de mortalidade materna e neonatal; recomendando, assim, que as cesáreas sejam feitas somente nos casos realmente necessários, do ponto de vista médico (OMS & HRP, 2015). Porém o Brasil está bem longe dessas recomendações, pois como evidenciado pela pesquisa Nacer no Brasil (Leal et al., 2014), em 2011-2012, 52% dos nascimentos foram por meio de cesárea e,

analisando somente o setor privado, a taxa de cirurgias corresponde a 88% dos nascimentos.

Em uma tentativa de compreender como funciona o modelo vigente de atenção à saúde, que reproduz esse uso demasiado de tecnologia na atenção ao parto, Davis-Floyd (1992) identificou três paradigmas dos modelos médicos: o tecnocrático, o humanístico/humanizado e o holístico. Os três modelos diferem quanto à compreensão da relação entre corpo e mente, o que interfere na forma como a assistência é realizada por profissionais e recebida por usuários e o humanístico/humanizado é o que tem maior perspectiva de ser bem-sucedido em reformar o modelo vigente, por ser mais moderado (Davis-Floyd, 2001). O modelo tecnocrático entende corpo e mente como separados, sendo o corpo como uma máquina; o modelo humanístico compreende corpo e mente como conectados, e o corpo como um organismo; e o modelo holístico encara corpo, mente e espírito como um só, sendo o corpo um campo de energia que entra em contato com outros campos de energia (David-Floyd, 2001).

O movimento de humanização do parto, propondo essa mudança de paradigma biomédico, surgiu a partir dos movimentos feministas, tanto internacionalmente quanto nacionalmente (Diniz, 2005; Tornquist, 2004). O termo “humanização” é apontado como polissêmico (Deslandes, 2004; Deslandes & Ayres, 2005; Heckert, Passos & Barros, 2009). Diniz (2005) fez uma descrição histórica do uso do termo em relação ao parto, indo da utilização do fórceps como humanizar até o movimento de humanização do parto, como é chamado no Brasil, que se refere a um movimento que prioriza “a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a des-incorporação de tecnologia danosa” (p. 629).

As feministas, reivindicando uma assistência à saúde com base nos direitos reprodutivos como direitos humanos e que encare a mulher como sujeito,

questionaram a biomedicina e participaram na produção de documentos sobre o tema, incluindo em sua luta a participação em instâncias de políticas públicas e a defesa do Sistema Único de Saúde (Diniz, 2005; Costa, 2009). Ávila (2003) indica que os questionamentos do feminismo produziram os conceitos de direitos reprodutivos que serviram de base para os direitos sexuais, e ambos englobam a noção de que sexualidade e reprodução são “dimensões da cidadania e conseqüentemente da vida democrática” (p. S466).

Diniz (2005) destaca que algumas abordagens foram extremamente importantes para basear o movimento de humanização do parto: a abordagem psicosssexual, de Sheila Kitzinger; a descrição da fisiologia do parto, de Michel Odent; a noção de parto ativo, de Janet Balaskas; a compreensão do parto como evento genital e erótico, de Naolí Vinaver. Diniz (2005) descreve, ainda, que a formação de uma rede de mulheres que se comunicavam por listas eletrônicas constituiu uma “novidade política de enorme potencial na mudança” (p. 631), mencionando também que a maioria dessas listas foi criada por mulheres de classe média.

Como apontam Leão e Oliveira (2006), o parto é um evento de extrema importância para a vida psicosssexual da mulher, e “quando é vivenciado com dor, angústia, medo e isolamento pode levar a distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais” (p. 25). Sodré, Bonadio, Jesus e Merighi (2010) indicam que as mulheres desejam a presença de alguém que possa lhes apoiar e explicar melhor as condutas da equipe, deixando-as, assim, mais seguras durante o parto; tais necessidades são congruentes com a função da doula. Nesse sentido, além de mudar o modelo de atenção ao parto, a inserção de profissionais, como a doula, para apoio emocional da parturiente constitui uma estratégia que traz benefícios fisiológicos e emocionais à vivência do parto, quais sejam: maior chance de parir sem intervenções, menor uso de

medicamentos para dor, maior satisfação com o parto, partos mais rápidos, além de bebês com menos chances de ter índices Apgar baixos, conforme Klaus, Kennell e Klaus (2012) e a revisão sistemática de Hodnett, Gates, Hofmeyr e Sakala (2013).

A doula

A palavra doula¹ é de origem grega, e significa aquela que serve, ou escrava. Tradicionalmente, ela auxiliava a mulher após o parto, com os afazeres domésticos e cuidados com o bebê. Atualmente, a palavra é usada para designar a função de ajudar a mulher durante a gestação, o parto e o pós-parto, incluindo a amamentação (Leão & Oliveira, 2006; Silva, Barros, Jorge, Melo & Ferreira Junior, 2012). Além de ser importante nesses momentos, a doula pode “atuar junto à equipe e na vigilância dos serviços de saúde prestados à comunidade” (Leão & Oliveira, 2006, p. 29).

De acordo com a definição de Nolan (1995), a doula é uma mulher sem formação técnica na área de saúde, mas que presta apoio constante à mulher durante o parto e nos cuidados com o bebê, por meio de esclarecimentos, técnicas de respiração, suporte corporal (segurar a mão, por exemplo), e, de forma geral, com apoio afetivo e psicológico. Questiona-se, aqui, a referência à ausência de formação técnica, pois, como apontado por outros autores (Oliveira & Madeira, 2002; Oliveira & Sodré, 2011; OMS, 2000; Teixeira, 2003) a doula não precisa ter formação na área de saúde, no entanto, ter uma capacitação é fundamental, pois, além de aprender as técnicas de alívio não farmacológico da dor, como massagens e posições de parto para sugerir à mulher, ela se familiariza com os procedimentos comumente utilizados e pode interagir melhor com a equipe, tornando-se um elo entre a equipe e a gestante.

¹ Desde janeiro de 2013 a ocupação de doula é reconhecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego na Classificação Brasileira de Ocupações, sob o código 3221-35.

Klaus e Klaus (1993, citados por Leão & Oliveira, 2006) pontuam que a doula geralmente é mulher, porque a intimidade inerente ao momento do parto dificulta que um homem exerça essa função; dado aos papéis de gênero comumente aceitos. Com outra mulher, a parturiente sente-se menos inibida, além de ter mais “afinidades emocionais e biológicas. Na maioria das culturas, as mulheres apresentam um comportamento mais afetivo, mais aconchegante e materno do que os homens, embora isto não queira dizer que eles não saibam ser afetivos, mas, apenas que têm papéis diferentes” (Klaus & Klaus, citados por Leão & Oliveira, 2006, p. 26).

Na mesma direção, Valdés e Morlans (2005) apontam que estudos antropológicos observaram que, durante o parto, quem acompanha a mulher é outra mulher, citando que a resposta feminina frente a uma ameaça, tendendo a se unir, costuma ser diferente da masculina, de lutar ou fugir. Com isso, os autores afirmam que, para a parturiente, a presença de uma mulher que esteja preocupada com ela e que exerça função de intermédio com a equipe de saúde, reduz o nível de estresse e medo.

Motta (2003) caracterizou o serviço das doulas no Brasil, que começa a surgir no início dos anos 2000, como voluntário ou particular. A autora descreve que algumas maternidades contam com capacitações e programas de voluntariado de doulas, formando mulheres da comunidade para oferecer este apoio às parturientes, enquanto outras doulas são formadas em cursos oferecidos de forma particular, e atuam em maternidades privadas, contratadas diretamente pelas gestantes.

Tendo em vista a importância do apoio oferecido às mulheres pelas doulas, e sua crescente atuação no cenário mundial e brasileiro, relatar-se-á neste trabalho uma pesquisa realizada com um grupo de doulas, utilizando, como base para as análises, a Teoria da Identidade Social (TIS).

Teoria da Identidade Social

Del Prette & Del Prette (2003) afirmam que há grupos duradouros ou efêmeros e que sujeitos e grupos são indissociáveis da cultura. Além disso, os autores ressaltam que “estar no grupo é uma condição permanente do indivíduo, e seria praticamente impossível pensar este indivíduo de maneira não-social” (p.126).

As pessoas estão inseridas em diferentes grupos sociais, tanto de pequena quanto de grande escala (as categorias sociais, como país, raça, sexo), que influenciam seus valores, opiniões, visões e práticas, tendo, portanto, um grande impacto na identidade individual (Hogg & Abrams, 1998).

Dessa forma, pode-se entender, junto com Doise (2002, p. 28), que as “dinâmicas sociais, particularmente interacionais, posicionais ou de valores e de crenças gerais, orientam o funcionamento” dos processos que permitem aos indivíduos agir em sociedade.

Hogg e Abrams (1998) definem a abordagem da TIS como social por considerar as categorias sociais e sua construção histórica e, simultaneamente, psicológica por levar em conta a construção concreta de grupos humanos e o enraizamento da identidade social no comportamento, cognição e afetividade dos indivíduos.

O grupo é entendido, conforme a TIS, como indivíduos que possuem um sentimento compartilhado de pertença e se percebem como membros da mesma categoria social, compartilhando, dessa forma, uma identidade social (Tajfel, 1982, Stets & Burke, 2000). Tajfel (1983, p. 290) define a identidade social como “aquela parcela do autoconceito de um indivíduo que deriva do conhecimento da sua pertença a um grupo (ou grupos) social, juntamente com o significado emocional e de valor associado àquela pertença”. A teoria pressupõe que as pessoas se agrupam em categorias como tendência da cognição, desse modo diferenciando o grupo a que

pertencem (endogrupo) de outro grupo ao qual não pertencem (exogrupo) (Paiva, 2007). Assim, elas apresentam um favoritismo pelo endogrupo e atribuem características mais positivas a ele, buscando manter a autoimagem positiva (Hogg & Abrams, 1998; Lacerda, Pereira & Camino, 2002).

Tajfel, buscando entender o preconceito e o conflito, procurou [para não repetir o verbo] uma alternativa à psicologia social da época, claramente mais individualista (Hogg & Abrams, 1998; Jenkins, 2004). Jenkins (2004) informa que Tajfel foi inspirado também por suas pesquisas em percepção social, área de seus estudos iniciais.

A mudança de tradição geral na Psicologia Social, de behaviorista para a gestaltista, possibilitou estudos de cognição e percepção social. A concepção gestaltista contribuiu para que Tajfel começasse seus estudos sobre percepção, propondo um modelo de acentuação relativa de contrastes; depois disso estendeu seu modelo abordando tanto o efeito da categorização na percepção quanto os estereótipos sociais (Doise, 2002). Por fim, Tajfel chegou aos estudos sobre grupo mínimo e comportamentos discriminatórios, dando início, assim, ao seu estudo das relações intergrupais e ao desenvolvimento da Teoria da Identidade Social.

Os principais conceitos da TIS estão abarcados pela dinâmica principal entre os conceitos-chave: categorização social, identidade social, comparação social (Bonomo, 2010). A categorização social é um processo que agrupa os objetos e acontecimentos sociais que são equivalentes, de acordo com o sistema de crenças, as ações e intenções do indivíduo (Tajfel, 1983). Por meio dela a percepção simplifica a realidade e também amplifica diferenças para garantir as categorias. As dimensões perceptuais associadas às categorias sofrem acentuação; por exemplo, ao falar de “ritmo” as categorias negro/branco provavelmente produziriam acentuação e as categorias

mulher/homem, não. Porém, ao falar de “maternal” a categorização por sexo possivelmente se acentuaria enquanto a cor da pele não teria o mesmo efeito (Hogg & Abrams, 1998).

A comparação social pode ser entendida ao compreender que a identificação grupal “ganha consistência e relevância a partir do reconhecimento e avaliação pelo indivíduo quanto à sua pertença em relação aos diversos grupos aos quais sente pertencer” (Tajfel, 1982, citado por Bonomo, 2010, p. 60). A partir de sua pertença, o indivíduo compara seu grupo, e a si mesmo, com outros grupos e a outros indivíduos. Há, então, uma tendência a acreditar que os conhecimentos dos endogrupos são melhores, mais verdadeiros ou os verdadeiros; tendência a homogeneizar os exogrupos e a perceber mais heterogeneidade no endogrupo. A “comparação social determina a seletividade do efeito de acentuação (acentuação ocorre principalmente para dimensões auto-promotoras) e a magnitude da exageração das diferenças intergrupais e das similaridades intragrupais” (Hogg & Abrams, 1998, p. 21).

Quanto à identidade social como processo identitário, Tajfel (1983) refere-se a ela como tridimensional, constituída de

um componente cognitivo, no sentido em que se sabe que se pertence a um grupo; um componente avaliativo no sentido em que a noção de grupo e/ou de pertença a ele pode ter uma conotação de valor positivo ou negativo; e um componente emocional no sentido em que aspectos cognitivo e avaliativo do grupo e da pertença a ele podem ser acompanhados de emoções (tais como amor ou ódio, gostar ou não gostar), dirigidas para um grupo próprio e para outros com os quais [o indivíduo] tem certas relações (1983, p. 261).

Dois outros conceitos importantes para a compreensão da teoria são a mobilidade social e a mudança social. Elas são estratégias de manutenção da

autoimagem positiva do indivíduo, principalmente em grupos minoritários, cujos membros podem ter a autoestima ameaçada. A mobilidade social tem base na crença de que os grupos têm fronteiras permeáveis entre eles, portanto é possível adotar uma estratégia individual para ir de uma posição social para outra. A mudança social, por outro lado, pauta-se na crença de que as fronteiras são rígidas, dessa forma, não é possível adotar uma estratégia individual e se fazem necessárias ações conjuntas para mudar a realidade de todos (Hogg & Abrams, 1998; Tajfel, 1983).

Os conceitos elaborados no quadro da Teoria da Identidade Social serão importantes para interpretar os resultados obtidos pela pesquisa relatada nesta dissertação. Além deles, também será importante conceituar atitude, na medida em que serão descritas e analisadas atitudes de doulas em relação, por exemplo, às gestantes e aos médicos. As atitudes são compreendidas, nesta pesquisa, como uma predisposição a respostas avaliativas favoráveis ou desfavoráveis quanto a determinado objeto, ideia ou pessoa (Aronson, 2002; Lima, 2002; Triandis, 1991).

Levantamento bibliográfico e justificativa

Partiu-se de um levantamento bibliográfico inicial, visando mapear as produções sobre doulas no Brasil. Para fazer o levantamento, foram realizadas buscas, durante o mês de maio de 2014, nos bancos de dados BVS-PSI, BDTD, Periódicos Capes e Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram ‘doula’ e ‘doulas’ nos três primeiros bancos, e “doula” “doulas” “-Sheila” (menos Sheila), no Google Acadêmico. Optou-se por utilizar este critério de exclusão no descritor da busca, por aparecerem muitos trabalhos de uma autora com sobrenome Doula.

Foram definidos alguns critérios de inclusão e exclusão, para selecionar a literatura que fosse coerente com o objetivo, sendo eles:

- a) Idioma: Foram incluídos apenas trabalhos em português, produzidos no Brasil;
- b) Objetivo: foram selecionados os trabalhos que tinham as doulas como participantes ou objeto direto e/ou indireto da pesquisa, ou, ainda, que eram contempladas na discussão do trabalho;
- c) Área de conhecimento: não foi fator de exclusão, tendo em vista o objetivo de mapear as produções brasileiras sobre o tema, independentemente da área;
- d) Ano de publicação: não foi delimitado um intervalo, sendo recolhidas as publicações, independentemente do ano;
- e) Tipo de publicação: foram incluídos artigos de relatos de pesquisa, relatos de intervenção, ensaios teóricos, pesquisa documental e bibliográfica, bem como trabalhos de conclusão de curso de graduação e pós-graduação *stricto sensu* (monografias, dissertações, teses), e trabalhos completos apresentados em congresso. Não foram incluídos resenhas de livros ou livros.

Dessa forma, foram excluídos os trabalhos que somente citavam o termo ‘doula’, mas tratavam de outra temática. Foram selecionadas as produções que tratam de forma mais direta sobre a doula, ou do apoio oferecido por ela às gestantes, ou seja, que tinham as doulas como participantes ou como objeto de pesquisa. Também foi incluída uma monografia em que as autoras atuaram como doulas durante o trabalho de parto das gestantes pesquisadas (Dalemolle & Melo, 2007). Aplicando-se esses critérios, 29 trabalhos foram selecionados para análise, sendo 11 no Google Acadêmico, 9 no BVS-Psi, 5 no BDTD e 4 no Periódicos CAPES. Houve publicações que estavam em mais de um *site* de busca; essas foram contabilizadas no *site* em que a procura foi feita primeiro. A ordem de busca foi: Periódicos CAPES, BVS-Psi, BDTD, Google Acadêmico.

Só foi encontrado um trabalho diretamente ligado a área de psicologia, outros dois estavam indiretamente ligados (psicólogos concluindo a pós-graduação em outra área). Nenhum desses trabalhos utilizava referencial teórico próprio à área de psicologia social. E nenhum trabalho fora produzido no Estado do Espírito Santo. Pode-se dizer que é relevante realizar um estudo sobre essa categoria, tendo em vista que, até o momento, não há qualquer produção científica disponível feita nesse Estado.

Silva et al. (2012, p. 2793) sugerem que há uma necessidade de mais pesquisas brasileiras que possam “diversificar as experiências, criar estímulos e motivações para essa função inovadora do suporte prestado pela doula e a recepção dessa prática pelos profissionais no acompanhamento perinatal durante e após o parto”. Considera-se que o campo da psicologia e a base teórica da TIS podem trazer contribuições no sentido de entender como se constroem os processos identitários e as relações de um grupo de trabalho, no caso desta pesquisa, um grupo de doulas. O retorno dos resultados da pesquisa a esse grupo de trabalho pode contribuir para o aprimoramento de suas atividades.

Objetivo Geral

A pesquisa relatada nesta dissertação buscou investigar processos identitários de um grupo de doulas que atua em conjunto, em uma cidade do estado do Espírito Santo.

Objetivos Específicos

1. Compreender relações estabelecidas entre doulas e gestantes, especificamente em vivências grupais;

2. Compreender relações estabelecidas entre as próprias doulas durante vivências grupais;
3. Conhecer ações profissionais das doulas realizadas em grupo;
4. Entender percepções e atitudes das doulas sobre o próprio grupo, sobre as gestantes, sobre os médicos e sobre os encontros mensais promovidos por elas;
5. Compreender a participação dos fenômenos investigados na construção da identidade social das doulas.

Panorama dos Estudos Propostos

Para atingir os objetivos supracitados, foi contatado um grupo de cinco doulas, com nome fictício Bem Nascer, atuante em uma cidade do estado do Espírito Santo. Elas concordaram, voluntariamente, em participar desta pesquisa. Foram realizados dois tipos de coleta de dados, entrevistas individuais semiestruturadas com cada uma das cinco doulas e observação participante de encontros promovidos por elas junto a gestantes. Os resultados são apresentados detalhadamente nos dois artigos da dissertação².

