

Processos Identitários de um Grupo de Doulas: Atitudes sobre Gestantes e Médicos

Camila Nogueira Bonfim Duarte¹

Luiz Gustavo Silva Souza²

¹Centro de Referência de Assistência Social, Afonso Cláudio, ES

²Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar processos identitários de um grupo de cinco doulas, incluindo suas percepções sobre o próprio grupo, gestantes e médicos. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas, análise de conteúdo temática e, como referencial teórico, a Teoria da Identidade Social. Os resultados demonstraram a relevância do feminismo, ativismo social e movimento de humanização do parto para os processos identitários das participantes. Verificou-se que o grupo fornece apoio profissional e social, com sentimento de pertença e amizade. Discute-se que o ativismo, o grupo de trabalho e encontros regulares com gestantes são estratégias de mudança social, visando à transformação da assistência à saúde e relações de gênero. O estudo foi limitado pelo número de participantes, mas forneceu compreensão sobre tema pouco explorado. Futuras pesquisas poderão investigar práticas de doulas em articulação com o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS).

Palavras-chave: doulas, saúde reprodutiva, atitudes, feminismo, identidade social

Identity Processes of a Group of Doulas: Attitudes towards Pregnant Women and Doctors

Abstract

This study aimed to investigate identity-related processes among a group of five doulas, including their perceptions towards their own group, pregnant women and physicians. We administered semi-structured interviews, applied thematic content analysis and adopted Social Identity Theory as the theoretical background. Results highlighted the relevance of feminism, social activism, and the humanization of birth movement to participants' social identity. We verified that the group provided professional and social support, through sentiments of belonging and friendship. The discussion highlights that the activism, the work group and the regular meetings with pregnant women are strategies of social change, which aim to transform health practices and gender relations. The study was limited by the number of participants, but it provided insights about a scarcely explored topic. Future research may investigate practices of doulas in articulation with the Brazilian public health system (SUS).

Keywords: Doulas; reproductive health; attitudes; feminism; social identity

Procesos de Identidad de un Grupo de Doulas: Actitudes sobre las Gestantes y los Médicos

Resumen

El objetivo de este estudio fue investigar los procesos de identidad de un grupo de cinco doulas, incluyendo percepciones sobre el propio grupo, embarazadas y médicos. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas, análisis de contenido temático y, como referencial teórico, la Teoría de Identidad Social. Los resultados demostraron relevancia de feminismo, activismo social y movimiento de humanización del parto en los procesos de identidad de las participantes. Se verificó que el grupo proporciona apoyo profesional y social, con sentimiento de pertenencia y amistad. Se discute que activismo, grupo de trabajo y encuentros regulares con embarazadas son estrategias de cambios sociales, buscando transformaciones en asistencia a la salud y relaciones de género. El estudio fue limitado por el número de participantes, pero proporcionó amplia comprensión sobre el tema, todavía poco explorado. Futuros estudios podrán investigar prácticas de doulas en articulación con el Sistema Único de Salud brasileño (SUS).

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

Introdução

Existem três paradigmas que representam modelos médicos e ainda se fazem atuais, sendo amplamente utilizados: 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, tanto por profissionais quanto por usuários (Davis-Floyd, 2001). 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/humanizado 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.

O modelo de assistência ao parto e nascimento prevalente no Brasil é intervencionista, ou tecnocrata,

com foco curativo e hospitalar. A partir desse modelo, o evento de parturição e nascimento são atos médicos, com foco em patologias e complicações, ignorando, assim, a fisiologia, os aspectos familiares, culturais e sociais do parto (Maia, 2010).

Davis-Floyd (2001) afirma que, numa época de grande uso da tecnologia na atenção ao parto, o modelo humanístico/humanizado é o que tem maiores chances de sucesso. O modelo humanizado tem a mulher como protagonista do parto, pressupõe que a segurança não está ligada à intervenção e tecnologia, como no modelo tecnocrático, e valoriza os processos psicológicos e fisiológicos envolvidos na parturição. Dessa maneira, a expectativa é que a mudança de paradigma, do modelo tecnocrático para o humanizado, seja uma estratégia eficaz na redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal e na garantia da saúde materna (Alves et al., 2017; Luz & Gico, 2016; Maia, 2010).

A satisfação das puérperas com o parto é maior quando a assistência é humanizada e individualizada, sendo alguns fatores dessa satisfação: menos intervenções, participação ativa da parturiente no processo e presença de um acompanhante de própria escolha (Narchi, Diniz, Azenha, & Scheneck, 2010). Davis-Floyd (2012) pondera que há intervenções tecnológicas no modelo humanizado, mas o respeito e cuidado na assistência são formas de minimizar a alienação advinda das intervenções.

