

Vivência e expectativas de doulas em região brasileira de fronteira

Experience and expectations of doulas in a Brazilian border region

Larissa Djanilda Parra da Luz¹, Sebastião Caldeira², Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel¹

DOI: 10.1590/2358-289820241408386P

RESUMO O estudo buscou compreender a vivência e as expectativas das doulas que atuam ou atuaram em dois municípios de região de fronteira: Foz do Iguaçu e Cascavel, Paraná, Brasil. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa pautada no referencial da Fenomenologia Social. A coleta das informações deu-se por entrevistas com roteiro semiestruturado em língua portuguesa. As entrevistas foram feitas on-line. Os resultados foram classificados em seis categorias: motivação para tornar-se doula, conhecimento sobre o papel da doula, o cotidiano das doulas, abrangendo as subcategorias de experiências exitosas e desafios da atividade na região de fronteira, a invisibilidade da doulagem, as expectativas enquanto doulas frente ao cenário obstétrico e o esperado da sua atuação profissional. O estudo permitiu compreender a vivência das doulas e o conhecimento do papel da sua função no Sistema Único de Saúde (SUS), no setor privado e em partos domiciliares, evidenciando a importância da atuação multiprofissional. Foram ponderadas resistências no cenário obstétrico por desconhecimento dos profissionais da assistência sobre o papel da doula. Em relação à atuação na região de fronteira, as doulas relataram o acompanhamento de mulheres paraguaias no Brasil e, com menos frequência, no Paraguai. As barreiras culturais e linguísticas foram destacadas como obstáculos para o exercício profissional em outro país.

PALAVRAS-CHAVE Doulas. Saúde pública. Bem-estar materno. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *The study sought to understand the experience and expectations of doulas who worked or worked in two municipalities in the border region: Foz do Iguaçu and Cascavel, Paraná, Brazil. This was a qualitative research based on the framework of Social Phenomenology. The collection of information took place through interviews with a semi-structured script in Portuguese. The interviews were done online. The results were classified into six categories: motivated to become a doula, knowledge about the role of the doula, the daily life of the doulas, covering the subcategories of successful experiences and challenges of the activity in the border region, the invisibility of the doula, the expectations as doulas facing the obstetric scenario and what is expected of their professional performance. The study made it possible to understand the experience of doulas and knowledge of the role of their role in the Unified Health System (SUS), in the private sector and in home births, highlighting the importance of multidisciplinary action. Resistance in the obstetric scenario was considered due to the lack of knowledge on the part of care professionals about the role of the doula. Regarding work in the border region, the doulas reported accompanying Paraguayan women in Brazil and, less frequently, in Paraguay. Cultural and linguistic barriers were highlighted as reasons that make professional practice in another country unfeasible.*

KEYWORDS Doulas. Public health. Maternal welfare. Qualitative research.

¹Fundação Oswaldo Cruz
Brasília (Fiocruz) - Rio de
Janeiro (RJ), Brasil.
lariparra.luz@gmail.com

²Universidade Estadual
do Oeste do Paraná
(Unioeste) - Foz do Iguaçu
(PR), Brasil.



Introdução

A assistência à gestação, ao parto e ao puerpério passou por mudanças significativas com a incorporação de tecnologias na atenção à saúde. De evento natural, fisiológico, cultural e com o envolvimento de pessoas do círculo afetivo das gestantes, parturientes e puérperas, o parto passa a ser visto como fenômeno que requer cuidado médico e institucionalizado¹⁻⁴.

Algumas evidências científicas sustentam a ideia de que o apoio físico e emocional ofertado às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal promove benefícios, afetando positivamente as práticas relacionadas à assistência aos partos em instituições hospitalares como nos partos domiciliares⁵⁻⁷. Atualmente, este apoio é exercido pelas doulas, ocupação da área da saúde cujo exercício está pautado na prestação de apoio físico e emocional com o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e do desconforto, palavras de apoio e de empoderamento e informação à mulher e seu/sua acompanhante sobre a assistência prestada nos serviços da rede de atenção à saúde⁸⁻¹⁰.

A etimologia da palavra doula é grega: *‘δολα’* (pronuncia-se ‘dula’) significa ‘aquela que serve’, correspondendo à ocupação que se designa a servir às mulheres no processo de gestar, parir e maternar⁶⁻¹⁰. O intuito dessa profissão não é interferir no processo de trabalho da equipe obstétrica, mas prestar cuidado, fornecer apoio e informação com embasamento científico¹¹⁻¹³, de modo que o acompanhamento das doulas não deve ser substituído pelo acompanhante da parturiente – direito garantido pela Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005 –, uma vez que este acompanhamento não possui as especificidades técnicas do trabalho exercido pelas doulas^{6,14,15}.

Em 2010, o Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil (MTE) regulamentou a atuação das doulas, incluindo-a na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) com o código 3221-35, classificando-a como uma ocupação da área da saúde descrita por prestar suporte contínuo à gestante em todo

ciclo gravídico-puerperal, favorecendo a evolução do parto e o bem-estar da parturiente¹⁶. As doulas realizam avaliação das disfunções fisiológicas, sistêmicas, energéticas, vibracionais e inestéticas das pacientes/clientes⁸.

Em março de 2022, o Senado brasileiro aprovou o Projeto de Lei nº 3.941 de 2021⁸, que regulamentou o ofício de doula, assegurando sua presença nas maternidades, casas de parto e em outros estabelecimentos da rede pública ou suplementar, inclusive em caso de intercorrências na gestação e aborto legal, incentivando a atuação da doula nas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS).