O primeiro artigo refere-se aos objetivos específicos 1 a 3, utiliza a técnica de observação participante e os dados são analisados a partir do método hermenêutico-dialético (Minayo, 1992). O segundo artigo responde aos objetivos específicos 3 a 5, a partir de entrevistas semiestruturadas cujos dados produzidos foram analisados com a análise de conteúdo temática (Bardin, 1977). Os dois artigos discutem os resultados utilizando a base teórica da Teoria da Identidade Social.

² Algumas conceituações se repetem ao longo dos dois artigos, no entanto essa repetição se fez necessária devido a estrutura adotada para esta dissertação. Buscou-se uma independência entre os dois artigos..

Por fim, os resultados da pesquisa são retomados e integrados na Discussão Geral, apresentando considerações sobre as conclusões dos dois artigos e sobre implicações práticas da pesquisa.

ARTIGO 1.**Processos identitários de doulas: observação participante em encontros com
gestantes**

Processos identitários de doulas: observação participante em encontros com gestantes

Procesos de identidad de doulas: observación participante en un grupo de gestantes

Identity processes of doulas: participant observation in meetings with pregnant women

Resumo

Esta pesquisa, com abordagem qualitativa, teve o objetivo de compreender processos identitários em doulas que trabalham com grupos de gestantes. Foi realizada observação participante durante dez encontros mensais sobre gestação e parto realizados por um grupo de cinco doulas. O diário de campo produzido foi transcrito e analisado com o método hermenêutico-dialético. Foram propostas três categorias: 1) Descrição dos encontros; 2) Cenas de interações com o endogrupo; 3) Cenas de interações com exogrupos. Observou-se que as doulas, nas interações com as gestantes, exerciam papéis tais como: amigas; instrutoras-esclarecedoras; profissionais; militantes feministas; e que valorizavam “homens pró-parto” e “médicos humanizados” em detrimento de “homens tradicionais” e “médicos tecnocratas”. Infere-se que essa valorização ocorre por categorização cruzada. Verificou-se que as contribuições das doulas para a saúde reprodutiva eram condizentes com diretrizes do sistema público de saúde brasileiro e que elas disseminavam ideais feministas para mulheres de classe média.

Palavras-chave: cuidado pré-natal; promoção da saúde; saúde reprodutiva; identidade social.

Abstract

This qualitative research aimed to understand identity-related processes among doulas who assisted groups of pregnant women. We performed a participant observation in 10 workshops about pregnancy and birth conducted by 5 doulas in Brazil. We collected field notes and analyzed the data with the hermeneutic-dialectic method. We created 3 categories: 1) Descriptions of the workshops; 2) In-group interactions scenes; 3) Out-group interactions scenes. We observed that the doulas, when interacting with the pregnant women, performed roles such as: friends, instructors, professionals, feminist activists, and that they attributed positive characteristics to “pro-humanized birth men” and to “humanized physicians” in contrast to “traditional men” and to “technocratic physicians”. We inferred that such attribution of value occurs on the basis of crossed categorization. We verified that the practices of the doulas in the field of reproductive health were suitable to the guidelines of the Brazilian public health system and that they disseminated feminist ideals to middle-class women.

Keywords: prenatal care; health promotion; reproductive health; social identity.

Resumen

Esta investigación con enfoque cualitativo tuvo como objetivo comprender la construcción de procesos de identidad de las doulas que trabajan con grupos de gestantes. Fue realizada observación participante durante diez encuentros mensuales sobre gestación y parto, realizados por un grupo de cinco doulas en Brasil. El diario de campo producido fue transcrito y analizado a partir del método hermenéutico-dialéctico. Fueron creadas tres categorías: 1) Descripción de los encuentros; 2) Escenas de interacción con el endogrupo; 3) Escenas de interacción con el exogrupo. Se observó que las doulas, al interactuar con gestantes, ejercieron papeles tales como: amigas, instructoras-esclarecedoras, profesionales, activistas feministas; y que atribuyeron características positivas a los “hombres pro-parto” y “médicos humanizados” en contraste con los “hombres tradicionales” y “médicos tecnócratas”. Se infiere que tal atribución de valor se produce sobre la base de la categorización cruzada. Fue verificado que las prácticas de las doulas en el campo de la salud reproductiva eran adecuadas a las directrices del sistema brasileño de salud pública y que éstas difundían ideales feministas a las mujeres de clase media.

Palabras clave: atención prenatal; promoción de la salud; salud reproductiva; identidad social.

Introdução

Textos oficiais brasileiros sugerem que as políticas de humanização da assistência em saúde devem ser promovidas no país, em busca de cuidados menos intervencionistas e que levem em conta o contexto em que as pessoas estão inseridas (Ministério da Saúde, 2001). Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria n.º 569. Com esse programa, pretendeu-se desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, com articulação das Secretarias de Saúde e do Ministério da Saúde; assim “promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Ministério da Saúde, 2000, p. 1). Incluindo medidas como:

O incentivo ao parto natural, a presença de familiares com as parturientes durante o trabalho de parto e o parto, a adaptação do ambiente hospitalar próximo do ambiente familiar, a não separação imediata do recém-nascido de sua mãe, o acompanhamento da parturiente por mulheres que possam orientá-la nesse momento ou apenas que estejam a seu lado e redução, na medida do possível de intervenção medicamentosa, técnica e cirúrgica (Leão & Oliveira, 2006, p. 25).

Além disso, com a Lei nº 11.108, de 08 de abril de 2005 (Brasil, 2005), ficou garantido o direito das parturientes terem ao seu lado, durante pré-parto, parto e pós-parto imediato, um acompanhante de sua escolha. Dessa forma, a mulher pode escolher entre diferentes pessoas para acompanhar esse momento, como um familiar,

um profissional, uma amiga, parteiras, enfermeiras e, também, as doulas (Santos & Nunes, 2009).

A doula é uma mulher que tem treinamento básico sobre parto e está familiarizada com os procedimentos de assistência. As atividades que ela desenvolve são o fornecimento de apoio emocional e físico durante o trabalho de parto e parto, além de explicações sobre “o que está acontecendo durante o trabalho de parto; sendo assim, uma presença amiga constante. É um elemento importante no elo entre a parturiente-família-equipe de assistência” (Oliveira & Madeira, 2002, p. 138). A doula ajuda a mulher durante a gravidez, o parto e também no pós-parto, inclusive com a amamentação (Leão & Oliveira, 2006; Silva, Barros, Jorge, Melo & Ferreira Junior, 2012)

Sobre o apoio realizado no período pré-parto, geralmente as doulas realizam encontros com as gestantes para esclarecer dúvidas, explicar sobre o trabalho de parto e fornecer outras informações relacionadas à gravidez, parto e puerpério (Duarte, n.d.).

No Brasil, tem aumentado o número de grupos de apoio à maternidade, um dos mais famosos, com grupos filiados pelo país, é o Parto do Princípio (n.d). Em várias cidades, esses grupos, que normalmente têm doulas entre seus coordenadores, encontram-se periodicamente para conversar e esclarecer questões relacionadas à gravidez e ao parto. Há também outros grupos (Grupo de Apoio ao Parto Humanizado, n.d.) que enfocam esses temas e também o aleitamento materno, a criação de filhos e a maternidade em geral.

Percebe-se uma falta de estudos sobre as vivências grupais que essas mulheres têm com as gestantes, o que se dá, possivelmente, pelo recente crescimento da importância da doula no cenário obstétrico do país. Em geral, os estudos enfocam o apoio durante o parto e o trabalho de parto, provido por doulas, enfermeiras ou

mulheres leigas (Brüggemann, Parpinelli & Osis, 2005). O estudo das vivências grupais referidas pode ser importante para compreender melhor os aspectos do tipo de suporte oferecido pelas doulas, além de possibilitar um entendimento sobre os tipos de informação requisitados pelas mulheres durante a gestação.

Como sugerem Brüggemann et al. (2005) é importante avaliar, de forma mais consistente, os efeitos de um acompanhante familiar ou amigo em relação a outros, como doulas e profissionais de saúde, e verificar também quais informações devem ser fornecidas ao acompanhante que a parturiente escolher para que o papel de suporte possa ser bem desempenhado. Em revisão mais recente, Silva et al. (2012) concluíram que são necessárias mais pesquisas nacionais “para diversificar as experiências, criar estímulos e motivações para essa função inovadora do suporte prestado pela doula e a recepção dessa prática pelos profissionais no acompanhamento perinatal durante e após o parto” (p. 2793).

Este é um tema em que pesquisadores da área de psicologia podem se aprofundar e trazer discussões que enriquecerão o campo. Essa pesquisa buscou, sob o olhar da teoria da identidade social (Tajfel, 1972; Tajfel, 1982): compreender relações estabelecidas entre doulas e gestantes, especificamente em vivências grupais; compreender relações estabelecidas entre as próprias doulas durante vivências grupais; e conhecer ações profissionais das doulas realizadas em grupo. Acredita-se que será possível refletir sobre as ações profissionais das doulas e sobre as relações estabelecidas com gestantes especificamente em vivências grupais.

Identidade social é definida por Tajfel (1983) como “aquela parcela do autoconceito de um indivíduo que deriva do conhecimento da sua pertença a um grupo (ou grupos) social, juntamente com o significado emocional e de valor associado àquela pertença” (p. 290). E grupo social é entendido como indivíduos que

compartilham uma identidade social ou que se veem como membros de uma mesma categoria social, ou seja, possuem um sentimento compartilhado de pertença (Stets & Burke, 2000; Tajfel, 1982).

A categorização social, outro conceito importante para a teoria, é um processo que agrupa os objetos e acontecimentos sociais que são equivalentes, de acordo com o sistema de crenças, ações e intenções do indivíduo (Tajfel, 1983).

A teoria da identidade social explica que, como tendência da cognição, as pessoas agrupam-se em categorias e, assim, diferenciam o seu próprio grupo (endogrupo) do grupo a que não pertencem (exogrupos) em dada relação social (Paiva, 2007). Além disso, as pessoas tendem a apresentar um favoritismo por seu grupo em detrimento do exogrupo, atribuindo características mais positivas ao endogrupo e, assim, buscando manter a autoimagem positiva (Hogg & Abrams, 1998; Lacerda, Pereira & Camino, 2002). Há, também, tendência a homogeneizar os exogrupos e a perceber mais heterogeneidade no endogrupo (Hogg & Abrams, 1998).

Sobre o favoritismo do próprio grupo e discriminação que pode ocorrer em relação ao exogrupo, o cruzamento de pertenças categoriais é uma possível forma de atenuar a hostilidade entre os grupos, referindo-se a esse cruzamento como categorização cruzada (Deschamps & Doise, 1978; Doise & Mugny, 1991). Dessa forma, quando uma pessoa se encontra com outra e são evidenciadas mais de uma pertença, as diferenças entre categorias tendem a ser atenuadas.

Método

Para alcançar os objetivos supracitados, foi realizado um estudo, com perspectiva qualitativa (Flick, 2009) exploratória, adotando a técnica da observação participante, que pode ser definida como “um modo de fazer pesquisa etnográfica que

coloca o pesquisador no meio de, e interagindo com, a comunidade em estudo” (Angrosino, 2009, p. 127).

Participantes

Dez encontros mensais promovidos por um grupo de doulas que atua em uma cidade do Sudeste Brasileiro para tratar do tema “gestação e parto” foram observados pela pesquisadora, que já tinha contato prévio com o grupo, participando de encontros, como mãe, havia aproximadamente um ano antes da pesquisa. O grupo será referido neste estudo com o nome fictício Bem Nascer. Esses encontros tinham, em geral, gestantes como público-alvo. Foram participantes deste estudo tanto as coordenadoras das atividades, as doulas, quanto as gestantes e demais pessoas dos encontros, como os maridos, outros profissionais convidados e outras doulas.

O Bem Nascer é formado por cinco doulas, com idade entre 24 e 55 anos, com renda familiar mensal per capita média de R\$ 2.150,00. Quatro têm ensino superior completo e uma está cursando enfermagem. O tempo de atuação como doula varia entre 1 ano e 2 meses e 4 anos. Quatro delas têm outras ocupações, sendo uma psicóloga, duas assistentes sociais e uma comerciante. Em relação à religião, uma é espírita, outra católica, uma agnóstica e duas dizem não ter religião. A quantidade de filhos varia entre 1 e 6 e somente uma delas não tem filhos. As doulas participantes caracterizam-se econômica e culturalmente como pertencentes à classe média.

O número de presentes nos encontros variou de 15 a 38 pessoas, com média de 27 participantes por encontro, sendo no mínimo dois homens e máximo 13, e mínimo de duas doulas do Bem Nascer em um encontro (nos outros, havia pelo menos três). As pessoas que frequentam os encontros pertencem, em geral, à classe média; a maioria possui carros, planos de saúde, acesso fácil à internet (meio de divulgação).

Instrumentos e Procedimentos

Os instrumentos consistiram em um questionário sociodemográfico aplicado às doulas e o caderno de campo, utilizado para registrar informações sobre o local e os participantes dos encontros, comportamentos e relações, conversas e cronologia dos eventos.

Primeiramente, foi feito o contato com o grupo de doulas, para explicar os objetivos gerais da pesquisa e solicitar a permissão para a observação dos encontros. A pesquisadora, então, esteve presente em dez encontros. Como estratégia para obter informações adicionais, observou também interações em um grupo fechado na rede social Facebook, com aproximadamente 4.500 membros, englobando pessoas interessadas pelos temas principais do Bem Nascer (parto, maternidade e criação de filhos), em geral doulas, profissionais, gestantes, mães e pais.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade Federal, e seguiu as determinações da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para realização de pesquisas com seres humanos, tendo os participantes sido informados do caráter voluntário da participação e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise de dados

Após a coleta, o diário de campo foi transcrito e os dados foram organizados, sistematizados (Queiroz, Vall, Souza & Vieira, 2007) e discutidos entre os autores, que estabeleceram categorias gerais para a análise, com base na TIS. Os dados foram organizados em temáticas, agrupadas nas categorias estabelecidas, utilizando o método hermenêutico-dialético (Gomes, 2001; Minayo, 1992).

Resultados

O primeiro encontro observado deu-se no início de um novo momento para o Bem Nascer, a divisão dos encontros mensais em dois com temas diferentes: sobre gestação e parto, e sobre maternidade. Isso se deu pelo crescimento do grupo e da procura por assuntos específicos por parte das mulheres que já eram mães e queriam discutir assuntos relativos ao desenvolvimento das crianças, e por parte daquelas que estavam gestando e queriam conversar sobre a gravidez e o parto.

Como mencionado, a pesquisadora tinha contato prévio com o grupo, o que facilitou a entrada e uma adaptação maior do grupo à observação. No entanto, esse contato apresentou-se, também, como desafio, tendo sido necessário cuidado para concentrar a interpretação e análise dos dados aos dados coletados durante a pesquisa. Considera-se que a imersão da pesquisadora na realidade investigada, e a “impregnação” decorrente, são características da observação participante.

Os encontros eram organizados em torno de assuntos, propostos pelas doulas às gestantes. Os assuntos tratados foram os seguintes: 1 - O trabalho da doula; 2 - Você tem medo de que? (medos relacionados ao parto); 3 - Gestação e sexualidade; 4 - Parto: é preciso se preparar?; 5 - O pai na gestação e parto; 6 - Amamentação; 7 - O que, de fato, são nossas prioridades? (tratando de gastos com bens de consumo e equipe médica); 8 - O que uma mulher no pós-parto realmente precisa; 9 - A importância e as técnicas da Shantala nos bebês; 10 - “Minha companheira quer um parto humanizado, e agora?” (encontro para tratar da percepção dos pais).

A partir da organização dos dados do diário de campo, foram construídas algumas categorias que respondem aos objetivos da pesquisa. Essas categorias, apresentadas a seguir como subtópicos, foram delimitadas tendo em vista o enfoque teórico da identidade social, são elas: descrição dos encontros; cenas de interações com o endogrupo; cenas de interações com o exogrupo.

As referências às doulas e aos participantes dos encontros serão feitas com nomes fictícios; sendo as doulas: Diana, Luana, Suzana, Eliana e Rosana. Um casal frequentemente presente e com participação importante nas observações será tratado com os nomes fictícios Natália e Artur. As convenções de escrita adotadas são itálico e colchetes para explicações da pesquisadora; recuo para trechos do diário de campo; aspas para as citações de falas; sublinhado para os papéis assumidos pelas doulas durante a observação.

Descrição dos encontros

Todos os encontros mensais foram realizados em salas de aula de uma universidade. A organização espacial era constante, as cadeiras eram sempre dispostas em círculos e as doulas costumavam sentarem-se à frente do círculo, perto do quadro das salas de aula, e perto umas das outras. A pesquisadora ajudava a arrumar as cadeiras em círculo e sentava perto delas, quando chegava mais cedo, ou então entre as gestantes. Quando havia muitas pessoas, aquelas que chegavam depois se sentavam em cadeiras atrás do círculo principal.

Os encontros duravam cerca de duas horas e meia, contando a partir do horário marcado. No entanto, não começavam exatamente no horário divulgado (18h30min ou 19h), considerando que é um horário um pouco difícil pela saída do trabalho e por causa do trânsito, especialmente nos municípios vizinhos.

Em todos os encontros, houve certa organização temporal e atividades típicas desenvolvidas. Ao começar, as doulas revelavam o tema do encontro e davam início a uma rodada de apresentações. Cada participante falava o nome e dava algumas outras informações, por exemplo, por que o tema lhe interessava, o número de semanas de gravidez, nome do filho e idade (se já havia nascido). Em certas ocasiões, convidados (uma psicóloga perinatal, duas enfermeiras obstetras, um casal) eram responsáveis por

conduzir a discussão, de acordo com o tema específico a ser tratado. Esses convidados também eram apresentados pelas doulas no início dos encontros.

Quanto às formas de condução dos encontros por parte das doulas, verificou-se que não houve palestras das doulas ou dos convidados; todos os encontros caracterizaram-se como rodas de conversas, em que doulas ou convidados perguntavam quais eram as questões ou dúvidas dos que estavam presentes, em relação ao tema do dia. As doulas costumavam descrevê-los como um bate-papo, um momento para troca, como nos dois trechos a seguir:

- As doulas apresentam a enfermeira obstetra convidada que “vai ficar à frente do grupo e falam que o objetivo do encontro é conversar sobre o que seria importante para o parto e o que é preciso preparar. Como a mulher deve se preparar durante a gestação?”. Propõem uma organização estilo conversa: “vamos construir juntos!”.

- Eliana fala sobre o tema e fala para o casal convidado para conduzir: “passo a bola pra vocês. Trouxemos os meninos [*casal Natália e Artur*] para ajudar. Como foi pra vocês? Sempre quiseram o parto [*parto normal*]?”.