A humanização do parto, tanto na saúde complementar como nos serviços públicos do 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). Quando as parturientes passam por situações de violência, a satisfação com o parto diminui, aumentam as chances de problemas com amamentação e dificuldades no puerpério, como depressão pós-parto (Amorim, 2015; D’Orsi et al., 2014; 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), Jundiá (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 que possa oferecer explicações e apoio durante o parto, e observaram que a função da doula é compatível com essas necessidades.

A doula é uma profissional capacitada para fornecer apoio físico e emocional à mulher e está familiarizada com os procedimentos de assistência ao parto. Suas atividades incluem ser uma presença afetuosa e constante durante o trabalho de parto e o parto, fornecer explicações sobre os procedimentos e o trabalho de parto, segurar a mão da parturiente, promover técnicas de respiração, fazer massagens e atender suas necessidades básicas (Oliveira & Madeira, 2002; Oliveira & Sodré, 2011; OMS, 2000). Ela não precisa ter formação na área de saúde, mas a capacitação é fundamental para que ela conheça os procedimentos e possa interagir com a equipe, sendo um elo entre a equipe 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 gera alguns desentendimentos sobre o papel da doula, por parte da equipe obstétrica, por vezes entendendo-as como ameaça ao trabalho desenvolvido (Papagni & Buckner, 2006), 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 pretenderam 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 cujas participantes de pesquisa eram as doulas. Alguns desses estudos referem-se ao trabalho das doulas e utilizam 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 (Rodrigues & Siqueira, 2008; Silva & Siqueira, 2007). 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 têm as doulas como participantes e buscam 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, 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 clínica 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. Buscou-se verificar a hipótese de que as doulas dirigiriam atitudes diferentes às gestantes que as procuravam e àquelas que não as procuravam.

Neste estudo, foi adotado o referencial teórico da Teoria da Identidade Social. Esta postula que a pertença a grupos sociais contribui, positivamente ou negativamente, para a autoimagem do indivíduo (Tajfel, 1982, 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 autoimagem positiva, especialmente em grupos minoritários, cuja autoestima 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).

Outro conceito utilizado no processo de construção e análise desse estudo é o de atitude. Atitudes são entendidas como uma predisposição a responder, avaliativamente, de forma favorável ou desfavorável em relação a um objeto, uma ideia ou uma pessoa (Neiva & Mauro, 2011).

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 Nascer”. 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 a 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 a 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, descritos, a seguir, com as questões disparadoras entre parênteses: a) Ideias e imagens sobre o próprio grupo (Existem papéis diferenciados dentro do grupo “Bem Nascer”? Se sim, como? Quais são os principais aspectos positivos do seu grupo? Quais são os principais aspectos negativos do seu grupo? Na sua opinião, o que é ser doula?), incluindo uma questão sobre a escolha profissional

(Por que você quis fazer o curso de doula? O que te motivou?); b) Ideias e imagens sobre as gestantes e os encontros mensais (O que te vem à cabeça quando eu falo em gestantes? Quem são as gestantes que participam dos encontros? Do que elas precisam?); c) Ideias e imagens sobre as gestantes e a medicina tecnocrata (E as gestantes que não participam de grupos como esses, quem são elas? Do que elas precisam? Como você acha que as gestantes se relacionam com os médicos? Como a gestante que contrata uma doula se relaciona com os médicos?). 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 (Versão 5.9.1.8742; Evernote Corporation, 2015).

Procedimentos de Análise de Dados

Os áudios das entrevistas foram transcritos e, após a organização dos dados, foi realizada uma análise de conteúdo temática. 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 (Pope, Ziebland, & Mays, 2009; Souza, 2012).

As categorias e as subcategorias foram alcançadas a partir do agrupamento dos temas por homologia do objeto, não sendo, elas próprias, núcleos de significação, mas sim, formas de reuni-los. Por exemplo “mudar a realidade obstétrica do estado” e “que todas as mulheres tenham acesso ao atendimento humanizado” foram núcleos de significação agrupados na subcategoria “Objetivos do grupo”, incluída, por sua vez, na categoria “Visão/ideias sobre o próprio grupo”.

Resultados

A partir da análise de conteúdo temática, foram identificados 134 temas, agrupados em cinco 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.

Os temas serão destacados com sublinhado ao longo do relato que se segue. A primeira categoria a ser apresentada é denominada Visão/ideias sobre o próprio grupo. As participantes definem o Bem Nascer como 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 mantém em uma rede social para discutir assuntos pertinentes à gestação, parto e criação de filhos.

Afirmaram 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 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

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 De que as gestantes precisam/não precisam Como são as gestantes “desinformadas”/O que elas pensam De 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”.

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.

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 papéis 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 julgam que o histórico de militância da Diana facilita o 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 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.

