

# PARTO COM DOULA: EXPERIÊNCIA MATERNA COMPARTILHADA EM VÍDEOS NA INTERNET (YOUTUBE)

CHILDBIRTH WITH DOULA: MATERNAL EXPERIENCES SHARED THROUGH INTERNET VIDEOS (YOUTUBE)

PARTO CON DOULAS: EXPERIENCIAS MATERNAS COMPARTIDAS EN VIDEOS DE INTERNET (YOUTUBE)

*Sofia Creato Bonfatti\**

*Natália Silveira Lisboa\*\**

*Tania Mara Marques Granato\*\*\**

## RESUMO

Considerando a crescente contratação de doulas por mulheres que buscam uma experiência de parto humanizada e protegida da violência obstétrica, buscamos compreender os sentidos afetivo-emocionais atribuídos por mulheres à experiência do parto com doula. Nesta investigação qualitativa, selecionamos, no *site Youtube*, dez vídeos em que mães relatam sua experiência pessoal de parto assistido por doula. A análise psicanalítica do material narrativo resultou em três campos de sentido afetivo-emocional: “parto (des)humanizado”, que revela o temor da violência obstétrica e o imaginário de que humanização significa ausência de intervenções; “empoderadas, mas acompanhadas”, que comunica o valor do acompanhante para o protagonismo da mulher em trabalho de parto; e, “a bolsa da Mary Poppins”, que alude ao lugar mágico ocupado pela doula no imaginário feminino. Concluímos pela necessidade de superação das resistências dos profissionais de saúde na busca de práticas de cuidado que integrem o cuidado físico, psicológico e social durante o processo de parto.

**Palavras-chave:** Parto. Doula. Internet.

---

Texto recebido em 12 de janeiro de 2022 e aprovado para publicação em 7 de fevereiro de 2022. Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

\* Doutoranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas), mestra e graduada em Psicologia pela PUC Campinas. Endereço: Rua Itabirito, 851 - Jardim Ipiranga, Americana-SP, Brasil. CEP: 13468-520. Telefone: (19) 3461-6340 e (19) 99477-0202. *E-mail:* sofia\_bonfatti@yahoo.com.br

\*\* Graduada em Psicologia pela PUC Campinas e aluna de iniciação científica no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC Campinas, bolsista PIBIC/CNPq. Endereço: Rua Herman Jankovitz, 376 - Jardim Santa Rosa, Nova Odessa-SP, Brasil. CEP: 13385-054. Telefone: (19) 99472-9059. *E-mail:* nalisboa3@gmail.com

\*\*\*Doutora e mestra em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), graduada em Psicologia pela USP, docente e orientadora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC Campinas. Endereço: Rua Edson, 110, ap. 191 - Campo Belo, São Paulo-SP, Brasil. CEP: 04618-030. Telefone: (11) 99957-3710. *E-mail:* granatotania@gmail.com

## ABSTRACT

Considering the increased hiring of doulas by women seeking a humanized childbirth experience and protected from obstetric violence, we sought to understand the affective-emotional meanings attributed by the parturient to the doula's figure. We selected from the Youtube site ten videos in which mothers report their personal experience of doula assisted childbirth. The psychoanalytic analysis of the material resulted in three fields of affective-emotional meaning: "(de)humanized childbirth", which reveals the fear of obstetric violence and the imagination that humanization means the absence of interventions; "empowered, but accompanied", which communicates the value of the companion for the empowerment and protagonism of women in labor; and, "Mary Poppins' bag", which alludes to the magical place occupied by the doula in the feminine imagination. We conclude by the need to overcome the resistance from healthcare professionals so that care practices that integrate physical, psychological and social care during the delivery process are implemented.

**Keywords:** Childbirth. Doula. Internet.

## RESUMEN

Considerando la creciente contratación de doulas por mujeres buscando un parto humanizado protegido de la violencia obstétrica, buscamos comprender los significados afectivo-emocionales que las mujeres atribuyen al parto de doulas. En esta investigación cualitativa, seleccionamos diez videos de Youtube donde las madres relatan su experiencia personal de parto con doula. El análisis psicoanalítico del material narrativo resultó en tres campos de significado afectivo-emocional: "parto (in)humanizado", acerca del miedo de la violencia obstétrica y el imaginario de que humanización significa ausencia de intervenciones; "empoderada, pero acompañada" comunica el valor del acompañante para el rol de la mujer en el trabajo de parto; y, "la maleta de Mary Poppins" alude al lugar mágico que ocupa la doula en el imaginario femenino. Concluimos la necesidad de superar la resistencia de los profesionales de la salud en la búsqueda de prácticas asistenciales que integren cuidado físico, psicológico y social durante el parto.

**Palabras clave:** Parto. Doula. Internet.

## 1. INTRODUÇÃO

A transição para a maternidade, como processo psicológico e social que acompanha a gravidez, o parto e o puerpério, é uma experiência complexa e caracterizada pela intensidade emocional (Granato & Aiello-Vaisberg, 2009). Além da redefinição de papéis (de filha para mãe ou de primípara para múltipara) entram em jogo fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais que influenciam na forma como a maternidade será concebida e vivida pela mulher (Maldonado, 2017).

Nesse *continuum* de vivências, o parto se destaca como a experiência que inaugura a maternidade, com exceção dos casos de adoção, e enseja nas mulheres múltiplas angústias, como o temor em relação à dor das contrações (Sánchez et al., 2016; Velho et al., 2014), o medo de ter a própria saúde e a saúde do bebê comprometidas (Rodrigues & Siqueira, 2008) e a ansiedade diante da incerteza do que poderá ocorrer ao longo do processo (Sánchez et al., 2016). Trata-se de um fenômeno multifacetado e multideterminado, marcado pela alta intensidade emocional (Lopes et al., 2005), e que pode ser vivido com tristeza e solidão (Rodrigues & Siqueira, 2008), além do desamparo emocional ante a equipe médica quando esta estabelece com a mulher uma relação distante e despersonalizada (Sánchez et al., 2016) associada a imposições por parte da equipe obstétrica e à postura fria dos profissionais (Silva et al., 2018).