Durante os encontros, todas elas compartilharam histórias pessoais relacionadas ao tema do dia, em que estavam na posição de mulher, gestante, mãe ou doula; como ilustram os trechos a seguir:

- Diana fala que teve uma cesárea e só foi estudar depois, e aí descobriu que foi indicação falsa [*para cesárea*]. Disse que se sentiu mal, achou que bastava querer [*o parto normal*]. “Mas só isso não resolve, não basta. Temos que enfrentar muito hoje em dia para ter um parto”.

- Suzana falou dos filhos, diz que trocou de médicos mas que teve duas cesáreas, “não lutei por isso”.

Além de sentarem-se em lugares próximos, as doulas do Bem Nascer costumavam complementar as falas umas das outras, ou referirem-se às colegas quando achavam que a dúvida de alguém poderia ser melhor respondida por elas.

Um dos encontros teve maior foco em contatos físicos por causa do tema da Shantala (uma massagem feita em bebês). Chamaram a atenção os momentos finais, em que Rosana, a doula que estava responsável por conduzir o encontro, fez a parte facial da massagem em cada uma das participantes. No final dos encontros, os presentes eram chamados a se juntarem para tirar uma foto de todos.

Pela análise dos dados, infere-se uma tentativa de distanciamento do lugar de superioridade e detenção do saber, classicamente atribuído aos médicos e à biomedicina (Cunha, 2004), na área da saúde.

Convidar outros profissionais da área da saúde é uma maneira de dividir esse saber e relativizar o lugar de autoridade. A imagem circular da organização dos encontros, a promoção da expressão e a ênfase na troca de experiências são formas de “horizontalizar” o saber, especialmente tendo em vista os paralelos e as conexões do movimento da humanização do parto (liderado especialmente por mulheres) e o movimento feminista (que serão discutidos novamente na próxima categoria), ambos pregando o protagonismo e autonomia feminina. Medeiros (2014) destaca que alguns fóruns específicos que buscam discutir a maternidade a partir do feminismo e outros meios de divulgação do movimento de humanização “confluem na mesma direção: respeito à autonomia feminina no parto” (p. 35).

Pode-se inferir, pela forma como os encontros estão estruturados, uma crença das doulas de que o papel delas está mais ligado à troca e à construção conjunta do conhecimento e menos a um saber unilateral e inquestionável, detido por elas.

Cenas de interações com o endogrupo

As seguintes interações foram agrupadas nessa categoria: entre as doulas e as mulheres; entre as doulas; entre as doulas e a pesquisadora. Sendo o endogrupo definido como um grupo com o qual o indivíduo se identifica e tem sentimento de pertença, entende-se que as mulheres e a pesquisadora pertencem a ele, pois, mesmo sem fazer parte do grupo de doulas Bem Nascer, fazem parte do grupo de mulheres que frequentam os encontros promovidos por elas e estão envolvidas em discussões sobre a humanização da assistência ao parto, tendo objetivos em comum.

Doulas interagindo com as mulheres.

Na interação com as mulheres, a maior parte delas gestantes, foi possível perceber alguns papéis assumidos pelas doulas ou designados a elas: amigas; instrutoras-esclarecedoras; profissionais; militantes feministas.

Foi possível identificar a relação de amizade principalmente observando a forma como as gestantes acompanhadas pelas doulas, ou mães cujos filhos já haviam nascido com o acompanhamento delas, interagem com elas. Elas complementavam informações dadas pelas mulheres, lembravam momentos do parto dessas mulheres, pegavam os bebês no colo, às vezes conversavam antes de o encontro começar; e sempre conversavam depois que terminava; dentro da sala, enquanto as pessoas iam se despedindo ou lanchando, ou no espaço externo, enquanto fechavam a sala ou a caminho dos carros. O trecho a seguir trata-se de uma conversa, na última observação, exemplificando a interação entre as doulas e as mulheres acompanhadas por elas:

Mãe: “quem vai acompanhar tem que entender e ter capacidade de explicar pra mulher o que está acontecendo. Suzana: quem tá ali ajuda, mas o parto depende daquela mulher”.

Outra mãe: “eu lembro de conversar com a doula, mas não lembro de conversas com o médico durante o trabalho de parto”.

Natália (mãe): “Foi muito importante ter a doula, a minha médica e o Artur comigo”. [*Deram as mãos, doula e ela. Pareciam emocionadas. Falaram sobre como a gestante foi para a cirurgia para a retirada da placenta*].

Além disso, elas também tinham uma relação amistosa com as pessoas que iam a mais de um encontro mensal e com famílias ou mulheres acompanhadas por outra doula do grupo. Essa relação amistosa se diferencia da amizade estabelecida com as gestantes acompanhadas individualmente, com as quais a relação é mais próxima e íntima; a relação com os participantes dos encontros é amigável e próxima no sentido de se verem constantemente e fazerem parte de um grupo que se encontra e tem um grande objetivo em comum que é a humanização do parto. Um exemplo interessante foi que ao final de um encontro as doulas juntaram-se para fazer uma técnica com o rebozo, um tecido, para ajudar a estimular o parto e a descida do bebê. A gestante em que a técnica foi feita estava com 40 semanas de gestação e era acompanhada por uma das doulas. Todas elas se envolveram, seja de forma direta (uma apoiou a gestante por trás e outra fez os movimentos com o tecido) ou indireta, ficando em volta observando e conversando. Essa gestante entrou em trabalho de parto na madrugada após essa observação; em seu relato postado no grupo do Bem Nascer, em uma rede social, bem como em alguns comentários em outras postagens, ela ressaltou esse fato.

Além do papel de amigas, foi possível observar alguns momentos em que era marcado o papel de profissionais, que prestam um serviço. Porém, em geral, eram os participantes que já foram ou estavam sendo acompanhados por uma doula que faziam comentários ressaltando a importância de ter uma doula, dizendo que ela ajuda a buscar informações e esclarecer dúvidas durante a gestação, que a presença dela no trabalho de parto e parto foi muito importante. Por exemplo, em um encontro, o casal Artur e Natália falou sobre a importância de ter uma doula acompanhando a gestação e

garantir que ela poderá acompanhar o trabalho de parto e parto no hospital, pedindo anteriormente autorização à equipe do local em que se pretende parir.

As doulas posicionavam-se como profissionais quando eram questionadas sobre o trabalho da doula, o que aconteceu em poucos encontros observados, explicando como efetuavam o acompanhamento que propunham. Por exemplo, no encontro sobre os medos relacionados ao parto, uma mulher que pretendia engravidar em breve, perguntou o que é doula. A doula Diana explicou, falou da presença da doula durante a gestação, no pré-parto, parto e a mulher perguntou se mesmo assim o médico está presente. Diana explicou que as doulas não fazem procedimentos, não substituem o médico, parteira ou enfermeira obstetra.

O papel de instrutoras-esclarecedoras foi verificado em momentos em que as doulas posicionavam-se de forma mais diretiva, enfatizando, por exemplo, a importância de uma rede de informação, troca e apoio. Na primeira observação, a doula Diana falou sobre o grupo virtual e disse que as pessoas trocam muitos relatos gratificantes e isso ajuda a receber informações sobre o assunto. Afirmou também que “a porta só abre do lado de dentro”. Essa frase é constantemente utilizada pelas pessoas envolvidas com o movimento de humanização para dizer que mesmo que as informações sejam dadas, é a gestante que escolhe o que fará com elas. No encontro sobre o puerpério, as mulheres falaram sobre as visitas familiares depois do parto que aconselham dar mamadeira ao recém-nascido (prática considerada inadequada tendo em vista o risco de prejudicar a amamentação) e as doulas disseram que “a rede de apoio é importante para lidar com as dificuldades, a informação também.”

Esse papel de instrutoras-esclarecedoras também surgia quando as doulas indicavam condutas às mulheres na busca pelo parto, na relação com os familiares e na escolha da equipe. Verificou-se que elas prescreviam comportamentos. Durante a

primeira observação, por exemplo, a doula Suzana afirmou “ou você toma as rédeas do seu parto ou vão tomar por você”. Durante o segundo encontro, falando da importância de as mulheres serem ativas na busca por informação, a doula Eliana disse “não basta estar grávida, tem que estudar para o PN [*parto normal*]. Antes, na época das nossas avós, era só estar grávida”.

Outra conduta indicada foi a de mentir aos familiares sobre a data provável do parto (DPP) para duas semanas a mais da DPP real. Assim, conforme elas, há um período de segurança para que a mãe não fique estressada ou ansiosa demais com as perguntas, como “já marcou a data?” ou “por que esse bebê não nasceu ainda?”.

No encontro sobre as prioridades durante a gestação e parto, elas indicaram a conduta de pagar a taxa de disponibilidade do médico, desde que seja um médico cuja assistência é humanizada. A doula Suzana falou que devia ser a regra que todas as mulheres fossem respeitadas, tivessem acesso a assistência de qualidade e pudessem parir, mas, como não é a realidade, elas, doulas, perceberam que pagar a taxa de disponibilidade de um médico humanizado muitas vezes é necessário para garantir que a assistência seja boa e os profissionais sejam realmente qualificados e respeitosos.

Também foi possível verificar o posicionamento das doulas, bem como de algumas participantes, como militantes feministas, orientando as mulheres sobre os direitos sobre o próprio corpo e sobre questões mais físicas e específicas da mulher. Por exemplo, na quarta observação, uma gestante perguntou sobre toque [*procedimento para saber do andamento da dilatação do colo do útero*] e a Eliana falou sobre o direito de negar o “toque”, dizendo que “os procedimentos tem que ser informados, você tem o direito de dizer sim ou não, o corpo é seu!”. O trecho a seguir traz uma cena do mesmo encontro, em que as convidadas, enfermeiras obstetras (EO), as doulas e as pessoas presentes falaram sobre exercícios de pompoarismo:

EO: “o que vocês acham que é primordial para passarem por esse processo?”

[As respostas das gestantes enfocaram informação, exercício físico, preparação perineal.]

EO: “nada é radical. Se alguém nunca fez exercício, não precisa começar na gestação. É um tabu se tocar e tudo relacionado aos órgãos sexuais, ao sexo”.

[Frisa a importância de se conhecer dessa forma e de conhecer exercícios perineais, não só para o parto, mas qualquer mulher.]

Outra EO: “a massagem perineal é bacana para conhecer e ter consciência corporal, ajuda muito na visualização no parto”.

Em seguida, o grupo conversou sobre o pompoarismo e os exercícios perineais, exercícios de Kegel, para essa consciência corporal e fortalecimento dos músculos vaginais e do períneo. Isso é importante porque problemas comumente associados ao parto, como incontinência urinária ou ‘queda de bexiga’, na verdade acontecem devido à falta de exercícios com esses músculos *[segundo a enfermeira obstetra]*.

Além dessas situações, a participação no grupo virtual demonstrou como ainda há uma conexão forte entre a militância pelo parto humanizado e a militância feminista, tanto pelas doulas, que reafirmam a posição de serem militantes e irem além de um grupo que presta serviços, quanto pelas participantes mais frequentes dos encontros. Esta conexão entre os movimentos deu-se nacionalmente e internacionalmente quando militantes feministas incluíram em suas pautas os direitos reprodutivos e sexuais (Deslandes, 2005; Diniz, 2005). Nas décadas de 1970 e 1980, os grupos de mulheres no Brasil incorporaram essa pauta, o que funcionou como alavanca para pressionar por mudanças legislativas e políticas públicas, reivindicando

um modelo de assistência com o fundamento ideológico nos princípios da integralidade e autonomia da mulher (Ávila & Corrêa, 1999).

Em geral, percebemos que os papéis assumidos, profissionais, instrutoras-esclarecedoras, retratam aspectos específicos de algumas outras profissões, como agentes comunitários de saúde, que envolvem uma proximidade muito grande com o público atendido e, por isso, uma postura diferente do distanciamento característico da “prestação de serviços”. Nas diretrizes atuais da saúde (Ministério da Saúde, 2011), esta proximidade é tratada como a construção de vínculo, um dos princípios da Atenção Básica, sendo fundamental como “sustentáculo de processos de corresponsabilização no cuidado” (Pasche, 2010, p. 19). Nesse sentido, criar vínculos tem a finalidade de educar e incentivar para o autocuidado, construindo, assim, a autonomia do usuário e não uma relação de dependência (Lima, Ramos, Rosa, Nauderer & Davis, 2007; Rizzotto, 2002).

Para as doulas, os objetivos centrais do trabalho também são a autonomia e o protagonismo das mulheres acompanhadas. O que as diferencia dos trabalhadores da saúde a quem essas prescrições se aplicam é que elas consideram o vínculo como a principal característica da profissão. Elas relataram casos sobre algumas mulheres que não gostam de ser tocadas durante o trabalho de parto e elas acabam não executando qualquer técnica (massagem, exercícios com a bola suíça ou de agachamento, por exemplo). Por vezes, em casos assim, as doulas acham que não fizeram tanta diferença, porém a mulher, na visita de pós-parto, diz que foi crucial ter a doula ali, que ela não queria toque, mas sentia-se confortada pela presença. Isso indica, para elas, a importância do vínculo formado durante a gestação, que gerará confiança e segurança para que a gestante possa requerer da doula o que precisar durante o parto, seja conforto físico ou o silêncio.

Doulas interagindo entre elas.

Outras situações que caracterizaram a interação endogrupo foram aquelas entre as próprias doulas. Em geral, elas utilizavam o espaço da chegada para conversar entre si, além de falar com as outras pessoas presentes. A primeira observação realizada foi uma conversa das doulas, antes de o primeiro encontro começar, sobre as gestantes que acompanharam recentemente. Diana acompanhara uma no dia anterior e contou como foi o trabalho de parto, a ida para o hospital e o parto.

Em alguns encontros, havia uma doula com maior responsabilidade pela condução, dependendo do tema. De forma geral, elas costumavam falar e responder às dúvidas de forma equilibrada, por vezes completando as informações que as outras haviam dado. No entanto, por exemplo, Eliana e Diana são consultoras de amamentação e no encontro com esse tema elas falaram mais. Elas explicaram como o corpo fabrica o leite e foram alternando as explicações. Falaram sobre a importância do colostro e do contato do bebê com a mãe logo após o nascimento. Reforçando a importância do parto, Eliana falou que “o parto natural, sem hormônios sintéticos, e o trabalho de parto ajudam muito porque tem hormônios que ajudam a mãe a não ter complicações”.

Outro exemplo, ocorrido no último encontro observado, foi o relato de Diana sobre um parto que assistiu com Rosana. Elas, então, foram se complementando ao falar das possibilidades de parto, o tempo que realmente dura e o tempo percebido pela mulher, a racionalização que ela faz. Falaram que “tem que esquecer, sumir do mundo, se conectar com o bebê”, explicando que durante o parto a mulher não pode se concentrar de forma racional em todos os processos que estão acontecendo, nem no tempo que está durando.

Foi possível identificar outro papel que desempenham, o de colaboradoras, de forma que parece haver uma divisão igualitária de tarefas, sem liderança fixa para a atividade dos encontros como um todo, mas responsabilidades pontuais de conduzir os que tinham temas específicos.

Além disso, os encontros mensais eram um momento a mais de interação do grupo; algumas vezes, como na última observação, as doulas combinavam de sair para jantar depois do encontro.

Por fim, apesar de elas prestarem um serviço que é pago e atenderem ao mesmo público-alvo, a pesquisadora não notou relações de competição e/ou concorrência, como seria comum em outros “prestadores de serviço”.

Doulas interagindo com a pesquisadora.

A presença da pesquisadora foi mais notada, na qualidade de representante do mundo acadêmico, na primeira observação. Infere-se que, pelo contato anterior com o grupo, a pesquisadora foi recebida e percebida como outra participante frequente. No primeiro encontro mensal observado, por exemplo, antes de todos chegarem, a pesquisadora e as doulas conversaram sobre os filhos e a alimentação deles, os desenhos animados a que assistem e também sobre o curso de mestrado da pesquisadora e o fato de ela estar anotando e observando. Uma jornalista esteve nesse encontro, com o intuito de fazer uma reportagem sobre a humanização do parto, e Eliana falou do mestrado da pesquisadora para a jornalista. Quando Artur se apresentou e disse “quando a gente engravidou”, ao se referir ao momento em que ele e a esposa descobriram a gravidez e começaram a pesquisar sobre parto juntos, Eliana indicou a fala dele como uma anotação importante para a pesquisadora realizar no diário.

No último encontro observado, uma das doulas perguntou à pesquisadora quando ela terminaria o mestrado e reafirmou o interesse do Bem Nascer em saber dos resultados. Como a observação foi realizada ao longo de alguns meses, o grupo estava crescendo e consolidando-se como uma das principais referências ao movimento de humanização no estado. A divisão dos encontros mensais em dois (“Gestação e parto” e “Maternidade”) foi indicativo disso. Havia uma grande procura pelo grupo e pelo espaço proporcionado por elas nesses encontros. Além disso, o grupo virtual também crescia exponencialmente. A pesquisa relatada aqui tinha as doulas como participantes principais. As referências à pesquisadora, quando ocorreram, indicaram a percepção delas de uma projeção crescente do grupo.

Cenas de interações com o exogrupo

Como exogrupo foram incluídas as interações diretas ou indiretas (referências verbais) com os homens (pais/companheiros), com os médicos e com a sociedade como um todo – falas sobre “o que as pessoas pensam” ou “o que os outros falam”, etc.

Esses grupos foram definidos como exogrupos pelo pertencimento a certas categorias sociais, e pela sua tradicional contraposição às categorias a que pertencem as doulas.

Doulas interagindo com os homens.

Quando as doulas interagiam com homens ou falavam deles, verificaram-se dois personagens, o “homem pró-parto” e o “homem tradicional”, além de, novamente, o papel de instrutoras-esclarecedoras, em momentos em que elas falavam sobre como deveria ser o comportamento do homem nos diferentes momentos da gestação, parto e puerpério.

Por exemplo, durante o sétimo encontro (aquele sobre as prioridades), Eliana frisou a importância de informação e estudo também para os maridos, dizendo que “o acompanhante também tem que estudar. Os dois têm que aprender a confiar no corpo da mulher”. E sobre a participação do pai durante o trabalho de parto, as doulas concordaram e afirmaram que “o papel do pai é a proteção”. No encontro sobre gestação, houve um direcionamento das doulas sobre o papel do companheiro em “dar limite” para as visitas. Elas falaram que, durante o puerpério, o marido deve estar atento e interferir impondo limites às visitas quando a mulher precisar de um tempo para descansar porque o bebê foi dormir, ou quando ela quiser amamentar e ainda não estiver confortável para amamentar perto de muita gente.