A regulamentação da ocupação estabeleceu alguns critérios para o exercício da atuação da doula, sendo eles: 1) diploma de ensino médio; 2) curso de qualificação profissional de no mínimo 120 horas, com exceção às que atuam há mais de três anos. As doulas ficam vedadas de usar ou manusear equipamentos médico-assistenciais, realizar procedimentos médicos ou de enfermagem, administrar medicamentos e interferir nos procedimentos técnicos dos profissionais de saúde⁸.

A temática sobre as doulas perpassa o caminho da humanização do parto e possui relevância para a saúde pública, tendo em vista que as doulas são incluídas e recomendadas em políticas e programas de saúde materno-infantil¹⁷⁻¹⁹. Há evidências de que a atuação das doulas pode reduzir danos e agravos à saúde materna e infantil, estando associada à diminuição da interferência das iniquidades sociais e culturais no desfecho do parto, à redução da frequência da depressão pós-parto e à promoção do aleitamento materno^{5,14-20}.

No cenário nacional, a atuação da doula foi evidenciada no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, principalmente em projetos de atuação voluntária²¹. No cenário internacional, observou-se a atuação das doulas na preparação para o parto durante todo o período gestacional, no parto e no pós-parto imediato, resultando em experiências satisfatórias para as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal^{8,11,12}.

Apesar da evidenciação da atuação da doula no trabalho de parto e parto, enfatiza-se estrategicamente o cenário do pré-natal e do pós-parto, podendo ser uma profissional estratégica na APS no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de danos por meio de atividades de preparação para o parto, plano de parto, amamentação e cuidados com o recém-nascido, contribuindo para o aperfeiçoamento da atenção ao pré-natal na rede pública de saúde e garantindo a multiprofissionalidade¹⁴.

Contudo, observou-se uma lacuna nas publicações de estudos que abordam a atuação das doulas profissionalmente e voluntariamente nos serviços de saúde na América Latina, bem como notou-se a necessidade de explorar a temática na região da tríplice-fronteira, em que, embora haja doulas atuando desde 2015 em Foz do Iguaçu e Cascavel, estado do Paraná, é uma profissional quase desconhecida por profissionais da saúde e pela população, sendo consideradas um ‘novo fenômeno’ na rede de serviços de saúde.

No Brasil, a região de fronteira é dividida em três arcos, Arco Norte, Arco Central e Arco Sul, tendo 17 sub-regiões que abrangem 588 municípios e corresponde a 27% do território nacional. Os municípios das regiões de fronteira são identificados por pertencerem a um limite territorial de 150 quilômetros paralelos à linha divisória entre o Brasil e outros países. A vida dos residentes em zonas de fronteira sofre o impacto dos limites territoriais que acabam por acentuar desigualdades sociais, culturais, econômicas e na assistência à saúde entre cidadãos de municípios vizinhos, mas de nações diferentes²²⁻²⁵.

Os municípios brasileiros de Foz do Iguaçu e de Cascavel, Paraná, estão situados no Arco Sul e pertencem à sub-região fronteira XVI, tendo como limite internacional a fronteira com outros dois países: Ciudad Del Este, Paraguai, e Puerto Iguazú, Argentina²³. Considerando as diferenças sociais, econômicas, culturais e nos modelos de assistência à saúde nos três países, o fluxo transfronteiriço

da atuação das doulas nessas localidades pode contribuir para experiências exitosas ao preencher lacunas percebidas na assistência à saúde materna e infantil na tríplice fronteira²³.

Em virtude disto, esta pesquisa teve como objetivo compreender a vivência e as expectativas de doulas que atuam ou atuaram no ciclo gravídico-puerperal (gestação, parto, nascimento e puerpério) em região de fronteira. Participaram do estudo doulas residentes nos municípios de Foz do Iguaçu e de Cascavel.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa qualitativa fundamentada no referencial da Fenomenologia Social, viabilizando a compreensão da ação humana no mundo social. Compreende-se como mundo social o contexto em que os sujeitos estão inseridos conscientemente e interagem compartilhando conhecimentos adquiridos durante sua trajetória e, considerando os contextos socioeconômico, cultural e político caracterizando sua situação biográfica²⁶.

A Fenomenologia Social baseia-se em pressupostos que, neste caso, possibilitaram traduzir a vivência e as expectativas acerca da assistência ao parto e ao nascimento na percepção das doulas. Os pressupostos que sustentaram esta pesquisa foram: motivação (motivos porque e motivos para), bagagem de conhecimento, situação biográfica, relação social, intersubjetividade e reciprocidade de intenções²⁶.

A intersubjetividade é uma das condições para vida social e define-se pelo compartilhamento das vivências e conhecimentos, possibilitando a comunicação entre os sujeitos. Toda relação humana no mundo social se estabelece face a face e estão presentes motivações recíprocas²⁶. As motivações relacionadas às experiências do passado e do presente, que atuaram na construção do sujeito durante sua existência, são identificadas como ‘motivos porque’, algo já concretizado. Esta vivência estimula os sujeitos a terem novos

objetivos gerando expectativas para ações no futuro, caracterizando os ‘motivos para’²⁶. Assim, a Fenomenologia Social nos permitiu compreender a vivência e as expectativas de doulas a partir das relações sociais que foram estabelecidas com gestantes, parturientes e puérperas, seus acompanhantes e as equipes de assistência à saúde.

