

**UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI**  
**MÔNICA PERIN DIEZ**

**O TRABALHO DAS *DOULAS* VOLUNTÁRIAS DO AMPARO  
MATERNAL DE SÃO PAULO À LUZ DA TEORIA DA  
DÁDIVA MODERNA**

**SÃO PAULO**  
**2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**MÔNICA PERIN DIEZ**

**O TRABALHO DAS *DOULAS* VOLUNTÁRIAS DO AMPARO  
MATERNAL DE SÃO PAULO À LUZ DA TEORIA DA  
DÁDIVA MODERNA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Hospitalidade sob orientação da Profa. Dra. Marielys Siqueira Bueno.

**SÃO PAULO**

**2008**

## DEDICATÓRIA

*Em um tempo em que falar de vida, amor e dádiva é loucura, dedico este trabalho a todos os “loucos” que defendem a vida humana, Dom dos Dons. Porque, como dizia o cantor, ela “é bonita, é bonita e é bonita”.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, meu grande orientador, nesta e em todas as outras aventuras de minha vida.

A meus pais, que me ensinaram, com seu exemplo, a amar, viver e sofrer como um filho de Deus.

Ao pessoal de Casa, pelo amor, paciência, compreensão e “torcida” nesses momentos de quase ausência.

A Cristina, pela dádiva incondicional de sua amizade e a grande ajuda neste e em tantos outros momentos.

A todo o corpo docente do Mestrado de Hospitalidade, aos meus colegas de Curso e, em especial, à minha orientadora, Profa. Dra. Marielys Bueno, por me ajudarem a refletir sobre o verdadeiro papel do mestre.

A Glaura Barbosa, Marinalva Aragão e Walkiria Cascardo, grandes amigas e bibliotecárias, pelo dom de seu profissionalismo e colaboração.

Às professoras, monitoras e alunas da Casa do Moinho, verdadeiras Mestras em Hospitalidade, que me acolheram com tanto carinho nos momentos mais críticos.

Às queridas Doulas do Amparo Maternal que tanto me ajudaram nesse “parto” e tanto me edificaram.

À querida profa. Dra. Maria Alice Tsunehiro, por tudo o que me ensinou com sua sabedoria, humildade e dedicação ao trabalho.

À diretoria e funcionários do Amparo Maternal, em especial a Ir. Anita Gomes, Ir. Enir, Sra. Márcia, Sr. Emilio Ferranda, pela acolhida e presteza nas informações.

A Alessandra Carvalho e Lina Mendes, pelo suporte carregado de ânimo e serenidade.

A Álvaro, Toni e João Paulo, que me deram mais motivos para acreditar que vale a pena.

*“Nós mesmos sentimos que o que fazemos é só uma gota no oceano. Mas o oceano seria menor se essa gota faltasse”.*

*Madre Teresa de Calcutá*

## RESUMO

Pesquisas do início da década de 1990 mostram que, modernamente, a palavra grega *doula* vem sendo utilizada para designar aquelas mulheres capacitadas para brindar apoio continuado a outras mulheres (e aos seus companheiros e/ou outros familiares), proporcionando conforto físico, apoio emocional e suporte cognitivo antes, durante e após o nascimento de seus filhos. Ao realizar-se este estudo descritivo e analítico, objetiva-se analisar a ação da *doula* voluntária do Amparo Maternal, maternidade social que acolhe gestantes de baixa renda e tem como princípio “nunca recusar ninguém”, sob o ponto de vista da Teoria da Dádiva de Marcel Mauss. O resgate do potencial sociológico da obra de Mauss deve sua origem, principalmente, a um grupo de intelectuais franco-canadenses contemporâneos que se agruparam em torno de diversas iniciativas anti-utilitaristas, dentre os quais se destacam Allain Caillé, Jacques Godbout e, no Brasil, Paulo Henrique Martins. O presente trabalho se vale de dados obtidos através da metodologia qualitativa de observação livre e direta e de entrevistas semi estruturadas com as *doulas* voluntárias. Percorre-se a literatura científica para documentar a crescente valorização do trabalho da *doula* e sua colaboração para a humanização do parto. Ao observar-se a relação *doula*-parturiente - uma relação personalizada – sob a dimensão da dádiva, verifica-se a importância da consideração da pessoa como única, a não ruptura entre doador e recebedor, além de outros constituintes da dádiva. A Teoria do Dom se apresenta, dessa forma, como um novo olhar sobre o trabalho voluntário.

**Palavras-chave:** Dádiva. Epistemologia da Hospitalidade. Parto humanizado. Trabalho voluntário.

## ABSTRACT

Research works from the beginning of 1990's show that, modernly, the greek word *doula* has been used for naming those women who are capable of offering continual support to other women (and to their partners and/or other relatives) giving physical comfort, emotional and cognitive support, before, during and after their children's birth. This descriptive and analytical study aims to present and to characterize the voluntary work performed by *doulas* of Amparo Maternal, São Paulo, a social motherhood institution which takes care of needing pregnant women and has, as a principle, "never refuse anybody". It will be considered the point of view of the Gift Theory, of Marcel Mauss. The recovery of the sociological potential of Mauss' work is mainly due to a group of contemporary French-Canadian intellectuals who gathered around several antiutilitarist initiatives, among whom stand out the names of Allain Caillé, Jacques Godbout and, in Brazil, Paulo Henrique Martins. The present work uses data obtained from the qualitative methodology of free observation and from non structured interviews with the voluntary *doulas*. The health literature was scanned in order to try to prove the increasing valorization of *doula*'s work and their contribution to humanize the childbirth. The observation of *doula*-parturient relationship -a personal relation- under the Gift dimension, reveals the importance of considering the person as unique, the non rupture between the donator and the recipient, among other elements of Gift. The Gift Theory is shown, in this point of view, as a new look at the voluntary labor.

**Key-words:** Gift theory. Volunteerism. Delivery and birth humanization. Epistemology of Hospitality.

.

## LISTA DE ABREVIATURAS

Ações Integradas de Saúde .....	AIS
Centro Obstétrico .....	CO
Centro de Parto Normal .....	CPN
Diário Oficial da União.....	DOU
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.....	EEUSP
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.....	INAMPS
Instituto Nacional da Previdência Social .....	INPS
Legião Brasileira de Assistência.....	LBA
Organização Mundial da Saúde .....	OMS
Pré-parto, Parto e Puerpério .....	PPP
Rede de Humanização do Nascimento.....	REHUNA
Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.....	SUDS
Sistema Único de Saúde .....	SUS

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1. O CAMINHO PERCORRIDO</b> .....	17
<b>2. O AMPARO MATERNAL</b> .....	27
<b>3. AS DOULAS</b> .....	37
3.1 Histórico e cenário de atuação .....	37
3.2 A <i>doula</i> na Literatura de Saúde.....	40
3.3 Tipos de <i>doulas</i> .....	42
3.4 As atribuições da <i>doula</i> .....	45
3.5 As <i>doulas</i> do Amparo Maternal .....	49
<b>4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS</b> .....	52
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	73
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	78
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS</b> .....	83
<b>APÊNDICE B – ENTREVISTAS E RELATOS</b> .....	84
Amélia .....	84
Zezé .....	87
Theresinha.....	89
Cecília.....	92
Laura .....	93
Cleide .....	94
Claudia .....	95
Lucy.....	96
<b>ANEXO A – CARTA DE CAMPINAS</b> .....	98
<b>ANEXO B – ATA DA FUNDAÇÃO DA MATERNIDADE SOCIAL AMPARO MATERNAL</b> .....	100

## INTRODUÇÃO

Em um dos encontros do Grupo de Pesquisa de Socioantropologia da Hospitalidade, no Mestrado em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi, depois de uma palestra ministrada por Dionéia Matsushige, *doula* voluntária do Amparo Maternal, surgiu o interesse por entender mais o papel social dessas voluntárias, cujas características pareciam ter íntima conexão com o Sistema da Dádiva estudado durante o Mestrado em Hospitalidade.

Com a desagregação da sociedade feudal e a consolidação da sociedade capitalista, a responsabilidade social para com os menos favorecidos foi, gradativamente, saindo do âmbito das instituições religiosas de caridade para as competências das políticas públicas. No entanto, diante das proporções assumidas pela economia moderna e a rapidez das transformações engendradas por ela, o Estado e a Economia vêm se mostrando incapazes de amparar e conter o aumento dos excluídos e marginalizados produzidos pela pressão permanente de maximizar os lucros num mercado movido pela concorrência brutal.

Nesse cenário, o apelo de ajuda aos marginalizados, aos mendigos, aos sem emprego, aos sem-teto e a todos aqueles, que, de alguma forma, se encontram desprotegidos e desamparados não tem mais as mesmas características da caridade. Com a organização da sociedade laica ela deixa de ser mais uma instância religiosa e passa a ser vista e vivida como gesto de solidariedade e participação cidadã. Como afirma Godelier (1996) a caridade, mesmo após séculos de cristianismo, ainda fere a dignidade de quem recebe, por isso surgem organizações, pessoas e movimentos sociais como mediadores da cidadania para o crescente número de necessitados e excluídos que o Estado e as Políticas Públicas não estão mais em condições de atender.

Os desafios colocados pela hegemonia da lógica mercantil, com seu poder de exclusão e de destruição das instituições sociais, vêm gerando movimentos sociais, que, como contrapartida, se empenham em resgatar a moral da solidariedade. Por sua vez, as Ciências Sociais são desafiadas a perceber e entender as novas estratégias e regras do social, sendo, assim, estimuladas – para poder explicar a complexidade da realidade moderna e globalizada – a um trabalho

de reflexão e avaliação crítica dos modelos teóricos existentes e de seus limites.

Assim se explica o surgimento de um movimento anti-utilitarista em Ciências Sociais que, para fazer a crítica teórica dos processos sociais em curso, vem fundamentando especialmente na obra de Marcel Mauss, recuperando a Teoria do Dom<sup>1</sup>. Essa teoria foi esquecida por muitos e obscurecida, de alguma forma, pela ideologia da globalização econômica e pelo neoliberalismo que nega o fomento da solidariedade humana como primeiro fator político e moral e afirma a idéia de que o homem é individualista e egoísta por natureza. A Dádiva aparece como uma reação natural e anti-utilitarista a essas tendências desumanizadoras (MARTINS, NUNES, 2004; CAILLÉ, GODBOUT, 1999). Vem sendo resgatada, discutida e desenvolvida por um grupo de intelectuais integrantes do que se chamou Revista do M.A.U.S.S (*Mouvement Anti-utilitariste dans les Sciences Sociales* - Movimento Anti-Utilitarista nas Ciências Sociais), revelando-se extremamente atual para um questionamento das transformações modernas vividas em todas as esferas – local, nacional e mundial - da vida social.

O aspecto mais relevante desse movimento é o de demonstrar que, além do importante papel do dom nas sociedades arcaicas, ele é igualmente fundamental para as sociedades modernas.

No artigo “Dádiva e Solidariedade”, França e Dzimira (2004) apontam para o fato de que Mauss foi além, ao encontrar, na dádiva a razão da troca e do contrato social arcaico. Também demonstrou que ela fundamenta a vida social e, por essa razão, continua presente nas sociedades modernas enquanto alicerce das relações sociais. A dádiva, segundo os autores, não é redutível a uma relação mercantil. Tudo que é doado e aceito significa, simbolicamente, a vontade de construir vínculo ou relação com outro (FRANÇA, DZIMIRA, 2004).

A aceitação da obra de Mauss é geral por parte dos antropólogos contemporâneos. Na tese principal do “Ensaio sobre a Dádiva” de Marcel Mauss (1974) a constatação mais relevante é sobre a existência, nas sociedades arcaicas, da obrigação de dar, receber e retribuir, como condição de sobrevivência e pacificação. Mauss apontou a importância de um resgate dessa tríplice obrigação para a compreensão dos vínculos sociais. Como sugere Douglas (APUD MARTINS,

---

<sup>1</sup> Os termos “dádiva” e “dom” serão considerados indistintamente nesse trabalho. Também não se diferenciarão os termos “teoria” e “sistema”. Martins considera a dádiva “um sistema que instrui a construção de uma teoria que se demonstra pela descrição, pela compreensão, pelo diálogo e, sobretudo, pela experiência” (2006, p.16).

2002), a obra de Mauss explica-nos que um dom, quando não contribui para aumentar a solidariedade, é uma contradição, pois o sistema do dom é, antes de tudo, uma teoria de solidariedade humana. Isso justifica, na opinião de Lanna (2000), a importância de se entender como as trocas são concebidas.

Vandenberghe (2004) afirma que basta com que a oferta seja animada pelo espírito de dar que ela já se torna dádiva. O objetivo geral deste estudo é fazer uma leitura do trabalho voluntário da *doula*<sup>2</sup> do Amparo Maternal através da ótica da dádiva e, de alguma forma, entender a importância da teoria da Dádiva para o estudo das ações voluntárias.

No princípio da década de 1980, autores como Alain Caillé, Jacques Godbout, Maurice Godelier e Mary Douglas iniciaram o debate teórico sobre a dádiva. Paulo Henrique Martins trouxe esse debate para as universidades brasileiras, brindando a academia com várias publicações em português sobre a Teoria da Dádiva e com a edição *on line* ibero-americana do Jornal do M.A.U.S.S ([www.jornaldomauss.org](http://www.jornaldomauss.org)).

Com base nesses autores, chegou-se à problemática de pesquisa deste estudo: “É possível verificar a circulação da dádiva no trabalho das *doulas* voluntárias do Amparo Maternal?”

Parte-se da hipótese principal de que a dádiva permeia todas as relações entre os indivíduos, sendo um fato social total (CAILLÉ, 1998) e pode estar presente no trabalho voluntário das *doulas* na medida em que, nesse trabalho, cada parturiente é vista como única. É a perspectiva da dádiva que permite que esse serviço se diferencie de um trabalho profissional regido unicamente pelas lógicas do mercado ou do Estado em que o interesse aparece como motor das ações humanas. Trabalhar, sob a ótica do sistema de dádivas, significa reaver a dimensão pessoalizada das ações de oferecimento. Se comprovada essa hipótese, será verificado se o trabalho das *doulas* voluntárias pode criar uma situação privilegiada para novas manifestações da dádiva na sociedade, ou seja, se

---

<sup>2</sup> Conceitualmente, *doula* é uma palavra de origem grega que significa “mulher que serve”. Posteriormente, foi usada para descrever aquela que assiste a mulher em casa após o parto, cozinhando para ela, ajudando a cuidar das outras crianças, segurando o bebê e tudo mais que for necessário. A conotação de servidão que esta palavra possuía na Grécia Antiga fez com que ela caísse em desuso. Foi, porém, resgatada por cientistas modernos. No contexto atual, o termo *doula* refere-se àquela que está ao lado, que interage com, que ajuda a mulher em algum momento durante o período perinatal, seja na gravidez, no trabalho de parto ou na amamentação (RAPHAEL, 1981).

a ação voluntária pode perpetuar-se na sociedade mesmo sem o conhecimento do doador.

O tema das relações sociais na área da saúde vem sendo objeto constante de estudo. Os formadores de recursos humanos nesta área se preocupam não só por valorizar a competência técnica como também por promover a conscientização dos profissionais nos diversos âmbitos de atendimento, de modo a fomentar a qualidade nas relações humanas que, por algumas décadas, foram sufocadas em nome da tecnologia e da assepsia dos frios corredores dos hospitais.

Silva (2004) relata que foi no século XIX, que, paulatinamente, a obstetrícia foi se incorporando à medicina. A tradição de familiares e amigos participarem do nascimento foi se perdendo, substituída pela disponibilidade plena do médico de família, sentado durante toda a noite ao lado da parturiente à espera do nascimento do bebê. Entretanto, nesse momento, a paciente ainda contava com uma relação interpessoal e se sentia acompanhada e acolhida. Porter (2001) relata que a parturiente encontrava no médico um suporte psicológico e se sentia considerada como pessoa e não apenas como um caso. O autor acrescenta que o declínio deste modelo de atendimento ocorreu por volta dos anos 1950, depois da Segunda Guerra Mundial. Em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, o parto passa do domicílio para o hospital, e as mães passam a ser atendidas nos hospitais apenas por profissionais de saúde, com a conseqüente medicalização, permanecendo sozinhas durante o período do trabalho de parto.

Esse deslocamento do atendimento perinatal, provocado pela atenção médica hospitalar e a crescente incorporação da tecnologia, começou a ser questionado e, muitas vezes, reconhecido como desumano. Todos estes fatores colaboraram para o surgimento do tema da humanização do parto, em que se defende não só a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal, como também a valorização das relações humanas e da acolhida à parturiente e ao recém-nascido. Tornquist (2002) relata que, apesar de o Movimento para a Humanização do Parto ter surgido em países como Estados Unidos, França e Inglaterra, o Brasil seguiu o caminho de seus ideólogos desde a primeira geração. Aqui, o Movimento emergiu como tal no final dos anos 1980, reunindo grupos feministas e profissionais, defendendo práticas como o incentivo ao parto vaginal, aleitamento materno imediato ao parto, alojamento conjunto – mãe e recém-nascido – presença do pai ou outro

acompanhante no processo do parto, atuação de enfermeiras obstétricas nos partos normais e inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões onde a rede hospitalar não se faz presente. O Movimento também defende a modificação de rotinas hospitalares muitas vezes desnecessárias, como a episiotomia, abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina e, em muitos casos, a extração do bebê com fórceps nas primíparas. Em 1993, profissionais, grupos e entidades formaram a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, ReHuNa e publicaram o que se chamou “Carta de Campinas” (Anexo D, p.98), aberta a toda a comunidade brasileira, que propõe uma reflexão sobre as condições a que são submetidas mulheres e crianças no momento do parto. Essa carta, encaminhada também a autoridades, contribuiu eficazmente para que medidas fossem tomadas pelo Ministério da Saúde (TEIXEIRA, 2003).

A Organização Mundial da Saúde passou, em 1996, a considerar oficialmente a necessidade desse conjunto de práticas para a promoção do parto e nascimento saudáveis, bem como a prevenção da mortalidade materna e perinatal. Em 2000, na Conferência Internacional do Parto, em Fortaleza, a atuação das *doulas* foi amplamente discutida (TEIXEIRA, 2003). Em 2001, o Ministério da Saúde publicou o manual “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”, que aborda, entre outras questões, o tema do suporte psico-social, nome dado ao acompanhamento das mulheres durante o trabalho de parto realizado por pessoa designada e treinada para esse fim pela instituição de saúde ou pela comunidade: a *doula*. Em 28 de maio de 2003, o Ministério da Saúde divulgou seu compromisso com as mulheres no novo programa de governo, garantindo capacitação de *doulas* comunitárias para atuação em 50% das capitais (TEIXEIRA, 2003).

Os dados do presente estudo foram obtidos por meio de revisão bibliográfica, observação livre e direta do trabalho das *doulas*, com entrevistas semi estruturadas a sete voluntárias, 10% do contingente de *doulas* do Amparo Maternal. Para entender mais o contexto em que se movem, e ouvir a opinião de outros agentes, foram realizadas entrevistas com membros da Diretoria da Entidade e com enfermeiras obstétricas, além de pesquisas de documentos do Amparo Maternal como a Ata Fundacional e Relatórios de Atividades anuais.

Por que a escolha do Amparo Maternal? Essa instituição, que acolhe gestantes de baixa renda e tem como princípio “nunca recusar ninguém”, pretende um atendimento sem exclusões conseqüentemente, incondicional. Além disso, a

entidade vem ganhando cada vez mais legitimidade pelo trabalho que desenvolve principalmente no que se refere à humanização do parto, possui credibilidade por parte da sociedade e configura-se como uma das mais representativas na área, em seus quase 70 anos de existência. É abundante a literatura científica sobre a entidade, com abordagens sob diversos aspectos, tanto técnicos como sociais. Britez, Trevisi e Tajiki (1968), professoras da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, escreveram a publicação mais abrangente na literatura brasileira de enfermagem a respeito do Amparo Maternal, detalhando a estrutura e o funcionamento da entidade (BONADIO,1996). Carvalho (1980) refere-se ao Amparo Maternal como uma organização de assistência materno-infantil que mantém convênio com a Prefeitura de São Paulo para a manutenção de um pronto socorro obstétrico. O autor destaca que essa Instituição contribuiu para o êxito do Curso de Enfermagem Obstétrica da EEUSP ao servir de campo de estágio para as alunas. Bonadio (1996) retoma a literatura citada para estudar e compreender as necessidades, crenças e valores do cuidado pré-natal na visão e na experiência vivenciada por mulheres grávidas atendidas no contexto do Serviço de Pré-Natal do Amparo Maternal. Para isso, relata a rotina da entidade e das mulheres que recebem esse serviço.

Silva (2004) verifica a relevância e a valorização das relações interpessoais no processo de parturição, pesquisando parturientes e *doulas* do Amparo Maternal. A autora comenta, ainda, a eleição, por parte do Ministério da Saúde, do Amparo Maternal como primeiro hospital a se tornar um Centro de Capacitação para formação de Recursos Humanos para o Parto Humanizado.

O Amparo Maternal é obrigatoriamente citado também nas publicações que tratam de sua fundadora, a Madre Marie Domineuc. Em resenha histórica do Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina, Augusto e Maranhão (1989), registram que Madre Marie Domineuc, da Congregação das Franciscanas Missionárias de Maria, Professora da Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo, juntamente com alguns professores da Escola Paulista de Medicina, organizou e dirigiu o Amparo Maternal, uma instituição de proteção à mãe desamparada.

No entanto, ao revisar-se tal bibliografia, acredita-se que se poderá contribuir com dados atualizados sobre a recente introdução e utilidade do serviço das *doulas* voluntárias na entidade e sua relevância, não só para os estudos da

área de saúde pública, como também das ciências sociais. Acredita-se que a *doula*, ao representar, de alguma forma, os interesses da parturiente junto ao corpo obstétrico, torna-se um agente de controle social sobre a qualidade de serviços oferecida pelas instituições públicas.

Quanto à organização deste volume, os capítulos dividem-se da seguinte forma: no primeiro capítulo, pretende-se abordar o referencial teórico, com uma reflexão sobre os aspectos do Sistema Social da Dádiva que foram considerados neste trabalho. Discorre-se também sobre a metodologia utilizada no estudo.

Para uma melhor contextualização do caso, no segundo capítulo pretende-se, utilizando-se de bibliografia, entrevistas e documentação da entidade, mostrar a história do Amparo Maternal e as transformações em sua filosofia administrativa através dos anos e no atendimento às gestantes ao realizar a instalação de um Centro de Parto Humanizado, o que possibilitou a adoção do serviço de *doulas*.

No terceiro capítulo, este estudo adentra no universo das *doulas*, caracterizando-as, explicando suas atribuições e, a título de informação, pretende-se mostrar as diferenças entre *doulas* profissionais, comunitárias e voluntárias. O estudo se deterá na *doula* voluntária do Amparo Maternal, com suas peculiaridades, modos de trabalho e atuação -ou não- dentro do Sistema da Dádiva.

## 1 O CAMINHO PERCORRIDO

Na apresentação da coletânea de textos “Polifonia do Dom” (MARTINS;CAMPOS, 2006, p.28), Paulo Henrique Martins afirma que

A retomada da discussão sobre a dádiva vincula-se, claramente, às inquietações de diversos pesquisadores e intelectuais a respeito da importância de novos meios de compreensão da sociedade contemporânea. [...] A atualização de teorias que contribuem para revalorização das experiências diretas entre as pessoas, grupos e comunidades na organização de sistemas de pertencimento e sociabilidade emerge com forte atratividade.

As opiniões sobre a dádiva têm sido abundantes, muitas vezes divergentes e outras vezes complementares umas às outras. Deter-se-á aqui, especialmente, nos conceitos apresentados por Caillé e Godbout (1998), sem, no entanto, desconsiderar outros autores que Paulo Henrique Martins dá a conhecer nas coletâneas “A dádiva entre os modernos” (2002), “A nova ordem social” (2004) e “Polifonia do Dom” (2006), publicações especialmente úteis para um aprofundamento nas diversas concepções da dádiva.

A motivação teórica para este estudo surgiu de uma pergunta colocada por Godbout no artigo “Introdução à dádiva”, (1998, p.9-10): “Por que é absolutamente necessário postular que os comportamentos cujo móvel não é o interesse devem ser aprendidos, interiorizados?”

E segue-se a resposta:

Pois é porque não se reconhece senão um móvel real da ação humana – o interesse – que todo modelo que sai do interesse se vê diante do problema insolúvel da interiorização das normas já que elas não podem ser naturais. Apenas o interesse goza desse privilégio de ser natural em ciências humanas. [...] pessoalmente estou cada vez mais convencido de que o atrativo do ganho como único motor da ação humana não tem nada de evidente e que o atrativo da dádiva não é tão esdrúxulo (GODBOUT,1998, p.9-10 ).

Parte-se, aqui, do princípio de que o ser humano não tem somente o interesse como motor de ação; mesmo quando atraído pelo ganho – utopia sedutora – o homem também se move pelo “atrativo da dádiva” (GODBOUT,1998, p.9). A ação voluntária envolve uma complexidade de lógicas,

e o fato de haver a busca de resultados para a sociedade e a satisfação pessoal, não descarta a busca da construção de vínculos e a doação de si.

Tal afirmação contraria frontalmente o paradigma utilitarista que propõe como critério de verdade somente o que é tangível e contabilizável e, como critério de bondade, o que é útil (MARTINS, 2000).

Pode-se definir o utilitarismo como o conjunto de visões instrumentais do mundo e dos sujeitos humanos, animados unicamente pela questão: para que serve isso? (CAILLÉ, 2006). Isso leva o homem a uma busca incessante da felicidade e à fuga de tudo o que possa ocasionar dor ou perda (MARTINS, 2000). O pensamento utilitarista advoga uma ética calculista que sabe renunciar a um prazer imediato, controlar paixões e desordens, com vistas a um prazer futuro e mais elevado, proporcionando uma melhora da sociedade; nega, porém, a ação altruísta, pois parte do princípio de que os atos de generosidade do ser humano e seus motivos últimos têm sempre segundas intenções. O utilitarismo vê a pessoa como naturalmente egoísta. (MARTINS, 2000).

Na perspectiva utilitária, o critério racional do justo – regras ou instituições justas e, por conseqüência, socialmente desejáveis – se dá quando se chega, objetivamente, à maior felicidade da maioria. Mas o que é a felicidade para a maioria? Poder liberar-se das relações sociais indesejadas. Sair a qualquer momento de uma relação – o *exit* – pois, se não há dívidas, não houve a criação de laços. Consegue-se o que se deseja do outro sem ter de manter uma relação de proximidade com ele. “Graças à lei da equivalência, [no Utilitarismo] cada relação é pontual, e não compromete o futuro. Não tem futuro e, portanto, não nos insere num sistema de obrigações” (GODBOUT, 1998, p.3). Com isso, o homem pode prescindir de todas as instâncias externas – autoridade, leis, tradições e valores – que controlem as soberanas preferências<sup>3</sup> individuais. Entra em cena o modelo do “*homo oeconomicus*” traçado por Godbout (2002): cada um otimiza seu interesse individual e todos os membros de uma sociedade produzem um *optimum* de bem estar coletivo.

Talvez, por essa razão, um sistema de circulação de coisas e serviços que tenha como centro a dádiva, possa parecer algo esdrúxulo e utópico (GODBOUT, 1999), uma vez que, na maioria das vezes, se pensa na dádiva como

---

<sup>3</sup> Segundo Godbout (2002, p.64), a palavra “preferência” é a maneira utilitária de designar o interesse, os valores, os fins, as necessidades e as paixões.

algo gratuito, sem retorno, como uma coisa. No entanto a dádiva é, como veremos, uma relação social e serve para estabelecer relações.

O mesmo ceticismo se apresenta quando se fala em voluntariado e suas motivações. Muito se tem dito acerca das segundas intenções, da instrumentalização quer seja da caridade quer seja da necessidade alheia para a consecução de fins não tão nobres como o poder ou o lucro. As opiniões sobre o trabalho voluntário são divergentes, chegando a ser acidamente críticas, e a idéia de voluntariado no século XXI pode surgir como desgastada, sendo considerado como um trabalho em que o motor é – e sempre será – o interesse.

De fato, ao mesmo tempo em que busca ajudar o outro, doando seu tempo e trabalho, o voluntário também busca sua satisfação pessoal ao sentir-se útil para a sociedade e melhorar a qualidade de vida de seu entorno, o que deixa patente que a ação voluntária não é totalmente pura, destituída de qualquer interesse ou egoísmo. Contudo, ela pretende se contrapor ao individualismo hegemônico e tenta resgatar “uma moral de solidariedade e de pertencimento social que vem demonstrando enorme poder de sobrevivência” (MARTINS, 2004, p.8). A riqueza de qualquer ação voluntária torna-se assim um objeto de estudo atraente, justamente porque é possível utilizar um marco teórico que vai além das lógicas consagradas pelo Mercado e pelo Estado, pelo interesse ou pela obrigação, e permite explicar:

[...] as boas razões para que as sociedades se organizem a partir da obrigação [mas não só] ou a partir do interesse [mas não só] ou a partir da espontaneidade [mas não só]; ou seja, uma teoria que permite se acrescentar boas razões para os indivíduos agirem livremente e desinteressadamente, movidos simplesmente pelo prazer de interagir ou pela mera obrigação aos preceitos coletivos (MARTINS, 2006, p.15).

Essa é a Teoria da Dádiva. Seus espaços são ilimitados. Encontramo-la nas relações interpessoais mais simples e rotineiras e nas intrincadas redes sociais, motivada por valores até contraditórios. Por isso não se trata aqui de considerarmos uma definição restrita da dádiva nem, muito menos, tentar abrangê-la em todas as suas dimensões.

No Sistema da Dádiva a importância da troca não está no que circula, no bem em si, mas nos vínculos estabelecidos através da relação gerada, mesmo que o doador não o note: “Qualifiquemos de dom toda prestação de bem ou de serviço efetuado, sem garantia de retorno, visando criar, alimentar ou recriar o

elo social entre as pessoas” (GODBOUT, 1999, p. 29). O que interessa, nesta relação, é que não há preponderância de poder ou valorização monetária – mesmo que eles existam - pois tudo o que circula está em prol da construção e manutenção dos laços sociais.

Caillé (2006) também aponta-nos outras generalizações dessa primeira concepção do dom. O autor qualifica como dádiva: “festas, conferências, conversas, impressões, opiniões, amor, ódio, vida e morte” (2006, p.30), isto é, tudo o que se faz ao outro ou à sociedade, sem esperar retorno determinado, somente visando a um vínculo social. Ele amplia essa lista com uma série de emoções e atitudes que, sem deliberadamente visar a criar ou alimentar um elo social – justamente por isso –, dão maior sentido às relações sociais e coloca como exemplo “a generosidade no esforço do atleta, a paixão pela verdade do sábio ou do filósofo, o amor que o artista nutre pela arte, ou a adoração a Deus dos místicos” (CAILLÉ, 2006, p.30).

A dádiva, portanto, se dá como um fenômeno social total, perpassando todas as esferas da vida em sociedade, aflorando aí o fundamento do social. (MARTINS, NUNES, 2004).

Para Caillé (2006), Mauss tinha como legítimo sonho a regeneração de instituições públicas ou privadas, empresas, prefeituras, sindicatos, através do ressurgimento do dom; este sonho pareceu desvanecer-se, no entanto, na medida em que a modernidade colocou como elemento essencial à sua edificação a confiança plena na lógica do Mercado e na lógica do Estado, lógicas que se apóiam nas duas grandes ideologias da modernidade, o liberalismo e o socialismo.

Não se trata, desse modo,

[...] de uma expectativa de circulação de dádivas que não seja por si, instrumental ou útil, mas que, muito antes de ser pensada como utilitária ou, diria eu, como um direito ou como um favor, a relação é pensada na expectativa de um estabelecimento de um vínculo hierárquico de circulação de dádivas. Por ser assim pensada, é que essa circulação pode tanto se realizar negativa quanto positivamente (CAILLÉ, 2006).

Martins e Campos (2006) apontam que, no Brasil, não é fácil a difusão do dom devido a um preconceito dos cientistas sociais contra o dom religioso e católico e um reconhecimento da caridade, filantropia e voluntariado somente como mecanismos para justificar a exploração e a

desigualdade. Neste estudo, não se pretende, de forma alguma, reduzir a dádiva a um caso de voluntariado ou polemizar sobre disposições, motivações religiosas ou intenções dos agentes. Por analisar-se uma instituição de raiz católica, considera-se aqui que as motivações de cunho religioso possam ser significativas para um bom número de pessoas, mas a amostra deste estudo contou também com pessoas não católicas e sem religião.

O caso estudado pretende unicamente analisar uma atividade voluntária através da ótica da dádiva; uma atividade em que a expressão “recebo mais do que dou” é ouvida freqüentemente e que tem como base de relação entre os agentes, a gratuidade dos serviços doados e não os benefícios econômicos.

A consideração do outro como único e irrepetível é elemento essencial na conceituação da dádiva e um dos principais aspectos a serem observados neste estudo. Sem pertencer ao circuito do mercado ou do Estado, a circulação de bens que se faz em nome do laço social – a dádiva – pode se realizar também entre estranhos e desconhecidos (GODBOUT, 1999).

A dádiva entre estranhos não é um fenômeno que vem das classes mais abastadas para suprir carências de grupos sociais pobres. Mostra-se presente em todas as classes, em pessoas com diferentes vivências e condições socioeconômicas. Pode ser mais bem entendida ao refletirmos sobre dois conceitos importantes colocados por Caillé (1998) e Godbout (1999): a socialidade primária e secundária.

A socialidade primária é registrada quando os indivíduos biológicos se constituem pessoas sociais, travam relações na família, com a vizinhança, de camaradagem, justamente relações de pessoa a pessoa. Nas sociedades modernas, contudo, a dádiva se apresenta de outras formas que transcendem a esfera doméstica, formada através de laços familiares, de parentesco e amizade. Com isso, rompe-se a crença de que a relação com pessoas estranhas ou desconhecidas, se expressa apenas pelo caráter mercantil ou utilitário.

A socialidade secundária é “[...] aquela que congrega estatutos ou funções mais ou menos definidas institucionalmente” (CAILLÉ, 1998, p.4). Nos vínculos sociais com estranhos, o doador se preocupa em diminuir distâncias do receptor e assim se formam os vínculos comunitários (GODBOUT, 1998).

Lima (2004, p.56), no entanto, considera que:

[...] ao comentar a dádiva entre estranhos, Godbout não explica de que maneira, nas dádivas em que não se conhece o recebedor, poderiam se criar vínculos sociais entre os sujeitos envolvidos. Exemplos desse tipo de dádiva seriam a doação de sangue e solidariedade em momentos de catástrofes; ao nosso ver, caberia o questionamento da distância estabelecida: não seriam formas de não se envolver em relações não desejadas, fazendo então a doação a um desconhecido? Por outro lado, em alguns exemplos que o autor expõe, como visitas a hospitais, dádivas de caridade e hospitalidade, consideramos que existe a possibilidade de se estabelecer vínculos entre os atores envolvidos, em que o outro deixa de ser um estranho e passa a ser alguém da própria família. A constituição dos vínculos sociais, neste caso, funda-se na amizade, na interação face a face, gerando redes de solidariedades e, portanto, tornando-se uma relação familiar.

Tem-se aqui um outro ponto de vista a respeito dessa questão, pois o mesmo Godbout (1999, p. 90) afirma que:

[...] antes mesmo de poder ocupar funções econômicas, políticas ou administrativas, os seres humanos devem ter sido constituídos como pessoas, quer dizer, não um amontoado de funções, mas unidades autônomas dotadas de um mínimo de coerência própria.

A idéia também é defendida por Baptista (2005a), que advoga a “lei do rosto” como referência ética de todas as dinâmicas de cidadania. “O outro, qualquer outro, é um rosto. Esta consciência torna-nos mais aptos para a promoção de laços de comunidade para lá, caminhando então no sentido de um humanismo universalista” (BAPTISTA, 2005a, p. 2).

A autora nos fala de uma “apologia do único” (BAPTISTA, 2005a, p. 2). que nos permite a dádiva incondicional a quem pouco conhecemos e está excluído de uma relação pessoal. Não vemos o estranho como uma abstração, um número, ou uma parte da massa, o estranho pode ser abordado por nós a qualquer momento como um “Tu” e, por isso, mesmo não o conhecendo, sabemos que é possuidor de um rosto, de uma subjetividade que justifica a nossa dádiva. Assim mesmo, acredita-se aqui que, nem por isso, a sociabilidade secundária perderia suas características, transformando-se em uma sociabilidade primária, em uma relação “familiar”. Para Baptista (2006), devemos procurar em cada contexto o caminho que nos revele a importância e dignidade dos seres únicos. A dádiva moderna situa-se entre indivíduos que são únicos uns para os outros e tendem a criar vínculos e personalizar a relação; ela se caracteriza por tender a fazer com que o desconhecido seja o menos estranho possível e isso, além de tornar especial a

relação entre as pessoas, difere o trabalho voluntário das instituições públicas que atuam no mesmo campo.

O doador sabe que os recebedores de sua dádiva são pessoas com individualidade e liberdade e, por isso mesmo, existe a possibilidade de negação da dádiva. A finalidade de quem doou não é buscar a retribuição, pois não há garantias de ser retribuído. Se há livre retribuição há o vínculo e quanto mais obrigatória a retribuição, menos livre se sente seu autor, e menos circulação da dádiva existe. Dessa forma, afirma-se que a dádiva tem como tendência natural a dívida. É o que Caillé denomina como “[...] aposta da dádiva: o único meio de criar a confiança e moldar a relação social” (1998, p.11).

Trata-se de um fenômeno que pode parecer incoerente na sociedade moderna, que tem como modelo mercante a ausência da dívida. "Nesse jogo infinito da circulação de equivalências, ser um indivíduo equivale a não dever nada a ninguém" (BERTHOUD *apud* GODBOUT,1998). Vê-se como necessário, a seguir, distinguir o homem individualizado do homem individualista.

Uma das críticas de Arendt (1981) aos sistemas modernos é a de que, frente a eles, os indivíduos não são reconhecidos como pessoas singulares, mas clientes, pacientes, um RG, pedestres, números de uma estatística etc. Faltam âmbitos públicos nos quais possamos atuar em nome próprio e ser reconhecidos.

Em seu acentuado egocentrismo, o individualista se vê como causa e consequência de todo o universo que o cerca, tendendo, assim, somente à realização de si mesmo, à auto-satisfação, ao êxito e ao bem estar próprios. Ele não entende a dádiva e acaba por desembocar num vazio, numa frustração, com uma total incapacidade de olhar mais além.

A dádiva, ao contrário, aponta Godbout (1998), é fundamental para que o doador rompa seu isolamento dos demais, sentindo sua própria identidade. Ao perceber-se como doador, ele é invadido por um sentimento de poder de transformação, de abertura e de vitalidade. É como se fosse um novo nascimento. Pode-se dizer que ele se redescobre quando sai de si mesmo em direção ao outro e doa mais ainda, cada vez mais incondicionalmente. “Dar qualquer coisa a alguém representa, portanto, dar qualquer coisa de sua alma. A dádiva se compreende, assim, como um operador privilegiado da aliança entre as pessoas” (FRANÇA, DZIMIRA, 2004, p.151).

Além da fundamentação teórica exposta, o presente estudo se vale de dados obtidos através da metodologia qualitativa de observação livre e direta e de entrevistas semi-estruturadas com as *doulas* voluntárias.

A entrevista foi escolhida como instrumento para a coleta dos dados por ser um meio importante na captação de informações para a viabilização de uma pesquisa como a que se realizou (MINAYO, 2000).

Foram realizadas entrevistas com sete *doulas*, dez por cento do contingente dessas voluntárias. Amélia, Zezé, Theresinha, Cecília, Laura, Claudia e Cleide têm idade entre 42 e 70 anos; quatro delas situam-se no intervalo etário de 60 a 70 anos. Quanto à escolaridade, cinco têm curso superior completo e duas têm o ensino médio completo. Cinco são casadas com filhos, uma é viúva com filhos e outra é solteira sem filhos. Todas pertencem à classe média e à classe média alta, com renda familiar mínima igual ou superior a R\$ 5.000,00. Cinco são católicas, uma é espírita e outra se declarou sem religião. Nenhuma delas trabalha profissionalmente e, no Amparo Maternal, trabalham, em média, dois períodos por semana.

As *doulas* são coordenadas por duas voluntárias, uma mais antiga na instituição, voluntária há 26 anos, que coordena tanto as *doulas* como as outras voluntárias, e outra mais jovem, a quem chamaremos Eloísa, que tem média da idade bem menor que a maioria das *doulas*. A coordenadora mais velha, a quem chamaremos Lucy, somente tornou-se *doula* para continuar o trabalho de Marisa Cardoso, voluntária já falecida que deu início ao trabalho das *doulas* na instituição. Lucy nos afirmou, em entrevista: “não gosto de ficar muito no Centro Obstétrico, minha função é passar por lá para ouvir as ‘brincas’ – da enfermeira obstétrica – e repassá-las às *doulas*, organizar os horários e fazer a intermediação com a diretoria” (LUCY, 63 anos). Perguntada sobre quais são as ‘brincas’ mais constantes, afirmou: “mascar chiclete, não abotoar o avental rosa que identifica a *doula* do Amparo, falar muito, falar alto” (LUCY, 63 anos).

Foi possível verificar o comentado por Minayo (2000,p.131):

[...] cada situação de entrevista tem o seu impacto social próprio. Não há duas situações iguais e nem sequer semelhantes; serão sempre diferentes, ainda que se trate, em ocasiões distintas, dos mesmos atores e do mesmo tema, por causa tanto de disposição dos interlocutores, como pelo contexto da pesquisa, isto é, por fatores externos ou internos que condicionam a situação.

Os dados obtidos se referiram tanto a fatos, como à bagagem cultural da entrevistada, atitudes, percepções, valores, comportamentos, opiniões, crenças e sentimentos (MINAYO, 2000). Alguns fatores externos, como o local das entrevistas, ocasionaram algumas interrupções, principalmente por parte das gestantes e de outras voluntárias. A pesquisadora notou que, na presença de outras *doulas* as entrevistadas perdiam a espontaneidade e tendiam a falar de seu trabalho de maneira mais formal, fazendo um relato mais idealizado do que real. Não expressavam outros elementos que não fossem o empenho em manter a alta qualidade de seu trabalho. Ao observar-se que isso acontecia, procurou-se entrevistar as *doulas* separadamente, em um ambiente sem interrupções ou assistentes e conseguiram-se então informações mais detalhadas e ricas que possibilitaram um melhor conhecimento dos fatos e bagagem cultural da entrevistada.

Utilizou-se um roteiro a fim de orientar os relatos das entrevistadas, buscando apreender o significado do trabalho voluntário para as *doulas* e os aspectos que elas valorizam nessa ação. Também interessava saber quais motivos levaram-nas a exercer esse tipo de atividade e não outra, suas expectativas, a relação com a parturiente e como se dão os movimentos de doação, recebimento e retribuição. O roteiro constava de tópicos que visavam a obter os valores, aspirações, motivações dos agentes, avaliação do trabalho voluntário e sua relação com a organização pesquisada. Assim mesmo, as voluntárias tiveram toda a liberdade de expressar, mais ou menos, os aspectos que mais lhe interessaram. Uma delas quis escrever sobre sua vivência.

As entrevistas duraram, em média, 40 minutos, e foram realizadas no próprio Centro de Voluntariado, em uma sala anexa ao “bazar”. Ao término das entrevistas, a conversa se prolongava e escutavam-se ricos depoimentos, os quais eram anotados em um diário de campo. As *doulas* se mostraram bastante receptivas, acolhedoras e sempre agradáveis desde o primeiro contato. Também se percorreu o Centro Obstétrico, em companhia de três das entrevistadas, ouvindo suas observações e percebendo sua interação com as gestantes e equipe de saúde. Pôde-se assistir a um parto, depois de uma tarde acompanhando-se seu desenvolvimento.

Não se utilizou a transcrição absoluta dos textos. Corrigiram-se os erros de linguagem, mesmo porque as entrevistadas eram pessoas com bom nível de expressão verbal. Segundo Meihy “o que deve vir a público é um texto trabalhado, onde a interferência do autor seja clara, dirigida à melhoria do texto” (1996, p.57). Procurou-se manter, no entanto, por serem realmente importantes, o sentido intencional e o conteúdo das palavras (APÊNDICE B, p. 84-98).

De acordo com o estabelecido nas normas para pesquisa envolvendo seres humanos, definidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, as entrevistas com as *doulas* foram realizadas com a livre aquiescência das participantes, depois de terem sido informadas sobre o tema deste trabalho, e quais os objetivos daquela pesquisa. Do mesmo modo, depois de que a pesquisa fosse aprovada pela Comissão de Pós Graduação da Universidade Anhembi Morumbi, solicitou-se autorização para a realização da pesquisa com documentação encaminhada aos responsáveis pelo Amparo Maternal, sendo obtida a permissão requerida.

Procurou-se assegurar a privacidade das entrevistadas e a liberdade para expressar opiniões. Para isso, foram atribuídos a todos os entrevistados, tanto *doulas* como enfermeiras e membros da Diretoria entrevistados, nomes fictícios que foram registrados na transcrição das entrevistas. A divulgação das informações foi autorizada pelas entrevistadas.

O critério para definir as participantes do estudo não obedeceu nenhuma regra estrita. Optou-se por entrevistar as que estavam de plantão durante as visitas da pesquisadora. No entanto, procurou-se garantir que essas visitas fossem sempre em períodos diferentes, o que possibilitou maior variedade de entrevistadas. A transcrição das entrevistas, seguindo indicação metodológica (QUEIROZ, 1991), foi realizada pela própria pesquisadora. Isso fez com que houvesse uma identificação preliminar de temas relevantes. Leu-se, repetidas vezes, o conteúdo das entrevistas, em busca de elementos que pudessem relacionar-se à problemática da pesquisa no momento da análise.

Concomitantemente, percorreu-se a literatura científica para verificar a crescente valorização do trabalho da *doula* e sua colaboração para a humanização do parto, bem como o histórico do Amparo Maternal.

## 2 O AMPARO MATERNAL

A Maternidade Social Amparo Maternal foi fundada em 20 de agosto de 1939 por um grupo de pessoas liderado por uma religiosa franciscana – Madre Marie Domineuc – juntamente com o então Arcebispo de São Paulo, D. José Gaspar de Afonseca e Silva. O Amparo Maternal foi estabelecido como instituição beneficente desde sua fundação. No início tratava-se somente de uma pessoa jurídica, um ente moral, sem edifício próprio e funcionava dentro da própria Clínica Obstétrica do Hospital São Paulo. A equipe de Enfermagem, chefiada pela Madre Domineuc, contudo, pensava no futuro das parturientes que, como não tinham para onde ir, terminavam por ficar na Clínica Obstétrica mais tempo do que o previsto. A equipe, então, se mobilizava para conseguir alojamento para essas gestantes, até que pudessem reorganizar suas vidas; com a ajuda de voluntárias da alta sociedade paulistana, alugaram-se onze casas, localizadas nas ruas próximas ao Hospital São Paulo. A esse hospital seriam encaminhadas no momento do parto. Já no ano da fundação do Amparo, foram abrigadas 400 gestantes nessas casas alugadas (BONADIO, 1996).

Na ata de fundação do Amparo Maternal, consta que serão atendidas pela Entidade

[...] todas as mães que dela necessitam não havendo limite de internação sendo lema da casa não recusar ninguém, pois como Nossa Senhora, se aqui não forem aceitas, não haverá nenhum outro lugar para elas (ATA DE FUNDAÇÃO AMPARO MATERNAL, 20/08/1939.).

Como o número de mulheres necessitando de abrigo aumentava, acompanhando o crescimento da cidade de São Paulo e as migrações, iniciaram-se as gestões junto à Prefeitura para a construção de um edifício que albergasse todo tipo de gestantes: psicopatas, andarilhas (sem teto) e migrantes, a grande maioria. Em 1945, em vista da necessidade desta obra, o prefeito de São Paulo, Prestes Maia, resolveu construir o edifício agora existente, em terreno doado pelo município, localizado na Rua Loefgreen, 1901, na Vila Clementino, em São Paulo. Somente em 1960, o Amparo Maternal, como Pronto Socorro Obstétrico, seria inaugurado pelo então Governador do Estado, Ademar de Barros. Em 1965, encerraram-se as obras (BONADIO, 1996).

No princípio, o plano de construção não previa maternidade. No entanto, durante o período da edificação do prédio, houve mudanças no Instituto Nacional de Previdência Social. Através de convênio com os hospitais da rede privada, o INPS passou a oferecer as instalações de maternidade a seus contribuintes. Essa política se fortaleceu em 1977, quando foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, para atender exclusivamente as pessoas que possuíssem carteira de trabalho. O atendimento dos desempregados e residentes no interior era de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e dos serviços públicos federais ([www.sespapa.gov.br](http://www.sespapa.gov.br))

A maioria das gestantes do Amparo Maternal, entretanto, era considerada indigente, pois não contribuía para a Previdência Social e os hospitais se recusavam a atender pelo convênio com o INAMPS quem não tivesse uma carteira de trabalho. Para conseguir atendimento para suas pacientes, a fundadora do Amparo Maternal, Madre Domineuc, se deparou com muitos preconceitos. A exclusão pesava sobre a entidade que, por muitos anos, foi também conhecido como a “Casa da Mãe Solteira” pelo fato de grande parte de suas abrigadas serem solteiras, prostitutas ou pessoas que não constituíam família, consideradas socialmente desajustadas. Muitas mulheres acolhidas no Amparo atribuíram a reorganização de suas vidas ao fato de terem sido ali respeitadas como seres humanos, acolhidas e não marginalizadas. Essa segurança as animava a aceitar quaisquer dificuldades para levar adiante a criação de seus filhos e recomeçar suas vidas (BONADIO, 1996). Sem dúvida alguma, há forte vínculo entre o Amparo Maternal e Madre Domineuc. Na breve biografia da Madre, apresentada por Carvalho (1974), estão registrados fatos sobre a criação do Amparo Maternal, o trabalho realizado com as mães, a incompreensão de muitos e o respeito de outros em relação a sua filosofia assistencial.

Igualmente, no artigo que traça o perfil da Madre Marie Domineuc, o Amparo Maternal é destaque em sua história de vida; há o depoimento de uma ex-aluna que retrata o Amparo como instituição que atende a mulheres não aceitas pela sociedade e afirma que o trabalho da Madre nem sempre era aceito ou compreendido por alunas e pessoas do seu convívio direto ou indireto (PERFIL, 1979). Como exemplo, Bonadio (1996) se valeu de relatos que afirmam que Madre Domineuc lutava pela reintegração da mulher a seu lar. Ela fazia questão de substituir a expressão “mãe solteira” por “família incompleta” e

[...] advogava que, formando uma nova família, mesmo que incompleta, no futuro, a criança seria o apoio para essa mãe. Esse conceito de unidade familiar, representada pelo binômio mãe-filho, defendido pela Madre, era avançado para a época (BONADIO, 1996, p.171).

Em outro relato, Bonadio (1996) conta que a Madre chegou à conclusão de que era necessário que as instalações do prédio em construção fossem adaptadas para iniciar um serviço hospitalar de obstetrícia e pediu a colaboração do Professor Álvaro Guimarães Filho, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Escola Paulista de Medicina.

Na mesma época, em consequência das modificações na legislação do ensino de enfermagem e de obstetrícia (Pareceres n<sup>os</sup>. 271/62 e 303/63 do Conselho Federal de Educação), a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, EEUSP, passou a ministrar o curso de Enfermagem Obstétrica e necessitava de novos locais para a realização de suas aulas práticas (CARVALHO, 1980). Aí estava a solução que atenderia às necessidades das duas instituições. O Professor Guimarães Filho convidou a professora Heloísa Aparecida Leite Martins, então titular da disciplina Enfermagem Obstétrica da EEUSP, para organizar, junto com a Madre Domineuc, a clínica obstétrica do Amparo Maternal. Nesse local, por muitos anos, as docentes e alunas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo faziam suas práticas, atendendo às gestantes de baixa renda e baixo risco obstétrico. A instalação da Maternidade contou com o apoio da Diretoria da EEUSP e também da Fundação Kellogg, que colaborou com a doação de equipamentos e recursos financeiros. Com estes recursos, algumas docentes foram contratadas para atuarem no Amparo (CARVALHO, 1980). Nascia, enfim, em 1964, a única entidade médica social existente no Brasil e, talvez, na América Latina: a Maternidade Amparo Maternal. Britez, Trevisi e Tajiki (1968), destacam os três organismos centrais da Maternidade: o Serviço de Acolhimento, responsável pela atividade de triagem, fazendo os encaminhamentos para os outros dois organismos, ou seja, para a Clínica Obstétrica e suas demais unidades ou para os Serviços Satélites; os Serviços Satélites funcionam como centros familiares de observação. As autoras consideram o Amparo Maternal

[...] uma instituição singular por seus objetivos humanitários, por tornar a assistência autêntica, por desenvolver paulatinamente a capacidade profissional da aluna e possibilitar atuação ulterior segura, tanto em organizações modernas, como em locais mais desprovidos de recursos (BRITZ, TREVISI, TAJIKI, 1968, p.72).

Se as subvenções para docentes e equipamentos chegavam, não eram, contudo, suficientes para uma assistência de qualidade às gestantes que procuravam o Amparo. Bonadio (1996) recolhe um depoimento em que uma enfermeira relata a precária situação de atendimento em 1969. As enfermeiras tinham somente luvas para fazer o parto e não havia campo esterilizado. Após o parto, somente era possível acomodar duas gestantes em cada cama, pois não havia camas, lençóis e cobertores suficientes para todas.

A importância do Amparo como campo de ensino na formação de enfermeiras obstétricas e de médicos também é enfatizada por Britz, Trevisi e Tajiki (1968), que afirmam que a instituição oferecia aos alunos muitas vantagens de aprendizado, não pelo número de casos, mas pela natureza das intercorrências médico-sociais que permitiam ao futuro profissional uma ampla visão dos aspectos assistenciais à Maternidade, reforçando a importância do papel social desta instituição.

A aluna adquire autoconhecimento através de observação e de prática, sendo necessário, por parte da estudante, uma leal disposição para observar sua própria conduta e avaliá-la à luz de sua compreensão e da sua responsabilidade profissional. [...] Isto favorece decisivamente sua formação técnica e amadurecimento profissional (BRITZ, TREVISI, TAJIKI, 1968, p. 73).

Entre 1972 e 1975, quando a reforma da maternidade mantida pela Legião Brasileira de Assistência – LBA - restringiu seu atendimento, no Amparo Maternal nasceram, diariamente, quase ininterruptamente, 60 crianças. Nessa situação, os partos eram realizados em qualquer lugar, em uma maca, no chão, ou em um balcão. Sempre vigorou a filosofia assistencial, fundamentada no respeito à pessoa humana, de não recusar nenhuma paciente.

Não só mães solteiras, mas também muitas donas de casa sem registro profissional ou convênio de saúde buscaram e ainda buscam, com seus esposos ou companheiros, o atendimento da Maternidade. No Alojamento Social, em 2006, porém, 65,43% das mulheres abrigadas eram solteiras e cerca de 30% tinham de 12 a 20 anos (RELATÓRIO DE ATIVIDADES, 2006).

A Diretoria da instituição sempre fez questão de levar à frente o princípio de “Nunca recusar ninguém” (RELATÓRIO DE ATIVIDADES, 2006), mesmo à custa de um atendimento em circunstâncias que estavam longe de ser as ideais. Sobre as críticas a esse princípio, uma docente de enfermagem obstétrica da EEUSP, que hoje atua no Ambulatório de Pré-Natal com suas alunas e fez suas práticas de estudante no Amparo Maternal com a Madre Domineuc, comenta:

As críticas procediam principalmente de algumas enfermeiras docentes que acreditavam que era necessário ensinar os procedimentos corretos em situações ideais. Porém, muitas defendiam a importância de a enfermeira estar preparada para qualquer circunstância adversa. Cada parto é um parto, cada gestante é uma e os recursos não são perfeitos na maioria dos hospitais de nossa rede de saúde. O Amparo Maternal dava a possibilidade de compreender-se, na essência, a profissão da Enfermeira Obstétrica (RELATO ORAL, ENFERMEIRA DOCENTE, 2008).

Segundo o mesmo relato, sempre foi necessária, por parte das docentes, uma compreensão do fato de que lidavam com um carisma religioso, em uma instituição filantrópica, mas, por outro lado, não se conformavam com as situações precárias, sugerindo e colocando os meios para prestar um atendimento de qualidade. Hoje, a situação mudou muito e a professora comenta a idéia de humanização da saúde que procura passar a suas alunas que fazem práticas no Amparo Maternal:

Não temos horário de profissional de hospital público, que deveria chegar às 7 e chega às 9 e sai às 10, quando deveria ficar até às 12 horas e atende uma porção de gente rapidamente. Aqui, no pré-natal se eu fico das 7 às 13, atendo 6 pacientes. Fico com cada uma, aproximadamente uma hora, pelo menos na primeira vez. Aí consigo conhecer as gestantes. E as alunas vêem isso: que é importante não só explicar, como também conversar com as pacientes e chamá-las pelo nome. Quando se chama pelo nome o atendimento muda. Por outro lado, há um horário de trabalho, que se cumpre. Se há urgência,

a paciente é atendida, e isso, com a experiência, a gente consegue perceber. Mas não se trata de fazer loucuras em termos de horários e atendimento [para o pré-natal, pois o Centro Obstétrico, para os partos, está coberto 24 horas por dia]. As pacientes de risco são encaminhadas a hospitais que tratam disso e procuramos que o encaminhamento seja com a segurança de que serão atendidas. Muitas vezes são encaminhadas com uma carta minha, endereçada a quem eu sei que poderá ajudá-las (RELATO ORAL, ENFERMEIRA DOCENTE, 2008).

A consideração que cada parturiente assistida pelo Amparo Maternal é “pessoa humana”, únicas experiências de vida, emoções e vivências, sempre foi um ponto essencial defendido pela instituição. Esse conceito de individualização faz com que cada uma seja tratada não como um “caso”, “tipo” ou “categoria”, atitude muito comum nos serviços à gestante (BRITEZ, TREVISI, TAJIKI, 1968).

Bonadio (1996) conta que os profissionais formados no Amparo beneficiaram-se, grandemente, na medida em que a vivência daquela realidade lhes proporcionou crescimento pessoal e profissional. E acrescenta:

O eixo norteador da assistência obstétrica do Amparo tem suas raízes nos dogmas cristãos da Igreja Católica, uma vez que seus principais mentores intelectuais [Madre Domineuc e Professor Guimarães] eram seguidores desse dogma religioso. A qualidade da assistência baseava-se não apenas em aspectos técnicos quantitativos, mas em princípios que proporcionassem ao indivíduo condições de reintegração social, representado pelo respeito ao ser humano como tal. Porém, em obediência ao dogma cristão não admitia recusar atendimento, independentemente das condições ideais para a prestação da assistência. Assim, imperava a idéia de que o que se podia oferecer era melhor do que nada, [idéia essa] que hoje não é mais aceitável (BONADIO, 1996, p.177).

A partir de 1982, a instituição deixou de ser uma entidade mantida exclusivamente por recursos da Diocese de São Paulo e passou a contar com um corpo diretivo não remunerado, formado por Presidente, Vice-Presidente e Diretor Financeiro e Administrativo, que são eleitos, a cada quatro anos, por sócios contribuintes, pessoas físicas ou jurídicas, que fazem doações regulares. O alojamento das gestantes e o serviço social ficaram a cargo de um grupo de religiosas vicentinas, duas das quais fazem parte do corpo diretivo.

Ao integrar-se ao SUS, o Amparo Maternal começou a ser remunerado por atendimento prestado e por exames realizados. Dessa forma, a qualidade da assistência passa a ser direito da mulher enquanto cidadã<sup>4</sup>, em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”<sup>5</sup>. O Amparo teve, portanto, que se adaptar fisicamente aos serviços que oferecia.

A partir de 2006, o SUS vem financiando parte dos serviços prestados pelo Amparo Maternal, garantindo a cobertura dos gastos com pessoal (398 empregados remunerados), o pagamento de 1000 partos ao mês e exames de pré-natal. As demais despesas (alimentação, medicamentos, materiais médico-cirúrgicos, roupas, instrumentos etc.) devem ser cobertas por recursos oriundos de doações, do pagamento feito pelas instituições de ensino pelo estágio permitido aos seus alunos, da exploração do serviço de estacionamento (no terreno onde se localiza a construção principal) e do bazar que vende produtos de diversas naturezas – roupas, utensílios domésticos, produtos de higiene etc. – recebidos em doação.

No entanto, conforme relato oral do Diretor Financeiro e Administrativo da Entidade, a arrecadação é ainda insuficiente para a manutenção da instituição, já que o SUS paga um valor defasado de parto, o equivalente a 40% do valor real.

[...] O Amparo tem atualmente uma dívida em torno de R\$ 1.500.000, que vamos negociando pouco a pouco com nossos fornecedores, conforme

---

<sup>4</sup> O capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo de quase duas décadas, que resultou no Sistema Único de Saúde (SUS), com a determinação de que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (art. 196). Entre outros benefícios, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A Lei nº 8.080, promulgada em 1990, operacionaliza as disposições constitucionais. É atribuição do SUS em seus três níveis de governo, além de outras, "ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde" (CF, ART. 200, INCISO III).

<sup>5</sup> “Poder-se-á atingir nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamento e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada”.(CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Parágrafo X - Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978)

vamos pedindo subsídios ao governo. O diretor afirma que o Amparo não é uma exceção e passa pelas mesmas dificuldades de todos os hospitais da rede pública de saúde (RELATO ORAL, Diretor).

O último Relatório de Atividades emitido, referente ao ano de 2006, afirma que, além dos 398 funcionários contratados, atuam no Amparo Maternal 140 voluntárias que prestam serviços em diversas áreas da instituição, tais como bazar e alojamento; 70 delas, atualmente, trabalham como *doulas*. O documento reitera a missão da Entidade de “Nunca recusar Ninguém” e explica:

O Amparo Maternal continua fiel aos seus princípios e objetivos, como descrição abaixo:

- Assistir integralmente à mãe necessitada sem distinção de raça, credo etc., segundo os princípios da Igreja Católica;
- Prestar assistência obstétrica à mulher necessitada e ao seu filho em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal;
- Prestar assistência social à mãe desvalida, procurando, por meios adequados, sua reabilitação social;
- Estudar os problemas médico-sociais com verdadeira dedicação e respeito à pessoa humana, acompanhando o progresso da ciência e promovendo a formação de recursos humanos;
- Denunciar à sociedade as danosas conseqüências do desamparo da família e colaborar com todas as iniciativas que visem ao bem e ao fortalecimento da instituição familiar.

Sendo a favor da Vida, esta obra com a doutrina da Igreja, continuará a dar apoio às mães que, mesmo sem condições e diante de uma gravidez inesperada, decidem ter o filho, impedindo assim o aumento do número de abortos no Brasil (RELATÓRIO DE ATIVIDADES, 2006, p.1).

Bonadio (1996) relata que são atendidas pelo Amparo Maternal:

1. Gestantes das mais diversas procedências (sem cultura, migrantes em estado de pobreza, mulheres sem teto, com dependência química, prostitutas), albergadas no Alojamento Social com capacidade para receber 100 mulheres encaminhadas pela Fundação Casa, pela polícia e por amigos e parentes que conheçam a instituição. As gestantes alojadas são acompanhadas até o nascimento dos bebês, com toda a assistência médica disponível, sendo-lhes oferecido alimentação e formação profissional. Procura-se, com a ajuda do Depto. de Serviço Social, reintegrá-las à sociedade. Professoras contratadas ministram às gestantes cursos variados:

- Recepcionista e computação;
- Overloque;
- Alfabetização e cidadania;

- Serviços domésticos;
- Pintura em tecido;
- Trabalhos manuais e artesanato.

2. Gestantes não albergadas: o Amparo Maternal atende a todas as mulheres que procuram a instituição para atendimento pré-natal e de parto, inclusive aquelas encaminhadas por hospitais públicos, mesmo em situação de risco (diabéticas, hipertensas, com trabalho de parto prematuro, cardíacas etc.).

Segundo o Relatório de Atividades (2006, p.2) o Amparo Maternal conta com “[...] mais de 50 profissionais, nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, Neonatologia, Anestesiologia e Ultra-sonografia”

Integrando o Centro Obstétrico, encontra-se o Centro de Parto Normal – CPN – onde foi implantado, em 1998, o “Projeto de valorização da fisiologia do parto”, sob a coordenação de uma enfermeira obstétrica que é ajudada por dezoito enfermeiras obstétricas, auxiliares de enfermagem e *doulas* voluntárias. A estrutura do CPN possui sete salas de parto, onze banheiros com duchas, duas banheiras de hidromassagem, quartos amplos e espaço para deambulação das parturientes. Dispõe também de alguns artefatos utilizados como recurso no auxílio à evolução do trabalho de parto, tais como bolas, banco obstétrico, entre outros.

A partir de 1998, o Amparo Maternal deixou de ser oficialmente hospital-escola da Escola Paulista de Medicina, sendo-o somente da Escola de Enfermagem da USP. Assim mesmo, continua cedendo espaços para estudantes de todas as universidades que ali queiram fazer suas práticas. No entanto, esses estágios se limitam aos Serviços de Pré-Natal, Apoio Psicológico, Serviço Social e Fisioterapia, sendo facultada a entrada ao Centro Obstétrico, somente aos funcionários do Amparo e às Doulas, ou a pessoa autorizada pela Enfermeira Obstétrica encarregada (RELATO ORAL, DIRETOR).

Com a implantação, no Brasil, a partir de 2002, das políticas de Parto Humanizado – a nova concepção do parto normal recomendado pela Organização Mundial da Saúde – as gestantes que recorrem ao Amparo Maternal pelo SUS passaram a ter, garantidos por lei, os seguintes direitos:

- Obrigatoriedade de seis consultas de pré-natal;
- Direito a acompanhante (da internação ao nascimento do bebê);
- Direito à escolha da posição para ter o bebê;
- Alimentar-se e ingerir líquidos adequados a partir da internação;

- Poder ambular pelas dependências do Centro Obstétrico;
- Ter o bebê colocado sobre sua barriga, assim que nascer;
- Esperar pulsar o cordão umbilical antes de cortá-lo;
- Receber incentivos para a amamentação do bebê.

A Maternidade Amparo Maternal caracteriza-se como Maternidade Social, detentora de *status* jurídico de Entidade Filantrópica de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal (RELATÓRIO DE ATIVIDADES, 2006).

Em 2007, de acordo com relação fornecida pelo Diretor Administrativo-Financeiro, nasceu uma média de 994 crianças por mês, sendo 807 partos normais, o que representa aproximadamente 8% de todos os nascimentos na Região Metropolitana de São Paulo.

## 3 AS DOULAS

### 3.1 Histórico e cenário de atuação

Com a hospitalização do parto, iniciada no século XIX através da incorporação paulatina da obstetrícia pela medicina e da difusão da atenção médica hospitalar, a tradição de familiares participarem do nascimento, principalmente as mulheres, nos últimos anos, foi sendo desconsiderada. As mães passaram a ser atendidas nos hospitais apenas por profissionais de saúde, permanecendo sozinhas durante o longo período do trabalho de parto. O suporte à mulher durante esse processo tornou-se mais uma exceção do que uma rotina (BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2007), assim como o parto vaginal, em que

A violência da imposição de rotinas, das interferências obstétricas desnecessárias, perdura e inibe o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos de parto que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica. Esses eventos vitais e cruciais tornam-se momentos de terror, impotência, alienação e dor (CARTA DE CAMPINAS, 2003).

O retorno dessas ações de apoio à gestante vem surgindo como uma das estratégias de humanização do nascimento recomendadas pela literatura de saúde moderna (HODNETT *et alii*, 2005). Além da companhia constante de familiares ou amigas da mulher durante o trabalho de parto, começam a ser incentivadas, agora com respaldo científico, outras práticas que eram correntes antes da institucionalização e medicalização da assistência obstétrica e foram descartadas do processo de parturição: a posição vertical durante o segundo estágio, a assistência domiciliar ao parto e o contato contínuo entre pais e bebês após o parto (BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2007).

Os primeiros ensaios clínicos para avaliar os efeitos do suporte à mulher durante o trabalho de parto e parto foram realizados na Guatemala, na década de 1980, tendo mulheres leigas, sem treinamento, como protagonistas dessa intervenção. Na década de 1990, estudos semelhantes foram realizados na América do Norte. Nessas duas décadas e no início do século XXI, também foram desenvolvidos estudos no Canadá, para avaliar o suporte provido por profissionais

de saúde: parteiras leigas ou em treinamento e enfermeiras (BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2007).

O conceito de acompanhante do parto tem sido utilizado na literatura para descrever o suporte efetuado por diferentes pessoas com características muito distintas, de acordo com o contexto assistencial envolvido, a política de saúde do país e sua legislação e, principalmente, de acordo com a filosofia da maternidade. O acompanhante pode ser profissional (enfermeira, parteira), familiar ou amiga da parturiente. Também se prevê o acompanhamento feito por *doula* e mulher leiga designada para tal função. Assim, em alguns locais, essa presença é estimulada e permitida, enquanto em outros é vetada ou há restrições (HOTIMSKY, ALVARENGA, 2002).

No Brasil, ocorreram iniciativas relevantes para a implementação de ações de humanização do parto, entre elas, o acompanhamento da gestante. Algumas maternidades estão adequando a sua área física para possibilitar a permanência de um acompanhante, sem comprometer a privacidade das demais parturientes. O modelo conhecido como PPP (Pré-parto, Parto e Puerpério), também foi implantado. Esse sistema possibilita que a assistência nos períodos clínicos do parto seja realizada no mesmo local, o que proporciona conforto e individualidade (STORTI, 2004).

O processo de mudança no panorama brasileiro foi estimulado por diversos acontecimentos, entre eles a Conferência sobre Tecnologia Adequada para o Nascimento e Parto, que ocorreu em Fortaleza, em 1985, na qual a Organização Mundial da Saúde – OMS – recomendou o livre acesso de um acompanhante, escolhido pela parturiente, no parto e puerpério. Essa recomendação, entre outras, foi baseada na revisão do conhecimento sobre o uso de tecnologia de nascimento, que indica a contribuição dessa prática para o bem-estar da parturiente e do recém-nascido. Essas evidências inspiraram a Rede de Humanização do Nascimento (REHUNA) a lançar, em maio de 2000, uma campanha pelo direito da parturiente a um acompanhante de sua escolha, que contou com o apoio da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras, da União dos Movimentos Populares de Saúde de São Paulo e dos profissionais de saúde das maternidades que já permitiam a presença do acompanhante (Rede Nacional Feminista de Saúde, 2002). Parlamentares de

diferentes estados apoiaram, no Senado Federal, um projeto que garantisse a presença de um acompanhante no parto de todas as mulheres do país (SALVATI, 2003). O Manual de Incentivo ao Parto Humanizado, publicado pelo Ministério da Saúde, considera que a presença de uma pessoa treinada para acompanhar o trabalho de parto não é dispendiosa, nem requer infra-estrutura ou aparelhagem específica, além de não apresentar qualquer contra-indicação. O Ministério recomenda, ainda, que se façam estudos mais detalhados sobre a eficiência dessa ação, em diferentes contextos, com o objetivo de aumentar o conhecimento real de seus efeitos sobre a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Em 7 de abril de 2005, foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República a Lei n. 11.108, que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Apesar do sancionamento da lei, ainda há vasto caminho a ser percorrido para a sua implementação. A presença desses novos elementos, acompanhantes de trabalho de parto e parto, pode provocar reações positivas e negativas nos profissionais, sendo que alguns são mais receptivos e estimulam a sua participação, enquanto outros se sentem invadidos e questionados (RATTO, 2001; TORNQUIST, 2003). Nos dias atuais, entretanto, a maioria das parturientes, no Brasil, ainda não possui um acompanhante para lhe dar apoio durante todo o processo do nascimento de seus filhos.

Na América do Norte, as mulheres com um treinamento especial para dar suporte ao parto são conhecidas como *doulas*, mas também são chamadas de acompanhantes de trabalho de parto ou parto, assistentes de trabalho de parto ou parto (HODNETT *et alii*, 2005). Essas diversas denominações geram, na literatura e na prática assistencial, certa imprecisão conceitual que abre espaço para uma possível ampliação das funções da *doula*, dependendo da formação da mulher. Assim, o termo *doula* é utilizado, de maneira geral, para denominar mulheres que dão suporte à parturiente, mas sem levar em conta, muitas vezes, sua formação ou nível de treinamento (BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2007).

O conceito de *doula* adotado pelo Sistema Único de Saúde, SUS, que consta no documento *Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher*, seguindo as indicações da Organização Mundial da Saúde – OMS,

identifica a *doula* como prestadora de serviços, sem formação técnica na área de saúde, que recebeu um treinamento básico sobre parto e que está familiarizada com uma ampla variedade de procedimentos de assistência. Ela fornece apoio emocional, com elogios, reafirmação, medidas para aumentar o conforto materno, contato físico (como friccionar as costas da parturiente e segurar suas mãos), explicações sobre o que está acontecendo durante o trabalho de parto e uma presença amiga constante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Optou-se por utilizar o conceito acima, nesse estudo, por considerar que se identifica com o perfil da *doula* do Amparo Maternal; acredita-se, contudo, que a expressão “sem formação técnica na área de saúde” é discutível, já que a maioria dos hospitais nos quais atuam *doulas* comunitárias ou institucionais submetem-se a cursos de capacitação e/ou treinamento, sugerindo ser preciso algum preparo técnico na área da saúde para prestar esse serviço. Talvez a idéia “formação técnica”, refira-se a um curso técnico de enfermagem, como o que têm as Auxiliares de Enfermagem que também trabalham no Centro Obstétrico.

### **3.2 A *doula* na Literatura de Saúde**

A maioria dos estudos sobre parto normal recomenda o acompanhamento de *doula*, justificando-o pelos bons resultados apresentados.

Em 1988, Barron, Lane, Hannan *et alii* observaram que 40 mulheres de baixa renda que tiveram o apoio pós-parto de *doulas* puderam amamentar por quase o dobro do tempo em relação àquelas que não obtiveram esse apoio, não importando a opinião da *doula* a respeito da amamentação.

O estudo de Kennel, Klaus *et alii* (1991), realizado em Houston, no Texas, Estados Unidos, foi um marco significativo para motivar o retorno da prática institucional do parto normal. O trabalho cita reduções nas taxas de cesárea (50%), parto a fórceps (40%), requisição de peridural (60%) ou outros medicamentos para dor (40%), duração do trabalho de parto (25%) e necessidade de ocitocina (50%) nos partos acompanhados por *doula*. Nesse mesmo ano, Hofmeyer, Nikodem e Wolman (1991) concluem em estudo publicado no *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, que mulheres com suporte emocional durante o trabalho de parto, dado por voluntárias sem experiência em enfermagem apresentaram menor

pressão sangüínea diastólica, menos uso de analgesia e menor ansiedade nesse momento. Além disso, elas amamentaram por mais tempo e com intervalos mais flexíveis.

Campero, García, Díaz *et alii* (1998) estudaram o parto em mulheres mexicanas com acompanhamento de *doulas*. As parturientes sentiram que foram melhor tratadas pela equipe do hospital, entenderam que as informações foram melhor repassadas, tiveram maior senso de controle e sentiram-se melhor a respeito delas mesmas e a respeito do parto.

Valdes e Morlans (2005) ratificam as conclusões anteriores, apontando que o suporte dado pelas *doulas* resulta em menores taxas de partos cesárea e com fórceps, menor uso de analgesia durante o trabalho de parto e parto, e menor duração do trabalho de parto. Também consideram os aspectos psicológicos como melhora da percepção da vivência do parto, maior auto-estima e menores taxas de depressão pós-parto. Confirmam que o suporte ajuda a melhorar o apego entre mãe e filho e as taxas de lactação materna. As autoras comentam que, para explicar estes resultados, é necessário aceitar a premissa de que o momento do trabalho de parto é de uma sensibilidade única para os fatores ambientais e que os acontecimentos e interações que ocorrem durante este período têm conseqüências psicológicas intensas e duradouras. Poucas experiências da vida se aproximam à do nascimento, em relação ao nível de estresse, ansiedade, dor, esforço e desordem emocional (VALDES; MORLANS, 2005). Elas concluem, afirmando que:

Existem poucas intervenções em obstetrícia com aval da evidência, que tenham tantos benefícios como a presença contínua de uma *doula* e são cada vez mais as instituições que, conhecendo seus benefícios, incluem um programa de *doulas* em seus serviços (VALDES, MORLANS, 2005, p.111).

No Brasil, ainda há pouca literatura que trate exclusivamente sobre experiências com *doulas*. Leão (1999) publicou como dissertação um estudo etnográfico sobre parturientes acompanhadas por *doulas*. Leão e Bastos (2001), em artigo para a Revista Latino-Americana de Enfermagem, fazem uma revisão da literatura sobre o suporte intraparto realizado por *doulas* e relatam a experiência de um hospital filantrópico que adotou esses serviços.

SILVA (2004) verificou a relevância e a valorização das relações interpessoais no processo de parturição e identificou nas *doulas* disposições no exercício de provimento de cuidados que se configuram como recursos recomendados para a facilitação do parto.

### 3.3 Tipos de *doulas*

De acordo com o *site* Doulas do Brasil ([www.doulas.com.br](http://www.doulas.com.br)) são reconhecidos dois tipos de *doulas*: *doulas* de atuação particular e *doulas* de atuação institucional.

As *doulas* de atuação particular, profissionais também conhecidas como “acompanhantes de parto” ou “monitoras perinatais”, oferecem seus serviços de preparação para o nascimento mediante um pagamento. No Brasil, esse valor pode variar de R\$ 300,00 a R\$ 1.000,00 por um pacote de serviços que inclui: duas visitas antes do parto para passar instruções sobre a respiração correta, exercícios, orientações sobre as etapas de desenvolvimento do processo de parturição e técnicas de relaxamento. Na maternidade, a parturiente tem direito a acompanhamento da *doula* durante todo o tempo do trabalho de parto. Após o nascimento, a *doula* faz uma visita para orientar a nova família sobre aspectos como amamentação, estado emocional da mãe e cuidados com o bebê. Nesse preço não estão incluídos serviços como fisioterapia, ioga e todo o tipo de apoio em grupos de gestantes que a *doula* também pode oferecer a partir de sua própria formação profissional (TREVIZAN, 2008).

A formação das *doulas* particulares é feita individualmente, cada uma tendo consideradas sua bagagem cultural e experiência. Algumas são psicólogas, outras fisioterapeutas, professoras de ioga e várias outras formações. No Brasil, o primeiro curso de formação de *doulas* particulares aconteceu em 2001, em Campinas, ministrado por obstetrizes ([www.doulasdobrasil.com.br](http://www.doulasdobrasil.com.br)). Há associações, como as *Doulas* do Brasil e a Associação Nacional de *Doulas*, que oferecem materiais educativos e, no segundo caso, um curso de capacitação com certificação dos aprovados no final, para que possam exercer esse serviço. Além disso, muitas *doulas* particulares são pessoas com formação prévia em diferentes áreas associadas à saúde.

No Brasil, existem cursos para formação de *doulas* profissionais ou voluntárias. As entidades *doulas* do Brasil – São Paulo – e Associação Nacional de Doulas (ANDO) – Brasília – são exemplos de locais que fornecem certificados e têm cadastro de *doulas*, além de sites atualizados com informações disponíveis para a comunidade ([www.doulas.org.br](http://www.doulas.org.br) e [www.doulas.com.br](http://www.doulas.com.br)).

Alguns profissionais de saúde apresentam certas objeções ao serviço de *doula* como trabalho profissional. Em entrevista para este estudo, uma enfermeira obstétrica do Amparo Maternal comentou que “[...] *doula* profissional parece algo incoerente, sem sentido. O trabalho de *doula* sempre tem que ser voluntário” (RELATO ORAL, ENFERMEIRA OBSTÉTRICA, 2008). Em muitos hospitais do Brasil, a presença da *doula* particular – trazida pela parturiente – ainda é vetada (TEIXEIRA, 2003).

O segundo tipo de *doula* engloba aquelas de atuação institucional, as comunitárias e as voluntárias. As *doulas* voluntárias geralmente não possuem formação na área de saúde e são treinadas pela equipe do próprio hospital em que atuam. Sua atuação é bastante instintiva, mas muito eficiente. Como o serviço de *doulas* voluntárias costuma ser implantado em hospitais que têm como clientela parturientes de classe social baixa, gravidez precoce ou sem acompanhantes, a presença de uma mulher dando apoio, oferecendo carinho e palavras de encorajamento, pode suprir elementos afetivos e materiais que proporcionam bem estar e mais qualidade no parto.

No Brasil, o Ministério da Saúde considera as recomendações da OMS para a assistência ao parto como referência para as práticas realizadas nas maternidades vinculadas ao SUS. Uma das recomendações é o apoio à mulher durante o trabalho de parto e o parto. Alguns anos antes dessa recomendação, algumas maternidades e casas de parto já permitiam a presença de acompanhante escolhido pela mulher (companheiro, mãe, irmã, amiga ou outro). Essas experiências têm sido apresentadas e publicadas como relatos, estudos descritivos e qualitativos, nos quais esse tipo de acompanhante é apontado como um componente que contribui para a satisfação das mulheres com a experiência do nascimento.

Muitos hospitais públicos que aderiram a algum projeto de humanização do parto abriram espaço para grupos de *doulas* voluntárias. O hospital Sophia Feldman, situado em uma região carente de Belo Horizonte foi um dos primeiros a

adotar, como uma das estratégias para a humanização do parto, o serviço das *doulas* voluntárias (RELATO ORAL, ENFERMEIRA DOCENTE, 2008). Leão e Oliveira (2005) narram que este hospital, considerado de pequeno porte, prestador de assistência primária e secundária à saúde da criança, adolescente e mulher, foi reconhecido pela UNICEF, em 1995, como Hospital Amigo da Criança e funciona, desde sua inauguração, em sistema de alojamento conjunto, mãe e bebê. Apesar de todos esses esforços, estima-se que, em 1996, uma média de 60 a 70% das mulheres não tiveram nenhum acompanhante durante o parto.

Ainda que a maioria dos profissionais do hospital esteja engajada numa proposta de assistência humanizada ao parto e sinta a necessidade de dar apoio e estar constantemente ao lado das parturientes, as diversas funções e atividades que desenvolvem não permitem que essa presença seja contínua. Percebendo que algumas mulheres da comunidade local, ao acompanharem familiares ou amigas em trabalho de parto, davam um importante apoio emocional para as parturientes, alguns profissionais de saúde, a Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman e a direção do hospital, idealizaram o projeto “*Doula* Comunitária”, definida como uma senhora da comunidade, recrutada pela Associação, para exercer trabalho voluntário de acompanhante de uma mulher durante o trabalho de parto, o parto e o puerpério, na maternidade do hospital (LEÃO E OLIVEIRA, 2005).

As voluntárias foram selecionadas pela comunidade e por uma equipe composta por assistente social, enfermeira e psicólogo. Receberam treinamento da equipe multiprofissional do hospital quanto à gestação, parto, puerpério, amamentação, cuidados com o bebê, papel da *doula*, rotinas da instituição e comportamento ético.

Esse serviço teve início em junho de 1997. São 14 *doulas* comunitárias, sendo uma para cada período de 12 horas. Elas recebem uma ajuda de custo referente aos gastos com alimentação e transporte. Seu trabalho passou a ser amparado legalmente pela Lei nº9.608 – DOU, de 19/02/1998, que normatiza o serviço voluntário. Já foram realizados vários treinamentos e há reuniões mensais para esclarecimento de dúvidas e discussão de assuntos de interesse das *doulas* e do serviço. As voluntárias são também acompanhadas e avaliadas continuamente pelos profissionais do serviço. Estes, por sua vez, são, constantemente, orientados sobre as atividades e o papel das *doulas*, bem como sobre os objetivos do suporte

por elas oferecido. A *doula* comunitária, além de realizar o seu trabalho, serviu como elemento multiplicador da conveniência do acompanhamento no parto, entre as famílias da sua comunidade. Atualmente, uma média de 70% das mulheres vem sendo acompanhada no parto, ou por *doulas* ou por seus parentes (LEÃO E OLIVEIRA, 2005).

Em 2000, o Hospital Santa Marcelina, em São Paulo, também passou a adotar o trabalho de *doulas* voluntárias treinadas. No Rio de Janeiro, em novembro de 2002, surgiu o grupo “Amigas da Luz”, que atuou, por alguns meses, na Maternidade Leila Diniz. Agora planejam ampliar sua atuação para outras Maternidades da Rede Pública (TEIXEIRA, 2003).

A ajuda de custo oferecida às *doulas* comunitárias não configura um "salário" ou uma remuneração por um cargo oficial. Mais comumente, no entanto, essas *doulas* trabalham voluntariamente, doando algumas horas de sua semana a outras mulheres. Em algumas instituições, como o Amparo Maternal, as *doulas* chegam a contribuir financeiramente, todos os meses com a compra de recursos para as gestantes e para melhorias no Centro Obstétrico.

### **3.4 As atribuições da *doula***

O papel da *doula* ainda está se definindo e pode apresentar-se ao longo do tempo muito mais abrangente do que vem sendo observado na literatura, que já é extensa ao buscar definir o perfil ideal da *doula* moderna. Acredita-se, no entanto, que o atendimento oferecido pela *doula* voluntária pode se assemelhar muito ao trabalho oferecido por uma *doula* profissional. A seguir, apresentam-se algumas das atribuições da *doula* que, se consideram aplicáveis à *doula* voluntária, objeto deste estudo.

Valdes e Morlans (2005) apontam que a *doula* sempre é uma mulher. Em estudos antropológicos, Klaus, Kennel *et alii* (2002) constataram que, de 128 culturas primitivas, 127 contam com o apoio emocional de uma mulher durante o parto. Taylor *et alii* (2001) acreditam que a resposta feminina ante o estresse, ao contrário da masculina que é “lutar ou fugir”, é a tendência a agrupar-se ou associar-se e cuidar-se. Este contato, especialmente se é com outra mulher, reduz o nível de estresse. O parto, em um lugar e com pessoas desconhecidas, é, para a mulher, uma situação de estresse e temor. Isso produz liberação de catecolaminas,

que fazem com que o trabalho de parto demore, além de reduzir o fluxo sanguíneo até o útero e placenta e alterar a frequência cardíaca fetal. Para Simkin e Ancheta (2000) esses fatores geram a necessidade de maiores intervenções médicas. A presença de uma mulher que lhe assegura que vai permanecer a seu lado, preocupando-se com seu bem estar e atuando como intermediária entre a parturiente e a equipe de saúde, reduz o nível de temor e estresse. Uma *doula* voluntária do Amparo Maternal comenta que esses momentos são de imensa importância emocional e afetiva, uma vez que a *doula* se encarrega de suprir essa demanda por emoção e afeto, “que não cabe a nenhum outro profissional dentro do ambiente hospitalar” (RELATO ORAL, THERESINHA)

A presença contínua é outro aspecto importante do cuidado que a *doula* oferece. Scott, Berkowitz e Klaus (1999), em estudo sobre a presença da *doula*, concluíram que a presença contínua tem um impacto significativamente diferente da presença intermitente, pois, ao analisarem a presença intermitente de apoio emocional, não encontraram resultados significativos. Por outro lado, a observação da presença contínua de uma *doula*, levou os pesquisadores a encontrarem uma redução de 36% de necessidade de analgesia, 71% da necessidade de ocitocina, 57% de redução do uso de fórceps e 51% na incidência de cesáreas, conquistando, ainda, uma redução do trabalho de parto de 98 minutos em relação ao manejo habitual. Para as *doulas* voluntárias do Amparo Maternal, a permanência contínua aparece, muitas vezes, como um problema que deve ser solucionado com espírito de iniciativa, já que não é permitido um elevado número de *doulas* no Centro Obstétrico. Para que uma *doula* possa entrar no Centro Obstétrico, é necessário que outra saia, o que pode comprometer o atendimento contínuo à parturiente (RELATO ORAL, AMÉLIA).

As *doulas* oferecem apoio emocional incondicional, uma a uma, sem julgar, felicitando a mulher por suas conquistas; atreve-se a tocar, massagear, segundo o que seja cômodo e aceitável para a mãe e utiliza as palavras com muita delicadeza e cuidado. Mais de uma entrevistada refere como uma das características principais da *doula* “saber ouvir sem perguntar muito”. As *doulas* do Amparo consideram sua presença um “apoio emocional” em todas as necessidades dessa mulher, para permitir que ela seja a protagonista desse momento importante em sua vida, de modo a garantir que esta seja uma experiência positiva e que receba carinho e tenha supridas todas as carências que possa ter nesse momento.

Ainda que as circunstâncias das *doulas* variem muito, um ponto comum a todas é o fato de que sua capacitação deve ser centrada na aceitação incondicional da mulher, no cuidado com a linguagem, sempre usando palavras positivas, podendo, inclusive, usar técnicas de relaxamento e técnicas para manejo da dor (VALDES, MORLANS, 2005), como o acompanhamento ao banho, que apareceu como uma das atividades mais desenvolvidas pelas *doulas*. É sempre a enfermeira obstétrica quem solicita o procedimento pois é uma das práticas recomendadas pelo Guia Prático de Assistência ao Parto Normal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) como método não farmacológico para alívio da dor. A hidroterapia, além de reduzir a dor, encurta o período de trabalho de parto, diminui as complicações do parto e melhora as condições fetais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Uma pergunta que surge frequentemente quando se fala do apoio emocional dado pela *doula* é se o pai não poderia oferecê-lo. A resposta, para Valdes e Morlans (2005), é que isso não é possível. O pai não pode fazê-lo porque está emocionalmente envolvido no processo. Para essa afirmação, citam Stein, Kennell e Fulcher (2005), que apresentam um caso clínico clássico onde o casal pergunta, em uma consulta pré-natal, sobre as *doulas*. Ambos têm dúvidas sobre a interferência da presença dessa estranha numa vivência tão pessoal como o parto. Quando voltam, depois de nascido o filho, o pai expressa o quanto a experiência da companhia de uma *doula* foi positiva e como ela lhe ajudou a acompanhar e auxiliar sua esposa.

Estudos que comparam a presença do pai com ou sem *doula*, mostram que a taxa de cesáreas foi de 14,2% entre os partos que contaram com *doula* e de 22,5% entre aqueles que estavam presentes somente o cônjuge, sem a companhia da *doula* (KENNELL, MC GRATH, 1993).

Odent (1983) afirma que a privacidade, a penumbra, o silêncio e, ao mesmo tempo, a presença de uma pessoa experiente, são fatores que auxiliam o processo de produção hormonal no momento do parto. Ele considera que uma pessoa desnecessária no quarto, ou alguém que não deixe a parturiente relaxada, pode inibir a secreção desses hormônios. Confirmando essa afirmação, em nossa pesquisa, duas *doulas* referiram que mais de uma vez necessitaram “mandar o pai tomar um cafezinho” para conseguir melhor desempenho por parte da parturiente (RELATO ORAL ELOISA E LUCY).

A *doula* presta um grande serviço à mulher quando lhe explica o que está ocorrendo e transmite suas necessidades ao pessoal de saúde. A literatura afirma que uma das coisas que mais assustam uma mulher durante o processo do parto é não saber o que está acontecendo e não entender o que falam os especialistas. Essa função se vê particularmente necessária no caso da *doula* voluntária que atende mulheres de classe social mais baixa ou muito jovens. A *doula* se encarrega de traduzir o que acontece e as impressões que vai sentir (VALDES, MORLANS, 2005); ela interpreta os procedimentos para a linguagem da mulher ou faz perguntas que a parturiente não se atreve a fazer.

As entrevistas deste estudo confirmam o que relatam Stein, Kennell e Fulcher (2003): quando uma *doula* ou programa de *doulas* aparece em um hospital é fato freqüente que sejam vistos com desconfiança pelo pessoal de saúde, temendo invasão em seus papéis. Ao começarem a experimentar a ajuda que as *doulas* oferecem, no entanto, os membros da equipe as valorizam e solicitam.

Uma enfermeira obstétrica do Amparo Maternal comentou que a resistência dos profissionais de obstetrícia às *doulas* se dá, muitas vezes, quando elas passam a interferir em áreas que não são as suas. Como exemplo, citou o caso de uma *doula* profissional que teve sua presença proibida em alguns hospitais, por gerar muita “confusão” (*sic*) nos hospitais, criticando procedimentos das enfermeiras ou de estruturas de centros obstétricos. No entanto, também afirmou que algumas colegas enfermeiras não aceitam as *doulas*, por considerarem que estas fazem um trabalho que elas mesmas poderiam realizar. Há muitos anos atuando como educadora de enfermeiras obstétricas, a entrevistada acredita não ser possível para a enfermeira oferecer a mesma dedicação individual que a *doula* oferece, mesmo porque as funções da enfermeira são mais complexas e demandam mais tempo (RELATO ORAL, ENFERMEIRA DOCENTE). Pesquisas indicam que a demanda em centros obstétricos chega, às vezes, a ser tão intensa que o tempo dedicado pela enfermeira para prover apoio à parturiente não chega a 10%, enquanto a *doula* pode oferecer assistência contínua (GALE, FOTHERGILL-BOURBONNAIS, CHAMBERLAIN, 2001).

### 3.5 As *doulas* do Amparo Maternal

A implantação do trabalho de apoio à parturiente e familiares, realizado por *doulas* na Maternidade Amparo Maternal, começou a se concretizar quando se concluiu a reforma das instalações da instituição para implantação de um Centro de Parto Humanizado, em 2001 (SILVA, 2004). Sob a organização e coordenação de uma enfermeira obstétrica, o Centro de Parto Normal – CPN – foi reformado para adequar-se às exigências do Ministério da Saúde (RELATO ORAL, DIRETORA)

Ao mesmo tempo, a então coordenadora das voluntárias, Marisa Cardoso, há muito insistia junto à direção da maternidade para que as voluntárias pudessem entrar no Centro Obstétrico, a fim de prestar ajuda à mulher em trabalho de parto, o que lhes era estritamente proibido. As voluntárias ainda não conheciam a função da *doula*, mas acreditavam que as mães, principalmente as abrigadas no alojamento, a quem elas conheciam, necessitavam contar com essa companhia (RELATO ORAL, LUCY).

A Enfermeira coordenadora do CPN mostrou-se grande incentivadora do trabalho das *doulas* e contou com o apoio da Diretoria do Amparo. Para o diretor administrativo-financeiro, a legislação que obriga a presença de um acompanhante no trabalho de parto também abriu espaço para a introdução do serviço das *doulas* no Amparo Maternal. Além disso, na opinião do diretor, esse trabalho se configura como um elemento que confere maior credibilidade e visibilidade à instituição (RELATO ORAL, DIRETOR).

Para conseguir formação e informação para o desempenho do trabalho de *doula*, as voluntárias Marisa e Lucy pesquisaram a possibilidade de que fosse ministrado um curso no próprio Amparo por um grupo da Associação “*Doulas do Brasil*”, que trabalha principalmente na formação de *doulas* profissionais. Marisa ocupou-se de “selecionar” algumas voluntárias que pareciam ter perfil para a função de *doula* (RELATO ORAL, LUCY). O primeiro curso para *doulas* voluntárias do Amparo Maternal ocorreu em setembro de 2002 com doze participantes (SILVA, 2004).

Após esse treinamento, as novas *doulas* iniciaram seus trabalhos no CPN. Com a experiência e o decorrer do tempo, o curso foi se adequando às circunstâncias do Amparo Maternal, com a inclusão de novas informações e de

acordo com a rotina do CPN (RELATO ORAL, LUCY). Paulatinamente, as coordenadoras foram percebendo que, de alguma forma, tratava-se de um grupo de *doulas* diferenciadas, na medida em que não eram profissionais e nem pretendiam sê-lo, também não provinham do mesmo bairro ou classe social da parturiente. Além disso, as condições materiais do Amparo Maternal não permitiam diversidade de equipamentos ou procedimentos – muitas vezes onerosos – para que a *doula* exercesse seu trabalho. Dessa forma, planejaram um “Curso para *Doulas* do Amparo Maternal”, contando com orientações fornecidas pela coordenadora do CPN e por trabalhos de pesquisa de outras *doulas*. O primeiro curso adaptado à realidade do Amparo Maternal foi ministrado pela própria Coordenadora das *doulas*, Marisa Cardoso, a outras voluntárias. Confeccionou-se uma apostila que relata:

Nosso trabalho de *doula* surgiu naturalmente, sem que tivéssemos noção alguma dessa atividade. Há muito que somos voluntárias do Amparo Maternal e nunca havíamos entrado em um Centro Cirúrgico ou Centro Obstétrico, isto só aconteceu mais recentemente. Nosso trabalho se restringia à visitação à puerpera. Há alguns anos, a Diretoria do Amparo Maternal resolveu nos abrir as portas do Centro Obstétrico. No começo tudo era novo. Fizemos uma escala. Duas pessoas por dia ficavam na porta do Centro Obstétrico sem participação ativa na maioria das vezes. Não demorou muito para que passássemos a adentrar os quartos e a ajudar. Sentimos, então, que dentro deste Centro Obstétrico começava a brotar uma nova concepção sobre o parto normal (APOSTILA, CURSO DE FORMAÇÃO DE DOULAS DO AMPARO MATERNAL, INTRODUÇÃO, 2005).

Atualmente, 70 das 140 voluntárias do Amparo Maternal são *doulas*. A equipe é coordenada por duas *doulas* que substituíram Marisa Cardoso, grande entusiasta deste trabalho falecida em 2006, aos 52 anos, depois de lutar vários anos contra um câncer (RELATO ORAL, LUCY). O seu falecimento provocou grande impacto em todas as voluntárias, que assumiram como missão continuar o trabalho por ela iniciado (RELATO ORAL, ZEZÉ). Ao ideal próprio do voluntariado do Amparo Maternal, “jamais recusar ninguém”, acrescentou-se, assim, o de dar continuidade ao legado de Marisa (RELATO ORAL, THERESINHA). Quatro das sete entrevistadas citam instruções e palavras de Marisa em seus depoimentos e se consideram honradas por seu curso de *doula* ter sido ministrado por ela (RELATO ORAL, AMÉLIA). A foto de Marisa preside a sala das Voluntárias do Amparo Maternal.

A equipe de *doulas* se organiza em períodos de trabalho de 4 ou 5 horas, em dias e horários previamente estabelecidos, cobrindo os períodos matutino, vespertino e noturno. Há uma maior disponibilidade de *doulas* no período vespertino, de 2<sup>a</sup>. a 6<sup>a</sup>. feira. Todavia, o número de *doulas* ainda não é suficiente para que cada parturiente possa contar com uma acompanhante. Esse número é defasado principalmente no período da noite e fins de semana, quando também a equipe de profissionais da maternidade está reduzida.

[...] Há dias da semana que são até 6 ou 7 [*doulas*] à tarde e tem trabalho para todas. Mas infelizmente, às vezes não tem ninguém, principalmente no turno da noite. É difícil deixar a casa, a família à noite. Tem *doulas*, 4 ou 5, que fazem o período da noite, de madrugada. Para mim isso é uma doação maior dentro do trabalho de *doula*. A Marta costuma ficar até amanhecer. Chega às 10 da noite e passa a noite (RELATO ORAL, AMÉLIA).

De acordo com a opinião da Coordenadora Geral das Voluntárias, esse trabalho vem conquistando espaço e reconhecimento do Amparo Maternal e, embora encontre, ainda, alguma resistência por parte de alguns profissionais da instituição, está sendo muito apoiado pelas enfermeiras obstétricas, com as quais a *doula* participa na cena do nascimento. Algumas enfermeiras atribuem essa resistência dos profissionais pelo fato de que, de alguma maneira, a *doula* exerce um tipo de controle social sobre a instituição e sobre o trabalho realizado. Ao ser um membro da comunidade, não remunerado, representando de algum modo a parturiente e com melhor nível cultural, a Doula acaba por ser incômoda, na medida em que se converte em testemunha qualificada do tratamento atribuído à paciente.

## 4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Para a elaboração das entrevistas, baseamo-nos nas indicações de Meihy (1996), no que se refere à história oral temática. O autor considera que o produto da entrevista pode ser utilizado como mais um documento na pesquisa, ao mesmo tempo em que o entrevistador pode intervir para buscar esclarecimentos e se compromete a esclarecer o leitor ou opinar sobre o evento questionado (MEIHY,1996).

Viu-se interessante também transcrever o relato da coordenadora das *doulas* por seu longo tempo de prestação de serviço voluntário no Amparo Maternal, vinte e seis anos (Apêndice B, p.98). Expressões utilizadas pela coordenadora Lucy demonstraram que ela tem um maior comprometimento com a instituição. Fala da instituição sempre na primeira pessoa do plural com um perfeito conhecimento das estruturas que, de alguma forma, direcionam o trabalho das *doulas* e o atendimento prestado pelo Amparo Maternal. Parece ter grande ascendência sobre as demais *doulas* e voluntárias e isso também se explica pelo fato de muitas terem sido formadas pessoalmente por ela. No diário de campo, a pesquisadora anotou que a entrevista com Lucy foi interrompida muitas vezes devido ao fato de ela ser muito procurada por parturientes, voluntárias, *doulas* e até funcionários da Maternidade para a resolução de problemas simples, mas que, de alguma forma saíam da rotina. Explicou que, como vem ao Amparo durante toda a semana é ela quem tem uma visão global tanto do voluntariado, alojamento como do Centro Obstétrico. No entanto, a pesquisadora anotou que Lucy não interfere em aspectos de atendimento que não estejam ligados às suas funções.

[...] Aqui o buraco é fundo. A gente está sempre colocando, ajudando, arrumando, mas sempre estamos lá no fundo. Vamos vivendo; São 69 anos vai fazer 69 anos agora em agosto que o Amparo foi fundado. Sempre vivemos com dificuldades. Tudo aqui é muito complicado, é muito difícil. Mas a gente vai vivendo e costuma ter uma quantidade grande de partos. Tem épocas que diminui como diminuiu agora muito, mas aí é política, política mesmo, jogo de hospital com hospital. [...] Mas

mesmo assim progrediu muito. Há 26 anos estou aqui como voluntária, isso mudou muito. Era muito ruim. A gente – voluntária – só ficava no berçário. E o berçário era horrível, parecia um coxim, os bebês ficavam todos dentro de uma caixa amontoados. Era *super* proibido entrar no Centro Obstétrico. A Marisa conseguiu entrar com 15 anos para fazer um trabalho de escola, assistiu um parto e disse que nunca esqueceu o que viu. Eu nunca conseguia entrar, pedia, pedia e nunca. Não tinha jeito. Uma vez eu entrei e fiquei muito impressionada. Parecia um açougue, macas horrorosas de alumínio, uma coisa impressionante e nunca mais insisti (LUCY).

Os dados citados neste trabalho foram coletados tanto de relatos orais como escritos, pois algumas *doulas* preferiram escrever para expressar melhor o que sentiam em relação a esse trabalho e não se ater estritamente ao roteiro (APÊNDICE A, p. 83). Também se incluem anotações do diário de campo da pesquisadora. A maioria das entrevistadas deste estudo apontou como motivação as próprias experiências, gostos ou necessidade de retribuir os bens recebidos. Como afirma Godbout (1999), a explicação mais recorrente para o engajamento na ação voluntária é o desejo de retribuir um pouco do que se recebe. Os voluntários se sentem obrigados para com as pessoas ajudadas, mas sempre deixam claro que são obrigações assumidas por eles próprios, reafirmando sua liberdade nessa escolha. Isso aparece na maneira como as *doulas* explicam seu trabalho, justificando-o como uma forma de utilizar o tempo ou preencher expectativas, sem mais nenhuma outra razão, a não ser o querer.

[...] Vim para o Amparo porque tive câncer de mama e me tratei no Hospital do Câncer e na penúltima sessão de quimioterapia tive uma conversa informal com a psicóloga do Hospital. Foi então que vi que precisaria fazer alguma coisa de bom, de útil, em prol de outra pessoa. Logo depois de terminar minha quimioterapia, minha irmã também teve esse câncer e morreu em 6 meses. Vi que para mim Deus estava dando uma segunda chance. Vi que seria importante ver as coisas de outra forma, abrir os olhos, enxergar a luz do dia. Não passar por cima das outras pessoas que estão necessitadas, dar mais valor às coisas, ver que

cada um é um e tem as suas necessidades. No início, pensei que seria um trabalho individual para ajudar uma pessoa. Não sabia por onde começar, mas sabia que tinha de fazer algo (AMÉLIA).

O fato de a realidade da parturiente não ser citada mais freqüentemente como primeira motivação nesse serviço voluntário, pode provir de um primeiro desconhecimento do trabalho que seria realizado ou da prioridade que a voluntária tem em solucionar um problema pessoal, fugir de uma rotina, fazer algo que lhe dá prazer. Foi o que se percebeu principalmente em relação à *doula* Cecília que optou por escrever suas impressões de um parto, sem aparentemente aprofundar em nenhum dos aspectos do roteiro da entrevista. Mas, então, poder-se-ia perguntar: há dádiva, há doação? Isso não descaracteriza a dádiva, pois esse sistema não exclui a busca de prazer e satisfação pessoal como motivação. Em uma sociedade que oferece várias alternativas para ocupar o tempo, ninguém está obrigado a fazer um trabalho gratuito, doando tempo, talento e se deparando com realidades muito difíceis, além de vivenciar de perto as dificuldades das famílias e do sistema de saúde.

Por essa razão, “ter tempo sobrando”, ou desejar “servir ao próximo”, não remetem ao conceito antigo – e talvez falso – da “filantropa rica e ociosa dos chás de caridade”, já que, como os relatos confirmam e a pesquisadora observou nas visitas ao Centro Obstétrico, as *doulas* não se encolhem diante de serviços por si desagradáveis, como lidar com excreções, ou enfrentar agressões por parte das gestantes. Na dádiva moderna, gestos antes vistos como deveres e sacrifício se fazem livremente, podendo-se atribuir prazer a eles porque toda noção de sacrifício é banida, e substituída pela liberdade de dar (GODBOUT, 1999).

[...] Tinha muito tempo livre, queria fugir da rotina doméstica e queria conhecer esse trabalho (CLEIDE).

[...] Desde que me aposentei, fazia trabalhos voluntários esporádicos. Quando conheci o Amparo, achei que preencheria todas as minhas expectativas de servir ao próximo de uma maneira humana e fraternal (CLAUDIA).

Sempre gostei de trabalho voluntário (LAURA).

[...] Como eu vim para cá? Eu comecei como voluntária, vim convidada por esta que entrou aqui agora [aponta uma voluntária]. E através da Lucy e da Marisa é que eu me tornei Doula, elas acharam que teria a sensibilidade necessária para ajudar como Doula. [Você achava que a emoção seria um obstáculo?] É, porque eu sou muito emotiva. Eu choro muito. Quando eu cheguei e me levaram para ver, eu via aquelas mãezinhas gritando e outra coisa: minha filha, nora, todas tiveram filhos em maternidade particular e quando eu cheguei aqui e vi o que era uma maternidade pública, na hora eu me espantei. Mas acontece que nosso serviço não deve nada hoje em dia a uma maternidade particular. A higiene, o tratamento das obstetizes, o carinho das Doulas. É muito confortante, todas as mãezinhas, quando nos vêem, parece que o ambiente muda. Elas abrem um sorriso. A maternidade mesmo, quando a gente vai visitar no dia seguinte para dar orientações para amamentação, pergunta o nome do bebê, ensina. O dia do parto elas estão todas doloridas, descabeladas. No dia seguinte elas estão arrumadinhas, a gente diz “como vocês estão bonitas”. Parece que aquilo ajuda e a gente sente que é o carinho que elas não tiveram. (THERESINHA).

[...] Por acaso [conheci o trabalho de *doula*]. Há muito tempo estava procurando trabalho voluntário e não obtinha sucesso na procura. Uma amiga me indicou o Amparo e deu certo (CECILIA)

[...] Vim conhecer o Amparo Maternal, fiz o curso de *doula* e comecei a atuar. Trabalho voluntário eu penso que é fundamental na vida do ser humano. Pelo menos eu aprendi a ser uma pessoa... olhar mais para os problemas das pessoas, a gente percebe o quanto a gente é feliz, o quanto não temos problemas graves, nossos problemas são pequenos, fáceis de serem resolvidos, mas não como muita gente tem por aí. E o que eu percebi nesse tempo todo de trabalho voluntário é que realmente a gente faz diferença neste momento para a mulher (ZEZÉ).

Ao serem questionadas sobre por que escolheram ser *doula* e não outro tipo de voluntária, as entrevistadas aprofundam mais na expressão de suas motivações para o serviço que prestam. Passam a referir-se com mais freqüência às parturientes e expressam sentimentos – algo mais subjetivo e interior – como felicidade, amor, respeito às gestantes, doação, esperança no nascimento de uma nova criatura, renovação e outros valores de matiz religioso ou moral. Em uma entrevista, mais uma vez ficou clara a influência de Marisa, que deu início às *doulas* do Amparo Maternal, sobre a decisão de tornar-se *doula*. Expressões indicando que a *doula* é um tipo de “voluntária diferenciada” e “sofisticada” foram explicitamente utilizadas por duas entrevistadas. Duas outras fizeram referência ao bebê e não à parturiente, chamando a atenção para o compromisso que as *doulas* do Amparo Maternal têm em relação à proteção da vida humana e que, de alguma forma, torna-se um elemento comum entre todas, em perfeita sintonia com as regras da Instituição.

Para me doar com amor e respeito às mãezinhas (CLAUDIA).

Identifiquei-me como *doula* de uma maneira que até me surpreendeu, fiquei feliz. Aliás, muito feliz (CLEIDE).

Porque o nascimento de um ser humano traz sempre consigo uma esperança. É uma renovação, alegria e felicidade (LAURA).

Porque a *doula* participa de um momento sagrado. Um bebê é a matéria prima de Deus (THERESINHA).

[...] Era um trabalho de voluntariado diferenciado. O Amparo oferecia um curso de capacitação que era dado pela Marisa. Ela era muito calma, e disse que eu tinha o perfil para *doula*. Ela achou que eu me daria bem como *doula*, no centro obstétrico, melhor do que em outro tipo de voluntariado, como cuidar do bazar. Disse que eu era mãe e que me daria bem. E assim foi (AMÉLIA).

[...] Eu já fiz muitos trabalhos voluntários, mas eu acho o trabalho de *doula* um trabalho voluntário mais sofisticado. Para você lidar com criança excepcional, você não pode atuar com elas, a não ser brincando. Trabalhar com idoso, você pode trocar. Mas o trabalho de *doula* é diferenciado, você tem que ter técnica, por isso é que tem o curso (ZEZÉ).

A natureza da dádiva corresponde a uma multiplicidade de lógicas, às vezes aparentemente contraditórias e irreduzíveis. Portanto, aqui não se nega a existência do interesse, da racionalidade no trabalho voluntário, mas afirma-se o caráter múltiplo da ação social, já que nela se encontram afetividade, solidariedade, interesse pelo outro e, inclusive, busca de eficácia na ação voluntária.

Uma comparação entre a dádiva e o trabalho profissional faz ressaltar dois princípios diferentes, mas que não se excluem mutuamente: a responsabilidade formal, definida contratualmente em referência a direitos, e a responsabilidade dos vínculos perante aqueles que, para nós, são únicos e para quem somos únicos (GODBOUT, 1999). Portanto, realidades como pontualidade, trabalho bem feito e eficácia, podem – e talvez devam – ser perfeitamente compatíveis com serviço, misericórdia e flexibilidade.

A pesquisadora pôde observar que as duas *doulas* que afirmaram ser seu trabalho “um voluntariado diferenciado”, são as mais jovens da amostra. No diário de campo, consta que essas duas voluntárias parecem ter uma especial preocupação por trabalhar bem, fazê-lo com profissionalismo e objetividade. Também valorizam as técnicas aprendidas no curso ministrado no Amparo, que passa uma informação técnica básica. Esse curso poderia ser visto com um tipo de pagamento à voluntária por seu trabalho, mas há que levar-se em conta que é a *doula* quem paga uma taxa para fazer este curso e o seu resultado ou aproveitamento, de alguma forma, permanece na instituição, já que o curso é dirigido exclusivamente a formar as *doulas* do Amparo e não *doulas* profissionais. Dessa forma, acaba doando também os conhecimentos adquiridos.

As *doulas* têm especial preocupação em cumprir as regras do Centro Obstétrico e gostam dos trabalhos que apresentam mais dificuldades. Isso não as deixa menos livres para terem iniciativas no atendimento às parturientes. Pelo contrário, percebeu-se que essa atitude, baseada no profissionalismo, é bem vista

pelas enfermeiras obstétricas e auxiliares que acabam por delegar às *doulas* algumas tarefas mais complexas.

É sabido que existe uma nova cultura do voluntariado, talvez melhor captada por pessoas mais jovens, em que se evita uma postura de amador. O voluntário adota a atitude de um profissional remunerado, ciente de suas responsabilidades, ao mesmo tempo em que não desconsidera elementos essenciais do trabalho voluntário como a liberdade de sobrepor o processo – o vínculo e a afetividade – à busca de resultados. É isso que torna seu trabalho diferenciado, e é aí que se pode considerar a dimensão da dádiva.

Baptista (2006, p.8) comenta que esses valores de dedicação que animam o voluntariado são “um patrimônio precioso, um capital de experiência das profissões sociais”. Pode-se dizer que, dessa forma, a atividade voluntária transpassa o muro das instituições e influencia diretamente um apaziguamento nas relações de poder e mercado.

Trabalhamos ‘com as pessoas’, motivados pela intenção de ser ‘para as pessoas’, de agir em favor do seu interesse e do seu projeto de vida. Com dedicação profissional, mas também com capacidade de entrega pessoal e espírito de ajuda. É a própria identidade profissional que fica em causa quando se reduz a entrega ao outro a uma habilidade do tipo instrumental (BATISTA, 2006, p. 8).

Ao solicitar às entrevistadas que resumissem o trabalho de *doula* em cinco palavras, os termos “amor”, “humildade” e “carinho” foram os mais repetidos. Outros sentimentos como “alegria”, “esperança”, “renovação” e “paz”, foram mencionados, nessa ordem. Surgiram palavras – ou expressões – que indicam disposições necessárias para a realização do trabalho: “compreensão”, “dedicação”, “doação”, “confiança”, “atenção”. A *doula* deve saber ouvir, colocar-se no seu lugar, ter disciplina, segurança, firmeza e vontade de trabalhar. Ao explicitarem essas disposições, as *doulas* estão, conseqüentemente, abrindo mão de um pretenso protagonismo na cena do parto. Ao concentrarem todas as energias no atendimento à parturiente, eliminam todas as possíveis rupturas que poderiam ser criadas por conta do abismo social que, objetivamente, existe entre *doula* e parturiente fora do Centro Obstétrico. A ausência de ruptura, para Godbout (1999, p.90) “se manifesta [...] pela insistência na recusa de superioridade a partir da competência profissional”.

Ao pedir-se que relatassem sua rotina de trabalho, foi freqüente as *doulas* expressarem atitudes de colaboração, apoio, solidariedade e disponibilidade, bem como a manifestação de sentimentos como alegria, felicidade e religiosidade. Duas delas fizeram referência a uma “ajuda” de cunho religioso, que as leva à parturiente que esteja necessitada. Também se evidencia em todas as entrevistas a preocupação em deixar claro que as *doulas* têm tarefas limitadas e trabalham sempre submetidas às obstetrites, e em manifestar sua aceitação incondicional ao trabalho dessas profissionais.

O reconhecimento da sua limitação técnica não impede a *doula* de reconhecer-se necessária na cena do parto: expressões de que há algum tipo de ascendência sobre a parturiente como “fazer a diferença para a mulher”, “parecer uma pessoa de outro planeta” são recorrentes nas entrevistas. Uma análise dessas expressões fora de seu contexto remete-nos, como afirma Lima (2004, p.35), “[...] ao fato de que a ação voluntária pode ser também uma expressão de poder, uma vez que, normalmente, é uma troca entre desiguais, pois o recebedor não tem condições de retribuir a doação, o que pode provocar até mesmo um sentimento de humilhação”.

Mas a mesma autora nos demonstra que essa auto-afirmação de alguns voluntários como pessoas virtuosas sem reconhecerem no recebedor um semelhante capaz de retribuir o bem doado também é um risco; acaba por tornar-se obstáculo à criação de vínculos e, portanto à dádiva. Não se estabelece uma relação horizontal com o recebedor, pois o bem doado perde seu sentido original para o recebedor e ele não se sente obrigado a retribuir. O recebedor percebe a intenção distorcida e se nega ao vínculo (LIMA, 2004). Portanto, onde há tentativa de dominação, não há dádiva. Lima (2004, p.37), lembrando Godbout, afirma que a dádiva é uma alternativa á dialética do senhor e do escravo. “[...] não se trata de dominar os outros, nem de ser dominado, mas de pertencer a um conjunto mais amplo, de tornar-se membro”.

Ora, no caso das *doulas* voluntárias, tentou-se verificar se há uma busca proposital de ascendência sobre a parturiente durante a observação de um trabalho de parto, no Centro Obstétrico. O que se viu foi algo bem diferente de uma relação de domínio. A relação entre a *doula* e a gestante, no momento do parto configurou-se como uma relação de ajuda, de serviço incondicional à parturiente. A *doula* se ocupou de fazer a natureza seguir o seu curso, só interferindo quando era

necessário, com muita delicadeza, sem autoritarismo. E a parturiente, por sua vez, seguia as indicações da *doula* com docilidade, mas também com iniciativa, colocando todos os esforços de sua parte. Mas, para expressar essa relação, preferiu-se transcrever o relato de uma *doula*:

[...] Márcia, 19 anos, primeiro bebê, Mateus. Ela me dizia: “Eu quero cesárea, doutora. Está doendo, eu não agüento mais”. Tentei convencê-la de que eu não era doutora, não fazia cesárea e não tinha o poder de mandar alguém fazer. Lá ficamos nós, das 9h da manhã até 15h, juntas, dançando a dança das mulheres. Abaixamos, levantamos, acocoramos. Abraçamo-nos na hora das contrações. Banho de imersão, banquinho da parteira. Demorou para descer esse menino! Márcia era uma menina quando eu cheguei lá. E quando eu fui embora, ela era uma mulher. Uma das mais fortes e corajosas que eu já tive a honra de conhecer. Durante o parto, fiquei ao lado dela, tentando incentivá-la. Pareciam palavras ao vento, pois ela estava absolutamente poderosa em suas forças. Concentrada, apesar do cansaço. E lá veio Mateus, lindo, chorando num tom de rosa que eu ainda não conhecia, de tão intenso. Ficaram lá abraçados como dois amantes. Ela respirou, olhou para mim e disse: Eu nunca vou te esquecer. Ela me agradeceu muito e eu não tinha feito nada. E voltou a se ocupar de seu pequeno Mateus ali em seu colo. Fiquei emocionada. Aquele parto também foi meu. Não sabe ela o prazer que tive em acompanhá-la, estar aconchegada a ela durante tantas horas, no auge de suas forças. Não sabe ela o júbilo de vê-la seguindo a natureza, a luz, o futuro. Tenho os braços e pernas doloridos das forças que fizemos juntas. E gostaria de sentir essa dor por muitos dias ainda (CECILIA).

Expressões como “[...] uma das mais fortes e corajosas que eu já tive a honra de conhecer” ou afirmar que suas palavras “[...] pareciam palavras ao vento, pois ela estava absolutamente poderosa em suas forças” remetem à negação de sua ascendência sobre a parturiente. No relato, a *doula* evita a ruptura. O prazer e a emoção não são procurados pela voluntária. Eles vêm como consequência de um trabalho, acompanhado, inclusive, de sacrifício.

Tornar-se voluntário, depreende-se dos relatos, consiste em uma experiência que permite ao agente um deslocamento do mundo das regras rígidas, vivenciar realidades distantes e difíceis, obtendo um novo "olhar". Para os que somente vêem as relações sociais como fruto de interesses egoísticos, a presença da dívida nas sociedades modernas pode parecer algo utópico. É necessário o reconhecimento de que existem ações que não encontram seu fundamento apenas no interesse material ou no poder. A Teoria da Dívida aporta uma concepção realista do trabalho voluntário às Ciências Sociais. Os voluntários não são pessoas "boazinhas" fazendo uma coisa boa. São simplesmente – ou complexamente – seres humanos que, ao buscarem o rosto do outro, encontraram sentido para as próprias vidas e oportunidades de serem capazes de fazer algo por si e pelo outro. Como observa Caillé (2002), a pessoa que dá satisfaz seu interesse próprio, satisfazendo também o interesse do outro. É como se houvesse um desvio da satisfação do próprio interesse para satisfazer o interesse do outro.

[...] Levanto feliz, saio de casa com muita alegria. Vou dar o melhor de mim e com certeza receber mais do que dar. Aprendo todas as vezes. Procuro estar atenta para contribuir sem atrapalhar o andamento do Centro de Obstetrícia. Ao ajudar uma futura mamãe, procuro acalmá-la, informando-a de que ela está sendo assistida por profissionais competentes e que a natureza é a grande mestra na hora do parto. Procuro sempre fazer com que a futura mamãe ajude, colabore nesse momento, fazendo corretamente a respiração e, dentro do possível, relaxando nas horas sem a contração. O meu trabalho consiste apenas em ajudar em um momento que eu creio ser mais importante, o relacionamento mãe e bebê (CLEIDE).

Ao chegar ao hospital, verifico quais são as parturientes que estão desacompanhadas. Converso com todas, se possível, e verifico quem está mais necessitada de companhia, apoio e solidariedade nesse momento. Verifico o que ela sabe sobre o trabalho de parto, respiração e exercícios e então procuro orientá-la na forma correta de ela conduzir esses momentos finais da sua gestação, da maneira mais agradável

possível para que ela venha a ter um parto natural. Procuo seguir sempre a orientação e supervisão das obstetrizes (CLAUDIA).

Ao chegar ao Amparo, agradeço a Deus, peço que me ponha onde Ele acha que eu deva estar. Parece que Deus me pega pelas mãos e leva a uma determinada parturiente que precisa de mais conforto. Converso de mansinho, procuro confortá-la nas contrações, desviando seu pensamento para aquele bebê que está chegando ao mundo. Faço massagens, ensino a respiração, conforto na higiene, pois há todo o tipo de excreções. Com muito carinho ganho a sua confiança até o bebê nascer. Agradeço por ela ter permitido que eu estivesse ali naquele momento e saio feliz, agradecendo a Deus mais um ser que veio ao mundo (THERESINHA).

Bem, meu dia: eu chego ao Amparo, é interessante, desde o início eu sinto que parece que tem alguém me esperando na porta do CO e parece que me carrega pela mão e me leva exatamente a uma mãe que está precisando de mim. Na maioria das vezes, eu sinto isso, porque todas as vezes que eu chego e vou ajudar a mãe é aquela que precisa de mim, do meu trabalho, cada *doula* tem sua forma de trabalhar, cada uma é uma, mas o meu jeito é para aquela mãe. Ela precisa de mim. O nosso trabalho é esse, fazer ficar de forma mais confortável para o filho e para a mãe. Também trabalhamos junto à família ou ao acompanhante. O Amparo dá almoço para os familiares. É a *doula* que faz o vale-almoço e acompanha a família para o refeitório dos funcionários, que é do lado de fora, e fica difícil de localizar. Também procuramos ver com o acompanhante se o enxovalzinho está completo. Às vezes elas vêm de outro hospital de longe só de ambulância, só com o aventalzinho e o documento de onde está sendo transferida e não trazem nada. Então, enquanto elas estão em trabalho de parto entregamos o nome dela à assistente social, que providencia tanto o enxoval como os produtos de higiene pessoal. Conforme passam as horas, conversamos com a mulher e vemos sua necessidade real. Às vezes é preciso deixá-las uns minutos

sozinhas porque elas ficam muito entregues, dependentes, e isso atrapalha o trabalho de parto (AMÉLIA).

[...] Eu não gosto de levantar cedo e por coincidência – entre aspas – eu trabalho de manhã, no sábado. Às vezes tem uma mulher que está sem acompanhante bem agoniada e quase na hora de ter o bebê, e eu fico com ela e consigo acalmar. Às vezes a obstetriz indica e às vezes você vai de caminha em caminha e se identifica para acompanhar. Fiquei muito contente e valeu a pena ter levantado cedo. Mas a preocupação é com uma mulher só. Nessa hora, temos oportunidade de falar da vida dela e aproveito e falo da sala de parto, você vai ficar numa cama etc., você vai fazer força e vai sair a cabecinha. Vamos juntas [para o chuveiro]. Geralmente, eu fico uma hora lá, porque ela fica uma hora debaixo do chuveiro. Aí eu ponho uma cadeirinha, sento lá e a gente fica lá. E às vezes, ela fica falando da vida delas e em algumas oportunidades eu aproveito e falo: olha, na sala de parto vai acontecer assim, você vai ficar na cama até a hora de aparecer o cabelinho do nenê, aí você vai ser levada, eles vão pedir para você fazer força, você vai deitar numa cama que tem dois ferros, você vai puxar o ferro, siga as orientações das obstetrias, elas são bacanas. Mas é importante você seguir porque às vezes a pessoa fica nervosa e não segue, aí você vai fazer a força, vai sair a cabecinha, nesta hora elas vão falar para você parar de fazer força e respirar, então você respira. É importante você levar o oxigênio pro nenê, porque você está ligada com ele pelo cordão. Então, essas orientações todas, eu costumo dar no banho. No banho ou numa hora em que ela está deitada, sem contração. Porque na hora da contração ela não escuta nada. Então na hora em que eu estou longe de todo mundo, só eu e ela, eu falo: então, o que é que acontece? Cria um laço, ela passa a confiar. E tudo o que os outros pedem depois para ela fazer, é como se ela olhasse para gente e pedisse uma permissão, sabe? Outra coisa com que você lida muito são as fezes, porque a partir de 8 cm [de dilatação] já começam a sair. Porque o nenê empurra e sai. Você a leva para o banho e lava. Até 4 vezes. Eu oriento para não ter vergonha. Elas

ficam muito constrangidas, depois pedem desculpas e eu digo que estamos acostumadas (ZEZÉ)

Sobre o retorno e agradecimento por seu trabalho, todas as entrevistadas se consideram recompensadas. Duas voluntárias vêem a expressão de agradecimento como desnecessária, passível até de ser inexistente. Três identificam o bom resultado do parto como o retorno esperado, isentando a parturiente da necessidade de qualquer expressão de gratidão. Uma delas sente-se motivada por um olhar de gratidão a voltar ao trabalho, enquanto outra afirma que ganha mais do que dá.

O retorno acontece sempre, de qualquer forma, com ou sem agradecimento por parte das mães (LAURA).

Retorno é a satisfação que sinto ao saber que a mamãe se saiu bem na hora do parto. E agradecimento é, para mim, ouvir o choro do bebê que indica que ele é saudável (CLAUDIA).

O retorno é poder estar com aquela pessoa. É a relação de carinho e confiança neste momento mágico. O reconhecimento das mãezinhas e familiares, que têm um carinho todo especial para com a *doula*. Ganhamos mais do que damos em forma de felicidade e amor (CLEIDE).

Pensei em desistir muitas vezes, porque via muita tristeza, carência, queria mudar as coisas e não conseguia. Mas conversando com o meu marido, ele me disse: Qual é seu intuito? Você não vai resolver os problemas do Amparo que já existem há 70 anos. Você quer receber algo? Você vai trabalhar com as mães, o trabalho é o de ajudar as mães na hora do parto. É isso o que me faz feliz. Depois disso não pensei mais em desistir (AMÉLIA).

Às vezes a gente vem visitá-las no dia seguinte e elas ficam felizes, elas esperam. Uma coisa assim gratificante é que, depois de elas terem o bebê, às vezes você fica com essa mulher uma hora só, uma hora, mas

parece que você é uma pessoa de outro planeta para ela, de tão importante que você foi para ela. Acho que ela dá esse retorno com o olhar de gratidão. O retorno do olhar te faz bem, acho que motiva a gente a voltar (ZEZÉ).

Às vezes tem umas que nem agradecem, já aconteceu de nem falar obrigada. Às vezes não falam, mas eu tenho certeza que sentem (CECILIA).

No que se refere a sua satisfação pessoal na relação com as parturientes, a maioria considera que é plena quando têm êxito em suas funções. Uma delas nega seu direito à satisfação. Duas outras fazem referência à não satisfação, ou seja, à frustração que sentem no caso do parto não desenvolver naturalmente e a mulher necessitar de uma cesárea. Também consideram frustrante não poder ficar até o final do trabalho de parto, quando o tempo de parto ultrapassa o horário previsto para cada *doula*.

Satisfação? Estou para dar e não para receber (LAURA).

Minha alegria é que o bebê nasça bem e a mãe esteja bem (CLEIDE).

Minha satisfação é plena quando consigo que a parturiente tenha um parto facilitado pelas orientações de respiração e apoio que dou a ela nas horas que antecedem o parto (CECILIA).

Satisfação é a troca que há neste momento entre *doula* e parturiente, poder dar-lhes conforto é uma emoção muito grande, pois ao ver o milagre da vida, meu coração quase explode de emoção e agradecimento a Deus (THERESINHA).

Procuro me tornar uma pessoa em quem elas possam confiar, sendo discreta, ouvindo sem julgar (CLAUDIA).

Sempre que eu posso, fico até o final. Eu já cheguei a ficar até 10 horas aqui, porque para ter um trabalho completo é preciso chegar até o final. Essa é a minha opinião. Tem gente que não concorda com isso. Até por isso mesmo eu pedi para ficar além do meu horário. E me deram essa autorização. Nesses casos é quando eu fico com uma mãe até o final. Eu não marco compromisso, nem médico, nem nada. Eu tiro o dia para trabalhar e fazer o meu trabalho completo aqui. Se no meio do trabalho ela não desenvolve e acaba indo para a cesárea, isso é muito frustrante para nós. De hora em hora há o exame que as obstetras fazem, um controle. Se uma parturiente não desenvolve o trabalho, ela fica em observação e é monitorada mais do que as outras. Passado esse tempo, a obstetra avisa o médico do centro cirúrgico e eles avaliam e já vêem se é caso de cesárea ou se aguarda mais algum tempo. Se essa que eu estava acompanhando sobe para o Centro Cirúrgico e eu não tiver completado meu horário, fico com outra mãe. A minha quarta-feira é só para isso. Eu não marco compromisso, nem médico, nem nada. Eu tiro o dia para trabalhar e fazer o meu trabalho completo aqui (AMÉLIA).

Agora, o pior, o que eu acho uma coisa assim desagradável no trabalho de *doula*, é quando acontece de a gente pegar uma mulher e você tem que deixar para ir embora. Com isso, parece que você fez um trabalho pela metade. E a Marisa falava: se é assim, então não pega. Porque você pega uma mulher que está com 6 cm [de dilatação], quando ela está com 8 cm você vai embora. Por isso que com essa de 8 eu fiquei até as 9h da noite. Porque é imprevisível. Às vezes a mulher está com 5 e dali a duas horas está tendo bebê e às vezes ela está com 8 e à noite ainda não teve nenê. Então é imprevisível. Porque às vezes você tem compromissos. Então você é obrigada, por outras atividades suas fora, a deixar, mas é incompleto. O trabalho é incompleto. O ideal é você esperar, inclusive, nós temos que esperar também costurar, não é só nascer e você sai. Aí tem a placenta, as obstetras vão cuidar dela, fazer toda a higiene, verificar se está tudo ok, nessa parte, a *doula* também é importante estar lá, porque você distrai a mulher, ela fica mais relaxada pra ser cuidada,

então é muito bom. Mas, eu penso assim, parece que a gente não vem ajudar ninguém, a gente é ajudada (ZEZÉ).

Também se questionou a satisfação na relação com as outras *doulas*. A palavra “cumplicidade” foi utilizada por duas delas, denotando que compartilham opiniões e valores. Muitas das *doulas* continuam relações de amizade fora do Amparo Maternal. Saem para jantar, ir ao cinema e, duas vezes por ano, organizam excursões no período de férias. De qualquer forma, pareceu existir uma crítica velada ao sistema de coordenação das *doulas*, principalmente no que se refere à formação e seleção das novas voluntárias.

Duas *doulas* comentaram a importância de que as novas voluntárias sejam acompanhadas por outra *doula* experiente na primeira entrada no Centro Obstétrico. Uma das entrevistadas, inclusive, disse que gostaria de fazer esse acompanhamento e que não há necessidade de que seja uma das coordenadoras. Outra, ao comentar que não há competição – sendo que a pergunta não se referiu diretamente a isso – dá a impressão de que pode haver certa incompatibilidade de idéias em relação a alguns aspectos. A pesquisadora perguntou a uma delas quais seriam os motivos de alguma diferença. Ela respondeu que, às vezes, há divergência de procedimentos. Quando a pesquisadora perguntou quais seriam os ditos procedimentos, percebeu que eles se identificam mais com poder ter, sobre seus pares, a possibilidade de ensinar métodos próprios, de passar experiência às outras.

Não conheço todas as *doulas*, mas pelas que conheço tenho respeito e carinho (CLEIDE).

Sinto-me satisfeita quando temos oportunidade de trocar experiências (LAURA).

Satisfação do trabalho em equipe e cumplicidade, principalmente quando nos vemos em dificuldades com os temperamentos de algumas gestantes. Ajudamos umas às outras a compreendê-las, sabendo que estão passando por um momento único e cada uma tem sua forma de reagir. Temos de confortá-las sempre com calma. Essa ajuda entre nós

é muito importante e seria bom que nós pudéssemos, não só a coordenadora, entrar com as novas *doulas* e passar nossas experiências (THERESINHA).

Procuro sempre acatar os conselhos das mais experientes, me relacionando com muita humildade e respeito a todas. Acredito que o fundamental de um bom relacionamento é exatamente respeitar (CLEIDE).

É uma cumplicidade muito grande e precisa ser assim, porque precisamos uma da outra, somos uma equipe. Então não há competição, não competimos em nada. Temos isso muito claro e todas precisam saber todos os procedimentos que podemos fazer. Passamos tudo o que sabemos também para as novas que entram e damos oportunidade para que também pratiquem, para podermos trabalhar numa forma unificada. É importante que ela esteja acompanhada – a *doula* nova – quando chega porque senão ela assusta. E assusta mesmo. Eu vejo por mim. Eu senti um choque muito grande. Ambiente desconhecido, só tinha um curso de uma semana. Mas no local é muito diferente e realmente choca. Talvez seja por isso que há algumas que começam o curso e não terminam, não ficam. Da minha turma só fiquei eu. Éramos 11. Alguns grupos são formados e não fica ninguém. Desistem, no início do trabalho. Porque no primeiro mês somos acompanhadas pela coordenadora ou alguma mais antiga. Talvez seja nesse trabalho que haja alguma falha (AMÉLIA).

Não tenho problemas com nenhuma que eu conheço. Mas eu trabalho aos sábados e quase sempre estou sozinha. Poucas *doulas* vêm aos sábados e então não tenho contato (ZEZÉ).

Foi-lhes pedido que contassem como são as parturientes que atendem e como é a relação com elas. Notou-se que há uma preocupação em não discriminar as gestantes. A expressão “não julgar”, “sem entrar em julgamentos”, foi explicada à pesquisadora como “resistir ao impulso de perguntar à parturiente sobre sua vida

pregressa, dar conselhos em relação a aspectos de sua vida que não se relacionam com o momento do parto”. Por outro lado, com muita facilidade captam a situação financeira da parturiente e afirmam que podem percebê-la através da higiene, do cuidado pessoal. A constatação da pobreza impressiona a todas, mas, ao mesmo tempo, somente uma das nossas entrevistadas deu continuidade a algum contato com as parturientes. A maioria termina sua relação com a gestante antes de ela sair do hospital. Não há uma regra explícita para não continuar os contatos, mas raramente eles são retomados.

[...] Não tenho contato. Não. Aqui no Amparo a gente aprende no curso que elas ficam muito contentes se a gente vai visitá-las no dia seguinte. Agora, nem sempre é possível, principalmente porque o meu trabalho é de sábado, e no domingo – sem condições. Mas quando dá pra visitar eu venho no domingo ver o nenezinho. Às vezes não dá, porque quando elas têm o nenê antes do meio dia, elas já têm alta e, pra eu vir visitar eu tenho que vir antes das 10 da manhã, pra mim fica meio restrito e às vezes complica. Mas às vezes a gente vem visitá-las e elas ficam felizes (ZEZÉ).

Eu mantenho contato com duas famílias. A primeira delas eu tive contato quando a mãe estava de oito meses. Eu acompanhei o parto – fiquei nove horas com ela – até hoje eu tenho contato. Vou no aniversário, numa festinha de final de ano. São pessoas bem simples. Moram em Ferraz de Vasconcelos. E tem uma outra que mora aqui na Vila Mariana e é muito bonito isso, ver que a gente até pode dar uma continuidade, uma amizade fora, depois de muito tempo. [E elas ficam contentes?] Ficam, tanto é que a primeira teve o segundo bebê faz três meses lá em Ferraz e eu acompanhei o parto dela. Ela pediu autorização para o hospital. Como existe a lei agora, eles sabendo que eu trabalho aqui, eles autorizaram e veio uma menininha (AMÉLIA).

Algumas entrevistadas também apontaram a diferença de classe social das parturientes como um elemento que pode dificultar a relação e se referem aos

seus esforços e dificuldades para lidar com pessoas diferentes. O contato com a pobreza e a carência material e afetiva da parturiente parece impressionar a todas.

Elas são, na maioria, pessoas simples. Cada uma com seus problemas e creio que precisam de alguém em quem elas possam confiar, quer seja pela discrição, quer seja no ouvir, sem entrar em julgamentos (CECILIA).

Há todos os tipos de parturientes, as mais calmas e caladas, as que gritam muito, as nervosas, as impacientes, mas com todas, o trabalho é sempre gratificante. É só encontrar o caminho para chegar até aquela pessoa (LAURA).

Já perdi as contas das parturientes que atendi, são pessoas de uma diversidade cultural muito grande, pois temos o Brasil inteiro aqui em São Paulo, temos até pessoas de fora do país. São pessoas com credos, cores e etnias diferentes. Mas para mim não há discriminação. São mulheres que estão tendo um bebê. Olhe, tenho muitas histórias, mas meu amor é igual para todas (CLAUDIA).

Como trabalhamos com mulheres de baixa renda, há algumas que têm certa resistência a nós. Algum histórico, uma gravidez indesejada, incompreensão da família. A gente percebe logo de início. A minha maior dificuldade é essa, chegar próximo e adquirir confiança, porque são essas as que mais precisam. E eu gosto disso. Tudo para mim tem que ser difícil. Eu gosto de ir para o difícil e resolver coisas complicadas. Mas ainda tenho dificuldade com as resistentes. Então precisa de muita conversa não levar nunca para o lado pessoal no primeiro contato, conversar de alguma coisa da situação que ela está passando naquele momento, como foi a escolha do nome, o enxovalzinho, o quartinho, as coisas positivas, até que ela adquira confiança e a gente possa trabalhar com ela. [...] A menina de ontem [17 anos, 8 meses de gravidez, chorava muito, não queria tomar sopa porque não gostava e reclamava que o pão estava duro. Telefonou para a mãe pedindo frutas e dizendo que estava passando fome] era um pouco de manha, porque ela estava de dieta. Eu

precisava entender o porquê daquela reação, daquele choro e se era verdade que não queriam dar-lhe outra coisa. Eu fui falar com a obstetrix que me explicou que a menina tinha que ter dieta, não podia ser nada sólido, nem fruta estava liberada, porque talvez precisasse de uma cesárea de emergência. Aí a fome apertou e ela tomou a sopa, comeu o pãozinho que ela não queria comer [é ruim a comida no hospital?] Não, não é ruim. É limpa e bem feitinha (AMÉLIA).

São mulheres de presidiários, traficantes, há muitas mulheres que não chegam com companheiro, outras têm família. Há casadas que não puderam ter filho em outro lugar. Mas também muitas são casadas, têm outros filhos, mas os hospitais não tinham lugar. São pessoas simples e sem cultura. Vêm também pessoas esclarecidas. Eu vim trabalhar num domingo, que não é o meu dia, mas quando eu tenho oportunidade eu venho, e encontrei um casal com muita sensibilidade. Ele parecia muito apavorado, mas parecia gente de cultura, não entendi, a moça muito bonita, também bastante assustada, pedia que eu a ajudasse e ele também e eu ajudei os dois. Inclusive eu tive de chamar o médico para acalmar o acompanhante. No fim eu vim a saber. Nesse domingo eu entrei às 3 horas da tarde, eu teria que sair às 7, e eu saí às 11 da noite. Enquanto eles não tiveram o nenê eu não saí, porque aquilo me comoveu, eu não tive coragem. Quando o bebê nasceu, o pai falou assim, era uma menina, olha ela vai ter mãos de pianista e a mãe falou assim: não ela vai ter mãos de violinista. Por quê? Vocês tocam? Se tocam me convidem que eu vou assistir. E os dois tocavam na Orquestra Sinfônica de São Paulo. Se vê que, por não ter convênio, eles vieram para cá e tiveram a mesma assistência que tem qualquer pessoa (THERESINHA).

O trabalho voluntário é uma atividade motivada seja por valores religiosos, partidários ou por anseios de justiça ou solidariedade. Adere-se a ele quando se compartilha os mesmos interesses ou ideais. O princípio de jamais recusar ninguém, é compartilhado por todas as *doulas* da equipe, sem nenhum questionamento. Parece ser algo muito forte na instituição, impregnando todas as

instâncias, desde o pré-natal até o centro cirúrgico, passando pelo serviço social. Uma *doula* levantou a hipótese de que pode haver uma pré-seleção por parte dos agentes de governo, nos Postos de Saúde, uma vez que no Amparo Maternal não se adotam procedimentos desaprovados pelo catolicismo como a laqueadura de trompas ou aborto provocado. Ao comparar-se essa afirmação com o relatório fornecido pela diretoria do número mensal de partos realizados na instituição, não pareceu haver diferença significativa entre um mês e outro, chegando-se, à média de 950 partos por mês. Segundo outra *doula*, há certa dificuldade em conseguir patrocínios de pessoas jurídicas, pois muitas crêem que o Amparo Maternal alimenta a paternidade irresponsável e fomenta a licenciosidade. Por exemplo, por esse motivo, uma *doula* foi proibida de dar uma palestra sobre o Amparo Maternal em uma Universidade. Sobre isso, questionamos uma das religiosas do conselho diretivo que nos respondeu que a instituição se move pelo ideário cristão e deseja ser coerente ao que se propôs. Seria, segundo ela,

[...] absurdo que, um doente, ao chegar ao hospital, fosse assassinado, pois é uma vida. O papel do hospital é resolver o problema. É a mesma coisa com a Maternidade. Se a mulher chega para ter um filho, é com essa idéia que nos comprometemos. Nosso compromisso é com a vida e não com a morte. Aborto provocado é assassinato. Não importa se temos ou não dificuldades. Nossa vocação é proteger a vida (RELATO ORAL, DIRETORA).

Efetivamente, ao pedir-se que indicassem os pontos negativos de seu trabalho, todas as *doulas* apontaram as dificuldades pelas quais passa o Amparo Maternal por falta de recursos, principalmente para dar mais conforto às gestantes. Uma comentou também os problemas no sistema de saúde como um todo que ainda não tem a vida como prioridade. Três disseram ser negativo não poder dar atenção para todas as gestantes que necessitam, já que o contingente de *doulas* é insuficiente. Quanto aos pontos positivos, quatro *doulas* indicaram poder presenciar os resultados do trabalho realizado junto à parturiente. Três entrevistadas apontaram como positivo ver a alegria das pessoas que passam pelo Amparo, gestantes e acompanhantes. Apontam que o Centro de Parto Normal aumenta a auto-estima da gestante na medida em que aí podem encontrar um ambiente

acolhedor e arrumado. O fato de estar lidando com uma nova vida também foi apontado, por uma *doula*, como ponto positivo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao redigir-se a conclusão de um estudo que tem a dádiva como marco teórico, experimenta-se uma sensação curiosa. Enquanto os dedos avançam sobre o teclado para, o quanto antes, ter tudo finalizado, a “polifonia” dessa teoria soa aos ouvidos, lembrando os inúmeros aspectos que não foram comentados em nosso estudo e a lembrança dos nossos primeiros contatos com o dom, tão bem explicado nas aulas do Mestrado de Hospitalidade e tão vivido entre colegas e professores. Retorna a emoção que sentimos ao tomarmos conhecimento da Teoria da Dádiva, e quando, pela primeira vez, abrimos o “Espírito da Dádiva” de Caillé e Godbout e atravessamos os pórticos do dom. Para quem voltava à escola, no Brasil, depois de 23 anos, surpreendia deparar-se com uma teoria que falava de generosidade, de dom de si, de relações familiares ou entre amigos e estranhos, de modo profundo e científico e, por outro lado, questionava sistemas ditos inquestionáveis em nossa época de universidade, por sempre nos parecerem poderosos, mas reducionistas, totalitários e frios; que pregavam soluções de ódio a uma humanidade que buscava uma sociedade melhor. Conhecer a Teoria do Dom possibilitou resgatar a esperança de que ainda se podia fazer algo por um mundo mais humano.

O prazo quase esgotado faz necessário encerrar nossas observações e retomar algumas considerações que foram desenvolvidas no decorrer desta pesquisa. Ao introduzirmos este trabalho, partimos da hipótese principal de que a Teoria da Dádiva permeia todas as relações entre as pessoas, mas não imaginávamos que a veríamos tão aplicada no trabalho das *doulas* voluntárias do Amparo Maternal. Depois de lermos algumas teses e dissertações sobre o trabalho realizado no Amparo e sobre a função da *doula*, fomos a campo para conversar com as *doulas* do Amparo Maternal; através de Márcia, secretária da Diretoria, e devidamente autorizadas pela presidente, Ir. Anita Gomes, conhecemos a Coordenadora Geral das Voluntárias e *Doulas* do Amparo, que

foi nos explicando o trabalho que ali realizam. Estávamos preparadas para ouvir narrativas heróicas de filantropia ou queixas contra os sistemas de Saúde que vitimizam os pobres voluntários que tentam fazer alguma coisa, e nos deparamos com uma elegante senhora de meia idade – Lucy – que, toda animada, nos dizia muitas vezes: “aqui recebemos mais do que damos” e passava a contar histórias de mulheres que descobriram novamente o sentido de sua vida, trabalhando como *doulas*. Pudemos conhecer um pouco mais Marisa, a primeira *doula* do Amparo, que faleceu há um ano de um câncer, aos 52 anos de idade. Objetiva e forte, nessa hora Lucy chorou. Marisa era sua melhor amiga. “Mas não só minha - explicava – de todas aqui. Ela tinha um carisma especial”.

Prevenidas para não nos envolvermos com nosso “objeto de estudo”, questionamos sobre o histórico da implantação do serviço de *doula*, tentando compreender as relações entre a *doula* e parturiente, e verificarmos como a dádiva se configura nesse trabalho. No início, procurávamos vínculos em todas as ações da *doula* e nos perguntávamos se um contato tão efêmero com a parturiente poderia ou não ser considerado vínculo. Se não, com quem seria? Com Deus, já que é uma instituição religiosa? Mas havia muitas *doulas* que se diziam sem religião. Com as mesmas *doulas*? Mas algumas nem se conheciam. Com o ideal de “nunca recusar ninguém” do Amparo Maternal? Mas elas não trabalham com triagem de gestantes.

Muito tranqüila, e bem menos preocupada com o vínculo do que nós, Lucy nos foi apresentando às *doulas* com as quais agendamos as entrevistas. De volta a casa, depois de uma tarde de entrevistas, nos debruçávamos sobre a teoria, tentando encontrar um “vínculo” que se ajustasse à *doula*. Daí considerarmos como perfeitamente justo termos sido classificadas como “mecanicistas” no exame de qualificação. Muito pacientemente, nossa orientadora foi nos explicando que se tratava de ampliarem-se os alcances do trabalho da *doula* que, por ser uma ação voluntária entre estranhos, repercutiria nas estruturas sociais. Percebendo ser incompatível com a “generosidade” da dádiva um reducionismo mesquinho a um vínculo, encontramos uma rica citação de Caillé (2004, p.158):

Ao estabelecer relações determinadas pelas obrigações que eles [os homens] contratam-se ao se aliarem e doando-se uns aos outros,

submetendo-se às leis dos símbolos que criam e fazem circular, os homens produzem simultaneamente sua individualidade, sua comunidade e o conjunto social no seio do qual se desdobra sua rivalidade.

Dessa forma, Caillé nos mostrou que a dádiva ultrapassa a dualidade doador-recebedor e pode ser uma nova perspectiva para análise da sociedade.

Ao assistirmos a um curso com Isabel Baptista, pudemos entender a “lei do rosto”, que parecia acrescentar muito a nosso estudo. Essa autora chama “rosto” à subjetividade que nos diferencia um dos outros, nossa possibilidade metafísica de sermos únicos e irrepetíveis. Concluímos que é fato que a *doula* sabe ver um rosto, sujeito de direitos e deveres, portador de subjetividade. Esse reconhecimento do outro como único é uma das características da dádiva no seu trabalho. E, sempre que vir um rosto, a *doula*, saberá percebê-lo como único e irrepetível. Para Dencker (2004, p.2) “esta necessidade do outro implica em uma abertura para o acolhimento, para a convivência, para a troca”.

Por todos esses motivos, acreditamos que não é excessivo insistir para que haja mais discussões sobre o voluntariado à luz do Sistema da Dádiva, e que, nelas, seja considerada a dimensão da Pessoa, vista aqui como portadora de subjetividade, inteligência e vontade. Nesse sistema, o trabalho voluntário foge do anonimato e demanda a personificação das relações, o que possibilita a criação de laços que se estenderão à sociedade. Ao sentir-se tratada como “um rosto”, a parturiente também saberá reconhecer “rostos” em suas futuras relações com os demais. Estará lançada a pedra no lago.

Resolvido um primeiro problema, outro questionamento se apresentou durante nosso trabalho de observação. Em nosso estudo, algumas vezes, pudemos constatar pequenas disputas entre as *doulas*, ou alguma auto-complacência ao contar sobre seus logros ou dificuldades no trabalho. Chegamos a pensar que refletir sobre o dom seria tempo perdido. Mais uma vez, recorremos a Caillé, na “Polifonia do Dom” (2006), que nos permitiu vislumbrar que “[...] o pensamento moderno torna particularmente delicado, e quase impossível, a compreensão do dom, e isto se dá principalmente porque este pensamento visa permanentemente elaborar uma definição mais sofisticada e ambiciosa” (2006, p.55).

Caillé nos pede para consolidar e guardar uma definição mais “modesta” do dom e explica-nos que é lógico que o primeiro impulso seja tentar separar o dom de tudo que não pareça interesse, como se isso o corrompesse. O dom passa,

assim, a ser identificado como pura espontaneidade e não é disso que se trata (2006). Existe espontaneidade no sentido de que a dádiva não obedece a nenhuma imposição, mas sim a um “movimento da alma”. Existe algo que “arrebata o oferente, que lhe escapa” (GODBOUT, 1999, p.44). No entanto, sabe-se que no dom há o sacrifício de algo. Sacrifica-se o interesse ou ele é sobreposto pela ação do serviço.

Caillé (2006, p.55) defende o pressuposto de que se não há interesse, não há nada a sacrificar, não há dom. E afirma:

O problema desaparece quando se determina que o dom não é definível *sem* [grifo do autor] o interesse, mas que deve ser definido *contra* [grifo do autor] ele. Ele existe e opera porque sendo dom determinado e não dom em si, dom de alguma coisa, ele está sempre ligado, de forma contraditória, com outra coisa que não ele mesmo.

Por este motivo, o dom pode não ser só troca, só incondicional, só desinteressado. O dom não desaparece no momento em que surge nele uma pequena parcela de cálculo. Ele não existe apenas para aquele que não sabe por que dá. Não existe dom que seja totalmente desconhecido pelo doador, como algo irracional, pois se fosse irracional, não seria livre. O dom é sempre inteligente na medida em que o doador é capaz de calcular o valor do risco ou da perda, mas isso não o impede de doar. Pode-se dizer, até mesmo, que isso empresta mais entidade ao dom, já que é livre. O doador escolhe a quem dá e como dá, será o donatário, no entanto, quem atualizará o valor do dom, o que é dado, abrindo, assim, possibilidades indeterminadas (CAILLÉ, 2006).

Não podemos pedir às *doulas* – nem a ninguém – um dom puro, livre de qualquer contaminação dos interesses do mercado ou do poder. Podemos, sim, pedir uma dádiva que submeta os fins instrumentais aos fins não instrumentais. O próprio Godbout (1999) sublinha que nas relações de dádiva existem interesses egoístas, mas, no entanto, não se trata de um egoísmo primitivo e tosco que a modernidade postula como universal, pois o que se busca é o bem e o prazer e não a materialidade útil.

É fato que há a expectativa de um retorno significativo – não material – que motiva as pessoas a saírem do conforto de suas casas para se depararem com uma situação de carência e trabalhar, de alguma forma, para saná-la. Ao comentarem que “recebem mais do que dão” às parturientes, as *doulas* acreditam

realmente nisso, pois seu trabalho não é um trabalho “gratuito”, no sentido de ser sem retribuição. A diferença é que a base de sua relação não é econômica, já que o dom não é uma espécie de compra dos outros, de ação efetuada com a perspectiva da retribuição antecipada (CAILLÉ, 2006). Não há a expectativa de que o outro se sinta obrigado a retribuir, mas se há retribuição, fortalece-se o vínculo entre doador e receptor. Pode-se dizer que a base da relação é a certeza de que “se recebe mais do que se dá”. Ausência de ruptura, consideração da importância da pessoa, prazer, liberdade, incerteza da retribuição: elementos constituintes do dom que podemos comprovar no trabalho das *doulas* voluntárias do Amparo Maternal.

Estamos plenamente cientes de que essa aproximação da dádiva é ainda superficial frente aos estudos já apresentados e desenvolvidos, mas entender que o dom, não só ainda é possível, como pode vir a ser um uma nova maneira de analisar o mundo, enche-nos da esperança de que nos foi dada mais uma chance.

## REFERÊNCIAS

AMPARO MATERNAL. *Curso de Formação de Doulas do Amparo*. Apostila. São Paulo: 2005.

\_\_\_\_\_. *Ata de Fundação*. São Paulo: 1939.

ARENDT, H. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 1981.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DOULAS. Disponível em: [http://<www.doulas.org.br>](http://www.doulas.org.br). Acesso em: 12 dez 2006.

AUGUSTO, M; MARANHÃO, A. Resenha histórica do Departamento de Enfermagem. In: Jubileu de Ouro do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Medicina, *Anais*. São Paulo. Escola Paulista de Medicina, Departamento de Enfermagem: 1989. p. 17-22.

BAPTISTA, I. Para uma geografia da proximidade humana. São Paulo: *Revista Hospitalidade*, ano 2, n.2, p.11-22, 2º. Semestre 2005.

\_\_\_\_\_. Educação. Cidadania e Transcendência. *Revista Portuguesa de Investigação Educacional, Universidade Católica Portuguesa*, Setembro de 2005a. Disponível em: <http://www.ibaptista.com/download/rpie.pdf> Acesso em 14/12/2007.

\_\_\_\_\_. Problemas, Dilemas e Desafios Éticos na Intervenção Sócio-Educativa, Encontro: Intervenção Social, Saberes e Contextos. *Revista Portuguesa de Investigação Educacional, Universidade Católica Portuguesa*, Março de 2006. Disponível em: <http://www.ibaptista.com/download/paulafrassineti.pdf> > Acesso em 14/12/2007.

BARRON, S.; LANE, H.; HANNAN, T.; STRUEMLER, B.; WILLIAMS, J. Factors influencing duration of breast feeding among low-income women. *Journal Am Diet Association*. Dec 88:12 1557-61. 1988

BONADIO, I. “*Ser tratada como gente*” a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. Tese. (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BRASIL. Lei n. 11.108. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2005; 8 abr.

\_\_\_\_\_. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Ministério da Saúde. Brasília: MS/FEBRASGO/ABENFO; 2003.

BRITEZ, E.; TREVISI, D.; TAJIKI, S.T. O "Amparo Maternal" como campo de ensino para a enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem. USP*, v.2, n.1, p.61-75, 1968.

BRUGGEMANN, O.; PARPINELLI, M.; OSIS, M. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5):1316-1327, set-out, 2005

CAILLE, A. Nem holismo nem individualismo metodológicos: Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v. 13, n. 38, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69091998000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091998000300001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12/ Dez/ 2006.

\_\_\_\_\_. O Dom entre interesse e o desinteressamento. In: MARTINS, P.; CAMPOS, R. (orgs.). *Polifonia do Dom*. Recife, PE: Editora Universitária da UFPE, 2006, p.25-64.

CAMPERO, L.; GARCIA, C.; DÍAZ, C.; ORTIZ, O.; REYNOSO, S.; LANGER, A. Alone, I wouldn't have known what to do: a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Soc Sci Med* 1998; 47(3): 395- 403.

CARVALHO, A. *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: resumo histórico – 1942-1980*. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1980.

\_\_\_\_\_. Saudação à Madre Domineuc. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.27, n.3, p.277-9, 1974.

DENCKER, A. Hospitalidade e mercado. In: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 27. 2004. Porto Alegre. *Anais*. São Paulo: Intercom, 2004. CD-ROM.

DOULAS DO BRASIL. Disponível em: <<http://www.doulas.com.br>> Acesso em: 12/ dez 2006.

FRANÇA, G.; DZIMIRA, S.. Dádiva e Economia Solidária. In: MARTINS, P.; NUNES, B. (orgs.). *A nova ordem social. Perspectivas da solidariedade contemporânea*. Brasília, DF: Paralelo 15, 2004. p.136-165.

GALE, J. ; FOTHERGILL-BOURBONNAIS, F. ;CHAMBERLAIN, M. *Measuring nursing support during childbirth*. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2001; 26(5): 264-71.

GODBOUT, J. Introdução à dádiva. *Revista Brasileira Ciências. Sociais*. São Paulo, v. 13, n. 38, 1998 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69091998000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091998000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12/Dez/2006.

\_\_\_\_\_. ; CAILLÉ, A. *O Espírito da Dádiva*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

\_\_\_\_\_. *Homo donator versus homo oeconomicus*. In: MARTINS, P.H. A *Dádiva entre os Modernos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

GODELIER, M. *O enigma do dom*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

HODNETT E., GATES S, HOFMEYER G. *et al.*. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2005*. Oxford: Update Software.

HOTIMSKY S, ALVARENGA A. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Estudos Feministas*, 2:461-81. 2002.

KENNEL, J.; KLAUS, M.; MCGRATH, S. *et al.* Continuous Emotional Support during Labor in US Hospital. *Journal of the American Medical Association*, n. 265, p. 2197-2201:1991

LANNA, M. Nota sobre Marcel Mauss e o Ensaio sobre a Dádiva. *Revista de Sociologia e Política*, n. 14. Curitiba, PR: jun. 2000. On-line. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n14/a10n14.pdf>.

LIMA, V. *Dádiva e voluntariado: Ações de apoio junto a portadores de câncer*. Dissertação. Mestrado em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, 2004.

LEÃO, M. *Estudo etnográfico sobre parturientes acompanhadas por "doulas"*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Belo Horizonte, Minas Gerais: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. 1999.

LEÃO, M.; BASTOS, M. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. *Revista Latinoamericana Enfermagem*; 9:90-4.35, 2001

\_\_\_\_\_. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. In: *Anais do 9º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade*. 2000. Campinas, SP: UNICAMP/NEPO, 2000.

JORNAL DO MAUSS. Disponível em: <http://www.jornaldomauss.org>. Acesso em: 20/08/2007.

MARTINS, I. *Manual esquemático de História da Filosofia*. 2ª. ed. São Paulo: LTr, 2000.

MARTINS, P. (org). *A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_; CAMPOS, R. (orgs.). *Polifonia do Dom*. Recife, PE: Editora Universitária da UFPE, 2006.

MARTINS, P.; NUNES, B.(orgs). *A nova ordem social. Perspectivas da solidariedade contemporânea*. Brasília, DF: Paralelo 15, 2004.

MEIHY, J.. *Manual de História Oral*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

MINAYO, M. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7ª. Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

ODENT, M. *Birth under water*. 2(6365/66): 1476-7 Lancet: 1983.

O QUE É O SUS? Disponível em:

<[http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus/sus\\_aspgerais.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus/sus_aspgerais.htm)>. Acesso em: 22/12/2007.

PERFIL: Madre Marie Domineuc. *Revista Brasileira Enfermagem. Equip. Serv. Hosp.* v.1, n.1, p. 14-15, 1979.

PORTER R. *Cambridge: história ilustrada da Medicina*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.

QUEIROZ M. *Variações sobre a técnica do gravador no registro da informação viva*. São Paulo: T.A. Queiroz Editor, 1991.

RAPHAEL D. The midwife as doula: a guide to mothering the mother. *J Nurse Midwifery* 1981 Nov-Dec;26(6):13-5

RATTO K. É possível humanizar a assistência ao parto? Avaliação de dois anos da Maternidade Leila Diniz. *Saúde em Foco*, 2001; 21:115-35

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS, *Dossiê de humanização do parto*. São Paulo: 2002.

RELATÓRIO DE ATIVIDADES AMPARO MATERNAL – Ano 2006, documento interno, data da publicação: São Paulo, SP- março/2007

SALAZAR C. *Gestão do Voluntariado e Dádiva: Reflexões à luz do caso Obras Sociais Irmã Dulce - OSID*. Dissertação. (Mestrado em Administração). Faculdade de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2004.

SALVATI I. Parto humanizado. Disponível em :

<<http://www.ideli.com.br/artigosver.php?id=24>>. Acesso em: 05/Mai/2007.

SCOTT K.; BERKOWITZ, G.; KLAUS, M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180(5): 1054-9.

SILVA, A. *O Suporte à Parturiente: a dimensão interpessoal no contexto da assistência ao parto*. Tese (Doutorado em Saúde Pública).01/10/2004 2v. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2004.

SIMKIN, P.; ANCHETA, R. *Labor Progress Handbook*. Blackwell, Malden MA, 2000.

STEIN, M.; KENNEL, J.; FULCHER, A. Benefits of a Doula present at the birth of a child. *J Dev Behav Pediatr* 2003; 24(3): 195-8.

STORTI J.P.L. *O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal*. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

TAYLOR, E.; KLEIN, L.; LEWIS, B.; *et all.*. Biobehavioral responses to stress in females: Tend and Befriend, Not Flight-or-Fight. *Psychological Review*; n. 107(3),p. 411-29: 2000

TEIXEIRA, M. [FADYNHA]. *A doula no parto*. São Paulo: Ground, 2003.

TREVIZAN, D. Senhora do parto, *Revista Pais e Filhos*, Disponível em: [http://revistapaisefilhos.terra.com.br/conteudo\\_01.asp?cd\\_setor=22&ds\\_setor=Gravidez&cd\\_materia=688](http://revistapaisefilhos.terra.com.br/conteudo_01.asp?cd_setor=22&ds_setor=Gravidez&cd_materia=688). Acesso em: 02/02/2008.

TORNIQUIST C. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Estudos Feministas*, n.10, p. 484-91: 2002

\_\_\_\_\_. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Caderno de Saúde Pública* n. 19 (supl 2): 419-427: 2003

VALDES, L.; MORLANS, H. Aportes de las Doulas a la Obstetricia Moderna. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, vol.70, n. 2, p.108-112: 2005.

VANDENBERGHE, F.. O marxismo e o fim da sociedade do trabalho. In: MARTINS, P.; NUNES, B. (orgs). *A nova ordem social. Perspectivas da solidariedade contemporânea*. Brasília, DF: Paralelo 15, 2004, p.91-122.

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas

- Nome:
- Idade:
- Profissão: Exerce ( )s ( )n Religião:
- Estado Civil: no. Filhos
- Escolaridade: primária ( ) ginásio ( ) colégio ( ) Superior ( )
- Renda familiar: até R\$ 1.000,00 ( ) até R\$ 3.000,00 ( ) até R\$ 4.000,00 ( )  
acima de R\$ 5.000,00 ( )
- Tempo de trabalho como *doula*:
- Tempo de trabalho como voluntária no Amparo Maternal
- Tempo que realiza algum trabalho voluntário com periodicidade maior que mensal.
- Motivos para trabalhar como *doula*
- Por que o trabalho de *doula* e não outro trabalho?
- Cinco palavras que definam o trabalho
- Relate a rotina de um dia de seu trabalho como *doula*.
- - Retorno e agradecimento pelo serviço prestado
- - Satisfação pessoal na relação com as parturientes
- - Satisfação pessoal na relação com as outras *doulas*
- Definição da parturiente.
- Pontos positivos e negativos deste trabalho.

## APÊNDICE B – ENTREVISTAS E RELATOS

1. Amélia, 52 anos, casada, 02 filhos, psicóloga, católica.
2. Zezé, 42 anos, casada, 02 filhos, Professora de português, espírita.
3. Theresinha, 63 anos, viúva, 04 filhos, historiadora, católica, curso superior.
4. Cecília, 57 anos, casada, 03 filhos, católica, curso superior, pedagoga..
5. Laura, 70 anos, solteira, sem filhos, funcionária pública, católica, curso médio incompleto
6. Cleide, 66 anos, casada, 04 filhos, católica, curso médio completo.
7. Claudía, 60 anos, casada, 02 filhos, sem religião, curso superior (não declarou qual).

### 1. Amélia

Comemorei há pouco as bodas de prata, sou muito bem casada, felicíssima; casaria de novo com o mesmo marido quantas vezes fosse preciso. Tenho 2 filhos: o Eric, 22 anos fazendo último ano de hotelaria e trabalhando; o mais novo tem 16 anos está no 2º colegial; os dois nasceram de cesariana porque não tive dilatação.

Vim para o Amparo porque tive câncer de mama e me tratei no Hospital do Câncer e na penúltima sessão de quimioterapia tive uma conversa informal com a psicóloga do Hospital. Foi então que vi que precisaria fazer alguma coisa de bom, de útil, em prol de outra pessoa. Logo depois de terminar minha quimioterapia, minha irmã também teve esse câncer e morreu em 6 meses. Vi que para mim Deus estava dando uma segunda chance. Vi que seria importante ver as coisas de outra forma, abrir os olhos, enxergar a luz do dia. Não passar por cima das outras pessoas que estão necessitadas, dar mais valor às coisas, ver que cada um é um e tem as suas necessidades. No início pensei que seria um trabalho individual para ajudar uma pessoa. Não sabia por onde começar, mas sabia que tinha que fazer algo.

Eu precisava fazer caminhada, e via sempre o Amparo Maternal, indo para o Ibirapuera, pois morava na Conceição, mas não sabia o que era, o que se fazia lá. Passei uns 5 meses vendo o prédio do Amparo até que um dia resolvi entrar. Encontrei Marisa, que infelizmente também já faleceu dessa doença. A Marisa me explicou o que se fazia lá, que o trabalho era com mães sem cultura, e me ofereceu a função de *doula*, não só de voluntária, convencional. (Isso foi há 5 anos - 2002, e a função de *doula* existia lá desde 2001). O Amparo oferecia um curso de capacitação; um trabalho de voluntariado diferenciado, de *doula*, que era dado pela Marisa. Ela era muito calma, e disse que eu tinha o perfil para *doula*. Ela achou que eu me daria bem como *doula*, no centro obstétrico, melhor do que em outro tipo de voluntariado, como cuidar do bazar. Disse que eu era mãe e que me daria bem. Eu comecei o curso e logo no início achei que não era para mim, e várias vezes quis desistir, porque via muita tristeza, carência, queria mudar as coisas e não conseguia. Tive até uma espécie de crise, sabe? Mas conversando com meu marido, ele me disse: Qual é seu intuito? Você quer resolver os problemas do Amparo que já existem há 70 anos? Eu queria trabalhar com as mães, o trabalho seria ajudar as mães na hora do parto. Depois disso não pensei mais em desistir.

*Como você definiria o trabalho de doula em 5 palavras?*

Em primeiro lugar é preciso ter acima de tudo muita humildade, segurança, saber ouvir, firmeza, vontade, vontade de trabalhar, querer fazer o melhor para aquela mãe. No momento em que estiver com aquela mãe, esquecer o resto, problemas, dificuldades ficam fora da porta, se entregar de corpo e alma. É difícil? Sim porque trabalhamos com seres humanos, com mulheres e todas elas são sem cultura, todas elas vêm com problemas, inseguras, com medo, algo muito natural em um momento desses como qualquer uma de nós numa situação nova. A *doula* consegue passar segurança. Fazer com que elas tenham a hora do parto mais tranqüila.

*Como é a rotina?*

Trabalho uma vez por semana aqui, já cheguei a trabalhar três vezes mas desisti porque estava sobrecarregada, estavam precisando de mim em casa e não é o caso deixar a casa de lado. Tenho uma empregada boa que me ajuda mas o meu filho cobra a minha presença. Mas eles gostam que eu venha aqui. Meu mais novo sempre me pergunta: Mãe, hoje é quarta-feira, você não vai trabalhar? E quando eu volto: Mãe, nasceu muito nenê hoje? Eles também se interessam por como foi o meu dia.

Bem meu dia: eu chego ao Amparo, é interessante, desde o início eu sinto que parece que tem alguém me esperando na porta do Centro Obstétrico e parece que me carrega pela mão e me leva exatamente a uma mãe que está precisando de mim. Às vezes falha, mas a maioria das vezes eu sinto isso, porque todas as vezes que eu chego e vou ajudar a mãe é aquela que precisa de mim, do meu trabalho. Cada *doula* tem sua forma de trabalhar, cada uma é uma, mas o meu jeito é para aquela mãe. Ela precisa de mim. Eu fico o tempo que for possível, porque nosso turno é de 4 horas, mas dificilmente eu fico 4 horas. Sempre mais. Sempre que eu posso fico até o final do parto. Eu já cheguei a ficar até 10 horas aqui. Porque para ter um trabalho completo é preciso chegar até o final. Essa é a minha opinião. Tem gente que não concorda com isso. Até por isso mesmo eu pedi para ficar além do meu horário. E me deram essa autorização. Nesses casos é quando eu fico com uma mãe até o final. Se uma parturiente não desenvolve o trabalho, ela fica em observação e é monitorada mais do que as outras. Passado esse tempo, a obstetra avisa o médico do centro cirúrgico e eles avaliam e já vêm se é caso de cesárea ou se aguarda mais algum tempo. Se essa que eu estava acompanhando sobe para o Centro Cirúrgico e eu não tiver completado meu horário, fico com outra mãe. A minha quarta-feira é só para isso. Eu não marco compromisso, nem médico, nem nada. Eu tiro o dia para trabalhar e fazer o meu trabalho completo aqui.

*Você tem a consciência de que o parto normal é o melhor. Vocês são formadas assim?*

Eu fiz duas cesáreas porque não deu pra ser normal. Mas com o passar dos anos eu vejo que o parto normal é o melhor para a mulher, porque a cesárea não deixa de ser uma agressão física para a mulher. Não só para ela como para o bebê. Percebemos a diferença da recuperação.

*Você mantém contato com as mulheres que você atende?*

Eu mantenho contato com duas famílias. A primeira delas, eu tive contato quando a mãe estava de oito meses. Eu acompanhei o parto – fiquei nove horas

com ela – até hoje eu tenho contato. Vou ao aniversário, a uma festinha de final de ano. São pessoas bem simples. Moram em Ferraz de Vasconcelos. E tem uma outra que mora aqui na Vila Mariana e é muito bonito isso, ver que a gente até pode dar uma continuidade, uma amizade fora, depois de muito tempo.

*E elas ficam contentes?*

Ficam. Tanto é que a primeira teve o segundo bebê faz três meses lá em Ferraz e eu acompanhei o parto dela. Ela pediu autorização para o hospital. Como existe a lei agora [obrigando a presença de um acompanhante], eles sabendo que eu trabalho aqui, autorizaram. Veio uma menininha.

*Pontos positivos e negativos*

Como trabalhamos com mulheres sem cultura há algumas que tem certa resistência a nós. Algum histórico, uma gravidez indesejada, incompreensão da família. A gente percebe logo de início. O meu maior desafio é esse: chegar próximo e adquirir confiança, porque são essas as que mais precisam. (A tendência é ir à mais simpática). Eu já gosto de trabalhar diferente. Tudo para mim tem que ser difícil. Eu gosto de ir para o difícil e resolver coisas complicada. Eu gosto disso.

*Como é seu relacionamento com as outras doulas?*

É uma cumplicidade muito grande e precisa ser assim, porque precisamos uma da outra, somos uma equipe. Então não há competição, não competimos nada. Temos isso muito claro e todas precisam saber todos os procedimentos que podemos fazer. Passamos tudo o que sabemos também para as novas que entram e damos oportunidade para que também pratiquem, para podermos trabalhar numa forma unificada. É importante que ela esteja acompanhada – a *doula* nova – quando chega porque senão ela assusta. E assusta mesmo. Eu vejo por mim. Eu senti um choque muito grande. Ambiente desconhecido, só tinha um curso de uma semana. Mas no local é muito diferente e realmente choca. Talvez seja por isso que há algumas que começam o curso e não terminam, não ficam. Da minha turma só fiquei eu. Éramos 11. Alguns grupos são formados e não fica ninguém. Desistem, no início do trabalho. Porque no primeiro mês somos acompanhadas pela coordenadora ou alguma mais antiga. Talvez seja nesse trabalho que haja alguma falha.

*E com as parturientes? Como é o relacionamento?*

Como trabalhamos com mulheres de baixa renda, há algumas que têm certa resistência a nós. Algum histórico, uma gravidez indesejada, incompreensão da família. A gente percebe logo de início. A minha maior dificuldade é essa, chegar próximo e adquirir confiança, porque são essas as que mais precisam. E eu gosto disso. Tudo para mim tem que ser difícil. Eu gosto de ir para o difícil e resolver coisas complicadas. Mas ainda tenho dificuldade com as resistentes. Então precisa de muita conversa não levar nunca para o lado pessoal no primeiro contato, conversar de alguma coisa da situação que ela está passando naquele momento, como foi a escolha do nome, o enxovalzinho, o quartinho, as coisas positivas, até que ela adquira confiança e a gente possa trabalhar com ela. [...] A menina de ontem [17 anos, 8 meses de gravidez, chorava muito, não queria tomar sopa porque não gostava e reclamava que o pão estava duro. Telefonou para a mãe pedindo frutas e dizendo que estava passando fome] era um pouco de manha, porque ela estava de dieta. Eu precisava entender o porquê daquela reação,

daquele choro e se era verdade que não queriam dar-lhe outra coisa. Eu fui falar com a obstetriz que me explicou que a menina tinha que ter dieta, não podia ser nada sólido, nem fruta estava liberada, porque talvez precisasse de uma cesárea de emergência. Aí a fome apertou e ela tomou a sopa, comeu o pãozinho que ela não queria comer [é ruim a comida no hospital?] Não, não é ruim. É limpa e bem feitinha.

## 2. Zezé

Zezé, 42 anos, *doula* há dois anos e meio, professora de português, não trabalha fora, bem casada, um casal de filhos de 19 e 17 anos, Trabalha como *doula* aos sábados.

Sempre gostei de fazer trabalho voluntário. Vim conhecer o Amparo Maternal, fiz o curso de *doula* e comecei a atuar. E o que eu percebi nesse tempo todo de trabalho voluntário é que realmente a gente faz diferença neste momento pra mulher. Porque a gente encontra as mulheres agoniadas, cheias de dor, com muito medo e existe também um clima de muito grito, porque são várias camas e uma ta gritando daqui, outra ta gritando dali e, quando a gente se aproxima de uma mulher desesperada, agoniada, a gente percebe que só com a nossa simples presença, não sei, como se fosse uma mágica, ela já pára e ouve. Quando ela ouve e presta atenção em quais são as primeiras observações que ela tem que fazer pra passar melhor por aquela dor, ela consegue. Ela consegue...

*Como é a rotina?*

Vamos juntas (para o chuveiro). Geralmente eu fico uma hora lá, porque ela fica uma hora debaixo do chuveiro. Aí eu ponho uma cadeirinha, sento lá e a gente fica lá. E às vezes ela fica falando da vida delas e em algumas oportunidades eu aproveito e falo, olha na sala de parto vai acontecer assim, você vai ficar na cama até a hora de aparecer o cabelinho do nenê, aí você vai ser levada, eles vão pedir pra você fazer força, você vai deitar numa cama que tem dois ferros, você vai puxar o ferro, siga as orientações das obstetrizes, elas são bacanas. Mas é importante você seguir porque às vezes a pessoa fica nervosa e não segue, aí você vai fazer a força, vai sair a cabecinha, nesta hora elas vão falar para você parar de fazer força e respirar, então você respira. É importante você levar o oxigênio pro nenê, porque você está ligada com ele pelo cordão. Então essas orientações todas, eu costumo dar no banho. No banho ou numa hora que eu to na cama com ela, sem ela estar com a contração. Porque na hora da contração ela não escuta nada. Então na hora em que eu to longe de todo mundo, só eu e ela, eu falo. Então, o que é que acontece? Cria um laço, ela passa a confiar. Então tudo o que os outros pedem depois para ela fazer, é como se ela olhasse pra gente e pedisse uma permissão, sabe?

Agora, o pior, o que eu acho uma coisa assim desagradável no trabalho de *doula*, é quando acontece de a gente pegar uma mulher e você tem que deixar para ir embora. Com isso, parece que você fez um trabalho pela metade. E a Marisa (coordenadora das *doulas*, que iniciou o trabalho no Amparo, falecida há 6 meses) falava: se é assim, então não pega. Porque você pega uma mulher que está com 6 cm(de dilatação), quando ela tá com 8 você vai embora. Por isso que com essa de 8 eu fiquei até as 9 da noite. Porque é imprevisível. Às vezes a mulher está com 5 e dali a duas horas está tendo bebê e às vezes ela está com 8 e à noite ainda não

teve nenê. Então é imprevisível. Porque às vezes você tem compromissos. Então às vezes você é obrigada, por outras atividades suas fora, a deixar, mas é incompleto, O trabalho é incompleto. O ideal é você esperar, inclusive, nós temos que esperar também costurar, não é só nascer e você sai. Aí tem a placenta, as obstetrias vão cuidar dela, fazer toda a higiene, verificar se está tudo ok, nessa parte, a *doula* também é importante estar lá, porque você distrai a mulher, ela fica mais relaxada pra ser cuidada, então é muito bom. Mas, eu penso assim, parece que a gente não vem ajudar ninguém, a gente é ajudada.

*E depois, você tem contato?*

Não tenho contato. Não. Aqui no Amparo a gente aprende - que elas ficam muito contentes – no curso – da gente visitá-las no dia seguinte. Agora nem sempre é possível, principalmente porque o meu trabalho é de sábado e no domingo – sem condições. Mas quando dá pra visitar eu venho no domingo ver o nenezinho. Às vezes não dá porque quando elas têm o nenê antes do meio dia, elas já têm alta e, pra eu vir visitar eu tenho que vir antes das 10 da manhã, pra mim fica meio restrito e às vezes complica. Mas as vezes a gente vem visitá-las no dia seguinte e elas ficam felizes e elas esperam e uma coisa assim gratificante é que depois que elas tem o bebê às vezes você fica com essa mulher uma hora só, uma hora, parece que você é uma pessoa de outro planeta para essa mulher, de tão importante que você foi pra ela, então acho que esse retorno que ela dá, com o olhar, com a gratidão. E acho que o retorno do olhar te faz um bem, acho que motiva a gente a viver...

Que nem eu falo, eu não sou só voluntária do Amparo Maternal, mas de uma forma geral, minha vida mudou, da água pro vinho, depois que eu comecei a fazer trabalhos voluntários. Mudou muito. Trabalho voluntário eu penso que é fundamental na vida do ser humano. Pelo menos eu aprendi a ser uma pessoa mais... olhar mais para os problemas das pessoas, a gente percebe o quanto a gente é feliz, o quanto a gente não tem problemas graves, a gente tem problemas, pequenos, fáceis de serem resolvidos, mas não como muita gente tem por aí. Se alguém disser que todos os partos são iguais, isso é mentira, porque são diferentes. A vibração é diferente o jeito da mulher é diferente.

A vibração que eu digo do parto é assim, como ta a mulher, qual é a obstetrix que está fazendo o parto, inclusive tem uns partos aí que são com música. É divino, eu fico encantada. Têm alguns partos que me emocionam muito. Outros eu já não acho tão bonitos, eu acho que sempre o nascimento é bonito, mas alguns partos transcendem, tem algo de não sei quê.

Eu já fiz muitos trabalhos voluntários, mas eu acho o trabalho de *doula* um trabalho voluntário mais sofisticado. Para você lidar com criança excepcional, você não pode atuar com elas, a não ser brincando. Trabalhar com idoso, você pode trocar. Mas o trabalho de *doula* é diferenciado, você tem que ter técnica, por isso é que tem o curso.

*E com as outras doulas?*

Não tenho problemas com nenhuma que eu conheço. Mas eu trabalho aos sábados e quase sempre estou sozinha. Poucas *doulas* vêm aos sábados e então não tenho contato.

### 3. Theresinha

Nosso trabalho de *doula* surgiu naturalmente, sem que tivéssemos noção alguma dessa atividade. Há muito que somos voluntárias do Amparo Maternal e nunca antes havíamos entrado em um Centro Cirúrgico ou Centro Obstétrico, isto só aconteceu mais recentemente. Nosso trabalho se restringia á visitação ás puérperas bem como ao amparo social, como suporte ao albergue que também ajudamos. Porém, há aproximadamente dois anos, a Diretoria do Amparo Maternal resolveu nos abrir as portas do Centro Obstétrico.

No começo tudo era novo. Fizemos uma escala. Duas pessoas por dia ficavam na porta do centro obstétrico, sem participação ativa, na maioria das vezes. Não demorou muito para que passássemos a adentrar nos quartos e a ajudar. Sentimos, então que, dentro deste Centro obstétrico começava a brotar uma nova concepção sobre o parto normal.

Chamadas por uma vocação, passamos a fazer parte daquele lugar, e a percepção de que nossa ajuda é imprescindível faz com que vamos além de nossas experiências, e então procuramos maiores informações junto aos profissionais da área para que possamos exercer esta função cada vez melhor e sempre em conjunto com as enfermeiras obstetras e médicos”.

A *doula* não executa qualquer procedimento médico, não faz exames, não cuida da saúde do recém-nascido. Ela não substitui qualquer dos profissionais tradicionalmente envolvidos na assistência ao parto. Também não é sua função discutir com a equipe ou questionar decisões. As *doulas* não estão ocupando o lugar de um profissional já existente, mas sim ocupando um espaço vazio, do acompanhamento contínuo desde a gestação até o pós-parto, passando por todo o trabalho de parto e nascimento.

A *doula*, o que mais sente é que está participando do Sagrado. Lembramos que estamos com a Matéria Prima de Deus, que são os bebês. Para mim é impossível permanecer com os olhos secos e a atitude fria diante de um acontecimento mágico dessa dimensão. Meus olhos se enchem de lágrimas pois, estarei sempre agradecendo às mãezinhas a participação no seu parto.

A *doula* não substitui o pai (ou o acompanhante escolhido pela mulher) durante o trabalho de parto, muito pelo contrário. Mas o pai muitas vezes não sabe bem como se comportar naquele momento. Não sabe exatamente o que está acontecendo, preocupa-se com a mulher, acaba esquecendo de si próprio. Não sabe necessariamente que tipo de carinho ou massagem a mulher está precisando nessa ou naquela fase do trabalho de parto. Eventualmente o pai sente-se embaraçado ao demonstrar suas emoções, com medo que isso atrapalhe sua companheira. A *doula* vai ajudá-lo a confortar a mulher, vai mostrar os melhores pontos de massagem, vai sugerir formas de prestar apoio à mulher na hora da expulsão, já que muitas posições ficam mais confortáveis se houver um suporte físico.

O ambiente impessoal dos hospitais, a presença de grande número de pessoas desconhecidas em um momento tão íntimo da mulher, tende a fazer aumentar o medo, a dor e a ansiedade. Essas horas são de imensa importância, emocional e afetiva, e a *doula* se encarregará de suprir essa demanda por emoção e afeto, que não cabe a nenhum outro profissional dentro do ambiente hospitalar.

Não somos uma instituição totalmente bem vinda. Há um estigma. Princípio: Não recusar ninguém. Tem pressão. É difícil porque o SUS paga 1000 partos. Brecam um pouco para atenuar despesas. Antes, pagavam quantos viessem. Por isso que é difícil. A parte financeira. Só uma parte do SUS já vai para pagar funcionários. O restante: voluntário, estacionamento, bazar. O Amparo vive sempre pendente. Os cursos são dados por professoras funcionárias do Amparo e pagas pelo SUS.

Quando eu chego aqui eu falo que parece que Deus me pega pela mão e eu não sei por que eu vou à pessoa certa. Geralmente eu pego as mães mais apavoradas para acalmar porque as que estão em volta são quietinhas e começam a ficar nervosas e influencia. Quando eu chego até uma mãe, elas pegam na mão da gente. Vai fazendo amizade, a gente conversa, vai dando conforto. Sempre tem que procurar ouvir e não perguntar. Nossa função não é questionar se tem filho ou não tem. Às vezes o marido está preso. São mulheres de presidiários, traficantes, há muitas mulheres que não chegam com companheiro, outras têm família. Há casadas que não puderam ter filho em outro lugar. Mas também muitas são casadas, têm outros filhos, mas os hospitais não tinham lugar. Elas às vezes desabafam e, automaticamente aquelas mães que a gente vê muito nervosas, muito endurecidas, que não se entregam no papo (no sentido de se abrir), são geralmente as que têm mais problemas e de quem a gente tem que estar mais perto. A gente já vai tendo aquele conhecimento, aí a gente fica até o fim. Aí chega uma hora que elas pegam na mão e não largam. Nossa função geralmente leva 4 horas de trabalho. Eu geralmente, é difícil fazer as 4 horas, sempre mais.

São pessoas simples e sem cultura. Vêm também pessoas esclarecidas. Eu vim trabalhar num domingo, que não é o meu dia, mas quando eu tenho oportunidade eu venho, e encontrei um casal com muita sensibilidade. Inclusive eu tive uma experiência interessante. Eu vim trabalhar num domingo que não é o meu dia, (mas, quando eu tenho oportunidade eu venho) e encontrei um casal com muita sensibilidade. Ele parecia muito apavorado, mas parecia gente de cultura, não entendi, a moça muito bonita, também bastante assustada, pedia que eu ajudasse e ele também e eu ajudei os dois. Inclusive eu tive que chamar o médico para acalmar o acompanhante. No fim eu soube. Nesse domingo eu entrei as 3 horas da tarde, eu teria que sair às 7, e eu sai às 11 da noite. Enquanto eles não tiveram o nenê eu não sai, porque aquilo me comoveu, eu não tive coragem. Quando o bebê nasceu o pai falou assim, era uma menina, olha ela vai ter mãos de pianista e a mãe falou assim: não ela vai ter mãos de violinista. Por quê? Perguntei. Vocês tocam? Se tocam me convidem que eu vou assistir. E os dois tocavam na orquestra Municipal de São Paulo. Vê-se que, por não ter convênio, eles vêm para cá e tem a mesma assistência que tem qualquer pessoa. (Não é só para mãe solteira). Não. Preciso, tem. É chegar aqui e ser atendida e o tratamento é igual para todo mundo. Não tem discriminação. A *doula* não pode ter discriminação, ela

tem que ter humildade, porque naquele momento você está lidando com toda a excreção, a lactação, com xixi, a placenta e você está lidando com a emoção. É interessante porque quando a gente volta para casa, ou sai para almoçar depois, ninguém se lembra de nada.

Então é uma coisa que vem do coração, de Deus, não sei o que acontece. A gente fala que ganha mais do que recebe e é verdade, não é demagogia. Elas agradecem, ficam felizes, às vezes querem entrar em contato, mas nós é que ganhamos, principalmente quando os bebês nascem saudáveis, estão respirando. É a aflição que a gente tem quando o bebê demora em respirar? Nossa, parece que a gente está morrendo junto.

Eu, graças a Deus, ainda não tive uma oportunidade de pegar um natimorto. Mas toda vez que eu chego aqui eu rezo a Deus para que, se acontecer, que eu possa enfrentar para poder ajudar a mãe. *[Você tem filhos?]* Tenho. Tenho quatro filhos e já são mais velhos, todos. 44, 42,40 e 17. Tenho netos também. *[Você não mora com nenhum deles?]* Moro com a de 17 anos que está numa idade um pouco trabalhosa, que emocionalmente teve agora o primeiro namorado e paixão aguda. Eu estou agora tentando lidar com isso porque eu não tive isso, casei com o primeiro homem da minha vida, o único e só tive ele. Eu tenho uma filha mais velha que me dá um suporte muito grande nisso.

Agora como eu vim para cá? Eu comecei como voluntária, vim convidada por esta que entrou aqui agora [aponta uma voluntária]. E através da Lucy e da Marisa é que eu me tornei *doula*, elas acharam que teria a sensibilidade necessária para ajudar como *doula*. *[Você achava que a emoção seria um obstáculo?]* É, porque eu sou muito emotiva. Eu choro muito. Quando eu cheguei e me levaram para ver, eu via aquelas mãezinhas gritando e outra coisa: minha filha, nora, todas tiveram filhos em maternidade particular e quando eu cheguei aqui e vi o que era uma maternidade pública, na hora eu me espantei. Mas acontece que nosso serviço não deve nada hoje em dia a uma maternidade particular. A higiene, o tratamento das obstetrias, o carinho das *doulas*. É muito confortante, todas as mãezinhas, quando nos vêm, parece que o ambiente muda. Elas abrem um sorriso. A maternidade mesmo, quando a gente vai visitar no dia seguinte para dar orientações para amamentação, pergunta o nome do bebê, ensina. O dia do parto elas estão todas doloridas, descabeladas. No dia seguinte elas estão arrumadinhas, a gente diz “como vocês estão bonitas”. Parece que aquilo ajuda e a gente sente que é o carinho que elas não tiveram.

Como lidar com a emoção? Hoje eu estou assim, não dura, porque nunca vou ficar. Às vezes, a minha coordenadora me chama a atenção porque eu fico triste. Por exemplo, eu cheguei uma vez a pegar uma mãe que foi resistente e falava que queria que o filho morresse e que isso não era vida. Aí fiquei bem chateada, um pouco revoltada com o sistema em que vivemos. Mas depois, quando o nenê nasceu, ela já foi amolecendo e juntas concluímos que não existe obra maior que um ser humano. Encaminhei a mulher para o serviço social e parece que ela está se acertando na vida e a criança está crescidinha.

Satisfação maior? Satisfação é a troca que há neste momento entre *doula* e parturiente, poder dar-lhes conforto é uma emoção muito grande, pois ao ver o milagre da vida, meu coração quase explode de emoção e agradecimento a Deus.

Satisfação do trabalho em equipe e cumplicidade com as outras *doulas*, principalmente quando nos vemos em dificuldades com os temperamentos de algumas gestantes. Ajudamos umas às outras a compreendê-las, sabendo que estão passando por um momento único e cada uma tem sua forma de reagir. Temos de confortá-las sempre com calma. Essa ajuda entre nós é muito importante e seria bom que nós pudéssemos, não só a coordenadora, entrar com as novas *doulas* e passar nossas experiências.

## 4. Cecília

Por acaso [conheci o trabalho de *doula*]. Há muito tempo estava procurando trabalho voluntário e não obtinha sucesso na procura. Uma amiga me indicou o Amparo e deu certo. Fiquei impressionada. Percebo que posso fazer tanto por alguém com o simples ato de dar a minha mão. Só isso. Vou te mostrar alguma coisa que eu escrevi sobre um parto que eu assisti e me emocionou de verdade. Gosto de escrever.

“Márcia, 19 anos, primeiro bebê, Mateus. Assustada, dizia: ‘Eu quero cesárea, doutora. Está doendo, eu não agüento mais’. Levei 15 minutos para convencê-la de que eu não era doutora, não era senhora, não fazia cesáreas e não tinha o poder de mandar alguém fazer. A Márcia era uma menina quando eu cheguei lá. E quando eu me fui, ela era uma mulher. Uma das mais fortes e corajosas que já tive a honra de conhecer. Lá ficamos nós, das 9h da manhã até 15h, juntas, dançando a dança das mulheres. Abaixamos, levantamos, acoramos. Abraçamos-nos na hora das contrações. Banho de imersão, banquinho da parteira. Demorou para descer esse menino! E nós conversamos muito com ele. Vem, Mateus, que aqui também é bom!

Durante o parto fiquei ao lado dela, tentando-lhe incentivar. Pareciam palavras ao vento, pois ela estava absolutamente poderosa em suas forças. Concentrada, apesar do cansaço. E lá veio Mateus lindo chorando num tom de rosa que eu ainda não conhecia, de tão intenso. Ficaram lá abraçados como dois amantes. Ela respirou, olhou para mim e disse: Eu nunca vou te esquecer. Ela me agradeceu muito e eu não tinha feito nada.

E voltou a se ocupar de seu pequeno Mateus ali em seu colo. Não sabe a Márcia o quanto ela me emocionou. O quanto aquele parto também foi parido por mim. Não sabe ela o prazer que tive de acompanhá-la, de estar aconchegada a ela durante tantas horas, no auge de suas forças. Minha satisfação é plena quando consigo que a parturiente tenha um parto facilitado pelas orientações de respiração e apoio que dou a ela nas horas que antecedem o parto. Não sabe ela o júbilo de vê-la parindo a natureza, a luz, o futuro. Tenho os braços e pernas doloridos das forças que fizemos juntas. E gostaria de sentir essa dor por muitos dias ainda”.

Essas meninas são, na maioria, pessoas simples. Cada uma com seus problemas e creio que precisam de alguém em quem elas possam confiar, quer seja pela discrição, quer seja no ouvir, sem entrar em julgamentos. Às vezes algumas nem agradecem, nem falam obrigada. Não falam, mas eu tenho certeza que sentem.

## 5. Laura

Eu vim para cá pela Marisa, fiz o curso com ela, eu já trabalhava como voluntária. Sempre gostei de trabalho voluntário. Mas não queria ser *doula* porque tinha medo, mas ela insistia tanto. E eu rezo todo dia por ela porque cada dia eu gosto mais do que faço. Eu chego de manhã, passo pelos leitos. Às vezes fico mais do meu tempo porque elas pedem que a gente não vá embora. Gostam que seuremos nas mãos e as apoiemos.

Fui aprendendo aos poucos primeiro a massagem, depois levar no chuveiro, troca se precisar, até o momento do parto, sem sair de perto da mãe. Dando apoio, segurança. É gratificante. A coisa mais linda é quando a criança sai e começa a chorar. A gente assiste. Ontem assisti três partos, mas cada um é diferente, uma emoção. Não tem rotina, cada um é uma emoção. Uma alegria muito grande.

Sou solteira e não tenho filhos. Não relaciono ser *doula* com o fato de não ter filhos. Fiquei muitos anos cuidando dos meus pais e não deu tempo de casar ou ter filhos. Sempre quis ser voluntária e não só para crianças, também para velhinhos. Eu gosto de ajudar os outros. Bons momentos: muitos. Cada vez que nasce uma criança é um bom momento. Maus momentos: quando não estava preparada ainda para esse trabalho, eu estava muito sensível. Eu tinha muita dificuldade em lidar com as minhas emoções na hora. Depois fui aprendendo.

Gosto muito de ajudar a que as mães aceitem os filhos e converso muito com elas, principalmente depois, quando vou ao berçário visitá-las. Venho duas vezes por semana, terça e quarta. Eu dedico a quarta-feira só a visitar as mães que tiveram filhos na terça, quando eu estava de plantão. Às vezes, se precisam de mim porque o C.O está muito cheio, subo também na quarta, mas normalmente gosto de visitar. Na hora do parto, acho que é importante conversar, ouvir, dar a mão. Pensar no momento pelo que ela está passando, não no que ela fala. Porque às vezes ela está nervosa e fala coisas sem sentido. Tem que apoiar e não ligar se ela fica brava. Há todos os tipos de parturientes, as mais calmas e caladas, as que gritam muito, as nervosas, as impacientes, mas com todas, sem exceção, o trabalho é sempre gratificante. É só encontrar o caminho para chegar até aquela pessoa.

Não acho mais difícil mexer com as excreções, parece que nem sou eu que faço isso. Na hora nem percebo o que estou fazendo. Só quero ajudar, resolver o problema daquela mulher, fazer a vida mais confortável para ela. Para mim, mais desagradável que as fezes, é a aflição da mãe, por isso, faço o que for preciso. Parece sempre que tem alguém me ajudando. Para mim esse trabalho é um serviço em que eu só saio ganhando. Tenho mais esperança. Porque o nascimento de um ser humano traz sempre consigo uma esperança. É uma renovação, alegria e

felicidade. O retorno acontece sempre, de qualquer forma, com ou sem agradecimento por parte das mães. Satisfação? Estou para dar e não para receber.

Eu me dou bem com todo mundo, com as outras *doulas*. Cumpro as regras e todos me tratam muito bem, não posso falar outra coisa. São muito amigas. Sinto-me satisfeita quando temos oportunidade de trocar experiências. Também me dou bem com as enfermeiras que trabalham muito.

## 6. Cleide

Resolvi me dedicar ao trabalho no Amparo porque tinha muito tempo livre, queria fugir da rotina doméstica e queria conhecer esse trabalho. Identifiquei-me como *doula* de uma maneira que até me surpreendeu, fiquei feliz. Aliás, muito feliz. Não me preocupo em ter retorno, mas tenho. Sei que aqui estou para servir e ajudar. É claro que isso te dá satisfação, mas não é por isso que eu venho. Minha alegria é que o bebê nasça bem e a mãe esteja bem. Retorno é a satisfação que sinto ao saber que a mamãe se saiu bem na hora do parto. E agradecimento é, para mim, ouvir o choro do bebê que indica que ele é saudável. Acho que é assim com todo mundo. Gosto muito de trabalhar com as outras *doulas* e aprendo bastante delas também. Não conheço todas as *doulas*, mas pelas que conheço tenho respeito e carinho. Procuro sempre acatar os conselhos das mais experientes, me relacionando com muita humildade e respeito a todas. Acredito que o fundamental de um bom relacionamento é exatamente respeitar.

Minha rotina: Nos dias de Amparo, levanto feliz, saio de casa com muita alegria. Vou dar o melhor de mim e com certeza receber mais do que dar. Aprendo todas as vezes. Procuro estar atenta para contribuir sem atrapalhar o andamento do Centro de Obstetrícia. Ao ajudar uma futura mamãe, procuro acalmá-la, informando-a de que ela está sendo assistida por profissionais competentes e que a natureza é a grande mestra na hora do parto. Procuro sempre fazer com que a futura mamãe ajude, colabore nesse momento, fazendo corretamente a respiração e, dentro do possível, relaxando nas horas sem a contração. O meu trabalho consiste apenas em ajudar em um momento que eu creio ser mais importante, o relacionamento mãe e bebê. E minha alegria é que o bebê nasça bem e a mãe esteja bem.

Uma vez cheguei para acompanhar uma mocinha que estava muito nervosa e com pouca dilatação, ainda. Conversei com ela e ela foi se acalmando. Vi que não seria para logo o parto dela e fui ver se alguém mais precisava de mim. Vi uma outra menina chorando, quietinha na cama dela e fui conversar com ela. O trabalho de parto estava avançado. Ela me contou então que o filho era um milagre de Deus. Ela teve câncer no útero e quando ela estava com data marcada para retirar o útero ela soube que estava grávida e não quis tirar o nenê. Aí passou pela gravidez. Ela chegou a fazer 20 sessões de quimio e o bebê estava lá, nascendo normal. Outro dia, logo que cheguei, comecei a acompanhar uma menina estava com 8 cm às 9 h depois passou 10 h, 11 h, 12 h e quando vi já tinha escurecido. A gente não tem almoço; eu ia fazer a minha horinha e ia embora, mas ela se apegou a mim. Conclusão: ela teve o bebê parto normal às 9 h da noite mas ela sofreu muito, ela estava muito descompensada, com medo. Enfim o bebê nasceu, deu tudo certinho. Foi uma experiência marcante. Valeu a pena ter esperado, eu vi que ela precisava.

Não dá para sair antes de ter tudo terminado. A mulher conta com você. A gente ajuda a distraí-la, dá mais segurança.

Mas, eu penso assim, parece que a gente não vem ajudar ninguém, a gente é ajudada. O retorno é a permissão de estar com aquela pessoa. É a relação de carinho e confiança neste momento mágico. O reconhecimento das mãezinhas e familiares, que têm um carinho todo especial para com a *doula*. Mas ganhamos mais do que damos em forma de felicidade e amor.

## 7. Claudia

Desde que me aposentei, fazia trabalhos voluntários esporádicos. Quando conheci o Amparo, achei que preencheria todas as minhas expectativas de servir ao próximo de uma maneira humana e fraternal. E para isso estou aqui: Para me doar com amor e respeito às mãezinhas. Procuo me tornar uma pessoa em quem elas possam confiar, sendo discreta, ouvindo sem julgar.

Já perdi as contas das mãezinhas que atendi, são pessoas de uma diversidade cultural muito grande, pois temos o Brasil inteiro aqui em São Paulo, temos até pessoas de fora do país. São pessoas com credos, cores e etnias diferentes. Mas para mim não há discriminação. São mulheres que estão tendo um bebê. Procuo me tornar uma pessoa em quem elas possam confiar, sendo discreta, ouvindo sem julgar. Olhe, tenho muitas histórias, mas meu amor é igual para todas.

Rotina: Ao chegar ao hospital, verifico quais são as parturientes que estão desacompanhadas. Converso com todas, se possível, e verifico quem está mais necessitada de companhia, apoio e solidariedade nesse momento. Verifico o que ela sabe sobre o trabalho de parto, respiração e exercícios e então procuro orientá-la na forma correta de ela conduzir esses momentos finais da sua gestação, da maneira mais agradável possível para que ela venha a ter um parto natural. Procuo seguir sempre a orientação e supervisão das obstetrites.

Retorno é a satisfação que sinto ao saber que a mamãe se saiu bem na hora do parto. E agradecimento é, para mim, ouvir o choro do bebê que indica que ele é saudável. A convivência com a outras *doulas* também é muito importante.

### Relato de Lucy (Coordenadora das *doulas*)

O buraco é fundo. A gente está sempre colocando, ajudando, arrumando, mas sempre estamos lá no fundo. Vamos vivendo; São 69 anos vai fazer 69 anos agora em agosto que o Amparo foi fundado. Sempre vivemos com dificuldades. Tudo aqui é muito complicado, é muito difícil. Mas a gente vai vivendo e costuma ter uma quantidade grande de partos. Tem épocas que diminui como diminuiu agora muito mas aí é política, política mesmo, jogo de hospital com hospital.

(*Quem deixa passar ou não os partos?*). Aqui é assim. São mil partos, o SUS paga mil partos. Se fez ou não fez é mil. Se fez mil e cem, é mil. Não repassa o pagamento para o mês seguinte. Ficamos sempre naquela. Então vão procurando controlar isso, mas esse controle, eu não sei quem anda fazendo porque os hospitais às vezes ficam um tempo sem ligar, porque geralmente ligam, porque os da Zona Sul, Sabóia, Pedreira, mandam muitas mulheres. Ultimamente tem vindo menos e eu não sei o que está acontecendo. Se é problema do Sus, se é política, se é aqui que eles não estão dando muito... Sei que nós estamos com bem pouquinho, agora no Centro Obstétrico.

Nós começamos assim com muita dificuldade porque eles (as obstetrias e os médicos) achavam que a gente estava espionando. A idéia delas era que a gente estava lá olhando o trabalho delas, muito pelo contrário, nós não somos profissionais, temos um curso assim, muito vago, só para uma orientação de Centro obstétrico, nada de soro, nem ocitocina, nem gotejamento, nem nada, nada. A gente tem uma explicação para a gente ter idéia da rotina do Centro Obstétrico.

Bem, então elas têm assim... hoje elas não vivem sem a gente. Se ficar um dia ou meio dia sem uma *doula*, quando uma chega é aquela festa. Ah, que bom que vocês chegaram, estou precisando de vocês aqui, e tal. Agora com os médicos é difícil, até hoje eles fazem... até hoje eles ainda não nos aceitam (*e como vocês percebem?*) Ah, pela feição, pelas maneiras deles tratarem. Eles passam pela gente no corredor como se a gente não fosse nada ali... (*Sendo que é obrigatório ter acompanhante, não é?*) É agora é obrigatório (*vocês ajudam mais que o pai da criança, né?*) Muito mais, porque às vezes o pai fica nervoso, não tem paciência, tem sono, tem fome, ele quer sair, não tem paciência pra ficar ali sentado, porque também é sufocante, ele fica fechado numa cortininha, ali no leito, uma cadeirinha do lado, ansioso pra sair. E a *doula* não, ela fica o tempo que ela tem pra ficar ali. Assessora, conversando, massageando, ajudando, levando para o banho, o banheiro. Às vezes saindo para dar uma voltinha no corredor para fazer o nenê baixar... E a *doula* está ali firme. E às vezes o acompanhante - o marido - não tem essa paciência. (*e os médicos mesmo assim...*). Ah não tem jeito, mesmo assim, eles não nos aceitam. Tem um ou outro, o Dr. João, que é o Chefe, o Dr. Paulo, eles ainda passam, conversam, mas o restante, a moçada, ninguém pensa bem da gente.

Perfil das *doulas*: Todo o tipo de pessoas vem fazer o curso. Nós precisamos de *doulas* aos domingos. Às vezes vem uma ou outra, mas precisava ser algo mais constante. As *doulas* iniciam muito animadas. Tem umas que chegam pisando muito forte. Algumas enfermeiras fazem o curso, mas aqui elas são *doulas*. Essas logo já estão fora. Aqui dentro não temos a possibilidade de transformar isso. Temos limites. Não fazemos curso para currículo. É assim, foi feito assim, é devagar, às vezes tentamos fazer algo, arrumamos.

Mas mesmo assim progrediu muito. Há 26 anos estou aqui como voluntária, isso mudou muito. Era muito ruim. A gente – voluntária – só ficava no berçário. E o berçário era horrível, parecia um coxim, os bebês ficavam todos dentro de uma caixa amontoados. Era super proibido entrar no Centro Obstétrico. A Marisa conseguiu entrar com 15 anos para fazer um trabalho de escola, assistiu um parto e disse que nunca esqueceu o que viu. Eu nunca conseguia entrar, pedia, pedia e

nunca. Não tinha jeito. Uma vez eu entrei e fiquei muito impressionada. Parecia um açougue, macas horrorosas de alumínio, uma coisa impressionante e nunca mais insisti.

Aí o Sr. Emilio, quis que tivéssemos mais contato com os familiares, que explicássemos mais o que estava acontecendo, déssemos mais notícias, que ficássemos no Centro Obstétrico e então iniciamos o trabalho de *doula*. É um trabalho desconhecido. A *doula* não faz o parto, ela ajuda, fica de mão dada com a mulher. Esse conceito não chegou há muito tempo no Brasil. A Marisa sempre foi muito interessada, queria fazer faculdade disso, mas fez letras e instrumentação, mas tinha uma fascinação por isso.

## ANEXO A – CARTA DE CAMPINAS

ONG Amigas do Parto

### Carta de Campinas - Ato de fundação da Rede Pela Humanização do Parto – ReHuNa

Contribuição de ReHuNa  
12 de Fevereiro de 2007

Movimento pela humanização do parto  
17 de outubro de 1993

Para mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma de nascer.  
Michel Odent

Nós, abaixo nomeadas pessoas, grupos e instituições de Saúde que há anos trabalhamos cotidianamente com a gestação, parto e nascimento, reunimo-nos em iniciativa autônoma, e independente na Chácara Catalina, no município de Joaquim Egidio, em Campinas, SP Brasil, entre os dias 15, e 17 de outubro de 1993, para conversar e discutir sobre a situação atual do nascer em nossa sociedade.

Analisando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência a saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento, queremos trazer alguns elementos de reflexão à comunidade.

O Brasil é hoje, o país que apresenta a maior taxa mundial de cesáreas (vários hospitais paulistas apresentam 80% ou mais de cesáreas) e este passou a ser o método normal de parir e de nascer, uma inversão total da naturalidade da vida.

Quando o parto é vaginal, a violência da posição, das rotinas e interferências médicas perturbam e inibem o desencadeamento dos mecanismos fisiológicos naturais de parto. Parto e nascimento passaram a ser sinônimo de doença, de patologia e de intervenções cirúrgicas.

Estes fenômenos vitais e existenciais cruciais tornaram-se momentos de terror, angustia, impotência alienação e dor. Seu custo social, psicológico e econômico é muito alto e a sociedade é vítima indefesa desta realidade.

Não espanta que as mulheres passaram a introjetar a cesárea como a melhor forma de nascer, buscando um parto sem dor, sem medo e sem risco. A cesárea é também a via de acesso à ligadura de trompas, método anticoncepcional que vem esterilizando definitivamente grandes massas de mulheres brasileiras.

Ninguém informa as gestantes que as cesáreas desnecessárias lhes trazem um risco de 3 a 30 vezes maior de morrer no parto além de uma morbidade muito maior que a do parto normal.

Também ninguém lhes diz que a cesárea desnecessária traz risco 13 vezes maiores de morbimortalidade para o bebê. Ninguém lhes informa ainda que o parto é tecnicamente o pior momento para a realização da laqueadura, expondo a mulher a grandes riscos.

Segundo a OMS 10% é a taxa máxima de cesáreas, encontrada em serviços e países que apresentam os menores valores de mortalidade perinatal.

Arrolamos a seguir, resumidamente alguns outros fatores relacionados a este comportamento:

- Mudanças sociais profundas vêm fazendo com que as mulheres se distanciem de suas raízes e de seus corpos, se submetam à desapropriação de suas práticas e saberes milenares. Se alijando progressivamente de seu papel de sujeito no momento do nascimento. A esta situação se aliam tabus, a repressão da sexualidade e a opressão, subordinação e manipulação das mulheres em nossa sociedade.
- No modelo social e econômico, em que tempo é dinheiro, o parto vem sendo crescentemente realizado como se fosse linha de montagem, concentrando-se nas vésperas de feriados fins de semana, violentando o tempo e o ritmo natural da mãe e filho.
- Na sua estratégia de obter a presença do obstetra durante o parto, signo, na cabeça da mulher, de segurança, saber, cientificidade e eventualmente anestesia para a dor do parto ela assume incondicional e passivamente o papel de doente, entregando-se totalmente às recomendações e intervenções sugeridas pelo obstetra.
- Inseridos no contexto de crescente especialização e incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, os obstetras se afastam cada vez mais da concepção de nascimento como fenômeno essencialmente normal, tendo perdido o conhecimento e a segurança da prática da arte da obstetrícia.

A Rede de Humanização do Nascimento (ReHuNa), criada nesta ocasião, pretende, face a esta situação, tendo como público alvo mulheres e homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e elaboradores das políticas de saúde:

- mostrar os riscos para a saúde das mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas;
- resgatar o momento do nascimento como evento existencial e socio-cultural crítico com profundas e extensas conseqüências pessoais;
- revalorizar as posturas e condutas face ao nascimento de uma nova vida, humanizando o significado do parto e do nascimento;
- incentivar as mulheres a se reapropriar de suas vidas, aumentando sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;
- aliadas ao conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado, resgatar práticas humanizadas tradicionais

de assistência ao parto e nascimento.

Estes objetivos, simples e diretos, já vêm sendo buscado através da prática diária de pessoas, profissionais, grupos e instituições preocupadas e atentas a melhoria da qualidade de vida, bem estar e bem nascer, comprometidas em fim pela busca de uma vida mais humana, mais digna, mais saudável.

Acreditamos que várias estratégias e instrumentos podem ser utilizados nesta missão, entre os quais lembramos:

- implementação integral das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, aprofundando aspectos relacionados à qualidade e humanização da assistência à gestação, parto e puerpério;
- divulgação e aderência às recomendações da OMS, referendadas na Conferência Internacional para o Parto, realizada em Fortaleza, Brasil, de 22 a 28 de abril de 1985 (Tecnologias apropriadas para o nascimento) em anexo;
- trabalho educativo sobre sexualidade, nascimento e direitos reprodutivos voltados às mulheres e adolescentes;
- fortalecimento e apoio às iniciativas existentes de serviços públicos e privados de casas de partos, grupos de parteiras tradicionais e Doulas. Seu fortalecimento permitirá a ocorrência de mudanças essenciais na vida das pessoas e eventualmente da sociedade a partir da Humanização do Nascimento.

Signatários da Carta de Campinas:

1. Albinear Plaza Pinto - Goiânia GO
2. Aldevina Maria Dos Santos &ndash; Goiânia GO
3. Anna Volochko &ndash; Instituto de Saúde/MCCS &ndash; São Paulo SP
4. Carmen Lucia &ndash; Prefeitura Municipal de Florianópolis SC
5. Cecília De Oliveira Lollato Lopes &ndash; Grupo de Parto Alternativo Unicamp &ndash; Campinas SP
6. Djanira Ribeiro &ndash; São Paulo SP
7. Fadinha &ndash; Maria De Lourdes Da S.Teixeira &ndash; Instituto de Terapias Alternativas Aurora &ndash; Rio de Janeiro RJ
8. Fatima Santa Rosa &ndash; Campinas SP
9. Gabriela Edith Gomes - Hospital Materno Provincial - Córdoba
10. Geralda Margarida Dos Santos - Maternidade Odete Valadares &ndash; Belo Horizonte MG
11. Helena Maria Carmo Schuch &ndash; Centro Int. de Estudo e Pesquisa do Homem &ndash; Florianópolis SC
12. Hugo Sabatino &ndash; CAISM Unicamp &ndash; Campinas SP
13. Isabel Regis &ndash; Universidade Federal de Santa Catarina &ndash; Florianópolis SC
14. Jacira Curado Barbosa &ndash; Belo Horizonte MG
15. Livia Martins Carneiro &ndash; Hospital São Pio X &ndash; Ceres GO
16. Livia Pavitra &ndash; Brasília DF
17. Lourivaldo Rodrigues De Sousa &ndash; Manaus AM
18. Lucia Caldeyro De Sabatino &ndash; Grupo de Parto Alternativo Unicamp &ndash; Campinas SP
19. Lucia Maria Pires Da Silva &ndash; Casa de Parto &ldquo;Nove Luas, Lua nova&rdquo; &ndash; Niterói RJ
20. Maria Ester Vilela &ndash; Hospital São Pio X &ndash; Ceres GO
21. Maria Luiza Nicoletti Marques &ndash; Malu &ndash; FCM Unicamp &ndash; Campinas SP
22. Maria Silvia Setúbal &ndash; CAISM Unicamp &ndash; Campinas SP
23. Mario A. Salinas &ndash; Susana Morales - Córdoba
24. Marisa Rodrigues &ndash; Grupo de Parto Alternativo Unicamp &ndash; Campinas SP
25. Melodie Radler Venturi &ndash; Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde &ndash; São Paulo SP
26. Myriam Marques &ndash; Contagem MG
27. Paola Frisoli &ndash; Grupo Inanna &ndash; Torre Boldone Itália
28. Paula Viana &ndash; Grupo Curumim &ndash; Recife PE
29. Silvia Nogueira &ndash; Grupo de Parto Alternativo Unicamp &ndash; Campinas SP
30. Solange Dacach &ndash; REDEH Rede de Defesa da Espécie Humana &ndash; Rio de Janeiro RJ
31. Suelly Carvalho &ndash; C.A.I.S. do Parto &ndash; Olinda PE
32. Vania De Freitas Maciel &ndash; Casa de Parto &ldquo;Nove Luas, Lua nova&rdquo; &ndash; Niterói RJ
33. Veronica Gomes Alencar &ndash; Prefeitura Municipal de Campinas &ndash; Campinas SP
34. William Alexandre Oliveira &ndash; CAISM Unicamp &ndash; Campinas SP

## ANEXO B – ATA DA FUNDAÇÃO DA MATERNIDADE SOCIAL AMPARO MATERNAL

Mo 1

### Ata da Assembleia Geral da fundação do "Amparo Maternal"

Aos vinte e dois dias do mês de Agosto do ano de mil novecentos e trinta e nove (1939), nesta capital do Estado de São Paulo, na sede provisória da instituição em organização, denominada "Amparo Maternal", reuniram-se em Assembleia Geral, a convite das Reverendas Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria, várias Senhoras Católicas de São Paulo, para deliberarem a fundação de uma instituição de caridade e beneficência destinada a amparar as gestantes abandonadas. Assumiu a direção dos trabalhos da Assembleia a Reverenda Mãe Provincial Maria do Meinio Jesus, secretária a mesma a Reverenda Mãe Dominica, Diretora da Escola de Enfermeiras Católicas do Hospital São Paulo.

A Reverenda Mãe Dominica, usando da palavra, expôs perante a assistência, a finalidade da Assembleia, esboçando a todos, o espetáculo lamentável que diariamente presenciava na Clínica Obstétrica do referido Hospital quando, moças infelizes, totalmente desamparadas, sendo nos braços uma criança recém-nascida, exclamavam angustiadas: "Para onde vou agora?!...; que me fazer?!...". Repetido-se várias vezes a cena conflagradora, disse Mãe Dominica, ocorreu-me a lembrança de organizar-se uma instituição que auxiliasse essas moças, que as amparasse material e moralmente durante um certo tempo, antes e após o nascimento da criança, que procurasse reabilitá-las efetuando quando possível, o casamento, encaminhando-as para as próprias famílias ou então colocando-as em casas de famílias idôneas, de maneira a poder sustentar honestamente o filho. Animada desse propósito fui encorajada pela adesão da Srta. Luiza Dona Meira de Camargo Barros e pelo gesto simpático e caridoso de distinta

Senhora que ofereceu como pedra fundamental da futura instituição uma jóia que foi avaliada em quinze contos de reis (15:000). Iniciada, então, com o auxílio das Irmãs Franciscanas e cooperação de D. Ursula de Camargo Barros, os primeiros trabalhos de assistência a duas moças com seus 2 (dois) filhos, em uma casa que aluguei à Rua Lafuze, N.º 1.411 (antigo 62).

Em consequência, um grupo de Senhoras cujos nomes aparecem nesta ata, grandemente auxiliado pelo Centro de Cultura e Ação Social, que generosamente forneceu: móveis, roupas, e demais utensílios necessários, resolveu conosco a fundação definitiva da instituição, sob a denominação de: "Nuparo Maternal" elegendo a sua primeira Diretoria que ficou assim constituída: Presidente, D. Ursula de Camargo Barros; Diretora, Senhorita Diva Salvadori; Secretária, Senhorita Luis Moraes Andrade, e Tesoureira, Senhorita Emília Maria Monteiro Pereira, todos a este ato presentes. Também foram elaborados os seguintes estatutos.

Estatutos da Sociedade Civil denominada

- "Nuparo Maternal"

Título I - Denominação, sede e fins da sociedade.

Art. 1.º Com o intuito de remediar a profunda miséria material e desamparo moral a que as condições de vida da sociedade contemporânea expõem particularmente as classes pobres da população, fica fundada uma sociedade civil, católica e beneficente, sob o nome de "Nuparo Maternal".

Art. 2.º A sede da sociedade é a capital deste Estado onde terá seu foro. Os estabelecimentos congêneres que a Diretoria da associação fundar em outras localidades ficarão sob a imediata direção desta, e não



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)