O papel de instrutoras-esclarecedoras foi reafirmado tanto nos exemplos acima como quando os homens expunham suas dúvidas, pois, praticamente todas as vezes, eram as doulas que respondiam, diferentemente das dúvidas das mulheres que eram normalmente respondidas também por outras participantes. Seguem alguns exemplos que ilustram as perguntas dos homens e respostas das doulas:

Um pai pergunta sobre o tempo que tem que ficar sem sexo depois do parto. Doulas e psicóloga esclarecem sobre os 40 dias de resguardo, mas que o desejo sexual pode voltar antes ou bem depois, porque tem uma terceira pessoa na relação. Psicóloga: “queda de libido na gravidez e no puerpério é normal no homem também”. Ela leu um trecho de Françoise Dolto, sobre sexualidade feminina.

Um pai pergunta: “como é questionar o médico no plantão?” [*referindo-se a fazer perguntas ao médico plantonista sobre condutas que o casal estudou durante a gestação e sabem que não são as certas, ou quando o casal tem dúvidas do porquê da indicação de algum procedimento*]. Conversam sobre as

intervenções com a mãe e o bebê, que precisam ser autorizadas, e que os pais precisam estudar antes. Mencionam plano de parto. Doulas falam sobre a importância de definir quem será o acompanhante, e que esse acompanhante também estude e esteja preparado para questionar intervenções, com a mãe e o bebê, e reafirmar o que ela quer.”

O homem pró-parto era muito valorizado, como demonstrado pelas instruções das doulas, e representado, especialmente, por um pai específico, Artur, a quem elas abriram espaço para conduzir, junto à esposa, Natália, dois encontros mensais. Ele explicava algumas coisas, como, no primeiro, a culpa dos homens no processo de violências, sobre o parto ser um acontecimento feminino, mas ter sido levado pra esfera médica e masculina, e como isso gerou violências; e elas o referenciavam como boa pessoa para tirar certas dúvidas. Por exemplo, no segundo encontro, Artur falou sobre a dor dizendo que “na hora do parto, precisa se entregar à dor” e Diana, valorizando a fala de Artur, explicou mais sobre isso, falando que “quando tá com medo, trava tudo, prende tudo. No trabalho de parto isso é contramão do que a gente quer. Para parir tem que relaxar”. No mesmo encontro, uma gestante perguntou sobre procedimentos feitos com o bebê e Luana indicou Artur para falar sobre isso.

Esse pai também foi bastante referenciado tanto nos encontros quanto no grupo virtual, em que participa ativamente, sendo já conhecido entre os que frequentam ambos os espaços. Na última observação, por exemplo, um pai disse que, durante o trabalho de parto da mulher, lembrou de coisas que Artur falara no encontro sobre a participação do pai na gestação e parto.

Por fim, a figura do homem tradicional foi ilustrada, principalmente, por uma cena específica no encontro que tratava do puerpério:

Um marido, esposa grávida, fez algumas perguntas durante o encontro, de como parece [*deixando entender*] ser “pesado” [*cansativo*] para o pai esse período. Brincou, dizendo que entende que o homem chegue em casa e queira ir para o bar conversar com os amigos e esquecer dessa dificuldade que está em casa. Ao ver que ninguém reagiu como ele esperava, ele diz que era brincadeira. A mulher dele não comentou nada, mas pareceu envergonhada com essa colocação. Uma gestante prontamente se manifestou dizendo que não é bem assim, que acha que o marido e a mulher têm que estar nessa juntos e que o marido não pode achar que pode fugir disso e a mulher ser obrigada a lidar sozinha. O marido dela segurou a mão dela durante essa fala, para acalmá-la. Doulas frisam que “o papel do homem é estar junto”. Lidar com as dificuldades desse período junto, afastar visitas e familiares que não ajudem.

Depois que acabou o encontro, a gestante que respondeu à colocação do pai estava contando [o episódio], fora da sala, para Suzana. Ela tinha saído da sala nessa hora e não havia presenciado. Elas falam que se ela tivesse lá teria respondido, e ela diz que fica feliz que a gestante respondeu. A pesquisadora, que conhece a gestante, diz que percebeu que ela ia responder, pois viu que se irritou com a fala dele.

Além desse acontecimento, houve outros momentos em que foi abordado o “comportamento comum” dos homens. Por exemplo, Suzana, no encontro sobre puerpério, explicou que “diminui a vontade de transar pela exaustão e pela liberação da prolactina com a amamentação” dizendo que esse hormônio diminui a libido mesmo, e que muitos maridos cobram que a vida sexual volte logo ao que era antes.

É possível perceber uma relação inclusiva com o exogrupo, pois, apesar das prescrições que as doulas faziam para o comportamento masculino, que levavam em

conta a predominância do homem tradicional e não do homem pró-parto, verificou-se, por exemplo, que o grupo permitia que um homem (Artur) participasse como responsável por certos encontros e falasse sobre questões relacionadas às mulheres.

Referências aos médicos.

Em relação aos médicos também foi possível constatar, no discurso das doulas, duas figuras, o “médico humanizado” e o “médico tecnocrata”, a nomenclatura foi definida assim com base na observação e na classificação de Davis-Floyd (1992) dos três paradigmas médicos: tecnocrata, humanizado/humanístico e holístico. E, outra vez, verificou-se o papel diretivo das doulas, ao recomendar, por exemplo, como descobrir se o médico atende partos ou só faz cesáreas. Elas falaram, durante o encontro sobre prioridades, que é interessante procurar na internet *posts* sobre perguntas para descobrir se o GO (ginecologista-obstetra) é cesarista, além de ligar ou perguntar para a secretária do consultório se ele costuma desmarcar as pacientes para atender partos.

O médico humanizado é valorizado especialmente quando elas tratam dos gastos relacionados ao parto e das escolhas que devem ser feitas, por exemplo, de pagar a disponibilidade de um médico reconhecido como humanizado ou ir para o plantão de uma maternidade. O trecho abaixo se refere a uma conversa, no encontro sobre prioridades, em que as doulas defendem o pagamento da disponibilidade para médicos que consideram bons e atualizados:

Grávida: “o preço da disponibilidade é um susto. Até mês passado eu estava pensando se pagaria ou não, mas o bebê ganha muita coisa né?” [*se o bebê ganhar muitos presentes o dinheiro pode ser gasto com a disponibilidade*]

Luana: “vivemos com a lógica que ter um bebê é oneroso. As pessoas gastam dinheiro com coisas estéticas, que vão usar pouco. Se perguntam se vale a pena

gastar com a disponibilidade, mas gastam com essas coisas. A gente se terceiriza muito” [*referindo-se ao que as pessoas se deixam fazer acreditar ser essencial para um bebê, mas que, em seu julgamento, não é, berço, mamadeiras, brinquedos com múltiplas funções*].

Diana: “o plantão é uma caixinha de surpresa”. [*Falou sobre como é arriscado confiar no plantão, pode ser um médico atualizado ou não, e mesmo se for atualizado, ele tem muitas coisas para fazer e não poderá dar a atenção que daria. Conta sobre como um médico amigo diz que fica apreensivo quando as gestantes falam ‘tomara que caia no seu plantão’, porque ele sabe dessas dificuldades. Muitas vezes ele sabe que quem vai pegar o próximo plantão é cesarista ou intervencionista e mede as consequências, ‘será que é melhor eu colocar ocitocina e acelerar esse parto ou deixar pra nascer com o colega que eu sei que vai fazer uma episiotomia?’*].

Já o médico tecnocrata é criticado ao ser caracterizado como aquele médico que não se atualiza e é intervencionista. Na primeira observação, Diana falou que os médicos acreditam que as intervenções realmente são necessárias: “os médicos realmente acreditam, eles fariam episio [episiotomia] na mulher deles. Aí a mãe enche a boca e fala que os três filhos nasceram de cesárea”. E Suzana complementou dizendo que “existem simpósios, congressos, é preciso que o obstetra se renove, se recicle”. No segundo encontro, elas explicaram o que é a versão cefálica externa (VCE), manobra para virar bebê que está pélvico (sentado), que pouquíssimos médicos aprendem a fazer. Suzana disse que o “médico perdeu o toque. Não consegue examinar e saber onde o bebê está, identificam a posição somente pelo ultrassom, mas não sabem tocar a barriga e identificar eles mesmos”.

Com os médicos, então, também se pode ver uma relação inclusiva com o exogrupo: desde que ele não seja um médico tecnocrata, que segue o modelo tecnocrático, “caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, e por sua suposta neutralidade de valores” (Diniz, 2005, p. 629), e sim um médico humanizado, ele pode ser incluído, confiado e recomendado, pois se aproxima delas ao compartilhar de práticas da humanização da assistência ao parto e do incentivo ao protagonismo feminino.

Referências aos outros em geral (conhecidos, amigos, parentes).

Nessa subcategoria foram agrupados os registros de observação referentes ao que as pessoas em geral, sem especificar muito bem quem, pensam sobre os assuntos tratados pelo grupo. Normalmente as gestantes perguntavam sobre coisas que já ouviram e as doulas desmentiam, chamando de “mitos”, por exemplo: o mito do cordão umbilical que enforca ou mata, o mito de comer algo específico para produzir mais leite. Diana falou sobre o sexo ser um tabu, na segunda observação, dizendo que “criou-se uma ojeriza ao parto. Parto é sexual, e sexo é um tabu na nossa sociedade”, além de comentar sobre a possibilidade do parto orgásmico e indicar um filme.

Diana começou falando sobre a resolução da ANS que trará mudanças para os planos de saúde, porque agora não será mais possível fazer cesáreas sem indicação, ou eletivas. Diana: “Nós viemos da cesárea massificada, nossas mães viveram o tempo dessa massificação. Agora o movimento está crescendo e as pessoas descobrindo que o parto é mais saudável para a mãe e para o bebê, isso desperta a atenção de estudos. A resolução não chega do nada. É necessário reduzir o número de cesáreas, o Brasil está na frente com o maior número de cesáreas realizadas, e o preconizado pela OMS é apenas 15% de cesáreas. Temos que pensar: que tipo de parto é esse que eu quero para mim?”

Normalmente, eram momentos de crítica ao que é tido como senso comum - por vezes personificado em membros da família, colegas de trabalho ou pessoas próximas - sobre a gestação, o parto e o aleitamento. Por vezes, as doulas mencionavam esse pensamento comum das pessoas para dizer que era necessário estudar e informar-se para sair desse ciclo.

Discussão

Observou-se que, apesar de a organização dos encontros - tanto espacial quanto em relação às formas de condução por parte das doulas- sugerir uma construção conjunta de conhecimento, elas exerceram frequentemente o papel de instrutoras e tinham orientações a passar sobre a forma como as mulheres e homens deveriam se comportar.

Foi possível notar processos de identificação com as gestantes que atendem e com as gestantes que participam dos encontros mensais, por pertencerem todas à grande categoria “mulheres” e, especialmente, pela maioria das doulas já serem mães e terem buscado um parto respeitoso.

Percebeu-se uma associação com o movimento feminista, pelo fato de o próprio grupo Bem Nascer se denominar feminista, e a doula pôde ser identificada como um agente que fala do feminismo para a classe média, representada pela maioria dos participantes dos encontros mensais.

A pesquisadora notou uma mudança de atitude das doulas em relação à importância da taxa de disponibilidade paga ao médico. Verificou-se que a partir do contato com alguns médicos “humanizados” que trabalham de forma positiva com elas, esse discurso surgiu. Isso é consistente com a premissa da teoria da identidade social de que membros de um grupo desenvolverão atitudes similares ao ambiente social em que

estiverem inseridos (Smith & Hogg, 2008). Liva, Hall, Klein e Wong (2012) concluíram que a exposição de enfermeiras a certos profissionais de saúde estava associada a um maior favoritismo e atitudes mais positivas às práticas desses profissionais.

Dessa forma, entende-se que, a partir do contato com os exogrupos dos médicos e dos homens, eles foram diferenciados em “médicos humanizados” e “médicos tecnocratas”; “homens pró-parto” e “homens tradicionais”. Os médicos humanizados e os homens pró-parto parecem ter sido categorizados de forma cruzada (Deschamps & Doise, 1978; Doise & Mugny, 1991), e a categoria prevalente ter sido sua pertença ao movimento de humanização, em vez do sexo ou categoria profissional. Dessa forma pode-se inferir mudança na categorização social, eles foram percebidos não como médicos ou homens, mas sim como “pró-parto”.

Além disso, como o posicionamento de membros “pró-parto” e “humanizados” dos exogrupos assemelha-se ao do endogrupo em relação a alguns valores, isso faz com que desenvolvam uma interdependência positiva (Vala, 1997; Castro, 2006). Como disse Vala (1997), “quando as relações entre um endogrupo e um exogrupo são percebidas como sendo caracterizadas pela cooperação, as representações atribuídas ao exogrupo deverão ser objecto de uma valência mais positiva [...]” (p. 22). Homens como Artur e os médicos “humanizados” partilham com as doulas dos objetivos de proporcionar às mulheres condições para que elas desenvolvam autonomia e tenham suporte durante o processo de parturição.

As práticas observadas levam a um questionamento do paradigma biomédico tecnocrata, ao qualificar os médicos de acordo com sua linha percebida de trabalho, e reproduzir essa qualificação em forma de instruções para a busca de profissionais por

parte das gestantes. Dessa forma, favorecem o próprio grupo (Hogg & Abrams, 1998; Lacerda et al., 2002), “pró-parto”, e o movimento de humanização.

Considerações finais

Este estudo pode contribuir com o trabalho das doulas ao permitir que elas reflitam sobre os encontros que promovem durante a gestação. Espera-se que a atuação dessas profissionais possa ser valorizada e aprimorada no cenário brasileiro, a partir de mais pesquisas com essa população.

Uma sugestão pode ser feita no que diz respeito ao papel de instrutoras e militantes exercido pelas doulas poder ser direcionado às mulheres de camadas mais empobrecidas da população, em encontros análogos aos observados, para esclarecer dúvidas e incentivar o protagonismo feminino durante a parturição. Com a observância do cuidado em não deixar que o esforço de conscientizar o outro o prive do espaço de fala.

Sugerem-se outras pesquisas com grupos de gestantes coordenados por doulas para que os resultados encontrados neste estudo sejam comparados com experiências de outros lugares.

Referências

- Angrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante*. Coleção Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ávila, M. B. M., & Correa, S. (1999). O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. Em Galvão L. & Díaz J. (Orgs.), *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil* (pp. 70-103). São Paulo: Hucitec; Population Council.

- Brasil. (2005). *Lei nº 11.108, de 08 de abril de 2005*. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da República. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
- Brügge mann, O. M., Parpinelli, M. A., & Osis, M. J. D. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1316-1327. doi:10.1590/S0102-311X2005000500003
- Castro, V. S. (2006). La psicología social de las relaciones intergrupales: modelos e hipótesis. *Actualidades en psicología*, 20(107), 45-71. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0258-64442006000100003&lng=pt&tlng=es.
- Cunha, G. T. (2004). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, Brasil.
- Davis-Floyd, R. E. (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.
- Deschamps, J-C., & Doise, W. (1978). Crossed category memberships in intergroup relations. Em H. Tajfel (Ed.), *Differences between social groups* (pp. 141-158). London: University Academic Press.
- Deslandes, S. F. (2005). A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 615-626. doi: 10.1590/S1413-81232005000300018

- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627-637. doi: 10.1590/S1413-81232005000300019
- Doise, W., & Mugny, G. (1991). Psicología social experimental: percepción intelectual de um proceso histórico: veinte años de psicología social em Ginebra. *Anthropos: Revista de Documentacion Científica de la Cultura*, 124, 8-32.
- Duarte, A. C. (n.d.). *O que é “Doula”*. Doulas do Brasil. Recuperado em 03 de fevereiro de 2015, de <http://www.doulas.com.br/oque.php>.
- Flick, U. (2009). Introdução à Coleção Pesquisa Qualitativa. Em M. Angrosino, *Etnografia e observação participante* (pp. 07-11, Coleção Pesquisa Qualitativa). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Gomes, R. (2001). A análise de dados em pesquisa qualitativa. Em M. C. S. Minayo (Org.), *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (pp. 67-80). Petrópolis: Vozes.
- Grupo de Apoio ao Parto Humanizado – Dourados, MS (n.d.) *Grupo de Gestantes*. Disponível em <http://www.doulasdourados.com.br/p/grupo-de.html>
- Hogg, M. A., & Abrams, D. (1998). *Social identifications: A social psychology of intergroup relations and group processes*. Londres: Routledge.
- Lacerda, M., Pereira, C., & Camino, L. (2002). Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 165-178. doi: 10.1590/S0102-79722002000100018

- Leão, V. M., & S. M. J. V. d. Oliveira. (2006). O papel da doula na assistência à parturiente. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(1), 24-29. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/380>.
- Lima, M. A. D. S., Ramos, D. D., Rosa, R. B., Nauderer, T. M., & Davis, R. (2007). Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1), 12-17. doi: 10.1590/S0103-21002007000100003
- Liva, S. J., Hall, W. A., Klein, M. C., & Wong, S. T. (2012). Factors associated with differences in Canadian perinatal nurses' attitudes towards birth practices. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), 761-773. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01412.x
- Medeiros, L. B. de. (2014). *Rotas de fuga no ciberespaço: itinerário de mulheres em busca do parto desejado*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil. Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/128047/000973989.pdf?sequence=1>
- Minayo M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.
- Ministério da Saúde. (2000). *Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000*. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da União. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

- Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. (2001). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
- Ministério da Saúde. (2011). *Portaria N° 2.488, de 21 de Outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- Oliveira, Z. M. L. P., & Madeira, A. M. F. (2002). Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(2), 133-140. doi: 10.1590/S0080-62342002000200005.
- Paiva, G. J. de. (2007). Identidade psicossocial e pessoal como questão contemporânea. *PSICO*, 38(1), 77-84. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1926>
- Parto do Princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. (n.d.). *Lista de GAPPs – Grupos apoiados pela Parto do Princípio*. Recuperado em 03 de fevereiro de 2015, de <http://partodoprincipio.blogspot.com.br/2011/09/lista-de-gapps.html>
- Pasche, D. F. (2010). Contribuições da Política de humanização da saúde para o fortalecimento da atenção básica. Em Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, *Política Nacional de Humanização* (p. 11-28, Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos HumanizaSUS, 2) . Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf

- Queiroz, D. T., Vall, J., Souza, A. M. A., & Vieira, N. F. C. (2007). Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos explicações na área da saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, 15(2), 276-83. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>
- Rizzotto, M. L. F. (2002). As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(2), 196-199. doi: 10.1590/S0034-71672002000200014.
- Santos, D. da S., & Nunes, I. M. (2009). Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 13(3), 582-588. doi: 10.1590/S1414-81452009000300018
- Silva, R. M., Barros, N. F., Jorge, H. M. F., Melo, L. P. T., & Ferreira Junior, A. R. (2012). Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2783-2794. doi: 10.1590/S1413-81232012001000026.
- Smith, J. R., & Hogg, M. A. (2008). Social identity and attitudes. Em W. D. Crano & R. Prislin (Eds.), *Attitudes and attitude change* (pp. 337-360). Nova York: Psychology Press and Francis Group.
- Stets, J. E., & Burke, P. J. (2000). Identity Theory and Social Identity Theory. *Social Psychology Quarterly*, 63(3), 224-237. Disponível em <http://wat2146.ucr.edu/papers/00a.pdf>
- Tajfel, H. (1972). La catégorisation sociale. Em S. Moscovici (Ed.), *Introduction à la psychologie sociale* (pp. 272- 299). Paris: Larousse.