Considerando a Fenomenologia Social, referencial teórico da pesquisa, estruturamos o trabalho de campo. O estudo foi desenvolvido em Foz do Iguaçu e Cascavel, cidades situadas no oeste do estado do Paraná. Participaram do estudo dez doulas que atuam e/ou atuaram na região de fronteira, contatadas a partir de informações disponibilizadas na internet, especificamente em *sites* de busca por doulas e pelas redes sociais. Após contato primário via telefone, houve um momento para esclarecimentos acerca do estudo e o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Devido ao advento da pandemia da Covid-19, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) elaborou orientações para o desenvolvimento das pesquisas envolvendo seres humanos²⁷. Assim, as entrevistas foram realizadas em formato online, por meio do *software* Google Meet, com microfone e câmera habilitados, e ocorreram entre os meses de julho de 2020 e fevereiro de 2021. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, o número de participantes foi estabelecido pela técnica de saturação, não havendo um número previamente definido. No momento em que as informações se tornaram congruentes para a elaboração de categorias e subcategorias, considerou-se o número de participantes suficiente²⁸.

Após as primeiras, as entrevistas subsequentes ocorreram por indicação das doulas que já haviam sido entrevistadas, caracterizando-se como método bola de neve (*snowball sampling*) de amostra lineal. A técnica da bola de neve permite a definição da amostra por referência, sendo novos sujeitos indicados pelos anteriormente entrevistados por apresentarem características que os tornam elegíveis para a pesquisa²⁹.

Na coleta das informações, utilizou-se a entrevista semiestruturada, gravada por intermédio de dispositivo digital, com um roteiro abrangendo os seguintes pontos: Fale-me sobre a sua motivação para ser doula: Qual o seu conhecimento sobre o papel da doula? O que te motivou e/ou desmotivou ser doula? O que pensa sobre a assistência ao parto? Quais são as dificuldades para atuação das doulas? Na sua percepção, quais são os benefícios da atuação das doulas? Quais as suas expectativas de mudanças para a assistência no ciclo gravídico puerperal? O que você espera da atenção ao parto hospitalar e domiciliar nos próximos anos? Qual seria o cenário ideal de atuação para a doula e outros profissionais no cenário obstétrico? O que espera sobre a atuação das doulas, bem como sua formação?

A análise e organização dos dados se deram a partir dos passos propostos por alguns pesquisadores da Fenomenologia Social: 1) Leitura sequencial e detalhada dos relatos das doulas, buscando identificar as unidades de significado; 2) Leitura das unidades de significado, agrupando-as de acordo com suas convergências, para formar as categorias concretas do vivido da percepção das doulas; 3) Construção das categorias, identificação daquelas que expressam os ‘motivos porque’ e os ‘motivos para’ das ações dos membros da equipe multiprofissional e; 4) Discussão dos resultados à luz dos elementos teóricos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e outros referenciais relacionados à temática³⁰.

A pesquisa foi respaldada pelo Comitê de Ética de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (CEP/Unioeste) conforme parecer favorável número 4.084.262 e CAAE: 33158320.4.0000.0107, de 12 de junho de 2020, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012³¹. As participantes da pesquisa tiveram seu anonimato preservado, sendo identificadas como ‘Doula’ e o número da entrevista: Doula 1, Doula 2, Doula 3 e assim por diante.

Resultados

As características sociodemográficas das doulas foram detalhadas no *quadro 1*. As idades das participantes variaram de 29 a 47 anos, com média de 33 anos de idade, de nacionalidade brasileira, predominantemente casadas, com filhos e de cor branca. Em relação à escolaridade, verificou-se que duas participantes não possuíam ensino superior completo e oito possuíam formação superior

nas áreas de enfermagem, fisioterapia, direito e administração.

Ressaltou-se que das sete doulas que estavam atuando, quatro conciliavam a atuação com outra profissão, a saber: uma policial militar, duas enfermeiras obstetras e uma advogada. Vimos que as doulas atuaram em mais de uma localidade nos estados do Paraná e São Paulo e no Paraguai – houve relatos de doulas que acompanharam mulheres paraguaias tanto em território brasileiro, quanto no Paraguai.

Quadro 1. Características sociodemográficas das doulas que atuam/atuarão na região de fronteira, Brasil, 2021

Participantes	Município de residência	Idade	Cor	Estado civil	Filhos	Está atuando	Tempo de atuação	Locais de atuação
Doula 1	Foz do Iguaçu	29	Branca	Divorciada	Sim, 1	Não	2 anos	Foz do Iguaçu, Cascavel e Paraguai
Doula 2	Cascavel	32	Branca	Casada	Sim, 1	Sim	2 anos	Cascavel
Doula 3	Foz do Iguaçu	33	Branca	Divorciada	Sim, 1	Sim	3 anos	Foz do Iguaçu
Doula 4	Cascavel	37	Branca	Solteira	Sim, 1	Sim	5 anos	Cascavel e Toledo
Doula 5	Cascavel	23	Branca	Solteira	Não	Não	2 anos	Cascavel
Doula 6	Cascavel	31	Branca	Casada	Sim, 1	Sim	2 anos	Cascavel, Guaíra e Toledo
Doula 7	Foz do Iguaçu	34	Parda	Casada	Sim, 1	Sim	1 ano e 6 meses	Foz do Iguaçu e São Paulo
Doula 8	Foz do Iguaçu	47	Branca	Casada	Sim, 2	Sim	7 anos	Foz do Iguaçu
Doula 9	Cascavel	32	Branca	Casada	Sim, 3	Não	2 anos	Cascavel e Toledo
Doula 10	Foz do Iguaçu	31	Branca	Solteira	Sim, 1	Não	2 anos	Foz do Iguaçu

Fonte: elaboração própria.

