

DOI: <https://doi.org/10.26694/cadpetfilo.v16i31.6078>

## POR UMA DOULAGEM MAIS EQUÂNIME: INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE DOULAS

*For a more equitable doulaage: inclusion and accessibility in the professional training of doulas*

Nathália Maria Andrade dos Santos de Oliveira<sup>1</sup>

### RESUMO

Este trabalho propõe uma reflexão a respeito da qualificação profissional de Doulas, tendo como inspiração o percurso formativo “Formando Doulas para a atenção multidisciplinar na atenção obstétrica: percurso formativo para formadoras/es”, proposto pela Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz/ RJ. Essa reflexão tem como referência a formação de Doulas à luz da educação profissional, cujos aportes teóricos perpassam pela teoria do ensino integral, omnilateral e humanizado. Assim, a análise da formação profissional de Doulas feita aqui passará pela importância de pensar a inserção de temas relacionados a inclusão e acessibilidade de pessoas gestantes com deficiências. Como ponto central, o estudo será conduzido sob a orientação de uma formação que, além do suporte físico, emocional e informacional, incorpore na atuação das Doulas a prática da mediação no apoio durante o ciclo gravídico-puerperal de mulheres com deficiências. Assim, este texto aponta para o pressuposto de que a acessibilidade e o apoio destas profissionais são direitos básicos e elementos fundamentais da humanização no campo da saúde, principalmente quando nos referimos a gestantes. Somente dessa forma, entendemos que serão contemplados os elementos inerentes à universalidade do acesso, à integralidade do cuidado e à equidade das ofertas em saúde.

**Palavras-chave:** Doulas, Inclusão e Acessibilidade, Formação Profissional.

### ABSTRACT

This work proposes a reflection on the professional qualification of Doulas, taking as inspiration the training path “Training Doulas for multidisciplinary care in obstetric care: training path for trainers”, proposed by the Joaquim Venâncio Polytechnic School, Fiocruz/ RJ. This reflection has as its reference the training of Doulas in the light of professional education, whose theoretical contributions permeate the theory of integral, omnilateral and humanized teaching. Therefore, the analysis of the professional training of Doulas carried out here will include the importance of considering the inclusion of themes related to the inclusion and accessibility of pregnant people with disabilities. As a central point, the study will be conducted under the guidance of training that, in

<sup>1</sup> Mestranda no Programa de Pós Graduação em Educação Profissional em Saúde na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio EPSJV/ Fiocruz. Graduada em História, Doula e professora. E-mail: [nathaliamasantos@hotmail.com](mailto:nathaliamasantos@hotmail.com).

addition to physical, emotional and informational support, incorporates the practice of mediation in support during the pregnancy-puerperal cycle of women with disabilities into the work of Doulas. Thus, this text points to the assumption that accessibility and support for these professionals are basic rights and fundamental elements of humanization in the health field, especially when we refer to pregnant women. Only in this way do we understand that the elements inherent to universal access, comprehensive care and equity in healthcare offerings will be covered.

**Keywords:** Doulas, Inclusion and Accessibility, Professional Training.

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como ponto principal a problematização da formação profissional de Doulas e a inserção de discussões sobre atendimento inclusivo a pessoas com deficiências durante o ciclo gravídico puerperal. É sabido que há uma lacuna considerável quando o assunto é o cuidado em saúde destinado a pessoas com deficiência.

A formação de Doulas envolve muitas dessas discussões, dentre as quais a questão da interseccionalidade no tocante ao gênero e aos direitos de pessoas gestantes. Para além disso, como ainda a doulação não é uma profissão regulamentada, possui cursos livres sem um rigor específico de temáticas que devam estar presentes nas matrizes curriculares. Por isso, de alguma forma, não há uma diretriz que norteie os processos formativos atualmente.

Este artigo desenvolve-se no contexto de uma inquietação sobre como é o atendimento em todo o ciclo gravídico-puerperal para pessoas com deficiência, especialmente no contexto do SUS. Começa-se a compreender que muitos casos de capacitar e despreparo no atendimento desse público derivavam da falta de discussão sobre acessibilidade e inclusão nos currículos de formação profissional das equipes de saúde. A investigação desta temática, ainda em andamento, caracteriza-se como pesquisa documental e bibliográfica, com uso de dados de acesso público, tendo o materialismo histórico-dialético como referência das análises.

## QUEM É A DOULA E O PRINCÍPIO NORTEADOR DO OFÍCIO DESTA TRABALHADORA

Segundo o código de ética da Associação de Doulas do Estado do Rio de Janeiro, a definição do escopo da Doula consiste em “profissionais que prestam suporte contínuo à mulher no ciclo gravídico-puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar do binômio mãe-bebê” (ADOULASRJ; 2017). Neste sentido, essas trabalhadoras estão diretamente envolvidas com a atenção obstétrica multidisciplinar, prestando apoio

psicológico, emocional e físico, em prol da humanização do cenário de todo o processo gestacional, de parto e puerpério.

Temos como importantes panoramas de análise da importância da inserção das Doulas no SUS dois documentos oficiais: a legislação que origina o Sistema Único de Saúde (1990) e a Política Nacional de Humanização (2003). Esta segunda fonte, porém, possui ligação direta com o ofício da doulação, visto que “busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar” (BRASIL; 2013). Como humanização, a PNH prevê

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. (BRASIL; 2013)

Além da definição expressa do termo, a PNH traz consigo alguns princípios norteadores para a construção de um sistema de saúde favorável para o desenvolvimento da humanização. Dentre esses princípios, podemos destacar: 1) a transversalidade, 2) aindissociabilidade entre atenção e gestão e 3) o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Destaco aqui, no entanto, o primeiro e o terceiro princípios, cujas fundamentações possuem conexões com o tema aqui explorado. Segundo a política, “transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável” (BRASIL; 2013). Além disso, cabe ressaltar também a questão do protagonismo, no sentido de que

Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção da saúde” (BRASIL; 2013).