Tajfel, H. (1982). *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tajfel, H. (1983). *Grupos humanos e categorias sociais II*. Lisboa: Livros Horizonte.

Vala, J. (1997). Representações sociais e percepções intergrupais. *Análise Social*, 32(140), 7-29. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1221840494M6zFQ7xv9Rd55BV5.pdf>

ARTIGO 2.

Processos identitários de um grupo de doulas: atitudes sobre gestantes e médicos

Processos identitários de um grupo de doulas: atitudes sobre gestantes e médicos

**Identity processes of a doula group: attitudes towards doctors and pregnant
women**

**Procesos de identidad de doulas: actitudes acerca de mujeres embarazadas y
médicos**

Camila Nogueira Bonfim Duarte

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória

Luiz Gustavo Silva Souza

Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes

Resumo

Objetivando investigar processos identitários de um grupo de doulas que atua em conjunto, incluindo suas percepções sobre o próprio grupo, as gestantes e os médicos, foram entrevistadas cinco doulas, utilizando um roteiro semiestruturado. Adotou-se como referencial a Teoria da Identidade Social. A partir da análise de conteúdo temática, foram identificados 134 temas e cinco categorias. Os processos identitários das doulas estão ligados à militância feminista, ao movimento de humanização do parto, e ao pertencimento a um grupo de trabalho que constitui laços profissionais, de amizade e confiança. Há atitudes negativas quanto à maioria dos profissionais de medicina, com exceção daqueles percebidos como “humanizados”. Observa-se que doulas estão construindo processos identitários ligados ao feminismo; e que o ativismo, o grupo de trabalho das doulas e a promoção de encontros com mulheres grávidas constituem estratégias de mudança social, contribuindo para a transformação da assistência à saúde e das relações de gênero.

Palavras-chave: doulas; saúde reprodutiva; atitudes; feminismo; identidade social.

Abstract

This study adopted Social Identity Theory and aimed to investigate identity-related processes among a group of doulas, including their perceptions towards their own group, physicians and pregnant women. We administered semi-structured interviews with five doulas. We identified 134 themes and 5 categories in the interviews through thematic content analysis. The doulas construct their identity based on feminist activism, the humanization of birth movement and their own work group, which provides trust-based relationships, professional network and friendship. The doulas held negative attitudes towards most physicians, with the exception of those perceived to be humanized. We discuss that the investigated doulas adopted feminism to construct identity processes and that their activism, their work group and their regular encounters with pregnant women are strategies of social change, which contribute to transform health practices and gender relations.

Keywords: doulas; reproductive health; attitudes; feminism; social identity.

Resumen

Objetivando investigar los procesos de identidad de un grupo de doulas, incorporando sus percepciones sobre el propio grupo, las gestantes y los médicos, fueron entrevistadas cinco doulas, mediante una entrevista semiestructurada. Utilizando como base la Teoría de la Identidad Social e a partir del análisis de contenido, fueron identificadas 134 temas y cinco categorías. Los procesos de identidad de las doulas están ligados a la militancia feminista, a los movimientos de humanización del parto, y la pertenencia al mismo grupo de trabajo, constituido de lazos profesionales, de amistad y confianza. Existen actitudes negativas acerca de la mayoría de los médicos, excepto los percibidos como “humanizados”. Doulas están construyendo procesos de identidad ligados al feminismo; y el activismo, el grupo de trabajo de las doulas y la promoción de encuentros con gestantes establecen estrategias de mudanza social, contribuyendo a transformar las relaciones de género y la asistencia a la salud.

Palabras-clave: doulas; salud reproductiva; actitudes; feminismo; identidad social.

Introdução

Davis-Floyd (1992) descreveu três paradigmas que representam modelos médicos na atualidade: o tecnocrático, o humanístico/humanizado e o holístico. Esses modelos apresentam diferenças de compreensão acerca de definições de corpo e mente, e a relação entre eles, influenciando, assim, a forma como a assistência à saúde é encarada (Davis-Floyd, 2001), tanto por profissionais quanto por usuários. De acordo com a autora o modelo tecnocrático enfatiza a separação entre corpo e mente e entende o corpo como uma máquina; o modelo humanístico ressalta a ligação entre corpo e mente e entende o corpo como um organismo; e o modelo holístico destaca a unidade de corpo, mente e espírito, definindo o corpo como um campo de energia em contato com outros campos de energia.

Davis-Floyd (2001) afirma que, numa época de grande uso da tecnologia na atenção ao parto, o modelo humanístico é o que tem maiores chances de sucesso e que, para entender como ele funciona na atenção à saúde e na obstetrícia, é importante compreender, também, os outros dois modelos.

Seguindo a proposta da autora referida, pode-se classificar o modelo de assistência ao parto e nascimento prevalente no Brasil como intervencionista, ou tecnocrata, que trata esses momentos como “eventos eminentemente médicos. Penaliza a mulher e sua família ao ignorar a fisiologia e os aspectos sociais e culturais do parto, tendo como resultado taxas de morbimortalidade materna e perinatal incompatíveis com os avanços tecnológicos ao nosso alcance” (Dias & Domingues, 2005, p. 703).

A humanização do parto, tanto na saúde complementar como no Sistema Único de Saúde, possibilita novas formas de exercer direitos, lidar com a sexualidade, vivenciar a maternidade, a paternidade e a relação com o próprio corpo. É, portanto, uma possibilidade “de reinvenção do parto como experiência humana, onde antes só havia a

escolha precária entre a cesárea como parto ideal e a vitimização do parto violento” (Diniz, 2005, p. 635). As violências institucionais cometidas contra as mulheres em trabalho de parto e parto são chamadas de violência obstétrica (Ley, 2007) e, quando as parturientes passam por situações de violência, a satisfação com o parto diminui (D’Orsi et al., 2014), aumentam as chances de problemas com amamentação (Amorim, 2015) e dificuldades no puerpério, como depressão pós-parto (Souza, 2014).

Entre as medidas conquistadas pelo movimento de humanização do parto no Brasil está a Lei nº 11.108, que garante à parturiente um acompanhante de sua escolha durante o pré-parto, o parto e o pós-parto.

Mais recentemente, novas leis têm sido criadas em municípios do Brasil - como Uberlândia (2015), Jundiaí (2015), União da Vitória (2015) e Vitória (2015) - para garantir a presença da doula durante o trabalho de parto e parto nas instituições de saúde, além de um acompanhante de escolha da mulher. Sodré, Bonadio, Jesus e Merighi (2010) identificaram que as mulheres desejam alguém que esteja preparado para ajudar e possa oferecer explica es e apoio durante o parto, e observaram que a fun o da doula   compatível com essas necessidades.

A doula   uma profissional capacitada para fornecer apoio físico e emocional   mulher e está familiarizada com os procedimentos de assistência ao parto (Oliveira & Madeira, 2002; Oliveira & Sodré, 2011; OMS, 2000). Suas atividades incluem ser uma presença afetuosa e constante durante o trabalho de parto e o parto, fornecer explica es sobre os procedimentos e o trabalho de parto, segurar a mão da parturiente, promover técnicas de respira o, fazer massagens e atender suas necessidades básicas (Nolan, 1995; Oliveira & Madeira, 2002; OMS, 2000). A doula não precisa ter forma o na área de saúde, mas a capacita o   fundamental para que

ela conheça os procedimentos e possa interagir com a equipe, sendo um elo entre ela e a parturiente, contudo, sem interferir nas condutas médicas (Teixeira, 2003).

Tendo em vista que a doula é uma profissional relativamente nova no Brasil, tanto seu papel com a gestante quanto a própria palavra “doula” ainda são desconhecidos pela maior parte da população e dos profissionais de saúde (Leão & Oliveira, 2006). Silva, Barros, Jorge, Melo e Ferreira Junior (2012) afirmam que, apesar de o trabalho da doula ter benefícios percebidos pelas parturientes, doulas e por membros da equipe, sua presença é restrita nas maternidades e alguns profissionais têm resistência à presença de mais de um acompanhante para dar suporte à mulher durante o parto. Isso faz com que haja alguns desentendimentos sobre o papel da doula, por parte da equipe obstétrica, por vezes entendendo-as como ameaça (Papagni & Buckner, 2006) ao trabalho desenvolvido, o que evidencia a necessidade de mais ações educativas com a equipe (Klein et al., 2011; Santos & Nunes, 2009).

Silva et al. (2012) relataram que uma das limitações para a revisão que pretendiam fazer com evidências sobre o trabalho das doulas foi a escassez de publicações, especialmente nacionais, com caráter qualitativo sobre a doula. Os autores afirmam serem necessários estudos que criem “estímulos e motivações para essa função inovadora do suporte prestado pela doula e a recepção dessa prática pelos profissionais no acompanhamento perinatal durante e após o parto” (Silva et al., 2012, p. 2793).

De fato, foram encontrados poucos estudos cujos participantes de pesquisa eram as doulas. Alguns (Rodrigues & Siqueira, 2008; Silva & Siqueira, 2007) referem ao trabalho das doulas e contam com entrevistas e observações com elas, no entanto estão focados em avaliar os benefícios da presença e suporte da doula para as mulheres no momento do parto, conferindo prioridade às falas das puérperas. Leão e Bastos (2001)

falam sobre a experiência do Hospital Sofia Feldman, relatando o início e o desenvolvimento do Projeto “Doula Comunitária”, porém sem trechos de entrevistas.

Outras publicações abordaram as doulas como participantes e buscaram caracterizar o perfil e a função delas (Leão & Oliveira, 2006), compreender o significado da experiência delas no cuidado à mulher (Souza & Dias, 2010) e conhecer as percepções e a prática profissional de doulas que também são naturólogas (Souza & Sheid, 2014).

O presente estudo pretendeu investigar processos identitários de um grupo de doulas que atua em conjunto, em uma cidade do sudeste brasileiro, incluindo suas percepções sobre o próprio grupo e sobre grupos e temas relevantes ao seu trabalho, como os encontros mensais promovidos com as gestantes, as próprias gestantes e os médicos da cena obstétrica do município em que atuam. O fato de elas formarem um grupo de atuação, “orgânico”, que interage constantemente, traz uma configuração diferente das participantes de pesquisas anteriores. Neste estudo, foi adotado o referencial teórico da Teoria da Identidade Social.

A Teoria da Identidade Social postula que a pertença a grupos sociais contribui, positivamente ou negativamente, para a auto-imagem do indivíduo (Tajfel; 1982; Tajfel, 1983).

A identidade social é compreendida como o conhecimento que o indivíduo tem sobre sua pertença a um ou mais grupos sociais, “juntamente com o significado emocional e de valor associado àquela pertença” (Tajfel 1983, p. 290). Esses processos decorrem de “categorizações sociais que dividem o meio social do indivíduo no seu próprio grupo e em outros” (Tajfel, 1983, p. 294), e a partir da comparação entre o seu grupo e os outros é que os indivíduos estabelecem e mantêm uma diferença positiva para o grupo próprio.

De acordo com a teoria, há estruturas subjetivas de crenças sociais que constituem estratégias para manter a auto-imagem positiva, especialmente em grupos minoritários, cuja auto-estima pode estar ameaçada. A mobilidade social é uma estratégia individual pautada na crença de que as fronteiras entre os grupos são permeáveis; parte-se do pressuposto de que é possível, como indivíduo, movimentar-se de uma posição social para outra. Já a mudança social, grupal, refere-se à crença de que as fronteiras intergrupais são rígidas; com isso não é possível desprender-se do seu próprio grupo e mudar a posição social individual, devendo ser adotadas ações conjuntas para que a mudança aconteça para todos (Hogg & Abrams, 1998; Tajfel, 1983).

Atitudes são entendidas, neste estudo, como uma predisposição a responder, avaliativamente, de forma favorável ou desfavorável em relação a um objeto, uma idéia ou uma pessoa (Aronson, 2002; Lima, 2002; Triandis, 1991).

Método

Participantes

Foram entrevistadas cinco doulas de um grupo que atua em uma cidade do Sudeste Brasileiro, tratadas neste estudo com os nomes fictícios de Rosana, Luana, Diana, Eliana e Suzana. O grupo será referido, neste estudo, com o nome fictício “Bem Nacer”. As entrevistadas tinham idades entre 24 e 55 anos, e renda familiar mensal per capita média de R\$ 2.150,00. Quatro tinham ensino superior completo e uma estava cursando enfermagem. O tempo de atuação como doula variava entre 1 ano e 2 meses e 4 anos. Quatro delas tinham outras ocupações, sendo uma psicóloga, duas assistentes sociais e uma comerciante. Em relação à religião, uma era espírita, outra católica, uma agnóstica e duas diziam não ter religião. A quantidade de filhos variava

entre 1 e 6 e somente uma delas não tinha filhos. As doulas participantes caracterizavam-se econômica e culturalmente como pertencentes à classe média.

Instrumentos

Foi utilizado um roteiro semiestruturado de entrevista, organizado em três blocos de perguntas: a) Ideias e imagens sobre o próprio grupo; b) Ideias e imagens sobre as gestantes e os encontros mensais; c) Ideias e imagens sobre as gestantes e a medicina tecnocrata. Ao final da entrevista, foram aplicadas questões sociodemográficas para obtenção de informações como idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, religião, profissão, renda familiar e tempo de atuação como doula.

Procedimentos de coleta de dados

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade Federal. As participantes foram informadas sobre o caráter voluntário e sigiloso da participação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisadora contactou o grupo e convidou as integrantes a participarem. As entrevistas foram feitas individualmente em locais de maior comodidade para elas (local de trabalho, casa, local público) e gravadas com auxílio do aplicativo Evernote.

Procedimentos de análise de dados

Os áudios das entrevistas foram transcritos e, após a organização dos dados, foi realizada uma análise de conteúdo temática (Bardin, 1977; Pope, Ziebland & Mays, 2005). Seguindo essa metodologia de análise, podem-se definir os seguintes procedimentos: Primeira leitura do corpus; Identificação de ideias importantes para responder ao problema de pesquisa; Formulação de categorias gerais; Leituras subsequentes; Recorte e agrupamento de temas (núcleos de significação); Inclusão dos temas em categorias delimitadas de forma indutiva (Souza, 2012).

Resultados

A partir da análise de conteúdo temática, foram identificados 134 temas, agrupados em seis categorias. Com exceção dos temas pertencentes à categoria “O que é/como é ser mulher”, todos foram agrupados em subcategorias (em número de 24). As categorias e subcategorias estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Categorias e Subcategorias Identificadas a Partir da Análise de Conteúdo

Categorias	Subcategorias
Visão/ideias sobre o próprio grupo	Percepções sobre grupo Objetivos do grupo Afetos em relação ao grupo Efeitos das relações intragrupo Papéis no grupo Dificuldades no funcionamento do grupo
O que é/como é ser mulher	*
Ser doula	O que a doula faz Como é ser doula O que é preciso para ser doula
Visão sobre os encontros mensais	Quem são as gestantes que vão aos encontros Benefícios dos encontros para as gestantes Relação das doulas e gestantes dos encontros Os acontecimentos dos encontros que que marcam as doulas
Visão/ideias sobre as gestantes/gestação	O que é a gestação Quem são as gestantes (em geral) Como é a vida de uma gestante O que as gestantes pensam sobre as doulas O que as gestantes precisam/não precisam Como são as gestantes “desinformadas”/O que elas pensam O que as gestantes “desinformadas” precisam
Visão sobre médicos/medicina	Relação de médicos e gestantes “desinformadas” O que médicos acham das doulas Atualização dos médicos Tipos de médicos

Nota: * não foram identificadas subcategorias na categoria “O que é/como é ser mulher”.

Os temas serão destacados com sublinhado ao longo do relato que se segue. Seguindo os blocos do roteiro semiestruturado, o primeiro conteúdo abordado era sobre as ideias sobre o próprio grupo. As participantes definem o Bem Nascer é um grupo de apoio para as mulheres que procuram um atendimento humanizado durante a gestação e o parto. Elas caracterizaram o Bem Nascer falando sobre como o grupo é forte e o Bem Nascer é um movimento ativista. A partir disso, pontuaram que a diferença do Bem Nascer para outras doulas é o ativismo, não se constituindo apenas como um grupo que presta serviço, ou seja, o objetivo do grupo não é só ganhar dinheiro, mas sim engajar-se no ativismo do movimento pela humanização da assistência ao parto e mudar a realidade obstétrica do estado, ainda muito tecnocrata, para que todas as mulheres tenham acesso ao atendimento humanizado, pois, assim como o abuso da cesariana, o parto normal com intervenção desnecessária também não é aceitável. Elas notaram que o grupo virtual cresceu, fazendo referência ao grupo que mantêm em uma rede social para discutir assuntos pertinentes à gestação, parto e criação de filhos.

Elas falaram que os objetivos em comum são alcançados apesar das diferenças individuais dentro do grupo, e isso é uma característica positiva. As doulas destacaram que as reuniões mensais que fazem são importantes para organização da forma de agir do grupo e de propostas para lidar com questões pertinentes ao movimento de humanização na região em que atuam. Além disso, a comunicação por telefone celular (“*whatsapp*”) ajuda a organizar, porque facilita o contato entre elas, sem que tenham que se encontrar mais vezes por mês, pois conversam sobre tudo em seus encontros/contatos telefônicos.

Ao falar sobre afetos, elas deixaram claro como o grupo é importante para elas dizendo que é importante que o grupo seja unido e que o grupo é como uma família.

As doulas destacaram que o grupo tem efeitos positivos para elas, pessoalmente ou em relação ao trabalho, dizendo que a conversa com o grupo empodera elas próprias, que manter contato com o grupo durante as doulagens individuais melhora o trabalho, e que o convívio com o grupo fez saber ouvir melhor as pessoas. Ademais, afirmaram que o convívio faz com que elas sejam percebidas de forma parecida, ou seja, as pessoas tendem a achar que elas têm formas semelhantes de agir e de ser, por serem do mesmo grupo.

Dentre as atividades do Bem Nascer encontram-se: contatos com outros grupos e organizações, voluntariado e curso de gestante em uma maternidade, página e grupo em rede social, encontros mensais com grupo de gestantes e mães. Sobre essas atividades, as doulas afirmaram que é necessário dividir tarefas entre elas para que tudo funcione bem e que os papeis e divisões no grupo são feitos de acordo com perfil de cada uma. Quando perguntadas sobre liderança no grupo todas apontaram que, de uma forma ou de outra, quem assume o papel é a Diana: ela é colocada no papel de líder, porque tem capacidade de agregação e é muito organizada. Além disso, elas julgaram que o histórico de militância da Diana facilita papel de líder, pela experiência com reuniões organizadas para tratar de pautas específicas, por exemplo.