As experiências negativas das mulheres na cena do parto costumam estar relacionadas ao modelo de assistência perinatal biomédico, consolidado ao longo do século XX e ainda dominante em vários países, incluindo o Brasil. Nele, o parto é concebido como um evento médico altamente hierarquizado, cujo controle deve permanecer exclusivamente nas mãos de médicos (Green & Hotelling, 2014), sendo a mulher despojada de sua autonomia, vista como incapaz de tomar decisões em relação à sua saúde e pouco informada sobre os procedimentos aos quais é submetida. Além disso, ela é, muitas vezes, obrigada a permanecer sozinha durante todo o trabalho de parto e tem suas necessidades físicas e emocionais desconsideradas (Casal-Moros & Alemany-Anchel, 2014).

Ao refletir sobre o tema, Carvalho (2015) defende que o próprio termo “parto cesáreo” é um equívoco, uma vez que o parto é um evento fisiológico, natural e feminino que foi convertido em um evento tecnológico a favor do progresso científico e da “valorização da máquina sobre o humano, do masculino sobre o feminino, do capital sobre o social, do institucional sobre o indivíduo, do médico-técnico sobre o paciente-leigo” (Carvalho, 2015, p. 100). Nesse contexto de controle sobre o corpo feminino, surge um discurso patologizante em que o

parto vaginal é tomado como fenômeno que necessita de recursos tecnológicos e científicos para ser corrigido.

As consequências do modelo biomédico de assistência incluem o aumento da medicalização do parto, bem como do número de cirurgias cesarianas. No caso do Brasil, a prevalência desse tipo de cirurgia é de 56%; dados que extrapolam os 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme lembram Batista Filho e Rissin (2018). Zanardo et al. (2017) advertem contra o uso indiscriminado de procedimentos médicos e cirúrgicos que acrescentam riscos desnecessários à saúde de mães e bebês.

Diante deste panorama, vem se consolidando no Brasil o movimento pela humanização do parto e nascimento, como fruto de recomendações da OMS (1996), e visando combater a violência obstétrica e superar o modelo biomédico dominante (Palharini, 2017; Zanardo et al., 2017). Nesta perspectiva humanizada, em que o parto é concebido como evento biopsicossocial, é devolvido à mulher o papel de protagonista do próprio parto, assegurando seu acesso à informação e a medidas que resgatam sua autonomia neste emblemático momento de sua vida. O modelo de assistência humanizada pressupõe uma mudança na conduta dos profissionais envolvidos no processo de parto e nascimento, muito mais acolhedora, respeitosa e baseada em evidências científicas, fornecendo à mulher informações e o encorajamento necessários para que ela assuma o protagonismo nesse evento humano (Zanardo et al., 2017).

Dentre as iniciativas brasileiras para a humanização do parto, destaca-se a aprovação da *Lei 11.108* (2005) que garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como marco fundamental no que tange aos direitos da mulher.

Diversos estudos demonstram que a presença de um acompanhante pode proporcionar às parturientes uma experiência de parto mais satisfatória (Diniz et al., 2014; Kabakian-Khasholian & Portela, 2017; Lunda et al., 2018). Apesar dos múltiplos benefícios associados ao suporte contínuo durante o trabalho de parto (Hodnett et al., 2013), como menor índice de cesarianas e intervenções médicas, além da menor duração do trabalho de parto, a presença do acompanhante ainda não é garantida a todas as parturientes brasileiras. Isso favorece os sentimentos de solidão e desamparo emocional e as torna vulneráveis ao risco de se tornarem vítimas de violência obstétrica (Diniz et al., 2014).

Um tipo especial de acompanhante que vem ganhando destaque entre as mulheres que buscam um parto mais seguro e humanizado é a doula, profissional que dispõe de conhecimentos teóricos e técnicos sobre os processos fisiológicos

e emocionais que acompanham a gestação e, especialmente, o trabalho de parto e o nascimento (Klaus et al., 2012), para prover suporte físico, emocional e informacional contínuo às mulheres, de modo personalizado e distinto dos demais profissionais da equipe obstétrica.

O suporte físico se refere ao uso de medidas de conforto para que as mulheres sintam menos dor e relaxem durante o trabalho de parto, como orientar mudanças de posição corporal ou oferecer massagens e banho. O suporte emocional consiste no apoio prestado à mulher para ajudá-la a elaborar os sentimentos desencadeados pelo parto de modo genuíno e acolhedor. Por fim, o suporte informacional relaciona-se à provisão de informações sobre o processo de nascimento e os procedimentos médicos, o que ajuda as mulheres e seus acompanhantes a fazerem escolhas mais informadas (Green & Hotelling, 2014).

Estudos têm demonstrado que a presença da doula traz benefícios para o desfecho do parto e para a saúde da mulher e do recém-nascido, incluindo a redução no uso de analgesia (Hans et al., 2018; Valdés & Morlans, 2005), de cirurgias cesarianas (Kozhimannil et al., 2014), de bebês com baixo peso ao nascer (Gruber et al., 2013; Thomas et al., 2017) e menor duração do trabalho de parto (Valdés & Morlans, 2005).

Em termos emocionais, são relatadas experiências mais satisfatórias e pessoalmente realizadoras das mulheres em relação ao trabalho de parto (Rodrigues & Siqueira, 2008; Silva et al., 2018; Steel et al., 2013; Thomas et al., 2017). Sentimentos de confiança, segurança e calma (Rodrigues & Siqueira, 2008; Steel et al., 2013), além da redução de desconfortos durante o trabalho de parto, o que evita intervenções desnecessárias e auxilia na comunicação com a equipe obstétrica (Steel et al., 2013). Tais benefícios da presença da doula se estendem ao período pós-parto, contribuindo para a redução do nível de ansiedade, estímulo da amamentação (Gruber et al., 2013; Hans et al., 2018; Valdés & Morlans, 2005) e adoção de práticas de cuidado benéficas para o recém-nascido (Hans et al., 2018; Valdés & Morlans, 2005).

Para compreender psicanaliticamente o papel da doula no contexto do parto humanizado recorreremos a Winnicott (2000; 2007) que elabora os conceitos de *holding*, *handling* e *object presentation* para designar os elementos básicos do cuidado a um bebê que, de início, é absolutamente dependente do ambiente humano em que nasce. O *holding* se refere à sustentação física e emocional do bebê, que se expressa pela rotina de cuidados oferecidos por uma mãe sintonizada com as necessidades do bebê, favorecendo sua integração psíquica; o *handling* diz respeito ao manuseio do bebê durante a rotina de cuidados que facilita o processo de personalização, isto é, o alojamento do *self* no corpo. A *object presentation* faz

menção à forma gradual com que a realidade vai sendo apresentada ao bebê pela mãe/cuidador.

De acordo com Winnicott (2000), a articulação do cuidado em seus âmbitos físico, psicológico e social dispensados ao bebê ao longo do tempo, estabelecem a confiabilidade do ambiente e o decorrente sentimento de segurança que potencializa os processos de integração do eu que estão na base do desenvolvimento emocional infantil. Com Winnicott (2013), destacamos que todo ser humano necessita de sustentação emocional em seu processo de elaboração das experiências vividas nas várias etapas da vida, o que no contexto do presente trabalho supomos que possa ser provido pela doula no emblemático momento do parto.

Nesse contexto, a doula parece representar não somente a possibilidade de uma experiência satisfatória e realizadora do parto, mas a garantia de que a parturiente receberá um cuidado humanizado durante o processo, tal presença vem preencher a lacuna na assistência emocional à mulher. Por essa razão, este estudo visa a compreender os sentidos afetivo-emocionais atribuídos por mulheres à experiência do parto com doula, os quais podem subsidiar práticas que integrem o cuidado psicológico ao cuidado médico.

## 2. METODOLOGIA

A opção pela abordagem qualitativa se justifica na crença de que ela permite a compreensão em profundidade de um fenômeno e valoriza a singularidade da experiência vivida por um grupo de sujeitos em contextos específicos (Stake, 2011). Elegemos o método psicanalítico como forma de acesso aos sentidos afetivo-emocionais que subjazem a toda e qualquer conduta humana (Bleger, 1989), como é o caso da experiência emocional de mulheres que foram acompanhadas por uma doula durante o parto. A exploração de depoimentos espontâneos de mulheres que postam seus relatos vivenciais sob a forma de videonarrativas na internet, se alinha à perspectiva de que o narrar comunica um drama vivido em seus múltiplos sentidos emocionais (Benjamin, 1996; Bruner, 2004), além de revelar-se como fonte adequada para pesquisas empíricas em virtude de sua massiva utilização no cenário contemporâneo. Este é o caso de *sites* de compartilhamento, eles permitem a expressão pessoal de seus usuários e possibilitam ao pesquisador o acesso audiovisual a relatos de experiências publicados em primeira pessoa.

Baseadas no método psicanalítico, adotamos uma postura de abertura e atenção flutuante diante dos relatos maternos virtuais, deixando-nos impressionar pelo drama que era narrado de modo livre e associativo pelas mulheres, postura que

permite a apreensão dos sentidos conscientes e inconscientes da experiência e que geralmente escapam à atenção voluntária (Granato et al., 2011).

O material narrativo que foi objeto de análise neste estudo foi obtido a partir de duas fontes distintas. A primeira se refere aos vídeos maternos disponíveis no *site Youtube*, que veiculam depoimentos pessoais de mulheres a respeito do parto com doula. A segunda fonte de material narrativo foi o diário de campo confeccionado pela pesquisadora, onde foram registrados dados sobre os vídeos selecionados, tais como seus aspectos formais, seu conteúdo geral, trechos que faziam alusão direta ao objeto do estudo e as impressões pessoais da pesquisadora durante o seu contato com os relatos virtuais.

## 2.1. PROCEDIMENTO

Como primeira etapa da coleta de material narrativo, realizamos a busca de vídeos maternos, que veiculavam relatos pessoais sobre a experiência do parto com doula, no *site* de compartilhamento de vídeos *Youtube*, por meio das palavras-chave “parto com doula”. Realizamos uma primeira seleção do material de acordo com os filtros disponíveis na plataforma, a saber: data do *upload* (fevereiro de 2018 a janeiro de 2019), duração do vídeo (mais de 20 minutos, considerado longo) e classificação dos vídeos (por relevância). Em uma segunda etapa, incluímos vídeos narrados em português, uma vez que nosso interesse neste estudo se volta para a realidade brasileira da assistência materno-infantil. Foram excluídos vídeos profissionais, publicitários e financiados por empresas, além de relatos de parto que apesar de atenderem ao descritor “parto com doula” não referiam a presença de uma doula.

Tendo assistido na íntegra os dez primeiros vídeos que atendiam aos critérios de inclusão, cada narrativa foi registrada pela pesquisadora em seu diário de campo, o qual continha uma breve descrição do relato materno, dados de identificação do vídeo (título, nome do canal, data de upload, número de visualizações e número de curtidas) e suas impressões pessoais a respeito do material. Embora o conteúdo dos vídeos fosse público, cada mãe recebeu um pseudônimo para garantir seu anonimato na futura publicação deste estudo.

## 2.2. ANÁLISE DO MATERIAL NARRATIVO

O material narrativo de cada vídeo materno foi analisado em duas etapas. Primeiro, cada um foi tomado individualmente para análise interpretativa dos sentidos atribuídos pela mãe à sua experiência de parto com doula, a fim de identificar expectativas, crenças e medos em relação ao parto, bem como seu modo de solucionar conflitos nessa área de experiência.

Na segunda etapa, os resultados da análise das narrativas individuais foram tomados como expressão de um grupo de mulheres cuja experiência comum foi o fato de terem vivido o parto acompanhadas por uma doula. As impressões preliminares da pesquisadora foram compartilhadas com os demais membros do grupo de pesquisa, visando a triangulação de pesquisadores (Flick, 2014) e agregar rigor ao estudo qualitativo mediante a exploração de sentidos múltiplos. Isso tudo, antes de se chegar a um consenso acerca dos campos de sentido afetivo-emocional (Herrmann, 2011), que subjazem às narrativas maternas virtuais.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A figura 1 sintetiza as principais características dos arquivos selecionados: as informações técnicas dos vídeos, como duração, data do *upload*, número de visualizações (até a data da coleta de dados), além de uma breve descrição dos relatos. Os vídeos analisados, cujas protagonistas eram as mães-narradoras, caracterizaram-se pela espontaneidade, uma vez que a maioria dos relatos (90%) foram gravados em suas residências, sendo alguns no próprio quarto do bebê cujo nascimento estava sendo narrado. Os relatos maternos traduziam intimidade e informalidade, pelo uso de gírias, exemplos do cotidiano e humor, além da intenção de aconselhar e alertar mulheres que viessem a passar pela experiência do parto.

## Figura 1

### *Caracterização dos vídeos maternos selecionados*

<b>Narradora</b>	<b>Duração</b>	<b>Data do upload</b>	<b>Número de visualizações</b>	<b>Breve descrição do relato</b>
Adriana	28min9s	24-7-2018	465	Mesmo após ter ouvido comentários desencorajadores de outras pessoas a respeito do parto normal, Adriana suportou as dores do período de dilatação com a ajuda do marido, da doula e da obstetrix. Ao final do relato, destaca o sentimento de felicidade por ter conseguido o parto normal conforme havia desejado.
Bárbara	39min42s	7-4-2018	2116	Bárbara relata a experiência do parto da primeira filha, descrevendo as primeiras contrações, que foram aumentando em intensidade, o acompanhamento prestado pela mãe, pela sogra e pelo marido, o suporte prestado pela doula e pela equipe obstétrica e a felicidade ao ter sua filha na banheira do hospital.
Carmem	37min6s	7-11-2018	1256	O trabalho de parto de Carmem ocorreu no plantão da maternidade. Apesar disso, a equipe obstétrica adotou atitudes humanizadas: na hora do nascimento, as luzes estavam apagadas, o ar-condicionado desligado e a equipe silenciosa, o que foi lembrado como experiência satisfatória.
Daniela	27min47s	17-5-2018	1789	Daniela teve a segunda filha em um centro de parto normal ( <i>Birth Centre</i> ) no Reino Unido. Em seu relato, ela destacou o cuidado humanizado que recebeu por parte de toda a equipe obstétrica e principalmente por sua doula, narrando a satisfação por ter superado as ansiedades que a atormentavam em relação ao trabalho de parto.
Eliana	36min41s	29-10-2018	47709	Eliana relata o desespero diante de duas manobras de descolamento de membrana e uma de amniotomia, que tornaram seu trabalho de parto difícil e doloroso. Entretanto, o encorajamento da doula, da família e dos profissionais de saúde foi fundamental para a superação das dificuldades rumo ao parto normal.

Flávia	19min59s	25-6-2018	4437	Flávia relata o nascimento do segundo filho, em sua casa durante a madrugada, do qual participaram duas enfermeiras obstétricas, uma doula, seu marido, seu primeiro filho e sua sobrinha. O parto domiciliar foi vivido de modo gratificante, com o argumento de que a mulher estava em seu ambiente e recebendo suporte de vários acompanhantes.
Giovana	20min22s	5-4-2018	743	Após experiência anterior com uma cesárea de emergência e um parto normal violento, Giovana optou pelo parto humanizado por meio do SUS. Ela descreveu o parto como “supertranquilo”, justificando que o hospital estava com pouco movimento e que a atitude da equipe obstétrica e de sua doula tinha sido acolhedora.
Helena	37min4s	29-6-2018	5236	Helena narra seu parto como normal, natural e rápido, ressaltando o quanto a preparação durante a gestação e o suporte provido pela doula foram importantes para viver a experiência de forma mais integrada, informada e consciente de si mesma.
Iara	24min2s	19-11-2018	75	Iara sonhou a vida inteira com o parto normal. Entretanto, o diagnóstico de polidrâmnio e o trabalho de parto prematuro resultaram em uma cesárea humanizada. Embora isso a tenha impedido de ter o parto pela via desejada, seu registro da experiência foi positivo, visto que o suporte emocional recebido permitiu que ela se sentisse segura e amparada.
Jane	30min43s	27-9-2018	11509	Para a chegada da filha, Jane sonhava com um parto normal completamente diferente da cesárea a que foi submetida quando teve o primeiro filho. Ela se preparou durante a gravidez, trocou de médica para se sentir mais segura, aguentou horas de trabalho de parto, mas apesar do apoio da equipe obstétrica, do marido e da doula, acabou precisando de uma cesariana. No entanto, enfatiza que essa cesárea foi humanizada, diferenciando-se da experiência anterior.

A análise interpretativa das narrativas maternas resultou em três campos de sentido afetivo-emocional que se tornaram emblemáticos da experiência emocional vivida pelas autoras dos vídeos: “parto (des)humanizado”, “empoderada, mas acompanhada” e “a bolsa da Mary Poppins”, os quais serão definidos, ilustrados e discutidos a seguir.

### **3.1. Campo 1: parto (des)humanizado**

O campo “parto (des)humanizado” comunica tanto o desejo feminino pelo parto humanizado quanto o temor do desamparo e/ou da violência obstétrica, isto é, da ausência de assistência e suporte adequados neste momento delicado e intenso da vida. Desse modo, este campo sugere que a contratação de uma doula tem a função de proteger a mulher da ameaça de ter suas necessidades físicas e emocionais desconsideradas durante seu trabalho de parto.

A humanização do parto preconiza o resgate do protagonismo da mulher durante essa experiência, por meio da mudança da relação estabelecida entre esta e a equipe obstétrica. Nesse modelo de assistência, os profissionais envolvidos no parto, alinhados com a medicina baseada em evidências, estimulam a autonomia da mulher, garantindo seu acesso à informação acerca dos processos fisiológicos, psicológicos, sociais e espirituais do nascimento, incluindo o uso de métodos naturais e farmacológicos para o alívio da dor, possíveis intervenções e sobre seus direitos durante o trabalho de parto. Nesse cenário acolhedor, é garantido à mulher seu lugar de sujeito na tomada de decisões mais informadas sobre o próprio parto, vivendo essa experiência de uma forma saudável e satisfatória (Jones, 2002; Wagner, 2001).

O Ministério da Saúde (2001) tem trabalhado no sentido de promover assistência humanizada e de qualidade para as mulheres durante a gestação, parto e puerpério, com o objetivo de promover o trabalho de parto e o nascimento saudáveis, prevenir a mortalidade materna e perinatal, estimular o uso de procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitar intervenções desnecessárias e preservar a privacidade e a autonomia da parturiente. Nos relatos maternos, observamos que a maioria das mulheres tomou providências, já durante a gestação, para viabilizar um parto humanizado por meio de seu protagonismo, fazendo escolhas mais informadas, corroborando os achados de Teixeira e Santos (2018). Para isso, elas lançaram mão de livros, filmes, vídeos virtuais, encontros com a doula e relatos de parto de outras mães, a fim de aprender sobre a fisiologia do parto, métodos não-farmacológicos de alívio da dor e sobre seus direitos: “As decisões que você toma quando você tem informação são muito melhores.” (Carmen) e “pesquisar muito . . . vai te trazer

informação, e eu acho que informação é fundamental para que você tenha um parto da melhor forma possível.” (Helena).

Além do esforço pessoal da gestante, o cuidado humanizado por parte da equipe obstétrica é visto como fundamental para afastar o fantasma da violência, conforme explica Daniela: “Eu estava orando muito pra Deus preparar uma equipe muito boazinha . . . que não me abalasse o emocional”. O mesmo temor de viver o desamparo e a impossibilidade de protagonizar o próprio parto foi mencionado por Helena: “O que eu não queria era estar num momento tão especial da minha vida e passar por alguma violência obstétrica”. Jane também tentou se proteger da reedição da experiência traumática vivida na primeira gestação: “Acima de tudo . . ., eu queria um parto muito humanizado, porque a minha primeira experiência foi bizarramente nada humanizada”.

O temor do desamparo em um momento de vulnerabilidade, quando seus recursos emocionais são colocados à prova, revela que, apesar do engajamento feminino na busca pelo parto humanizado, vivências negativas e desrespeitosas ainda são relatadas, além de falhas no que diz respeito ao acolhimento, às práticas de cuidado adotadas pela equipe obstétrica e aos procedimentos a que foram submetidas durante o trabalho de parto. Jamas et al. (2013), Scarton et al. (2015) e Teixeira e Santos (2018) alertam para a necessidade de mudança de atitude em termos de assistência perinatal, ainda fortemente orientada pelo modelo de assistência biomédico (Scarton et al., 2015).

Além do parto humanizado, todas as mulheres deste estudo manifestaram o desejo pelo parto normal (denominação usualmente atribuída ao parto vaginal), em oposição à cesariana, revelando no imaginário feminino um equívoco entre a via final de parto e o modelo de assistência ao parto. Na realidade, qualquer parto, independentemente da via de nascimento, está sujeito à desumanização e à violência por parte da equipe obstétrica. Além disso, nem toda intervenção médica durante o trabalho de parto qualifica uma violência obstétrica, conforme a intervenção seja comprovadamente necessária e respeite a dignidade e a autonomia da parturiente (Jansen et al., 2013; Zanardo et al., 2017).

Dentre os dez vídeos selecionados para este estudo, oito mulheres tiveram parto normal, sendo que três delas receberam algum tipo de intervenção medicamentosa durante o trabalho de parto. Já em dois casos, o trabalho de parto terminou em cesariana por indicação médica e por opção da parturiente. No entanto, a memória do parto como evento satisfatório e humanizado pareceu pautar-se mais pelos cuidados recebidos da equipe obstétrica e da doula, os quais facilitaram a superação de medos pessoais e culturalmente engendrados, conforme observação de Jamas et al. (2013).

O relato de Iara reflete como a atitude acolhedora e respeitosa da equipe obstétrica a auxiliaram na elaboração dessa experiência: “Quando eu me lembro do meu trabalho de parto, não me lembro dele com trauma, com tristeza . . . e eu acho que é isso que caracteriza um parto humanizado, sabe, você conseguir lembrar dele e não lembrar das partes ruins, mas as partes boas de tudo que aconteceu”.

Alinhadas à perspectiva Winnicottiana de que a provisão de cuidados afinados às necessidades do indivíduo estabelece as bases para a saúde mental e a manutenção desta na vida adulta (Medeiros & Aiello-Vaisberg, 2014; Winnicott, 2013), compreendemos que, conforme as mulheres deste estudo foram amparadas pelo cuidado humanizado provido pela equipe obstétrica, pela doula e/ou pelo marido, a turbulenta experiência do parto, que de outra forma poderia ter sido vivida como interrupção da continuidade existencial da parturiente, tornou-se não só suportável, mas enriquecedora. Nesse sentido, concluímos que sustentar emocionalmente a experiência de transição para a maternidade, de forma ética e adequada, constitui um importante desafio para a área da assistência perinatal.

### 3.2. CAMPO 2: EMPODERADA, MAS ACOMPANHADA

Este campo comunica que o empoderamento e o protagonismo da mulher na gestação, parto e puerpério não pressupõem sua responsabilização pelo desfecho de cada um desses processos e nem a onipotência de passar por essas experiências de modo autossuficiente. Uma das estratégias adotadas por metade das videonarradoras deste estudo, já conscientes de seus direitos, é o plano de parto. Trata-se de um documento legal elaborado pela gestante para comunicar suas necessidades e preferências no que tange à condução do parto e as intervenções médicas em condições de baixo risco para mãe e bebê, assegurando seus direitos.

Em conformidade com os sentidos que este campo 2 revela, os relatos maternos continham advertências contra a responsabilização exclusiva, mas também contra a onipotência materna, reconhecendo a necessidade de um suporte emocional durante essa difícil transição que opera grandes transformações físicas, psicológicas e sociais. Embora em nossos vídeos, as mulheres tenham sido majoritariamente acompanhadas por seus companheiros, além da doula, Kabakian-Khasholian e Portela (2017) indicam a preferência pela acompanhante feminina em quatro estudos de sua revisão. Flávia confirma essa preferência: “A presença mais forte que tinha no meu lado era a [doula], a [doula] era como se fosse a minha âncora, assim eu sabia que eu podia me soltar naquele vazio, porque eu estava bem ancorada”.

Nos relatos, ficou evidente que as mulheres valorizaram a presença ativa do acompanhante, fosse a doula ou o marido, que lhe proveu cuidados físicos e emocionais durante o trabalho de parto, achados que estão afinados com as evidências científicas sobre os benefícios proporcionados pela presença de um acompanhante no parto, como a maior ocorrência de partos naturais, menor duração do trabalho de parto, redução do uso de medicações (Hodnett et al., 2013), mais independência em relação à equipe obstétrica (Kabakian-Khasholian & Portela, 2017) e percepção mais positiva a respeito dessa experiência (Kabakian-Khasholian & Portela, 2017; Lunda et al., 2018; Silva et al., 2018).

A fala de Flávia impressiona ao comunicar que o apoio de seu filho mais velho lhe deu força para enfrentar o trabalho de parto: “Ele falava ‘respira mamãe’. . . ‘força, mamãe, força, mamãe’”, mostrando quão fundamental é incluir o cuidado afetivo, provido pelo acompanhante, aos cuidados técnicos (Winnicott, 2007) para a integração da experiência do parto ao *self*.

Concordamos com Teixerense e Santos (2018) quanto ao fato de que atribuir exclusivamente à gestante o papel de protagonista e responsável pelo desfecho de seu trabalho de parto pode gerar sentimentos de culpa, especialmente quando o parto não ocorre da forma idealizada. Participar das decisões a respeito da própria saúde e de seu filho e desfrutar da presença do acompanhante contribui para que a parturiente viva uma experiência saudável e realizadora, entre os extremos da impotência e da onipotência.

Apesar de a *Lei nº 11.108*, de 7 de abril de 2005, denominada Lei do Acompanhante, garantir a presença de uma pessoa de escolha da parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sua implementação ainda enfrenta desafios no Brasil. Diniz et al. (2014) identificaram falhas na implementação da Lei do Acompanhante tanto em hospitais públicos quanto privados, pois nem todas as mulheres tiveram o acompanhante durante o parto de modo contínuo, especialmente mulheres de baixa renda e nível de escolaridade inferior, pretas ou pardas, usuárias do SUS. Tal fato destaca a falta de acesso das camadas menos favorecidas da população às políticas públicas, desconsiderando suas necessidades emocionais e até os benefícios econômicos que a medida traria, como a redução de custos em intervenções obstétricas e cesarianas (Kabakian-Khasholian & Portela, 2017).

A partir de uma leitura winnicottiana, compreendemos que a experiência de vulnerabilidade física e emocional da parturiente se assemelha àquela vivida inicialmente pelo bebê, pois além do trabalho de parto acenar com o novo, sua intensidade emocional coloca à prova os recursos psicológicos da mulher, desencadeando ansiedades e defesas primitivas (Granato & Aiello-Vaisberg,

2009). Nessa perspectiva, podemos supor que a doula desempenha o papel da mãe suficientemente boa que protege a mulher de experiências psiquicamente intensas e potencialmente desorganizadoras mediante a oferta de sustentação física e emocional. Experiências emocionais primitivas reativadas no processo do parto podem ser especialmente problemáticas quando ao invés do retraimento saudável, que Winnicott (2000) denominou de preocupação materna primária, apresentam um quadro de regressão patológica que compromete a sua saúde mental e a sintonia mãe-bebê.

Por estas razões, concluímos que o estabelecimento de uma rede de apoio afinada às necessidades da mulher durante a tumultuada experiência do parto é mais que necessária e começa pela reformulação das práticas que profissionais e gestores de saúde materno-infantil vêm reproduzindo sem maiores questionamentos.

### 3.3. CAMPO 3: A BOLSA DA MARY POPPINS

Este campo revela o lugar mágico que a doula ocupa no imaginário das autoras dos vídeos analisados, visto que as ações dessa profissional vão ao encontro das necessidades da parturiente de modo intuitivo e visceral. Como figura capaz de acolher o desamparo materno para transformá-lo em potência por meio de seus gestos e dos apetrechos que retira de sua bolsa sempre que identifica uma necessidade, a doula é comparada à personagem *Mary Poppins* em um dos relatos. Entendemos que a referência à babá perfeita que vem colocar ordem e cor na vida dos filhos de um milionário rígido e severo tenha sido a maneira emblemática que Jane encontrou para ilustrar o tipo de afinidade e disponibilidade (Winnicott, 2000), que garante o cuidado suficientemente bom.

Em todos os vídeos selecionados para este estudo são apresentadas experiências satisfatórias e transformadoras promovidas pelo cuidado atento e afinado da doula, como é o caso de Bárbara: “Ela te ajuda, ela trabalha seu psicológico junto com você e te dá um equilíbrio, te dá uma força, sabe? É uma sintonia muito forte, é como se fossem mãe e filha”. O mesmo tipo de narrativa foi encontrado no estudo de Lunda et al. (2018), quando uma das participantes nomeou sua doula como uma irmã de parto (*birthing sister*) e uma bruxa positiva (*positive witch*). Já as puérperas entrevistadas por Rodrigues e Siqueira (2008) associaram a doula a figuras de anjo, mãe e fada. Em nosso estudo, Giovana ilustra essa tendência: “A doula me abraçando. . . Nossa, que anjo, sério mesmo, que anjo!”.

Também encontramos muitas referências à perfeita sintonia entre as necessidades da parturiente e as atitudes da doula: a oferta de um docinho na hora em que achavam que desmaiariam de dor, um encorajamento na hora que achavam que desistiriam do parto normal e uma presença viva e suportiva nos

momentos de angústia – assim como a mãe suficientemente boa que oferece o seio no momento em que o bebê está faminto (Winnicott, 2000). A sintonia entre as necessidades da mulher e o cuidado oferecido pela doula adquirem o mesmo caráter mágico que o cuidado materno adequado tem para o bebê em seus primeiros meses de vida, conforme revelam Adriana e Helena: “Eu vi ela [doula] chegando assim . . . Metade das dores que eu estava sentindo foram embora” (Adriana). “A doula não faz toque, ela não pode ver quanto você tem de dilatação, mas ela consegue sentir, sabe? Ela consegue olhar para você e ver em que nível, assim, do trabalho de parto, você está” (Helena).

Compreendemos que a “magia da doula” consiste em dar sentido e tornar suportável a experiência do parto que, em certos momentos, parecia exceder os recursos emocionais da parturiente, tornando-a assimilável ao eu. Experiência esta que, ao ser integrada, promove o fortalecimento do *self* e não sua desintegração, contribuindo para seu equilíbrio mental (Winnicott, 2000; Winnicott, 2007). Nesse sentido, a doula é reconhecida imaginativamente como figura mágica cujo poder está em sua sensibilidade e dedicação (Winnicott, 2000) quando auxilia a mulher a fazer a travessia psíquica do parto: “A [doula] tinha os aromas, ela tinha os óleos, ela tinha as essências, ela tirava cada hora da bolsa dela da Mary Poppins uma coisa diferente pra me deixar mais tranquila” (Jane).

De acordo com a literatura científica, o cuidado físico, emocional e informacional prestado pela doula não se restringe às parturientes, estendendo-se aos demais acompanhantes (Lunda et al., 2018; Santos & Nunes, 2009; Steel et al., 2013; Valdés & Morlans, 2005) de modo a capacitá-los a prestar um suporte físico e emocional mais afinado às necessidades maternas. Além disso, por seus conhecimentos técnicos a respeito do parto, a doula também contribui na mediação entre a equipe de saúde e a parturiente (Lunda et al., 2018; Santos & Nunes, 2009; Steel et al., 2013), provendo informações sobre procedimentos e auxiliando na tomada de decisões, especialmente quando o parto não ocorre conforme previsto no Plano de Parto (Amram et al., 2014). Esse tipo de tradução simultânea realizada pela doula sobre o que está ocorrendo no corpo da mulher permite que esta se entregue ao processo de parto de forma segura e informada, garantindo o seu protagonismo, já que não precisa se defender psiquicamente.

Assim como ocorre com outros acompanhantes, a inclusão da doula durante o trabalho de parto tem enfrentado resistências e desafios, uma vez que essa figura é marcada por preconceitos relacionados à indefinição de suas atribuições e benefícios para o processo de parto e nascimento e à possibilidade de realizar condutas para as quais não estaria habilitada (Sampaio et al., 2018; Santos e Nunes, 2009). Este imaginário pode decorrer da proposta de um cuidado mais humanizado às gestantes que se antagoniza ao modelo biomédico de assistência

ao parto (Barbosa et al., 2018). Apesar de Amram et al. (2014) identificarem que 376 doulas consideravam como seu papel fornecer apoio à mulher e seu acompanhante para que fizessem escolhas informadas, além de incentivar a participação ativa no processo do parto, as doulas também temiam serem percebidas pela equipe obstétrica como se estivessem contrariando suas práticas. Sampaio et al. (2018) afirmam que, pelo fato da presença de doulas no Brasil ser recente, datando do final dos anos 1990, o papel dessas profissionais ainda não se diferencia dos demais na cena do parto.

Embora nenhuma de nossas videonarradoras tenha relatado vivências negativas ou insatisfatórias relacionadas à presença da doula durante o trabalho de parto, vale questionar se essa valorização da presença dessa profissional durante esse momento não poderia representar uma mudança na tutela da mulher durante o parto, do médico para a doula, configurando-se como mera reprodução do modelo biomédico. Sampaio et al. (2018) alertam quanto à aproximação entre o discurso das doulas e o modelo biomédico, especialmente ao considerar a dicotomia entre o “natural” e o “moderno/tecnológico”, influenciando a parturiente em suas escolhas, do mesmo modo que o médico fazia.

Cabe aqui, portanto, um alerta quanto ao que de fato caracteriza um verdadeiro contexto de humanização do nascimento e se não se estaria equivocadamente confundindo a via de parto e as intervenções medicamentosas ou cirúrgicas com o respeito ético e a proteção ao protagonismo da mulher. Diante disso, é mister que a participação da doula na experiência do parto seja mediada pela oferta de informações sobre sua atuação e os benefícios de sua presença para os processos de parto e nascimento, além de novos estudos que investiguem os benefícios de uma assistência humanizada e baseada em evidências.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que, para as autoras dos vídeos analisados, importou mais a possibilidade de viver a experiência do parto de forma humana, respeitosa e amparada pela doula do que a via final de parto. Já o descompasso entre a expectativa de mulheres quanto ao acolhimento durante o trabalho de parto e o cuidado que é efetivamente recebido no contexto brasileiro sugere a necessidade de políticas públicas que visem um modelo de assistência ao parto verdadeiramente humanizado. Nesse sentido, a inclusão de doulas na assistência perinatal afigura-se como iniciativa importante para o resgate do cuidado emocional durante o parto, dimensão abandonada pelo modelo de assistência biomédico.

Em relação aos limites do uso de mídias sociais neste estudo, deparamo-nos com a impossibilidade de atestar o quanto a experiência narrada em vídeos públicos corresponde ao vivido. Em contrapartida, o compartilhamento virtual de relatos pessoais sobre a experiência do parto com doula pareceu-nos atender a dois propósitos principais da narradora: elaborar psiquicamente a experiência vivida ao contá-la para sua interlocutora (Bruner, 2004) e alertar esta mesma interlocutora sobre os contornos que a experiência do parto pode adquirir, o que nos leva a concluir pela adequação do *site Youtube* como fonte de pesquisas científicas cujo objeto de estudo seja a experiência vivida.

## REFERÊNCIAS

- Amram, N. L., Klein, M. C., Klein, M. C.; Mok, H., Simkin, P., Lindstrom, K., Grant, J. (2014). How birth doulas help clients adapt to changes in circumstances, clinical care and client preferences During Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 23(2), 96-103.
- Barbosa, M. B. B., Herculano, T. B., Brilhante, M. A. A., & Sampaio, J. (2018). Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. *Saúde Debate*, 42(117), 420-429.
- Batista Filho, M., & Rissin, A. (2018). A OMS e a epidemia de cesarianas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 18(1), 3-4.
- Benjamin, W. (1996). O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In W. Benjamin (Ed.), *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura* (pp. 197-221). Brasiliense. (Trabalho original publicado em 1936).
- Bleger, J. (1989). *Psicologia da conduta*. Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963).
- Bruner, J. (2004). Life as narrative. *Social Research*, 71(3), 691-710.
- Carvalho, L. (2015). *Eu não quero outra cesárea: ideologia, relações de poder e empoderamento feminino nos relatos de parto após cesárea*. Lexema.
- Casal-Moros, N., & Alemany-Anchel, J. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto: un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 61-64.
- Diniz, C. S. G., d'Orsi, E., Domingues, R. M. S. M., Torres, J. A., Dias, M. A. B., Scheneck, C. A., Lansky, S., Teixeira, N. Z. F., Rance, S., & Sandall, J. (2014). Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), 140-153.
- Flick, U. (2014). *An introduction to qualitative research* (5 ed.). Sage.
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009). Maternidade e colapso: consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. *Paideia*, 19(44), 395-401.

- Granato, T. M. M., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. *Psicologia & Sociedade*, 23(spe.), 81-89.
- Green, J., & Hotelling, B. A. (2014). Healthy birth practice #3: bring a loved one, friend, or doula for continuous support. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 194-197.
- Gruber, K. J., Cupito, S. H., & Dobson, C. F. (2013). Impact of doulas on healthy birth outcomes. *The Journal of Perinatal Education*, 2(1), 49-56.
- Hans, S. L., Edwards, R. C., & Zhang, Y. (2018). Randomized controlled trial of doula-home-visiting services: impact on maternal and infant health. *Maternal and Child Health Journal*, 22(suppl. 1), 105-113.
- Hermann, F. (2011). *Introdução à teoria dos campos*. Casa do Psicólogo.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Jamas, M. T., Hoga, L. A. K., & Reberte, L. M. (2013). Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(12), 2436-2446.
- Jansen, L., Gibson, M., Bowles, B. C., & Leach, J. (2013). First do no harm: interventions during childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 22(2), 83-92.
- Jones, R. H. (2002). Humanização do parto: qual o verdadeiro significado? In *Amigas do parto*. <http://www.amigasdoparto.com.br/ac015.html>
- Kabakian-Khasholian, T., & Portela, A. (2017). Companion of choice at birth: fator affecting implementation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 265.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (2012). *The Doula Book: How a Trained Labor Companion Can Help You Have a Shorter, Easier, and Healthier Birth* (3. ed.). Merloyd Lawrence.
- Kozhimannil, K. B., Attanasio, L. B., Jou, J., Joarnt, L. K., Johnson, P. J., & Gjerdingen, D. K. (2014). Potential benefits of increased access to doula support during childbirth. *American Journal of Managed Care*, 20(8), 340-352.

- Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. (2005, de 7 de abril). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
- Lopes, R. C. S., Donelli, T. S., Lima, C. M., & Piccinini, C. A. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 247-254.
- Lunda, P., Minnie, C. S., & Benadé, P. (2018). Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 167. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1755-8>
- Maldonado, M T. (2017). *Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor*. Ideias & Letras.
- Medeiros, C. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). Reflexões sobre *holding* e sustentação como gestos psicoterapêuticos. *Psicologia Clínica*, 26(2), 49-62.
- Ministério da Saúde. (2001). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. MS.
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. 1996.
- Palharini, L. A. (2017). Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cadernos Pagu*, 49, 174-907.
- Rodrigues, A. V., & Siqueira, A. A. F. (2008). Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(2), 179-186.
- Sampaio, J., Brilhante, M. A. A., & Herculano, T. B. (2018). Doulas: movimento social e luta por políticas públicas sobre direitos sexuais e reprodutivos. *Gênero*, 18(2), 103-122.
- Sánchez, J. A., Martínez-Ros, M. T., Castaño-Molina, M. Á., Nicolás-Vigueras, M. D., & Martínez-Roche, M. E. (2016). Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. *Aquichan*, 16(3), 370-381.

- Santos, D. S., & Nunes, I. M. (2009, julho-setembro). Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(3), 582-589. <https://www.scielo.br/j/ean/al/Pm3jWkQ4NkyxxB9pkhbLNhK/?format=pdf&lang=pt>
- Scarton, J., Prates, L. A., Wilhelm, L. A., Silva, S. C., Possati, A. B., Ilha, C. B., & Ressel, L. B. (2015). “No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(spe), 143-151.
- Silva, R. C. F.; Souza, B. F.; Wernet, M.; Fabbro, M. R. C.; Assalin, A. C. B., & Bussadori, J. C. C. (2018). Satisfação no parto normal: Encontro consigo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, 20170218.
- Stake, R. (2011). *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Penso.
- Steel, A., Diezel, H., Johnstone, K., Sibbritt, D., Adams, J., & Adair, R. (2013). The value of care provided by student doulas: An examination of the perceptions of women in their care. *The Journal of Perinatal Education*, 22(1), 39-48.
- Teixerense, M. M. S., & Santos, S. L. S. (2018). From expectation to experience: humanizing childbirth in the brazilian national health system. *Interface*, 22(65), 399-410.
- Thomas, M., Ammann, G., Brazier, E., Noyes, P., & Maybank, A. (2017). Doula services within a healthy start program: increasing access for an underserved population. *Maternal and Child Health Journal*, 21(suppl. 1), 59-64.
- Valdés, V., & Morlans, X. (2005). Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70(2), 108-112.
- Velho, M. B., Santos, E. K. A., & Collaço, V. S. (2014). Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 282-289.
- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(1), 25-37.
- Winnicott, D. W. (2000a). A Preocupação Materna Primária. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (pp. 399-405). Imago.

- Winnicott, D. W. (2000b). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (pp. 218-232). Imago.
- Winnicott, D. W. (2007a). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. W. Winnicott, *O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp. 55-61). Artmed. (Trabalho original publicado em 1962).
- Winnicott, D. W. (2007b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp. 38-54). Artmed.
- Winnicott, D. W. (2013). Família e maturidade emocional. In D. W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual*. (pp. 129-138). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1960).
- Zanardo, G. L. P., Uribe, M. C., Nadal, A. H. R., & Habigzang, L. F. (2017). Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 29, 155043.