Diante disso, podemos conectar humanização dos serviços do SUS com a necessidade de os profissionais de saúde estarem em constante formação, tanto em suas qualificações, quanto em suas atualizações para atender a diversidade que a sociedade brasileira possui em sua configuração. No caso deste projeto de pesquisa, focaremos na profissão da Doula em meio ao cenário obstétrico, com foco na atuação junto a pessoas com deficiência. O texto a seguir irá abordar aspectos importantes de serem trabalhados para o

preparo das trabalhadoras ainda em suas formações a fim de que possam estar capacitadas para mediar o atendimento de pessoas com deficiência na atenção obstétrica. Reconhecer a existência destes sujeitos, bem como empenharmo-nos para atendê-los em suas demandas, coaduna com o princípio de que o usuário precisa ser reconhecido como pessoas cidadãs de direitos e ter sua dignidade preservada. Com isto, teremos um sistema de saúde comprometido com o respeito aos princípios norteadores de sua fundação: integralidade, universalidade e equidade (BRASIL; 1990). Aqui neste estudo, partimos da premissa que não há como promover um SUS baseado em tais princípios sem que haja discussões sobre a diversidade na formação profissional dos trabalhadores de saúde.

## CONTEXTO OBSTÉTRICO NA ATUALIDADE NEOLIBERAL

Podemos observar uma intensa influência do modo de operação do capital na atuação das equipes de saúde, principalmente, quando falamos de corpos parturientes submetidos a excessivas intervenções a fim de acelerar o processo fisiológico do parto, com a finalidade de aumentar a quantidade de nascimentos por dia e organizar toda a agenda médica de forma que o lucro e a acumulação de capital sejam mais efetivos do que propriamente os riscos e benefícios para aquela pessoa usuária do sistema de saúde. Para enriquecer mais a discussão e referenciar os dados, o trecho a seguir traz uma importante reflexão:

Partimos da premissa que o incremento da prática da cirurgia pode ser um caso esclarecedor das transformações sociétárias, ainda em curso, que expressam modos específicos dos processos de biomedicalização (Clarke, Fishman, Fosket, Mamo, & Shim, 2010), de biopoder e de biopolítica (Foucault, 1976/1985; Rose, 2013). Consideramos tais processos aliados à pastoral do empreendimento de si do neoliberalismo tardio (Dardot & Laval, 2016), que acontecem no Brasil contemporâneo, onde principalmente as camadas sociais privilegiadas aspiram a um crescente controle tecnológico do corpo e da vida, em suas várias dimensões. (RISCADO et al.; 2021; p.2)

Sobre o que está descrito na citação anterior, percebe-se que há uma intensa relação do individualismo incentivado pelo neoliberalismo e a crescente necessidade das camadas sociais privilegiadas em controlar o próprio corpo e a vida através da tecnologia representada pelo saber médico e suas alterativas. Ainda, os autores enumeram outros fatores que justificam como e o porquê de a cesárea ser uma opção que está intimamente ligada ao ritmo de vida e trabalho das pessoas parturientes:

Para Giffin (2002), no âmbito da discussão das relações de gênero e dos direitos reprodutivos, as condições reais para o exercício da maternidade não foram prioridade. O trabalho com vínculos incertos e precários, que atinge, sobretudo, as mulheres, as predispõe a um receio de perder o emprego e o controle sobre sua vida (Ávila, 2004; Hirata, 2011). Uma das possíveis consequências pode ser o retorno precoce das mulheres à vida laboral e/ou a intensificação do ritmo de trabalho, como forma de compensar o período de afastamento para o puerpério, o que pode aumentar a necessidade de planejamento do tempo, por parte das mulheres. Lupton e Schmied (2012) apontam a necessidade de controle imputada às mulheres nas sociedades contemporâneas: elas precisam controlar sua fecundidade, planejar seus filhos, equacionar sua vida profissional. A cesárea marcada com antecedência é um arranjo social e institucional que aparece como uma vantagem por possibilitar a busca da data mais conveniente também para o companheiro, os pais e outros familiares. Portanto, o nascimento hospitalar, cercado de intervenções médicas e cirúrgicas, não elimina simplesmente o componente familiar do parto, mas o reestrutura profundamente. Nesse aspecto, não se pode falar da perda da dimensão social e familiar no evento do nascimento, mas de um novo sentido atribuído a este fenômeno como algo previsível, controlado e planejado dentro de um novo contexto social na vida das mulheres pesquisadas e famílias [...]. As mulheres não têm que lidar apenas com as próprias necessidades, sejam relacionadas ao trabalho ou à vida familiar. Há que conciliar suas próprias questões com as necessidades de organização do hospital e do médico; a cesariana marcada é naturalizada como a forma ideal de concertação entre os tempos e as demandas das mulheres, dos médicos e das instituições hospitalares. (RISCADO et al.; 2021; p.10-11)

Percebe-se que os atravessamentos para a “escolha” da pessoa parturiente em fazer ou não a cirurgia cesariana estão ligados aos interesses neoliberais referentes ao trabalho, ao tempo e a particularidade do corpo parturiente.

Conforme a influência da saúde suplementar foi se tornando crescente na sociedade, principalmente na classe média, obter um plano de saúde e agendar a data do nascimento do bebê significava uma praticidade que traria consenso entre o tempo da mulher, da família, do médico e da instituição hospitalar. Neste meio, a saúde materno-infantil não era colocada em primeiro lugar, mas sim a organização do tempo de todos os atores envolvidos. Com isso, coloca-se em último plano a fisiologia do corpo e valorizam-se as intervenções tecnológicas para evitar a dor, a demora, as violências, entre outros fatores. Portanto, o ritmo aplicado não é o natural, mas aquele ditado pelo seguro de saúde e pela melhor forma de acumulação de riqueza por parte dos profissionais da área obstétrica. Aliás, o machismo e a necessidade de controle com o corpo da mulher são também fatores ideológicos que acabam por contribuir com a mecanização do ciclo gravídico puerperal na realidade atual.

Ocultar a real evidência do perigo de uma cirurgia cesariana e suas implicações posteriores em nome da manutenção do benefício da entidade privada configura-se como

violência obstétrica também; para além das intervenções desnecessárias para acelerar o trabalho de parto. Essa terminologia, que serve para nomear exatamente as opressões relacionadas ao ambiente da obstetrícia, deve ser considerada na finalidade de nomear as consequências inerentes a aceleração do tempo e valorização do capital em detrimento da saúde do indivíduo e sua dignidade humana (LEITE, et al; 2022). A pessoa gestante possui uma maior facilidade de optar pela cesariana mediante um plano de saúde do que se estivesse sendo atendida no SUS; por isso, muitas pessoas preferem recorrer aos seguros do que seguir no sistema público de saúde. Estima-se que da quantidade de cesárias realizadas no Brasil, 88% tenham sido realizadas por profissionais credenciados em operadoras de saúde<sup>2</sup>.