Como pontos negativos que elas gostariam de mudar, as doulas enumeraram algumas dificuldades encontradas no trabalho ou para que o trabalho aconteça, como o fato de que ter outras ocupações dificulta a dedicação como doula, como a maioria delas tem. Ademais, cada uma tem ritmo e agenda diferente de trabalho, o que complica a marcação das reuniões mensais e o comparecimento de todas a essas reuniões. Outro ponto elencado foi que, por vezes, a amizade entre as doulas atrapalha o profissionalismo, fazendo com que elas não tenham foco nos assuntos que precisam

ser resolvidos, por exemplo, gerando a percepção de uma necessidade de ter uma visão mais empresarial.

Quanto à questão sobre o que é ser mulher, elas elaboraram definições comentando que a mulher é maternal, (“a gente é muito maternal né, sempre. Mesmo quem não tem filho” - Rosana), e ser mulher é ser humano, “com todas as implicações que um humano tem, das dúvidas, das incertezas, das alegrias, das dificuldades” (Eliana). Além disso, elas falaram sobre como ser mulher é uma construção social, “a gente vai construindo de acordo com aquilo que a gente acredita, com aquilo que a gente enfrenta, com as dificuldades que a gente vai tendo no dia a dia” (Diana). Elas afirmaram que ser mulher é ser consciente de si e que ser mulher em plenitude é ser protagonista. Por fim, disseram também que a mulher sofre violências e busca mudanças, e que a maternidade muda a percepção sobre o que é ser mulher.

Sobre a doula, elas elaboraram definições dizendo que a doula é maternal, acolhe a mulher, serve à mulher, acredita na mulher; reconstrói-se com cada mulher acompanhada e que as doulas querem que as mulheres sejam protagonistas. Descreveram a doula dizendo que não há tempo certo para seu trabalho, pela imprevisibilidade do momento em que a gestante entrará em trabalho de parto, portanto ser doula é ter uma vida imprevisível. Mesmo assim, avaliam que ser doula é maravilhoso/prazeroso. Elas enumeraram algumas diretivas para o comportamento de uma doula: para ser doula deve-se estudar; a doula precisa conhecer profundamente a história da gestante; a doula precisa ouvir; a doula precisa acreditar na mulher; para ser doula deve-se amar. Além disso, também foi observado que as doulas devem parar de romantizar o parto, pois isso, muitas vezes, faz com que se crie uma expectativa irreal para esse momento. Por fim, as participantes falaram que para trabalhar com um grupo de gestantes[como os encontros mensais], a doula deve trabalhar os temas que as

gestantes querem discutir nos encontros, ou seja, deve saber coordenar o grupo para que as dúvidas sejam respondidas e as experiências de todas possam ser relatadas.

A referência a trabalhar com grupos foi feita porque um dos blocos do roteiro aludia aos encontros que o grupo Bem Nascer realiza com gestantes e mães, mensalmente. Elas caracterizaram o público dos encontros, afirmando que a gestante que vai aos encontros busca parir respeitosamente, questiona-se, participa do grupo virtual, é acompanhada por alguma doula (do Bem Nascer ou não). Disseram que não conhecem, previamente, algumas gestantes que vão aos encontros e algumas já pariram e vão dividir experiências. Elas definem os encontros como espaço de apoio/acolhimento, em que as gestantes identificam-se com outras que estão passando pelas mesmas experiências e podem compartilhar experiências. Comentaram que os encontros proporcionam informações que ajudam a parir e essas informações recebidas levam ao empoderamento da mulher, além de serem espaço de empoderamento para os companheiros, algo que consideram muito importante.

As doulas relatam um elo de amizade com gestantes dos encontros, e definem seu papel nesse espaço como o de passar informação e ajudar na troca de experiências. Como momentos marcantes dos encontros, elas contam que os abraços ao final são bons, os relatos nos encontros são importantes e os relatos de gestantes acompanhadas por elas chamam a atenção. Além disso, as mulheres que vão aos encontros e entram em trabalho de parto logo depois são marcantes, assim como os relatos de violência obstétrica.

Ao falar sobre gestantes, elas definiram-nas como mulheres capazes de parir, que geram uma vida em seu ventre e disseram que gestante faz lembrar vida. Definiram também a gestação dizendo que é momento de amor e é um momento especial que precisa ser cuidado.

As entrevistadas falaram sobre como é ser gestante e como é a vida de uma gestante: a vida de gestante é normal; vida de gestante é transição entre mulher e mãe; vida de gestante é de descobertas; vida de gestante é cheia de dúvidas/preocupações/medo; vida de gestante é difícil. Com isso, foi mencionada a percepção de que a gestação lembra que é necessário desacelerar, viver com mais calma.

Quanto questionadas sobre o que as gestantes pensam sobre as doulas, elas falaram sobre entendimentos diversos que se tem sobre o trabalho delas. Constataram que há mudança de opinião, antes do parto a gestante acha que doula é desnecessária, mas depois do parto a gestante valoriza a doula. Existem também interpretações equivocadas sobre a doula, algumas gestantes romantizam as doulas e/ou acham que a doula garantirá o parto humanizado, outras confundem as doulas com enfermeiras, e as gestantes em geral não entendem o trabalho da doula. Porém, algumas gestantes entendem que a doula dá suporte e as gestantes que buscam humanização entendem que doula ajuda no empoderamento. Uma imagem interessante foi evocada quando foi dito que certas gestantes veem doulas como anjos.

As participantes citaram comportamentos e atitudes que as gestantes precisam ter ou não, criticando alguns deles: elas precisam ser empoderadas; precisam de conhecimento para confrontar médicos; não podem confiar cegamente nos médicos; gestantes “desinformadas” confiam muito nos médicos; gestantes “desinformadas” precisam confiar menos nos médicos; gestantes devem ser menos passivas/assujeitada/tuteladas. Além disso, citam que os companheiros também precisam buscar informação e as mulheres deveriam buscar informação sobre parto antes de engravidar, para que o casal já estivesse mais preparado sobre o assunto desde o início.

No roteiro, foi feita uma diferenciação de perguntas sobre 1) gestantes (sem especificar subgrupos), 2) gestantes que participam dos encontros, e 3) gestantes “desinformadas”, que seriam as que não buscam informações além daquelas que o médico passa e que confiam cegamente nele. As entrevistadas caracterizaram essas últimas falando sobre como elas não buscam informação, acham que não conseguem parir, pensam que cesárea não dói e confiam em crenças populares/em coisas que os outros falam. As gestantes “desinformadas” não são protagonistas, mas deveriam buscar o protagonismo e buscar conhecimento, pois precisam conhecer os dois partos para escolher. Elas precisam ser informadas e, também, ser menos individualistas.

Entrando no bloco de perguntas mais direcionadas ao que as doulas pensam sobre os médicos, elas responderam que a relação de médicos e gestantes “desinformadas” é de tutela e de infantilização, bem como de prestação de serviço impessoal. Disseram também que os médicos não se importam com a dor do paciente, enganam as gestantes e só querem lucrar.

Sobre o que os médicos pensam sobre elas, informaram que os médicos não veem necessidade de as gestantes contratarem uma doula, acham que doulas atrapalham, acham que doulas são uma ameaça. Um dos motivos elencados para explicar essa forma que os médicos têm de entender o trabalho delas é que a doula acredita na mulher e o médico tecnocrata não e porque a medicina é machista. As doulas citaram, também, que os médicos odeiam as doulas porque elas conduzem a gestante para atendimento com outros médicos. Elas afirmam que seria bom trabalhar em parceira com médicos, porque assim eles entenderiam melhor o trabalho delas, que é complementar ao deles: “agora, aquele que se permitir, ele vai ver que a gente tem uma função. E que dá certo. Ele poderia conhecer o nosso trabalho, só isso que eu gostaria, sabe” (Rosana); “porque a doula ajuda muito, a doula vai estar ali como

parceira dele. Então se o cara não gosta da doula é porque ele não é respeitoso, não tem outra, sabe” (Suzana).

As entrevistadas mencionaram que os médicos não querem se atualizar/deveriam se atualizar e deveriam ser menos intervencionistas e mais humildes.

Mencionaram alguns “tipos” de médicos, através de exemplos reais ou caracterizações gerais de pessoas com as quais trabalharam ou tiveram contato, direto ou indireto. Elas falaram sobre: o médico que intimida a doula; o médico que é cesarista desde o início; o médico que não acompanha mulher que contrata doula; os médicos que enganam as mulheres, dizendo que acompanharão o parto normal, mas “inventam” desculpas para realizar a cirurgia cesariana; os médicos que estão vendo na humanização um nicho de mercado; e o médico humanizado, que gosta de trabalhar com doula.

Por fim, as participantes pontuaram que todas as pessoas estão inseridas em uma lógica tecnocrata, não é exclusivo dos médicos ou de profissionais da saúde, e sim algo cultural; todos confiam na tecnologia e acham que as intervenções serão sempre positivas. Elas também disseram que o parto humanizado está virando nicho de mercado, hospitais, médicos, enfermeiras e até doulas, percebem esse novo nicho e, às vezes mesmo sem se identificar com as premissas da humanização, adaptam seu atendimento para vendê-lo como humanizado.

Alguns dados não entraram na categorização apresentada, mas são relevantes para a discussão proposta neste estudo. Primeiro, as respostas dadas a uma pergunta feita no início da entrevista, sobre o que motivou a entrevistada a ser doula, revelaram que três das cinco doulas tiveram experiências ruins no parto e usam isso como motivação para ajudar outras mulheres. E uma metáfora citada pela entrevistada Luana, que foi notável por comparar as gestantes que participam dos encontros e as que não buscam

informações, dizendo que todas precisam ser mais protagonistas de suas próprias vidas:

“[...] eu acho que todas nós estamos num posicionamento de poder olhar pelo olho mágico, eu acho que o olho mágico sempre vai estar lá. Talvez abrir a porta seja muito mais difícil, mas olhar frestas, olhar pelo olho mágico, olhar por baixo, é possível. Então eu acho que não existe uma diferença muito grande. Porque eu acho que é isso, eu realmente acredito que todas as mulheres estão numa posição de assujeitamento, todas, sem exceção. [...] E, da mesma forma, eu acho que todas nós, gestantes que estão no grupo ou não, nos terceirizamos o tempo inteiro. Eu acho que, talvez, a única diferença entre essas duas gestantes é um pequeno passo pra esse desconhecido que está do outro lado da porta. Mas quem tá no encontro não necessariamente abriu a porta ou vai abrir. Mas está curiosa pra saber o que está por trás” (Luana).

Discussão

É importante ressaltar que a distinção entre as gestantes e a referência a “gestantes desinformadas” foi uma hipótese desenvolvida pelos pesquisadores de que as atitudes (Aronson, Wilson & Akert, 2002; Lima, 2002; Triandis, 1991) em relação às gestantes que não buscam doulas e não se envolvem com os grupos de discussão sobre parto seria diferente das atitudes direcionadas às gestantes que participam. No entanto, durante as entrevistas e a análise notou-se que as doulas entrevistadas não partem de uma diferença qualitativa entre essas gestantes. O que elas enumeraram como necessário para as “desinformadas” era o mesmo que para as gestantes em geral, além de, em algumas falas, afirmarem que todas as mulheres estão na mesma posição de assujeitamento.

Com a metáfora feita por Luana, transcrita nos resultados, ela faz referência a uma frase recorrente entre as ativistas do movimento de humanização: “a porta só abre do lado de dentro”. Essa frase é utilizada para explicar que o máximo que outras pessoas podem fazer é mostrar o que há além da “porta”, podem fornecer as informações sobre como um parto pode ser vivenciado de forma positiva e com respeito, mas é a mulher, ou gestante, quem escolhe abrir “a porta”, ou seja, só ela pode realmente fazer escolhas baseadas nas informações que recebe e buscar profissionais e/ou instituições que a respeitem.

A hipótese da diferenciação partia do fato observado em grupos de redes sociais de que há certa agressividade direcionada às gestantes ou mulheres que não buscam os ideais do movimento de humanização. As perguntas foram, então, elaboradas associando-as aos médicos tecnocratas; aos quais foi possível identificar atitudes negativas, a partir dos dados coletados. Entende-se que a falta de diferenciação entre as gestantes, bem como a ausência de atitudes negativas em relação às gestantes “desinformadas”, parte do próprio objetivo das doulas de acompanhar as mulheres na busca por informação. Assim, pode-se inferir que um processo de categorização social (Tajfel, 1983) leva-as a categorizar as gestantes, em geral e as desinformadas, como um mesmo grupo, apesar da associação mais forte de algumas com um grupo com o qual as doulas têm conflitos (médicos tecnocratas).

Em relação aos médicos, foi possível perceber uma forte atitude negativa por parte das doulas. Dentre os tipos de médicos elencados por elas, os únicos dos quais elas falavam positivamente foram o médico que é cesarista desde o início e o médico humanizado [que] gosta de trabalhar com doula. Justificaram que gostam do primeiro tipo por ser sincero desde o início e permitir que a gestante que quer parir procure um médico que atenda suas necessidades e expectativas.

Percebe-se um conflito entre o grupo médico, em geral, e as doulas, reiterado por Nagahama e Santiago (2008) ao afirmarem que a inserção de profissionais como a doula e a enfermeira no cenário do parto “representa, por vezes, fonte de conflito e de disputa no estabelecimento de condutas de atenção à parturiente” (p.1863).

Em pesquisas internacionais, é possível perceber como as opiniões e atitudes de médicos diferem daquelas de obstetrizes e doulas, o que contribui para práticas diferenciadas e possíveis conflitos. Klein et al. (2009) reportam que os escores de obstetras indicaram atitudes menos positivas que obstetrizes e doulas sobre parto domiciliar, o papel da mulher no seu próprio parto e acompanhamento da doula, além dos obstetras serem mais preocupados com as consequências do parto normal e terem atitudes mais positivas que doulas e obstetrizes quanto a utilização de tecnologia.

Klein et al. (2011) observaram que obstetras canadenses mais novos, em comparação com obstetras mais antigos, tinham mais tendência a apoiar o uso de tecnologia no parto e apreciavam menos o papel da mulher em seu próprio parto.

Papagni e Buckner (2006) insistem que as enfermeiras devem reconhecer que as doulas conseguem trazer benefícios ao seu próprio trabalho e à parturiente, como o acompanhamento contínuo e a satisfação com o parto. Além disso, afirmam que as doulas também devem reconhecer que seu papel é de oferecer suporte e auxiliar no contato com a equipe, mas que não cabe a elas fazer decisões médicas.

As doulas entrevistadas afirmam que seria desejável que os médicos pelo menos trabalhassem com elas, e então veriam como sua presença ajuda a mulher a parir. Considerando que a doula é um integrante novo do cenário do parto, pode-se entender que, a partir do contato, as equipes possam ter atitudes mais favoráveis à presença delas.

As participantes citaram que algumas gestantes mudam de opinião sobre a necessidade do acompanhamento da doula depois do parto, fato que também foi observado por Leão e Oliveira (2006) ao caracterizarem o papel das doulas que atuam como voluntárias em um hospital de São Paulo. As autoras relatam que algumas gestantes recusam, no primeiro momento, quando as doulas oferecem companhia, mas elas tentam ajudar mesmo assim e recebem agradecimentos e até desculpas depois.

Também compatível com os achados de Leão e Oliveira (2006) é o fato de que a “vivência negativa do próprio parto foi um motivo forte” (p. 27) para escolherem atuar como doula. No caso desta pesquisa, das cinco entrevistadas, três relataram ter tido experiências ruins e usarem isso como motivação para ajudar outras mulheres.

As doulas investigadas apontaram como dificuldade o fato de terem outras ocupações (com exceção de uma delas). Isso é verificado em outra profissão relacionada ao parto, aquela de parteiras da tradição. Brito e Nogueira (2011) observam que a relação entre dom, altruísmo e dinheiro é delicada e está presente nos motivos que as parteiras pesquisadas têm para exercer o ofício. As autoras também apontam que, por estarem em contexto urbano, as parteiras têm que “exercer outras profissões para se sustentar, já que o ofício de parteira não traz segurança neste sentido” (Brito & Nogueira, 2011, p. 3).

Considera-se que um grupo cognitivo ou categoria social difere de grupos menores, face a face (Tajfel, 1983), ou pequenos grupos com interações reais (Bouas & Arrow, 1996), porém ambos são importantes como identificação grupal - “essa força de implicação da pertença grupal de um indivíduo para com um grupo ou uma categoria social” (Wachelke, De Andrade, Tavares & Neves, 2008) – que pode afetar a cognição e o comportamento dos indivíduos (Hogg, 2006). Foi possível observar a importância do “pequeno grupo” (Anzieu & Martin, 1994) Bem Nascer para as doulas. Com ele,

elas “abasteciam” sua militância e melhoravam o trabalho que realizavam, posteriormente, de forma individual. Percebe-se que, além da importância da pertença grupal ao movimento de humanização para guiar crenças, valores e formas de agir, o pertencimento a um grupo orgânico é crucial para possibilitar trocas mais íntimas sobre questões pessoais e profissionais.

Conclusões

Foi possível perceber que mulheres de classe média, grupo no qual as doulas estão inseridas, estão construindo processos identitários ligados à militância e ao feminismo e que elas podem, com isso, contribuir para a transformação da assistência à saúde e de relações de gênero. Conforme Medeiros (2014), a temática da humanização do parto reúne usuárias, profissionais de saúde, pesquisadoras e ativistas, e essas categorias identitárias mesclam-se, havendo “pesquisadoras ativistas, médicas grávidas, gestantes que se tornam pesquisadoras ou doulas, etc.” (p.40). Medeiros afirma ainda que a pesquisa, reflexão e produção escrita são indispensáveis aos processos de ativismo, que implicam em práticas de comunicação e de construção de cidadania. Como conquistas dessas mulheres, no país, podem-se enumerar as leis que garantem o acompanhamento da doula (Jundiaí, 2015; Uberlândia, 2015; União da Vitória, 2015; Vitória, 2015) e a decisão da Justiça Federal de que a Agência Nacional de Saúde deve cumprir pedidos de uma ação civil pública incluindo remuneração maior para atendimento de parto normal e contratação de enfermeiros obstetras e obstetrizas (Barba, dezembro 2015).

Essas ações sociais do ativismo, valorizando a atuação das doulas e os benefícios da humanização da assistência ao parto, cumprem o papel de proteger a identidade social dos membros, pois, como disse Tajfel (1983, p. 294):

Em certas condições [...] um grupo social só pode preencher esta função de proteger a identidade social dos seus membros, se conseguir manter a sua distinguibilidade positivamente valorizada em relação a outros grupos. Noutras condições, é preciso criar, adquirir, e talvez mesmo lutar por essa distinguibilidade através de várias formas de acção social relevante.

