

ARTIGO ORIGINAL

**PERCEPÇÕES DE DOULAS NATURÓLOGAS
SOBRE GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO**

***DOULAS NATURÓLOGAS PERCEPTIONS ABOUT
PREGNANCY, BIRTH AND PUERPERIUM***

RESUMO

Este artigo trata de um estudo exploratório/descritivo, com abordagem qualitativa, objetivando conhecer as percepções e a prática profissional de doulas/naturólogas, sobre o ciclo gravídico-puerperal. A pesquisa deu-se por meio de entrevistas com sete profissionais que atuam no Brasil e uma nos EUA, como doula e naturóloga. A partir das entrevistas, emergiram quatro núcleos de significação: (1) motivações das naturólogas/doulas; (2) compreensão sobre gestação, parto e puerpério; (3) medicalização do parto; e (4) conduta profissional da doula/naturóloga. Neste artigo, a ênfase de análise compreenderá a discussão dos núcleos - *compreensão sobre gestação, parto e puerpério e - medicalização do parto*, por considerar sua relevância na temática deste estudo. Por meio das narrativas analisadas, foi possível observar que, entre as profissionais pesquisadas, há uma condução da assistência às gestantes, parturientes e puérperas, de forma humanizada, tendo como principal característica o cuidado integral e individualizado, a promoção da saúde e autonomia das mulheres, suas famílias, e, conseqüentemente, a saúde do recém-nascido. Destaca-se, também, que as participantes do estudo propiciam um espaço de acolhimento às mulheres, no que se refere às dimensões simbólicas durante o cuidado no seu ciclo reprodutivo e sexual, e utilizam, como ferramentas, os recursos naturais que promovem efeitos equilibrantes a estas mulheres, auxiliando na redução dos desconfortos do ciclogravídico-puerperal de forma sutil, reduzindo os riscos de violência obstétrica.

PALAVRAS-CHAVE

Gestação.
Empoderamento.
Medicalização.
Parto humanizado.



Simone Vieira de Souza

- Graduação em Psicologia pela Universidade do Sul de Santa Catarina (1995), mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná (2003) e doutorado em Educação (2013) pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina.

Amanda Oliveira Scheid

- Bacharel em Naturologia Aplicada pela Universidade do Sul de Santa Catarina (2013).

CORRESPONDENTE

Simone Vieira de Souza

Universidade Federal de Santa Catarina
Rua Bernardino José Oliveira, 81
Bairro Badenfurt
Blumenau - SC

E-mail: sivieira@hotmail.com

Recebido: 20/03/2014

Aprovado: 15/05/2014

ABSTRACT

This article is an exploratory/descriptive qualitative approach, which aimed to understand the perceptions and practices of professional doulas/naturólogas, about pregnancy and child birth. The research was done through interviews with eight professionals working in different Brazilian states, such as doula and naturóloga. From the interviews, four cores of meaning emerged: the motivations naturólogas/doulas, - understanding of pregnancy, child birth and puerperium – medicalization of birth, and - doula/naturóloga professional practice. The analysis revealed that these professionals lead their assistance to pregnant women and postpartum women in a humane way, having as main characteristic the integrated and individualized care. Promote health and autonomy for women and their families, hence the health of the new born. Also note worthy is that the study participants stimulate symbolic, energetic and spiritual care at this stage of the sexual and reproductive cycle. They use as tools, natural resources, promoting balance effects in the women, helping to reduce the discomforts of pregnancy - puerperal cycle, in a subtle way, reducing the risks of violence obstetric.

KEYWORDS: Pregnancy. Empowerment. Medicalization. Humanizedbirth.

INTRODUÇÃO

A gravidez, o parto e o puerpério são experiências marcantes na vida das mulheres e de suas famílias¹¹. Dessa forma, representam mais do que simples eventos biológicos; constituem parte da transição da condição de mulher para a condição de mulher-mãe, trazendo implicações na identidade que passa assumir, com um novo papel social. Perante esse contexto, a pesquisa elucidava algumas mudanças que ocorrem no desenvolvimento da gravidez, do parto e do puerpério ao longo do tempo, possibilitando um olhar e uma aproximação sobre esse universo.

No Brasil, no atual contexto de nascimentos, os índices revelam que os partos cesáreos aumentam a cada ano: em 2000, foram 37,8%; em 2006, 44%; e em 2009, chegou a 50%, sendo que, na região sudeste, atingiu 57%^{5,6,29}. Já no setor privado de saúde brasileiro, o índice de partos cesáreos chegou a 90%, o que dá ao país o título de campeão mundial nas cesáreas eletivas⁸. O Ministério da Saúde denomina o fenômeno de “epidemia de cesarianas”, com consequências danosas para a saúde do recém-nascido, em médio e longo prazo, como também, danos iatrogênicos à saúde materna⁷. Os avanços tecnológicos e as intervenções ainda são utilizados indiscriminadamente, não seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde – OMS. Tal situação se localiza, também, nos Estados Unidos, onde as ta-

xas de cesáreas são de 40% do total dos partos nos últimos 10 anos, indo ao desencontro das recomendações da OMS, que estipula a porcentagem de, no máximo, 15% de nascimentos cirúrgicos²⁴. Nesse cenário, o parto, apesar de ter potencial para acontecer naturalmente, sofre intervenções desnecessárias, modificando o rumo para um parto cesáreo.