A Fenomenologia Social permitiu compreender as vivências das doulas no contexto da intersubjetividade do mundo social. A partir dos relatos das participantes, foram obtidas seis categorias concretas do vivido: quatro referentes aos ‘motivos porque’ e duas aos ‘motivos para’.

Quanto aos ‘motivos porque’, destacaram-se: 1. Motivação para tornar-se doula; 2. Conhecimento sobre o papel da doula; 3. A vivência no cotidiano das doulas, abrangendo as subcategorias: 3.1. Experiências exitosas e 3.2. Os desafios da doulagem na região de fronteira, e; 4. A invisibilidade da doulagem.

As duas categorias a seguir referem-se aos ‘motivos para’: 5. As expectativas enquanto doulas frente ao cenário obstétrico e 6. O que se espera no que tange à ação da doula.

Acerca da categoria 1, ‘motivação para tornar-se doula’, os motivos pelos quais as mulheres decidiram pela atuação profissional e/ou voluntária da doulagem estão relacionados com sua ancestralidade, experiências de partos com violência obstétrica, experiências de partos exitosos e a ambição de proporcionar uma vivência respeitosa e afetuosa para mulheres e recém-nascidos, conforme apresentado a seguir:

A minha bisavó era parteira no interior do Rio Grande do Sul, fez muito parto. A gente está resgatando o nosso passado [...] na tradição das parteiras, das indígenas, na ancestralidade, da força feminina, da mulher. (Doula 3).

Eu descobri a paixão pela doulagem no meu parto, quando eu me preparei para o meu parto. (Doula 6).

Eu entrei na doulagem, na verdade, muito mais por uma questão jurídica do que por saúde, porque quando eu engravidei, eu percebi como as mulheres não têm conhecimento sobre os seus direitos [...]. (Doula 2).

[...] eu engravidei e tive meu filho na Inglaterra, onde eu morava e trabalhava. Ele nasceu de um parto domiciliar planejado e depois de dois meses eu retornei para o Brasil e aqui eu me deparei com uma realidade bem triste que me chocou muito: as mulheres não amamentavam, as mulheres não tinham partos, elas tinham cesarianas e ninguém sabia o que que era parto. (Doula 4).

Eu comecei a me interessar pela assistência ao parto depois que eu tive a minha primeira filha em que eu buscava um parto, porém eu não tinha nenhuma informação. (Doula 9).

Ao serem questionadas com relação ao que definimos como categoria 2, ‘conhecimento sobre o papel da doula’, as participantes responderam:

Ser doula é servir. É atender a necessidade de outro ser humano sem interesses. (Doula 2).

Uma massagem pra ajudar ali ou uma posição, que é o nosso trabalho mesmo, que é o acompanhamento, carinho, afeto, posição, massagem [...]. (Doula 1).

[...] Servir à mulher é o papel principal da doula, mas também proporcionar um mundo de informações que pode contribuir na prevenção, fazendo com que esse momento seja mais leve para essas mulheres [...] O principal é o foco na mulher, aquela

mulher que está ali parindo, se reconstruindo, nascendo e morrendo. (Doula 4).

Eu acho que a doula tem um papel muito importante na vida da gestante, ela está ali para dar o suporte, aquela atenção que a gestante precisa naquele momento. (Doula 3).

Eu acho que ser doula pra mim é isso: saber respeitar a religiosidade, a particularidade de cada paciente, tentando levar ela sempre para o lugar mais correto, da informação mais correta e deixar que ela tire as conclusões e estar sempre do lado dela apoiando da maneira que mais a beneficie. (Doula 5).

A categoria 3, ‘vivência no cotidiano das doulas’ foi subdividida em duas subcategorias. A primeira refere-se às ‘experiências exitosas’ das doulas:

Eu cheguei atender parto domiciliar em Foz com uma equipe específica, a questão hospitalar a gente chegou a um ponto em que se dava para confiar em algumas equipes. (Doula 1).

Inclusive do Paraguai, fui doula de várias gestantes paraguaias, porque aqui iniciamos um movimento em 2015 e eu acredito que teve um boom logo que as coisas começaram a se movimentar. (Doula 4).

[...] eu acho que todos os partos deram certo, questão de dinâmica de serviço, alguns evoluíram para uma cesárea, mas são coisas que acontecem no decorrer do trabalho. (Doula 3).

E a segunda subcategoria retrata os ‘desafios da doulagem na região de fronteira’:

Em Ciudad Del Este (Paraguai) eu tive um atendimento em um hospital particular, uma cliente de lá, ela me conheceu aqui no começo da minha atuação, lá consegui ter o atendimento pior do que aqui. Houve mais violências por não ser a minha língua nativa, eu tive muito mais dificuldade de ter contato com a equipe e de compreender o que a equipe estava propondo, eu fui expulsa da sala diversas vezes. (Doula 1).