Além disso, as ações do ativismo, bem como a organização do grupo observado e a promoção de encontros mensais, constituem estratégias de mudança social (Hogg & Abrams, 1998; Tajfel, 1983), pois não se baseiam na crença na transformação da situação individual, mas sim coletiva. Buscam mudar a forma como a categoria abrangente “mulher” ou “parturiente” é percebida dentro de um sistema que valoriza mais o saber biomédico e o patriarcado.

As doulas identificam-se fortemente com as mulheres e com as gestantes – grupos que são tradicionalmente alvo de subjugação e de objetificação. Como contraponto, percebe-se que se identificaram pouco com as classes populares. Seus discursos não parecem incluir as mulheres empobrecidas e o Sistema Único de Saúde (SUS), embora uma delas tenha citado o tema “todas as mulheres deveriam ter acesso a atendimento humanizado”. A ideia de articulação com a Reforma Sanitária, com a Rede Cegonha (Ministério da Saúde, 2011) e com o SUS não aparece como ação nos discursos da entrevista.

No entanto, cabe aqui ressaltar que o grupo Bem Nascer firmou, durante o período de coleta da pesquisa, uma parceria com uma maternidade pública municipal da região em que atua. O grupo realizou um curso de doula no Estado com estágio de dois plantões nessa maternidade, convidando todas as doulas formadas a manterem-se como voluntárias após o estágio. Além disso, o grupo está presente uma vez ao mês na maternidade, auxiliando no curso de gestantes promovido no local. A articulação com

o SUS não estava presente nos discursos, mas estava presente em algumas práticas. Sugere-se que o aprofundamento dessa articulação, com a militância pela Reforma Sanitária, possa convergir com os objetivos das doulas e aumentar suas possibilidades de transformação do cenário obstétrico.

Referências

- Amorim, M. C. (2015). *Experiências de parto e violações aos direitos humanos: um estudo sobre relatos de violência na assistência obstétrica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Brasil. Disponível: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4943>
- Anzieu, D., & Martin, J. Y. (1994). *La dynamique des groupes restreints*. Paris : PUF. (Original publicado em 1968).
- Aronson, E., Wilson, T., & Akert, R. (2002). *Psicologia social*. Rio de Janeiro: LTC.
- Barba, M. D. (1 de dezembro 2015). Médicos vão receber três vezes mais por parto normal, determina Justiça. *BBC Brasil em São Paulo*. Disponível: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/12/151201_partos_remuneracao_md_b_rm
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bouas, K. S., & Arrow, H. (1996). The development of group identity in computer and face-to-face groups with membership change. *Computer Supported Cooperative Work*, 4(2), 153-178.
- Lei nº 11.108/2005 (2005). Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da República*. Disponível: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>

- Brito, A. M. A., & Nogueira, M. A. L. (2011). A construção de identidades das parteiras da tradição. Em *Anais do XIX Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pernambuco*, Disponível em <http://www.contabeis.ufpe.br/propeq/images/conic/2011/conic/pibic/70/11070814PO.pdf>
- Davis-Floyd, R. E. (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Davis-Floyd, R. E. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(Suppl. 1), S5-S23.
- Dias, M. A. B., & Domingues, R. M. S; M. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 699-705.
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627-637.
- d'Orsi, E., Brüggemann, O. M., Diniz, C. S. G., Aguiar, J. M. de, Gusman, C. R., Torres, J. A.,... Domingues, R. M. S. M. (2014). Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Suppl. 1), S154-S168.
- Hogg, M. A. (2006). Social identity theory. Em P. J. Burke (Org.), *Contemporary social psychological theories* (pp.133-157). Palo Alto: Stanford University Press.
- Hogg, M. A., & Abrams, D. (1998). *Social identifications: A social psychology of intergroup relations and group processes*. Londres: Routledge.

- Jundiaí. (2015). Lei N.º 8.490, de 18 de Setembro de 2015. *Imprensa Oficial do Município de Jundiaí*, edição 4095, de 30 de setembro de 2015. Disponível em <http://imprensaoficial.jundiai.sp.gov.br/edicao-4095/>
- Klein, M. C., Kaczorowski, J., Hall, W. A., Fraser, W., Liston, R. M., Eftekhary, S.,... Chamberlaine, A. (2009). The attitudes of Canadian maternity care practitioners towards labour and birth: many differences but important similarities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC*, 31(9), 827-840.
- Klein, M. C., Liston, R., Fraser, W. D., Baradaran, N., Hearps, S. J. C., Tomkinson, J.,... The Maternity Care Research Group. (2011). Attitudes of the new generation of Canadian obstetricians: how do they differ from their predecessors? *Birth*, 38(2), 129 -39.
- Leão, M. R. C., & 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.
- Leão, V. M., & Oliveira, S. M. J. V. de. (2006). O papel da doula na assistência à parturiente. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 10(1), 24-29.
- LEY Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (2007). Disponível: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf.
- Lima, L. (2002). Atitudes: estrutura e mudança. Em J. Vala & M. Monteiro (Orgs.). *Psicologia social* (pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Medeiros, L. B de. (2014). *Rotas de fuga no ciberespaço: itinerários de mulheres em busca do parto desejado*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – RS. Disponível: <http://hdl.handle.net/10183/128047>

- Ministério da Saúde (2011). Portaria nº 1.459 de 24 junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- Nagahama, E. E. I., & Santiago, S. M. (2008). Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(8), 1859-1868.
- Nolan M. (1995). Supporting women in labour: the doula's role. *Mod'Midwife*, 5(3), 12-15.
- Oliveira, Z. M. L. P., & Madeira, A. M. F. (2002). Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(2), 133-140.
- Oliveira, J. B., & Sodré, T. M. A doula em serviço público de atenção ao parto de Londrina-PR: faz parte do plano das mulheres? *Anais do VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal*. Disponível: http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeaon_icieon/files/0051.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2000) *Maternidade segura: assistência ao parto normal – um guia prático*. Genebra: OMS.
- Papagni, K., & Buckner, E. (2006). Doula support and attitudes of intrapartum nurses: a qualitative study from the patient's perspective. *The Journal of Perinatal Education*, 15(1), 11-18.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2005). Analisando dados qualitativos. In C. Pope & N. Mays (Orgs.). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde* (2 ed., pp. 87-99). Porto Alegre: Artmed.

- Rodrigues, A. V., & Siqueira, A. A. F. de. (2008). Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(2): 179-186.
- Santos, D. da S., & Nunes, I. M. (2009). Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 13(3), 582-588.
- Silva, A. V. R., & Siqueira, A. A. F. de. (2007). O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um centro de parto normal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17(1), 126-135.
- Silva, R. M. da, Barros, N. F. de, Jorge, H. M. F., Melo, L. P. T. de, & Ferreira Junior, A. R. (2012). Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2783-2794.
- Sodré, T. M., Bonadio, I. C., Jesus, M. P. de; & Merighi, M. A. B. (2010). Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto & Contexto - enfermagem*. [online], 19(3), 452-460.
- Souza, K. J. de. (2014). *Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto*. 2014. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
- Souza, K. R. F. de, & Dias, M. D. (2010). História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(4), 439-439.
- Souza, L. G. S. (2012). *Profissionais de saúde da família e representações sociais do alcoolismo*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Souza, S. V. de, & Scheid, A. O. (2014). Percepções de doulas naturólogas sobre gestação, parto e puerpério. *Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares*, 3(4), 43-52.

- Tajfel, H. (1982). *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tajfel, H. (1983). *Grupos humanos e categorias sociais II*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Teixeira, M. L. S. (2003). *A doula no parto: o papel da acompanhante especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente*. São Paulo:Ground.
- Triandis, H. C. (1991). Attitude and attitude change. Em H. C. Triandis (Ed.), *Encyclopedia of Human Biology* (Vol. 1, pp. 485-496). San Diego, CA: Academic Press.
- Uberlândia. (2015). Lei nº 12.314, de 23 de novembro de 2015. *Diário Oficial do Município de Uberlândia, nº 4776, 24 de novembro de 2015*. Disponível em http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/13921.pdf
- UNIÃO da Vitória já tem Lei que incentiva às Doulas. (2015). Disponível em: <http://cmuva.com.br/web/projetos-de-lei/uniao-da-vitoria-ja-tem-lei-que-incentiva-as-doulas/>
- Vitória (2015). Lei nº 8849, de 07 de agosto de 2015. *Diário Oficial Legislativo Municipal*, Edição 254, ano III, p. 6-7. Disponível em http://cmvnet.cmv.es.gov.br/arquivos/diario_legislativo/09085707081507.08.2015.pdf
- Wachelke, J. F. R., De Andrade, A. L., Tavares, L., & Neves, J. R. L. L. (2008). Mensuração da identificação com times de futebol: evidências de validade fatorial e consistência interna de duas escalas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60, 96-111.

DISCUSSÃO GERAL

Foram apresentados dois artigos empíricos nesta dissertação, objetivando investigar processos identitários de um grupo de doulas que atua em conjunto. Com os estudos, foi possível atingir os objetivos específicos propostos. São apresentados, a seguir, um resumo e uma discussão sobre os resultados encontrados, além de implicações da pesquisa, suas limitações e sugestões de pesquisas futuras.

Resultados encontrados

O primeiro artigo procurou conhecer relações estabelecidas com gestantes e entre as próprias doulas, durante vivências grupais, observando os denominados “encontros mensais” realizados por elas com tema Gestação e Parto. Por sua vez, o segundo artigo procurou entender a percepção das doulas sobre seu próprio grupo, os encontros que promovem, sobre as gestantes e os médicos. Além disso, buscou-se, com os dois estudos, conhecer a oes profissionais das doulas e discutir a inserção delas no cenário da saúde reprodutiva na qualidade de categoria profissional.

Os resultados encontrados evidenciaram a forma como essas profissionais se relacionam com um dos grupos-alvo de seu trabalho, as gestantes e suas famílias. Durante os encontros elas se organizam de forma circular e colaboram entre si para a constru o de um saber mais horizontalizado. O conjunto dos papeis exercidos por elas durante esses encontros – *amigas, instrutoras-esclarecedoras, profissionais, militantes feministas* – e as atitudes que elas dirigem às gestantes evidenciam que as doulas buscam estimular o protagonismo das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, e mesmo durante a maternidade.

Pode-se perceber que o grupo se baseia na compreensão de Vinaver (Diniz, 2005) do parto como experiência genital e erótica e extremamente importante para a vida psicosssexual da mulher (Leão & Oliveira, 2006), pois fizeram referências ao parto ser um tabu, assim como o sexo, e à importância de a mulher conhecer seu próprio corpo e incluir no parto somente pessoas em que confia.

Também se pôde perceber que a forma como elas falam sobre os companheiros dessas mulheres indica uma diferenciação de valor, tendo sido identificada, no Artigo 1, a distinção entre “homem pró-parto” e “homem tradicional”. O homem pró-parto tem espaço para se expressar, é valorizado positivamente, e mesmo convidado a fazer parte do grupo numa posição de instrutor-esclarecedor. Como visto no artigo 2, as doulas consideravam a necessidade de o companheiro também estudar e compreender como é o parto, para dar o suporte necessário no momento do nascimento, mostrando que, ao final, é desejado que o homem seja pró-parto.

Verificaram-se atitudes negativas dirigidas a profissionais de medicina, de obstetrícia, com exceção dos “médicos humanizados”. Os demais, incluídos no grupo que chamamos de “médicos tecnocratas”, com base nos três paradigmas de Davis-Floyd (1992), são caracterizados negativamente, tanto em relação à forma como se relacionam com as mulheres, relação de tutela e infantilização, quanto à forma como percebem o trabalho da doula como algo desnecessário, ou até prejudicial. Elas destacam o desejo de que esses médicos se atualizem e percebam a importância do ofício das doulas para uma mudança positiva no cenário do nascimento no Brasil. Nesse sentido, é evidente a importância de uma educação dos profissionais de assistência ao parto para o papel das doulas no apoio à gestante e parturiente. Souza, Gaíva e Modes (2011) indicaram a necessidade de “implantar a educação permanente nos hospitais, no sentido de se ampliar a compreensão de humanização do nascimento tendo como objetivo prestar

uma atenção voltada às necessidades da mãe/ família em um processo de educação participativa” (p. 485), criando, dessa forma, um ambiente acolhedor, abolindo práticas intervencionistas, e melhorando a vivência das famílias envolvendo o parto.

Aguiar, d’Oliveira e Schraiber (2013) também ressaltam a importância do uso moderado de tecnologias e de uma relação mais ética com as gestantes, sugerindo a construção de casas de parto e iniciativas de apoio à atuação de parteiras e doulas como alternativas plausíveis na restauração da autonomia das mulheres e do “controle sobre seu corpo e seus processos” (p. 2294).

É importante fazer uma pontuação sobre a forma como o trabalho das doulas é realizado. Donelli (2008) afirma que ainda é esperada das doulas “uma postura intervencionista, no sentido de utilizar ativamente recursos para fins de alívio das dores e de manejo dos aspectos emocionais” (p.160). Nesse sentido, a autora ressalta que essa postura deve ser assumida com o cuidado de não reproduzir a atenção intervencionista do modelo de assistência vigente.

Nesta pesquisa, as doulas participantes pertenciam à classe média. O grupo Bem Nascer afirmava-se como instrumento importante para a luta por melhorias à assistência ao parto na cidade em que atuava, sendo inclusive referência para o conselho estadual de mulheres. Mantêm-se, aqui, a maior presença de mulheres de classe média na discussão sobre o tema da humanização do parto, como descrito por Tornquist (2004) e Diniz (2005) sobre a criação de listas eletrônicas sobre o tema, com a diferença de que, atualmente, são mais utilizadas as redes sociais, como o *facebook*.

Verificou-se a importância do grupo Bem Nascer para a atuação individual e construção dos processos identitários das doulas, de cada uma das entrevistadas. Elas se referem ao grupo com atitudes fortemente positivas, tratando dele como rede de apoio para sua atuação profissional, além de servir como suporte para questões pessoais.

Trabalhar como doula oferece às mulheres uma forma de viver e trabalhar de acordo com suas crenças e engajamentos políticos, sendo experienciado como uma identidade (Basile, 2012). Basile aponta que, também por isso, a formação de comunidades e grupos é importante para as doulas.

Implicações teóricas e práticas da pesquisa

A Teoria da Identidade Social ainda não havia sido utilizada para auxiliar as análises sobre o trabalho das doulas. Esta pesquisa apresentou a possibilidade de discussão do tema da humanização a partir do olhar da TIS, apontando algumas contribuições que essa teoria pode trazer à compreensão da atuação de profissionais, e especificamente de doulas, que atuam em grupo.

Foi possível caracterizar as relações das doulas com alguns dos principais grupos com os quais trabalham (mulheres, homens e médicos), fazendo um panorama das relações intergrupais e notando a importância do pertencimento ao grupo para a construção da identidade e de práticas individuais de suas integrantes.

Basile (2012) reportou a preocupação das doulas participantes da pesquisa que embasou sua tese de que a acessibilidade ao acompanhamento de uma doula é limitada pelo fato de as profissionais mais antigas cobrarem mais caro; assim as pessoas com menos recursos, e portanto as que mais precisariam, não teriam condições de pagar pelo serviço de doulas mais experientes.

Apesar de, na pesquisa aqui relatada, não ter sido discutida em profundidade a inserção do Bem Nascer em uma maternidade municipal, foi pontuado o esforço do grupo em levar, de alguma forma, o serviço das doulas para comunidades empobrecidas. Reitera-se a importância de iniciativas que envolvam pessoas das classes

populares na avaliação de informações sobre o parto e sobre o empoderamento para a vivência dele como protagonistas.

Apesar do delicado cenário corporativista da medicina, estendido aos cargos políticos, que dificulta o interesse em difundir essas informações junto a pessoas “leigas”, dando-lhes, assim, certo poder, há grandes possibilidades de articulação de grupos de doulas com as secretarias de saúde, para atuação informativa em Unidades de Saúde, acompanhamento em maternidades públicas, ou, até mesmo, programas de treinamento de doulas comunitárias para atuação nessas maternidades, como é feito no Hospital Sofia Feldman (Leão & Bastos, 2001), em Belo Horizonte.

Espera-se que esses resultados possam ser discutidos entre os profissionais que trabalham com assistência à gestante e parturiente e entre as doulas, para que reflitam sobre sua atuação, conheçam outras possibilidades de ação e aprimorem suas atividades.

Limitações e indicações de pesquisas futuras

Destacam-se aqui algumas limitações da pesquisa realizada. Primeiramente, a proximidade prévia da pesquisadora com as participantes e com o assunto, que exigiu um cuidado redobrado para se afastar emocionalmente e poder observar e analisar o trabalho delas de uma forma mais objetiva e menos parcial. Para contornar tal dificuldade foi crucial ter o auxílio do orientador e de um consultor.

Tendo em vista a especificidade de se ter pesquisado um grupo de trabalho pequeno, ressalta-se o cuidado em generalizar os resultados aqui encontrados. Dessa forma, sugerem-se pesquisas que possam comparar os achados aqui reportados com outros grupos de doulas do Brasil. Assim, será possível verificar se os resultados são semelhantes e compreender especificidades de outras regiões.

Também é sugerido que, em novos estudos, possam ser investigados processos identitários e atitudes de outros profissionais de atenção ao parto, como obstetras, enfermeiras obstetras e médicos obstetras, bem como suas relações com as doulas.

Finalmente, sugerem-se pesquisas que abarquem a atuação de doulas com mulheres de classes populares, explorando os benefícios que a doula pode trazer para a melhoria, tão necessária, da vivência de parto dessas mulheres.

Considerações finais

Assim é indispensável que ocorram mudanças no modelo biomédico, essencialmente técnico, para um que valorize os aspectos sociais e culturais da gestação e parto para que mulheres/famílias brasileiras tenham a experiência de um parto verdadeiramente humanizado (Souza et al., 2011, p. 485).

Diante das questões apontadas, e considerando que é imperativo melhorar a assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, percebe-se a importância de compreender a inserção das doulas enquanto profissionais ligadas à humanização do parto.

Acredita-se ter contribuído para a caracterização da atuação das doulas, e evidenciado a carência de estudos com essas profissionais e a importância de trabalhos que tratem das relações delas com as mulheres que atendem e com outros profissionais com os quais elas interagem.