Diante do crescente aumento das taxas, o Ministério da Saúde desenvolve, desde 2000, ações governamentais para a redução dos partos cesarianos, envolvendo programas educativos e políticas públicas, com objetivo de humanizar a assistência profissional ofertada às mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério³. Porém, apesar dos esforços do Ministério da Saúde para a redução dos partos cirúrgicos, as taxas continuam aumentando a cada ano¹⁰. A especificidade, localizada na referida temática, contribuiu para construção do que se tem denominado de medicalização do parto. Por outro lado, contrapondo-se a esse modelo, existem profissionais engajados e mulheres ativistas, defensores de ideais que se alinham a bandeira de humanização, em que se somam “[...] atitudes como o diálogo, a presença, a responsabilidade profissional, o comprometimento, as experiências compartilhadas, e a arte de amar [...]”²⁶. Independente do local de nascimento, ou seja, em casa ou no hospital, o que caracteriza, de fato, a humani-

zação são as atitudes de quem acompanha o parto, em relação à mulher, ao recém-nascido e à família. E, nessa direção, se observa que a busca pela assistência profissional humanizada tem ocorrido nos diversos setores da saúde. O processo de humanização passa a ser compreendido como um dever das unidades de saúde em acolher, com dignidade, a mulher, sua família e o recém-nascido. Esse contexto acena, assim, para a necessidade de uma postura ética e solidária dos profissionais de saúde, como forma de produzir mudanças no tradicional lugar que se destina à mulher, no momento do nascimento dos filhos⁷.

Na descrição do referido contexto, percebe-se, então, a importância dos profissionais e da sua capacitação ao atuarem na assistência à mulher. Um olhar que compreende além do fisiológico; que segue para uma prática que engloba as características emocionais, culturais, sociais e espirituais, indo ao encontro da proposta de assistência humanizada; que pode comunicar, também, sobre o profissional naturólogo e o profissional doula em sua área de atuação e de estudo. No exercício da sua formação e profissão, o naturólogo “compreende em seus princípios, a concepção sistêmica da vida, que se baseia na inter-relação e interdependência de todos os fenômenos – físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais”³². Além do olhar e da atenção integral, o naturólogo estabelece a relação de interagência com o indivíduo, que é considerado “um fenômeno ativo e participativo que apresenta mudanças sucessivas ao longo do tempo”³⁵. Nos atendimentos de Naturologia, o indivíduo não é compreendido e nominado como paciente; nesse encontro, considera-se o sujeito em sua totalidade, a pessoa como sujeito de sua ação, sujeito ativo, como agente no processo terapêutico.

Assim como o naturólogo, a doula, no exercício da profissão, ancora sua prática profissional no cuidado integral da mulher no período gestacional, parto e puerpério. “Doula é uma palavra de origem grega [...]. Atualmente, é utilizada para se referir a uma mulher experiente, que cuida de outra mulher em algum momento do ciclo grávido-puerperal”¹⁶. A doula, assim definida, na verdade sempre existiu: é aquela mulher que se caracterizava por estar ao lado

das outras mulheres para lhes oferecer algum apoio no momento gestacional, parto e puerpério. Atualmente, seu trabalho não ocorre somente nas casas, mas também no hospital, juntamente com a equipe profissional. Nos partos domiciliares, a doula tem sua atuação, e esta não se restringe somente ao parto, mas, também, na gestação e no puerpério. Em síntese, a doula é a mulher que dá apoio físico, emocional, social e espiritual à gestante, auxiliando durante a gestação, o trabalho de parto, parto e pós-parto³⁹.

Por meio da observação das atribuições curriculares das doulas/naturólogas, questionou-se: quais as percepções de doulas naturólogas sobre a temática da gestação, do parto e puerpério? Nessa direção, o objetivo da pesquisa consistiu em *identificar as percepções de doulas naturólogas sobre a temática da gestação, do parto e puerpério*.

PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram oito doulas naturólogas que, voluntariamente, se dispuseram a participar do estudo, sendo sete residentes no Brasil e uma nos EUA. A divulgação da pesquisa foi realizada em rede social, na internet. Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: ter graduação em Naturologia Aplicada, ter formação de Doula e concordar em participar do estudo voluntariamente. A pesquisa foi submetida ao comitê de ética da Unisul (parecer nº 392.311), e a concordância em dela participar foi realizado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, enviado para o e-mail das participantes. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e questionários semi-estruturados, coletados no período de setembro e outubro de 2013. O instrumento de coleta de dados foi organizado com ênfase nos objetivos da pesquisa, visando o delineamento de perguntas que possibilitassem a visibilidade do tema estudado. A análise do conteúdo foi realizada por meio dos núcleos de significação, obedecendo ao seguinte movimento: 1º leitura flutuante e organização do material; 2º construção dos indica-

dores e conteúdos temáticos; 3º construção e análise dos núcleos de significação; e, por último, 4º a análise dos núcleos¹. Os conteúdos foram obtidos das respostas dos questionários e das narrativas das entrevistadas. As entrevistas foram gravadas e transcritas, mantendo-se sua originalidade. As participantes estão identificadas aqui por P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8. A pesquisa se pautou na garantia de autonomia, na não maleficência, na beneficência e justiça às participantes, conforme elementos norteadores da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante dos aspectos percebidos e destacados no decorrer das entrevistas e nos questionários respondidos, pretende-se, neste item, oferecer visibilidade, bem como discutir os núcleos sinalizados, à luz das teorias do parto humanizado (DIAS e DOMINGUES, 2005; LEBOYER, 1998; MONTICELLI, 2001), medicalização do parto (SEIBERT, 2005, SILVA, 2004) e parto como um processo sagrado e natural (CARNEIRO, 2013; ODENT, 2000). Os núcleos de significação que emergiram foram: *motivações para ser doula; compreensão sobre gestação, parto e puerpério; medicalização do parto; e conduta profissional da doula naturóloga*. Como já destacado, neste artigo, serão tratados especificamente, os núcleos *compreensão sobre gestação, parto e puerpério e medicalização do parto*. Ao buscar as compreensões das participantes da pesquisa em relação à gestação, ao parto e ao puerpério, localizou-se, como indicadores deste núcleo: *o potencial de transformação da gestação e do parto; características essenciais para o parto consciente; e o momento de assimilação/reflexão das experiências, no pós-parto*.

No que se refere ao *potencial de transformação*, se localiza sentido atribuído às transformações que podem ocorrer com a mulher diante da experiência de gestar e parir. Para as participantes, podem ocorrer mudanças em relação à percepção de si mesmas, à percepção do outro e à forma de conduzir a sua vida e se relacionar/estar/manifestar no mundo. As doulas naturólogas relatam que a vivência da gesta-

ção e do parto impulsiona uma transformação em nível de consciência, ou seja, proporciona um novo estado de consciência às mulheres que deram à luz; e identificam, ainda, uma ampliação da consciência^{33,35,38}. Como expressam nas narrativas:

“[...] *Mudamos com o mundo e com a gente mesmo. O nosso olhar vai enxergar coisas que não tínhamos entrado em contato antes, por ser um momento bem cru, primitivo e instintivo, a gente se vê como a gente é [...] É por isso que tudo se transforma, ficamos bem como uma criança, a gente fica aberta e se mostra. É o morrer e renascer*” (P1).

“[...] *este momento da vida traz um grande potencial de transformação familiar e ampliação de consciência [...]*” (P3).

“[...] *O parto é um momento com um poder de transformação sem igual, onde é possível acessar uma sacralidade primitiva e se reinventar como pessoa [...] o parto é um momento sublime [...] é uma sublime preparação espiritual, emocional e física para a chegada do bebê*” (P5).

Para as doulas naturólogas entrevistadas essa transformação pode atingir o companheiro da mulher, que se transforma com o nascimento do filho, assim como a família do casal, conforme ilustrado nas falas:

“[...] *os pais são trabalhados profundamente (quando se permitem entrar em contato com tudo o que uma gestação, parto e pós-parto possibilita)*” (P2).

“[...] *esse momento da vida traz um grande potencial de transformação familiar e ampliação de consciência [...]*” (P3).

Para que essa transformação aconteça, existem alguns fatores importantes, que foram apresentados como: *características do parto consciente*. As doulas naturólogas ressaltam que a principal necessidade para o potencial de transformação ocorrer seria o empoderamento feminino, ou a garantia da sua autonomia. Para isso, a mulher precisa estar ativa e consciente. Consciente no sentido de fazer as escolhas a partir da sua vontade, com base nas informações e nas suas intuições^{9,12-13,17,22,27,30} conforme expresso pelas participantes:

“Passar pelo trabalho de parto te transforma, mesmo que caia em cesariana, sentir as contrações te transforma, porque a gente vê o poder que a gente tem” (P1).

“[...] o parto é o momento de a mulher resgatar o poder dela, acreditar nela [...]” (P7).

Além do empoderamento da mulher, faz-se necessário um ambiente seguro e a presença de pessoas em quem a gestante tenha confiança, que a acolham nesse estado primitivo, permitindo, assim, sem interferências, o desenrolar do parto¹³. Ao que parece, estando empoderada, em um ambiente acolhedor, com pessoas que estejam seguras no processo de nascimento, a gestante se sente segura, permitindo o nascimento do seu filho de forma natural. Estando segura, então, a parturiente pode relaxar e soltar a musculatura, permitindo que apenas as contrações musculares involuntárias (do útero) aconteçam, e a dilatação progrida. Se a parturiente estiver relaxada e a respiração estiver fluindo, seu corpo produzirá endorfinas e ocitocina, resultando em relaxamento corporal e contrações uterinas. Se a gestante estiver com medo e insegura, fazendo força e acelerando a respiração, seu corpo produzirá adrenalina, provocando tensão corporal e, assim, a dilatação fica prejudicada, e o parto torna-se dolorido. A ocitocina ainda tem importante papel na amamentação^{19,31}.

Com o nascimento do bebê, inicia-se o pós-parto, chamado de puerpério. Nessa fase, o estado emocional da mulher influencia diretamente a saúde da mãe e do bebê. A compreensão negativa ou positiva do nascimento tem resultados, principalmente, no vínculo mãe e filho^{4,36}. Ressalta-se que a experiência do parto, é fator preponderante da qualidade das vivências do pós-parto, sendo que, com o parto vivido de forma ativa e consciente, o pós-parto tem mais chances de ser positivo. Com experiências negativas de parto, a vivência do pós-parto pode não ser positiva, podendo desencadear depressão e outros transtornos psicológicos e psicóticos²⁵⁻²⁸.

Outro indicador presente foi: *assimilação/reflexão das experiências no pós-parto*. Essa fase é descrita pelas participantes como uma fase de assimilação do acontecido, expresso na narrativa:

“[...] ela está superexposta, está supersensível, então, é um momento único e maravilhoso, de muito aprendizado” (P1).

Após o processo de empoderamento e vivência do parto ativo e consciente, o pós-parto pode sinalizar uma fase de sensibilidade e mudanças. Para as doulas naturólogas, a vivência negativa dos partos está, também, relacionada ao processo de medicalização (experenciado por algumas mulheres), que produz dor e sofrimento a elas. Esse fenômeno é reforçado pelo modelo de medicina ocidental, com sua visão fragmentada e reducionista, pautado por processos de medicalização da vida, e consequentemente, por processos de medicalização do parto, tudo isso somado à perda de autonomia da mulher sobre seu corpo¹⁸. Atualmente, a gestação, parto e puerpério, parecem ser vistos pela medicina como processos de adoecimento, que necessitam de acompanhamento médico. “O modelo atual imposto, de parto embasado na tecnologia, dá ênfase à hospitalização e aos procedimentos cirúrgicos, por exemplo, ao mesmo tempo em que desconsidera o parto doméstico”⁴¹. O parto, assim, sofre intervenções desnecessárias, passando a ser medicalizado.

No que se refere ao núcleo de significação *“medicalização do parto”*, destacam-se como indicadores: *racionalidade/fragmentação/reducionismo do feminino; afastamento do sagrado - perda de autonomia da mulher e - conveniências médicas*. O primeiro motivo da medicalização, apontado pelas participantes, é o indicador *racionalidade e fragmentação do feminino*.

“A medicina convencional apropriou-se deste evento fisiológico, transformando-o em procedimentos clínicos cheios de intervenções potencialmente perigosas” (P3).

“A parturiente é tratada como objeto e não como pessoa” (P5).

“O parto deixou de ser um evento natural, fisiológico, feminino e passou a ser um evento hospitalar” (P6).

“É uma visão bem fragmentada e racional de um fenômeno natural da mulher” (P7).

A atual concepção médica, de racionalização/fragmentação/reducionismo, em especial para a

saúde da mulher e a assistência à gestação, ao parto e puerpério, teve início com a criação das universidades, no séc. XVIII. A partir desse momento, o conhecimento das parteiras passou a ser de posse dos médicos que institucionalizaram a gestação e o parto. O local de nascimento, que antes era em casa e com parteiras, foi transferido para o hospital, transformando o conhecimento feminino em um conhecimento médico^{4,20,34,37,40}.

Outro motivo atrelado à medicalização do parto, apontado pelas participantes, diz respeito ao indicador - *afastamento do sagrado*, tanto pelas mulheres, como pelos profissionais, conforme expresso nas narrativas:

“[...] a maioria dos profissionais que estão em instituições, [...] mecanicamente preparados para lidar com este processo, não fazem contato com suas partes mais instintivas, com sua sexualidade real, [...] e não tem preparo para lidar com uma mulher neste estado” (P2).

“Buscando uma visão profunda, essa medicalização só revela o quanto a mulher e o profissional que a acompanha estão distantes do ritmo natural da vida, da confiança do processo ser como é, natural, e assim vem ocorrendo intervenções desnecessárias” (P4).

“Vira uma coisa corriqueira para o médico, ele encara como uma coisa não tão especial assim, o que acaba trazendo esse sentimento também para a gestante” (P7).

Loyola²¹, a partir da explicação do fenômeno de autonomização da sexualidade, permite aprofundar a questão da medicalização do parto e a racionalização/fragmentação/reducionismo do corpo feminino. O Autor refere-se à medicalização do feminino como: “[...] controle normativo e tecnológico da sexualidade feminina e do processo reprodutivo (parto, aleitamento, contracepção e tratamento das infertilidades)”²¹. Assim sendo, a relação intrínseca entre reprodução/sexualidade sofreu grandes modificações. Enquanto as mulheres não tinham métodos confiáveis de contracepção, a reprodução (ter filhos) e a sexualidade (prazer) eram, intimamente, ligadas. Ter filhos era algo sexual e reprodutivo. Com os avanços da tecnologia e a medicalização social,

separou-se a sexualidade da reprodução, afastando também a sexualidade (prazer) do parto²¹.

Com a dissociação da sexualidade do ato de parir, o papel de mãe na sociedade passa a ser compreendido como “mãe assexuada, abnegada, casta e pura”⁹. Portanto, a compreensão do parto também passa a ser assexuada^{9,21}. As mulheres perderam o direito de parir com prazer. Talvez, as mulheres do século XXI, nunca o tiveram, já que o conhecimento sobre a oportunidade de um parto prazeroso – parto orgástico, nem mesmo foi-lhes transmitido, desconhecem essa possível oportunidade, tamanha foi a perda dos conhecimentos tradicionais sobre o feminino.

Esse fenômeno seria um afastamento do sexual e do sagrado, compreendido como sagrado feminino, vivenciado através dos seus corpos. Oden³⁰ estabelece uma ligação entre o orgasmo, o parto, o amor, a amamentação, a oração e algumas emoções. A ligação seria a diminuição da racionalidade, possibilitando, assim, comportamentos instintivos, característicos de um estado especial de consciência³⁰. Essa descrição se faz presente na fala de uma das entrevistadas:

“[...] Quando uma mulher está naturalmente parindo, sem medicamentos inibidores dos seus instintos, ela é lindamente animal, cérebro reptiliano. Ela é instinto puro” (P2).

Contudo, na ausência ou limitação nas informações sobre a possibilidade de um parto prazeroso, a maioria das mulheres passa a contar com poucas opções na escolha do parto, ficando mais vulneráveis e sem autonomia diante desse momento de deliberação. No Brasil, o SUS priva a mulher do direito de exercer sua autonomia, pois não oferece como opção um parto natural, sagrado e prazeroso. A mulher brasileira tem como opção parir em ambiente hospitalar e, muitas vezes, é vítima da violência obstétrica. Já, no setor privado, a mulher pode escolher entre o parto normal hospitalar, parto cirúrgico hospitalar, ou pelo parto domiciliar humanizado. Entretanto, os partos domiciliares, são de custo elevado, configurando uma opção/escolha para um grupo seletivo e reduzido de par-

turientes brasileiras, ou seja, as que podem pagar pelo direito de um parto humanizado.

Outro grupo de mulheres, a fim de evitar a suposta dor do parto normal, e, em alguns casos, sob a influência e o convencimento de seus médicos obstetras, “escolhem” a cesárea eletiva. Mas há, também, mulheres que preferem o parto vaginal, porém observou-se que, mesmo nesses casos, a maioria dos partos são “encaminhados” para cesarianas². Essa divergência dá margem à suposição de que, muitas vezes, a mulher é convencida pelo médico obstetra a fazer à cesariana, após indicações falsas e desnecessárias (circular de cordão, bacia estreita, parto cesáreo anterior, idade avançada, entre outros). Além de serem falsas e desnecessárias, são iatrogênicas, ou seja, causam danos à saúde materna e infantil, já que a cirurgia para a extração do bebê é classificada como de alto risco – outra forma de marcar o contexto a partir de uma perspectiva medicalizante². Sobre isso, uma das participantes refere:

“Eu penso que é uma grande agressão à vida, em geral. É uma agressão à mulher, ao bebê, e ao pai também, ou companheiro, que esteve junto naquele momento. É uma agressão, um desrespeito, uma violência mesmo” (P1).

Com a medicalização desse fenômeno, os processos naturais da mulher, o conhecimento empírico e feminino sobre os mesmos, foi se tornando quase extinto. Os mitos e contos de fada contados, hoje sofreram alterações, apesar de ainda se conservarem vestígios desse feminino, chamado de arquétipo da mulher selvagem¹². Parece que o que restou dos mitos foi a dimensão maternal, frágil, indefesa e submissa da mulher. “Da maioria das coletâneas de contos de fadas e mitos hoje existentes foi expurgado tudo o que fosse escatológico, sexual, perverso, pré-cristão, feminino, iniciático, ou que se relacionasse às deusas [...]”¹². Como diz a entrevistada,

“[...] são muitos fatores que colaboraram para que isso acontecesse, mas também da mulher, não posso dizer que ela se omitiu, mas que ela não teve acesso à informação para poder ter escolha[...]” (P7).

Aos dados descritos, se junta, no início dos partos hospitalares, a ideia associada e vendida de parto

seguro, pois era assistido por profissionais especializadas e que tinham recursos tecnológicos para ajudar à parturiente. A relação entre a tecnologia e os benefícios advindos dela, passam a ser um reforçador de discursos sob o invólucro da segurança e da ausência de dor, proferidos pelos médicos adeptos dos partos cesarianos. E, assim, mulheres e homens passaram a acreditar nos avanços da medicina, na época, e nos possíveis benefícios da tecnologia, submetendo-se a parir dentro de hospitais. Não se nega, aqui, o que significou esse importante avanço, a crítica vai para a indicação desmedida de cesarianas que assolou e assola o processo de nascimentos²⁹. Para P1,

“[...] às vezes a mulher escolhe a cesariana porque ela sabe que vai ser muito maltratada se tiver parto normal, natural ou vaginal”.

Sobre as intervenções no parto, a doula naturalista refere:

“E porque a gente tem que inventar tanta coisa para atrapalhar esse processo? Porque são coisas que a gente inventa para atrapalhar, as intervenções. Elas deveriam ser utilizadas quando há necessidade real, porque tem até trabalhos de médicos bem humanizados, mas tem coisas que não precisavam ser assim [...]” (P1).

As participantes deste estudo referem, sobre o processo de medicalização do parto, outro aspecto que merece destaque, e que deu origem ao núcleo de significação: as *conveniências médicas*. Há fortes evidências de que alguns integrantes da classe médica vendem a ideia de que a cesariana é mais conveniente para a mãe, não dói, é mais rápida, pode ser agendada para o dia e horário que a mulher preferir, ou que ele mesmo decidir, conforme a disponibilidade da sua agenda de nascimentos marcados. Contudo, essas “facilidades”, além da lucratividade maior em relação ao parto normal, são, sem nenhuma dúvida, benesses do serviço médico.

No parto natural, não existem gastos com intervenções; no parto normal hospitalar, as intervenções são inúmeras, porém, de baixo custo quando comparadas com a cirurgia cesariana. Nesta existem os gastos com o obstetra cirurgião, anestesista, internação, medicações, entre outros. Existe também a

influência que confirma o ditado popular “tempo é dinheiro”, já que o parto cesáreo leva poucas horas comparado ao tempo que pode evoluir o parto normal, e, como já fora expresso, traz mais benefícios financeiros ao médico, que pode melhor controlar seu tempo entre os procedimentos cirúrgicos e as consultas nos consultórios particulares. Sobre isso, diz (P1):

“[...] Os médicos querem intervir só por uma comodidade pessoal. Deviam até serem presos, porque é um crime. Não dá para entender como nosso sistema permite isso”.

Ainda sobre isso, o médico ocupa o lugar de sujeito responsável pelo sucesso ou fracasso do parto. Como especialista do assunto, deve fazer o parto perfeito. Na cirurgia para a extração do bebê, o controle médico é evidente, a mulher é anestesiada, e outras pessoas retiram o bebê de seu ventre.

“Pessoas dopadas, que parem dopadas, nascem dopadas e desistem de ser, de lutar, de estarem presentes na vida, isso é inadmissível” (P2).

Em um parto natural, o andamento do parto está em estreita comunicação com o estado da mulher e do ambiente. Nos partos naturais, existe uma relação e uma forma de comunicar-se com o sagrado, diminuindo, ao que parece, o poder e controle do médico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca de sistematizar e produzir uma síntese do que foi experienciado no contexto desta pesquisa, procurou-se, neste momento, trazer alguns recortes do que se entende ser a tradução dos aspectos que oferecem visibilidade ao fenômeno em questão. Nesse sentido, ao recuperar a questão norteadora do estudo que foi: “identificar as percepções de doulas naturólogas sobre a gestação, parto e puerpério”, entende-se que o objetivo inicial foi atingido, ou seja, diante da análise e discussão dos resultados conhecemos os sentidos que as participantes relacionam com cada tema, com os núcleos de significação e seus respectivos indicadores, quais sejam: *compreensão sobre gestação, parto e puerpério* (o potencial de transformação da gestação e do parto, as carac-

terísticas essenciais para o parto consciente e o momento de assimilação/reflexão das experiências no pós-parto); *medicalização do parto* (racionalidade/fragmentação/reduccionismo do feminino, afastamento do sagrado, perda de autonomia da mulher e conveniências médicas).

Considera-se que o acompanhamento da doula naturóloga promove autonomia às mulheres e suas famílias, viabilizando deliberações de escolhas ativas e conscientes, e, como consequência, atua na redução de um viés medicalizante do parto, e de violência obstétrica. Também proporciona conforto, acolhimento e qualidade de vida à mulher e sua família. Seu cuidado é individualizado e integral, respeitando a singularidade de cada indivíduo no momento específico da experiência vivida. As naturólogas realizam sua assistência, baseadas na relação de interagência; seu papel se coloca na direção de cuidador da gestante, potencializado e qualificado pela sua formação de doula. Dessa forma, ancoradas em uma assistência não intervencionista, utilizam recursos naturais para o tratamento, contribuindo com a efetivação do parto humanizado – nas várias dimensões que o constitui – mulher, bebê, familiar, acompanhante. Essa ação se pauta num vínculo que é pressuposto para a reinvenção de um novo modelo de assistência a todos os sujeitos envolvidos na “cena”.

Destaca-se que as participantes deste estudo ampliam o tradicional conceito de gestação, parto e puerpério, expandindo o olhar e cuidado à mulher, criando um espaço de acolhimento às dimensões simbólicas, e o cuidado na fase do ciclo reprodutivo e sexual da mulher, assim como o autocuidado. As profissionais utilizam recursos naturais que promovem efeitos saudáveis à mulher, auxiliando na redução dos desconfortos do ciclo-gravídico puerperal, de forma sutil.

Uma das limitações encontradas no desenvolvimento da pesquisa se refere à coleta de dados. Como descrito, o instrumento escolhido no projeto de pesquisa foi entrevista, entretanto, no universo de oito participantes, foi possível realizar apenas duas entrevistas; seis respostas ocorreram por meio de

questionários respondidos via e-mail (pela dificuldade de conciliar o tempo disponível entre a pesquisadora e as entrevistadas para a entrevista online). Observou-se que as narrativas, quando apresentadas por meio de entrevistas, são mais abrangentes e expressas com maior detalhamento.

Como sugestão a futuras pesquisas, observa-se que podem ser desenvolvidos estudos, visando conhecer o trabalho de doulas naturólogas que atuem em conjunto com médicos obstetras, como também, pesquisas que visem conhecer a satisfação das mulheres que receberam o cuidado da doula naturóloga, além de estudos comparativos que pesquise os resultados materno-infantis de mulheres acompanhadas, e não acompanhadas pela doula. Sugere-se, também, a inclusão do tema medicalização do nas-

cimento no currículo dos cursos da área da saúde, tendo em vista o crescente aumento das discussões e o abuso com que tema é abordado nas diversas esferas da vida.

Para finalizar, recoloca-se, aqui, como reflexão, o questionamento: “Qual será o futuro de uma geração de cesarianas? Cesarianas estas, que, da forma como estão sendo realizadas, estão deixando imprints que merecem ser refletidos” (expressão de uma das entrevistadas, profissional doula/naturóloga). Assim, falando de um pensar singular, de uma prática que é do cotidiano da participante da pesquisa, vale lembrar que diz também sobre nós, profissionais da área, sensíveis e implicados com a busca de um modelo respeitoso e acolhedor da vida e do viver do sujeito que chega (mulher, homem, bebê).

FONTE DE FINANCIAMENTO

Nenhuma

CONFLITO DE INTERESSES

Declara não haver

REFERÊNCIAS

1. Aguiar WMJ, Ozella S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicol. Cienc. Brasília*. [internet] Jun 2006. [Acesso em: 04 Nov. 2013]. v. 26, n. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200006&lng=en&nrm=iso.
2. Benut GR, et al. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [internet] Rio de Janeiro. Jun 2013. [Acesso em: 04 Nov. 2013]. v. 35, n. 6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000600008&lng=en&nrm=iso.
3. Brasil. Parto e nascimento domiciliar assistido por parteiras tradicionais. Ministério da Saúde. [internet]. Brasília, 2012. [Acesso em: 08 mar 2013]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_parteiras_tradicionais.pdf.
4. Brasil. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. Ministério da Saúde. [internet]. 2010. [Acesso em: 02 Nov. 2013]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte2_cap16.pdf.
5. Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: dimensões do processo reprodutivo e de saúde da criança, Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Ministério da Saúde. [internet]. 2009. [Acesso em: 27 abr. 2013]. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>.
6. Brasil. Sistema nacional sobre nascidos vivos- SINASC. [internet]. 2009. [Acesso em: 10 mai. 2013]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_nasc.pdf.
7. Brasil. Humanização do parto, no pré-natal e nascimento. Ministério da saúde. [internet]. 2002. [Acesso em jun 2013]. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
8. Brasil. Impactos da cesariana na saúde materna e neonatal. Ministério da Saúde. 2013. [internet]. [Acesso em: 03 out 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Impactos_da_cesariana_saude_materna_neonatal.pdf.
9. Carneiro R. Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto. Experiências e percepções dissidentes de saúde e de bem-estar na contemporaneidade. *Ciênc. saúde coletiva*. [internet]. Rio de Janeiro; 2013 Ago; [Acesso em: 20 maio 2013]. v. 18, n. 8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700006&lng=en&nrm=iso.
10. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. saúde coletiva*. [internet]. Rio de Janeiro. 2005 Set. [Acesso em: 04 Nov. 2013]. v. 10, n. 3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300026&lng=en&nrm=iso.
11. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública* [internet]. Rio de Janeiro, 2004. [Acesso em: 20 maio 2013]. v. 20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700006&lng=en&nrm=iso.
12. Estes CP. Mulheres que correm com os lobos: Mitos e histórias do arquétipo da mulher selvagem. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
13. Feyer ISS, Monticelli M, Knobel R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Esc. Anna Nery*. [internet]. Rio de Janeiro, Jun. 2013. [Acesso em: 05 Nov. 2013]. v. 17, n. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200014&lng=en&nrm=iso.
14. Figueiredo, B. Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebê. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de La Salud*.

- [internet]. 2003. [Acesso em: 16 jun 2013]. v. 3, n. 3. Disponível em: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-86.pdf.
15. Helmann F, Martins GT. Sentidos da educação, arte e saúde na relação de interagency. In: Helmann F, Wedwkin LM, Dellagiustina M. *Naturolgia Aplicada: reflexões sobre saúde integral*. Tubarão: Unisul, 2008. p 57-68.
 16. Horta JCA. A doula comunitária: uma experiência reinventada. [internet]. [Dissertação]. Universidade Federal de Minas Gerais. 2008. [Acesso em: 02 abr. 2013]. 163 f. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-7S2HJR>.
 17. Kleba ME, Wendhausen ÁLP. O processo de pesquisa como espaço e processo de empoderamento. *Interface*. [internet]. Jun2010. [Acesso em: 04 Nov. 2013]. v. 14, n. 33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200015&lng=en&nrm=iso.
 18. Leão MRC et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciênc. saúde coletiva*. [internet]. Ago. 2013. [Acesso em: 04 Nov. 2013]. v. 18, n. 8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800024&lng=en&nrm=iso.
 19. Leboyer F. *Se me contassem o parto*. São Paulo: Ground, 1998.
 20. Leister N, Riesco MLG. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. *Texto contexto - enferm*. [internet]. Florianópolis, Mar. 2013. [Acesso em: 05 Nov. 2013]. v. 22, n. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100020&lng=en&nrm=iso.
 21. Loyola MA. *Sexualidade e medicina: a revolução do século XX*. Cad. Saúde Pública. [internet]. Rio de Janeiro, Ago. 2003. [Acesso em: 06 Nov. 2013]. v. 19, n. 4. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400002&lng=en&nrm=iso.
 22. Macedo PO. *Significando a dor no parto: expressão feminina da vivência do parto vaginal*. (Dissertação de mestrado). 70 f. 2007. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
 23. Maia MB. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte* 2008. Dissertação de Mestrado. 190 f. 2008. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (Ciências Sociais/Gestão das Cidades). Belo Horizonte.
 24. Meller FO, Schafer AA. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. *Ciênc. saúde coletiva*. [internet]. Rio de Janeiro, set. 2011. [Acesso em: 18 mar. 2013]. v. 16, n. 9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000018&lng=en&nrm=iso.
 25. Merighi MAB, Goncalves R, Rodrigues IG. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. *Rev. bras. enferm*. [internet]. Brasília, Dez. 2006. [Acesso em: 06 Nov. 2013]. v. 59, n. 6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600010&lng=en&nrm=iso.
 26. Monticelli M. Prefácio. In: Oliveira ME, Zampieri MFM, Brüggemann OM. *A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento*. Florianópolis: Cidade Futura, 2001, p. 13-15.
 27. Morais IM. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. [internet]. Recife, Dez. 2010. [Acesso em: 06 Nov. 2013]. v. 10, supl. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600010&lng=en&nrm=iso.
 28. Morais MLS, Lucci TK, Otta E. Postpartum depression and child development in first year of life. *Estud. psicol*. [internet]. Campinas, Mar. 2013. [Acesso em: 06 Nov. 2013]. v. 30, n. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000100002&lng=en&nrm=iso.
 29. Narchi NZ, Cruz EF, Goncalves R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. [internet]. Rio de Janeiro, abr. 2013. [Acesso em: 07 jul. 2013]. v. 18, n. 4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400019&lng=en&nrm=iso.
 30. Odent M. A cientificação do amor. 2000. In: Carvalho ML. *O renascimento do parto e do amor*. Rev. Estud. Fem. [internet]. Florianópolis, Jul 2002. [Acesso em: 04 Nov. 2013]. v. 10, n. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200022&lng=en&nrm=iso.
 31. Rego JD. *Aleitamento materno*. São Paulo: Atheneu, 2001.
 32. Rodhe AMB. *Naturolgia no despertar para o processo de cura*. In: Helmann F, Wedwkin LM. *O livro das interagency: estudos de casos em naturolgia*. Tubarão: Unisul, 2008. P. 82-96
 33. Rodrigues CCL. *Cheias de graça: gestação e sentimento de plenitude espiritual. A experiência místico religiosa na gestação, parto e maternidade em dois grupos de mulheres*. [Tese]. Doutorado em Ciências da religião. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. [Acesso em: 15 mar. 2013]. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp077622.pdf>.
 34. Rossi MJS. *A arte de cuidar: a formação do campo profissional*. [internet]. 2001. [Tese]. 484 f. Doutorado em Antropologia social. Universidade Estadual de Campinas. [Acesso em: 29 mar. 2013]. <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000210149&fd=y>.
 35. Salgado APA. *A dimensão cultural mítico-simbólica de mulheres no parto vaginal hospitalar: desafios para o cuidar de enfermeiras obstétricas*. 2009. 133f. [Dissertação]. Mestrado em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
 36. Salgado HO, Niyil DY, Diniz CSG. *Meio gregue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada*. *Journal of Human Growth and Development*. [internet]. 2013. [Acesso em: nov. 2013]. v. 23, n. 2. 190-197. Disponível em: www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/61298/64235.
 37. Seibert SL, Barbosa JLS, Santos JM, Vargens OMC. *Medicalização X humanização: o cuidado ao parto na história*. *Ver Enferm*. Rio de Janeiro, 2005. v. 13, n. 2, p. 245.
 38. Silva ATN. *A carne se faz verbo: o parto de baixo risco visto pela ótica das mulheres*. [Dissertação]. 2004. 294 f. Mestrado em Ciências da religião. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
 39. Silva RM et al. *Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto*. *Ciênc. saúde coletiva*. [internet]. Rio de Janeiro, Out. 2012. [Acesso em: 18 Abr. 2013]. v. 17, n. 10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000026&lng=en&nrm=iso.
 40. Souza KRF. *Experiência das doulas no cuidado à mulher em uma maternidade pública do Recife-Pernambuco*. [internet]. 2007 [Dissertação]. 134 f. Acesso em: mai 2013. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Paraíba. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp051921.pdf>.
 41. Vieira, MR. *Resgate da prática de parteiras leigas: a humanização da atenção ao parto*. Porto alegre: UNIPAC, 2004.