O que eu vejo hoje, é que com os profissionais mais antigos nós ainda estamos encontrando algumas barreiras de comunicação, os clientes fazem as suas perguntas e às vezes recebem uma resposta um pouco tortuosa, uma desconversa. (Doula 2).

eu percebo que tem muitas coisas a serem mudadas, para ser melhorada, seja estrutura, seja pessoal, seja informação para gestantes. [...] você percebe que não é bem-vinda (no hospital), parece que você está atrapalhando, essa é a sensação que eu tenho. (Doula 3).

A gente tem projeto de doulagem voluntária no SUS, mas a gente não consegue colocar em prática, não é aceito. (Doula 6).

Como categoria 4, ‘invisibilidade da doulagem’, reunimos as inquietações que as participantes trouxeram por perceberem o desconhecimento de sua atividade pela sociedade, tanto pelas mulheres quanto pelas instituições e profissionais de saúde:

[...] as mulheres também não sabiam o que era, não conheciam ou nunca tinham ouvido falar [...] lidar com instituição, lidar com o preconceito que a doula vive dentro da instituição, o fato de ninguém saber o que eu faço por mais que eu explique, ninguém querer a gente por perto, por mais que não saibam o que a gente faz. Enfim, essa visão de que a doula veio para atrapalhar, de que a doula só incomoda, de que é uma frescura e não ter essa abertura, esse encaixe na equipe, então isso me trouxe muito sofrimento emocional e psicológico. (Doula 1).

[...] tem milhares de gestantes que estão pelo SUS que não tem conhecimento de doulagem, então a minha gestante estava assegurada com informações, mas as outras não. (Doula 3).

Até o voluntário aqui é muito difícil [Foz do Iguaçu], até o voluntário pra mim é muito difícil. Quando começou a pandemia, eu ofereci suporte online, eu sou doula e sou consultora em amamentação e eu ofereci suporte online e não teve

ninguém procurando para tirar uma dúvida, para perguntar. (Doula 7).

A categoria 5, ‘expectativas enquanto doulas frente ao cenário obstétrico’ foi construída a partir de relatos sobre o atendimento esperado para a mulher em todo o ciclo gravídico e puerperal:

[...] uma esperança de que essas novas gerações (de profissionais) venham com menos vícios, venham com menos procedimentos desnecessários, procedimentos mal compreendidos, procedimentos mal aplicados. Venham com a cabeça mais ‘fresca’, porque se você for parar pra ver o nosso modelo de atendimento tão intervencionista, ele dá muito mais trabalho do que deveria [...]. (Doula 1).

Acho que a equipe de enfermagem, a equipe multidisciplinar tem que estar preparada para a inserção da doulagem no pré-parto e no parto em si. (Doula 2).

A minha expectativa de vida é que a doula seja reconhecida e que ela seja respeitada, porque a doula não é enfermeira, ela também não é a parteira, a doula é a doula. (Doula 7).

Eu queria que a doula fosse respeitada, que tivesse espaço pra ela na sociedade, para que ela pudesse dar informações de forma segura para aquela mulher. (Doula 3).

O contexto vivenciado pelas doulas, desperta a necessidade de transformação, de maior humanização no atendimento às gestantes, parturientes, puérperas e lactantes. Para que a transformação desejada ocorra, são necessárias mudanças relacionadas à informação das mulheres, à formação e prática dos profissionais, além da estrutura das instituições. É o que mostra a categoria 6 – ‘o que espera no que tange à ação da doula’:

A atuação principal está na preparação. Que o foco das mulheres seja buscar a preparação, porque uma mulher bem preparada ela vai parir sozinha

na rua, na chuva ou na fazenda. E eu vejo também isso, a atuação no SUS e a atuação principal na preparação. (Doula 6).

[...] Preparar a mulher mais no pré-parto e no pós-parto. (Doula 5).

Se a gente não tivesse que ficar tão preocupada com o todo, a gente consegue se concentrar muito mais em coisas mais simples, em uma massagem pra ajudar ali ou uma posição aqui, que é o nosso trabalho mesmo, que é o acompanhamento, o carinho, o afeto, a posição, a massagem, o alívio e não procedimento, protocolo, lei. [...] isso aliviaria bastante o atendimento das doulas. (Doula 1).

[...] a informação é precária para atender uma doulagem, eu acho que é o conjunto de informações que está faltando mesmo, seja na parte hospitalar, em dar esse apoio, em dar essa 'brecha' para a gestante contratar uma doula, saber qual é o seu direito, qual não é, o que pode acontecer no parto ou não, então a questão de informação mesmo é a questão estrutural. (Doula 2).

Discussão

A vivência no mundo social das doulas e as suas expectativas contribuem para a construção do conhecimento que possuem sobre o cuidado no ciclo gravídico e puerperal e estimulam a valorização da intersubjetividade na relação face a face durante o desenvolvimento do seu trabalho com cada gestante, parturiente e puérpera. É importante refletir sobre a interação entre a doula e a mulher sob seus cuidados quanto à singularidade das experiências vividas que influenciam cada sujeito no exercício das ações sociais. As trocas interpessoais em seus diversos aspectos – de informação, atitudes, sentimentos – contribuem para que a intersubjetividade e a interação entre a doula e a mulher assistida por ela se deem de forma satisfatória para ambas²⁶.