Referências

- Aguiar, J. M. de, d'Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L. B. (2013). Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(11), 2287-2296
- Aronson, E., Wilson, T., & Akert, R. (2002). *Psicologia social*. Rio de Janeiro: LTC.
- Ávila, M. B. (2003). Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(Suppl. 2):S465-S469.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Basile, M. R. (2012). *Reproductive justice and childbirth reform: doulas as agentes of social change*. Tese de Doutorado, Graduate College, University of Iowa, Estados Unidos. Disponível em: <http://ir.uiowa.edu/etd/2819>
- Bonomo, M. (2010). *Identidade social e representações sociais de rural e cidade em um contexto rural comunitário: campo de antinomias*. Tese de Doutorado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Brüggemann, O. M., Parpinelli, M. A., & Osis, M. J. D. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1316-1327.
- Costa, A. M. (2009). Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1073-1083.
- Dalemolle, G., & Melo, S. R. (2007). *Avaliação do resultado de uma preparação para um parto humanizado*. Monografia, Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina, Palmitos, Santa Catarina.
- Davis-Floyd, R. E. (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

- Davis-Floyd, R. E. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(Suppl. 1), S5-S23.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2003). Assertividade, sistema de crenças e identidade social. *Psicologia em Revista*, 9(13), 125-136.
- Deslandes, S. F. (2004). Humanização e cuidado em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 7-14.
- Deslandes, S. F., & Ayres, J. R. de C. M. (2005). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 510.
- Dias, M. A. B., & Domingues, R. M. S; M. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 699-705.
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627-637.
- Doise, W. (2002). Da psicologia social à psicologia societal. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 18(1), 27-35.
- Donelli, T. M. S. (2008). *Descortinando a vivência emocional de mulheres em um centro obstétrico: uma investigação sobre o parto através da aplicação do método bick*. Tese de Doutorado em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Heckert, A. L. C., Passos, E., & Barros, M. E. B. de. (2009). Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(Suppl. 1), 493-502.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).

Disponível

em

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/abstract>

Hogg, M. A., & Abrams, D. (1998). *Social identifications: A social psychology of intergroup relations and group processes*. Londres: Routledge.

Jenkins, R. (2004). *Social Identity* (2ª ed). Londres: Routledge.

Klaus, M.H., Kennell, J.H., & Klaus, P.H. (2012). *The doula book: How a trained labor companion can help you have a shorter, easier, and healthier birth* (3a. ed.). Boston, MA: Merloyd Lawrence Books.

Lacerda, M., Pereira, C., & Camino, L. (2002). Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 165-178.

Leal, M. do C., Torres, J. A., Domingues, R. M. S. M., Theme Filha, M. M., Bittencourt, S., Dias, M. A. B, ... & Gama, S. G. N. (2014). Nacer no Brasil: Sumário executivo temático da pesquisa. Disponível em http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf

Leão, M. R. C., & 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.

Leão, V. M., & S. M. J. V. d. Oliveira. (2006). O papel da doula na assistência à parturiente. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(1), 24-29.

Lima, L. (2002). Atitudes: estrutura e mudança. Em J. Vala & M. Monteiro (Orgs.). *Psicologia social* (pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Minayo M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.

- Motta, C. C. L. da. (2003). *Quem acolhe esta mulher? Caracterização do apoio emocional à parturiente*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil.
- Nolan, M. (1995). Supporting women in labour: the doula's role. *Mod' Midwife*, 5(3), 12-5.
- Oliveira, J. B., & Sodré, T. M. A doula em serviço público de atenção ao parto de Londrina-PR: faz parte do plano das mulheres? *Anais do VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal*. Disponível: http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0051.pdf
- Oliveira, S. M. J. V. de, Riesco, M. L. G., Miya, C. F. R., & Vidotto, P. (2002). Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 667-674.
- Oliveira, Z. M. L. P., & Madeira, A. M. F. (2002). Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(2), 133-140.
- Organização Mundial da Saúde & Human Reproduction Programme. (2015). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Disponível em http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/
- Organização Mundial da Saúde. (2000) *Maternidade segura: assistência ao parto normal – um guia prático*. Genebra: OMS.
- Paiva, G. J. de. (2007). Identidade psicossocial e pessoal como questão contemporânea. *PSICO, Porto Alegre, PUCRS*, 38(1), 77-84.

- Silva, R. M. d., Barros, N. F. d., Jorge, H. M. F., Melo, L. P. T. d., & Ferreira Junior, A. R. (2012). Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 2783-2794.
- Sodré, T. M., Bonadio, I. C., Jesus, M. P. de; & Merighi, M. A. B. (2010). Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto & Contexto - enfermagem[online]*, 19(3), 452-460.
- Souza, T. G., Gaíva, M. A. M., & Modes, P. S. S. A. (2011). A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 479-86.
- Stets, J. E., & Burke, P. J. (2000). Identity Theory and Social Identity Theory. *Social Psychology Quarterly*, 63(3), 224-237.
- Tajfel, H. (1982). *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tajfel, H. (1983). *Grupos humanos e categorias sociais II*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Teixeira, M. L. S. (2003). *A doula no parto: o papel da acompanhante especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente*. São Paulo: Ground.
- Tornquist, C. S. (2004). *Parto e poder: análise do movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFSC.
- Torres, J. A., Domingues, R. M. S. M., Sandall, J., Hartz, Z., Gama, S. G. N. da, Filha, M. M. T., ... Leal, M. do C. (2014). Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Supl. 1), S220-S231.

Triandis, H. C. (1991). Attitude and attitude change. Em H. C. Triandis (Ed.), *Encyclopedia of Human Biology* (Vol. 1, pp. 485-496). San Diego, CA: Academic Press.

Valdés L., Verónica, & Morlans H., Ximena. (2005). Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70(2), 108-112.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES)
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS (CCHN)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGP)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Processos Identitários entre Doulas e Profissionais de Saúde da Família que trabalham com gestantes

Pesquisadores responsáveis: Camila Nogueira Bonfim Duarte (mestranda do PPGP), Dr. Luiz Gustavo Silva Souza (professor do PPGP).

Telefones para contato: (27) 988139344 (pesquisadora Camila N. Bonfim Duarte); (27) 4009-7840 (PPGP); (27) 3145-9820 (Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - UFES/Campus Goiabeiras, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Campus Universitário de Goiabeiras, Av. Fernando Ferrari, s/n, Vitória - ES, 29060-970, Tel: 3145-9820, e-mail: cep.goiabeiras@gmail.com).

Justificativa, objetivos e procedimentos da pesquisa:

Justificamos este projeto pela importância de pesquisas na área da atenção a gestação e ao parto e enriquecimento do campo de pesquisa e discussões sobre a atuação de doulas e profissionais da Saúde da Família. Objetivamos investigar como se dão os processos identitários em doulas e profissionais de Saúde da Família que lidam com grupos gestantes. Pretendemos realizar observações participantes dos grupos realizados com gestantes, registrando as observações em um diário de campo. Pretendemos realizar, também, entrevistas individuais com os profissionais, que serão gravadas para posterior transcrição dos dados, atendendo exclusivamente aos objetivos da pesquisa. Asseguramos o sigilo de todas as informações coletadas.

Benefícios da pesquisa:

Pretendemos divulgar os resultados da pesquisa por meio da participação em congressos e da publicação de artigos especializados. Esperamos que as informações coletadas contribuam na construção de conhecimento sobre atuação dos profissionais junto a gestantes.

Desconforto e possíveis riscos associados à pesquisa:

Avalia-se que os procedimentos metodológicos, observação participante e entrevistas semiestruturadas, implicam riscos mínimos para os participantes e que os benefícios são muito mais relevantes que os riscos. Porém se for constatado algum risco ou dano a participação será encerrada e a pesquisadora dará apoio psicológico e o que mais for necessário para a recuperação do bem-estar da participante.

Forma de acompanhamento e assistência:

Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência médica e/ou social aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa. Basta procurar a pesquisadora Camila N. Bonfim Duarte no endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Depto de Psicologia Social e do Desenvolvimento. Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, CEP 29075-210, Vitória – ES, ou por telefone (27) 988139344.

Esclarecimentos e direitos:

A observação participante será realizada conforme autorização institucional e do grupo responsável pelos encontros. As entrevistas individuais ocorrerão mediante a autorização e consentimento, por escrito, da participante. Serão garantidos, a qualquer momento, a liberdade e o direito de a entrevistada se recusar em participar da pesquisa.

Confidencialidade e avaliação dos registros:

Todos os tipos de informação que possam identificar os participantes desta pesquisa deverão ser mantidos sob sigilo, por tempo indeterminado, tanto pela pesquisadora quanto pela instituição na qual os dados serão coletados. Desta forma, ficam assegurados o anonimato e o sigilo de todas as informações coletadas.

Consentimento pós-informação: Após as devidas informações e esclarecimentos sobre o conteúdo deste Termo de Consentimento e da pesquisa vinculada a ele, concordo com a minha participação voluntária.

Estando, portanto, de acordo, assinam o Termo de Consentimento em duas vias.

Concordam com a realização da pesquisa descrita nesse documento, conforme os termos nele estipulados:

Entrevistada

Orientador da Pesquisa

Pesquisadora responsável pela coleta de dados

Vitória, ____ de _____ de ____.

Apêndice B – Roteiro Semiestruturado de entrevista (Estudo 2)

1. IDEIAS E IMAGENS A RESPEITO DO PRÓPRIO GRUPO

- Como se inseriu no grupo de doulas (ou como começou o grupo)?
 - Por que você quis fazer o curso de doula, o que te motivou?
 - Com que frequência vocês do [nome do grupo] se encontram? Esses encontros são importantes pra você? Por que?
 - Com que frequência vocês do [nome do grupo] se falam? Essas conversas são importantes pra você? Por que?
 - Sobre o que mais vocês conversam?
 - Em que medida o trabalho de vocês é em equipe?
 - Existem papéis diferenciados dentro do grupo? Se sim, como?
 - Existe alguma forma de liderança no grupo, alguém que fica mais à frente de certas atividades? Como isso contribui para caracterizar o grupo?
 - Quais são os principais aspectos positivos do seu grupo?
 - Quais são os principais aspectos negativos do seu grupo?
 - Se pudesse, mudaria alguma coisa?
-
- Na sua opinião, o que é ser mulher?
 - Na sua opinião, o que é ser doula?
 - Como é a vida de uma doula?
 - O que você acha importante ensinar a alguém que será doula e trabalhará com grupos de gestantes?

2. IDEIAS E IMAGENS SOBRE AS GESTANTES EM GERAL E DOS ENCONTROS

- O que te vem à cabeça quando eu falo em gestantes?
 - Como você acha que é a “vida” {o dia a dia} de uma gestante?
 - O que você acha que as gestantes pensam das doulas? Por que você acha que elas pensam isso?
 - Quem são as gestantes que participam dos encontros mensais?
 - Do que elas precisam
- Se pudesse completar a seguinte frase, como completaria:
- Elas precisariam ser mais... Por quê?
 - Elas precisariam ser menos... Por quê?
 - Como é a relação de vocês (doulas) com as gestantes dos encontros?
 - Você lembra algum fato que tenha marcado você em relação ao encontro de gestação e parto?
 - Qual é o aproveitamento de las desses encontros?

3. IDEIAS E IMAGENS SOBRE GESTANTES E MEDICINA TECNOCRATA

- E as gestantes que não querem participar de grupos como esses e que valorizam apenas a medicina tecnocrata, quem são elas?
- O que você acha que explica a visão delas quanto à gestação?
- Do que elas precisam?

Se pudesse completar a seguinte frase, como completaria:

- Elas precisariam ser mais... Por quê?
- Elas precisariam ser menos... Por quê?
- Como você acha que é a relação desses médicos com essas gestantes?
- Como você acha que é a relação desses médicos com as gestantes que contratam uma doula?
- O que você acha que os médicos tecnocratas pensam das doulas?
- Por que você acha que eles pensam isso?
- Como é a relação dos médicos tecnocratas com as doulas?

Se pudesse completar a seguinte frase, como completaria:

- Eles precisariam ser mais... Por quê?
- Eles precisariam ser menos... Por quê?

4. IDENTIFICAÇÃO

- Data: 1. Idade: 2. Estado Civil: 3. Filhos (nº): 4. Escolaridade:
5. Religião: 6. Profissão: 7. Há quanto tempo exerce a profissão:
8. Há quanto tempo é doula: 9. Valor da renda familiar mensal: Dividida com quantas pessoas?

Apêndice C – Temas do Estudo 2

Temas

1. O grupo é forte
2. O Bem Nascer é um movimento ativista
3. Diferença do Bem Nascer para outras doulas é o ativismo
4. O grupo virtual cresceu
5. Bem Nascer é um grupo de apoio
6. Encontros do grupo são importantes para organização
7. O objetivo do grupo é mudar a realidade obstétrica do estado
8. Objetivo do grupo não é só ganhar dinheiro
9. Objetivo comum é alcançado apesar das diferenças individuais
10. Parto normal com intervenção desnecessária não é o objetivo
11. Todas as mulheres deveriam ter acesso a atendimento humanizado
12. Doulas conversam sobre tudo em seus encontros/conversas
13. É importante para elas que o grupo seja unido
14. O grupo é como uma família
15. Whatsapp ajuda a organizar
16. Conversa com o grupo empodera as próprias
17. Manter contato com o grupo durante as doulagens individuais melhora o trabalho
18. Convívio com o grupo faz membros serem percebidos de forma parecida
19. Convívio com o grupo fez saber ouvir melhor
20. É necessário dividir tarefas
21. Papeis e divisões no grupo são feitos de acordo com perfil de cada uma
22. Diana é colocada no papel de líder
23. Diana junta todas
24. Diana é muito organizada
25. Histórico de militância da Diana facilita papel de líder
26. Outras ocupações dificultam a dedicação como doula
27. Cada uma tem ritmo e agenda diferente de trabalho
28. A amizade entre as doulas atrapalha o profissionalismo
29. É necessário ter uma visão mais empresarial
30. A mulher é maternal
31. Ser mulher é ser humano
32. Ser mulher é uma construção social
33. A maternidade muda a percepção sobre o que é ser mulher
34. Ser mulher é ser consciente de si
35. Ser mulher em plenitude é ser protagonista
36. A mulher sofre violências
37. A mulher busca mudanças
38. A doula é maternal
39. A doula acolhe a mulher
40. A doula serve à mulher
41. A doula acredita na mulher
42. A doula se reconstrói com cada mulher acompanhada
43. Ser doula é ter uma vida imprevisível
44. Ser doula é maravilhoso/prazeroso

45. Para ser doula deve-se estudar
46. A doula precisa conhecer profundamente a história da gestante
47. A doula precisa ouvir
48. A doula precisa acreditar na mulher
49. Para ser doula deve-se amar
50. Doulas devem parar de romantizar o parto
51. Para trabalhar com grupo de gestante doula deve trabalhar a demanda delas
52. Gestação é momento de amor
53. Gestação é um momento especial que precisa ser cuidado
54. Gestantes são mulheres capazes de parir
55. Gestantes geram uma vida em seu ventre
56. Gestante faz lembrar vida
57. Vida de gestante é normal
58. Vida de gestante é de descobertas
59. Vida de gestante é cheia de dúvidas/preocupações/medo
60. Vida de gestante é difícil
61. Gestação lembra que é necessário desacelerar
62. Vida de gestante é transição entre mulher e mãe
63. Antes do parto gestante acha que doula é desnecessária
64. Gestantes romantizam as doulas/Gestantes acham que a doula garantirá o parto humanizado
65. Gestantes em geral não entendem o trabalho da doula
66. Gestantes que buscam humanização entendem que doula ajuda no empoderamento
67. Gestantes que buscam humanização veem doulas como anjos
68. Algumas gestantes entendem que a doula dá suporte
69. Gestantes confundem as doulas com enfermeiras
70. Depois do parto gestante valoriza a doula
71. Gestantes precisam ser empoderadas
72. Gestante precisa de conhecimento para confrontar médicos
73. Gestante não pode confiar cegamente nos médicos
74. Gestantes desinformadas confiam muito nos médicos
75. Gestantes desinformadas precisam confiar menos nos médicos
76. Gestantes devem ser menos passivas/assujeitada/tuteladas
77. gestantes desinformadas não buscam informação
78. gestantes desinformadas acham que não conseguem parir
79. Gestantes desinformadas não são protagonistas
80. gestantes desinformadas pensam que cesárea não dói
81. gestantes desinformadas confiam em crenças populares/em coisas que os outros falam
82. Gestantes desinformadas deviam buscar o protagonismo
83. gestante desinformada precisa buscar conhecimento
84. gestante desinformada precisa ser menos individualista
85. gestante precisa conhecer os dois partos para escolher
86. Gestantes desinformadas precisam ser informadas
87. Gestante que vai aos encontros busca parir respeitosamente
88. Gestante que vai aos encontros se questiona
89. Gestante que vai aos encontros participa do grupo virtual
90. Gestante que vai ao encontro é acompanhada por alguma doula (do Bem Nascer ou não)
91. Algumas gestantes elas não conhecem pessoalmente

92. Algumas já pariram e vão dividir experiências
93. Encontro mensal é espaço de apoio/acolhimento
94. Nos encontros as gestantes se identificam com outras passando pelas mesmas experiências
95. Encontro é espaço para compartilhar experiências
96. Encontros proporcionam espaço de empoderamento para os companheiros
97. Encontros proporcionam informações que ajudam a parir
98. Informações recebidas nos encontros levam ao empoderamento da mulher
99. Doulas tem um elo de amizade com gestantes dos encontros
100. Doulas tem o papel de passar informação nos encontros
101. Doulas ajudam na troca de experiências nos encontros
102. Abraços ao final do encontro são bons
103. Relatos de gestantes acompanhadas pela doula chamam a atenção
104. Relatos nos encontros são importantes
105. Mulheres que vão aos encontros e entram em trabalho de parto logo depois são marcantes
106. Relatos de violência são marcantes
107. relação de médicos e gestantes desinformadas é de tutela
108. relação de médicos e gestantes desinformadas é de infantilização
109. Relação de médicos e gestantes desinformadas é de prestação de serviço impessoal
110. Médicos não se importam com a dor do paciente
111. Médicos não veem necessidade de as gestantes contratarem uma doula
112. Médicos acham que doulas atrapalham
113. Médicos acham que doulas são uma ameaça
114. A doula acredita na mulher e o médico tecnocrata não
115. Medicina é machista
116. Seria bom trabalhar em parceria com médicos
117. médicos enganam as gestantes
118. médicos só querem lucrar
119. Médicos odeiam as doulas porque elas conduzem a gestante para atendimento com outros médicos
120. médicos não querem se atualizar/deveriam se atualizar
121. Médicos deveriam ser menos intervencionistas
122. Médicos deveriam ser mais humildes
123. Relação de médicos “tecnocratas” e doulas é ruim
124. Médico que intimida doula*
125. médico que é cesarista desde o início
126. Médico tecnocrata não acompanha mulher que contrata doula
127. médicos que enganam as mulheres
128. médicos que estão vendo na humanização um nicho de mercado
129. Médico humanizado gosta de trabalhar com doula
130. Parto humanizado está virando nicho de mercado
131. Doulas querem que as mulheres sejam protagonistas
132. Todas as pessoas estão inseridas em uma lógica tecnocrata
133. Companheiros também precisam buscar informação
134. Mulheres deveriam buscar informação sobre parto antes de engravidar