A segunda categoria, O que é/como é ser mulher, agrupou definições dadas, pelas participantes, à mulher: 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.

A terceira categoria, Ser doula, abarca conteúdos tais como: 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. Esse bloco gerou conteúdo para construção da quarta categoria, Visão sobre os encontros mensais. 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 se identificam 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 entram em trabalho de parto logo depois dos encontros são marcantes, assim como os relatos de violência obstétrica.

A quinta categoria, intitulada Visão/ideias sobre as gestantes/gestação, agrupou os temas descritos a seguir. 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.

Quando 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.

Ao longo das entrevistas, 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.

Quanto à última categoria, Visão sobre médicos/medicina, as doulas disseram que a relação de médicos e gestantes “desinformadas” é de tutela e de infantilização, bem como de prestação de serviço impessoal. Citaram 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 das doulas, 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 afirmaram 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. 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 afirmaram 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

Para discutir os resultados apresentados, lança-se mão do conceito de atitude, tal como descrito anteriormente, e dos conceitos de identidade social, categorização, comparação e grupo social, próprios ao referencial teórico adotado (Teoria da Identidade Social).

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.

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 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 (Neiva & Mauro, 2011). 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 outras pessoas podem somente 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 eram direcionadas atitudes negativas, como foi possível identificar 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 obstetras e doulas, o que contribui para práticas diferenciadas e possíveis conflitos. Klein et al. (2009) reportam que obstetras tinham atitudes menos positivas que obstetras e doulas sobre parto domiciliar, o papel

da mulher no seu próprio parto e acompanhamento da doula, além de os obstetras serem mais preocupados com as consequências do parto normal e terem atitudes mais positivas que doulas e obstetras 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 tomar 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 e Nogueira, 2011, p. 3).

Considera-se que uma categoria social difere de grupos menores, face a face, ou pequenos grupos com interações reais, porém ambos são importantes como identificação grupal – “a medida da força de conexão de indivíduos com um grupo a que pertencem” (Wachelke, 2012, p. 187) – que pode afetar a cognição e o comportamento dos indivíduos (Hogg, 2006; Tajfel, 1983). Foi possível observar a importância do “pequeno grupo” (Gonçalves, 2013), Bem Nascido, 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.

As doulas, gestantes, profissionais, pesquisadoras e ativistas mencionadas no início da discussão contribuíram para transformar o cenário obstétrico nacional. 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 obstetras (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 ação 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 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 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 formação de doulas 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 participa mensalmente do curso de gestantes promovido no local. A articulação com o SUS não estava presente nos discursos, mas 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 a capacidade de transformação do cenário obstétrico, configurando uma possibilidade de pesquisas futuras, que tenham o objetivo de compreender crenças e práticas de outras doulas ou grupos de doulas mais articuladas ao SUS.

Este estudo pode configurar-se como subsídio para a discussão sobre a inserção das doulas no cenário obstétrico brasileiro, a partir da possibilidade de que elas próprias falassem sobre sua atuação. Foi possível discutir processos identitários construídos por essas profissionais, o que pode embasar ações futuras com os agentes do movimento de humanização do parto, tais como médicos, gestantes, doulas e enfermeiras.

Este estudo teve como limitações o fato de contar apenas com uma entrevista individual com cada doula e o pequeno número de participantes. Com o crescente número de grupos de doulas, no país, sugere-se replicar esta pesquisa com adição de métodos de coleta, tais como a observação participante, e tendo como participantes mais grupos de doulas, possibilitando a comparação de processos identitários entre grupos.

Referências

- Alves, A. G., Martins, C. A., Lima e Silva, F., Alexandre, M. S. A., Correa, C. I. N. C., & Tobias, G. C. (2017). Política de humanização da assistência ao parto como base à implementação rede cegonha: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11(2), 691-702. doi: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201724
- Amorim, M. C. (2015). *Experiências de parto e violações aos direitos humanos: Um estudo sobre relatos de violência na assistência obstétrica* (dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Brasil. Recuperado de <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4943>
- Barba, M. D. (1 de dezembro 2015). Médicos vão receber três vezes mais por parto normal, determina Justiça. *BBC Brasil em São Paulo*. Recuperado de http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/12/151201_partos_remuneracao_mdb_rm
- Brito, A. M. A., & Nogueira, M. A. L. (2011). A construção de identidades das parteiras da tradição. Em *XIX Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pernambuco*. Anais do XIX Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil. Recuperado de <http://www.contabeis.ufpe.br/propeq/images/conic/2011/conic/pibic/70/11070814PO.pdf>
- Davis-Floyd, R. E. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(Suppl. 1), S5-S23. doi: 10.1016/S0020-7292(01)00510-0
- Davis-Floyd, R. E. (2012). Prefácio. Em R. Jones, *Memoórias do homem de vidro, reminiscências de um obstetra humanista*. Porto Alegre: Ideias a Granel.
- 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
- 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. doi: 10.1590/0102-311X00087813