A Fenomenologia Social contribuiu para que compreendêssemos a importância da subjetividade das doulas nos atendimentos às mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério na realidade e mundo social em que as experiências e percepções relatadas se constituíram, expressando-se nas falas de cada doula e incluídas pelas pesquisadoras nos 'motivos porque'. As vivências estimulam a criação de novas expectativas relacionadas ao cenário obstétrico e à atuação profissional no futuro, caracterizando os 'motivos para' desenvolver seu trabalho em um cenário desejado, idealizado²⁶.

Quando questionadas sobre a motivação, as doulas ressaltaram a ancestralidade referida à profissão, os enfrentamentos visando ao acesso a um parto respeitoso, as lacunas nas informações destinadas a favorecer o bem-estar durante a gestação, à preparação para o parto, sobre os direitos da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e durante a amamentação.

O desejo de apoiar outras mulheres para que consigam um parto vivido como respeitoso pode ser o principal motivador para tornarem-se doulas, corroborando com os resultados deste estudo¹²⁻²¹. Esse desejo de apoiar outras mulheres precisa estar pautado em intenções que permeiam o cuidar e o cuidado, ou seja, na 'reciprocidade de intenções' entre a mulher que requer o cuidado em seu ciclo gravídico e puerperal e a doula que presta tal cuidado. Na 'relação social' e na 'ação social' do cuidar e do cuidado acontece a 'relação face a face'²⁶.

O papel das doulas no cenário obstétrico vai além de proporcionar apoio físico e emocional, mas inclui fornecer subsídios através da transmissão de informações baseadas em evidências científicas recentes, modelos para elaboração de um plano de parto submetido aos direitos e contendo os desejos das mulheres para o trabalho de parto e parto e, caso necessário, informações sobre as possíveis intervenções.

Indivíduos emergem como objetos do saber e da prática médica. Assim, observou-se que não apenas as gestantes, parturientes e puérperas são objetos de intervenção, mas a equipe

de saúde no desenvolvimento do processo de trabalho também é objetificada pelo contexto médico-hospitalar e os protocolos estabelecidos que orientam as decisões e a prática³².

Em relação à permanência na atuação como doula, constatou-se que, em Cascavel, a atuação foi mais exitosa e a maioria das doulas obtinham satisfação ao exercer exclusivamente a ocupação, diferentemente de Foz do Iguaçu, em que as resistências institucionais do hospital de referência da cidade e a invisibilidade do papel da doula pela população foram o maior obstáculo para a atuação da categoria profissional. Essa realidade não é vista apenas no município de Foz do Iguaçu, podendo ser constatada em outros locais como Campinas (SP), Fortaleza (CE) e Vale do Jequitinhonha (MG), evidenciando as doulas como gatilhos para tensões no cenário obstétrico^{6,9,33}.

Embora no município de Foz do Iguaçu houvesse relatos que apontaram a dificuldade no exercício da atividade, todas as doulas afirmaram que as vivências foram positivas quanto ao cuidado à gestante e parturiente e na ressignificação do trabalho (de acordo com a jornada subjetiva de cada uma), corroborando com a importância das mudanças nos cenários obstétricos institucionais.

Os 'motivos para' reforçaram a necessidade de inserção das doulas nas equipes de assistência ao parto hospitalar, na assistência ao pré-natal ajudando a qualificá-la, no parto e no puerpério para o atendimento também às mulheres estrangeiras sobretudo em zonas de fronteira, bem como a importância da atualização dos profissionais da assistência e da implementação das políticas públicas que garantem a atuação das doulas no Sistema Único de Saúde (SUS) e não apenas no setor privado³³.

Constatou-se que, no estabelecimento da 'relação social' entre as doulas e os profissionais da assistência ao parto (médico(a)s, enfermeiro(a)s obstétrico(a)s, enfermeiro(a)s e auxiliares de enfermagem), ainda havia desconhecimento por parte dos profissionais sobre as atribuições das doulas no cenário obstétrico.

Os conflitos vividos no cenário do parto são influenciados pela introdução de métodos complementares com o trabalho das doulas, diferente do modelo biomédico que rege esses ambientes, muitas vezes desconsiderando a subjetividade presente no ambiente de trabalho¹². A educação permanente para os profissionais da assistência é fundamental, visto que essa bagagem de conhecimentos possibilita a prática baseada em evidências científicas e para que o objetivo do trabalho da doula em garantir uma assistência mais qualificada e atenciosa seja alcançado²⁶.

Assim, destaca-se o município de Foz do Iguaçu, em que houve doulas desistindo da atuação profissional e voluntária por conflitos interprofissionais no cenário do parto e por vivenciar desfechos com violência obstétrica, causa de sofrimento emocional. Dessa forma, as políticas e programas de humanização devem ser efetivamente implementadas na rede de atenção à saúde na tríade gestação-parto-puerpério, permitindo uma reciprocidade de intenções entre as doulas, os profissionais da assistência e seus acompanhantes, garantindo o acesso da população vulnerável aos cuidados prestados pelas doulas e por uma equipe humanizada no SUS^{6,9}.

Percebe-se que a equipe multiprofissional se sente ameaçada pela presença das doulas, pois estas podem desafiar a hierarquia da equipe médica que ainda detém o papel tradicional do(a) obstetra como o detentor(a) do saber e da liderança de conduzir o parto, não considerando o protagonismo da mulher parturiente. As doulas, diferentemente do(a)s enfermeiro(a)s obstétrico(a)s, desenvolvem suas ações de cuidado em todo o ciclo gravídico e puerperal respeitando a mulher, contribuindo com bagagem de conhecimento sobre todos os aspectos da gestação, do trabalho de parto, do parto, do nascimento, do puerpério ou período pós-parto, bem como, os cuidados com o bebê^{6,9}.