Quando citamos o trabalho como um fator que atravessa a decisão pela cirurgia, devemos entender que o contexto neoliberal e as transformações causadas por ele no capitalismo em relação a classe trabalhadora são expressões claras de que determinados grupos sociais, ao serem inseridos no mercado de trabalho e na lógica produtiva, acabaram por experienciar um processo de precarização mais intenso e assim foram proletarizados e transformados em massas disponíveis para o trabalho. Com isso, quem não segue o *script* vantajoso para o capital, acaba perdendo seu espaço no mercado de trabalho, repleto de indivíduos sedentos por uma vaga na engrenagem produtiva (LOPES; 2016). Neste sentido, entende-se trabalho como uma forma de objetivação do ser social, logo, é através dele que são produzidas as condições básicas para a produção e reprodução da vida social (SILVA; 2017; p.192). A partir desta delimitação do que seria o trabalho, podemos traçar um paralelo do quanto essas necessidades materiais impulsionam os sujeitos a não considerarem o tempo da fisiologia como o ideal em detrimento das suas condições existenciais serem atendidas. Verdade é que o tempo no neoliberalismo se torna cada vez mais precioso e acelerado em relação às demandas de trabalho. Portanto, uma das mediações possíveis para entendermos o porquê do crescimento de cirurgias cesarianas e o estímulo destas pelas seguradoras de saúde é a do trabalho, tanto do lado da mulher, a qual fica na iminência de perder seu emprego; quanto do lado do obstetra, que consegue lucrar mais ao fazer várias cirurgias ao invés de ficar à disposição do tempo incerto de um trabalho de parto

<sup>2</sup> Dados retirados do site: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>. Acesso em 24 de Janeiro de 2024.

espontâneo.

A crescente prática da cesariana pode ser entendida como parte de um contexto sociocultural, econômico e político em que se valoriza, entre outros fatores, a ideia de controle tecnológico do corpo e da vida e um melhoramento de si (Rose, 2013). Esse controle é perpassado por forças materiais e por normas sociais que regulam todas as esferas e dimensões da vida contemporânea, é exercido em redes de interações entre mulheres, familiares, profissionais, objetos tecnológicos (médicos e não médicos), instituições hospitalares e seguros de saúde. [...]

Tais sentidos são fortalecidos e construídos juntamente com o discurso sutil ou explícito dos profissionais, figuras com as quais as mulheres indicam compartilhar significativos vínculos de confiança. Por via do poder econômico, da identificação ideológica e de pertencimento de classe, as mulheres desenvolvem laços expressivos com seus obstetras. Uns colocam-se no lugar dos outros: compartilham, em grande medida, valores e desejos legítimos em um sistema ideológico individualista e utilizam a tecnologia a serviço das aspirações comuns. (RISCADO et al.; 2021; p. 11-12)

Ainda sobre a cesárea no contexto neoliberal, Riscado et al. apresenta mais um argumento:

No contexto de intensificação do neoliberalismo, o incremento da prática da cesárea parece também um caso emblemático de mercantilização da saúde e da vida como um todo. Os profissionais, as instituições e as próprias mulheres estão inseridos nessa lógica mercantil, e a valorização da ciência e da tecnologia faz parte de uma ideologia de consumo, que engloba o mercado do pré-natal e do parto (Wendland, 2007). A cesárea, entendida como um procedimento que elimina a dor, que protege o corpo dos efeitos deletérios do parto vaginal, que mitiga riscos, que é esteticamente viável e otimiza os tempos (produtivo e reprodutivo), assume contornos de um objeto de consumo, disponível a quem puder custeá-lo (Yasle et al., 2001). Para além da própria via de parto, o evento do nascimento com a presença da família, filmagens, fotografias, entre outras coisas, é transformado numa significativa celebração do momento de transição para a maternidade (O'Douguerty, 2013). (RISCADO et al.; 2021; p. 13)

Em suma, quando falamos de cenário obstétrico no contexto neoliberal, evocamos um sistema muitas vezes hostil e nada acolhedor para o público alvo. Como um processo inerente à vida social, o parto e nascimento não poderiam estar destacados do panorama histórico geral. A intervenção forte da indústria, do mercado, do capital financeiro e do empresariado na esfera da saúde gerou impactos significativos no ciclo gravídico puerperal. Além disso, devemos também contar com os altos índices de violência obstétrica e os demais empecilhos para a humanização da gestação, parto e puerpério. Através desses dados, devemos observar a atuação de uma profissional que deve estar eticamente comprometida com a disseminação de informações baseadas em evidências e com o bem-estar da pessoa que está gestando. A profissional em questão – a Doula – é uma agente importante no auxílio informacional, físico e emocional da pessoa gestante. Esta promove educação perinatal e contribui para a preparação até o dia do parto, ao trazer informações

valiosas sobre a fisiologia do parto, legislação e técnicas de manejar a dor.

O alvo da análise seriam pessoas com deficiência gestantes e puérperas que são atendidas no SUS e como são feitos esses atendimentos. Mediante a todo o contexto descrito aqui nesse texto, procuraremos entender como os direitos conquistados às PCD's estão sendo colocados em prática diante de toda a cena cesarista descrita. Um documento importante para o entendimento desta questão é a Lei Brasileira de Inclusão, que em seu texto traz à tona a humanização do parto. Algumas perguntas podem ser chaves na busca de resultados para a pesquisa: A LBI seria uma forma de tentar provocar consenso e negociação por parte da classe dominante mediante a luta e reivindicação do movimento social das pessoas com deficiência? A Doula é uma profissional comprometida com a contracultura cesarista e da violência obstétrica? Se os corpos com útero já são colocados à prova quanto ao seu protagonismo e capacidade, como seriam vistos os corpos de pessoas com deficiência com útero? Essas perguntas importam muito no âmbito da reflexão aqui proposta. Pensar temporalidade histórica é concatenar acontecimentos, vida social e questões de classe; pois “o ser social estabelece relações de interdependência e intercâmbio com a natureza, bem como relações de continuidade e ruptura” (SILVA; 2017; p.193).

## **EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE DOULAS: REFERENCIAIS TEÓRICOS E ABORDAGENS DE INTERSECCIONALIDADE PARA A INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Ao abordarmos o contexto da assistência ao parto no Brasil, deparamo-nos com um cenário marcado por episódios de violência obstétrica, além de outras formas de discriminação que intersectam com desigualdades sociais (Batista *et al.*, 2023, p. 12). Assim, como prestadoras de suporte informacional que incentivam a autonomia sem imposições, no cotidiano profissional as Doulas estão inseridas em movimentos de combate à violência obstétrica e no fomento da autonomia da pessoa gestante em todo o processo, entrando em conflito com a ideia de que qualquer agente que não seja a pessoa parturiente deva conduzir o parto.

Em um contexto caracterizado por um intenso intervencionismo, mercantilização e uma abordagem focada na medicalização e resolução de problemas, discutir autonomia

representaria para muitos uma ruptura e reconfiguração das relações de poder (Leite *et al.*, 2022). Assim, é possível que as Doulas sejam uma categoria importante, capazes de construir uma resistência ao discurso hegemônico da incapacidade dos corpos que gestam e que possuem algum tipo de deficiência. Portanto, recorrentemente surgem conflitos de interesse em relação à promoção de políticas públicas que incluam as Doulas nos espaços de atenção obstétrica.

Diante de um cenário permeado pela realidade da violência obstétrica (Leite *et al.*, 2022), faz-se necessário o papel das Doulas como profissionais capacitadas e preparadas para acolher as demandas desse público, inclusive da pessoa com deficiência, e que possuem escopo de atuação específico e evidências empíricas de que trazem uma verdadeira contribuição durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério (Bohren *et al.*, 2017).

A partir do levantamento realizado nos dados disponíveis pela PNAD Contínua 2022 (IBGE, 2022)<sup>3</sup>, identificamos que das 18,6 milhões de pessoas com deficiência no Brasil, mais da metade são mulheres, totalizando 10,7 milhões, o que representa 10% da população feminina no país com algum tipo de deficiência. Além disso, do total de pessoas com deficiência, segundo dados da PNAD, 40,6% das mulheres apresentam deficiências múltiplas, incidência maior quando comparada aos 35,8% dos homens.

Esses números apresentam um cenário preocupante. Pode-se observar que urge a necessidade de pensar o atendimento humanizado, respeitoso e capacitado para lidar com as demandas de mulheres com deficiência na área da saúde. Além disso, dentre o público de pessoas com deficiência, as mulheres ainda sofrem com uma outra dimensão opressiva, interseccionando ao capacitismo também a questão de gênero (Batista *et al.*, 2023). Neste sentido, pode-se dizer que mulheres com deficiência são atingidas por uma dupla vulnerabilidade, que precisa ser analisada criticamente para que haja efetivas contribuições na transformação do cenário que permeia a vivência delas, bem como para construir uma atenção à saúde mais integral e equânime (Nicolau, Schraiber e Ayres, 2013).

Para tanto, devemos delimitar aqui que equidade está para muito além da universalidade indiscriminada de tratar a todos de maneira igual, mas perceber a necessidade de aprofundar-nos nas complexidades intrínsecas de cada coletivo que compõe a sociedade, buscando superar o viés de padronização das políticas e maneiras de acolher

<sup>3</sup> Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio Contínua, ano de 2022.

as diferenças existentes.

Quando falamos de dupla vulnerabilidade, estamos nos referindo às opressões de gênero e do capacitismo que incidem sobre mulheres com deficiência. Nicolau, Schraiber e Ayres (2013, p. 863) apontam que isso se deve a condições multifatoriais, como por exemplo:

vivências de rejeição ou superproteção familiar, dificuldades em adquirir equipamentos para sua autonomia, pouco investimento no estudo e na qualificação profissional, menor participação social, obstáculos à vivência da sexualidade e da maternidade, falta de acessibilidade física, comunicacional e atitudes pouco receptivas nos serviços de saúde, caracterizando total vulnerabilidade.

Essa concepção dos autores apenas confirma que é necessário que os profissionais da saúde estejam atentos para debater a saúde da população feminina com deficiência. Para tal, são imprescindíveis a formação continuada e a reformulação de aspectos dos currículos dos cursos de profissionalização. Sobretudo, o movimento de problematização da realidade de mulheres com deficiência e a inserção dos debates sobre acessibilidade e inclusão nas matrizes curriculares podem possibilitar a construção de práticas integrais que incorporem dimensões de direitos humanos a indivíduos historicamente invisibilizados e marginalizados na sociedade (Nicolau, Schraiber e Ayres, 2013).

Devemos, então, nos debruçar sobre as questões sociais e extrair delas aspectos que nos permitam observar permanências e analisar meios de como descontinuá-las e superá-las para transformar a realidade. Portanto, é preciso conhecer a historicidade dos processos para que possamos formar estratégias de mudança.

Outro ponto que merece a atenção para a problemática desta pesquisa foi constatar que na Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015), também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, no Artigo 19, inciso I, existe uma redação que aborda expressamente esta questão quando define que: “Compete ao SUS desenvolver ações destinadas à prevenção de deficiências por causas evitáveis, inclusive por meio de: I - acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, com garantia de parto humanizado e seguro [...]”

Isso demonstra que já existe, no âmbito legislativo, um reconhecimento de que pessoas com deficiência precisam ter uma atenção multidisciplinar no período gravídico-puerperal. Porém, se analisarmos bem, encontramos algumas falhas no sistema, como o

exemplo a seguir.

Em pesquisa realizada sobre a estrutura de estabelecimentos do SUS vinculados à Rede Cegonha (RC), os resultados indicam que os estabelecimentos hospitalares vinculados à RC não estão preparados para pessoas com deficiência. Segundo a dados disponibilizados pela pesquisa “apenas 26 (4,3%) estabelecimentos tinham acessibilidade para pessoas com deficiência motora, 20 (3,3%) para pessoas com deficiência auditiva e nenhum para pessoas com deficiência visual” (Thomaz et al., 2021, p. 897). Apesar dos avanços nas políticas quanto à inclusão de pessoas com deficiência, concluem os autores, “ainda persistem desafios quanto à equidade no SUS para essa população”.

Por outro lado, o Brasil tem uma Política Nacional de Humanização (PNH) que busca colocar em prática orientações clínicas, éticas e políticas, princípios do SUS, na assistência e cuidado da população.

Este panorama nos leva a várias perguntas: o que está na Lei Brasileira de Inclusão ocorre de maneira efetiva? Os profissionais de saúde estão capacitados para atender as demandas de mulheres com deficiência gestantes e puérperas? O SUS possui estrutura para tal? Como essas pessoas são vistas pela sociedade?

Quando pensamos em Educação Profissional em Saúde, temos uma gama de produções, cujas reflexões perpassam pelas mais diversas perspectivas. No entanto, para tecermos uma linha de raciocínio específica, devemos utilizar os pressupostos teóricos-metodológicos como lentes de análise do tema proposto.

A fim de delimitar o que seria de fato a educação omnilateral, pode-se dizer que ela se constitui como “a adoção [...] de um contraponto ao ideário pedagógico da dicotomia intensificado nos anos de 1990” (Franco, Morosini, 2012 *apud* Boanafina, Otranto, 2022, p.19). Esta dicotomia referida está relacionada a um processo de dualidade na educação, cujas bases estão na divisão da educação técnica, sem pensamento crítico, para formação de mão de obra necessária aos requisitos impostos pelo mercado; versus a educação propedêutica, voltada para o desenvolvimento da intelectualidade e do pensamento mais aprofundado sobre a realidade. Portanto, podemos dizer que a dicotomia estrutural do ensino brasileiro constitui-se pela divisão entre um ensino clássico, formativo, de ampla base científica e cultural para as classes dirigentes e um outro mais pragmático, voltado para a preparação profissional da massa trabalhadora (Frigotto, Ciavatta e Ramos; 2009; p.3 *apud* Boanafina, Otranto, 2022; p.22).

A omnilateralidade, neste sentido, traz consigo uma chave interessante para relacionarmos formação profissional de Doulas e suas implicações para a construção de um processo inclusivo e acolhedor para a atenção obstétrica multidisciplinar de pessoas com deficiência. Portanto, delimitar o conceito é importante para avançarmos neste projeto. Segundo Justino de Souza Júnior, no Dicionário da Educação Profissional em Saúde da EPSJV, a omnilateralidade propõe uma reflexão diferenciada à luz da ótica marxista. Não que o conceito em questão estivesse literalmente presente nas obras de Marx, mas se bem observarmos, perceberemos que com a construção do materialismo histórico-dialético proposto Karl Marx, havia uma demanda clara de construção de uma formação coletiva que fosse humana e que fizesse oposição à unilateralidade provocada pelo trabalho alienado, fruto das relações burguesas.

A educação omnilateral, portanto, seria uma ruptura ampla e radical com o homem limitado da sociedade capitalista. A unilateralidade burguesa traz consigo uma separação clara da sociedade em classes antagônicas, com uma significativa dualidade na formação dos sujeitos para o trabalho, criando-se uma oposição do trabalho intelectual em relação ao manual. A partir deste ponto de vista, temos a internalização de valores burgueses, com competitividade, individualismo, dentre outros. Esta proposta de pesquisa busca justamente analisar criticamente a formação profissional de Doulas no âmbito inclusivo, de equidade e justiça social. O raciocínio deve ser construído no sentido de que essa classe de trabalhadoras da saúde pode incentivar pessoas com deficiência, historicamente excluídas e desacreditadas, a desenvolverem sua autonomia e terem direito de escolha informada sobre sua fisiologia no ciclo gravídico-puerperal. Tal afirmação coaduna com a intenção da educação omnilateral, de formar pessoas que se afirmam historicamente e reconhecem mutuamente sua liberdade em meio ao coletivo (Souza Júnior; 2008).

Como, então, as Doulas estariam preparadas para o objetivo de atender as pessoas usuárias de seus serviços primando pela inclusão e diversidade? Este estudo propõe uma possível resposta para esta pergunta ao trazer como plano de fundo a formação profissional em sua fase de qualificação. A lente teórico-metodológica que será utilizada aqui será a da educação omnilateral, para superação da contradição do trabalho dual (Campello, 2009), já mencionada; da politecnia e da formação humanista, a qual visa a integralidade dos sujeitos históricos.

Sobre a politecnia, Ciavatta diz que: “Sua origem remota está na educação socialista que pretendia ser omnilateral no sentido de formar o ser humano na sua integralidade física, mental, cultural, política, científico-tecnológica.” (Ciavatta; 2014; p.190). Portanto, a politecnia e a omnilateralidade estariam entrelaçadas e juntas formariam uma maneira de trazer aos indivíduos meios de superarem a realidade de reprodução das ideias burguesas e criarem uma vivência baseada em autonomia e na construção crítica e coletiva da sociedade onde vivem. Outrossim, temos “o denso significado da “educação politécnica” como educação omnilateral ou formação em todos os aspectos da vida humana – física, intelectual, estética, moral e para o trabalho, integrando a formação geral e a educação profissional” (Ciavatta; 2014; p.190-191).

A necessidade de pensar a formação profissional de Doulas sob os prismas mencionados acima nos traz à luz uma “construção de um projeto de educação profissional contra-hegemônico [...] com uma nova compreensão sobre o papel da educação profissional que predominou até então” (Ramos e Pereira; 2006; p. 105). Ao trazermos para a formação das Doulas, acreditamos que a formação:

Deve ser guiada por valores éticos-políticos e não individualistas ou corporativos. Postura oposta a esta delimita a política de educação profissional pelas necessidades do mercado de trabalho e pelos interesses do empresariado internacional. (Ramos e Pereira; 2006; p. 105)

Para além desses referenciais teóricos, não podemos deixar de citar Paulo Freire e sua filosofia humanista, contra a educação bancária e que almeja a formação para a autonomia dos sujeitos. Quando falamos da categoria politécnica de ensino, temos uma aguda presença do pensamento crítico, cujas bases são vistas na filosofia de Freire. Um aspecto muito interessante do autor que pode contribuir para a formação de Doulas comprometidas com uma atenção obstétrica multidisciplinar mais equânime é justamente a ideia de que a emancipação da sociedade se deve a luta coletiva. Ou seja, nenhum processo de libertação é passível de ser pensado de forma individualista, mas deve estar imbricado a um desejo mútuo de almejar a autonomia através da consciência crítica de sua *práxis*, desvelando o sujeito autônomo. Sobre isso, citamos Freire: “É que, se os homens são estes seres da busca e se sua vocação ontológica é humanizar-se, podem, cedo ou tarde, perceber a contradição em que a “educação bancária” pretende mantê-los e engajar-se na luta por sua libertação” (FREIRE; 2005; p.40). Ainda, sobre o reconhecimento da realidade e o

pensamento crítico sobre a mesma, trazendo à tona a cadeia de opressão na sociedade:

Somente quando os oprimidos descobrem, nitidamente, o opressor, e se engajam na luta organizada por sua libertação, começam a crer em si mesmos, superando, assim, sua “conivência” com o regime opressor. Se esta descoberta não pode ser feita em nível puramente intelectual, mas da ação, o que nos parece fundamental, é que esta não se cinja a mero ativismo, mas esteja associada a sério empenho de reflexão, para que seja práxis. (FREIRE; 2005; p.40)

Mas o que todos esses conceitos da área da educação, mais precisamente inseridos na formação profissional de Doulas, tem a ver com o atendimento de pessoas gestantes com deficiência? Primeiramente, quando analisamos a função da Doula no cenário gravídico-puerperal, temos uma profissional preparada para trazer informações baseadas em evidências científicas sobre a fisiologia da gestação, parto e nascimento durante o processo de educação perinatal; além de estar presente no momento do parto, para acolher e contribuir para que a mulher possa ter uma experiência agradável e tranquila. Conforme já foi mencionado neste texto, apresenta-se no cenário brasileiro casos de violência obstétrica, cujas causas também estão relacionadas com outras formas de opressão. Além da misoginia, no caso de mulheres com deficiência também há o quesito capacitismo, assim como para mulheres negras, o quesito racismo se entrelaça e forma uma soma de opressões (Batista *et al.*, 2023) que são psicologicamente nocivas para as parturientes. Ao falarmos de violência obstétrica, precisamos, portanto, evocar a importância de analisar os processos à luz da interseccionalidade. Deste modo,

Um argumento consolidado no âmbito das Ciências Humanas e Sociais é o da necessária articulação das categorias de gênero, geração, classe, raça/etnia, orientação sexual, região e religião na análise de fenômenos sociais e culturais. Nos Estudos Feministas e de Gênero, a própria interface com os movimentos feministas demanda essa abordagem multicategorial, considerando que as questões pautadas pelo ativismo feminista, a partir da segunda geração desse movimento, transcendem aos aspectos de gênero e apontam para a relevância das demais categorias. (Mello e Nuernberg, 2012, p. 635)

Diante disso, quando Doulas estão em seus processos formativos, é de mister importância que essas profissionais estejam a par das interseccionalidades que permeiam suas práticas. A deficiência, porém, é uma categoria que ainda é pouco discutida nesta área. Segundo Mello e Nuernberg,

Ao chamarmos a atenção para esse fato, não nos referimos apenas às mais de 1 bilhão de pessoas com deficiência no mundo ou às cerca de 45 milhões e 600 mil em nosso país,<sup>5</sup> mas nos pautamos na perspectiva que sustenta ser a deficiência

uma condição constituinte da condição humana.<sup>6</sup> Ademais, no Brasil, grande parte das políticas sociais para a promoção das igualdades menciona as categorias acima referidas, sem incluir a deficiência nos debates e nos cruzamentos com todas essas categorias que convivem com a experiência da opressão e da discriminação. Ao mesmo tempo, muitos estudos sobre o fenômeno da deficiência abordam essa temática de modo isolado, sem a necessária discussão da transversalidade da deficiência. (Mello E Nuernberg, 2012, p.636)

Para além da questão da interseccionalidade, há também um forte impacto da visão da deficiência à luz do modelo médico, cujo foco está na lesão, na cura ou na reabilitação. No campo das discussões acerca da deficiência, já se sabe que o modelo que mais pode embasar as análises é o biopsicossocial. Entendemos que a deficiência é uma relação multifatorial, muito além da lesão e do indivíduo apenas, mas numa inter-relação do corpo com os ambientes de fruição dessas pessoas e de como as barreiras são colocadas para elas em seu cotidiano, nas mais diversas formas (França, 2013). A mulher com deficiência tem sua sexualidade negada em muitos âmbitos e na atenção obstétrica não seria diferente.

Tema central no âmbito dos Estudos Feministas e de Gênero, a questão da sexualidade numa abordagem feminista adquire novos contornos em sua interseção com os Estudos sobre Deficiência. Ganha ainda maior relevo a crítica da biologização do corpo e da patologização da sexualidade engendrada pela perspectiva medicalizante. (Mello e Nuernberg, 2012, 645)

O fato da Doula estar preparada para prestar um serviço que contemple este público tão estigmatizado seria, de fato, uma tentativa de mudar a tratativa a essas pessoas que são colocadas historicamente em um patamar de submissão.

Para que seja possível a Doula seguir em frente neste percurso, é indispensável que esteja presente em sua formação uma filosofia educacional que instigue nas futuras profissionais o desejo de, a partir de suas formações, superarem a realidade em que vivem. Por isso a omnilateralidade e a politecnia, unidas aos princípios humanísticos contidos em Freire podem contribuir para que essas trabalhadoras se qualifiquem de forma crítica, com o pensamento de que a diversidade precisa ser atendida e que para que a atenção obstétrica se torne mais digna e respeitosa, inclusive para os corpos que fogem à *corponormatividade*, é necessária formação humana e emancipatória; não apenas do indivíduo, tal como o capitalismo burguês preconiza, mas do coletivo, da sociedade como um todo. A formação de Doulas à luz da educação integral contida em Freire, contribuirá para que esta categoria crie consciência histórica de sua importância e que atue de forma ativa para a emancipação

de todos e a modificação da sociedade em que vivem.

## O PAPEL DAS DOULAS NO ATENDIMENTO A PESSOAS GESTANTES COM DEFICIÊNCIA

Evidências científicas e experiências empíricas demonstram que Doulas possuem uma importância relevante para a humanização do ciclo gravídico-puerperal. O trabalho desta profissional configura-se nas dimensões informacionais, físicas e emocionais, com escopo de atuação já descrito em meios oficiais, como no Código de Ética da Associação de Doulas do Estado do Rio de Janeiro.

O presente texto traz reflexões iniciais sobre a atuação das Doulas como agentes multidisciplinares no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, o pressuposto é que essas profissionais possam atuar no acompanhamento de gestantes e puérperas com deficiência, visando o bem-estar, a humanização e a acessibilidade, colaborando na assistência às necessidades específicas adequadas à pessoa com deficiência.

Diante de um cenário obstétrico permeado pela realidade da violência obstétrica (LEITE et al., 2022), faz-se necessário o papel de profissionais que acolham e discutam com os usuários do sistema de saúde justamente a informação sobre a fisiologia de seus corpos e os direitos inerentes à dignidade desses indivíduos como humanos no cenário obstétrico. Ainda, é importante sinalizar que a atuação dessas profissionais possui escopo específico e evidências de que traz verdadeira contribuição durante gestação, pré-parto, parto e puerpério.

O trabalho aqui desenvolvido demonstra o esforço de trazer à tona a realidade da situação em que pessoas com deficiência se encontram no momento em que estão gestando, parindo ou até mesmo passando por seus puerpérios. Para isso, há necessidade de se pensar o atendimento a este público no SUS e o quanto as Doulas, profissionais ainda em processo de regulamentação, podem agir como mais um braço de atuação junto às Pessoas com Deficiência. Ao unirmos a interpretação dos dados com o que se propõe enquanto escopo da Doula, estas podem promover educação perinatal acessível e acolhimento durante o ciclo gravídico-puerperal de pessoas com necessidades específicas, para que, por sua vez, estas pessoas sintam-se encorajadas a construir seus processos com autonomia, segurança e conhecimento. Existe, portanto, a urgência de estudos sobre a assistência humanizada, como

preza a Lei Brasileira de Inclusão, no que se refere ao acesso à saúde pública, sendo o trabalho das Doulas uma importante via de contribuição para a democratização do atendimento multidisciplinar, respeitoso e digno nesses espaços do SUS. Na Lei 13.146/2015 (LBI), também conhecida como Estatuto das Pessoas com Deficiência, temos artigos para o avanço de políticas em prol dos direitos para este público. Essa lei, porém, não surgiu de uma mera concessão, mas de anos de lutas, estudos e da organização da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU, cujo texto fora aprovado em 2006 e no Brasil foi promulgado em 2009, através do Decreto 6.949.

Na esteira das mudanças conceituais sobre a deficiência, antes o foco era a deficiência em si, agora devemos atentar às barreiras que impedem os indivíduos de fruir nos espaços. Se bem observarmos, por muitos anos, os modelos médico e social foram colocados de forma antagônica (FRANÇA, 2013). Ora, se um trazia a necessidade de desenvolver políticas na área da saúde, visando a cura; o outro estava na intencionalidade de buscar políticas públicas as quais legitimassem a garantia dos direitos humanos. Atualmente, o modelo que mais abarca o público de pessoas com deficiência, de acordo com os avanços que temos tido nas discussões, é o biopsicossocial (SILVA, 2019), que comprehende o ser humano à luz das interações entre a biologia, a psicologia e a sociedade.

A qualificação profissional de Doulas, portanto, precisa ser fundamentada na formação integral, adotando o humanismo, ciência, tecnologia, cultura e o trabalho como eixos estruturantes, a fim de que possa compreender sua ação como sujeito histórico, capaz de intervir e mudar a realidade na qual está inserida, inclusive na assistência de pessoas que, ao longo da vida, sofrem com o preconceito e a exclusão (MACIEL, et al.; 2017).

Apesar da atuação da Doula já ser algo presente na sociedade há séculos, não podemos negar que os contextos inerentes aos tempos históricos a influenciam o ofício em si. Devemos considerar, portanto, que o neoliberalismo e todos os seus desdobramentos produzem efeitos diretos na visão sobre saúde; principalmente quando estamos falando de sujeitos que são vítimas de opressões transversais às de classe. Falamos aqui de opressões relacionadas ao machismo/ misoginia, por estarmos nos referindo a corpos de pessoas que gestam e capacitismo, quando entendemos que corpos de pessoas com deficiência são colocados em mais dúvida do que os que são tidos como padrão. Quando pensamos no cenário obstétrico que temos hoje, é perceptível que a atuação de muitos profissionais está contaminada pelo projeto mercantilista, marcado pelo avanço do empresariamento e

fortalecimento dos planos de saúde em detrimento do fortalecimento de uma saúde pública de qualidade. Tanto isso é verdade, que o Brasil se apresenta como um dos recordistas de taxa de cesarianas no mundo (aproximadamente 57%), mesmo que a Organização Mundial da Saúde preconize uma taxa aproximada de 15%<sup>4</sup>.

Mas no que exatamente este número exorbitante tem a ver com neoliberalismo e empresariamento na saúde? Simples: o assédio dos planos de saúde na facilitação de uma cirurgia de porte considerável, cujos benefícios não são tão evidentes quanto no parto normal, significa uma instrumentalização de corpos que gestam, além de tirar o protagonismo desses atores envolvidos e acelerar o processo do nascimento. A partir daí o tempo da fisiologia da parturiente não é respeitado e medicaliza-se ao extremo, além de controlar ao máximo o processo, de forma que aconteça no tempo determinado pelo médico e que não traga muita demora ou demande muito tempo do profissional. Torna-se então imprevisível ter um controle do quanto demandará financeiramente para respeitar aquele processo que pode durar poucas horas ou muito tempo.

## CONCLUSÃO

Educação omnilateral, politécnica e humanista; realidade da dualidade educacional, dualidade invertida; interseccionalidade, são categorias chave para a análise da formação profissional de Doulas e a construção de uma matriz curricular. A ideia é contribuir para o campo da educação profissional em saúde e para uma qualificação profissional cujos princípios estejam em consonância com a humanização, equidade e universalidade. Sobre estes conceitos, podemos dizer que o trabalho da Doula só será completo se houver um real compromisso com eles.

Pensar diversidade, transversalidade e atenção obstétrica é urgente para que possamos lutar por uma saúde pública de qualidade e que atenda aos cidadãos, respeitando suas diferenças e particularidades. É possível, então, fazer uma relação do atendimento de Doulas a pessoas gestantes com deficiência, à luz dos processos de interseccionalidade e busca por superação da realidade opressora através da conscientização e pensamento crítico, para a libertação coletiva contida em Paulo Freire.

<sup>4</sup> Dados retirados do sítio eletrônico: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>  
Acesso em 18/01/2023.

Ao fim e ao cabo, a doulagem ainda consta no Brasil como ocupação e protagoniza tensões em torno da regulamentação profissional. Quando falamos de cuidado multidisciplinar de suporte físico, emocional e informacional, fazemos referência a autonomia, sem tutela; de forma que haja uma reconfiguração nas relações de poder entre a esfera médico-centrada e o usuário do serviço de saúde. Neste momento, evocamos um campo de tensões imbricados às concepções de realidade diversas. É evidente que o trabalho da Doula busca estar diretamente ligado ao estímulo da autonomia e ao discurso contra a indústria cesarista, a qual preconiza cirurgias desnecessárias para atendimento de interesses alheios aos benefícios para gestante e bebê. Diante de tudo isso, observamos um esforço grande em tentar disciplinar os corpos diversos e invizibilizá-los em sua autonomia e protagonismo, para a reprodução do lucro e acumulação de riqueza dos grandes conglomerados da saúde, cujo compromisso não está na promoção à saúde das pessoas, mas sim na construção e consolidação da hegemonia das classes dominantes que perpetuam a desigualdade e expropriação da classe trabalhadora.

## REFERÊNCIAS

- ADOLASRJ. **Código de ética da Doula**. Rio de Janeiro, 2017. Link para acesso: chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://doulasrj.com.br/wpcontent/uploads/2018/08/codigo-de-etica-ADoulasRJ-aprovado-na-AGO-11-02-2017-registrada-em-20-09-2017.pdf. Acesso em 30 de maio de 2024.
- BATISTA et al. “**Mulher negra com deficiência no Brasil: análise a partir da teoria crítica da raça**”. In: R. Adm. FACES Journal. Belo Horizonte, v.22, n.2, p. 8-26, Abr./Jun. 2023. ISSN 1984-6975 (online)
- BOANAFINA, Anderson; OTRANTO, Celia Regina. ***Da Consciência à Docência: desafios da educação profissional no Brasil***. Appris editora, Curitiba, 2022.
- BOHREN MA, HOFMEYR GJ, SAKALA C, FUKUZAWA RK, Cuthbert A. “Continuous support for women during childbirth”. In: **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de Julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)** Brasília, DF: Presidência da República, 2015.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Carta de Direitos dos Usuários do SUS**. Edição oficial. Brasília, DF, 2011. 30p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_direitos\\_usuarios\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf). Acesso em 15 out. 2023.
- BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: 2013.

- CAMPELLO, Ana Margarida. Dualidade Educacional. In: PEREIRA, Isabel Brasil & LIMA, Júlio Cesar França (orgs.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2a. ed. rev., ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. pp. 136-141. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>
- CIAVATTA, Maria. “**O ensino integrado, a politecnia e a educação omnilateral. Por que lutamos?**”. In: Revista Trabalho & Educação, Belo Horizonte, v.23, n.1, p. 187-205, jan-abr, 2014.
- DAVIS, Angela. **Mulheres, Raça e Classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.  
em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102013\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102013_informativo.pdf).
- FRANÇA, Tiago Henrique. **Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social**. In: *Revista Lutas Sociais*, São Paulo, vol.17 n.31, p.59-73, jul./dez. 2013. pp. 59-73.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 40. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua)** voltada
- JORGE, Herla Maria Furtado; BEZERRA, Juliana da Fonseca.; ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; et. al. **Enfrentamento de mães cegas no acompanhamento dos filhos... Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, pág. 1013-1021, dezembro de 2014.
- LEITE, Tatiana et al. **Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, vol 27, no 2, 2022.
- LIMA, Júlio C. F. “**A política Naional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?**”. In: FIDELIS, C.; FALLEIROS, I. (orgs). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ COC/ EPSJV, 2010, p. 277-310.
- LOPES, José Sérgio Leite. “**O trabalho no mundo contemporâneo**”. In: BRAGA, Ialê F. et al. *O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/ EPSJV, 2016, p. 37-55.
- MACIEL, Antonio Carlos; et al. “**FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO INTEGRAL POLITÉCNICA: DA TEORIA À PRÁTICA**”. In: *Revista Educ. Soc.*, Campinas, v. 38, nº. 139, p.473-488, abr.-jun., 2017.
- MAIOR, Izabel. **Breve trajetória histórica do movimento das pessoas com deficiência**. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2015. Disponível em: <http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto2.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.
- MELLO, Anahi Guedes de; NUERNBERG, Adriano Henrique. “**Gênero e deficiência: interseções e perspectivas**” in: *Revista Estudos Feministas*. Setembro-Dezembro/ 2012. Florianópolis, 2012. Pp. 635-655.
- NICOLAU, Stella Maris; SCHRAIBER, Lilia Blima; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 3, p. 863-872, mar. 2013.
- para pessoas com deficiência. 2022. Disponível
- PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 a .ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- RAMOS, Marise N.; PEREIRA, Isabel B. **Educação Profissional em Saúde**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.
- RISCADO, L., BONAN, C., SIMÕES-BARBOSA, R., RODRIGUES, A. (2021).

**CONTROLE TECNOLÓGICO DO CORPO E DA VIDA: CESARIANA ENTRE MULHERES USUÁRIAS DO SETOR PRIVADO.** Psicologia & Sociedade, 33, e219735. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33219735>

SILVA, L. B. "Trabalho: notas sobre fundamentos ontológicos e históricos". In: *Revista trabalho, política e sociedade*. Vol II, nº 2, p. 187-201, jan-jun./2017.

SILVA, Marina Maria Ribeiro Gomes da. *Deficiências e Saúde: revisando modelos e conceitos*. Módulo 2. Curso de acessibilidade e os princípios do SUS: Formação Básica para Trabalhadores da Saúde. Valéria Machado da Costa (coord). – Rio de Janeiro: Fiocruz/Icict, 2019.

THOMAZ, Erika Barbara Abreu Fonseca et al. **Acessibilidade no parto e nascimento a pessoas com deficiência motora, visual ou auditiva: estrutura de estabelecimentos do SUS vinculados à Rede Cegonha.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, n. 3 p. 897-908.