- Evernote Corporation. (2015). Evernote (Versão 5.9.1.8742) [Computer software]. Recuperado de <https://evernote.com/>
- Gonçalves, G. S. O. (2013). *Efeitos da ameaça, atribuições causais e autocategorização nas reações a membros normativos e desviantes dos grupos sociais*. (tese de doutorado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Hogg, M. A. (2006). Social identity theory. Em P. J. Burke (Eds.), *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. Recuperado de <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. Recuperado de http://www.jogc.com/pastIssue_e.asp?id=77
- 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. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00462.x
- 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. doi: 10.1590/S0104-11692001000300014
- 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. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/380>
- 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. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm
- LEY Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (2007). Recuperado de http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf
- Luz, L. H., & Gico, V. V. (2016). Blogs como canais alternativos de comunicação para o renascimento do parto. *Intercom – RBCC*, 39(2), 147-160. doi: 10.1590/1809-58442016210
- Maia, M. B. (2010). Humanização do parto: Política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. doi: 10.7476/9788575413289
- Medeiros, L. B. de. (2014). *Rotas de fuga no ciberespaço: Itinerários de mulheres em busca do parto desejado* (dissertação de mestrado não publicada). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – RS. Recuperado de <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. Recuperado de 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. doi: 10.1590/S0102-311X2008000800014.
- Narchi, N. Z., Diniz, C. S. G., Azenha, C. A. V., Scheinech, C. A. (2010). Women's satisfaction with childbirth' experience in different models of care: A descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 9(2). doi: 10.5935/1676-4285.20103102
- Neiva, R. E., & Mauro G. T. (2011). Atitudes e mudanças de atitudes. Em C. V. Torres & E. R. Neiva (Eds.), *Psicologia Social: Principais temas e vertentes* (pp 171-203). Porto Alegre: Artmed.
- 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

- Oliveira, J. B., & Sodré, T. M. (2011). A doula em serviço público de atenção ao parto de Londrina-PR: Faz parte do plano das mulheres? Em *VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal*. Anais do VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- 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. doi: 10.1624/105812406X92949
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2009). Analisando dados qualitativos. Em C. Pope & N. Mays (Eds.), *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde* (3 ed., pp. 77-96). 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. doi: 10.1590/S1519-38292008000200005
- 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, 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. doi: 10.1590/S0104-12822007000100013
- 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. doi: 10.1590/S1413-81232012001000026
- 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*, 19(3), 452-460. doi: 10.1590/S0104-07072010000300006
- Souza, K. J. de. (2014). *Violência institucional na atenção obstétrica: Proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto*, (dissertação de mestrado não publicada). Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília.
- 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. doi: 10.1590/S0103-21002010000400008
- Souza, L. G. S. (2012). *Profissionais de saúde da família e representações sociais do alcoolismo* (tese de doutorado não publicada). 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. Recuperado de <http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/CNTC/article/view/2041>
- 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.
- 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). Recuperado de <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. Recuperado de http://cmvnet.cmv.es.gov.br/arquivos/diario_legislativo/09085707081507.08.2015
- Wachelke, J. F. R. (2012). Identificação com o grupo: Adaptação e validação de uma medida geral para o contexto brasileiro. *Psicologia e Saber Social*, 1(2), 187-200. doi: 10.12957/psi.saber.soc.2012.4898

Recebido em: 12-02-2016

Reformulado em: 20-02-2018

Aprovado em: 29-03-2018

Sobre os autores:

Camila Nogueira Bonfim Duarte é psicóloga e mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo e atua como psicóloga efetiva no CRAS do município de Afonso Cláudio/ES. Sua experiência acadêmica centra-se na Psicologia Social e da Saúde, com ênfase em temas associados à violência contra a mulher, gênero, masculinidade, adoção e psicologia da gravidez.

E-mail: camilanogueirabonfim@gmail.com

Luiz Gustavo Silva Souza é psicólogo, doutor em Psicologia e professor adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes.

E-mail: luizsouza@hotmail.com

Contato com os autores:

Camila Nogueira Bonfim Duarte

Centro de Referência de Assistência Social – CRAS

Rua João Batista de Araújo, s/n, Amâncio Pimenta

Afonso Cláudio-ES, Brasil

CEP: 29600-000

Telefones: (027) 3735-4056 / (027) 3735-4050

Luiz Gustavo Silva Souza

Universidade Federal Fluminense

Rua José do Patrocínio, n. 71, Centro

Campos dos Goytacazes-RJ, Brasil

CEP: 28030-130

Telefones: (022) 2733-0319 / (022) 2733-0310