Assim, faz-se necessário que a equipe multiprofissional possa respeitar a mulher com seus valores, suas angústias, seus

medos, suas dúvidas e, principalmente, sua força para decidir sobre seu corpo e sobre si, qual a melhor forma de conduzir seu parto, respeitando o direito de escolha e decisão. Ressalta-se que as doulas atuam dentro de suas especificidades e limites estabelecidos, como já mencionado neste estudo⁸. Nesse sentido, o desconhecimento e falta de compreensão, por parte da equipe multiprofissional de assistência ao ciclo gravídico-puerperal, sobre o trabalho das doulas, faz com que estas se sintam excluídas por parte da equipe, gerando conflitos, inseguranças e até mesmo desistência de sua atuação no cenário obstétrico^{4,6,9,10}.

As legítimas reivindicações expostas pelas participantes deste estudo de inclusão no cenário obstétrico, principalmente nos dispositivos de saúde pública do Brasil, reforçam a urgência do debate acerca dos direitos reprodutivos para as mulheres que escolheram serem mães, tendo em vista que a desinformação, os maus tratos e as formas sutis de tortura e mutilação sexual involuntária são comuns, como é o caso brasileiro³⁴.

Assim, acredita-se que conhecer o papel da doula pode contribuir para desconstruir as tensões existentes entre os profissionais de saúde e doulas⁶. Essa falta de entendimento pode prejudicar a colaboração e o trabalho em equipe, como observado nos relatos das doulas participantes deste estudo. Dessa forma, a colaboração efetiva entre a equipe de assistência técnica e as doulas, pode fortalecer a importância de superar essas barreiras relacionais para proporcionar uma experiência de parto mais positiva.

Considerações finais

O estudo permitiu compreender a vivência do grupo social composto por doulas no exercício da sua função no SUS, no setor privado e em partos domiciliares, apontando as suas potencialidades e bagagem de conhecimento contribuindo nos cuidados das mulheres durante a atuação multiprofissional, destacando a

importância do reconhecimento do trabalho por demais profissionais da assistência. Foram apontadas lacunas no exercício do trabalho, principalmente quando há resistências no cenário obstétrico.

Observou-se que em Cascavel há maior receptividade ao trabalho das doulas em equipes que prestam um cuidado humanizado no setor privado e no SUS. Há, no município, uma equipe de enfermeiro(a)s obstétrico(a)s que acompanha partos domiciliares. Já em Foz do Iguaçu esta prática ainda é incipiente e há poucas doulas ativas na assistência.

Em relação à atuação na região de fronteira, as doulas relataram o acompanhamento de mulheres paraguaias no Brasil e, com menos frequência, no Paraguai. As barreiras cultural e linguística foram destacadas por uma doula como motivos para a inviabilização do exercício profissional em outro país, fomentando a urgência na implementação de políticas públicas de humanização da rede de atenção ao ciclo gravídico puerperal em territórios fronteiriços.

Contudo, nosso estudo possui limitações, tendo em vista que foram incluídas apenas doulas de nacionalidade brasileira e residentes no Brasil que atuavam nos municípios de Foz do Iguaçu e Cascavel, no oeste do Paraná, de modo que, considerando a metodologia utilizada e as participantes, o resultado aplica-se à população estudada. Outros estudos com outras populações e em outras localidades podem contribuir para produzir mais evidências, torná-las mais robustas e, assim, enriquecer o debate científico e da sociedade em geral sobre a participação das doulas no cenário obstétrico, envolvendo o pré-natal, o trabalho de parto, o parto, o nascimento e o puerpério.

Colaboradores

Luz LDP (0000-0002-1172-9492)* contribuiu para concepção da obra; a aquisição, análise e interpretação de dados; redação, revisão crítica do conteúdo intelectual. Responsável

por todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão e a integridade de qualquer parte do trabalho sejam adequadamente investigadas e resolvidas. Caldeira S (0000-0003-2827-1833)* e Maciel

EMGS (0000-0002-9095-3141)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito para análise ou interpretação de dados da pesquisa; redação e revisão crítica do artigo; aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Merhy EE, Feuerwerker LMC. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. Avaliação compartilhada de saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 31-42. (Volume 2).
2. Castellano BG, Alemán RA, Celio SN, et al. Humanización de los cuidados en salud, Maternidad Pública de Rocha, 2014-2016. *Revista urug. enferm.* (En línea). 2022 [acesso em 2023 fev 4]; 17(2):e205. Disponível em: <https://doi.org/10.33517/rue2022v17n2a8>.
3. Oliveira MC, Pierot EV, Silva LA, et al. Experiências de discentes na assistência ao parto: projeto de extensão. *Enferm Foco.* 2022 [acesso em 2023 fev 3]; 13:e-202226ESP1. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202226ESP1>.
4. Costa Souza FML, Santos WN, Costa Santos RS, et al. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. *Enferm Foco.* 2019 [acesso em 2023 fev 3]; 10(2):118-24. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.2180>.
5. Brandão LC, Belarmino AC, Rodrigues ME, et al. Cuidado obstétrico na pandemia de COVID-19: Interrelações comunicacionais entre enfermeiro obstetra, mulher e doula. *Rev. Enferm. Ref.* 2022 [acesso em 2023 jan 5]; 6(supl1):e21049. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV21049>.
6. Herculano TB, Sampaio J, Brilhante MAA, et al. Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2023 jan 7]; 42(118). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811813>.
7. Turner D, Lindsey A, Shah P, et al. Doulas shouldn't be considered visitors, we should be considered a part of [the] team: doula care in Georgia, USA during the COVID-19 pandemic. *Sex. Reprod. Health Matters.* 2022 [acesso em 2023 fev 4]; 1(2133351):702-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2133351>.
8. Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 3946, de 2021. Dispõe sobre o exercício da profissão de doula. [acesso em 2023 fev 4]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9035985&ts=1649280428565&disposition=inline#:::text=disposi%C3%A7%C3%B5es%20desta%20Lei.-,Art.,da%20gestante%2C%20parturiente%20e%20pu%C3%A9rpera>.
9. Lima PO, Pinheiro MLP, Miranda JL, et al. Comprehension on doula's work at a maternity in Jequitinhonha Valley - MG. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2019 [acesso em 2023 jan 4]; 19(3):569-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000300005>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Lindström NB, Pozo RR. Perspectives of nurses and doulas on the use of information and communication technology in intercultural pediatric care: qualitative pilot study. *JMIR Pediatr Parent*. 2020 [acesso em 2023 mar 21]; 3(1):e16545. Disponível em: <https://pediatrics.jmir.org/2020/1/e16545/>.
11. Amorim LF, Leal EC, Viana MRP. Performance of the doulas during the pregnancy-puerperal cycle: a literature review. *RSD Journal*. 2020 [acesso em 2023 jan 4]; 9(7):e598974505. Disponível em: <https://rsd-journal.org/index.php/rsd/article/view/4505>.
12. Barbosa MBB, Herculano TB, Brilhante MAA, et al. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2023 fev 6]; 2(117):420-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811706>.
13. Silva LCC, Corrêa-Cunha EF, Kappler SR. Percepção de mulheres sobre o parto e o papel da doula. *PsiRev*. 2018 [acesso em 5 jan 2023]; 27(2):357-76. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/34156>.
14. Brasil. Ministério da Integração Regional. Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira: bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. 2005. p. 1-17. [acesso em 5 jan 2023]. Disponível em: <https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosSNPU/Biblioteca/publicacoes/Introduo-e-antecedentes.pdf>.
15. Hans SL, Edwards RC, Zhang Y. Randomized Controlled Trial of Doula-Home-Visiting Services: Impact on Maternal and Infant Health. *Maternal and Child Health Journal Internet*. 2018 [acesso em 2023 fev 4]; 22(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2537-7>.
16. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil. Classificação Brasileira de Ocupações. Código 3221-35 - Doula. Brasília (DF): Ministério do Trabalho e Emprego; 2013. [acesso em 5 jan 2023]. Disponível em: <https://empregabrasil.mte.gov.br/76/cbo/>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida (recurso eletrônico). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
19. World Health Organization. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: OMS; 2018. [acesso em 5 jan 2023]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>.
20. Sales Rondon MC, Tenório Sampaio G, Venturini Talizin E. Mulheres assistidas por doulas: estudo exploratório. *Nursing (São Paulo)*. 2021 [acesso em 2023 4 fev]; 24(279):6045-52. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i279p6045-6052>.
21. Leão MRC, Bastos MAR. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2001. [acesso em 2023 mar 5]; 9(3):90-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000300014>.
22. Brasil. Lei nº. 6634, de 2 de maio de 1979. Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. 1979. *Diário Oficial da União*. 2 Maio 1979. [acesso em 2023 mar 5]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6634.htm.
23. Peiter PC. A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005. [acesso em 2023 mar 5]. Disponível em: <http://retis.igeo.ufrj.br/wp-content/uploads/2011/07/2006-geografia-da-saude-na-faixa-PCP.pdf>.
24. Arenhart CGM, Rizzotto MLF, Melara M, et al. Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022 [acesso em 2023 fev 6]; 27(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022711.08702022>.

25. Duarte CNB, Souza LGS. Processos Identitários de um Grupo de Doulas: Atitudes sobre Gestantes e Médicos. *Psico-USF*. 2018 [acesso em 2023 nov 4]; 23(4):653-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230406>.
26. Schultz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes; 2012.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. 2021. [acesso em 2023 fev 6]. Disponível em: <https://www.ufmg.br/bioetica/coep/wp-content/uploads/2021/02/ambiente-virtual.pdf>.
28. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev. Pesq. Qual.* 2017 [acesso em 2023 fev 4]; 5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>.
29. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling. *Sociol Meth Res.* 1981 [acesso em 2023 fev 6]; 10(2):141-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/004912418101000205>.
30. Zampoli ACM, Caldeira S, Santos KB, et al. Experience of mothers after the diagnosis of congenital malformation and the expectations of care. *Rev Rene.* 2022. [acesso em 2023 fev 9]; 23:e78408. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222378408>.
31. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 13 Jun 2013; Seção I:59.
32. Foucault M. *Microfísica do Poder*. 21. ed. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal; 2005.
33. Silva RM, Barros NF, Jorge HMF, et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012. [acesso em 2023 mar 10]; 17(10):2783-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000026>.
34. Tornquist CS. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev Estud Fem.* 2002 [acesso em 2023 fev 2]; 10(2):483-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>.

Recebido em 04/03/2023

Aprovado em 03/10/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos