

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA**

**Existe escuridão em dar à luz? Que história nos contam as Doulas em Viçosa-  
MG**

Mariana Oliveira Ferreira de Freitas  
*Magister Scientiae*

**VIÇOSA - MINAS GERAIS  
2026**

**MARIANA OLIVEIRA FERREIRA DE FREITAS**

**Existe escuridão em dar à luz? Que história nos contam as Doulas em Viçosa-MG**

Dissertação Mestrado Profissional  
apresentada à Universidade Federal de  
Viçosa, como parte das exigências do  
Programa de Pós-Graduação em  
Patrimônio Cultural Paisagens e  
Cidadania (Profissional), para obtenção  
do título de *Magister Scientiae*.

Orientadora: Vanessa Lana

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade  
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

F866e  
2026

Freitas, Mariana Oliveira Ferreira de, 2001-

Existe escuridão em dar à luz?: que história nos contam as  
Doulas em Viçosa-MG / Mariana Oliveira Ferreira de Freitas. –  
Viçosa, MG, 2026.

1 dissertação eletrônica (254 f.): il. (algumas color.).

Inclui apêndices.

Orientador: Vanessa Lana.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa,  
Departamento de História, 2026.

Referências bibliográficas: f. 211-221.

DOI: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2026.420>

Modo de acesso: World Wide Web.

1. Doulas - Viçosa (MG) - História - Séc. XX. 2. Parto  
humanizado - Viçosa (MG). 3. Violência obstétrica - Viçosa  
(MG). I. Lana, Vanessa, 1982-. II. Universidade Federal de  
Viçosa. Departamento de História. Programa de Pós-Graduação  
em Patrimônio Cultural, Paisagens e Cidadania. III. Título.

CDD 22. ed. 362.19820098151

**MARIANA OLIVEIRA FERREIRA DE FREITAS**

**Existe escuridão em dar à luz? Que história nos contam as Doulas em Viçosa-MG**

Dissertação Mestrado Profissional  
apresentada à Universidade Federal de  
Viçosa, como parte das exigências do  
Programa de Pós-Graduação em Patrimônio  
Cultural Paisagens e Cidadania (Profissional),  
para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 29 de abril de 2026.

Assentimento:

---

Mariana Oliveira Ferreira de Freitas  
Autora

---

Vanessa Lana  
Orientadora

Essa dissertação mestrado profissional foi assinada digitalmente pela autora em 14/07/2026 às 19:27:55 e pela orientadora em 15/07/2026 às 14:23:58. As assinaturas têm validade legal, conforme o disposto na Medida Provisória 2.200-2/2001 e na Resolução nº 37/2012 do CONARQ. Para conferir a autenticidade, acesse <https://siadoc.ufv.br/validar-documento>. No campo 'Código de registro', informe o código **LF17.ROUX.QV9X** e clique no botão 'Validar documento'.

Este trabalho é dedicado às Parteiras, Aparadeiras, Comadres e Doulas.

Às Mulheres que, ao longo da História, perseveraram o cuidado humano dos partos.  
Contra a correnteza protegeram e compartilharam seus saberes preciosos sobre o  
dar à luz.

Dedico às Mães, corpos fantásticos que foram os primeiros lares da vida.

E, por fim, dedico à comunidade viçosense. Que possa então, fazer desta produção,  
uma chave de transformação, para que alcancemos a vitória na batalha contra a  
violência obstétrica, refletindo em atendimentos empoderadores e empáticos, um  
parto de cada vez...

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi realizado com o apoio das seguintes agências de pesquisa brasileiras: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Minha gratidão fundamentalmente é destinada aos meus empenhos, aos sacrifícios e a devoção investida para o desenvolvimento de tal pesquisa. Foram enfrentamentos internos e externos, dúvidas paralisantes e certezas impulsionadoras que se contrastavam em meu ser. Foram tempos de abnegação. Mas, ainda que fosse uma entrega sem esperar grandes recompensas, ao longo da produção deste trabalho pude conhecer limpidamente a melhor versão de mim. Experimentei um sentimento tão grandioso de retorno e reconhecimento que jamais imaginei atingir. Mais do que a consciência de dever cumprido, foi perceber de fato que o meu estudo tocava as pessoas profundamente, emocionava e conectava. Foi a beleza de apreciar finalmente a relevância prática do tema para qual me dedico a tantos anos.

O meu muito obrigada, se consagra à UFV, por ser um espaço de tamanha potencialidade e formosura. Se estende aos professores, que tive a honra do convívio, pela inspiração e pelos memoráveis conselhos. E, à minha orientadora Vanessa Lana, por acreditar em minha competência e confiar no valor de minhas pesquisas, desde o Trabalho de Conclusão de Curso.

Não acho ser possível colocar em palavras meus agradecimentos as brilhantes entrevistadas. Por serem grande referência enquanto profissionais e enquanto mulheres, o principal pilar de edificação dessa dissertação. Sem seus ensinamentos, disponibilidade e zelo, as dimensões dessa construção não seriam tão satisfatórias. Sou grata aos meus pais, pela maneira incondicional com que demonstram segurança e apoio aos meus sonhos, se desdobrando para me proporcionar as melhores condições e oportunidades. Aos meus primos-irmãos, por serem um suspiro de alegria em meio as atribulações do dia a dia. À minha amiga Raquel, por me ouvir e me entender como ninguém, me auxiliando nas circunstâncias felizes e principalmente nas horas de dificuldades. Ao Pedro, lar do meu coração, por todo cuidado e carinho.

Agradeço a todas às personalidades e seres que admiro e nos quais me espelho, que preservam com carinho e garra a natureza ancestral do parto. Além de todos os espíritos amigos que de algum modo fizeram parte da minha história, me fortaleceram, incentivaram e me foram

preciosos para elaboração de mais um trabalho, do qual me orgulho imensamente. Obrigada também a você que está lendo! Nas páginas a seguir expresso meu grande amor pelo tema, espero que possa senti-lo.

"A humanidade não pode sobreviver sem redescobrir as leis da natureza; o primeiro passo, que deverá ser de reconsiderar a forma pela qual os bebês nascem, implica no resgate do trabalho autêntico da parteira..."

— Ina May Gaskin

## RESUMO

FREITAS, Mariana Oliveira Ferreira de, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, abril de 2026. **Existe escuridão em dar à luz? Que história nos contam as Doulas em Viçosa-MG.** Orientadora: Vanessa Lana.

Este estudo visa analisar a trajetória das Doulas na cidade de Viçosa, Minas Gerais, a partir de uma abordagem historiográfica crítica sobre o parto e os desafios enfrentados por essas profissionais para serem reconhecidas no cenário obstétrico do município. O recorte temporal da pesquisa abrange o século XX até os dias atuais, com ênfase nos desdobramentos contemporâneos ocorridos entre a última década — período em que se intensificam os debates sobre a humanização do parto e surgem dados empíricos mais sistematizados sobre a atuação das Doulas no contexto da maternidade do Hospital São Sebastião, principal espaço de observação e análise. O estudo se justifica pela relevância crescente das discussões acerca das práticas humanizadas de assistência ao parto e pela necessidade de compreender como a presença das Doulas desafia as estruturas tradicionais da obstetrícia e as relações de poder estabelecidas nas instituições de saúde. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, fundamentada em revisão bibliográfica, análise documental legislativa e entrevistas. Estudos anteriores apontam que, um grande número de equipes médicas, enxerga a Doula como uma concorrente na cena de parto, frequentemente interpretando sua presença como uma disputa de hierarquias e temendo o acompanhamento dessas mulheres como testemunhas de possíveis irregularidades e casos de violência obstétrica. Busca-se, portanto, investigar a resistência e as adversidades encaradas pelas Doulas, explorando o impacto de seu desempenho na redução da violência obstétrica e na promoção da humanização real do parto. São abordados aspectos como a história da obstetrícia, a medicalização do corpo feminino, e as políticas públicas de saúde. O trabalho também objetiva fomentar um diálogo com a comunidade local, reunindo relatos e reflexões sobre o trabalho das Doulas e promovendo o acesso a informações legítimas sobre o tema. Por fim, busca-se contribuir para uma compreensão mais ampla da importância da atuação das Doulas na cidade, oferecendo uma análise fundamentada do parto e evidenciando o caráter político do parir e da doulagem, dando visibilidade às vozes e experiências dessas mulheres no cenário viçosense contemporâneo.

Palavras-chave: Doula; parto; humanização; violência obstétrica; Viçosa-MG.

## ABSTRACT

FREITAS, Mariana Oliveira Ferreira de, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, April, 2026. **Is there darkness in giving birth? What story do the doulas in Viçosa-MG tell us?**. Adviser: Vanessa Lana.

This study aims to analyze the trajectory of Doulas in the city of Viçosa, Minas Gerais, through a critical historiographical approach to childbirth and the challenges these professionals face in gaining recognition within the municipality's obstetric context. The research encompasses the twentieth century to the present day, with particular emphasis on developments over the last decade, a period marked by the intensification of debates on humanized childbirth and the emergence of more systematic empirical data concerning the work of Doulas at the maternity ward of Hospital São Sebastião, the primary setting for observation and analysis. The study is justified by the growing relevance of discussions surrounding humanized childbirth practices and by the need to understand how the presence of Doulas challenges traditional obstetric structures and established power relations within healthcare institutions. A qualitative approach was adopted, based on a literature review, legislative document analysis, and interviews. Previous studies indicate that many medical teams perceive Doulas as competitors during childbirth, often interpreting their presence as a challenge to professional hierarchies and fearing their role as witnesses to possible irregularities and cases of obstetric violence. Therefore, this research investigates the resistance and adversities faced by Doulas, examining the impact of their work on reducing obstetric violence and promoting genuine humanized childbirth. The study addresses topics such as the history of obstetrics, the medicalization of women's bodies, and public health policies. It also seeks to foster dialogue with the local community by bringing together testimonies and reflections on the work of Doulas while promoting access to reliable information on the subject. Finally, the research aims to contribute to a broader understanding of the importance of Doulas' work in the city by offering a historically grounded analysis of childbirth and highlighting the political dimensions of both childbirth and Doula care, while giving visibility to the voices and experiences of these women in the contemporary context of Viçosa.

Keywords: Doula; childbirth; humanization; obstetric violence; Viçosa-MG

## SUMÁRIO

|                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUÇÃO.....                                                                                   | 11  |
| CAPÍTULO I – A GÊNESE DO CONFLITO .....                                                           | 24  |
| 1.1. As entrelinhas do ser Doula e a intangibilidade da humanização.....                          | 24  |
| 1.2. “Cultura do Medo”: a origem da dor cultural .....                                            | 40  |
| 1.3. O parto viçosense detalhado - luz ou escuridão? .....                                        | 64  |
| CAPÍTULO II – ECOS DO CONFLITO .....                                                              | 74  |
| 2.1. Os métodos que guiaram as entrevistas .....                                                  | 74  |
| 2.2. Escutar e refletir, análise das fontes orais .....                                           | 88  |
| 2.3. Afinal, que história nos contam as Doulas em Viçosa? .....                                   | 126 |
| CAPÍTULO III – ENTRE CONFLITO E TRANSFORMAÇÃO.....                                                | 155 |
| 3.1. Quem caminha junto, quem desvia o passo .....                                                | 155 |
| 3.2. Caminhos iluminados - o fim da violência obstétrica.....                                     | 184 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                                                        | 194 |
| REFERÊNCIAS .....                                                                                 | 211 |
| LEGISLAÇÃO E DOCUMENTOS NORMATIVOS.....                                                           | 219 |
| FONTES ORAIS (ENTREVISTAS).....                                                                   | 219 |
| APÊNDICE A - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS.....                                                         | 222 |
| 1. Objetivo das Entrevistas.....                                                                  | 222 |
| 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....                                         | 222 |
| 3. Perguntas de Perfil.....                                                                       | 223 |
| 4. Perguntas Principais.....                                                                      | 223 |
| a. Grupo Doulas.....                                                                              | 223 |
| b. Grupo Profissionais da Saúde (Médicas, Enfermeiras Obstetras e Psicólogas Perinatais).....     | 226 |
| c. Grupo Gestantes e Mães.....                                                                    | 228 |
| d. Grupo Acadêmicas (Docentes e Discentes).....                                                   | 230 |
| e. Grupo Agentes Políticos e Legisladores.....                                                    | 233 |
| 5. Considerações Finais.....                                                                      | 235 |
| a. Direito de Recusa e Retirada.....                                                              | 235 |
| b. Contato Para Esclarecimentos.....                                                              | 235 |
| APÊNDICE B - PRODUTO FINAL - Empoderando o Parto: Doulas por um dar à luz livre de violência..... | 236 |
| 1. Introdução.....                                                                                | 236 |
| 2. Objetivos.....                                                                                 | 239 |
| a. Objetivo Geral.....                                                                            | 239 |
| b. Objetivos Específicos.....                                                                     | 240 |
| 3. Metodologia.....                                                                               | 240 |
| 4. Roteiro.....                                                                                   | 242 |
| 5. Conteúdo e Fundamentação Teórica.....                                                          | 244 |
| 6. Aplicabilidade e Funcionalidade.....                                                           | 246 |
| 7. Resultados Esperados.....                                                                      | 247 |

|                                                        |     |
|--------------------------------------------------------|-----|
| 8. Resultados Alcançados.....                          | 248 |
| 9. Conclusão.....                                      | 251 |
| 10. Folder informativo entregue aos participantes..... | 254 |

## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa insere-se no contexto das investigações que abordam o universo do parto, essencialmente dos partos assistidos por profissionais conhecidas como - Doulas. De maneira mais específica, tenho como objeto de pesquisa as Doulas e os efeitos de seu ofício sobre os nascimentos ocorridos no Hospital São Sebastião (HSS), única maternidade localizada na cidade de Viçosa, no estado de Minas Gerais. O estudo tem como objetivo fundamental de análise, a problematização da inserção da figura da Doula no cenário dos partos do município, ou seja, busquei entender de que modo essas mulheres são percebidas e acolhidas dentro das instituições de saúde; se, no meio das equipes médicas de assistência obstétrica são aceitas como parte integrante; e, se pela sociedade viçosense como um todo, são reconhecidas.<sup>1</sup>

O recorte temporal desta dissertação concentra-se entre os anos de 2019 e 2025, período que abrange tanto as fontes empíricas analisadas quanto a produção dos dados qualitativos da pesquisa. No plano empírico, foram considerados dados hospitalares referentes aos anos de 2019 a 2024, enquanto as entrevistas foram realizadas em 2025, contemplando experiências e percepções relativas às práticas de parto na contemporaneidade. No que se refere à dimensão normativa, a análise inclui legislações a partir de 2018, marco relevante para a institucionalização de debates em torno da humanização do parto. Embora o foco analítico se concentre nesse intervalo, as entrevistas mobilizam memórias e experiências situadas, sobretudo, na segunda década do século XXI, permitindo captar transformações recentes nas práticas, discursos e percepções sobre o parto. Dessa forma, o recorte privilegia a análise do tempo presente, sem perder de vista sua ancoragem em processos em curso.

No plano histórico-contextual, a análise se insere em um horizonte mais amplo, que remonta ao século XX, situando essas práticas e construções dentro de um processo de transformação estrutural e cultural mais longo, marcado por mudanças nas políticas de saúde, nos protocolos médicos e na percepção social do parto no Brasil. Ao estabelecer esse diálogo entre o plano empírico e o contexto histórico, é possível evidenciar tanto as

---

<sup>1</sup> Projeto de pesquisa submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa, por meio da Plataforma Brasil, sob o título *“Existe Escuridão em Dar à Luz? Que história nos contam as Doulas em Viçosa-MG”*, parecer consubstanciado nº 7.614.760, CAAE 87502225.6.0000.5153, aprovado em 3 de junho de 2025, conforme as diretrizes.

continuidades quanto as rupturas no modo como o corpo feminino e a experiência do parto foram compreendidos e organizados ao longo do tempo, proporcionando uma leitura histórica que articula eventos recentes a tendências e transformações de maior duração, localizando no tempo os sintomas deixados por traumas que patologizaram o parir e definindo as razões pelas quais o trabalho das Doulas surge como um movimento de reparação. Compreendem-se, assim, os fenômenos contemporâneos, inserindo-os em um panorama histórico mais amplo e oferecendo uma perspectiva crítica sobre os processos de medicalização e suas implicações sociais, culturais, institucionais e econômicas. No entanto, tais referências operam como suporte interpretativo, o foco empírico central da análise, que permanece circunscrito ao período entre 2019 e 2025.

O problema principal que motiva o trabalho está em compreender os conflitos vividos pelas Doulas para garantirem que sua atuação fosse respeitada em Viçosa. Diante da bibliografia existente sobre a temática, podemos identificar números significativos de vezes em que são citados embates entre a equipe médica e a Doula, dado que elas “podem ser encaradas como um oponente ao sistema médico dominante, na medida em que se tornam ‘testemunhas oculares’ dos acontecimentos deste evento” (Silva, 2017, p. 12 *apud* Hirsch, 2019, p. 300). Em um estudo realizado pelo médico Murillo Barbosa e sua equipe, foi estabelecido que:

[...] as doulas relatam que não se sentem à vontade em trabalhar junto a alguns profissionais da instituição. Outros autores mostram que é comum surgirem conflitos entre as doulas e os profissionais que atuam no cuidado de gestantes. O motivo, segundo eles, da provável causa de conflito é a sobreposição de suas funções (Barbosa *et al.*, 2018, p. 424).

Essa disputa de poder será um terreno fértil para este trajeto investigativo, contudo, entendo ser necessário, antes de adentrar de fato na questão principal da dissertação, a pavimentação de um panorama geral sobre o que antecede o tema. Faremos imersões tangenciais para refletir de forma paralela ao que dá forma ao enredo central descrito na pesquisa. Conversaremos a respeito da história da parturição, suas transformações ao longo dos séculos até chegar as consequências atuais; também tocaremos na relação interdisciplinar engendrada nesta produção; debateremos a cronologia e metodologia do estudo; por fim, a relevância do assunto e as escolhas que me impulsionaram até este resultado.

Para levantamento desta obra ancorei-me em diferentes abordagens da historiografia contemporânea, especialmente na História Oral e na História das

Mentalidades, buscando compreender como experiências individuais e coletivas se articulam com construções simbólicas, identitárias, civis e organizacionais mais amplas. Inserido em uma perspectiva que valoriza a experiência vivida, o estudo dialoga também com linhas historiográficas voltadas para a análise das práticas e percepções corporais, permitindo situar os discursos e comportamentos relacionados ao parto em um contexto histórico mais diversificado, sem se limitar às representações dominantes. Ao combinar essas abordagens, a pesquisa possibilita compreender não apenas os dados empíricos recentes — como entrevistas, estatísticas hospitalares e legislação — mas também as continuidades, rupturas e transformações nas mentalidades, práticas sociais e institucionais que marcaram a medicalização do parto ao longo do século XX e no período contemporâneo. Essa articulação entre experiência, cultura e análise histórica oferece uma perspectiva crítica sobre como o corpo feminino e a experiência do parto foram construídos e reinterpretados em diferentes contextos sociais e políticos, estabelecendo um diálogo entre passado e presente que fundamenta a interpretação aqui desenvolvida.

Qualificam-se como principal eixo norteador, duas obras chave - o livro: *Medicalização do parto: saberes e práticas*, organizado pelo historiador Luiz Antonio Teixeira, pela cientista social Marina Fisher Nucci, pela biomédica Fernanda Loureiro Silva e pela enfermeira Andreza Pereira Rodrigues. Um volume dividido em uma coletânea de capítulos, cada um escrito por um grupo de profissionais diferentes, o que a torna especialmente rica e múltipla sobre os trilhos do parto no Brasil. Tendo os capítulos 15 e 17 como os mais visitados em minhas reflexões, intitulados respectivamente *Saberes no parto: a visão de um obstetra*, escrito pelo ginecologista e obstetra Marcos Augusto Bastos Dias e *Como é a interface entre o fazer/saber da Doula e a medicalização do parto?*, por Maria de Lourdes da Silva Teixeira, Doula e educadora perinatal. Capítulos estes, que forneceram elementos teóricos que sustentam a análise da atuação das Doulas e das suas dificuldades em serem reconhecidas pelo corpo médico nos hospitais.

A segunda obra enriquecedora, carrega o título: *Parto Natural, Parto Humanizado: perspectivas de mulheres de camadas populares e médias*, escrito pela jornalista e cientista social Olivia Nogueira Hirsch. Que possui um caráter voltado para a História Oral, pois se desenvolve a partir de entrevistas, focadas em mulheres no período gravídico-puerperal; de classes, raças, escolaridades, idades e crenças diversas, buscando absorver essas interpretações sobre o parto. Este livro desempenhando um valor em inspiração metodológica para a pesquisa, além de contribuir para maior entendimento da

evolução cronológica da humanização e os desafios enfrentados, descrevendo diferentes mentalidades sobre o tema em foco.

Além das obras centrais, destacam-se textos de historiadoras como Mary Del Priore (2009), Joana Maria Pedro (2007), Rachel Soihet (2007) e Ana Paula Vosne Martins (2020). No âmbito da Antropologia, foram fundamentais as contribuições de Carmen Susana Tornquist (2005), Robbie Davis-Floyd (2013) e Soraya Fleischer (2005). No domínio da Saúde Coletiva, da humanização do parto e dos debates obstétricos, ocupam lugares importantes as contribuições de Daphne Rattner (2009), Elizabeth Meloni Vieira (2002) e Michel Odent (2002). Esses referenciais possibilitaram compreender o parto para além de sua dimensão biológica, interpretando-o também como fenômeno simbólico e rico para muitos campos de estudo.

A fim de manter a honestidade intelectual, transmitindo de maneira clara meu posicionamento como pesquisadora, e garantindo a postura reflexiva necessária, para o que eu julgo ser um tema delicado e ligado fortemente à experiência do sujeito, adotei a escrita em primeira pessoa como a mais justa para defender minhas ideias e me conectar mais diretamente aos leitores. De modo que a complexidade, a sensibilidade profunda da trama investigada aqui, sejam o mais verossímil e fiel à densidade e organicidade do assunto. Respeitando a carga das vivências relatadas e examinadas como fonte oral. Uma vez que, para dialogar sobre o assunto, é preciso um olhar cuidadoso e empático, para se deparar com relatos de violências e perdas. Ter a gentileza para descrever tais situações, não ultrapassando limites que possam ofender, afastar e distorcer a parte sentimental que enriquece tanto a percepção da iniciativa do projeto.

Creio que uma das principais dificuldades em lidar com um tema como este esteja em assimilar esse tom emocional e entrar em sintonia com o mesmo. Não se desprender do padrão de conduta acadêmico, nem se mostrar insensível às questões desafiadoras. Frisar essa dimensão da pesquisa é importante, porque ao falar sobre parto tocamos em pontos muito particulares de sonhos e frustrações, falamos sobre o maior momento de expressão de força, de amor e de superação com o qual um corpo pode passar. Todo esse labor para entregar mais um ser humano ao mundo – um filho. Nos dias de hoje, é raro encontrar alguém que já pariu ou que nasceu de forma cem por cento livre de violências e intervenções invasivas ou desnecessárias. Toda vez que faço uma apresentação pública a respeito do meu trabalho, ou tenho uma conversa informal com alguém que demonstra curiosidade, tenho plena consciência de que posso estar dando a notícia, em primeira mão,

de que aquela pessoa - ou sua mãe - viveu uma violação obstétrica. Por essa razão, a vigilância com a forma com que comunico essas informações, é cheia de respeito e zelo, preocupada em amenizar possíveis feridas e conscientizar de maneira profunda e significativa.

Humanizando também o fazer científico, reconhecendo que não há neutralidade na produção de uma pesquisa, proponho que seja valioso compartilhar o que me aproximou de um tema tão singular e ainda pouco explorado pela historiografia. Desde a infância demonstrei intensa curiosidade e empolgação para conversar sobre partos. De tempos em tempos, pedia para que minha mãe contasse a história do meu nascimento, brincava de encenar partos com as bonecas e tratava o assunto com muita naturalidade. Sempre foi evidente também o meu orgulho de ter vindo ao mundo de parto normal, a única entre os colegas na escola, onde a maioria esmagadora havia nascido por via da cesariana. Durante minha adolescência continuei próxima ao assunto, tendo como um passatempo, assistir vídeos de parto pelo YouTube. Jamais cogitei ser médica, mas tinha uma inclinação nítida para pautas obstétricas.

Em paralelo, desde muito jovem me identifiquei de modo arrebatador com a História, além de ocupar o cargo de matéria favorita no colégio, não me imaginava fazendo outra coisa, e essa certeza já me acompanhava no raiar do Ensino Fundamental II. Ao final do terceiro ano do Ensino Médio, fui aprovada para o sonhado curso na Universidade Federal de Viçosa, em minha cidade natal. No decorrer da graduação vivi momentos de profunda realização e afinidade, outros de quase desistência, principalmente no período da pandemia da COVID-19.

Socialmente isolada, naquela rotina limitada e nefasta, por acaso me deparei com a personagem Doula. Acompanhando as postagens de uma figura pública, na época gestante, que sigo pelo *Instagram*, conheci a Margela Krummenauer, que prestava assistência como Doula a essa grávida. Nunca havia se quer escutado a palavra Doula, me vi completamente intrigada e mergulhei digitalmente nessa ideia. Consumi tudo que havia de compartilhado e um universo novo se abriu diante dos meus olhos. Daí em diante me encontrei profundamente interessada pelo tema: comprei livros, assisti a filmes e documentários, e comecei a seguir páginas e pessoas envolvidas nas redes sociais.

Essa imersão me fez notar uma vocação, e assim questionei meu futuro na História. Um dilema dolorido, não queria abandonar o primeiro sonho, que era uma

certeza para mim a tantos anos; contudo, era impossível ignorar o novo desejo. E, em vez de escolher entre um e outro, pensei: por que não juntar os dois propósitos? Desse romance interdisciplinar nasceu o meu Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado - *Aquela que Serve à Outra: uma análise historiográfica do movimento de Doulas no Brasil*, o qual a presente pesquisa faz continuidade. No trabalho anterior foi construída uma trajetória da transformação do parto em um evento excessivamente medicalizado e o papel das Doulas no resgate das potências naturais do parir. Desejando um aprofundamento dessa primeira iniciativa, o olhar agora se volta para cidade de Viçosa, o objeto geográfico que daria prosseguimento ao estudo iniciado no TCC, focando em direções mais específicas, ainda seguindo a temática e as intenções.

Partindo da identificação com o assunto direciono nesse instante para apresentar a relevância do tema, como foi justificado na escrita do projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. O parto, para além de um evento biológico e fisiológico, envolve as mais profundas complexidades da malha social. Tais complexidades podem ser examinadas pela interdisciplinaridade com a Antropologia, a Sociologia, a Filosofia, a Psicologia e, claro, com a História. Isso porque se trata de um episódio que responde a múltiplas esferas da experiência humana, envolve a cultura, a religião, a política, a economia e até mesmo a ecologia. Toda expectativa que circunda o parto, emerge dessa mescla, tornando-o um campo de pesquisa muito plural e necessário. A partir dele podemos reavaliar a lógica que conduz o devir, a experiência coletiva no tempo que se origina do início mais primordial do ser, da primeira centelha de vida do nascimento.

No campo da historiografia, o estudo sobre o parto e suas práticas constitui uma vertente ainda recente, cuja consolidação se intensificou apenas nas últimas décadas. O próprio conceito de medicalização emerge como uma formulação contemporânea, fruto de debates interdisciplinares que envolvem a Medicina, a Enfermagem, a Psicologia e as Ciências Sociais. Por essa razão, o corpus teórico que fundamenta esta pesquisa é composto majoritariamente por produções dessas áreas, que antecederam e inspiraram as reflexões historiográficas mais atuais sobre o tema.

Por conseguinte, não é somente relevante, mas urgente, viabilizar investigações neste campo. Despertar maior curiosidade e consciência social sobre os conceitos e direitos, principalmente observar como é coordenado o parto na cidade em que vivemos, e porque devemos nos importar. Afinal de contas, é uma experiência comum pela qual

todos nós passamos e cada mamífero precisará passar para habitar esta Terra. É inadiável despatologizar o nascimento na mentalidade contemporânea, bem como, devolvê-lo ao posto de evento fisiológico e natural a que pertence. Mas, antes disso é preciso visualizar a situação a que se encontra, compreender suas raízes formadoras e quais são as convicções que nutrem esse sistema.

Essa apuração científica contribui justamente neste caminho, ampliando o acesso à informação e aos direitos que já conquistamos sobre o parto, além de instigar o engajamento popular na compreensão mais humana da parturização, e desvinculando ideias que remetam ao excesso de intervenções, à apatia e à violência obstétrica. Apesar de ser uma pauta que já está em debate e de existir uma literatura ampla, não se alcança a todos de maneira uniforme, inclusiva e abrangente. Reflexos disso são as transformações em marcha lenta, a dificuldade de se fazer efetiva as legislações humanitárias do nascer, e as taxas alarmantes de cirurgias cesarianas no Brasil atualmente. Foi oferecida então, uma maior comunicação entre as instituições de saúde, seus representantes e a população viçosense, reduzindo as distâncias entre o conhecimento produzido na academia e a mentalidade das massas.

Além disso, existem donativos deste estudo para as linhas de pesquisa do mestrado a que esta pesquisa se presta, conectando em seus três pilares, em Patrimônio – por se tratar da intenção de preservar uma tradição cultural ancestral; no tocante à Memória – em função de ser um trabalho de resgate e conscientização; e quanto a Identidade – em conformidade ao entendimento da humanização como artifício de cidadania, previsto pela legislação brasileira<sup>2</sup> na assistência a um parto cidadão, que brota através de uma comoção que se reflete em lutas identitárias as quais dignificam significado à memória social.

Em relação à preservação do passado, pretendemos demonstrar que se trata de uma ideia que esteve – e está – sempre presente na contemporaneidade, embora esse passado possa significar manutenção do que existe ou invenção do que, para alguns interesses, deveria ter existido. Nesse sentido, as discussões sobre preservacionismo compuseram este tempo histórico no qual questionamentos a respeito de quem preserva, o que se preserva, como se preserva (D'Alessio, 2012, p. 85).

---

<sup>2</sup> BBC NEWS. Quais são os direitos das gestantes garantidos por lei na hora do parto. 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-62158227>. Acesso em: 03/05/2024.

O que corrobora essas alegações foi a recente aprovação reconhecendo o “Ofício, Saberes, e Práticas das Parteiras Tradicionais do Brasil” como Patrimônio Cultural do Brasil, no dia 9 de maio de 2024, por unanimidade durante a 104ª Reunião do Conselho Consultivo do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional<sup>3</sup>. Fato que expõe a grandiosidade do campo, que se torna cada vez mais estudado, pela necessidade de se preservar e retomar certos costumes que precisam ser mais valorizados em nossa cultura. As solicitações para esse registro foram iniciadas em 2011, e ao longo dos anos a iniciativa foi arquivada e reaberta nos anos de 2015 e 2018, com as justificativas limitantes e insensatas de que não seria pertinente misturar saúde com patrimônio. Finalmente, em 2021, foi elaborado um dossiê: Parteiras Tradicionais do Brasil<sup>4</sup>, que contribuiu para os avanços e para execução do projeto. A ação foi considerada um ato de reverência e reparação histórica, uma grande celebração para a comunidade que se via invisibilizada, descredibilizada e desvalorizada a muito tempo<sup>5</sup>.

Serve ao engajamento da pesquisa, também outro acontecimento mais recente e mais centrado ao recorte geográfico do objeto de análise. Durante as duas últimas semanas do mês de maio de 2024, houve grandes transtornos na maternidade do Hospital São Sebastião, na cidade de Viçosa, onde a equipe de plantonistas relatou problemas estruturais e operacionais que comprometiam a qualidade e a segurança nos atendimentos às gestantes e aos recém-nascidos, dentre estas adversidades estavam a falta de recurso humano, sobrecarga, precariedade de equipamento e atrasos de pagamento. Essas contrariedades levaram a um certo colapso dos partos na cidade, uma vez que, este hospital é referência e responsável pelo atendimento de nove outros municípios da microrregião<sup>6</sup>. Esse problema chamou muita atenção para a cena de parto e tocou num lugar de sensibilidade e preocupação da população, o que movimentou a temática e abriu portas para novos questionamentos e direcionamentos de pesquisa.

---

<sup>3</sup> Catarinas. Parteiras tradicionais do Brasil são declaradas patrimônio cultural do país. 2024. Disponível em: <https://catarinas.info/parteiras-tradicionais-do-brasil-sao-declaradas-patrimonio-cultural-do-pais/>. Acesso em: 16/05/2024.

<sup>4</sup> Museu da Parteira. Dossiê: Parteiras Tradicionais do Brasil. 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/iphan/pt-br/assuntos/noticias/copy\\_of\\_Dossie\\_Parteiras\\_Tradicionais\\_do\\_Brasil.pdf](https://www.gov.br/iphan/pt-br/assuntos/noticias/copy_of_Dossie_Parteiras_Tradicionais_do_Brasil.pdf). Acesso em: 17/05/2024.

<sup>5</sup> Museu da Parteira. Parteiras Tradicionais: Patrimônio Cultural e Vivo do Brasil. 2024. Disponível em: <https://museudaparteira.org.br/troca-de-saberes/parteiras-tradicionais-patrimonio-cultural-e-vivo-do-brasil/>. Acesso em: 17/05/2024.

<sup>6</sup> Folha da Mata. Plantonistas expõem problemas na maternidade do HSS e anunciam paralisação. 2024. Disponível em: <https://www.folhadamata.com.br/plantonistas-expoem-problemas-na-maternidade-do-hss-e-anunciam-paralisacao>. Acesso em: 25/05/2024.

O que atrai nesse tema são as possibilidades, para além da interdisciplinaridade, é algo que compartilha pontos de proximidade com a memória e a oralidade. Tendo em vista que, ao elaborar sobre humanização, falamos acerca da recuperação de tradições, manejos e conhecimentos. Estes, que foram preservados pela memória ancestral das parteiras e benzedadeiras, herdados em sua maioria de forma velada através da oralidade, como aponta a historiadora Juliana da Silva Linhares: “o ofício das parteiras, técnica milenar, embasada em um conhecimento tácito, transmitido por meio de uma rede de relações socioculturais femininas perdeu seu espaço após o processo de institucionalização da Medicina no Brasil” (Da Silva Linhares, 2021, p. 76). Precisamente ao valorizar a memória e a oralidade, um leque de possibilidades muito rico nos é oferecido como fontes históricas, o que foi muito útil a essa produção. Em termos técnicos, a inteligência dessas mulheres podem ser enquadradas no que chamou o sociólogo francês Michael Pollak de “memórias subterrâneas”, que se opuseram de maneira oculta à “memória oficial”, que seria o saber médico que conquistava seu espaço no início do século XX, “Ao privilegiar a análise dos excluídos, dos marginalizados e das minorias, a história oral ressaltou a importância de memórias subterrâneas que, como parte integrante das culturas minoritárias e dominadas, se opõem à ‘memória oficial’” (Pollak, 1989, p. 4).

Verifica-se a necessidade de justamente questionar essa lacuna de espaço perdido por essas mulheres sábias e essa negligência para com o assunto, o silêncio e falta de debates sempre resultará em violências. Por essa série de motivos, uma das viagens tangenciais que faremos para maior compreensão da situação prévia e base teórica do recorte focal, se debruça em questionar a origem histórica da dor do parto, mapeando a existência do que eu chamo de "Cultura do Medo", que influencia os prismas de percepção da sociedade sobre o evento do parto. De modo sintético, a origem da dor e do medo associados ao parto se relaciona a três fatores principais: a culpabilização feminina presente em tradições religiosas abraâmicas; as desigualdades e violências estruturais do machismo; e a lógica de mercado que transforma o parto em produto, consolidando a chamada “indústria do parto”. Esses elementos compõem diferentes expressões de violência que culminam na violência obstétrica, na qual corpos gestantes são submetidos a intervenções naturalizadas que geram marcas físicas e emocionais profundas.

Trazendo em números, para facilitar a compreensão da dimensão do problema, o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking mundial de cesáreas: Cerca de “59,6% em 2023” (Aguilar *et.*

al., 2025). Nosso país se encontra entre a República Dominicana com 62,9%, em primeiro e a Turquia com 58,4%, em terceiro lugar, seguidos por Ilhas Turcas e Caicos (55,2%) e Coreia do Sul (53,8%)<sup>7</sup>. Isso quando a Organização Mundial da Saúde recomenda que os níveis estejam em torno de 15% que representam de fato os casos reais de necessidade da cirurgia. No setor privado a proporção da cesariana no Brasil chega aos 88%, e nos serviços públicos aos 46%. Em dados de 2018, os estados brasileiros com maior índice da cirurgia foram: Goiás (67%), Espírito Santo (67%), Rondônia (66%), Paraná (63%) e Rio Grande do Sul (63%)<sup>8</sup>. E a cena no estado de Minas Gerais, mostra números semelhantes à média do país, próximo aos 60%<sup>9</sup>, e esse fenômeno é chamado “epidemia das cesarianas”.

Em síntese, a reflexão sobre o parto evidencia um entrelaçamento de fatores culturais, religiosos e econômicos que historicamente controlam e culpabilizam o corpo feminino. A medicalização e a industrialização do nascimento expressam uma lógica que transforma a experiência do parto em produto, perpetuando violências e apagando a autonomia da mulher. Diante desse cenário, a atuação da Doula surge como uma possibilidade concreta de ressignificação e humanização desse processo. Em 1996, a OMS fez uma publicação significativa:

Esse guia foi o primeiro documento oficial a enaltecer o papel das doulas no parto, reforçando que a gestante pode ser acompanhada por esta profissional durante o trabalho de parto e parto. Essas pesquisas apresentam resultados que afirmam que a atuação das doulas encurta o trabalho de parto, reduz significativamente as medicações, a analgesia, as cesarianas e os escores de Apgar<sup>10</sup> abaixo de sete [...] Diversos estudos vêm mostrando essa incrível relação entre doula e parturiente, e constatando que o apoio da doula, nesse momento, aumenta o nível de ocitocina (hormônio liberado para provocar as contrações e a produção do leite materno) não só na gestante em trabalho de parto, mas também na própria doula [...] Os pesquisadores Chalmers & Wolman (1993) publicaram um artigo no qual revisaram vários estudos sobre o apoio às mulheres em trabalho de parto. Chegaram à conclusão de que, dentre todas as pessoas na cena de parto, como marido, a mãe, alguém da família, amigos e até mesmo a equipe médica, o suporte mais eficiente e útil para o bem-estar da gestante em trabalho de parto é o das doulas [...] Por exemplo,

---

<sup>7</sup> YU, Chrissie. C-section rates & statistics: UK and global caesarean section rates. Disponível em: [https://www.chrissieyu.com/c-section-rates-statistics-uk-global/#:~:text=There%20are%20%20countries%20in%20the%20world,Korea%20%E2%80%93%2053,8%25%20\\*%20Mexico%20%E2%80%93%2052,6%25](https://www.chrissieyu.com/c-section-rates-statistics-uk-global/#:~:text=There%20are%20%20countries%20in%20the%20world,Korea%20%E2%80%93%2053,8%25%20*%20Mexico%20%E2%80%93%2052,6%25). Acesso em: 26/02/2026.

<sup>8</sup> BRASIL. Especialistas apontam “epidemia de cesarianas”. Senado Federal, Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>. Acesso em: 26/02/2026.

<sup>9</sup> Nascer no Brasil. Sobre a Pesquisa, 2019. Disponível em: [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us\\_portfolio=nascer-no-brasil](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil). Acesso em: 14/10/2023.

<sup>10</sup> A escala APGAR é um método rápido de avaliação do recém-nascido imediatamente após o parto, criado por Virginia Apgar em 1952. Ela atribui pontuações de 0 a 2 para cinco critérios: aparência (cor da pele), pulso (frequência cardíaca), gestos/reflexos, atividade (tônus muscular) e respiração, permitindo uma avaliação inicial da condição clínica e necessidade de intervenção.

Sosa e colaboradores (1980) publicaram os resultados de sua pesquisa onde compararam 33 mulheres que receberam a ajuda de uma doula no trabalho de parto com 103 que não contaram com este apoio. Os pesquisadores observaram que as gestantes que tiveram a presença e o suporte afetivo da doula conseguiram ter partos mais curtos, com duração de 8 horas, em média, enquanto as outras demoraram cerca de 19 horas. Além disso, após o parto essas mulheres mostram-se mais despertas, mais sorridentes para o bebê, mais dispostas a massageá-los e mais comunicativas com eles (Teixeira *et al.*, 2021, p. 378-379).

E estudos realizados nos Estados Unidos, pelo pediatra John Kennell, pelo neonatologista Marshall Klaus e colaboradores, no ano de 1991:

Constataram os seguintes resultados em relação ao suporte físico e emocional das doulas: houve redução de 50% no índice de cesariana e 75% no índice de aplicação de anestesia peridural<sup>11</sup> [...] eles observaram também a redução de 25% no tempo de duração do trabalho de parto, de 60% nos pedidos de analgesia e 40% no uso de ocitocina<sup>12</sup>, 40% de fórceps<sup>13</sup> e de 30% no uso de analgesia peridural<sup>14</sup> (Kennell & Klaus, 1993 *apud* Teixeira *et al.*, 2021, p. 379-380).

Em seguimento as propostas introdutórias, sublinho aqui a importância de refletir historicamente a Medicina, a saúde e o discurso médico. Somente através do olhar histórico é possível compreender as raízes formadoras de fenômenos tais como a medicalização dos corpos femininos e a patologização do nascimento. Pois, pensar o corpo da mulher de maneira a-histórica ou atemporal, levando em consideração apenas o físico e o biológico, vamos acabar apenas por reafirmar o fixo e respaldar violências. Assim se evidencia a relevância de ampliar as noções do conceito histórico, de analisar as entrelinhas históricas do corpo, do parto, e da saúde em geral, para só então compreender a máxima de suas complexidades (Vieira, 2002).

[...] porque o conhecimento histórico, ele próprio, tornou-se objeto de investigação do historiador, ou seja, a historiografia foi colocada no tempo, o que levou à desconstrução de interpretações únicas e verdades a-históricas. Nesse processo, experiências silenciadas aparecem, fontes novas são descobertas e outros suportes de memória alargam o conceito de patrimônio. Podemos concluir, portanto, que o debate sobre preservação é paralelo ao

---

<sup>11</sup> Anestesia peridural, consiste na injeção de anestésico no espaço peridural da coluna vertebral, promovendo bloqueio da sensibilidade e da dor em determinada região do corpo. É frequentemente utilizada em procedimentos cirúrgicos e, no contexto obstétrico, em partos cesáreos.

<sup>12</sup> Ocitocina sintética é uma versão artificial do hormônio ocitocina, administrada por via endovenosa ou intramuscular para estimular as contrações uterinas. No contexto obstétrico, é frequentemente utilizada para induzir ou acelerar o trabalho de parto.

<sup>13</sup> Fórceps é um instrumento cirúrgico usado para a retirada da criança em caso de urgência, onde são ajustadas duas pás em pinça na cabeça do bebê e ele é puxado pelo canal vaginal. Atualmente é permitido ser usado em casos muito excepcionais, pois sua utilização gera lacerações, perda de sangue, e intensifica a dor na parturiente, além de acarretar fraturas, hemorragias e lesões no crânio e rosto do bebê.

<sup>14</sup> Analgesia peridural, baseia-se na administração de anestésicos e, em alguns casos, de opioides no espaço peridural, com o objetivo de reduzir a dor sem abolir totalmente a sensibilidade. No trabalho de parto, é amplamente utilizada por permitir alívio da dor, preservando a consciência e parte da motricidade da parturiente, diferindo da anestesia peridural, que promove um bloqueio mais completo da sensibilidade.

debate sobre a natureza do conhecimento histórico (Cunha, 1992 *apud* D'Alessio, 2012, p.89).

A metodologia de construção dessa pesquisa, se fez essencialmente através dos artifícios das fontes orais, por meio de entrevistas, em comparação às bibliografias, fontes hospitalares e documentação legislativa. Num primeiro momento foi reunido, analisado e organizado, um referencial bibliográfico, que contemplou uma multiplicidade de formatos e disciplinas, que foi lido e recortado para compor as citações. Em seguida foram levantados os registros legislativos, buscados nos arquivos e anais da Câmara Municipal de Viçosa, nessa ocasião, foram rastreados documentos com a menção da palavra Doula, apurando o que já foi debatido e implementado na legislação viçosense sobre a atuação das profissionais. Estes dados foram analisados e comparados a legislação brasileira e mineira, desde já, servindo para responder algumas das questões levantadas pela pesquisa, referentes ao nível de inserção e reconhecimento das Doulas no cenário de parto em Viçosa, e se existe uma semelhança com o panorama geral do país e do estado.

Outra etapa foi consonante a História Oral, depoimentos foram coletados, contando com a participação de profissionais Doulas que atuam em Viçosa. Também foram entrevistadas mulheres que tiveram experiências em trabalho de parto com assistência de uma Doula; além disso, conversas com as próprias profissionais da saúde: enfermeiras, médicas obstétricas e psicólogas perinatais. Ademais, a contribuição de representantes políticos do legislativo e de movimentos sociais. Bem como, foram entrevistados indivíduos inseridos no seio acadêmico, como: estudantes e professores, da Medicina e Enfermagem, a fim de conhecer como são formadas as mentes profissionais que atuarão em um futuro próximo. Desse modo, diante de todas essas experiências, adentrei mais profundamente em perceber o que as pessoas conhecem sobre a profissão da Doula, quais histórias essas mulheres podem contar sobre o ambiente de parto na cidade; se existe de fato um conflito entre elas e as equipes médicas; descrevendo uma trajetória da profissão em Viçosa.

Dentro dos padrões prescritos pelo CEP, foram esquematizadas uma série de perguntas que irão ao encontro aos objetivos propostos<sup>15</sup>, para em comparativo com as fontes legislativas, entender como está sendo conduzido, experimentado, assim como trabalhado o parto na perspectiva das Doulas viçosenses e quais seus principais enfrentamentos estando inseridas em uma sociedade patriarcal, medicalizadora,

---

<sup>15</sup> Roteiro das entrevistas encontra-se no Apêndice A.

patologizadora e mercantilista. Em paralelo as informações colhidas, foram preparados arranjos relacionáveis com a bibliografia existente, dentro do recorte estipulado, descrevendo uma trajetória da consolidação da profissão de Doula doravante a narrativa de uma pluralidade de mulheres dessa localidade.

Em acréscimo gostaria de comentar outra escolha estilística discursiva, assim como fiz sobre a questão do uso da primeira pessoa. Sinto ser importante também esclarecer o que motiva a escrita da palavra Doula com letra maiúscula, o que não seria o convencional, por tratar-se de um substantivo comum. Contudo, fiz essa opção principalmente pelo fato de que as Doulas são o meu sujeito alvo da pesquisa, as agentes históricas protagonistas. Sendo assim, para que fique evidente e notória a presença delas ao longo do texto quis trazer destaque para palavra, personificá-las no substantivo e talvez aproximá-las de Deus.

Após a introdução do ideário que rege a pesquisa, ao seguir das próximas páginas penetraremos na contextualização, problemática, conclusões e produto final da presente dissertação. No primeiro capítulo: *A Gênese do Conflito*, irei descrever em seus subtítulos o destrinchar de conceitos chave e descrever a conjuntura pretérita que culmina nos dilemas contemporâneos. Ao decurso do segundo capítulo: *Ecos do Conflito*, tocarei amplamente no que foi estabelecido como problema de pesquisa, apresentando as respostas contida nas entrevistas e os dados coletados pelas fontes escritas. Já para o terceiro e último capítulo: *Entre Conflito e Transformação*, apresentarei resultados, o que corroborou a hipótese e o que se mostrou divergente, quais foram os frutos colhidos e as possíveis soluções para os problemas. Depois, será feita a conclusão das ideias e seguirão os apêndices. O primeiro, contendo o roteiro de perguntas utilizado durante as entrevistas, e o posterior com a demonstração teórica do que se pretende promover como produto final, o saldo que será compartilhado com a academia e a sociedade, a devolução do conhecimento que me nutriu durante todos os anos de estudo.

## **CAPÍTULO I – A GÊNESE DO CONFLITO**

### **1.1. As entrelinhas do ser Doula e a intangibilidade da humanização**

A primeira categoria de análise absolutamente indispensável a ser detalhada, se trata do papel e do significado do ser Doula. A etimologia da palavra nos leva a sua origem grega, que se traduz em *serva* – uma mulher que serve à outra mulher. O uso mais frequente de tal palavra é razoavelmente recente, foi resgatado por volta da década de 1970, pela antropóloga estadunidense Dana Raphael (1973). Durante seus anos dedicados a pesquisa da maternidade e amamentação, observou que em várias culturas existia a presença dessa mulher que apoiava outras mulheres no parto e pós-parto, fornecendo apoio emocional, físico e informativo, esse auxílio prestado se contrastava com o cenário atual dos partos, solitários e medicalizados, que chamou a atenção de Raphael. Anteriormente o termo era tratado como jargão antropológico, até a retomada ativista de mulheres na iniciativa de promover esse cuidado durante a parturição, chegando ao uso atual que batiza as profissionais capacitadas para esse suporte.

Adotamos uma palavra para descrever a pessoa que exerce essa função — a doula. A palavra vem do grego e, no tempo de Aristóteles, significava “serva”. Mais tarde, passou a descrever uma mulher que vai até a casa e assiste a mãe recém-parida, cozinhando para ela, ajudando com os outros filhos, segurando o bebê e assim por diante. Ela pode ser uma vizinha, uma parente ou uma amiga, e realiza sua tarefa de forma voluntária e temporária. É nesse último contexto que usamos o termo “doula” como título para aquelas pessoas que cercam, interagem e ajudam a mãe em qualquer momento do período perinatal, que inclui gravidez, parto e lactação. A função da doula varia em diferentes culturas — desde uma pequena ajuda aqui e ali até um cuidado completo, incluindo dar banho, cozinhar, carregar e alimentar. O que a doula faz, no entanto, é menos importante do que o simples fato de que ela está presente. Sua própria presença dá à mãe uma chance maior de se manter calma e amamentar seu bebê (Raphael, 1973, p. 24, tradução autoral livre).

Nos termos atuais a Doula atua promovendo essa assistência e cuidado às gestantes durante todo o período gravídico-puerperal. Para se tornar uma profissional Doula no Brasil é necessário, inicialmente, ter idade mínima de 18 anos e ensino médio completo, conforme estabelece o Catálogo Brasileiro de Ocupações (CBO). A principal exigência para a formação é a realização de um curso de capacitação específico, com carga horária que, embora varie entre instituições, costuma ter no mínimo 80 horas — sendo que projetos de regulamentação em tramitação no Senado propõem que esse número chegue a 120 horas, visando garantir maior qualidade e padronização na formação. Esses cursos devem oferecer certificação válida e abordar conteúdos como: a

fisiologia do parto, técnicas de alívio não farmacológico da dor, parto humanizado, ética profissional, apoio emocional, amamentação e cuidados no pós-parto, além de prepararem as Doulas para a prevenção da violência obstétrica. Apesar de a profissão ainda não ser plenamente regulamentada, muitas Doulas exercem de maneira voluntária ou como autônomas — com ou sem CNPJ — sendo comum o registro como microempreendedora individual (MEI) para facilitar a emissão de recibos e ampliar as oportunidades de atuação, especialmente em hospitais e maternidades<sup>16</sup>. Mesmo em posse do certificado, tendo cursado com excelência o curso capacitador, as Doulas não podem exercer interferências médicas e farmacológicas. Embora não realizem investigações ou procedimentos técnicos, as Doulas atuam com base em conhecimentos fundamentados em evidências científicas e nos princípios da humanização do parto. Sua prática valoriza estratégias naturais que buscam se distanciar da medicalização excessiva, promovendo um cuidado mais acolhedor e fortalecedor, voltado à orientação, conscientização e respeito ao curso fisiológico do parto

Por esse motivo, elas não substituem nenhum membro da equipe médica. O grande diferencial da Doula está justamente no suporte contínuo oferecido ao longo do trabalho de parto, algo que outros profissionais nem sempre conseguem proporcionar. Sua atuação não substitui a de nenhum membro da equipe, mas soma ao cuidado, podendo funcionar como uma espécie de alívio diante da dor e contribuindo para a ressignificação das experiências do parto. A beleza da doulagem está em justamente acolher os sussurros do parto, intuir, captar as entrelinhas da cascata de sensações pelas quais o corpo grávido está passando e como ninguém ofertar exatamente o que nem mesmo a parturiente sabia que tanto precisava.

O médico está ocupado com os aspectos técnicos do parto. As enfermeiras obstetras passam de leito em leito, se ocupando ora de uma, ora de outra mulher. As auxiliares de enfermagem cuidam para que nada falte ao médico e à enfermeira obstetra. O pediatra cuida do bebê. Apesar de toda a especialização, ficou uma lacuna: quem cuida especificamente do bem-estar físico e emocional daquela mãe que está dando à luz? Essa lacuna pode e deve ser preenchida pela doula (Hirsch, 2019, p. 302).

Para atingir essa percepção tão aguçada as Doulas treinam seu olhar para uma compreensão mais integral da pessoa, algo que não estamos mais tão habituados a fazer.

---

<sup>16</sup> DOULA BRASIL. Profissão de doula passa a ser regulamentada. Doula Brasil, 15 jan. 2024. Disponível em: [https://doulabrasil.com.br/doula/profissao-de-doula-e-regulamentada/?utm\\_source=](https://doulabrasil.com.br/doula/profissao-de-doula-e-regulamentada/?utm_source=) . Acesso em: 15/07/2025.

Frequentemente, tendemos a fragmentar nossas próprias dimensões, deixando de compreender corpo e mente como instâncias interligadas, complementares e fundamentais uma à outra. Mas, a Doula percebe a mulher como um ser biopsíquico e social, ou seja, em sua integralidade para além da fisiologia (Souza; Dias, 2010, p. 497). A fisioterapeuta Eliane Bio, no livro “O Corpo no Trabalho de Parto”, desenha as Doulas como figuras maternas, pontos de referência e experiência, que representam o “resgate da solidariedade entre mulheres em trabalho de parto, a passagem dos conhecimentos de uma mulher a outra e a humanização de um acolhimento fraterno” (Bio, 2015, p. 110). Nas palavras da antropóloga Raquel Simas, estas são algumas das funções de uma Doula:

Promover suporte emocional (encorajar, elogiar, tranquilizar, passar segurança e segurar a mão da parturiente, por exemplo); dar suporte físico (com massagens, compressas, exercícios, posições e outras técnicas não farmacológicas); fornecer informações (orientar sobre os benefícios do “parto natural”, listar os direitos da mulher, esclarecer dúvidas sobre a fisiologia do parto e elucidar outras questões em geral) e, por fim, defender sutil e indiretamente a grávida (agir em favor dela, preservar sua individualidade e sua privacidade, incentivar a liberdade de movimentos e autonomia e eliminar ruídos e interferências do ambiente) (Simas, 2016, p. 49 *apud* Hirsch, 2019, p. 298).

Percebe-se então que não são poucas as demandas atendidas por uma Doula, são vigilantes durante todo processo garantindo toda segurança e acolhimento para o binômio Mãe-Bebê. A Doula baiana Susana Moscardini chama atenção para essa peculiaridade dos sentidos amplificados do trabalho de doulagem: “Em trabalho de parto, poucas coisas são ditas por palavras. Como doula, mantenho-me atenta aos pedidos das gestantes, sussurrados com os olhos ou gritados com a garganta” (Moscardini, 2022, p. 25). Esse trecho desenha o parto, um fenômeno palimpsesto e grandioso, ao mesmo tempo silencioso e visceral, e todas essas entrecamadas são lidas de forma exímia pelas Doulas.

Reforçando a peculiaridade da ação de uma Doula, destacam-se pontos importantes, o primeiro é não confundir o a Doula com uma parteira, e outro ponto é não sobrepor as tarefas da Doula com as funções cabíveis à equipe médica. “A doula é uma profissional não técnica que ajuda a mulher, fornecendo, antes do parto, informação com base na ciência, com educação perinatal, cuidando do ambiente durante o parto e ajudando ao lidar com a dor das contrações” (Moscardini, 2022, p. 22), ou seja, a gestação, o parto e o puerpério exigem uma grande colaboração interdisciplinar, existem funções inesgotáveis para serem cumpridas, sendo assim existem profissionais diversos para assistir cada uma das camadas do parir.

Já está claro o que faz uma Doula, mas quais são seus limites? O que não faz uma Doula? São questionamentos muito válidos e lúcidos para compreender a fundo esse ofício e para que se assegure a não sobreposição de funções, Moscardini explica claramente em seu livro:

Não somos parteiras, não somos profissionais técnicas, não fazemos toque<sup>17</sup> para verificar dilatação, não fazemos a escuta do coração do bebê, não fazemos nenhum procedimento técnico e médico durante a gestação, o parto e o pós-parto. Nosso papel não é esse, somos o suporte contínuo, o apoio, o abraço, o olhar que acalenta. Somos a mão que sustenta e ajuda a aliviar a dor. Somos a palavra de encorajamento, somos presença. Somos capazes de oferecer suporte físico, emocional e informativo à gestante (Moscardini, 2022, p. 22).

Susana Moscardini expressa que a única regra do parto, é que não existem regras. Ela quer dizer que cada parto é um parto, cada corpo é um corpo, e por isso cada gestação, nascimento e pós-parto será essencialmente singular. A parte física, corpórea e fisiológica segue um ritmo orquestrado pela natureza do organismo, projetado para gerar, nutrir e parir naturalmente, sem intervenções, faz parte de um processo em que ossos, músculos e hormônios trabalham de forma integrada, demonstrando a capacidade do corpo para vivenciar o parto. Contudo, por mais que exista uma sequência de acontecimentos esperados, a maneira de sentir, reconhecer e lidar com as etapas será particular entre as mães, isso porque, mais que um fenômeno biológico, mas uma resultante cultural, religiosa, social, política e até mesmo econômica. A ativista britânica Sheila Kitzinger o define como um acontecimento mutável e plural, capaz de refletir os valores sociais de cada contexto. Assim, diante da diversidade de organizações sociais existentes ao redor do mundo, as formas de interpretar e vivenciar o parto também se apresentam de maneira múltipla.

Assim, se faz necessário “um atendimento individualizado e personalizado de acordo com a demanda” (Moscardini, 2022, p. 18). Maneira com que todas as gestantes mereciam ser assistidas. Porque o jeito com que são ouvidas, acolhidas e tratadas interfere diretamente em sua autoconfiança e seu relaxamento, para que a parturiente se entregue e permita o funcionamento de todos os aparatos biológicos da mecânica do parto.

---

<sup>17</sup> O exame de toque vaginal é um procedimento clínico utilizado para avaliar as condições do colo do útero e da pelve durante a gestação e, principalmente, no trabalho de parto. Por meio da introdução delicada dos dedos enluvados no canal vaginal, o profissional verifica dilatação, apagamento (afinamento) do colo, posição fetal e integridade das membranas. Deve ser realizado com indicação clínica, técnica adequada e consentimento da gestante, podendo ser feito por médicos(as) obstetras e enfermeiros(as) obstétricos(as) habilitados. As boas práticas obstétricas recomendam que o procedimento não seja realizado de forma excessiva ou desnecessária, a fim de evitar desconforto e reduzir riscos de infecção.

E aqui vale reforçar uma reflexão sobre o termo “fazer o parto”. É extremamente corriqueiro ouvir mulheres dizendo: “aquele médico foi quem ‘fez’ o meu parto”; ou as perguntas frequentes: “qual obstetra vai ‘fazer’ seu parto?”. Por mais insignificante que pareça o uso dessa expressão é direcionado de modo equivocado. Termos inofensivos reforçam estereótipos e refletem de forma mais profunda em nossa percepção sobre as coisas do que somos capazes de imaginar. Mas então, como deveria ser dito? Devemos ter atenção redobrada ao uso dessa frase para empregar o protagonismo legítimo da mãe partejando. O parto não é realizado pelo médico, pela parteira ou mesmo pela Doula; ele pertence à mulher. Parir representa o desfecho de uma trajetória singular vivenciada por cada gestante, que em seu próprio corpo gerou, nutriu e, em um momento de potência e transformação, dará à luz ao seu bebê. Essa é a resultante final de todo o empenho da Doula para sua doulanda<sup>18</sup>, fazer com que ela seja a grande protagonista do seu parto, e confie que é ela quem faz o próprio parto, os médicos, as Doulas e as equipes são espectadores e protetores do fenômeno do nascimento, mas a única pessoa capaz de fazer o parto é a mulher parindo.

É praticável dizer, que todo esse movimento humanizador e, principalmente, o movimento das Doulas, sendo no radical da palavra: a mulher que serve a outra mulher, pretende devolver a autoridade do parto para quem lhe pertence por direito. Plantar informação, para colher escolhas conscientes, é investir na autonomia, autonomia essa, que reverbera no protagonismo legítimo e genuíno (Freitas, 2023, p. 48).

Uma vez a função da Doula bem definida e detalhada, partimos agora para pensar um pouco melhor sobre o vocábulo “humanização”, debruçando em entender mais profundamente seu significado, sua aplicação e sua relação com o trabalho das Doulas. O movimento favorável à humanização precede o movimento de Doulas, começando a ser debatido já nos anos 1950, com a influência de grandes nomes da medicina obstétrica, Dick-Read e Lamaze.

Ferdinand Lamaze, obstetra francês, ficou conhecido por difundir, na década de 1950, um método de preparação para o parto inspirado em práticas utilizadas na antiga União Soviética — o chamado método psicoprofilático, que posteriormente se tornou popularmente conhecido como “Método Lamaze”. Essa proposta de parturição consistia em preparar a mulher para o parto por meio de exercícios de respiração, técnicas de

---

<sup>18</sup> O termo doulanda é utilizado pelas Doulas para se referirem à mulher que contrata seus serviços e a quem presta assistência e acompanhamento, sendo uma designação que expressa a relação de proximidade e cuidado estabelecida nesse contexto.

tranquilização do corpo e estratégias de apoio emocional, com o objetivo de reduzir a dor e a ansiedade, além de fortalecer a confiança da gestante em sua própria capacidade de parir. De maneira semelhante, o obstetra britânico Grantly Dick-Read desenvolveu a teoria do parto natural, defendendo que a dor no parto era amplificada pelo medo e pela tensão da mulher. Seu método destacava a redução do medo, o uso de técnicas de relaxamento e o estimular a autoconfiança da gestante, incentivando partos mais naturais e menos medicalizados.

Embora os métodos compartilhem a ênfase no preparo psicológico e físico da parturiente, Lamaze estruturou sua abordagem a partir de exercícios respiratórios específicos e acompanhamento emocional sistematizado, enquanto Dick-Read fundamentou sua proposta principalmente na compreensão do ciclo medo–tensão–dor e na promoção de partos sem intervenções desnecessárias. Ou seja, na prática, a condução de Lamaze era muito mais ritualística e técnica, com exercícios específicos e roteirizados para cada fase do parto. Já Dick-Read defendia algo menos estruturado em exercícios metódicos e mais focado numa compreensão profunda da mentalidade da mulher, sanando suas inseguranças numa orientação mais teórica e psicológica do que física e sistemática.

Ambos os apoiadores de uma perspectiva mais empática e cuidadosa sob o evento, traziam a noção de integração entre corpo e mente, mostrando que as intervenções médicas e farmacológicas impediam a mulher de estar consciente no momento do seu parto, estado que comprometia até mesmo a viabilidade das formações de vínculo emocional entre mãe e bebê. Apontando também que a dor não era algo intrínseco ao parto, mas uma sensação proveniente de atitudes, educação e comportamentos culturais (Hirsch, 2019). Assim estabeleceram marcos importantes na história da parturição no século XX – representaram a fundação do que entendemos hoje como parto humanizado.

Elaborando um pouco mais afundo o conceito de “humanização”, voltamos nossa atenção para os anos de 1960, um período marcante para o século XX, auge dos chamados Movimentos de Contracultura - uma grande confraternização de iniciativas ativistas de diversos pontos de vista - que mutuamente se integravam e se impulsionavam uns aos outros, alcançando cada vez mais notoriedade entre as sociedades em diversos países nos quais reverberavam.

Fenômeno heterogêneo, a Nova Era não era um movimento organizado, mas um campo atravessado por discursos variados [...] as religiões de origem oriental se configuram, de forma muito recorrente, como importantes referências [...] em sintonia com a perspectiva holística [...] resulta que, em substituição às ideias de pecado e culpa, presentes na crença judaico-cristã ocidental, valoriza-se a busca pelo autoaperfeiçoamento e atribui-se grande importância ao conhecimento interior [...] As semelhanças entre os discursos que atravessam o fenômeno da Nova Era e o ideário da humanização são significativas: a visão do corpo como integrado à mente; a valorização da natureza e do natural, daí emanando uma quase sacralização da intuição, da sensibilidade e da busca por autoconhecimento, bem como a ideia de igualdade conformando as relações por oposição à hierarquia (Hirsch, 2019, p. 55-56).

O movimento de humanização do parto, se apresentava como uma veia pulsante do movimento feminista, afinal, debates sobre o corpo feminino e quais seriam os procedimentos e tratamentos respectivos a esse corpo está intrinsecamente atrelado aos debates de gênero. E na perspectiva contracultural do modelo de parto medicalizado e patologizado, como aponta a enfermeira e professora Lílían Ayres, iniciam-se as críticas da óptica humanizada, indicando que “as dores por que passavam as mulheres não eram – como queriam os religiosos – um problema inerente ao processo de parturição, e sim uma consequência do medo e do despreparo corporal e psíquico vivido” (Ayres *et al.*, 2019, p. 55). Ou seja, como via de regra das manifestações ativistas era preciso pensar esse parto para além do biológico, mas com cuidado empático para com o corpo parturiente, sua história e mentalidade.

É interessante ressaltar que os debates promovidos pelas movimentações contraculturais abarcaram todas as ciências, não somente a transformação dentro das esferas disciplinares das humanidades, mas na Medicina, Enfermagem e Biologia. Corroborando a inevitabilidade do entrelaçamento interdisciplinar no qual a presente pesquisa orgulhosamente serve como exemplo.

Ao avançar para próxima década, seguindo nos anos 1970, outros autores despontam no terreno humanizador, dando continuidade ao que defendiam Lamaze e Dick-Read. São eles, os obstetras franceses: Frédérick Leboyer e Michel Odent, intelectuais da parturição que colecionam publicações brilhantes. Interessados em debater o parto através de comparações perspicazes com outras esferas da lógica capitalista, individualista e neoliberal. Questionando a medicalização excessiva dos processos, defendendo que, o ambiente considerado mais favorável ao nascimento seria aquele marcado pela tranquilidade, intimidade e redução de intervenções externas, permitindo que a parturiente vivencie o processo de forma mais espontânea. Nessas condições, os mecanismos hormonais acionados ao longo do trabalho de parto — coordenados pelo

sistema límbico — tenderiam a atuar de maneira mais fluida, contribuindo para a continuidade dos ciclos do parto com menores possibilidades de sofrimento e trauma

Desvendando o corpo no trabalho de parto, buscava alternativas para aplacar a dor e incentivar a autoconfiança da mulher, trabalhando a ideia de instintos, intimidade e segurança. Frédérick Leboyer, construiu reflexões semelhantes, mas com a percepção bem direcionada para um outro personagem de protagonismo na cena do parto: o recém-nascido. Desde a hospitalização do nascimento, no período das primeiras décadas do século XX, o tratamento para com o bebê que acaba de chegar ao mundo era no mínimo apático. Até o advento dos questionamentos que tomam força o princípio das noções de humanização “prevalecia a ideia de que o recém-nascido não ouvia, não enxergava e não sentia, o que contribuía para sua objetificação, e seu choro era interpretado como um sinal de que a ‘máquina’ estava em funcionamento” (Hirsch, 2019, p. 65).

Todos os sentidos e emoções do neonato eram negligenciados. Ignorar a humanidade daquele pequeno ser vivo que nasce, facilitava o progresso medicalizador-industrial do parto, que mantinha a frieza e a assepsia que “limpava” até mesmo a vivacidade e a beleza do fenômeno do parto. Em paralelo, assim como as Doulas irão questionar no futuro a lacuna nos cuidados especiais dirigidos às mães, Leboyer contesta a lacuna para com o recém-nascido. Elaborar o conceito de humanização nos serve então, não apenas para reduzir as violências experimentadas pela mulher em trabalho de parto, mas se dirigem aos tratamentos muitas vezes cruéis que sofriam as crianças recém-nascidas - “Uma imagem parece resumir o argumento de Leboyer: enquanto a mãe, o pai e o médico sorriem olhando para o bebê que acaba de nascer, este, suspenso pelo obstetra de cabeça para baixo, chora, levando as mãos ao rosto” (Hirsch, 2019, p. 64). Leboyer alegava que o choro do bebê, culturalmente aceito como sinal da vida, incentivado por palmadas no “bumbum” – tratadas com extrema normalidade pelos profissionais da saúde e pelas famílias, na verdade, trata-se de um clamor desesperado que ninguém escuta:

Alguns autores clássicos da Teoria do Apego, como Leboyer e Winnicott, referem que o choro, além de abrir os pulmões, é também uma manifestação de que, provavelmente, a criança sente algumas dores e reações emocionais como medo e insegurança diante da nova condição existencial. Sob o ponto de vista da criança recém-nascida, sabe-se que ela necessita de contato contínuo, advindo comumente da mãe com qual estabelecerá relações de apego que venham a assegurar e favorecer seu desenvolvimento biopsicoafetivo (Teixeira *et al.*, 2021, p. 333).

Ou seja, o ato do parto, embora tratado como um acontecimento médico e fisiológico, se trata de algo mais profundo e significativo, que marca físico e mentalmente, cultural e socialmente, sensorial e emocionalmente a pessoa da mãe e também a pessoa do neonato. Questões de difícil compreensão, embebidas por descargas hormonais que criaram lembranças e moldarão a percepção de mundo a partir da maneira com que é conduzido o nascimento, pontos os quais debateremos mais profundamente no seguinte capítulo.

Pensando em contexto brasileiro, as influências dos movimentos de Contracultura, sociais, artísticos e políticos conseguiram melhor se consolidar a partir dos anos de 1980, com a dissolução da Ditadura Militar, que censurava e reprimia em prol do conservadorismo. Nesse decorrer referências que pretendiam resgatar os métodos de parto mais naturais e mais empáticos, respeitando o tempo do corpo e do bebê, num ambiente mais acolhedor, preconizando o vínculo.

O questionamento sobre as práticas de assistência ao parto no Brasil é inicialmente pautado, publicamente, pelos movimentos sociais de mulheres na década de 1980, período em que a violência contra a mulher em outros âmbitos começa a se tornar uma questão pública e não mais privada (Teixeira *et al.*, 2021, p. 247).

Quanto mais voz e espaço as mulheres conquistavam no cenário político e emancipador, os métodos de partejar também eram repensados. Então, nas décadas de 1990 e 2000, a mobilização em prol da humanização ganha ainda mais força e apoio em legislações e padrões em escala mundial. Inspirações da chamada “medicina baseada em evidências científicas”, que fazia uma revisão do discurso médico e dos procedimentos rotineiros, retratando um cenário de intervenções desnecessárias e dolorosas. E, por influência do movimento feminista, a humanização começa a se tornar um desejo e uma necessidade.

Segundo a antropóloga e ativista Robbie Davis-Floyd, a humanização surgiu em reação aos excessos do modelo biomédico de assistência ao parto, cujo paradigma seria a cesárea, mas também encontrariam expressão no parto normal tal como realizado nos hospitais, com procedimentos médicos e farmacológicos administrados como rotina. Diante desse cenário, alguns profissionais insatisfeitos com o modelo hegemônico procuraram modificar suas práticas, tornando-as mais relacionais, mais recíprocas, individualizadas, receptivas e empáticas. Assim, é possível dizer que o projeto de humanização surgiu de uma crítica ao modelo biomédico hegemônico, a que a autora chama de tecnocrático (Hirsch, 2019, p. 31).

A humanização, portanto, mais do que um movimento social voltado a questionar práticas hospitalares, constitui-se como uma ação em defesa do respeito aos corpos que

parem, ao recém-nascido e ao tempo fisiológico do trabalho de parto. Com essas iniciativas e intenções, de repensar a condução do parto, a trajetória da humanização do parto no Brasil ganhou mais força a partir da Constituição Federal de 1988, a chamada “Constituição Cidadã”, que passou a reconhecer a assistência ao parto como um direito humano básico. Nos anos seguintes, esse processo se consolidou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ambos em 1990, que asseguraram direitos fundamentais, como o pré-natal e a presença de um acompanhante durante todos os atendimentos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal. No início dos anos 2000, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, estruturados pela Organização das Nações Unidas (ONU), colocaram como prioridade a redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde materna, estimulando debates em torno da humanização em todo globo. Esse cenário levou à criação, em 2002, do Programa de Humanização do Parto, que buscou oferecer atendimento digno, combater intervenções invasivas e garantir infraestrutura adequada no SUS.

Paralelamente às iniciativas governamentais, surgiram organizações da sociedade civil que tiveram papel decisivo, como o exemplo no ano de 1991, com a fundação da ONG *C.A.I.S. do Parto* (Centro Ativo de Integração do Ser), que atuou nos campos da saúde, direitos reprodutivos e cidadania. Dois anos depois, em 1993, nasceu a *Rede pela Humanização do Nascimento* (ReHuNa), referência na divulgação de práticas baseadas em evidências científicas e na participação em políticas públicas. Já em 2006, um grupo de militância feminina criou a rede *Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa*, que se destacou pela luta contra a violência obstétrica e pela defesa da maternidade consciente e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

No âmbito das políticas públicas, em 2011 o Ministério da Saúde instituiu a *Rede Cegonha*, dentro do SUS, com foco na redução da mortalidade infantil e materna, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, por meio da ampliação de exames, leitos, transporte e capacitação profissional. Apesar dos avanços, o programa recebeu críticas pela padronização e pela falta de personalização do atendimento, elementos que contrariam princípios da humanização (Hirsch, 2019). Ainda nesse período, entre 2011 e 2012, foi realizada a pesquisa *Nascer no Brasil*<sup>19</sup>, coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz) em parceria com universidades públicas. Com dados de 23.894 mulheres em 266 hospitais de 191 municípios, o estudo revelou o

---

<sup>19</sup> Nascer no Brasil. Sobre a Pesquisa, 2019. Disponível em: [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us\\_portfolio=nascer-no-brasil](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil). Acesso em: 14/10/2023.

excesso de cesarianas e de intervenções, além das desigualdades marcadas por classe, raça, escolaridade e região.

Mesmo com avanços significativos, a mobilização pela humanização ainda enfrenta desafios — questões como a tipificação da violência obstétrica em lei federal e a regulamentação universal da presença de Doulas seguem em aberto. Desde 2012, ONGs como a *ReHuNa* e o *Parto do Princípio* vêm apresentando dossiês e propostas legislativas, como a inclusão da violência obstétrica na Lei Maria da Penha<sup>20</sup>. Contudo, até 2022, apenas oito estados brasileiros e o Distrito Federal haviam aprovado legislações específicas sobre o tema<sup>21</sup>. Tal cenário revela que, embora o debate tenha ganhado visibilidade e reconhecimento social, sua consolidação jurídica e institucional ainda se mostra limitada diante da dimensão do problema.

Configurando-se como uma prática amplamente disseminada no contexto da assistência ao parto no Brasil, a violência obstétrica revela-se como uma expressão concreta do controle histórico exercido sobre os corpos femininos no momento da maternidade. Dados recentes da pesquisa *Nascer no Brasil II*<sup>22</sup>, conduzida pela Fundação Oswaldo Cruz, indicam que cerca de 65% das mulheres entrevistadas no estado do Rio de Janeiro relataram ter sofrido ao menos um tipo de violência obstétrica durante o parto, evidenciando a dimensão estrutural do problema<sup>23</sup>. Entre as práticas mais frequentemente mencionadas estão os toques vaginais realizados de forma inadequada ou excessiva (46%), situações de negligência (31,5%) e abuso psicológico (21,7%), demonstrando que o sofrimento materno não se restringe à dor física, mas se estende a experiências de desqualificação, silenciamento e violação simbólica.

Esse cenário não se limita a recortes regionais. Estudos nacionais anteriores, também realizados pela Fiocruz, apontam que 45% das mulheres atendidas pelo Sistema

---

<sup>20</sup> Câmara dos Deputados. Projeto inclui violência obstétrica na Lei Maria da Penha, 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/940040-projeto-inclui-violencia-obstetrica-na-lei-maria-da-penha/#:~:text=O%20Projeto%20de%20Lei%20422,e%20familiar%20contra%20a%20mulher>. Acesso em: 15/10/2023.

<sup>21</sup> G1. Brasil não tem lei federal que trate de violência obstétrica ou parto humanizado, 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2022/07/17/brasil-nao-tem-lei-federal-que-trate-de-violencia-obstetrica-ou-parto-humanizado-maioria-dos-estados-tem-legislacao-sobre-tema.ghtml>. Acesso em: 15/10/2023.

<sup>22</sup> BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. *Nascer no Brasil II: Inquérito Nacional sobre Partos, Nascimento e Perdas Fetais*. Fiocruz, s.d. Disponível em: [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us\\_portfolio=nascer-no-brasil-2](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil-2). Acesso em: 20/01/26.

<sup>23</sup> JORNAL PRIMEIRA PÁGINA. Violência obstétrica atinge 45% das mulheres atendidas pelo SUS no país. *Jornal Primeira Página*, Palmas, 19 jan. 2026. Disponível em: <https://jornalprimeirapaginato.com/?s=Viol%C3%Aancia+obst%C3%A9trica+atinge+45%25+das+mulheres+atendidas+pelo+SUS+no+pa%C3%ADs>. Acesso em: 19/01/26.

Único de Saúde e 30% das atendidas na rede privada relataram vivências de violência obstétrica, o que evidencia que tais práticas atravessam diferentes modelos de assistência e classes sociais. A persistência desses índices indica que a violência obstétrica opera como um mecanismo institucionalizado, sustentado por discursos médicos e morais que naturalizam a dor, a submissão e o padecimento feminino como partes constitutivas da experiência materna, ao mesmo tempo em que a ausência de regulamentação federal específica e a limitação das legislações estaduais revelam a distância entre reconhecimento social e efetiva transformação estrutural.

Portanto, o movimento humanizador, nos serve para questionar o arranjo medicalizado, mas não deve ser confundido com fenômenos negacionistas que invalidam a ciência e a medicina, “não se trata aqui de questionar os avanços que a ciência e a tecnologia têm trazido para o campo da obstetrícia. Não importa, rejeitar a ciência de maneira liminar ou incondicional, o que se propõe é um alargamento de sua concepção, incluindo-a na cultura” (Borges, 2008, p. 330). Como aponta a enfermeira Moema Borges neste trecho, a questão de problematizar a humanização se estende à preocupação com cuidados técnicos e tão pouco se limita a discursos rasos que deturpam os benefícios dos avanços tecnológicos. Se trata de marcar a humanização como uma iniciativa sociopolítica e de interesse de campos das ciências humanas, apesar da proximidade óbvia dos temas, como carrega a própria nomenclatura, em algumas ocasiões são negligenciadas as possibilidades interdisciplinares sobre os debates citados.

Por exemplo, mais uma vez buscando os significados que carregam as palavras tão utilizadas nessa dissertação, é interessante darmos atenção à noção de humanização, abrindo um leque com as suas possíveis variações. É válida a questão levantada pelo intelectual Ailton Krenak - se somos mesmo uma humanidade, quando analisamos a fundo, o termo remete a uma universalidade, que constrói uma homogeneização dos seres:

Como justificar que somos uma humanidade se mais de 70% estão totalmente alienados do mínimo exercício de ser? A modernização jogou essa gente do campo e da floresta para viver em favelas e em periferias, para virar mão de obra em centros urbanos. Essas pessoas foram arrancadas de seus coletivos, de seus lugares de origem, e jogadas nesse liquidificador chamado humanidade. (Krenak, 2019, p. 9).

O conceito “humanidade” não só serve à universalidade, mas também ao que o Grosfoguel aponta do pensamento cartesiano sobre a segregação entre a mente e o corpo: “isso permite à mente estar indeterminada e incondicionada pelo corpo” (Grosfoguel, 2016, p. 29). Na reflexão de Krenak, essa dita humanidade se coloca no topo da

superioridade, e não é apenas antropocêntrica, mas também androcêntrica. Nesse movimento se auto difere da própria natureza, não se entende como parte dela, mas como agente dominador e explorador, tendo a terra, as plantas e os animais a seu serviço. Nessa mesma fragmentação entre ser humano e natureza, podemos voltar à citação do Grosfoguel, nos atentando que esse isolamento entre mente e corpo segue a mesma ordem que nos separa do natural, a lógica individualista, utilitarista e neoliberal. Onde com a justificativa de neutralidade e objetividade se torna vazio, falho e principalmente autodestrutivo, tanto no que diz respeito à posse exacerbada de recursos, quanto na negligência de sua própria fisiologia e psicologia, o que resulta no adoecimento geral do ser e do seu ambiente.

Seguindo o fluxo de questionamentos, seria insensato não comentar acerca da variação de humanidade – humanização - “Michel Odent [...] sendo um crítico do termo ‘humanizado’, ele defende que ‘o parto deveria, na realidade, ser animalizado’” (Hirsch, 2019, p. 70). Exatamente por ser um termo universalizador e tendencioso ao androcentrismo, chamar o parto natural de humanizado seria inadequado nas visões mais ativista como a do mestre Odent, pois deixa de lado dimensões mais profundas da natureza do ser e pode reduzir a potência do corpo da mulher no trabalho de parto. O obstetra francês advogava de forma enfática pela preconização da intimidade e dos instintos, pontos cruciais presentes nos discursos das Doulas nos dias de hoje, de preservar a intimidade, o conforto e a segurança da parturiente para que os instintos possam florescer livremente, transportando as parturientes para a partolândia<sup>24</sup> (De Lima et. Al., 2018) e, assim, alcançar um parto prazeroso, que correspondem diretamente com as intenções da real humanização, ainda que o nome traga certas controversas e atualmente esteja sendo alvo da banalização.

---

<sup>24</sup> O termo “Partolândia” é utilizado no campo da humanização do parto para designar o estado psíquico e fisiológico característico do trabalho de parto ativo, no qual a mulher pode apresentar alterações no nível de consciência, introspecção, diminuição da interação verbal e maior conexão com sensações corporais. A expressão, popularizada por profissionais da assistência humanizada, descreve o momento em que há predominância da atividade hormonal — especialmente da ocitocina e das endorfinas — favorecendo a progressão do trabalho de parto. Nesse estado, a redução de estímulos externos, como luz intensa, ruídos e intervenções desnecessárias, contribui para a manutenção da dinâmica fisiológica do parto. A compreensão da “Partolândia” reforça a importância de ambientes protegidos, acolhedores e respeitosos, uma vez que a ativação excessiva do neocórtex, frequentemente estimulada por perguntas constantes, observação excessiva ou sensação de ameaça, pode interferir na liberação hormonal e, consequentemente, na evolução do trabalho de parto. O conceito, embora não constitua categoria diagnóstica formal, é amplamente empregado na literatura e na prática da assistência humanizada para explicar a necessidade de preservação do ambiente e da subjetividade da parturiente durante o processo de nascimento.

Depois de pensarmos toda construção e desenvolvimento do movimento de humanização, agora abordaremos de forma mais completa a atuação prática do ofício das Doulas. Apesar de a profissão ainda não ser plenamente regulamentada no Brasil, muitas profissionais atuam de forma voluntária ou como autônomas, sendo frequente o registro na categoria de Microempreendedora Individual. Mesmo que possuam certificação, adquirida por meio de cursos de formação reconhecidos e realizados com excelência, as Doulas não estão autorizadas a realizar intervenções médicas ou farmacológicas, pois sua atuação é direcionada ao suporte físico, emocional e informativo à parturiente (*Silva et al.* 2012).

Como colocado anteriormente, o termo *doula* começou a se difundir na década de 1980, nos Estados Unidos, em resposta ao aumento expressivo das cesarianas. No ano de 1992, em Chicago, ocorreu a primeira experiência de profissionalização organizada da categoria, evento que exerceu forte influência sobre as iniciativas brasileiras, especialmente por meio da *ReHuNa*. Em 2003 foi fundada a Associação Nacional de Doulas em território brasileiro, que chegou a estabelecer diálogo com o Sistema Único de Saúde (SUS), mas acabou se fragmentando em 2009. Outro marco significativo ocorreu em 2011, com a criação da *Rede Cegonha*<sup>25</sup>, primeiro programa público a reconhecer oficialmente a presença das doulas no processo de parto. Já em 2013, elas foram incluídas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e, no mesmo ano, Blumenau (SC) tornou-se pioneira ao aprovar a primeira Lei Municipal de Doulas do país. No ano seguinte, o Ministério da Saúde reafirmou a importância dessa atuação nos *Cadernos HumanizaSUS*, e até 2016 já havia associações estaduais de Doulas organizadas em diversas regiões brasileiras<sup>26</sup>.

Além da *ReHuNa*, a *Rede Nacional Feminista de Saúde* também desempenhou papel crucial na defesa do parto humanizado, fortalecendo o movimento por meio da articulação política e social. E pesquisas conduzidas pela OMS comprovaram os benefícios da presença da Doula, evidenciando impactos positivos tanto na experiência subjetiva da parturiente quanto em desfechos objetivos, como a redução de cesarianas desnecessárias, diminuição do uso de analgesia e menores índices de intervenções médicas. Contudo, apesar dos avanços conquistados, a doulagem ainda se apresenta como

---

<sup>25</sup> REHUNA. Nossa História. Disponível em: <https://rehuna.org.br/nossa-historia/>. Acesso em: 14/10/2023.

<sup>26</sup> Parto do Princípio. Quem somos, 2015. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/sobre>. Acesso em: 14/10/2023.

um privilégio de classe, sobretudo pela ausência de uma legislação federal que assegure o acesso universal a esse acompanhamento. Dessa forma, a Doula não só funciona como um impulsionador da humanização e da luta ‘antiviência obstétrica’, como também um rico modelo para os estudos da oralidade e da memória, à vista de resgatarem conhecimentos ancestrais de parteiras e curandeiras tradicionais, e por exercitarem o vínculo pela transmissão de saberes através da comunicação oral, entre mulheres e gerações — um campo em que corpo, política, ciência e tradição se entrelaçam<sup>27</sup>.

O movimento humanizador, e especialmente o movimento de Doulas, busca devolver à mulher a autoridade sobre o parto, que é dela por direito. A função da Doula é plantar informação para que a gestante possa colher escolhas conscientes, fortalecendo sua autonomia e protagonismo. Autores como a enfermeira Moema Borges (2008) lembram que não existem saberes ou ignorâncias absolutas, mas encontros de ideias. Esse é o momento de questionar de quem é a autoridade sobre o parto. O ideal seria que os profissionais atuassem com sutileza, respeitando o parto como um processo normal, sem patologizá-lo ou transformá-lo em risco; reconhecê-lo e respeitá-lo como o evento fisiológico natural e corriqueiro que é (Bio, 2015). Para que o diálogo no cerceamento obstétrico, entre parturiente e cuidadores, dispense hierarquias e assimetrias (Ferreira Junior; Barros, 2016). Isso evitaria que o hospital fosse marcado por intervenções desnecessárias, pressa e violências:

O ambiente do enema<sup>28</sup>, da tricotomia<sup>29</sup>, da ocitocina, da epidural, da cesárea, da violência institucional, do racismo, da violência emocional e da solidão [...] o lugar do “efeito cascata”, do nitrato de prata<sup>30</sup>, da vitamina K<sup>31</sup>, do banho

---

<sup>27</sup> CAIS do Parto. Quem somos, 2004. Disponível em: <https://caisdoparto.blogspot.com/p/quem-somos.html>. Acesso em: 14/10/2023.

<sup>28</sup> Enema, basicamente é uma lavagem intestinal, feita pela introdução de uma solução via sonda retal para eliminação de resíduos. Visto hoje como procedimento irrelevante ao progresso do parto.

<sup>29</sup> Tricotomia consiste na remoção dos pelos da área íntima, um artifício também irrelevante para o parto normal.

<sup>30</sup> Nitrato de prata é uma solução aplicada nos olhos do recém-nascido imediatamente após o nascimento, para supostamente funcionar como bactericida para Infecções Sexualmente Transmissíveis, porém, estudos atuais apontam que a substância pode causar quadros irritativos de conjuntivite química. Disponível em: <https://www.clinicagynecare.com.br/site/aplicacao-de-nitrato-de-prata-em-recem-nascidos/#:~:text=O%20que%20algumas%20m%C3%A3es%20alegam,irritativo%2C%20classificado%20como%20conjuntivite%20qu%C3%ADmica>. Acesso em: 30/10/2023.

<sup>31</sup> Vitamina K, é administrada em injeção dada ao neonato com a promessa de proteger seus ossos e outros tecidos, e prevenir doenças hemorrágicas.

compulsório<sup>32</sup>, do corte abrupto do cordão<sup>33</sup> e do manuseio violento [...] o lugar do tempo acelerado e não do tempo da vida que chega (Teixeira *et al.*, 2021, p. 43).

Nos últimos anos, cresce também um movimento de reapropriação de saberes femininos ancestrais, antes silenciados pelo controle do corpo feminino. Esses conhecimentos se unem hoje às evidências científicas, fortalecendo novas categorias de cuidado — como Doulas, educadoras perinatais, consultoras de amamentação e psicólogas perinatais — que reavivam debates sobre o papel da mulher, do profissional de saúde e do próprio sistema materno-infantil. Reacender a mística do parto também dialoga com lutas feministas e ecológicas, resgatando a ligação entre mulher e natureza, trata-se de recuperar uma relação empática com o corpo, com o ambiente e com a própria vida, para alcançar um olhar mais humano e integral sobre o nascimento.

Embora a presença das Doulas no cenário obstétrico seja relativamente recente, essas profissionais têm desempenhado um papel central na consolidação de uma cultura voltada para a não violência obstétrica, além de contribuírem para a elaboração e a conquista de legislações voltadas ao direito a um nascimento digno, tanto no Brasil quanto em outros contextos internacionais. Apesar da discrepância entre as políticas públicas de saúde voltadas à mulher e a experiência real das parturientes no Brasil, observa-se uma evolução gradual desse modelo de assistência ao parto. Essa transformação é principalmente impulsionada pelo fortalecimento do movimento de Doulas e pela atuação significativa dessas profissionais nos debates e nas práticas do campo obstétrico. Essa atuação, muitas vezes articulada a organizações não governamentais, projetos sociais e movimentos coletivos, evidencia a dimensão política de sua prática (Fonseca; Freitas; Ril, 2017).

É perceptível que o movimento pela humanização é sobretudo um movimento social, de viés militante, que está em grande parte atrelado ao movimento feminista, e este por sua vez, flerta ao longo dos anos com o movimento de Doulas. Essa profissão então, nasce destes dois movimentos [...] Sendo grandes representantes e defensoras da humanização e do processo de ruptura com a

---

<sup>32</sup> O banho compulsório de recém-nascidos, se trata de uma prática antes comum nas maternidades, tem sido desaconselhado por protocolos atuais de cuidado neonatal. A recomendação de adiar o primeiro banho busca preservar o vernix caseoso, substância natural que recobre a pele do bebê e exerce funções protetoras, imunológicas e térmicas. Sua absorção gradual favorece a adaptação do recém-nascido ao ambiente extrauterino e contribui para a manutenção da integridade cutânea e da microbiota natural.

<sup>33</sup> O clampeamento precoce do cordão umbilical é realizado antes do término da transferência de sangue entre a placenta e o recém-nascido. Pode impedir que o bebê receba até um terço do volume total de seu próprio sangue. Essa interrupção reduz os níveis de ferro e hemoglobina, aumentando o risco de anemia e outras complicações no desenvolvimento. Por isso, recomenda-se o clampeamento tardio, que favorece uma melhor oxigenação e adaptação neonatal.

medicalização, as Doulas crescem em paralelo às conquistas do movimento humanizador do parto, como se um abrisse caminho para o outro (Freitas, 2023, p. 40).

Assim, partindo do ponto de que o parto é político, percebemos então a personificação da humanização - as Doulas - sujeitos políticos e agentes históricas transformadoras, que surtem um efeito contra hegemônico na industrialização e na medicalização do parto, concedendo às gestantes informações legítimas, segurança, autonomia e protagonismo, a fim de obter escolhas conscientes e partos verdadeiramente saudáveis e respeitosos seja por qual via for.

## **1.2. A “Cultura do Medo” – a origem da dor cultural**

Diante de tudo que já foi abordado, desde as primeiras afinidades que desencadearam nas primeiras intenções e objetivos de pesquisa, notamos que existem grandes questões polêmicas que envolvem o cenário do parto. Marcos significativos que impactaram diretamente na trajetória do nascimento, e tudo isso resultou no que temos hoje. Os gritantes casos de violência obstétrica e as cesarianas em massa, são questões de saúde pública que afetam a sociedade e escancaram a necessidade de movimentos de luta e resistência como a humanização e o ativismo da doulagem, mostrando que “a ‘medicalização do parto’ e a ‘violência obstétrica’ são olhares complementares sobre o mesmo fenômeno” (Teixeira et al., 2021, p. 269). Já conversamos nestas páginas acerca destes dois movimentos, sua origem e principais bandeiras. Mas ainda não elaboramos as razões fundadoras que sustentam e investem para a manutenção das circunstâncias medicalizadas atuais. Delinear a história do parto é também desenhar a história das transformações nas formas de compreender o corpo feminino, suas potências e limitações, revelando as articulações entre saber, poder e gênero ao longo do tempo.

Até meados do século XIX, o parto era essencialmente um evento doméstico e feminino, conduzido no espaço íntimo dos lares e cercado por redes comunitárias de apoio. Mulheres mais velhas, parteiras e benzedadeiras detinham o conhecimento empírico e simbólico sobre o nascimento, construído pela observação da natureza, pela experiência e pela oralidade (Brenes, 1991). O parto nesse contexto, compreendido como um fenômeno natural e espiritual, visto como rito de passagem que a mulher atravessava, amparada por outras mulheres em um ambiente de acolhimento, solidariedade e respeito ao tempo do corpo.

Com o avanço das religiões de matriz judaico-cristã, o corpo feminino passou a ser interpretado como espaço de culpa, vergonha e pecado. A dor do parto foi associada à punição divina imposta a Eva, conforme o relato bíblico de Gênesis 3:16 — “em dor darás à luz filhos” —, instaurando uma tradição simbólica que naturalizou o sofrimento feminino e justificou a submissão do corpo da mulher. Essa leitura teológica contribuiu para moldar a percepção do parto como um momento de expiação, deslocando a mulher do papel de protagonista para o de objeto de vigilância moral e religiosa.

No século XVIII, com a ascensão do capitalismo após a Revolução Industrial, a prática médica passa por uma profunda redefinição. Nesse novo cenário, a Medicina assume jurisdição sobre múltiplas esferas da vida, entre elas o controle dos nascimentos, orientado por interesses demográficos e políticos. Surge, então, um olhar voltado à vigilância e à higienização dos corpos — especialmente o corpo feminino —, contexto em que se consolidam as ciências da obstetrícia e da ginecologia. Já por volta dos séculos XVII e XVIII, com o advento do Iluminismo e a ascensão do pensamento racionalista, a ciência moderna se consolidou como nova forma de poder, desafiando os dogmas religiosos e promovendo a secularização do saber. A Medicina, em busca de legitimidade e distinção frente aos curandeiros e parteiras, institucionalizou-se nas universidades e passou a reivindicar autoridade sobre o corpo feminino. O parto, antes comunitário e simbólico, foi gradualmente transferido para o domínio técnico e científico, e o corpo da mulher se tornou objeto de observação, intervenção e controle (Vieira, 2002). A consolidação do saber médico implicou também a hierarquização de gênero: os conhecimentos femininos tradicionais foram apropriados e desqualificados, enquanto a medicina masculina se erigia como única detentora da verdade científica.

Nessa perspectiva, o parto normal torna-se um problema. Ademais, de acordo com a concepção evolucionista vigente no século XIX, a mulher estava perdendo sua habilidade natural de parir. Essa perspectiva legitimava o monopólio do parto científico (Arney, 1982 *apud* Da Silva Linhares, 2021, p. 75).

O corpo feminino, visto como espaço misterioso e perigoso, passou a despertar interesse apenas enquanto reprodutor, responsável pela perpetuação da espécie.

Durante muitos séculos, a relação entre as ideias religiosas e a reprodução humana perpassou as concepções sobre o corpo feminino. Essas ideias, que concebiam os órgãos genitais femininos como algo com manifestações sobrenaturais, transformavam o sangue menstrual em substância temida que, ao emergir do útero, poderia contaminar, envenenar, conspurcar (Shorter, 1982 *apud* Vieira, 2002, p. 42).

Nesse contexto, a anatomia e a obstetrícia nasceram sob uma perspectiva de dominação, e a própria linguagem científica refletiu essa desigualdade simbólica. Termos como “vagina” — derivado do latim “bainha”, em referência ao que guarda uma espada: “a anatomia sexual feminina envolvia o pênis da mesma maneira que uma bainha cobre uma espada” (Blackledge, 1988, p. 65). Ou seja, “o órgão masculino é equiparado a um instrumento ostentoso, que impõe respeito e admiração; já o feminino não é capaz de conter tamanhas potencialidades, portanto se limita ao estojo de uma espada” (Freitas, 2023, p. 22). A palavra “obstetrícia” — “originada do latim *osbtetricum*, em que *obs* significa ‘estar diante de’ e *tetricum* significa ‘tétrico, mórbido’” (Vieira, 2002, p. 50).

A Real Academia Española (RAE) define “embarazo” (“gravidez”) como impedimento, dificuldade, obstáculo, como um processo ou situação incômoda. Essa conotação contribui para que a gestação seja vista como um período crítico ou de risco para a saúde da mulher (San Martín, 2018, p. 243).

Remetendo sempre a algo nefasto, evidenciando uma tradição lexical marcada por visões pejorativas e patriarcais sobre o corpo da mulher. A sexualidade feminina foi associada ao perigo, à impureza e à desordem, o que serviu de justificativa para sua medicalização, docilização e controle.

No Brasil, os processos de institucionalização da medicina e de medicalização da reprodução não se concentraram apenas no final do século XIX, já que a criação das primeiras faculdades médicas remonta ao início desse período. Ainda assim, foi entre o final do oitocentos e as primeiras décadas do século XX que tais mecanismos se consolidaram, com a difusão de discursos higienistas e a crescente articulação entre medicina e organização social. No contexto da Primeira República (1889–1930), a saúde assumiu centralidade na construção da nação, conforme apontam a socióloga Nísia Lima, a historiadora Cristina Fonseca e o cientista político Gilberto Hochman, o movimento sanitaria foi decisivo ao transformar a saúde em questão política, vinculada à ideia de nacionalidade. Em um país marcado por doenças e desigualdades, consolidou-se a percepção de que sanear era integrar e fortalecer o Estado. A doença passou, então, a ser interpretada não apenas como fenômeno biológico, mas como expressão do atraso nacional, deslocando explicações centradas no determinismo racial ou climático. A ideia de um “país doente” impulsionou políticas de saneamento e ampliou a autoridade estatal, evidenciando a relação entre saúde pública e projetos civilizatórios.

A partir de 1930, com Getúlio Vargas, essas transformações foram aprofundadas, mais do que ruptura, o período varguista intensificou dinâmicas em curso, inserindo-as

em um projeto de centralização e fortalecimento do Estado, com ampliação das políticas públicas de saúde. Nesta conjuntura, a saúde consolidou-se como dimensão estratégica do projeto nacional, articulada ao disciplinamento social e à gestão da população (Lima; Fonseca; Hochman, 2005). E a maternidade, por sua vez, passou a ser concebida como questão de interesse público, vinculada à formação de uma população saudável e produtiva:

Saúde e educação seriam os pontos chave do projeto modernizador capitaneado pela elite intelectual do país, composta por médicos, legisladores, engenheiros e bacharéis, que enxergavam na infância a esperança da construção da nação brasileira. Para garantir a formação dos futuros cidadãos, fortes e sadios, havia que se formar novas mães, não mais guiadas por valores e práticas femininas tradicionais, mas pelas orientações dos homens da ciência (Nagle, 1974; Sevcenko, 1998; Freire, 2008 *apud* Teixeira *et al.*, 2021, p. 305).

No bojo deste contexto, em que a saúde se consolidava como dimensão estratégica do projeto nacional e a formação de “boas mães” era concebida como condição para a constituição de cidadãos saudáveis e produtivos, o corpo feminino passou a ocupar lugar central nas políticas e nos discursos médicos e estatais. A maternidade, mais do que uma experiência privada, foi progressivamente inscrita no âmbito do interesse público, sendo atravessada por normas, prescrições e formas de vigilância. É nesse sentido que se pode compreender a conversão da mulher em objeto de intervenção biopolítica, responsável por gerar e cuidar dos corpos que sustentariam a nação. A partir de uma perspectiva foucaultiana, o conceito da biopolítica refere-se a um conjunto de estratégias e saberes por meio dos quais o poder incide sobre a vida, regulando não apenas os corpos individuais, mas também as populações, suas práticas e seus modos de existência. Trata-se, portanto, de uma forma de poder que atua na produção, gestão e normalização da vida, articulando-se, no caso em análise, à medicalização da reprodução e à normatização da maternidade (Han, 2017).

À luz desse âmbito, médicos, legisladores e intelectuais ocuparam posição central na definição desses parâmetros, enquanto saberes femininos tradicionais — como aqueles mobilizados por parteiras e benzedadeiras — foram progressivamente deslegitimados e, em alguns casos, criminalizados:

O médico entra em contato íntimo e direto com a vida privada de seu cliente. Ele participa de momentos cruciais dessa existência, servindo de intermediário entre o saber generalizante e o caso particular. As circunstâncias da doença promovem a aceitação de seu julgamento. Um dos fatores que explicam o sucesso da medicina está associado ao poder que esta profissão tem de fomentar a dependência do cliente no que diz respeito ao conhecimento e à

competência do médico. Esta dependência é construída ideologicamente ao longo de um processo histórico (Pereira Neto, 2000, p. 400).

A difamação das parteiras e benzedeiras foi parte fundamental dessa estratégia de consolidação da medicina científica e principalmente da confiança na figura do médico, nas palavras da historiadora Rita de Cassia Marques: “em busca da imagem do homem perfeito, que, em última instância, os confundiam com os santos, os médicos foram se estabelecendo na cidade” (Marques, 2003, p. 1127).

Campanhas oficiais e discursos públicos associaram essas mulheres à ignorância, à superstição e à imoralidade, construindo uma oposição simbólica entre “ciência e não-ciência”, “razão e magia”. Ao mesmo tempo, as práticas populares foram apropriadas e adaptadas aos protocolos médicos, mas desprovidas de sua dimensão comunitária e espiritual (Sousa, 2007). Essa apropriação marcou o início da divisão hierárquica e de gênero dentro da própria medicina, que manteve o homem como detentor do saber e a mulher como paciente, objeto ou assistente subordinada, mostrando que essas parteiras e benzedeiras “eram duplamente atacadas: por serem mulheres e por possuírem um saber que escapava ao controle da medicina” (Da Silva Linhares, 2021, p. 71), assim, personificavam ameaças simbólicas ao Estado, a Igreja e a comunidade médica que se formava.

Com a expansão da urbanização e o avanço das tecnologias médicas, o hospital — antes visto como espaço de morte, pobreza e abandono — passou a ser ressignificado como local de cura e progresso. No contexto pós-guerra, sobretudo a partir da década de 1950, houve um movimento que “representou uma revolução no modo de conceber e lidar com o nascimento na cultura ocidental” (Hirsch, 2019, p. 37). A hospitalização dos nascimentos se consolidou no Brasil, acompanhada pelo discurso da segurança e da higiene. O parto domiciliar foi gradualmente substituído pelo parto hospitalar, e a figura do médico tornou-se central, enquanto a mulher foi afastada do protagonismo sobre seu próprio corpo, repetia-se o discurso higiênico e técnico a respeito da maior segurança fornecida pelo hospital e pelos médicos, juntamente com a descrição do corpo feminino como: frágil e potencialmente em perigo.

Criando uma noção de risco na assistência à gravidez, parto e puerpério, que seria prevenido nos hospitais e próximo dos médicos, o que se insere no “paradigma preventivista”, que de acordo com a historiadora polonesa Ilana Löwy, simboliza esse “ultratratamento” que suplanta tudo de forma alarmista, com muita urgência e perigo (Freitas, 2023, p. 28).

Nesse processo, práticas como a episiotomia, o uso rotineiro de ocitocina, a anestesia e a cesariana foram amplamente difundidas, muitas vezes sem respaldo científico, baseadas mais na conveniência médica do que na necessidade clínica (Tornquist, 2005). Esse novo paradigma reforçou a descrença na capacidade fisiológica do corpo feminino de parir. A mulher passou a ser considerada fraca, ineficiente e dependente da intervenção técnica, o que aprofundou sua submissão às normas institucionais. Vemos um desencorajamento generalizado, como um “desaprendizado em relação aos saberes do próprio corpo” (Bio, 2015, p. 14):

A mudança qualitativa no discurso, que passa então a disciplinar o corpo feminino de modo absoluto, traz a necessidade de demonstrar que existe uma degeneração de base comum a todas as mulheres, desqualificando-as como sujeito e, portanto, desqualificando o saber que elas detêm sobre seu próprio corpo. A natureza feminina vai explicar a loucura, a degeneração moral, a criminalidade, de tal forma que a mulher é considerada como um ser incapaz de autonomia. Apesar de deter o importante papel de transmissora da moral, a mulher é um ser tutelado, de maneira que o modelo idealizado de mãe e esposa não possa ser negado sob o risco de transformá-la em doente. A doença passa a ter um significado de degeneração moral, e a ideia de mulher relaciona-se à ideia de periculosidade (Vieira, 2002, p. 30).

Além disso, o corpo feminino foi utilizado como objeto de ensino nas escolas médicas, submetido a procedimentos invasivos e experimentais sem consentimento, em nome do avanço científico: “com relação ao corpo feminino, essas escolas iriam atuar de forma inicial no processo de hospitalização dos partos em benefício do melhoramento prático do ensino e para controle dos nascimentos” (Freitas, 2025a, p. 348). Assim, o parto, outrora um evento simbólico e coletivo, transformou-se em um ato clínico, padronizado e desumanizado (Vieira, 2002), onde um corpo tão potente é questionado tantas vezes de sua competência que duvida cada vez mais fortemente de seu êxito ao parir:

Um corpo que comporta outro corpo. Um corpo que produz outro corpo. Célula por célula, tecido por tecido, órgão por órgão. Até que o organismo completo se forma. O portal para a chegada de novos seres humanos. A única entrada. Temos o poder de dar a vida. A questão que sempre vem à minha mente é: quando começamos a duvidar da nossa força? (Moscardini, 2022, p. 39).

A partir das décadas de 1970 e 1980, como comentamos anteriormente, surgem movimentos de resistência a esse modelo, impulsionados pelo feminismo e por novas abordagens da saúde. Movimentos em prol da humanização do parto que propõe o resgate da autonomia feminina, a valorização dos saberes tradicionais e o respeito à fisiologia do corpo. Influenciados pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde, o debate

passou a questionar o excesso de intervenções e a defender práticas baseadas em evidências e no cuidado centrado na mulher e no bebê.

Na contemporaneidade, coexistem dois modelos antagônicos de nascimento: de um lado, a persistência da medicalização excessiva e da cultura da cesariana — que transformou o parto em um evento cirúrgico e controlado; de outro, o fortalecimento dos movimentos de humanização, que buscam restituir à mulher o protagonismo e o direito de decidir sobre seu corpo. Pensar o parto na atualidade implica reconhecer a coexistência de perspectivas bastante opostas. Enquanto uma busca valorizar a naturalidade do nascimento, o ambiente domiciliar, os saberes ancestrais e o acompanhamento da Doula, outra permanece centrada em um modelo tecnocrático e hospitalar, caracterizado pela medicalização, pelas intervenções excessivas e pela compreensão do parto como um evento patológico.

A trajetória histórica do parto, portanto, revela não apenas as transformações técnicas e institucionais: “seja para o olhar histórico ou médico, o corpo das mulheres foi ao longo dos séculos objeto de manipulação, com finalidades utilitaristas, que desconsideravam sua autonomia e seus conhecimentos, permitindo à mulher dois caminhos - obediência ou exclusão” (Freitas, 2025a, p. 354). O trecho nos descreve que a história do parto também se faz nas disputas simbólicas e políticas em torno da autonomia feminina e do reconhecimento de seus conhecimentos.

Pensando a consolidação do saber médico e a hospitalização do parto identificamos certos fenômenos que marcaram de maneira temporal a estrutura dos nascimentos. Mas, o que sustenta por trás dos panos? Qual a mentalidade que evita questionar essa lógica? Vamos adentrar no que chamo de “Cultura do Medo”, e entender como isso se relaciona com a historicidade do evento de parir, justificando a existência da Doula como sujeitos políticos e agentes históricas transformadoras.

Desde o princípio de minhas atividades de pesquisa sobre a parturição, um tema que despertou particular interesse foi - o medo da dor do parto. Minha atenção a esse fenômeno remonta a experiências e observações desde a infância, quando já notava a discrepância entre o receio generalizado em torno do parto vaginal em função de minha própria curiosidade e fascínio pelo processo de parir. Observava, ao meu redor, discursos que enfatizavam riscos e dor, predominando em grande parte das pessoas com quem convivi, muitas vezes reforçados por informações imprecisas ou relatos traumáticos. Com

o avanço da pesquisa, esse interesse inicial passou a ser sistematicamente sustentado por um conjunto de evidências empíricas e teóricas - os dados coletados em entrevistas, as observações realizadas em rodas de conversa, bem como o arcabouço teórico que reuni em disciplinas de História, Filosofia e Ciências Sociais, que vieram a fornecer respaldo à importância de compreender o parto como prática socialmente construída e historicamente situada. Ainda assim, permanecia a questão de entender com maior profundidade as origens e intensidades do medo relatado, o que orientou a condução do estudo para investigar tanto os fatores individuais quanto os coletivos que moldam essas percepções.

Dentro do que já havia produzido nos meus anos de graduação e para minha monografia defendida em 2023, eu já tinha identificado muitas respostas no tocante ao que levava ao medo, e havia uma forte relação entre a dor e o medo. Em alguns subtítulos que compõem meu trabalho de conclusão de curso eu elaborei sobre essas questões, mas não havia sistematizado de maneira tão concisa até meados de 2024, quando tive a ideia de construir a historicização da dor do parto através do que nomeei de “Cultura do Medo”. Este foi o tema que apresentei nas comunicações livres da IX Semana de História da UFV, no ano de 2024 – *“Parirás com Dor – Historicizando as Dores do Parto”*. Essa apresentação me rendeu um grande presente, do qual me orgulho muitíssimo, uma menção honrosa, ficando entre os três melhores trabalhos. E posteriormente se tornou um artigo publicado nos Anais da IX Semana de História: *“Entrelinhas - o fazer histórico no tempo presente”*.

Acho mais que justo explicar do que se trata a “Cultura do Medo”, uma vez que, ela descreve os motivos culturais, psicossociais e econômicos que justificam a patologização do período gravídico-puerperal e a epidemia de cesarianas; consequentemente sendo um dos motivos que mais alimenta a luta das Doulas e traz a necessidade de sua atuação como solução dos problemas mais profundos que envolvem a saúde do nascimento. Sendo assim, trarei de forma mais resumida os ponderamentos que justificam este fenômeno.

Tracei razões históricas que pudessem fundamentar a causalidade em que o medo sentido aumenta a dor experimentada, e que na realidade, para além da dor fisiológica, aprende-se uma dor cultural sobre o trabalho de parto. Caracterizei então, a “Cultura do Medo”, e para indagarmos a origem da dor e o papel do medo. Para isso, o cerne da investigação gira em torno de examinar uma lógica, que se estabelece em três fatores: o primeiro se oriunda nas crenças religiosas, moldadas na culpabilização da mulher.

Trazendo as alegorias mais primordiais, como o padecimento pelo pecado original, onde na própria bíblia identificamos o conceito - no décimo sexto versículo, do 3 capítulo do livro de Gênesis:

Deus pune Adão e Eva pela desobediência, mas, apenas sobre Eva, recai o peso da dor e da culpa sobre seu corpo, em foco ao seu parto, e então Deus diz: “multiplicarei grandemente a dor de tua concepção, em dor darás à luz filhos, e o teu desejo será para o teu marido, e ele te dominará”<sup>34</sup> (Freitas, 2023, p. 23).

Para além, enquadram-se os reflexos dos intemperes ocasionados pelo machismo e pela misoginia em nossa sociedade, tomando posse como segundo fator. O fardo simbólico da culpa presente nos preceitos religiosos predominantes que associam a dor ao pagamento de pecados; em conjunto com as desigualdades opressoras androcêntricas e falocêntricas, geram um grande sentimento de insegurança e de impotência, inevitavelmente acarretando o medo que aumenta a dor. Essa soma resulta na preferência pela via cirúrgica, sem necessidade real, estimulada por implicações culturais e por uma lógica de mercado que se beneficia dessa mentalidade, fabricando o que é denominado como “indústria do parto” – aqui funcionando como o terceiro fator.

Todos estes tópicos apresentados se configuram como violências, e a última instância, chega ao ápice na violência obstétrica. Onde os corpos gestantes são violados de maneiras cruéis, em estratégias sádicas de intervenções que foram normalizadas ao longo dos anos, até se tornarem uma convenção inquestionável. Mas, que deixam cicatrizes físicas e emocionais profundas, marcando a percepção da experiência de um parto. Que deveria ser o momento de maior expressão de potência do corpo, passa a ser uma experiência de absoluta passividade, e em casos mais graves, experiências de violência. Essa fusão de três fatores somados, imprimem o que eu venho chamando de “cultura do medo”, que vai ser relacionado diretamente na demonização do parto vaginal como algo doloroso e assustador (Freitas, 2025b, p. 33-34).

Analisando a profundidade dos impactos dos três fatores no cotidiano feminino, percebemos algumas questões importantes. A médica Elizabeth Vieira (2002), evidencia que existe um discurso que disciplina o corpo feminino, construindo a ideia de uma degeneração inerente a todas as mulheres, desqualificando-as enquanto sujeito e, conseqüentemente, deslegitimando o conhecimento que possuem sobre seus próprios corpos:

Se vivemos em uma sociedade machista, onde toda legislação foi primordialmente engendrada por homens, conseguimos entender o porquê de ainda existirem tantos tabus em torno do parto, sem contar o intenso processo de medicalização do corpo feminino que respalda a domesticação e fragilização do mesmo. Podemos relacionar também a dificuldade que temos

---

<sup>34</sup> BÍBLIA, português. *Bíblia Sagrada*. Alpha Betum. Buenos Aires: Visor Enciclopedias Audiovisuais S.A. 1999. (Gênesis 3:16).

em estabelecer uma educação sexual eficiente e de progredir em projetos de dignidade menstrual e aborto (Freitas, 2023, p. 20).

De forma complementar, a historiadora Mary Del Priore (2009), aponta que, na cristandade ocidental, uma “pedagogia do medo” foi imposta, onde os maiores pecados eram cometidos por meio do corpo, exigindo que a carne fosse desfigurada até a repugnância para então ser absolvida de seus excessos. Já o historiador francês Jean Delumeau, em sua obra *História do Medo no Ocidente*, destaca que a mulher figurava como um dos principais agentes do mal, conectada à imagem do Diabo, como estratégia de controle social e manutenção do poder. Nessa sociedade profundamente temente a Deus, a figura feminina é percebida como vulnerável ao mal, o que alimenta uma vigilância constante sobre seus corpos, gerando medo e promovendo obediência (Freitas, 2024).

Retomando a discussão sobre a culpa, Mary Del Priore observa que “as culpas formam uma espécie de roteiro do dia a dia das mulheres jovens e velhas, casadas ou não; ficam aí registradas em seus hábitos, crenças, interesses e representações” (Del Priore, 2009, p. 104). A partir desse olhar, evidencia-se uma mobilização para construção de uma culpabilidade generalizada, marcada por um paradoxo: “a Igreja e o Estado suprimem toda a potência da mulher em gerar filhos e ser uma mãe exemplar, mas, ao mesmo tempo, deseja que esse gerar seja um sofrimento, para que a mulher pague por seus pecados” (Freitas, 2023, p. 22).

A religiosidade reforça esse enredo de culpa, para além da passagem bíblica “parirás com dor”, também se mostra presente na oração à Nossa Senhora do Bom Parto, que carrega a simbologia dessa penitência: “Ó Maria Santíssima, vós, por um privilégio especial de Deus, fostes isenta da mancha do pecado original, e devido a este privilégio não sofrestes os incômodos da maternidade, nem ao tempo da gravidez e nem ao parto”<sup>35</sup>. Nessas palavras ecoa a associação entre a dor e o castigo, reafirmando a ideia de que o corpo feminino está condenado a padecer, não apenas biologicamente, mas espiritualmente.

Nesse sentido, a mulher tem sua identidade reduzida ao papel social de mãe, o que pode ser visto pela prática comum de chamar a paciente de “mãe” ou “mãezinha”, e a sua dor no trabalho de parto, naturalizada como um destino biológico e moral – biológico porque uma “boa mãe” precisa ser forte e

---

<sup>35</sup> Associação Evangelizar é Preciso. Oração e Conforto – Nossa Senhora do Bom Parto. Disponível em: <https://www.padrereginaldomanzotti.org.br/oracao/nossa-senhora-do-bom-parto/>. Acesso em: 09/10/2023.

aguentar a dor pelo bem do seu filho, e moral porque a dor seria o preço a pagar pelo prazer no ato sexual (Teixeira *et al.*, 2021, p. 272).

Esse processo é entendido como uma verdadeira colonização do corpo feminino, manifestando-se também nas pressões sociais para a manutenção da aparência. O patriarcado, a misoginia e o machismo permeiam diversos aspectos ligados ao corpo da mulher, estabelecendo padrões estéticos, comportamentos moralmente aceitos ou reprovados e modos considerados adequados de existir. Com a gravidez e a maternagem, não ocorre de maneira diferente.

Tais imposições tornam, inclusive, o momento do parto suscetível a experiências traumáticas, demonstrando como o controle cultural e simbólico sobre o corpo da mulher atravessa diversas esferas da vida. A historiadora Noélia Sousa, exemplifica em um trecho revoltante de sua tese algo que nos resume o nível inescrupuloso da manipulação a que os corpos das parturientes são sujeitos:

O uso indevido da episiotomia<sup>36</sup> e da posterior costura (episorrafia) é um exemplo de violação do direito humano de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes e degradantes [...] essa indicação não tem base na evidência científica, mas sim na noção - arraigada na cultura sexual e reprodutiva - do “afrouxamento vaginal” [...] Na fala dos profissionais repete-se a crença de que, sem esse corte e essa sutura adicional que aperta a vagina, chamada “ponto do marido”, o parceiro se desinteressaria sexualmente pela mulher ou, no mínimo, por sua vagina (Sousa, 2007, p. 47).

Constatações indigestas fazem parte dos estudos sobre o parto, considerando que hoje “uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre tratamento desumano e discriminatório no cuidado obstétrico” (Leão *et al.*, 2013; Rodrigues *et al.*, 2018 *apud* Teixeira *et al.*, 2021, p. 337). Considero sempre pertinente reforçar os simbolismos os quais a noção de corpórea do feminino é atravessado:

Mulheres têm passado, durante toda sua vida, através dos séculos, por uma colonização de seus corpos e suas mentes, ocupados e impostos a todo tipo de coisa. Em uma eterna metáfora, onde seu corpo é um território que está sendo constantemente invadido para ser colonizado e explorado, em benefício de uma Metrópole tirana (Freitas, 2023, p. 22).

---

<sup>36</sup> Episiotomia, nome que se dá ao corte realizado no períneo (entre a vagina e o ânus), ao final do trabalho de parto, quando a cabeça do bebê está coroadando, o procedimento tem como objetivo ampliar o canal de saída, acelerar o processo e evitar lacerações. Contudo, hoje é interpretado como uma medida violenta, que pode causar dores crônicas, infecções, incontinência urinária e fecal. Não é incentivada pela Organização Mundial da Saúde, e considerada um crime se feita sem autorização da parturiente.

Isso significa que existe uma função cultural e política não apenas para analisar o fenômeno de parir e as lutas por igualdade de gênero, mas também questões que se aplicam ao próprio corpo, como aponta Eliane Bio:

O corpo ocupa o centro da vivência do trabalho de parto. O corpo orgânico, porque o processo emerge da fisiologia feminina; o físico, porque o mecanismo exige e solicita um comportamento motor espacial; o erógeno, porque o parto é um acontecimento psicossexual; o histórico, porque a realidade pessoal e sociocultural de cada mulher está inscrita na corporeidade (Bio, 2015, p. 78).

Portanto, o parto constitui um importante marcador social, capaz de imprimir intensas experiências psicológicas no corpo feminino. Quando malconduzido ou permeado por práticas violentas, pode gerar traumas profundos e duradouros na vida da mulher (Barbosa *et al.*, 2018). Nesse sentido, o olhar historiográfico torna-se essencial para desvelar as origens desse medo. Estudando essa lógica que sustenta a chamada “Cultura do Medo”, ficou evidente sua maior razão de existir se desemboca em função da violência obstétrica, que está presente em todos os três fatores. Melhor explicando, esse termo designa práticas e condutas que violam a integridade das mulheres gestantes, parturiente e puérperas, “como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero” (Teixeira *et al.*, 2021, p. 261).

As violências sofridas podem ser diversas: institucional, moral, física, sexual, psicológica e verbal, e muitas vezes são legitimadas pelos próprios profissionais da saúde, justificando ser a única saída para lidar com um caso. Em algumas situações, essa violência é tão grave e profunda que gera associações de violação, tal qual um estupro (Freitas, 2023, p. 25).

Ainda que se trate de uma questão grave, o debate sobre o tema ganhou visibilidade apenas recentemente, em parte pela resistência da comunidade médica em reconhecer o termo, já que ele denuncia diretamente falhas éticas e responsabilidades profissionais (Teixeira *et al.*, 2021). Muitas dessas violências, normalizadas ao longo do tempo, tornam-se invisíveis — naturalizamos a dor, a intervenção desnecessária e o medo, transformando abusos em rotina.

Perdemos a sensibilidade para muitas questões, como disse a escritora nigeriana Chimamanda: “se repetimos uma coisa várias vezes, ela se torna normal. Se vemos uma coisa com frequência, ela se torna normal” (Adichie, 2015, p. 16). Essa afirmação tem grande veracidade, quando não questionamos e aceitamos que o parto é um evento perigoso, sendo comum sentir dor e que essa dor muitas vezes é causada pela equipe médica, ignoramos a problemática disso e naturalizamos crimes.

É peculiar que em decorrência do desconhecimento do termo e da tamanha confiança que as gestantes depositam nas figuras médicas, muitas mulheres não sabem que sofreram violências, e mesmo as que passaram por situações mais explícitas e tortuosas, ainda são gratas aos médicos por trazerem seus filhos ao mundo. Por não acreditarem na capacidade de seus corpos e inconscientemente se tornar dependente da mecanização tecnológica e intervencionista do parto, “se submetem à violência obstétrica porque temem pelo bebê” (Wolf; Waldow, 2008 apud Ferreira Junior; Barros, 2016, p. 1400). Movidas pelo medo de que algo de ruim aconteça ao filho, permitem que seus corpos sejam excessivamente — e, por vezes, brutalmente — manipulados.

Historicizando o processo, entendemos que certas medidas que hoje interpretamos como violentas, quando criadas não tinham necessariamente um propósito sádico de causar mal ou dor, eram puramente artimanhas e intervenções para agilizar o procedimento e/ou salvar vidas. Não é julgar o ato criado no seu tempo, mas indagar os motivos de ainda serem utilizados e normalizados hoje (Freitas, 2023, p. 24-25).

Esclarecendo que não há uma condenação equivocada e anacrônica acerca das intervenções médicas, algumas delas foram importantes durante certo período da história, quando não havia outros recursos, uma pequena parcela ainda é útil nos dias atuais. O que não se pode ignorar é o teor invasivo, desnecessário e violento da maioria delas para ser rotineiramente utilizadas nos partos hoje.

Interessante comentar o conceito de “partofobia”, que me deparei durante minhas pesquisas, algo compatível com os significados da “Cultura do Medo”. Termo cunhado pelo pesquisador Rodrigo Nunes (2020), em sua tese de doutorado, para designar a aversão cultural ao parto natural, à dor que o acompanha e aos riscos das violências.

Os reflexos da dita “Cultura do Medo”, além de culminarem na violência obstétrica, também alimentam dois fenômenos estruturais: a medicalização e a industrialização do parto. A medicalização, conforme discutem diversos estudiosos, consiste em um processo que converte experiências naturais da vida em questões médicas, transformando o que é corriqueiro em patologia. Sob o pretexto de promover saúde, esse movimento sustenta estratégias políticas de controle, normatização e domesticação dos corpos femininos, retirando das mulheres o protagonismo sobre seus próprios processos vitais (Vieira, 2002).

Já a industrialização do parto se enraíza na lógica do mercado. Ilustrando a cena, imagine o parto natural - exige tempo, presença e paciência. Agora, imagine o parto cirúrgico; se adequa à agenda médica e à conveniência institucional. É simples, cesarianas

podem ser marcadas e multiplicadas em séries de atendimentos por dia, portanto, lucrativas. Nesse contexto, emergem os chamados “médicos cesaristas” — profissionais que, defensores da cesariana como via preferencial de nascimento, difundem discursos alarmistas acerca dos riscos do parto vaginal. Amparados em uma retórica de segurança e modernidade, esses médicos fomentam o medo e a insegurança nas gestantes, levando-as a “optar” pelo parto cirúrgico, apresentado como rápido, limpo e civilizado, em detrimento do parto normal, frequentemente descrito como incerto, sujo e primitivo.

A prática da cesariana tem raízes históricas antigas, mas, originalmente, era realizada apenas em situações extremas, como quando a vida da mãe estava em risco, ou até mesmo após seu óbito, com o objetivo de tentar salvar a criança ainda viva. Somente a partir do século XVIII, a cesariana começou a ser incorporada à prática obstétrica de forma mais sistemática, embora ainda apresentasse elevados índices de mortalidade materna e fetal e fosse reservada a casos críticos. Foi somente no século XX que a cirurgia passou a ser concebida como um procedimento relativamente rotineiro, beneficiado pelos avanços da anestesia, da antisepsia e da técnica cirúrgica. No Brasil, “a primeira cesariana registrada é creditada ao Dr. José Correia Picanço, barão de Goiana, realizada em Pernambuco no ano de 1822” (Rezende, 2009, p. 172). Esse percurso histórico evidencia como o procedimento evoluiu de um ato de emergência para uma intervenção cada vez mais estruturada e tecnológica, refletindo transformações profundas na obstetrícia e na percepção social sobre o parto.

Contudo ignora-se que a cesariana é uma cirurgia de alto risco, invasiva e complexa. A cesariana é um procedimento cirúrgico majoritariamente realizado em ambiente hospitalar, que consiste na retirada do bebê por meio de uma incisão no abdômen e no útero materno. Durante o ato cirúrgico, são cortadas sucessivamente sete camadas anatômicas: pele, tecido subcutâneo, fáscia<sup>37</sup>, músculos retos abdominais, peritônio<sup>38</sup>, parede uterina e, por fim, a bolsa amniótica. O procedimento é realizado, na maioria dos casos, sob anestesia regional — raquidiana ou peridural — que bloqueia a sensibilidade da região inferior do corpo, permitindo que a mulher permaneça consciente durante toda a cirurgia. Essa consciência associada ao corte de múltiplas camadas de tecido torna a cesariana uma das poucas cirurgias em que tanto tecido é atravessado com a paciente acordada. São utilizados

---

<sup>37</sup> Fáscia é uma camada de tecido resistente que envolve os músculos e outras estruturas do corpo, funcionando como uma “capa” protetora e de sustentação.

<sup>38</sup> Peritônio, é uma membrana fina que reveste a barriga e os órgãos internos, ajudando a mantê-los no lugar e permitindo que se movam sem atrito.

medicamentos anestésicos locais ou espinhais, antissépticos, antibióticos profiláticos para prevenir infecções e, após o nascimento do bebê, ocitocina sintética para estimular contrações uterinas e reduzir o risco de hemorragia.

A intervenção requer a utilização de uma sala cirúrgica totalmente equipada, obedecendo a rígidos protocolos de assepsia e controle de ambiente. Envolve uma equipe multiprofissional, composta não apenas pelo médico obstetra, mas também por anesthesiologista, enfermeiras obstétricas, instrumentadores cirúrgicos e, em muitos casos, pediatra ou neonatologista para o atendimento imediato ao recém-nascido. Após o parto, a mulher é encaminhada para uma sala de recuperação pós-anestésica, onde permanece em observação até que os efeitos da anestesia cessem e os sinais vitais se estabilizem. Além da complexidade técnica e logística, a cesariana implica maior consumo de recursos materiais e humanos, são utilizados fármacos e uma variedade de instrumentos e insumos cirúrgicos descartáveis. Essa estrutura de alto custo, somada ao tempo de internação hospitalar mais prolongado e à necessidade de acompanhamento clínico no pós-operatório, faz da cesariana um procedimento significativamente mais dispendioso que o parto vaginal.

A recuperação pós-operatória envolve pontos em várias camadas, internos e externos, com cicatrização que pode demandar de seis a oito semanas para um restabelecimento mais completo. No período imediato pós-parto, é comum o uso de analgésicos e anti-inflamatórios para controle da dor, além de cuidados específicos com a ferida cirúrgica para evitar complicações como infecções. Há ainda limitações físicas temporárias, como evitar esforço excessivo e levantar peso, até que a musculatura, tecidos internos e pele estejam bem cicatrizados (Odent, 2004).

Uma ironia que envolve a cesariana, seguindo a ideia de que a ignoramos enquanto evento cirúrgico, é que geralmente se evita ao máximo passar por uma cirurgia, ninguém deseja ou toma como algo corriqueiro passar por um procedimento desse porte. Mas não é o que acontece com a cesariana, não enxergamos o parto cesáreo como cirúrgico e que está acompanhado de diversos riscos. A visão atual deturpa as imagens e atribui os grandes riscos apenas ao parto vaginal.

Os números confirmam o desequilíbrio, como indicamos anteriormente o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking mundial de cesáreas, com cerca de 57% dos partos realizados por essa via, e sendo o índice mais alto da América Latina. Seguido por

Venezuela (52,4%), Chile (46%) e Colômbia (45,9%)<sup>39</sup>, muito acima dos 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde, que correspondem aos casos realmente necessários. Em escala global, ocorrem cerca de 6,2 milhões de cesarianas desnecessárias, com custo aproximado de 2,3 bilhões de dólares americanos (Nunes, 2020), emprega-se então, o fenômeno já é conhecido como “epidemia de cesarianas”.

Nos países reconhecidos por seus elevados padrões de qualidade de saúde — como Holanda, Noruega e Finlândia — observa-se uma tendência consistente de manutenção de baixas taxas de cesariana, acompanhada por bons desfechos perinatais e alta qualidade da atenção ao parto. De acordo com dados da *World Health Organization* (2015) e da *Organisation for Economic Co-operation and Development* (2023), esses países registram índices de cesariana entre 15% e 18%, bem abaixo da média observada entre as nações desenvolvidas, que costuma variar entre 30% e 40%. Na Holanda, por exemplo, a taxa é de aproximadamente 15,6%, refletindo um sistema de saúde que valoriza o parto vaginal fisiológico e conta com ampla atuação de parteiras em casos de baixo risco. Na Noruega, os números são semelhantes, em 2020, cerca de 15,8% dos partos foram realizados por via cirúrgica, em um contexto no qual políticas públicas e acompanhamento pré-natal qualificado contribuem para resultados maternos e neonatais positivos.

Relatórios internacionais e documentos do *World Bank* (2022), apontam que essas taxas mais baixas de cesariana se associam a melhores indicadores de mortalidade materna e infantil, além de práticas obstétricas menos intervencionistas e mais centradas na autonomia da mulher e no respeito aos processos fisiológicos do parto. Tais dados reforçam que a alta qualidade dos sistemas de saúde não está necessariamente ligada à elevação do número de cesarianas, mas sim ao equilíbrio entre segurança, indicação adequada e promoção de nascimentos mais humanizados.

Segundo a médica Simone Diniz, o modelo de parto instituído em meados do século XX permanece predominante nos hospitais públicos brasileiros. O ambiente atual busca ser altamente controlado, apoiado em recursos tecnológicos e cirúrgicos que prometem um

---

<sup>39</sup> Folha de S. Paulo. Brasil é o segundo país com maior taxa de cesáreas do mundo. 2018. Disponível em: [https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/10/brasil-e-o-segundo-pais-com-maior-taxa-de-cesareas-do-mundo.shtml#:~:text=Por%20pa%C3%ADses%2C%20a%20Rep%C3%ABlica%20Dominicana,Cuba%20\(40%2C4%25\)](https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/10/brasil-e-o-segundo-pais-com-maior-taxa-de-cesareas-do-mundo.shtml#:~:text=Por%20pa%C3%ADses%2C%20a%20Rep%C3%ABlica%20Dominicana,Cuba%20(40%2C4%25).). Acesso em: 03/11/2023.

parto rápido e seguro. No entanto, essa lógica cria uma atmosfera fria e mecânica, pautada em rotinas médicas e comodismos:

No setor privado, os altíssimos índices de cesariana são parte de um problema de amplas consequências, uma vez que além de intervenção há ainda as consequências de sua realização antes da prova de trabalho de parto, ou seja, as situações de agendamento da cesárea antes mesmo que se iniciem os *pródromos*<sup>40</sup>, o que se relaciona ao crescente aumento dos números de prematuridade e comprometimentos ao recém-nascido (Teixeira *et al.*, 2021, p. 22-23).

A parteira San Martín (2018), aponta que a construção do parto como um evento patológico emerge das frustrações imaginárias da medicina ocidental. Ao tentar controlar e acelerar o trabalho de parto, cria-se a percepção de que o corpo da mulher é incompetente, incapaz de atender às expectativas médicas e, portanto, percebido como frágil ou enfermo.

A organização da assistência ao parto voltada para a produtividade e otimização do tempo do profissional, por meio de um modelo intervencionista que objetifica o corpo feminino e aliena a mulher do conhecimento sobre o próprio corpo. O corpo da parturiente é manipulado de forma a encurtar o tempo, no caso do parto normal, pela aceleração do ritmo das contrações com a administração rotineira de ocitocina e manobras que supostamente encurtariam o parto, como a manobra de Kristeller<sup>41</sup> ou a episiotomia. O recurso para aumentar a produtividade mais utilizado no Brasil é a cesárea, que dispensa o tempo de trabalho de parto e pode ser agendada conforme as conveniências dos envolvidos. Nos dois casos, a autoridade da mulher para decidir é limitada, às vezes completamente impedida (Teixeira *et al.*, 2021, p. 276).

Além disso, a cesariana e a medicalização do parto são frequentemente apresentados como consequências “naturais” do progresso científico — um estágio necessário para um nascimento mais civilizado e menos “animal”, um suposto devir evolutivo da humanidade: “de um lado, ‘arrancamento’, ‘imprevisibilidade’, ‘fatalidade’, ‘resignação’, ‘perigo’; de outro, ‘controle’, ‘disciplinamento’, ‘simplicidade’, ‘suavidade’, ‘segurança’” (Nakano; Bonan; Teixeira, 2016, p. 165). Essa retórica se sustenta em representações bipolares que contrapõem natureza e cultura, fisiologia e técnica, atraso e modernidade, consolidando uma visão normativa sobre o parto que valoriza a intervenção tecnológica em detrimento da autonomia da mulher.

---

<sup>40</sup> Pródromos se trata de uma fase de prenúncio do trabalho de parto, um “ensaio” do corpo, que pode durar algumas horas e até semanas, apresentando contrações irregulares e sem modificações do colo uterino.

<sup>41</sup> Manobra de Kristeller se trata de uma técnica obstétrica que consiste na aplicação de pressão externa, empurrando com as mãos a região superior do útero, objetivando acelerar a expulsão do bebê. Entretanto, se provando um recurso muito doloroso, que pode causar lesões aos órgãos da parturiente e ao feto, foi restringido pela OMS, em 1996, e definido como conduta ineficaz e prejudicial pelo Ministério da Saúde brasileiro, em 2001. Disponível em: <https://www.ecycle.com.br/violencia-obstetrica/>.

Grande parte desse distanciamento para com o parto natural, pode ser identificado em como a humanidade não se vê como parte da natureza. Mas sim, como um ser que a domina. Algumas pessoas dizem que não se deve parir naturalmente “como animais”, parecem se esquecer, ou ignorar o fato de que também somos, na classificação taxonômica, seres pertencentes ao Reino animal, somos parte igual da natureza, não superior. Esse desvincular com a Mãe Natureza, desencadeia em processos autodestrutivos que culminam na extinção de recursos e nos desastres naturais que enfrentamos a cada dia em maior quantidade e magnitude. O parto natural e humanizado, vem ao encontro também com o discurso ecológico, tanto de resgatar a conexão com os próprios corpos, e com o meio ambiente, bem como em contenção de recursos e contrário aos desperdícios (Freitas, 2023, p. 17).

Esse contexto contribui para a mercantilização do parto, tratado quase como um processo industrial. Com a consolidação do capitalismo e a incorporação de noções neoliberais, observa-se uma crescente individualização, “uma massa indiferenciada de indivíduos, eles mesmos reduzidos unicamente aos próprios interesses econômicos” (Todorov, 2002, p. 121). Então, “o sujeito passou a se perceber como apartado do universo [...] trata-se de ‘ter um corpo’, necessariamente no singular. Ter aquilo que dá contorno a uma individualidade. ‘Possuir’ aquilo que me separa dos outros, do mundo e de mim mesmo” (Hirsch, 2019, p. 34).

Nesse cenário, o corpo é concebido como máquina: “o homem-máquina, descrito nos registros anatomofísico e técnico-político teve seu corpo controlado e vigiado, convertido em útil e inteligível, manipulável e analisável, tornando-se ‘portador’ de um corpo dócil, alvo de novas técnicas de poder” (Foucault, 1998, p. 132). Uma vez sendo um maquinário com engrenagens do ponto de vista dessa cultura tecnocientífica, se forja juntamente o se fazer crer que “a natureza é falha e apenas por meio de aporte tecnológico e farmacológico pode-se manter o equilíbrio orgânico” (Bio, 2015, p. 26). Análogo às máquinas, o corpo é objetificado e facilmente passível de ser “alterado ou de se tornar objeto de intervenção, de modo a corrigir disfunções, transformar ou substituir partes” (Hirsch, 2019, p. 35). Federici (2017) aponta que, nesse paradigma, as mulheres também foram reduzidas a “fábricas”, “geradoras de novos trabalhadores”:

[...] para garantir essa “fábrica” em pleno funcionamento era preciso desvalorizar o trabalho dessas mulheres e reduzi-las à reprodução. A lógica descrita se baseia em: mais gravidez gera mais população, que leva a mais excedente populacional, acarreta em mais capital, e maior barateamento de mão de obra, por fim, maior lucro para os proprietários (Freitas, 2024, p. 28).

Quanto menos tempo é dedicado a cada nascimento, mais procedimentos podem ser programados em um único dia, e, por serem amplamente promovidos como métodos mais eficientes e supostamente indolores, muitos partos cesarianos acabam sendo escolhidos pelas mães. Além disso, a autoridade médica, consolidada desde as campanhas

da década de 1920, reforça indicações cirúrgicas muitas vezes desnecessárias, gerando um aumento significativo nos lucros dos profissionais que se beneficiam dessa lógica - “há um processo de mercantilização da saúde, entendida como um produto lucrativo e infundável para a indústria farmacêutica, as corporações de planos de saúde e os grandes complexos biomédicos” (Teixeira *et al.*, 2021, p. 394). O impulso de acelerar o parto transfere o protagonismo para o médico e recai sobre a parturiente a passividade.

Essa confiança cega nas recomendações médicas para a cesariana resulta da patologização do parto, do distanciamento da mulher em relação ao conhecimento fisiológico do seu corpo e da ausência de incentivo das potencialidades do parto natural. Na maioria dos casos “as altas taxas de cesárea no país resultam de um desejo da mulher, que teme a dor e a possibilidade de sofrer lesão vaginal durante o parto normal” (Hirsch, 2019, p. 76). Alguns médicos inclusive, tem o hábito de reuniam o máximo de clientes prestes a dar à luz, e antecipadamente provocar ou agendar o parto<sup>42</sup>, antes da data prevista para o parto (DPP)<sup>43</sup>, para que não coincida com feriados ou finais de semana (Teixeira *et al.*, 2021).

---

<sup>42</sup> A prática de agendar o parto, entendida como cesariana eletiva, e também denominada “cesariana a pedido”, refere-se ao procedimento cirúrgico previamente agendado, realizado antes do início espontâneo do trabalho de parto, sem indicação clínica absoluta que o justifique. Diferencia-se da cesariana indicada por razões médicas, como: descolamento prematuro de placenta, placenta prévia central, apresentação cômica persistente ou outras condições que contraindiquem o parto vaginal. A literatura científica aponta que, quando realizada sem indicação clínica, a cesariana eletiva está associada a maiores riscos maternos e neonatais, incluindo infecção puerperal, hemorragia, complicações anestésicas, maior tempo de recuperação, alterações na microbiota neonatal, dificuldades no estabelecimento da amamentação e aumento do risco de complicações em gestações futuras, como acretismo placentário e ruptura uterina. Organismos internacionais como a OMS recomendam que as taxas populacionais de cesariana não ultrapassem níveis compatíveis com indicações clínicas, destacando que não há evidências de benefícios maternos ou neonatais na realização indiscriminada do procedimento. Em países com sistemas de saúde consolidados e protocolos assistenciais rigorosos, como Reino Unido e Holanda, a cesariana eletiva é geralmente restrita a situações de risco identificado ou contraindicação ao trabalho de parto, sendo a solicitação materna isolada submetida a avaliação criteriosa, aconselhamento multiprofissional e registro formal de consentimento informado. Assim, a prática do agendamento cirúrgico por conveniência profissional ou institucional não encontra respaldo nas diretrizes baseadas em evidências, que orientam a priorização da via vaginal sempre que não houver impedimentos clínicos.

<sup>43</sup> A Data Prevista para o Parto (DPP) corresponde a uma estimativa calculada, em geral, a partir da data da última menstruação (DUM), considerando-se a duração média de 40 semanas de gestação (280 dias). Trata-se de uma projeção estatística e não de uma determinação exata do momento do nascimento, uma vez que o trabalho de parto espontâneo pode ocorrer dentro de uma janela fisiológica variável. A literatura obstétrica indica que o nascimento a termo compreende o período entre 37 e 42 semanas de gestação, sendo que a maior concentração de partos ocorre entre 39 e 41 semanas. Conforme aponta Moscardini (2022, p. 30), “2,5% dos bebês nascem antes das 37 semanas (considerados prematuros); 20% dos bebês nascem entre 37 e 39 semanas de gestação; 60% dos bebês nascem entre 39 e 41 semanas de gestação; 15% dos bebês nascem entre 41 e 42 semanas de gestação. Gestantes que ultrapassam as 41 semanas de gestação precisam realizar monitoramento do bem-estar fetal de acordo com a avaliação do médico obstetra para tomada de decisão”. Assim, a DPP deve ser compreendida como referência aproximada, não devendo justificar intervenções antecipadas sem indicação clínica, uma vez que a variação do tempo gestacional integra a própria fisiologia do processo.

A retórica da “cesárea a pedido” tem como primeiro ponto articulador a solicitação da gestante e seus “cerebrinos motivos”. Contudo, os argumentos que justificam o atendimento do pedido não invocam a mulher como o sujeito da decisão sobre o parto: eles retiram o foco de quem pede e o colocam em quem indica; a decisão pela realização da cesárea retorna para o médico (Nakano; Bonan; Teixeira, 2016, p. 164).

Segundo a médica Lília Schraiber, a valorização excessiva da tecnologia gera uma crise de confiança, na qual a segurança se transfere dos sujeitos para os aparatos (Schraiber, 2008 *apud* Teixeira *et al.*, 2021). Essa lógica robótica e artificial também enfraquece o vínculo entre mãe e bebê nas primeiras horas, comprometendo a “Golden Hour”<sup>44</sup>, momento essencial para o fortalecimento da relação, a amamentação e a saúde emocional de ambos:

A psicanálise sempre reconheceu a importância das primeiras relações na vida do bebê como base para seu desenvolvimento. Nesse sentido, muitos estudos se voltaram para compreender o estabelecimento dos primeiros laços entre mãe e bebê como momento que servirá de alicerce para a vida psíquica e a saúde mental das crianças (Piccinini, 2004 *apud* Teixeira *et al.*, 2021, p. 332).

De acordo com Daphne Rattner, muitas práticas no atendimento ao parto eram adotadas sem critérios claros ou comprovação científica, experimentais, funcionando como sugestões que não consideravam os efeitos a longo prazo sobre a saúde física e emocional das mulheres (Hirsch, 2019):

Não se questionava a indicação das intervenções utilizadas e menos ainda se associava a sua prática aos problemas que aconteciam, como as lesões perineais e a asfixia fetal. Mas as intervenções não se restringiam ao trabalho de parto e parto, pois também existia a rotina de separar os bebês de suas mães e alojá-los em berçários, onde a prática era o fornecimento de fórmula láctea (Teixeira *et al.*, 2021, p. 354-355).

Na mercantilização do nascimento, cresce a ideia de um “parto ideal”, marcado não apenas por cesáreas agendadas, mas também por performances midiáticas, fotos, vídeos e até intervenções estéticas pós-parto, refletindo a pressão social pela aparência. Esse fenômeno dialoga com a lógica de liquidez de Bauman (2011), na qual o status se mede pela exibição de símbolos transitórios, sempre em constante renovação.

Todorov (2002), filósofo búlgaro, observa que os avanços tecnológicos nem sempre trazem benefícios uniformes e podem gerar novas ameaças. Essa reflexão se

---

<sup>44</sup> Golden Hour, traduzido do inglês, “hora de ouro”, representa a primeira hora do contato pele a pele de uma mãe com o seu recém-nascido após os nove meses de expectativa. Estar no aconchego de seus braços, sentindo seu cheiro e seus batimentos cardíacos, ajudam o bebê nesta transição do útero para o mundo. Disponível em: <https://institutonascerc.com.br/o-que-e-a-golden-hour-e-por-que-ela-e-importante/>. Acesso em: 12/10/2023.

aproxima da análise da mercantilização do parto, da medicalização dos corpos e da industrialização dos processos fisiológicos. Não se trata de condenar a tecnologia, mas de compreender suas consequências, tanto sobre a natureza humana quanto sobre o contexto social e político-econômico que facilita tais práticas. Não podemos negar o quanto foi positivo o aprimoramento da cesariana, que ajudou a salvar muitas vidas, reduzindo a mortalidade infantil e materna. Entretanto, não se pode esquecer, que o método é um artifício cirúrgico invasivo, que carrega consigo todas as complicações e riscos de uma cirurgia, com anestesia, analgesia e sutura. Não se deve deixar enganar pelo discurso que inverte essa lógica, e aponta o parto natural como o grande portador de ameaças. Para entender essa inversão de valores, é pertinente compreender, que em torno do parto se institucionalizou um mercado.

A dinâmica dessas longas reflexões — a culpa religiosa, a violência obstétrica misógina e a lógica mercadológica do parto — entrelaçam-se como os três pilares de sustentação da “Cultura do Medo”. Em síntese as consequências causadas pela mentalidade do medo, uma constatação perturbadora, são tamanhas para a normalização do tratamento violento que muitas mulheres, temendo o sofrimento, buscam no diagnóstico de risco uma forma de proteção, revelando o quanto a “Cultura do Medo” penetrou o imaginário e as práticas de cuidado no nascimento. Contudo, aqui notamos, que:

[...] a dor não era inerente à parturição, mas estava relacionada a atitudes e comportamentos culturais [...] Segundo o médico britânico, nas sociedades “civilizadas” uma série de fatores culturais conspirava para distorcer o que ele considerava ser a capacidade natural das mulheres de dar à luz sem sentir dor, o que lhe gerava medo e prejudicava o processo normal da parturição. O obstetra apresentava uma explicação fisiológica: o medo levava a parturiente a tensionar o colo do útero, que, no entanto, deveria se abrir para dar passagem ao feto. Portanto, o medo somado à tensão era, segundo ele, o que provocava a dor do parto. Dick-Read nomeou esse processo de “ciclo medo-tensão-dor” (Hirsch, 2019, p. 60).

A teoria Medo–Tensão–Dor, formulada por Grantly Dick-Read, sustenta que o medo constitui o maior gerador da dor no parto: quanto maior o temor, maior a tensão muscular involuntária e, conseqüentemente, maior o sofrimento físico, instaurando um ciclo vicioso (Dick-Read, 1942). Embora elaborada em meados do século XX, essa proposição encontra ressonância nos avanços contemporâneos da neurociência, especialmente nos estudos sobre regulação autonômica e sistemas sensoriais corporais. O obstetra defendia que a boa fluidez do parto depende do correto desencadeamento hormonal: ocitocina, prolactina, relaxina e endorfinas... Liberadas em ordem e quantidades

adequadas. Hormônios que são produzidos de maneira mais eficiente quando a mulher se sente segura, condição que favorece a ativação do sistema nervoso parassimpático.

Esclarecendo, nosso sistema nervoso autônomo divide-se em simpático e parassimpático, que atuam de forma complementar na regulação do corpo. O sistema simpático está associado a atividade, ao alerta e à ação, preparando o organismo para situações de estresse — elevando frequência cardíaca, pressão arterial e tensão muscular. Já o sistema parassimpático promove relaxamento, repouso e recuperação, estando ligado à sensação de segurança, aos instintos e à manutenção das funções vitais, como digestão e regeneração. O equilíbrio entre esses sistemas sustenta a alternância entre ação e repouso, racionalidade e instinto.

Quando há preparo do corpo, da mente e do ambiente, favorece-se a predominância parassimpática e, com ela, a adequada liberação hormonal. Em contrapartida, diante de insegurança, medo, violência ou abandono, ativa-se o sistema simpático e o eixo hipotálamo–hipófise–adrenal, elevando adrenalina, noradrenalina e cortisol, hormônios do estresse - relacionados à resposta de “luta ou fuga”. O resultado é aumento da tensão e rigidez musculas, da circulação sanguínea para braços e pernas, reduzindo o fluxo uterino promovendo constrição de vasos, o que reflete na diminuição da eficiência das contrações. Além disso, podem inibir a liberação de ocitocina, prejudicando o progresso do trabalho de parto e aumentando a probabilidade de intervenções médicas, como a cesariana. Conclusão, um corpo nesse estado físico sentirá uma dor significativamente amplificada durante sua parturição (Ayres; Henriques; Amorim, 2018).

Buscando conhecer ainda mais esse funcionamento, a neurociência contemporânea permite aprofundar essa compreensão a partir de três dimensões sensoriais integradas: interocepção, propriocepção e exterocepção. A interocepção refere-se à capacidade de perceber e interpretar sinais fisiológicos internos, como alterações cardíacas, respiratórias e viscerais. Estudos neuroanatômicos apontam o papel do córtex insular na integração dessas sensações, constituindo base neural para a experiência subjetiva dos estados corporais (Craig, 2008), participando ativamente da construção da emoção e da tomada de decisão por meio dos chamados marcadores somáticos (Damasio, 1996; 1999). No trabalho de parto, as contrações são eventos fisiológicos esperados; entretanto, sua interpretação interoceptiva influencia diretamente a experiência da dor. Quando percebida como ameaça, a contração intensifica a ativação simpática e a vigilância corporal, potencializando a percepção nociceptiva. Quando compreendida como processo fisiológico progressivo,

reduz-se a resposta defensiva, favorecendo regulação autonômica e menor amplificação dolorosa (Garfinkel *et al.*, 2015).

A propriocepção, por sua vez, corresponde à percepção da posição e do movimento corporal. O medo descrito por Dick-Read manifesta-se fisiologicamente por meio de aumento difuso do tônus muscular — incluindo contração do assoalho pélvico, rigidez mandibular e elevação dos ombros. Essa hipertonía pode gerar resistência à progressão fetal e intensificar a dor. A consciência proprioceptiva, ao permitir ajustes posturais e relaxamento voluntário, atua como mediadora na interrupção do ciclo Medo–Tensão–Dor. Já a exterocepção refere-se à percepção de estímulos provenientes do ambiente externo, por exemplo, a chamada “Teoria do Portão da Dor”, proposta pelo psicólogo canadense Ronald Melzack e pelo neurocientista britânico Patrick Wall (McMahon, 2013), demonstra que estímulos táteis e térmicos podem modular a transmissão nociceptiva na medula espinhal. No trabalho de parto, recursos como massagem lombossacral, aplicação de calor e imersão em água morna ativam mecanorreceptores e termorreceptores, competindo com os estímulos dolorosos e favorecendo relaxamento muscular.

Outro ponto complementar interessante está na Teoria Polivagal (Porges, 2001; 2011), debatida pelo psicólogo estadunidense Stephen Porges, que amplia essa leitura ao descrever estados hierárquicos do sistema nervoso autônomo. No parto, a sensação de acolhimento, privacidade e apoio contínuo favorece a predominância de um estado associado à segurança e conexão, com menor tensão muscular e maior liberação de ocitocina. Em contrapartida, a percepção de ameaça desloca o organismo para estados de mobilização defensiva, reatualizando o ciclo Medo–Tensão–Dor em termos neurofisiológicos. Assim, o modelo de Dick-Read pode ser reinterpretado como expressão clínica de uma transição autonômica mediada por interpretação corporal ameaçadora e hipertonía muscular sustentada. O trabalho de parto revela-se, portanto, fenômeno biopsicossensorial complexo, no qual percepção, significado e ambiente participam ativamente da experiência dolorosa.

Quando o medo predomina, ocorre hipervigilância corporal, aumento de tensão muscular e ativação simpática sustentada. Em contrapartida, educação perinatal, estratégias corporais conscientes e ambientes de segurança favorecem regulação autonômica, fluidez hormonal e reorganização da experiência do parto. O que se evidencia, enfim, é que o parto não é apenas evento fisiológico: é experiência mediada por sentidos, emoções e contextos. Entre hormônios e memórias, entre instinto e cultura, o corpo responde não apenas ao que

acontece, mas ao significado que atribui ao que acontece. A dor como um efeito colateral do medo e do despreparo corporal e psíquico vivido (Ayres, 2019):

Para compreender a sensação de dor, é necessário buscar sua razão de ser não só na fisiologia do parto e no corpo da mulher, mas na própria mulher, com toda a complexidade de sua história pessoal. A dor é íntima, mas também impregnada de social, de cultura – fruto de uma educação (Bio, 2015, p. 63).

Assim, extraímos o elemento chave desta discussão. Antes de qualquer coisa - aprende-se a temer, toda mulher é ensinada que precisa sentir dor para parir. Seja por razões religiosas, como punição pelos pecados da carne; seja para evitar violências misóginas; seja por desacreditar na fisiologia do corpo e renunciar seu protagonismo em função de discursos medicalizadores e tecnocráticos.

Qual o papel das Doulas e das parteiras tradicionais nesse cenário? Para Borges, “a diferença dos médicos para as parteiras? É que elas esperam de Deus e os médicos querem fazer o serviço” (Borges, 2008, p. 330). Ou seja, elas acompanham o parto respeitando a fisiologia e os sinais do corpo, sem se preocupar com o tempo ou com intervenções desnecessárias. Carmen Tornquist reforça essa perspectiva, destacando que essas assistentes preferem “contar os partos através de relatos específicos, histórias com nomes, rostos, cores, detalhes. Ao invés da obsessão moderna de tudo registrar, quantificar e contabilizar, já apontada por Foucault ao analisar o nascimento da clínica médica” (Tornquist, 2005, p. 70-71), narrando o dar à luz com mais delicadeza e humanidade, dispensando estatísticas e porcentagens impessoais.

As Doulas demonstram capacidade de transformar realidades adversas. Uma pesquisa realizada em 1991 indicava que os índices de cesariana nos EUA eram cerca de 23%, aumentando atualmente para pouco mais de 30% (Morais; Goldenberg, 2001). Esse crescimento é relativamente contido se comparado ao Brasil, sugerindo que a presença ativa e acessível das Doulas contribui para controlar e reduzir os números de cesarianas.

Sob essa pressão de anseios e desassossegos ao parir, a mente inundada de hormônios, amplifica o medo com relação ao funcionamento do seu corpo, sua capacidade, o tamanho da dor que está por vir, a vergonha, a culpa, as inquietações com relação ao bebê e as transformações que virão em sua rotina. Dessa forma a parturiente não “se entrega” tranquila e completamente ao trabalho de parto, e não se permite escutar os sinais do corpo nos instintos fisiológicos. Para ter um parto prazeroso “a mulher tem que agir com a parte primitiva do cérebro e esquecer todo o aprendizado socialmente adquirido”

(Hirsch, 2019, p. 71). Esse é um dos pontos cruciais da participação das Doulas, livrar a mulher desse bombardeamento de pensamentos, para que seu organismo se veja livre para atuar no que foi programado para fazer.

A figura da Doula surge como uma luz no fim do túnel, capaz de transformar a forma como o nascimento é percebido. Sua presença simboliza uma possibilidade de retorno ao humano, mostrando que a verdadeira solução está na ampliação de sua atuação. Com um olhar sensível e politizado, a Doula testemunha, acolhe e defende a parturiente, ressignificando o estigma da dor e promovendo escolhas conscientes, sustentadas por informações baseadas em evidências científicas.

Como personificação da humanização do parto, essas mulheres se afirmam como sujeitos políticos e agentes históricas de transformação. Sua ação tem um efeito contra-hegemônico: desafia e desmonta a lógica da medicalização e da industrialização do nascimento, devolvendo às gestantes segurança, autonomia e protagonismo — para que cada parto, seja qual for a via, possa ser vivido de forma plena, saudável e respeitosa.

### **1.3. O parto viçosense detalhado - luz ou escuridão?**

Tendo em conta as primeiras reflexões organizadas nos subtítulos anteriores, foram feitas elucidações essenciais para compreender a origem, o papel, as competências, as justificativas e as relações políticas e históricas do ofício das Doulas. Agora é possível dar continuidade ao que propõe a dissertação e caminhar ao encontro do problema de pesquisa.

O trabalho tem como recorte geográfico a cidade de Viçosa, Minas Gerais, sede matriz da Universidade Federal de Viçosa e terra do doce de leite multipremiado e patrimônio cultural imaterial do município e do estado. Viçosa, cidade de médio porte, localizada na Zona da Mata mineira, teve origem por volta de 1800, quando o padre Francisco José da Silva ergueu uma capela dedicada a Santa Rita do Turvo, núcleo que daria início ao povoado<sup>45</sup>. Com o passar dos anos, a localidade se desenvolveu e foi oficialmente emancipada em 22 de janeiro de 1873, sendo sua instalação municipal

---

<sup>45</sup> VISITE MINAS. Viçosa. Disponível em: <https://www.visiteminas.com/vicosa/>. Acesso em: 9/10/2025.

celebrada em 30 de setembro — data que marca o aniversário da cidade<sup>46</sup>. Atualmente, Viçosa abriga cerca de 76 mil habitantes e se destaca por abrigar uma grande população de estudantes, o que impulsionou seu crescimento<sup>47</sup>. De acordo com o Censo de 2022, o município é o mais verticalizado de Minas Gerais e o sexto do país, com aproximadamente 41,6% da população vivendo em apartamentos, índice que reflete seu caráter urbano e dinâmico<sup>48</sup>.

Inserida nesse contexto urbano e social, a maternidade analisada nesta pesquisa integra o Hospital São Sebastião, instituição de longa trajetória na cidade de Viçosa. Fundado em 1908, pela então Associação Casa de Caridade de Viçosa<sup>49</sup>, o hospital surgiu com caráter filantrópico, voltado à assistência da população local em um período marcado pela escassez de serviços médicos organizados no município. Inicialmente instalado de forma precária, o Hospital São Sebastião passou por um processo gradual de estruturação ao longo das primeiras décadas do século XX, culminando na inauguração de sua sede definitiva em **1930**, marco importante para a consolidação da assistência hospitalar na cidade. A partir de então, o hospital acompanhou o crescimento urbano de Viçosa e a ampliação das demandas por atendimento em saúde, tornando-se uma referência regional.

No interior desse processo de expansão institucional, a assistência materno-infantil passou a ocupar lugar central. Na década de 1950, o hospital recebeu um de seus acréscimos mais significativos com a criação da Maternidade Alice Loureiro, destinada especificamente ao atendimento de partos e aos cuidados obstétricos, evidenciando a crescente institucionalização do nascimento no espaço hospitalar local. Ao longo das décadas seguintes, especialmente a partir dos anos 1980, a maternidade foi alvo de novas adequações estruturais e técnicas, incluindo a ampliação de instalações e a incorporação de serviços mais especializados, como centro cirúrgico obstétrico e melhorias voltadas à assistência neonatal. Dessa forma, a maternidade do Hospital São Sebastião consolidou-

---

<sup>46</sup> FOLHA DA MATA. Viçosa completa 143 anos de emancipação. Disponível em: <https://www.folhadamata.com.br/vicosa-completa-143-anos-de-emancipacao-1330>. Acesso em: 09/10/2025.

<sup>47</sup> GAZETA MINEIRA. População de Viçosa (MG) é de 76.430 pessoas, aponta o Censo do IBGE. Disponível em: <https://www.gazetamineira.com.br/minas-gerais/populacao-de-vicosa-mg-e-de-76-430-pessoas-aponta-o-censo-do-ibge/>. Acesso em: 09/10/2025.

<sup>48</sup> EM.COM.BR. Qual é a cidade onde há mais gente morando em apartamentos em Minas? Disponível em: <https://www.em.com.br/gerais/2024/02/6807832-qual-e-a-cidade-onde-ha-mais-gente-morando-em-apartamentos-em-minas.html>. Acesso em: 09/10/2025.

<sup>49</sup> VIÇOSA (MG). Hospital São Sebastião. Secretaria Municipal de Cultura e Turismo de Viçosa. Disponível em: <https://cultura.vicosa.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/patrimonios-de-vicosa/165831>. Acesso em: 10/01/2026.

se não apenas como um espaço físico, mas como um serviço estratégico para Viçosa e municípios do entorno, articulando práticas médicas, normativas institucionais e expectativas sociais em torno do parto e do nascimento — elemento fundamental para a compreensão do recorte geográfico e institucional adotado nesta pesquisa<sup>50</sup>.

A maternidade em análise opera como referência para a microrregião, abarcando cidades como: Araponga, Cajuri, Canaã, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta e Teixeiras; sob jurisdição da Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Ponte Nova. Quando ouvimos dizer que algo é referência, e nesse caso para tantas cidades, imagina-se que os atendimentos terão muita qualidade. Entretanto, não é bem o que se encontra. Em minhas pesquisas por fontes materiais e orais, tive contato com muitas críticas a respeito do atendimento dos partos e para com a recepção das Doulas em Viçosa.

De antemão farei uma contextualização legislativa acerca do que há de amparo parlamentar para atuação das Doulas na cidade. O Projeto de Lei nº 068/2018, de autoria da vereadora Brenda Santunioni (Progressistas) e coautoria dos vereadores Edenilson José de Oliveira (MDB) e Wallace Calderano (PSC), assegura às parturientes do município de Viçosa o direito de serem acompanhadas por uma Doula durante o trabalho de parto e o pós-parto imediato. A proposta foi aprovada em primeira votação durante a 1ª Reunião Ordinária da Câmara Municipal de 2019, realizada no dia 5 de fevereiro daquele ano, sendo posteriormente promulgada como Lei nº 2.743/2019 (Câmara Municipal de Viçosa, 2018).

A iniciativa surge depois de demandas levantadas pelas próprias Doulas que atuavam na época, a fim de melhorar a qualidade de suas prestações de serviço. Uma vez que, para acompanhar suas doulandas até então era preciso fazê-las escolher entre Doula ou acompanhante, algo injusto para as gestantes que claramente demonstravam preferências por seus marido ou pessoa de confiança que fosse sua acompanhante. Isso dificultava muito a assistência completa das Doulas que não podiam cumprir sua missão de apoio durante o trabalho de parto ativo das gestantes. Esse afastamento da Doula também fazia com que muitas mulheres sofressem violências obstétricas sem alguém para interceder e

---

<sup>50</sup> MEDIANDO SABERES. Bens tombados – Viçosa. Mediando Saberes na formação e gestão de conselho municipal de patrimônio, 18 abr. 2016. Disponível em: <https://mediandosaberes.ouropreto.ifmg.edu.br/2016/04/18/bens-tombados-vicosa/>. Acesso em: 10/01/2026.

advogar por elas. Para a vereadora Brenda Santunioni, a iniciativa visa suprir as lacunas emocionais e afetivas que marcam o momento do nascimento: “Sempre defendi melhorias na área da saúde em nosso município. E, além disso, não é justo que as gestantes que recebem acompanhamento das doulas durante toda a gravidez fiquem sem esse amparo no momento mais importante da gestação”<sup>51</sup>, afirmou.

A lei então, determina que todas as maternidades e estabelecimentos hospitalares da rede pública e privada de Viçosa devem permitir a presença de Doulas durante todo o processo de parto — trabalho de parto, parto e pós-parto imediato — sempre que solicitado pela parturiente, sem vínculo empregatício ou custos adicionais às instituições. O projeto foi discutido com o então prefeito Ângelo Chequer (PSDB); representantes do Hospital São Sebastião (HSS); e por meio de visitas ao Hospital Sofia Feldman<sup>52</sup>, em Belo Horizonte, referência nacional na atuação de Doulas, a fim de conhecer experiências exitosas de implementação da prática.

Em 23 de maio de 2019, ocorreu no Plenário Presidente Tancredo Neves uma audiência pública sobre o acompanhamento de Doulas, presidida pela vereadora Brenda Santunioni, com a participação de representantes da saúde e especialistas em parto humanizado, como: Ildamara Gandra de Menezes, diretora do HSS; Natália Ribeiro, Doula, psicóloga e terapeuta floral; Sara Oliveira, coordenadora da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde; e Marielly Nogueira, enfermeira obstetra de Ubá, além de relatos de experiências pessoais de parturientes acompanhadas por Doulas.

Durante a audiência, foram destacados aspectos essenciais da atuação das Doulas: suporte contínuo à gestante, empoderamento, vínculo familiar, acolhimento emocional e físico, orientação informativa e acompanhamento durante a gestação, parto e pós-parto. Ressaltou-se que a presença da Doula não substitui profissionais de saúde, mas atua de forma complementar, promovendo maior valorização do parto normal, segurança para

---

<sup>51</sup> CÂMARA MUNICIPAL DE VIÇOSA (MG). Projeto sobre Doulas é aprovado em Reunião Ordinária. Por Assessoria de Comunicação. Publicado em: 06 fev. 2019. Última modificação em: 06 fev. 2019. Disponível em: <https://www.vicosamg.leg.br/institucional/noticias/2019/02-2019/projeto-sobre-doulas-e-aprovado-em-reuniao-ordinaria>. Acesso em: 01/05/2024.

<sup>52</sup> O Hospital Sofia Feldman é uma instituição filantrópica localizada na capital mineira, conhecida nacionalmente como referência na assistência humanizada ao parto e nascimento pelo SUS. Fundado em 1979, o hospital destaca-se pela adoção de práticas centradas na fisiologia do parto, pela atuação integrada de enfermeiras obstétricas e pela inserção estruturada de Doulas no acompanhamento das gestantes. Sua experiência tornou-se modelo para políticas públicas de humanização da assistência obstétrica no Brasil, sendo frequentemente visitado por gestores e profissionais de saúde interessados em replicar sua organização e seus protocolos de cuidado.

mães e bebês e redução de custos ao sistema de saúde. Questões práticas como o cadastro das Doulas no Hospital, com apresentação de certificação e documentos pessoais, foram detalhadas, garantindo a autorização formal para atuação. Foram definidos encaminhamentos para fortalecer a implementação do serviço, incluindo produção de materiais informativos, parcerias com a OAB Viçosa, projetos de extensão da UFV, capacitação de profissionais de saúde e campanhas de divulgação local (Câmara Municipal de Viçosa, 2019).

Em 22 de março de 2022, a Moção nº 008/2022, de autoria da vereadora Jamille Gomes e do vereador Bartomélio Martins, reforçou o apoio à regulamentação da profissão de Doula, por meio do PL 3946/2021, tramitando na Câmara dos Deputados. A moção destacou a importância do trabalho das Doulas para a redução de casos de violência obstétrica, promoção do parto humanizado e aumento do número de partos vaginais espontâneos, além da diminuição da necessidade de analgesia e cesarianas, contribuindo para a qualidade de vida das gestantes e o fortalecimento do SUS (Câmara Municipal de Viçosa, 2022).

Assim, a legislação municipal de Viçosa e as iniciativas de apoio político reforçam a valorização do acompanhamento humanizado no parto, reconhecendo o papel das Doulas como parte integrante do cuidado contínuo e respeitoso às gestantes, promovendo segurança, bem-estar e empoderamento materno.

No próximo capítulo da dissertação serão amplamente debatidos o panorama atual e as questões problemáticas que permeiam o ambiente no nascimento viçosense. Vamos destrinchar os relatos confiados a mim durante as entrevistas, e vai ser o momento de comentar sobre as experiências mais profundas dos entrevistados. Contudo, fazendo uma breve antecipação das informações que pintam a conjuntura enquadrada, Viçosa vive a epidemia de cesariana! Isso ficou mais que evidente durante uma das entrevistas de maneira especial, por apresentar dados numéricos, observaremos a seguir as estatísticas coletadas.

Antes de mais nada, cabe aqui uma breve nota metodológica: a entrevista mencionada apresentou características distintas das demais. No dia 24 de julho de 2025, por volta das 10h, realizei uma visita ao Hospital São Sebastião, com o objetivo de obter informações institucionais a respeito das taxas de partos - vaginais e cesáreos - bem como compreender a dinâmica da atuação das Doulas dentro da maternidade. Inicialmente, entrei em contato

com a médica obstetra Lyra, que já havia sido entrevistada formalmente antes. Ela prontamente me direcionou à enfermeira obstétrica Callisto, responsável pelo setor, e a partir desse encaminhamento, estabelecemos uma conversa presencial no próprio hospital. Callisto se mostrou muito disponível e gentil, compartilhando diversas informações que auxiliaram no entendimento do funcionamento interno da instituição e do cenário obstétrico local.

Durante o encontro, a enfermeira obstétrica informou que os dados quantitativos da maternidade não são fornecidos diretamente ao público geral, sendo destinados exclusivamente a órgãos oficiais, como a Secretaria Municipal de Saúde, a Vigilância Sanitária e Epidemiológica e a Coordenação de Obstetrícia. Ainda assim, ela se dispôs a relatar oralmente os percentuais de partos vaginais realizados no hospital no período de 2019 a 2024, o que foi anotado cuidadosamente durante nossa conversa. Ressaltou também que tais informações são acessíveis às Doulas credenciadas da instituição, por meio de um manual interno.

A conversa não foi gravada, tampouco estruturada como uma entrevista nos moldes adotados com outros participantes da pesquisa. Tratou-se de um encontro pontual, com foco no levantamento de dados técnicos e institucionais, de caráter informativo, visando exclusivamente subsidiar a análise contextual da pesquisa. Ainda assim, em consonância com os procedimentos éticos estabelecidos, Callisto assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando o uso das informações compartilhadas. Essa experiência enriqueceu o trabalho, permitindo o acesso a dados não disponíveis publicamente e, ao mesmo tempo, assegurando o cumprimento das normas institucionais e dos princípios da pesquisa acadêmica.

Segundo o relato de Callisto, no setor do SUS, existe uma maior porcentagem dos partos realizados na maternidade ocorrendo por via vaginal, enquanto nos atendimentos particulares e por convênios predomina-se fortemente o número de cesarianas. Ela acrescentou que há médicos que deixam explícito não realizarem partos normais, aceitando apenas acompanhar cesarianas — fator que influencia diretamente nas estatísticas do hospital.

Quanto aos dados quantitativos, foi informada a seguinte evolução nas taxas de partos vaginais na instituição, no período de 2019 a 2024, os percentuais apresentados

correspondem a um compilado geral entre os atendimentos do SUS, convênios e particulares, compondo uma média abrangente dos partos realizados:

**GRÁFICO 1**

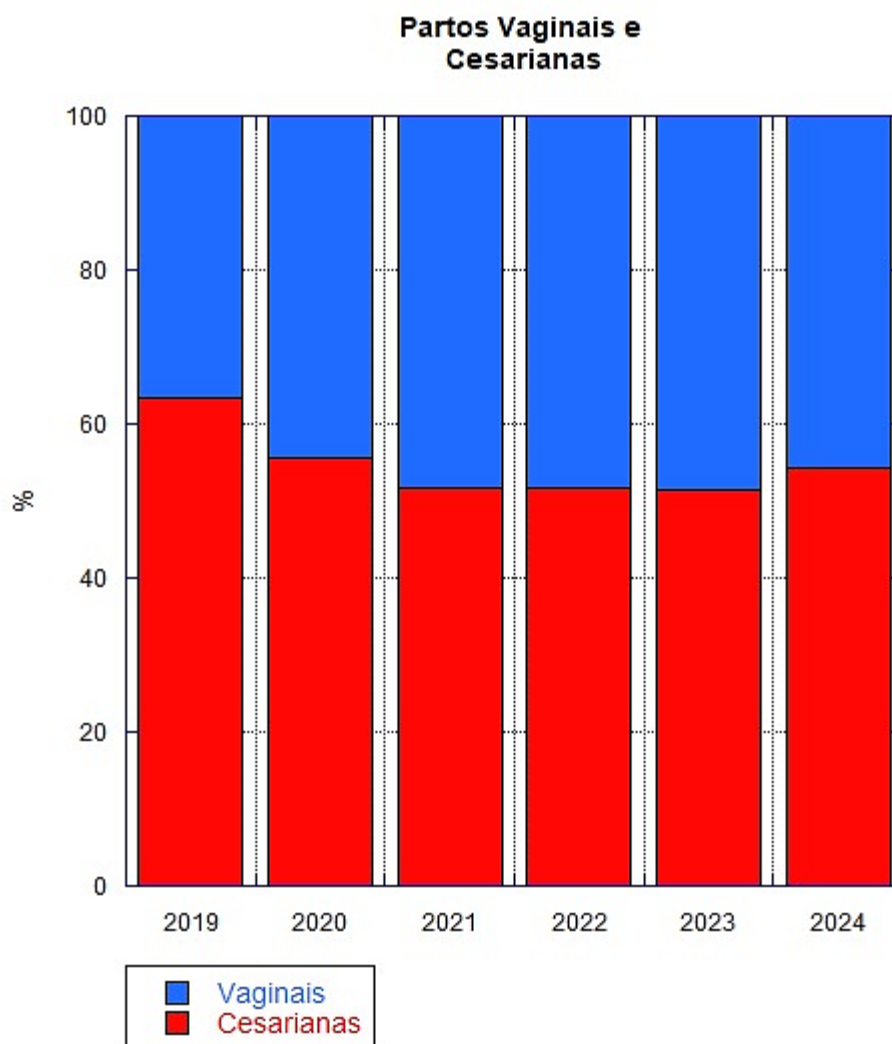


Gráfico 1 – Partos Vaginais e Cesarianas. Elaboração própria a partir das fontes coletadas na maternidade do Hospital São Sebastião, Viçosa-MG, entre os anos de 2019 e 2024. Em vermelho, demonstrado os partos cesáreos e em azul os partos normais.

- 2019 – 36,5% de partos vaginais e 63,5% cesarianas;
- 2020 – 44,5% de partos vaginais e 55,5% cesarianas;
- 2021 – 48,3% de partos vaginais e 51,7% cesarianas;
- 2022 – 48,2% de partos vaginais e 51,8% cesarianas;
- 2023 – 48,5% de partos vaginais e 51,5% cesarianas;

- 2024 – 45,6% de partos vaginais e 54,4% cesarianas.

Esses números indicam uma tendência de crescimento na realização de partos normais entre 2019 e 2024. Apesar da melhora gradual, as cesarianas permanecem predominantes na média geral do período.

Além dos dados quantitativos, Callisto também compartilhou informações sobre a atuação das Doulas na maternidade, detalhando o protocolo institucional que regulamenta sua presença no ambiente hospitalar. Segundo ela, para que uma Doula possa acompanhar um parto no hospital, é necessário realizar um cadastro prévio com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Esse cadastro requer o envio de documentos de identificação e do certificado de formação, que comprovam a qualificação da profissional. Os documentos são avaliados pela direção geral do hospital e pela própria coordenação da maternidade, que válida ou não a atuação da Doula naquele espaço.

Atualmente, há cerca de cinco Doulas registradas na instituição, sendo a mais atuante Vega Gripp, que comparece com maior frequência. Outras Doulas cadastradas participam de forma pontual, em geral vindas de outras cidades para acompanhar partos específicos, não mantendo atuação constante em Viçosa. Uma vez registradas e autorizadas, as Doulas têm livre acesso ao hospital para desenvolverem seu trabalho de apoio físico, emocional e informativo às gestantes, conforme as atribuições próprias da profissão.

Comparativamente, os percentuais de cesarianas observados em Viçosa seguem uma tendência próxima à registrada em âmbito nacional, embora variem de forma significativa em função de redes de atendimento e convênios (Brasil, 2023b). No Brasil, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e outras pesquisas recentes, cerca de 57% dos nascimentos são por cesariana (Brasil, 2023a). Essa taxa supera claramente os parâmetros sugeridos pela OMS, que coloca um ideal de até 10-15% de cesarianas, salvo em casos clinicamente indicados.

Em Minas Gerais, embora existam variações entre hospitais públicos e privados, a tendência também é de taxas elevadas de cesarianas. Por exemplo, em estudos hospitalares, os partos pelo SUS no estado atingem taxas de cesarianas na ordem de 35-40% em alguns contextos, enquanto no setor privado esse percentual supera 80% (Rezende *et al.*, 2022). O percentual médio de cesarianas no estado atingindo os 58%, 58,1% e 58,6% respectivamente nos anos de 2018, 2019 e 2020 (Oliveira *et al.*, 2023). A capital Belo Horizonte, em um estudo de 2015 da UFMG indicou que 45% dos partos

foram por cesariana, com números discrepantes nas maternidades públicas com 70% dos partos normais e nas instituições privadas 75% por via cirúrgica<sup>53</sup>.

O município viçosense está inserido na macrorregião Leste do Sul de Minas Gerais, conforme a divisão administrativa do estado. Segundo dados de 2018 a 2020, a proporção de partos cesáreos nessa macrorregião marcou 68,21% (Oliveira *et al.*, 2023). No contexto mais amplo da região Sudeste do Brasil, que abrange Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo, a taxa de cesáreas foi de 43,22% entre 2014 e 2023 (Ferreira *et al.*, 2025).

Quando comparamos esses valores às taxas encontradas em Viçosa que, no levantamento entre 2019-2024, mostram partos vaginais variando de 36,5% a 48,5%, o que implica que as cesarianas correspondem a 63,5% a 51,5%, ao longo dos anos. Percebemos que a cidade objeto da pesquisa está bastante alinhada com o panorama nacional e estadual.

À luz destes dados numéricos, já é possível descrever o parto viçosense, como dito anteriormente, um ambiente cesarista. Além de um cenário bastante cirúrgico, mais uma vez relevando alguns elementos das entrevistas, me foi passado a frequência dos tratamentos violentos na assistência ao parto. Como detalhamos anteriormente, a violência obstétrica abrange uma infinidade de situações, mais explícitas ou mais veladas, durante todo o período gravídico-puerperal, ou seja, muitas mulheres sofrendo abusos físicos e principalmente verbais e psicológicos. Também obtive testemunhos que indicaram uma resistência das equipes médicas em receber a Doula como parte integrante.

Respondendo ao grande problema de pesquisa, ao que me baseei em estudos anteriores, que apontavam nessa disputa de poder entre médicos e Doulas é relevante observar que, ao se guiarem pelas melhores evidências científicas e se posicionarem como agentes críticas diante de práticas não humanizadas adotadas por alguns médicos, as doulas “podem ser encaradas como um oponente ao sistema médico dominante, na medida em que se tornam ‘testemunhas oculares’ dos acontecimentos deste evento” (Silva, 2017, p. 12 apud Hirsch, 2019, p. 300), ainda que não possam exercer funções

---

<sup>53</sup> UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG. Pesquisa mostra que 75% dos partos em maternidades privadas de Belo Horizonte ocorreram por cesariana. UFMG Online, Belo Horizonte, 22 jul. 2015. Disponível em: <https://www.ufmg.br/online/arquivos/039350.shtml#:~:text=Not%C3%ADcias%20da%20UFMG%20%D%20Pesquisa%20mostra,Belo%20Horizonte%20ocorreram%20por%20cesariana>. Acesso em: 02/09/2025.

técnicas, mesmo possuindo conhecimento sobre essas práticas. Conforme aponta o médico Murillo Barbosa (2018), nesses contextos de conflito, os profissionais de saúde podem se sentir ameaçados pela possibilidade de denúncias relacionadas a condutas violentas ou pela sobreposição de atribuições. No entanto, tais desafios não devem constituir impedimento à atuação das doulas, tampouco comprometer a efetivação de um parto humanizado. A proteção desses direitos e a garantia de escolhas da gestante podem ser fortalecidas por meio da elaboração de um Plano de Parto<sup>54</sup>, construído em acompanhamento com a Doula a partir dos exames e diagnósticos obstétricos realizados ao longo do pré-natal e autenticados em cartório, assegurando a autonomia, os desejos e a segurança da gestante.

Meu desejo era de fato sanar essa dúvida da qual já esperava a resposta, como foi colocado na introdução deste trabalho, o objetivo central está em traçar a trajetória das Doulas em Viçosa, elaborando seus principais desafios. E para se consolidar na cidade, essas mulheres precisaram enfrentar muitos obstáculos, tanto estruturais, como de reconhecimento da profissão. Mas, nenhuma dessas adversidades chegou perto da dificuldade imposta pelo corpo médico. Isso, claro, antes da instauração da Lei de Doulas, o cenário vem mudando com profissionais que entendem e acolhem essas mulheres.

Então, parir em Viçosa luz ou escuridão? O que se percebe até então é que o cenário já foi mais assombroso e vem se iluminando desde a maior inserção das Doulas. Retornemos aos números, a porcentagens de cesarianas reduziu cerca de 9,1% desde que a lei foi aprovada, são resultados interessantes que sinalizam uma melhora.

Encerrando este primeiro capítulo, foram apresentados e discutidos os principais conceitos que sustentam a reflexão proposta, como a definição do papel da Doula e os fundamentos da humanização do parto. Abordaram-se as dinâmicas que estruturam a “Cultura do Medo”, com ênfase na culpabilização da mulher, na misoginia, na economia e na compreensão do parto como um ato político, situando as Doulas como agentes históricas de transformação. Essas discussões nos conduzem à compreensão de que a oralidade, elemento central do próximo capítulo, constitui uma ferramenta

---

<sup>54</sup> Plano de Parto é um documento elaborado pela gestante, juntamente com seu parceiro ou parceira e com o obstetra responsável pelo pré-natal. Ele servirá como um guia para o trabalho de parto, com descrição dos desejos e das expectativas da gestante, e sobre quais situações e condutas devem ser evitadas. Disponível em: <https://viverbem.unimedbh.com.br/maternidade/parto/plano-de-parto-guia-completo-de-elaboracao/#:~:text=O%20Plano%20de%20Parto%20%C3%A9,devem%20ser%20evitadas%2C%20se%20poss%C3%ADvel.>

profundamente rica e necessária à historiografia — permitindo revelar, com maior clareza e profundidade, as vozes e experiências que dão sentido ao ser Doula e ao próprio ato de parir.

## **CAPÍTULO II – ECOS DO CONFLITO**

### **2.1. Os métodos que guiaram as entrevistas**

A pesquisa desenvolvida e descrita nessas linhas, fundamenta-se em uma abordagem qualitativa, que valoriza a individualidade de cada ser humano, suas experiências, os sentidos atribuídos e o contexto social no qual estão inseridos. A escolha por esse método está em consonância com o objetivo de compreender as percepções, trajetórias e experiências de mulheres que atuam ou já atuaram como Doulas.

Para a produção de dados foram organizadas entrevistas semiestruturadas, em roteiro pré-desenvolvido no período de submissão do projeto para o CEP, roteiro este que consta no apêndice já mencionado. Seguindo as intenções interdisciplinares demonstradas por esse empreendimento, foram convidadas pessoas que possuem relações com o tema, mas, de seguimentos muito plurais de contato. Para isso defini cinco grupos: Doulas; Mães; Profissionais da Saúde; Agentes Políticos e Legisladores; e Acadêmicas. O processo de contatar os possíveis participantes se deu de maneira gradativa. Iniciei enviando uma mensagem padrão àquelas pessoas que eu já tinha ciência que teriam contribuições cruciais para a pesquisa:

Olá (nome da pessoa), bom dia! Tudo bem? Me chamo Mariana, sou historiadora e mestranda pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Estou desenvolvendo minha dissertação intitulada: “Existe escuridão em dar à luz? Que história nos contam as Doulas em Viçosa-MG”. A pesquisa busca compreender, sob uma perspectiva histórica, como se consolidou a atuação das Doulas na cidade de Viçosa, bem como os principais enfrentamentos que vivenciam em seu cotidiano. Encaminho, em anexo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que traz mais informações sobre a pesquisa e os cuidados éticos envolvidos. Seria uma enorme alegria contar com sua participação em uma entrevista — acredito que sua experiência pode enriquecer muito este trabalho. A entrevista pode ser presencial (preferencialmente), mas também há flexibilidade para realizá-la de forma virtual, se necessário. A duração estimada é de 20 a 60 minutos. Caso tenha interesse em participar, me avise com as datas e horários que forem mais confortáveis para você. Tudo será tratado com total sigilo e respeito, conforme as diretrizes éticas da pesquisa. O envio do termo, neste primeiro momento, é apenas para leitura e esclarecimento. A assinatura será coletada no momento da entrevista. Aguardo retorno assim que possível e desde já agradeço, atenciosamente, Mariana Freitas. Historiadora | Mestranda em Patrimônio Cultural, Paisagens e Cidadania – UFV | Telefone/WhatsApp: (31) 9 9601-

Essa mensagem era enviada juntamente ao documento em PDF do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, geralmente por meio do aplicativo *WhatsApp*, em alguns casos via e-mail e, em outros, pelo *Instagram*, de acordo com o acesso inicial estabelecido com cada pessoa convidada. Os primeiros convites foram realizados em 26 de junho e o último em 25 de julho. Essa diferença temporal decorre da dinâmica gradativa dos contatos, uma vez que a seleção das interlocutoras ocorreu a partir de indicações sucessivas entre as próprias participantes.

Embora algumas pessoas já fossem previamente consideradas essenciais para a pesquisa, a maior parte das interlocutoras foi acessada a partir do contato com entrevistadas anteriores. Nesse sentido, a pesquisa seguiu a lógica da amostragem por “bola de neve”<sup>56</sup>, na qual algumas entrevistadas-chave indicaram outras possíveis colaboradoras para o estudo, possibilitando a ampliação progressiva da rede de contatos. Contudo, diferentemente da aplicação clássica desse método — que pressupõe o esgotamento da rede de indicações — o processo de seleção foi interrompido de forma deliberada, a partir da avaliação de que o conjunto de entrevistas já se mostrava suficiente para atender aos objetivos do estudo, considerando a recorrência dos temas abordados e a adequação do material empírico reunido.

Em geral as respostas eram rápidas e surpreendentemente positivas. As pessoas demonstravam muito interesse e parabenizavam pelo tema da pesquisa. O diálogo se resumia no envio da mensagem padrão e depois a negociação da data, horário e local para nos reunirmos. O maior problema enfrentado nessa fase era o encaixe das agendas muito ocupadas das participantes e também a demora de algumas respostas, porque mesmo sinalizando vontade de contribuir, uma parcela das entrevistadas tinha uma rotina bastante concorrida, o que dificultava o combinado.

Em toda tratativa fazia questão de que as interlocutoras se sentissem à vontade, mostrando minha disponibilidade total para atendê-la e valorizando ao máximo sua

---

<sup>55</sup> Mensagem pessoal enviada pela pesquisadora às participantes via *WhatsApp*, *Instagram* ou E-mail, entre 26 de junho e 25 de julho de 2025.

<sup>56</sup> A amostragem por bola de neve é um procedimento metodológico amplamente utilizado nas ciências humanas e sociais, especialmente em pesquisas qualitativas que envolvem grupos específicos ou de difícil mapeamento prévio. Parte-se de um número reduzido de participantes iniciais, frequentemente denominados “sementes”, que indicam outras pessoas potencialmente relevantes para a pesquisa, fazendo com que a rede de interlocutores se amplie progressivamente, de modo análogo ao crescimento de uma bola de neve.

participação. Sempre manifestava minha preferência por encontros presenciais, mas deixava clara a possibilidade de entrevistas serem realizadas via Google Meet. As reuniões pessoalmente ocorriam em locais como a casa da participante, seu local de trabalho, em minha casa ou em uma cafeteria. Os ambientes eram sugeridos por mim ou pelas entrevistadas, e a opção final era sempre delas, reforçando seu conforto e sua liberdade.

Todas as entrevistas foram efetuadas no período entre os meses de junho e julho de 2025. A primeira conduzida no dia 29 de junho e as duas últimas em 29 de julho. Em geral costumava marcar uma reunião por dia, mas ocorreram alguns dias com dois encontros e até três encontros diários. A condução das coletas dos relatos acontecia de maneira padronizada, em que eu me apresentava, relatava minhas motivações e afinidades com a temática, explicava como eram selecionados os participantes e como seriam feitas as perguntas. O roteiro foi dividido em *perguntas de perfil* e *perguntas principais*, as de perfil eram comuns a todos os entrevistados e servia para coletar dados básicos sobre cada um. Já as principais variavam de acordo com o grupo o qual pertencia o interlocutor, e também seguia o perfil de acordo com informações prévias sobre a pessoa. Em alguns casos específicos foram adicionadas ou retiradas perguntas de maneira que fizesse mais sentido com a experiência do respondente.

A princípio, foi submetido ao CEP e registrado o número de vinte e três entrevistados, divididos em cinco grupos, como foi mencionado acima. Cada grupo conteria cinco colaboradores, exceto o grupo de Agentes Políticos e Legisladores que ficou estipulado apenas três. Contudo, durante o decorrer dessa fase, foram indicados nomes muito relevantes e surgiu a necessidade de acrescentar alguns depoentes. Como o montante final não se alterou muito com relação à proposta original, não houve mudanças radicais na temática nem no recorte dos participantes, não se fez necessária uma notificação ou intervenção ao CEP. Assim sendo, ao encerramento das entrevistas foram totalizados vinte e seis participantes, organizados em: cinco Doulas; quatro Mães; seis Profissionais da Saúde; três Agentes Políticos e Legisladores; e oito Acadêmicas. A diversidade das entrevistadas — considerando formação, inserção profissional, experiência com o parto e relação com a atuação das Doulas — foi essencial para a construção de um olhar múltiplo e sensível sobre o tema em questão.

Antes da realização de cada entrevista, o TCLE era novamente apresentado. Nos casos presenciais, era assinado à mão tanto pela interlocutora quanto por mim; para as reuniões virtuais, o documento era enviado com antecedência, contendo a assinatura

digital. Esse rigor ético foi seguido sempre em momento anterior à gravação, conforme exigido pela Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética. No momento inicial das entrevistas, foi colocada às participantes a possibilidade de escolha quanto à forma de identificação, se desejariam ter seus nomes próprios mencionados ou se prefeririam a utilização de pseudônimos. Apenas quatro mulheres manifestaram, naquele momento, a preferência pelo uso de nomes fictícios. No entanto, ao longo do processo de sistematização dos dados, em função de trâmites burocráticos, bem como do alinhamento com as diretrizes éticas estabelecidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, optou-se pela adoção de pseudônimos para a totalidade das participantes, como forma de garantir maior respaldo legal, uniformidade no tratamento das falas e reforçar a preservação das identidades.

Ainda quem minha intenção inicial fosse a utilização dos nomes próprios das entrevistadas como uma escolha metodológica com o intuito de conferir humanidade, presença e subjetividade às falas que compõem esta pesquisa. Tentando estabelecer algo mais conectado que não transformasse as mulheres em números ou siglas, apresentando suas falas com o devido reconhecimento de suas individualidades. Cabe esclarecer que, no processo de elaboração e aplicação do Termo, identificou-se uma limitação quanto à explicitação mais precisa sobre as formas de identificação das interlocutoras na escrita final da pesquisa. Embora tenha sido garantida, na execução das entrevistas, tendo as gravações com as respostas sobre a possibilidade de escolha entre a utilização do nome próprio ou de pseudônimos, tal aspecto não se encontrava suficientemente detalhado no documento formal. Diante disso, e visando assegurar plena consonância com os princípios éticos que orientam a pesquisa, precisei, na etapa de análise e escrita, pela adoção de pseudônimos para todas as depoentes.

A escolha dos pseudônimos não se deu de maneira aleatória. Fui inspirada inicialmente pela primeira participante das quatro que pediram o pseudônimo, que sinalizou a vontade que substituísse seu nome por *Lua*. A partir de então segui essa ideia tendo em mente nomes que remetessem a elementos do universo e corpos celestes — como astros, planetas, constelações, cometas e fenômenos ligados ao amanhecer e a luz. Os nomes atribuídos evocam dimensões simbólicas e alegóricas que dialogam com os sentidos mais amplos desta dissertação. Ao aludir à luz, à espiritualidade e aos ciclos, tais nomeações também se articulam às intenções humanas e poéticas que atravessam este trabalho, especialmente no que se refere à valorização das experiências, à potência dos

corpos e à construção de significados em torno do nascimento. A utilização de pseudônimos, portando, constitui uma escolha metodológica consciente e cuidadosa, que busca, simultaneamente, resguardar o anonimato das participantes em função do TCLE e preservar a dimensão humana, sensível e singular de suas narrativas.

Para tornar mais clara a relação de cada pessoa com o universo investigado, foi elaborada uma tabela de apresentação das participantes, com informações básicas respondidas pelo questionário descrito como perguntas de perfil, contendo: pseudônimo; idade; escolaridade; profissão; a quanto tempo reside ou residiu em Viçosa-MG; religião/crença; se já passou por gestação e o tempo de experiência com o assunto parto. Essa sistematização visa facilitar a leitura e localização das falas ao longo do texto, além de reforçar a diversidade de vozes que compõem a análise. A construção dessas exatas perguntas se deu em razão de um padrão de questionários, indagações capazes de traçar um perfil para cada participante, definindo questões mais basais de identificação. A maioria dessas perguntas foram relevantes para a pesquisa, a única que se apresentou desnecessária foi o questionamento da religião, que a princípio eu havia pensado que talvez esse fosse um tópico que influenciaria em algo no posicionamento dos interlocutores.

As entrevistas foram gravadas pela função de gravador de voz do meu smartfone, salvas no Google Drive e enviadas para meu notebook. A menor entrevista com a duração de 17 minutos e a maior com duração de 1 hora e 22 minutos, essa variação se dava em função do número de perguntas que variava entre os grupos e o detalhamento das respostas que cada indivíduo. A transcrição e análise das mesmas será feita à luz de uma abordagem qualitativa de caráter interpretativo, que combina princípios da *Análise Temática*, proposta pelas psicólogas britânicas, Virginia Braun e Victoria Clarke (2006), com pressupostos da hermenêutica-fenomenológica, inspirada sobretudo nas obras do filósofo francês Paul Ricoeur (1991). Essa articulação metodológica se mostrou adequada ao propósito deste estudo, que busca compreender sentidos, experiências e narrativas sem reduzir a fala das participantes a categorias fixas, mas também sem renunciar a um olhar sistemático e rigoroso sobre o material empírico.

A *Análise Temática* formulada por Braun e Clarke surge como um método flexível e acessível para identificar, organizar e interpretar padrões de sentido presentes em dados qualitativos. Sua proposta valoriza o envolvimento ativo do pesquisador com o material,

reconhecendo que todo processo de análise é também um ato de interpretação. Diferente de abordagens mais rígidas, permite que o pesquisador mantenha uma postura sensível e reflexiva, guiando-se por perguntas e impressões que emergem durante a leitura e escuta dos dados. Essa flexibilidade teórica torna o método especialmente útil quando o interesse não está apenas no que é dito, mas em como e por que certos sentidos aparecem, se repetem ou se transformam nas narrativas.

De acordo com Braun e Clarke, o processo de análise se desenvolve em etapas: familiarização com o material, geração de códigos iniciais, busca por temas, revisão, definição e nomeação dos temas, e, por fim, a redação analítica. Embora essas etapas não precisem ser seguidas de maneira linear, elas ajudam a dar transparência e coerência ao percurso interpretativo. No caso desta pesquisa, o contato inicial com as entrevistas se deu por meio de uma escuta atenta e demorada, acompanhada de leituras reiteradas das transcrições. Esse momento de aproximação, que Braun e Clarke chamam de familiarização, foi também um exercício de imersão afetiva e intelectual, no qual me permiti reconhecer nuances, silêncios e ênfases nas falas das participantes.

A partir daí, as entrevistas serão transcritas parcialmente, priorizando os trechos mais significativos para o problema de pesquisa. Em seguida, cada entrevista foi resumida em minhas palavras, sem perder o sentido original das falas. Essa opção metodológica, de traduzir o discurso das entrevistadas em uma linguagem interpretativa, parte da compreensão de que toda leitura é, em alguma medida, uma forma de escrita, e, portanto, um gesto hermenêutico. Além do resumo, o uso de trechos transcritos literalmente foi mantido para ilustrar os temas e sustentar as interpretações desenvolvidas, de modo a equilibrar a voz da pesquisadora e a das interlocutoras. Postura tomada também em razão de que o texto não se concluiu ainda mais extenso, pois conta com uma densidade numérica e de conteúdo profunda de fontes orais.

Essa posição interpretativa dialoga diretamente com a hermenêutica-fenomenológica de Ricoeur, que propõe compreender o texto como um campo de sentidos abertos à interpretação. Para ele, a linguagem é sempre mais do que o que expressa, cada enunciado carrega intenções, histórias e silêncios que ultrapassam o literal. Quando a fala é transcrita, ela se transforma em texto, e esse texto exige um duplo movimento interpretativo — o distanciamento e a compreensão. O distanciamento permite que o pesquisador se afaste do significado imediato e perceba o texto em sua autonomia; já a

compreensão ou “retorno ao sentido”, permite reaproximar-se do material com um olhar renovado, atento às múltiplas camadas de significação.

Sendo assim, a análise aqui proposta se estrutura como um exercício hermenêutico, que reconhece a fala das participantes como narrativa e como experiência vivida. Cada relato foi lido não apenas como informação empírica, mas como expressão simbólica de um modo de ser, sentir e compreender o mundo. Essa concepção hermenêutica supõe que o pesquisador também é parte do processo interpretativo, trazendo consigo horizontes de expectativa, afinidades e repertório que se entrelaçam com o texto analisado. Por este motivo, a interpretação não é um espelho neutro das falas, mas um encontro de trajetórias, no qual se produzem novos sentidos.

Esta abordagem de exame oferece, dentro das minhas diretrizes como produtora de conhecimento, um caminho metodológico que ajuda a organizar a interpretação. A partir dos dados coletados, foram criados códigos iniciais, pequenas unidades de significado que sintetizavam ideias recorrentes, tensões e imagens simbólicas. Esses códigos foram agrupados em temas mais amplos, que expressam dimensões centrais das experiências narradas. O processo de construção dos temas foi iterativo, uma vez que se voltava aos dados sempre que surgia um novo insight, de modo que os temas não fossem impostos, mas emergissem da relação entre pesquisadora e material. Em seguida, cada tema será descrito e interpretado à luz do referencial teórico do estudo, incorporando trechos de transcrição direta que ilustram os depoimentos de forma mais profunda.

Não me limitei a descrever o conteúdo das entrevistas, mas busquei compreender os significados que se revelam nas palavras, nos gestos e nas entrelinhas. A hermenêutica de Ricoeur oferece sustentação epistemológica a esse movimento, permitindo compreender o ato interpretativo como um processo de mediação entre o vivido e o compreendido, entre a voz da participante e o olhar do pesquisador. Assim, ao traduzir as falas em resumos e interpretações próprias, o gesto analítico se torna também um gesto de escuta e representações. Minha opção por essa articulação metodológica implica reconhecer o caráter sensível da pesquisa, não me coloco fora do texto, mas como parte orgânica dentro dele. A consciência do próprio lugar e das escolhas interpretativas, foi registrada por meio de anotações e memórias analíticas durante todo o percurso. Essas notas acompanharam a leitura dos dados, ajudando a identificar deslocamentos, dúvidas

e ideias que surgiam, a subjetividade aqui não é tratada como erro ou interferência, mas como parte essencial de compreender o outro, assim como o ofício da Doula.

Por conseguinte, o método adotado nesta pesquisa pode ser compreendido como uma leitura atenta, sistemática e sensível das narrativas, guiada tanto por um cuidado com a forma quanto por um compromisso ético com o sentido das experiências compartilhadas. A mencionada *Análise Temática*, fornece a estrutura e o rigor necessários à organização dos dados, enquanto a hermenêutica-fenomenológica sustenta a profundidade interpretativa e o reconhecimento de que toda leitura é, antes de tudo, um encontro. Essa junção entre método e sensibilidade permite compreender as falas das colaboradoras não apenas como dados, mas como testemunhos de vivências humanas que se inscrevem de maneira singular em histórias, corpos e contextos. Em síntese, compreender é sempre interpretar, não se trata apenas de escolhas técnicas, mas expressam uma postura teórico-metodológica que valoriza o diálogo e a empatia, aspectos que atravessam tanto a prática das Doulas quanto o modo de fazer pesquisa sobre suas histórias.

De maneira mais técnica, os trechos curtos de fala serão inseridos entre aspas no corpo do texto, seguidos da devida identificação de quem falou, quando longos, apresentados em parágrafo isolado. Redigidas de forma literal, preservando marcas de oralidade, pausas, risos e expressões coloquiais das participantes. Essa escolha parte de uma perspectiva que valoriza a fidelidade etnográfica e reconhece o caráter performativo da fala como elemento constitutivo da experiência narrada. Optou-se, portanto, por não suprimir termos informais ou mesmo palavrões, compreendendo-os como expressões legítimas de emoção, ênfase e posicionamento dentro das interações de campo. Além disso, a manutenção dessas marcas discursivas reforça a coerência estilística da escrita adotada nesta pesquisa, que se propõe a articular um texto de natureza científica, mas atravessado por uma dimensão pessoal e reflexiva da pesquisadora. Essa decisão também reflete uma postura ética diante das interlocutoras, no sentido de respeitar suas vozes em sua inteireza, evitando qualquer forma de higienização ou apagamento simbólico de suas falas.

É importante ressaltar o caso excepcional do processo referido no capítulo anterior, para justificar a ausência de uma das vinte e seis participantes na tabela de perguntas de perfil que se seguirá ao final deste capítulo. Durante o processo de coleta das fontes orais,

realizei uma conversa com a chefe da enfermagem obstétrica do Hospital São Sebastião, Callisto, em 24 de julho de 2025. Diferentemente das demais entrevistas, que buscavam as experiências pessoais e relatos das participantes, esse diálogo teve como objetivo principal a obtenção de dados hospitalares quantitativos relacionados aos partos na maternidade da instituição viçosense. A condução não foi tão formal e direcionada como os padrões seguidos nos outros encontros, não houve gravação nem a presença de roteiro de perguntas. A profissional assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo a observância dos princípios éticos da pesquisa e respondeu às minhas dúvidas a respeito das porcentagens de cesarianas e partos normais anuais entre 2019 e 2024; também sobre qual via prevalece nos partos realizados pelo Sistema Único de Saúde com relação aos particulares e conveniados; além do número de Doulas registradas com acesso para atuar na maternidade e quais os procedimentos feitos para que elas se registrem. Os dados obtidos e mais informações sobre esse caso em específico foram melhor abordadas no último subtítulo do primeiro capítulo.

Todas as etapas da pesquisa foram realizadas com extrema atenção ética, cuidado empático compromisso acadêmico, reconhecendo que conversar sobre parto, corpos e experiências de maternidade, envolvem dimensões sensíveis, íntimas e atravessadas por diversas camadas de poder e silêncio. A escuta atenta e acolhedora foi, portanto, não apenas uma técnica, mas uma postura fundamental ao longo de todo o percurso investigativo, pois, como pontua Pollak: “para poder relatar seus sofrimentos, uma pessoa precisa antes de mais nada encontrar uma escuta” (Pollak, 1989, p. 6). E com o intuito de organizar as informações e apresentar os participantes com suas características principais, foi elaborada a tabela a seguir, contemplando esses aspectos chave, para a facilitação e reconhecimento dos discursos extraídos nas fontes orais que serão mencionados nas próximas páginas.

TABELA I

## Perguntas de Perfil - Características sociodemográficas dos entrevistados

| Pseudônimo | Idade | Escolaridade                    | Profissão                     | Anos de residência em Viçosa | Religião ou crença                      | Gestação | Tempo de experiência com o tema |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|----------|---------------------------------|
| Eos        | 24    | Graduanda em Medicina           | Estudante                     | 8                            | Católica                                | Não      | 6 meses                         |
| Vênus      | 33    | Graduação e duas Pós-graduações | Psicóloga perinatal           | 9                            | Fé pessoal/espiritualista               | Sim      | 4 anos                          |
| Vega       | 35    | Superior completo               | Veterinária/Doula             | 10                           | Afinidade à Umbanda e Espiritismo       | Sim (2)  | 8 anos                          |
| Órion      | 31    | Mestrado                        | Pedagoga/Vereadora            | 31                           | Sem religião definida/Práticas diversas | Sim      | 10 anos                         |
| Cosmos     | 44    | Doutorado                       | Enfermeira/Docente            | 15                           | Católica                                | Sim      | 20 anos                         |
| Antares    | 49    | Superior completo               | Comunicadora                  | 30                           | Não                                     | Não      | 8 anos                          |
| Deneb      | 38    | Graduação e Pós-graduação       | Nutricionista                 | 6                            | Católica                                | Sim (2)  | 6 anos                          |
| Alvorada   | 37    | Superior completo               | Enfermeira obstetra           | 37                           | Católica                                | Sim (2)  | 10 anos                         |
| Céu        | 42    | Doutorado                       | Médica/Docente                | 12                           | Sem religião definida/espiritualizada   | Sim (2)  | 20 anos                         |
| Íris       | 33    | Pós-doutorado                   | Nutricionista                 | 33                           | Católica                                | Sim (4)  | Desde a graduação               |
| Lua        | 42    | Doutoranda                      | Professora                    | 19                           | Católica                                | Sim      | Início do Doutorado             |
| Saturno    | 22    | Graduanda em Medicina           | Estudante                     | 22                           | Não                                     | Não      | 5 anos                          |
| D'alva     | 31    | Superior completo               | Médica Ginecologista Obstetra | 6                            | Católica                                | Não      | 10 anos                         |
| Celeste    | 35    | Pós-graduação                   | Psicóloga perinatal           | 13                           | Espírita                                | Sim (2)  | 5 anos                          |
| Andrômeda  | 42    | Doutorado                       | Docente                       | 7                            | Não                                     | Sim      | 16 anos                         |
| Sol        | 29    | Pós-graduação                   | Enfermeira Obstetra           | 6                            | Não                                     | Não      | 8 anos                          |
| Lyra       | 32    | Pós-graduação                   | Médica Ginecologista Obstetra | 7                            | Católica                                | Não      | 7 anos                          |
| Sírius     | 42    | Superior completo               | Historiador/Professor         | 42                           | Não                                     | Não      | Ao iniciar no meio político     |

|                   |    |                         |                               |              |                                                                        |         |                             |
|-------------------|----|-------------------------|-------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------|
| <b>Halley</b>     | 24 | Graduanda em Enfermagem | Estudante                     | 4            | Católica                                                               | Não     | Desde o início da graduação |
| <b>Belém</b>      | 29 | Superior incompleto     | Doula                         | 1 ano e meio | Cristã                                                                 | Sim (4) | Desde a adolescência        |
| <b>Aurora</b>     | 35 | Mestrado                | Enfermeira obstetra/<br>Doula | 14           | Católica                                                               | Sim     | 12 anos                     |
| <b>Maris</b>      | 22 | Graduanda em Enfermagem | Estudante/<br>Doula           | 3            | Católica                                                               | Não     | 4 anos                      |
| <b>Estrela</b>    | 32 | Mestrado                | Ginecologista/<br>Docente     | 4            | Católica                                                               | Sim     | 10 anos                     |
| <b>Nébula</b>     | 23 | Graduanda em Medicina   | Estudante                     | 23           | Não                                                                    | Não     | 5 anos                      |
| <b>Cassiopeia</b> | 42 | Técnica em Enfermagem   | Assistente administrativa     | 42           | Sem filiação religiosa formal, fê em Deus e valores de amor e caridade | Sim     | 9 anos                      |

Tabela 1 – Perguntas de Perfil- Características sociodemográficas dos entrevistados. Elaboração própria a partir das fontes orais coletadas nas entrevistas. Viçosa-MG, 2025.

Com base nos dados demonstrados pela tabela, percebe-se a predominância de mulheres, e a presença de apenas um colaborador homem. Este único entrevistado foi escolhido por seu histórico político, vínculo com a cidade de Viçosa e por sua formação como historiador, que traria um pouco mais da perspectiva historiográfica para o desenvolvimento da dissertação. Também achei relevante o contato para discutir o tema com uma figura masculina, ou seja, alguém que responderia às perguntas de um ângulo diferente por experimentar o mundo, as leis, convenções e conhecimentos de um ponto de vista diferente como gênero oposto.

Podemos observar que todos os interlocutores se enquadram em uma faixa etária de adultos jovens, as respondentes mais novas com vinte e dois anos, e a mais velha com quarenta e quatro anos. Em escolaridade, o conjunto também possuía formação com no mínimo o ingresso à graduação, estando em formação ou com superior incompleto. A maioria com ensino superior completo, algumas com pós-graduações e especializações, outras com mestrado e uma certa quantidade com doutorado. A maior variação entre as pessoas consultadas está no tempo de residência na cidade de Viçosa, Minas Gerais, recorte geográfico da presente pesquisa. Determinados participantes relatam viver aqui desde que nasceram ou se mudaram ainda pequenos, fora estes participantes o período

vivido na cidade geralmente segue a duração dos anos de graduação ou o tempo de início de uma atuação na Universidade Federal de Viçosa e a grande maioria ainda habita o município. Para a pergunta direcionada sobre religião ou crença houve respostas muito similares, doze contribuintes afirmaram ser católicas, seis delas disseram não seguir nenhum dogma religioso definido, mas se consideraram espiritualizadas, carregando uma fé individual e/ou abraçando diversas crenças. Seis participantes informaram não possuir nenhuma religião ou crença. Apenas uma interlocutora se colocou como espírita e outra como cristã.

Dos vinte e cinco entrevistados que responderam a essas *perguntas de perfil*, desconsiderando o colaborador Sirius, nove delas nunca passou por uma gestação, o restante tendo passado pela gravidez uma vez, duas vezes ou quatro vezes. No tocante ao tema de experiência com o assunto parto também se nota uma discrepância, muitas delas responderam de acordo com a sua profissão, tendo sido despertado o interesse nos primeiros períodos de formação. Outras relataram que começaram a se inteirar do tema quando pretendiam engravidar ou ao passar por um parto não satisfatório. Algumas narraram sua afinidade com esse universo desde a infância ou adolescência e certos colaboradores disseram se aproximar deste enfoque ao se inserirem em debates políticos, onde as pautas feministas trouxeram à tona demandas relacionadas ao período gravídico-puerperal.

Para detalhar os critérios de escolha das participantes, optei por organizar a apresentação em grupos. O *Grupo das Doulas* foi o primeiro a ser contatado e também o mais desafiador para composição. Minha referência inicial foi a Doula Vega, a quem já conhecia pelo *Instagram* e pessoalmente, em uma roda de conversa sobre gestação. Durante a entrevista, deparei-me com a realidade de que, naquele momento, não havia outras Doulas atuantes em Viçosa além dela. Existiam profissionais que já não exerciam mais a atividade no município, algumas que haviam se mudado para outras cidades e outras que atendiam no HSS, mas residiam em municípios vizinhos.

A segunda Doula com quem estabeleci contato foi Belém, por indicação da própria Vega. Ela atuou em Viçosa por alguns meses, período em que seu marido esteve na cidade para a realização de estudos. Embora sua permanência tenha sido breve, tratou-se de um momento crucial para a análise, pois antecedeu a promulgação da Lei das Doulas e foi marcado por dificuldades significativas para o exercício da doulagem no HSS. Aurora, atualmente enfermeira obstetra e Doula, também indicada por Vega, constituiu-

se como peça central para o debate. Foi uma das responsáveis por iniciar as movimentações em torno da Lei das Doulas no município e ministrou o curso de formação que certificou Vega. Embora atualmente não resida em Viçosa, sua participação foi fundamental para compreender os primórdios da inserção da doulagem na cidade.

Maris foi indicada por Halley, estudante de Enfermagem da UFV. Atuou como Doula em algumas ocasiões em sua cidade de origem e, até o momento da entrevista, havia acompanhado apenas um parto no HSS. Ainda assim, encontrava-se cadastrada no sistema e trouxe contribuições relevantes à pesquisa. Por fim, Cassiopeia, indicada por Aurora, participou como uma das pioneiras da doulagem no município. Formada no mesmo curso que Aurora, desistiu de atuar antes da vigência da Lei, em razão das dificuldades enfrentadas no período anterior à regulamentação. Sua trajetória foi essencial para compreender os desafios iniciais da inserção da doulagem em Viçosa.

No que se refere ao *Grupo de Profissionais da Saúde*, a primeira profissional contatada foi a enfermeira obstetra Alvorada, a quem já acompanhava pelo *Instagram* e conheci pessoalmente na mesma roda de gestantes em que conheci Vega. Desde o início, compreendi que sua participação seria estratégica e, por meio dela, obtive contatos relevantes para a ampliação do grupo. A médica ginecologista e obstetra Lyra também já era acompanhada por mim nas redes sociais e foi indicada por diversas participantes como uma interlocutora imprescindível, especialmente em razão de sua posição de destaque na maternidade do HSS. Da mesma forma, D'alva, também médica ginecologista e obstetra, foi incluída por já atuar em parceria com Lyra e por sua inserção no contexto institucional investigado.

A psicóloga perinatal Vênus era conhecida inicialmente apenas pelas redes sociais. Considerando a relevância da saúde mental no período gravídico-puerperal, julguei indispensável incluir uma profissional especializada nessa dimensão do cuidado. Pela mesma razão, cheguei até Celeste por intermédio de Vênus, ampliando a representação das perspectivas voltadas à saúde psicológica.

Quanto ao *Grupo de Agentes Políticos e Legisladores*, a primeira pessoa procurada foi a ex-vereadora Antares, cuja atuação na tramitação da Lei das Doulas já era de meu conhecimento, configurando-se como interlocutora indispensável. Também entrei em contato com a vereadora e pedagoga Órion, com quem já possuía vínculo pessoal e cuja atuação em defesa dos direitos das mulheres e das crianças dialoga diretamente com

o tema da pesquisa. O ex-vereador Sirius foi incluído tanto por compartilhar a formação em História quanto por ter exercido mandato no período em que a Lei das Doulas foi votada, tendo acompanhado de perto as movimentações políticas relacionadas à sua aprovação.

No tocante ao *Grupo de Gestantes e Mães*, a composição apresentou maior complexidade, pois não dispunha de referências prévias. As indicações foram obtidas principalmente por intermédio de Vega e Alvorada. A primeira mãe entrevistada foi Deneb, que contou com acompanhamento de Doula e enfermeira obstetra em seu segundo parto, e apenas enfermeira obstetra no primeiro. Lua também teve esse acompanhamento conjunto. Íris vivenciou três partos naturais, todos acompanhados por Doula. Andrômeda, assim como Deneb e Lua, também contou com acompanhamento simultâneo de Doula e enfermeira obstetra.

Por fim, constituiu-se o *Grupo Acadêmicas*. A primeira participante contatada foi Eos, estudante de Medicina na Faculdade Dinâmica, na cidade de Ponte Nova, que residiu em Viçosa por muitos anos e com quem mantenho vínculo de amizade. Trata-se da minha entrevista inaugural, tendo sido fundamental para o aprimoramento das perguntas e para o ajuste da condução das entrevistas subsequentes.

Ainda no início da pesquisa, entrei em contato com a professora Cosmos, do Departamento de Enfermagem da UFV. Já conhecia sua produção acadêmica desde a elaboração do meu Trabalho de Conclusão de Curso, tendo lido diversos de seus artigos, o que despertava em mim o interesse em incluí-la no conjunto de entrevistadas. A partir desse contato, Cosmos intermediou a aproximação com a estudante de Enfermagem Halley e com a ex-aluna Sol. Além disso, conforme solicitei, também indicou as professoras do Departamento de Medicina da UFV, Céu e Estrela. As quatro entrevistadas contribuíram de maneira significativa para o enriquecimento da pesquisa, oferecendo perspectivas fundamentais para a compreensão do debate no âmbito da formação acadêmica e da construção do conhecimento sobre o tema. Da mesma forma que busquei contemplar estudantes da Enfermagem, também estabeleci como meta dialogar com alunas da Medicina. Nesse sentido, entrei em contato com Saturno, a quem já acompanhava pelo *Instagram*, e, por meio dela, cheguei também à Nébulas, ampliando a representatividade desse segmento no estudo.

Em uma revisão geral do perfil dos interlocutores, pode-se afirmar a predominância de respondentes mulheres, numa faixa etária de adultos jovens e com um nível de escolaridade alto. Variando bastante em expressões de fé, com números significativos de católicas, crenças diversas e espiritualidade ou sem seguimento religioso algum. A maioria tendo vivido mais de seis anos em Viçosa e tendo experimentado a gestação. Quanto ao histórico de contato com o tema carregando uma variação mais ampla entre as participantes, mas todos com um pensamento muito alinhado sobre a relevância e a fascinação sobre o fenômeno do parto.

Deste modo, neste subtítulo, apresentou-se o perfil geral das participantes e uma introdução à metodologia adotada para as entrevistas, que será detalhada a seguir, no qual serão aprofundados os resultados da coleta de dados das fontes orais, com a análise de cada caso e a realização de comparações entre eles com os dados hospitalares, os documentos legislativos do município e a bibliografia reunida.

## **2.2. Escutar e refletir – a análise das fontes**

É chegada a altura do texto em que iremos mergulhar na escuta e reflexão das fontes orais coletadas. Dado o contexto da maternidade do Hospital São Sebastião, na cidade de Viçosa, Minas Gerais, bem como a apresentação do perfil dos entrevistados e as justificativas de escolhas dos mesmos e dos questionários que se seguem, darei continuidade a escrita concentrando de maneira mais incisiva ao problema de pesquisa. Problema este, que busca a compreensão do trajeto enfrentado pelas Doulas em Viçosa para exercerem seu trabalho plenamente, apontando suas dificuldades, principalmente no tocante a relação com o corpo médico. Para isso, de maneira estratégica, dividirei os grupos-chave entre este subtítulo e o subtítulo a seguir, assim justificando a robustez de páginas para abarcar todo conteúdo de transcrição das fontes orais. A divisão em dois subtítulos se faz necessária para que seja descrita a situação sob um viés mais externo e depois sob a visão interna, de quem vive a questão em sua rotina. Essa distribuição das entrevistas, também se presta para qualidade da leitura, visando não se tornar um subtítulo desconexo, mas, seguindo um padrão de um texto completo e fluido, com objetivos bem traçados e delimitados. Para além de uma leitura com maior compreensão, pois os blocos de entrevistados serão apresentados de maneira unificada e mais coesa. Essa repartição irá colaborar para um sistema organizacional que proporcione uma escrita ordenada,

facilitando identificar os interlocutores, os problemas detalhados e a transição de um grupo para outro.

Portanto, este tópico da dissertação será voltado para análise de três grupos-chave: **Gestantes e Mães; Agentes Políticos e Legisladores; e Acadêmicas**. Aqui, serão apresentados resumos de cada uma das entrevistas dos respectivos grupos, acompanhados de trechos selecionados de transcrições diretas, que evidenciam os pontos mais relevantes das falas. A funcionalidade de examinar os depoimentos destes três grupos primeiro, está em pavimentar o que se sabe sobre o cenário do parto em Viçosa, permitindo identificar as principais lacunas, desafios e percepções externas acerca da atuação das Doulas. A partir desse panorama inicial que contempla uma perspectiva observadora, de quem conhece o trabalho da Doula, mas não vive de fato o dia a dia do ofício, será possível delinear as deficiências do sistema de assistência obstétrica local, mapear as visões “de fora”, e o que se pensa sobre o papel das Doulas. Assim, estabelecendo uma base sólida para o subtítulo seguinte em que serão exploradas as falas das próprias Doulas, e dos profissionais de saúde que já tiveram envolvimento com este trabalho.

A partir deste ponto, a organização textual passa a refletir de maneira mais direta o material empírico proveniente das entrevistas. Optou-se por apresentar a análise por meio de uma articulação entre sínteses interpretativas e excertos literais das falas das participantes, de modo a preservar a densidade das narrativas sem perder a fluidez argumentativa. Em razão desse procedimento, o texto poderá assumir, em determinados momentos, uma estrutura composta por segmentos mais curtos, intercalações frequentes de citações diretas, pontos finais mais frequentes e mudanças de assunto, isso seria decorrente da compilação temática das respostas dadas durante as entrevistas, por vezes mais longas, por vezes mais breves, mas com a finalidade de manter o máximo de informações de cada resposta em formato de texto o resultado final assume um visual mais sutilmente parcelado. Todavia, tal escolha não representa uma fragmentação analítica, mas corresponde a uma estratégia metodológica que busca manter a fidelidade às vozes das entrevistadas, evidenciando recorrências, contrastes e nuances presentes no conjunto das falas.

Entre as quatro entrevistadas do **Grupo Gestantes e Mães**, o parto apareceu associado a imagens de potência, transformação, intensidade corporal e amor. **Deneb** o descreve como “um momento especial”, enquanto **Íris** menciona imediatamente a imagem da placenta ao pensar no nascimento, atribuindo ao parto o significado de amor.

**Lua** associa essa experiência à ideia de “energia muito boa, vida pulsando”, ao passo que **Andrômeda** a interpreta como uma cena de intenso protagonismo feminino, atravessada por força, potência e presença corporal. Apesar das particularidades presentes em cada narrativa, as interlocutoras compartilham percepções positivas acerca do parto vaginal, frequentemente relacionado à fisiologia do corpo feminino, à transformação subjetiva e à experiência de conexão com o próprio corpo. Enquanto **Lua** o descreve como uma experiência “mágica e libertadora”. **Deneb**, por sua vez, sustenta que “a mulher sabe parir”, e **Íris** considera o parto normal a melhor via tanto para a mulher quanto para o bebê.

Pra mim é conquista, empoderamento, saber que seu corpo funciona, que você pode esperar... Que você não precisa do outro para ter um filho, vou falar assim... Médico, enfermeiras, Doulas estão ali pra te dar apoio, são essenciais, precisam sim delas, mas que as coisas quando tem que acontecer, acontecem, né? O nascimento é algo natural, normal, não deve ser tabu [...] Quando alguém fala: ‘ah eu tenho medo’, eu falo: ‘não tenha!’ [...] Pra mim foi uma realização como mulher, entendeu? (Deneb, 2025).

**Andrômeda** afirma compreender o parto como um “grande renascimento”, utiliza a ideia de uma conexão com uma dimensão “selvagem”, evocando o livro *Mulheres que Correm com os Lobos* (Estés, 2018), como referência simbólica e arquetípica para compreender essa vivência instintiva e profunda. Descreve que o seu parto foi marcado por intercorrências, mas enfatiza que a condução da equipe foi decisiva para que não se convertesse em cesariana. Mesmo com dilatação total ocorrendo de forma rápida, um coágulo<sup>57</sup> impedia a saída do bebê, tornando o processo complexo, doloroso e exigindo analgesia. O anestesista é descrito como aliado fundamental, realizando anestesia localizada para que a médica pudesse remover o coágulo com precisão. Ela relata que nesse momento precisou permanecer de barriga para cima e afirma não conseguir imaginar como mulheres parem rotineiramente nessa posição, considerando-a nada compatível com a fisiologia do corpo. Ainda assim, ressalta que as intervenções foram realizadas sem excessos, e que tanto a enfermeira obstetra quanto a médica obstetra

---

<sup>57</sup> A formação de um coágulo sanguíneo consiste em um mecanismo fisiológico de hemostasia, no qual o sangue se solidifica parcialmente com o objetivo de conter um sangramento. Durante o trabalho de parto, podem ocorrer pequenos rompimentos vasculares na região vaginal ou cervical em razão da intensa vascularização e da pressão exercida pela apresentação fetal. Em situações mais raras, o acúmulo localizado de sangue pode formar um coágulo que, ao se posicionar no canal de parto, pode dificultar momentaneamente a progressão fetal e intensificar a dor, não por alteração da dilatação, mas pela distensão tecidual e pressão adicional na região. Nesses casos, a analgesia pode ser utilizada para promover conforto materno e possibilitar a avaliação clínica adequada. Se trata de uma situação complexa, e a remoção do coágulo deve ser exercida por um profissional capacitado e experiente. Quando indicada, tende a restabelecer a dinâmica do período expulsivo, permitindo a continuidade do parto vaginal sem outras intercorrências, desde que mãe e bebê permaneçam em condições clínicas estáveis.

afirmaram ter sido o parto mais desafiador de suas trajetórias profissionais. Durante o processo, a própria entrevistada encorajava a equipe a não desistir, reiterando que desejava o parto normal, mantendo a cesariana como última possibilidade.

A dor é compreendida pela respondente como “dor da vida”, distinta da dor da doença, uma experiência que não fragiliza, mas transforma. Ressalta que o processo não se resume ao sofrimento – inclusive, nos intervalos das contrações havia prazer, efeito hormonal de sensação de potência:

Eu consegui ver a dor como minha aliada [...] Eu dizia pra minha mãe, quem ia me acompanhar, pra Alvorada [enfermeira obstétrica] e pra Vega a Doula que me acompanhou, eu dizia assim: ‘gente, quando eu pedir pra desistir, por favor, não me ouçam, eu não quero desistir!’... Só que isso não aconteceu, porque eu me senti sempre muito consciente de todo o processo [...] Desde que eu descobri a gravidez eu me preparei muito pra esse momento, sabe? [...] Emocionalmente, psicologicamente, refleti muito, estudei muito, me dediquei profundamente sem idealizar (Andrômeda, 2025).

Ainda que as experiências tenham sido descritas de forma positiva, as entrevistadas também evidenciam a presença constante de discursos sociais atravessados pelo medo, pela desinformação e pela valorização da cesariana. **Íris** relata que era vista como “a louca” por desejar o parto normal, especialmente porque, entre familiares próximos, era a única que optava pela via vaginal: “Você é louca! A minha sogra queria tirar da minha cabeça de todo jeito [risos] E quando eu engravidei, na família tinha uma cunhada e uma prima do meu marido... Então três pessoas, e eu era a única que queria parto normal. Eu era vista como a louca [risos]” (Íris, 2025). De maneira semelhante, **Lua** ouviu repetidamente comentários que colocavam em dúvida sua escolha pelo parto natural, sobretudo em razão da idade: “Você é doida! Você tem mais de 40 anos e vai querer fazer um parto natural, isso não existe, tipo assim, é impossível! Teve casos de pessoas falando assim: ‘ah você tá jogando dinheiro fora, de pagar uma enfermeira e uma Doula, porque você não vai ter parto natural!’” (Lua, 2025). **Deneb** também percebe forte pressão cultural favorável à cesariana, especialmente entre mulheres de maior poder aquisitivo, associando a cirurgia a uma espécie de marcador de status social. **Andrômeda**, por sua vez, interpreta a consolidação da cesariana dentro de uma lógica produtivista e imediatista, marcada pela tentativa de controle do corpo, da dor e do tempo do nascimento. E sobre as reações das pessoas com relação a sua escolha por via de parto ela comentou:

Acho que importante dizer isso, antes da reação existe uma pergunta, eu não sou estudiosa do discurso, mas é um termo que chamou muito atenção, as

peças perguntam assim: ‘cê vai tentar parto normal?’... Olha a pergunta! “Tentar”. Aí eu dizia assim: ‘eu vou conseguir parto normal!’. E aí, normalmente é assim, uma expressão de surpresa [...] A maior parte das reações são reações que a gente já tem que estar emocionalmente preparada pra elas, porque se a gente precisar da validação dessas pessoas, a gente não encara (Andrômeda, 2025).

As falas também convergem ao evidenciarem a importância atribuída às Doulas e às enfermeiras obstétricas. **Deneb** afirma que a presença da Doula pode “mudar a trajetória do parto”, enquanto **Íris** descreve esse acompanhamento como fonte de segurança diante de um momento marcado pela vulnerabilidade e pela incerteza. **Lua** destaca que buscou esse suporte ainda durante a gestação, participando de encontros coletivos e fortalecendo sua decisão pelo parto natural:

Em alguns momentos algumas pessoas falavam assim: ‘você acha que precisa da Doula e da enfermeira? Por que não só a enfermeira? A enfermeira tem mais conhecimento técnico, né? A enfermeira pode olhar o coraçãozinho, cê acha que precisa de Doula? Tá gastando dinheiro’ [...] E aí, depois que passou tudo, que o bebê nasceu, o meu marido mesmo disse assim: ‘nossa... a Doula fez toda a diferença! Tinha que ser as duas, né?’ [...] Poque é um trabalho coletivo, no trabalho de parto precisa de todos esses profissionais. E o mais bacana é que eles trabalham coletivamente, se ajudam o tempo todo, se respeitam o tempo todo, não há hierarquia [...] Muito bonito (Lua, 2025).

**Andrômeda** compreende a contratação da equipe composta por obstetra, enfermeira obstetra e Doula como estratégia concreta de proteção contra possíveis violências obstétricas. Apesar das experiências positivas relatadas, algumas interlocutoras identificam resistências de determinados profissionais em relação à presença das Doulas. **Deneb** afirma conhecer médicos que “não gostam de Doula na sala [...] Em Viçosa, infelizmente ainda tem profissionais que querem só eles deterem o saber, as opiniões. Então assim, Viçosa reflete sim! Os que são abertos, são realmente abertos, conversam” (Deneb, 2025), observando a existência de profissionais que desejam “deter o saber”. **Lua** também relata comentários de uma obstetra que relativizava a violência obstétrica e demonstrava desconforto diante da atuação de enfermeiras obstétricas. Ainda assim, as entrevistadas reconhecem o impacto positivo dessas profissionais no fortalecimento emocional das gestantes, na circulação de informações e na construção de experiências mais respeitadas de parto.

Outro aspecto recorrente nas narrativas refere-se aos medos e inseguranças relacionados ao nascimento. Contudo, diferentemente do imaginário social frequentemente associado ao medo da dor, as entrevistadas direcionam suas preocupações principalmente à possibilidade de sofrer violência obstétrica, de enfrentar equipes

despreparadas ou de serem conduzidas a cesarianas desnecessárias. Com a figura do obstetra, para elas, possuindo grande peso de influência nas decisões:

Qual que é o peso? Nossa, é 99% [...] O médico arruma mil e uma desculpas [...] Pra fazer duas, três, cesarianas né? É muito prático pra ele. E nunca conta pras mulheres quais são os riscos, né? [...] Eu não conheço um médico que falou dos riscos de uma cesárea! Ninguém fala, é engraçado, né? O parto normal só sabe o que é notícia ruim, e pra cesárea não, é só “mar de rosas” (Deneb, 2025).

**Deneb** afirma que seu maior medo era justamente a cirurgia: “Meu medo era a cesárea! Muito...” (Deneb, 2025). **Íris** temia encontrar profissionais que apressassem o parto ou utilizassem o medo como estratégia de condução. **Andrômeda**, por sua vez, relata que sua principal preocupação era perder a autonomia diante da equipe médica e sofrer violência obstétrica, motivo pelo qual considerou inicialmente a possibilidade de parir fora de Viçosa. **Lua** também vivenciou inseguranças durante a gestação, especialmente diante da paralisação do Hospital São Sebastião. Diante disso, foi até Juiz de Fora conhecer maternidades cobertas pelo plano de saúde AGROS<sup>58</sup>, entre elas o conhecido Mater Dei<sup>59</sup>. No entanto, logo percebeu que a instituição não estava alinhada à perspectiva do parto normal.

Inclusive a médica que começou a me acompanhar também não acreditava no parto natural... Então quando eu tava de quatro meses eu já mudei, porque eu comecei a falar de parto desde o início com ela, e aí ela dizia assim: ‘ah, isso aí a gente vê mais pra frente’, e daí eu falei pra ela que consegui uma Doula [...] Não tinha conseguido ainda mais falei pra ver a reação dela, e foi: ‘tá muito cedo ainda’ [...] E fazendo o plano de parto, ela disse que eu poderia até fazer, mas: ‘eu preciso ver o plano de parto e preciso aprovar o que tá no plano de parto’ [...] ‘precisa tá autorizado o uso do fórceps e também daquele “pique” [episiotomia]’... Falando que isso salva vidas, que era de uma perspectiva mais tradicional, que era professora na medicina, e daí eu já entendi que a tendência dela não era o natural (Lua, 2025).

Destaca também que, no Mater Dei, não é aceita a presença conjunta de Doula e enfermeira obstetra:

Eles não aceitam a presença. Ou a Doula ou a enfermeira obstetra, comecei a argumentar e eles falaram que quando tá no parto ativo só o médico resolve

---

<sup>58</sup> O Agros refere-se ao Instituto UFV de Seguridade Social, entidade vinculada à Universidade Federal de Viçosa, responsável pela administração de planos de previdência complementar e assistência à saúde destinados a servidores, docentes, técnicos administrativos e seus dependentes. No âmbito da saúde, o Agros opera como plano de saúde institucional, oferecendo cobertura médico-hospitalar aos seus beneficiários.

<sup>59</sup> Mater Dei refere-se à Rede Mater Dei de Saúde, uma instituição hospitalar privada fundada em Belo Horizonte, Minas Gerais, em 1980, que atua como centro de referência em assistência médica e hospitalar no estado e em outras regiões do Brasil. A rede dispõe de unidades com serviços de obstetrícia e maternidade, oferecendo assistência materno-infantil completa, incluindo atendimento à gestação e parto, com estrutura hospitalar moderna, equipe multidisciplinar e recursos tecnológicos avançados.

[...] Ela [Doula] pode ficar aqui como se fosse uma pessoa da sua família, mas ela não pode falar nada. Então também há um silenciamento dessas profissionais, um não reconhecimento da atuação dessa profissional [...] No Mater Dei isso foi muito enfático (Lua, 2025).

Todas apontaram que a medicina não negligencia apenas a saúde mental das gestantes e puérperas, mas também outras condições clínicas. E demonstraram ainda posicionamentos críticos em relação ao modelo obstétrico brasileiro e às elevadas taxas de cesariana. **Deneb** observa que muitos profissionais da rede privada realizam predominantemente cesarianas, afirmando que “quem quer ter parto normal tem que ir pelo SUS, né? Não fazem [parto normal], raros, são raríssimos... Me decepcionou” (Deneb, 2025). Para ela, existe uma lógica financeira atravessando essas escolhas, uma vez que: “A via cirúrgica, infelizmente, ainda é a principal, né? Porque o próprio profissional que devia incentivar é o que menos incentiva [...] O tempo dele é dinheiro [...] É assustador, tem médicos que não tem um parto [normal], é só cesárea!” (Deneb, 2025). **Íris** acredita que muitas mulheres desconhecem a dimensão cirúrgica da cesariana e os benefícios do parto vaginal. **Lua** entende que o Brasil ocupa uma posição “fora da curva” no cenário obstétrico:

Eu tenho uma amiga, que até hoje não recuperou de uma depressão, e fala: ‘um dia eu vou conseguir ir lá no consultório da médica e dizer pra ela: se não houvesse aquele feriado, e você não tivesse agendado o nascimento do meu filho, hoje ele não teria esse problema de saúde’ [...] Também tenho uma prima, que o bebê ia nascer bem no Natal... Daí a médica agendou pra quinze dias antes [...] Nos dois casos nasceram prematuras (Lua, 2025).

**Andrômeda** critica a construção social que associa mulheres pobres ao parto normal e mulheres ricas à cesariana. Em diferentes falas, aparece a percepção de que o parto vaginal exige resistência frente a uma cultura marcada pela medicalização, pelo controle do tempo e pela centralidade da figura médica. Afirma que não tinha pressa para o nascimento do filho; desejava que ele viesse quando estivesse pronto, recusando a ideia de antecipação cirúrgica e de prematuridade eletiva:

Depois eu fiquei refletindo um pouco, o quanto, por exemplo, o processo do capitalismo também ele nos conduz de uma forma, que... Olha só que coisa louca... Mulheres trabalham, assalariadas ou não, o fato de tu poder agendar o teu parto, faz com que tu não seja improdutivo em momento algum, porque tu pode finalizar o teu trabalho e tu tem um agendamento, e aí, a princípio tu tem um controle, isso é uma relação de controle, um controle sobre o nascimento [...] Provavelmente se eu estivesse na rede privada eu teria agendado uma cesárea [...] Peguei mais 15 dias de atestado e ele não veio [...] Ele veio com 41 semanas, e nós estávamos achando que ele ia vir muito antes, pelos sinais que estava dando [...] Isso o serviço público ele ainda assegura pros trabalhadores uma condição que deveria ser assegurado pra todos na verdade, todas as mulheres. E aí, se alinha claro, a misoginia e a tudo isso porque faz

parte da construção do patriarcado [...] Tem um peso ideológico no agendamento, nessa ideia de controle (Andrômeda, 2025).

As narrativas também estabelecem relações entre parto, feminismo, autonomia e direitos das mulheres. **Andrômeda** afirma que a humanização do parto só existe porque existe feminismo, compreendendo a transformação do cenário obstétrico como parte de mudanças estruturais nas relações de gênero. **Lua** também reconhece a importância do movimento feminista na ampliação da consciência feminina acerca dos próprios corpos e direitos. Finaliza expressando gratidão às pessoas que apoiaram suas decisões, destacando também o trabalho das fisioterapeutas pélvicas e das consultoras de amamentação, ressaltando sua grande importância, uma vez que muitas vezes o foco recai intensamente sobre o parto, enquanto o pós-parto e a amamentação — que podem representar desafios significativos e não são tão intuitivos quanto se imagina — demandam igual atenção. **Íris** comenta que atualmente, percebe maior segurança no cenário obstétrico viçosense, especialmente com a presença de mais médicos residentes<sup>60</sup>:

Antes a gente escutava muita coisa dos médicos mais velhos, então assim, muitas intervenções desnecessárias, mas agora foi tendo uma reciclagem lá. Parece que ainda tem uns plantões assim, mais difíceis, mas a maioria dos médicos são médicos mais novos, mais atualizados (Íris, 2025).

Conclui defendendo a valorização do parto normal, destacando benefícios para o corpo da mulher, para a microbiota da criança e para o aleitamento materno na chamada “hora de ouro”. **Deneb**, embora questione o próprio termo “humanização”, por considerar que um atendimento voltado a humanos deveria ser naturalmente humanizado, também critica usos mercadológicos dessa expressão. Em comum, as entrevistadas defendem maior circulação de informações, fortalecimento de políticas públicas, ampliação do acesso às Doulas e valorização do SUS como caminhos possíveis para transformação do cenário obstétrico.

Diante do exposto, analisando os depoimentos do **Grupo Gestantes e Mães**, podemos compreender o posicionamento da população geral, pois são pessoas que não trabalham com o parto, mas que viveram experiências múltiplas sob a assistência de uma Doula, e podem detalhar da melhor maneira a eficácia do serviço prestado e o mais interessante, suas falas revelam de maneira mais explícita os sintomas da “Cultura do Medo”. Esse grupo de forma geral, enfrentou desafios semelhantes, principalmente no

---

<sup>60</sup> O residente é o médico já graduado que ingressa em programa de residência médica — modalidade de pós-graduação lato sensu caracterizada por treinamento em serviço, com dedicação exclusiva e supervisão de especialistas — visando à especialização em determinada área da Medicina.

que diz respeito ao preconceito de terceiros sob a escolha delas pela via de parto vaginal e a segurança proporcionada por um cuidado integrativo e multidisciplinar; além o fato de todas valorizarem muita a importância de se informar sobre o parto, e como o ofício das Doulas amplifica e facilita esse acesso ao conhecimento sobre o parto e os direitos das gestantes.

A leitura comparativa das quatro entrevistas revela um eixo comum que articula experiência corporal, consciência política e enfrentamento estrutural, mas também uma valorização muito nítida do trabalho da Doula a partir do olhar dessas mulheres enquanto gestantes e mães. Em todas as narrativas, o parto normal aparece como uma escolha que exige preparo emocional, estudo e construção ativa de rede de apoio, nesse processo, a Doula é descrita não como acessório, mas como presença decisiva. As entrevistadas associam sua atuação à segurança, ao encorajamento, à mediação de informações e à sustentação emocional nos momentos de maior vulnerabilidade. Algumas relatam que só conseguiram manter sua decisão pelo parto normal porque estavam acompanhadas; outras destacam que a Doula ajudou a garantir o respeito ao plano de parto e a fortalecer sua autonomia diante da equipe médica.

Ao mesmo tempo, emerge de forma recorrente a percepção de que a presença da Doula nem sempre é plenamente reconhecida no campo obstétrico - há relatos de resistência, silenciamento ou tentativa de reduzir sua atuação a um papel secundário, especialmente em ambientes hospitalares mais tradicionais. Mesmo quando a relação foi harmoniosa, as entrevistadas identificam uma hierarquia implícita que posiciona o saber médico como superior, revelando tensões na integração multiprofissional.

Ademais, as quatro entrevistas convergem na crítica à cultura da cesariana e na percepção de que o parto está atravessado por marcadores sociais de classe, gênero e raça. A associação entre cesariana e status socioeconômico aparece como elemento recorrente, enquanto o parto normal é muitas vezes vinculado à dor e à precariedade, o que exige das mulheres uma postura de resistência frente ao discurso dominante. Na última entrevista, essa crítica ganha contornos mais explicitamente estruturais, ao relacionar o agendamento do parto à lógica capitalista de produtividade e controle do tempo, bem como ao patriarcado e à misoginia. A menção ao racismo estrutural amplia ainda mais essa análise, indicando que a violência obstétrica incide de forma desigual sobre mulheres negras.

Nesse cenário, a Doula surge não apenas como apoio individual, mas como figura que tensiona essa ordem estabelecida, uma vez que, sua presença questiona a centralização do poder médico, fortalece a autonomia feminina e inscreve o parto no campo dos direitos. Assim, nas quatro narrativas, o parto humanizado não aparece como escolha isolada, mas como prática situada politicamente, atravessada por disputas simbólicas e materiais no interior do sistema de saúde.

Em continuidade, o **Grupo Agentes Políticos e Legislativos**, composto por três participantes, evidencia como o parto ultrapassa a dimensão biomédica do nascimento e se insere como questão política, social, institucional e simbólica. As falas de **Órion**, **Antares** e **Sirius** revelam aproximações importantes em torno da humanização do parto, das críticas ao modelo obstétrico brasileiro, da atuação das Doulas e das relações entre maternidade, gênero e poder público, embora cada interlocutor mobilize trajetórias e experiências distintas para construir suas percepções.

Ao refletirem sobre a imagem do parto, os entrevistados reconhecem a forte associação social entre nascimento, dor e sofrimento, frequentemente produzida por representações midiáticas, relatos traumáticos e experiências familiares marcadas por violência obstétrica. **Órion** descreve o parto como “um momento sublime de transformação”, uma travessia profunda entre “uma mulher de antes e uma mulher de depois”, embora reconheça que a sociedade frequentemente o associe ao sofrimento, sobretudo por influência de filmes, novelas e narrativas negativas. **Antares** também afirma que, durante muito tempo, sua imagem do parto esteve diretamente vinculada à dor e ao perigo, percepção construída tanto pelas representações televisivas quanto pelas histórias traumáticas vividas por sua mãe. **Sirius**, por sua vez, relata que durante anos sua visão sobre o parto foi “a mais convencional possível”, associada ao ambiente hospitalar, ao centro cirúrgico e à cesariana como caminho automático. Apenas posteriormente, por meio de debates acadêmicos, políticos e feministas, passou a construir uma compreensão mais próxima do parto natural e humanizado, mencionando inclusive a imagem da banheira, embora admita que ainda persiste, em seu imaginário, “a figura do médico com um bisturi na mão”.

As experiências familiares aparecem como elementos centrais na construção dessas percepções. **Órion** nasceu de cesariana e cresceu ouvindo relatos difíceis sobre os partos da mãe, o que contribuiu para que o tema não fosse amplamente debatido em sua

família. **Antares**, igualmente nascida de cesárea, relata que sua mãe passou anteriormente por partos vaginais extremamente violentos, experiências naturalizadas dentro de um contexto atravessado por racismo estrutural e desigualdades sociais. Posteriormente, sua mãe foi submetida a uma laqueadura sem consentimento, episódio que ela interpreta como prática higienista e racista de controle reprodutivo direcionado às mulheres negras. **Sirius** também nasceu por cesariana e afirma que o parto não era um assunto recorrente em seu ambiente familiar, reconhecendo que, entre as pessoas que conhece, a cesariana ainda é predominante.

Apesar disso, os três entrevistados passaram a desenvolver perspectivas críticas sobre o modelo obstétrico brasileiro e as elevadas taxas de cesarianas. **Órion** avalia que existe uma lógica capitalista de produtividade atravessando o nascimento, favorecendo o agendamento de cesarianas em série e reforçando o controle sobre os corpos femininos:

O nascimento e o trabalho do cuidado como um todo é totalmente na contramão disso, porque exige um tempo e uma energia que não é calculada, sabe? O parto, por exemplo, ele exige questões da fisiologia do corpo, não dá pra colocar: ‘ah nasce hoje porque amanhã eu tenho um compromisso!’ Não é assim, acho que falta olhar pra vida como ela é mesmo. Sem tentar intervir, a gente tá nessa coisa da intervenção extrema mesmo, né? (Órion, 2025).

Para ela, a figura médica frequentemente ocupa o lugar de única detentora legítima do saber, produzindo resistências à atuação das Doulas e às práticas de humanização. **Antares** também classifica os índices de cesárea no Brasil como discrepantes e sintomáticos de um “abuso estrutural” na área médica, observando que muitos profissionais demonstram preferência pela cirurgia em razão da praticidade e da previsibilidade do procedimento. **Sirius** demonstra indignação semelhante, afirmando que os números refletem frequentemente a comodidade médica, além de uma cultura que associa o parto normal a algo alternativo, inseguro ou “bicho-grilo”.

As falas também convergem ao apontarem a importância das Doulas na transformação do cenário obstétrico. **Órion** afirma que o trabalho da Doula “transforma a perspectiva do parto”, sobretudo por transmitir segurança, informação e proteção frente a opiniões maldosas e intervenções desnecessárias. Considera, inclusive, que em determinados contextos a Doula pode ser mais importante do que o próprio acompanhante, já que muitas vezes os parceiros não compreendem a fisiologia do parto e acabam transmitindo insegurança às gestantes. **Antares**, que teve contato com as Doulas a partir da elaboração da legislação municipal, define-se como entusiasta da causa e

acredita que essas profissionais transformam não apenas a experiência do parto, mas o vínculo familiar como um todo, trazendo acolhimento e humanização ao ambiente hospitalar. **Sirius** também relata contato próximo com mulheres assistidas por Doulas e afirma nunca ter ouvido relatos negativos sobre esse acompanhamento, defendendo sua presença e ressaltando que o desconhecimento sobre a profissão ainda é grande tanto entre a população quanto dentro do próprio poder público.

A atuação política e legislativa das interlocuções evidencia a tentativa de transformar essas pautas em políticas públicas concretas. **Órion** afirma que sua entrada na política institucional foi profundamente atravessada pela maternidade. Embora já se reconhecesse feminista anteriormente, considera que o nascimento da filha aprofundou seu engajamento político, levando-a a problematizar a sobrecarga materna, o trabalho invisível do cuidado e as desigualdades de gênero. Passou então a atuar em debates relacionados à violência obstétrica, humanização do parto e respeito aos corpos femininos. Para ela, politizar o parto é condição necessária para que leis sejam criadas e implementadas, a fim de garantir informação, dignidade e melhoria concreta na qualidade dos nascimentos. Com relação a pergunta sobre como os políticos municipais de Viçosa tratam o assunto parto **Órion** respondeu:

Não tratam, né?! [risos] E não é só em Viçosa, no Brasil inteiro [...] Por exemplo, eu lembro que tinha um projeto do Governo Federal, que era a Rede Cegonha que mandava recursos pras maternidades, e no governo Bolsonaro foi uma das coisas que ele tirou, e estão tentando retomar agora [...] Por isso que é importante ter mulheres na política, porque é o nosso olhar, a nossa experiência, a nossa vivência, que vai colocar essas questões em evidência. Os homens não entendem que o parto é uma prioridade [...] O poder público não entende isso como prioridade (**Órion**, 2025).

**Antares** teve participação direta na formulação da lei das Doulas em Viçosa, articulando diálogos com o Hospital São Sebastião, com a Prefeitura e com diferentes instituições da cidade. Relata, contudo, que a Associação Médica local não respondeu às tentativas de diálogo sobre o projeto: “Isso tá natural nesse ambiente deles [dos médicos], é uma resistência... Tanto é que a gente teve resistência na época da lei, justamente da Associação Médica que não deu sua opinião [...], Mas rola esse clima, não tem um Doula que fale que não rola” (**Antares**, 2025). **Sirius**, por sua vez, participou da votação da lei e articulou outras pautas relacionadas à saúde do nascimento, como a criação de legislação

sobre notificação de óbitos maternos e neonatais<sup>61</sup>, reconhecendo que sem dados sistematizados não há formulação de políticas públicas eficazes.

Ao analisarem o cenário obstétrico de Viçosa, os três entrevistados reconhecem avanços, mas apontam importantes limitações estruturais. **Órion** descreve o município como complexo, especialmente diante das dificuldades enfrentadas pela maternidade e do fechamento temporário do Hospital São Sebastião em 2024. Apesar disso, destaca iniciativas positivas, como o banco de leite<sup>62</sup> da instituição, referência em Minas Gerais. **Antares** acredita que as políticas de humanização ainda não se consolidaram como prática cotidiana e institucionalizada, permanecendo muitas vezes dependentes da boa vontade individual dos profissionais envolvidos. **Sírius** afirma não considerar o cenário viçosense plenamente seguro para os partos, sobretudo em razão das denúncias de violência obstétrica que chegaram à Câmara Municipal. Para ele, ainda existe descrédito social quanto à possibilidade de Viçosa tornar-se referência na área, situação que denomina como “síndrome de vira-lata”<sup>63</sup>.

As relações entre gênero, feminismo e parto aparecem de maneira recorrente nas entrevistas. **Órion** entende que a maternidade tornou mais evidente a estrutura desigual do trabalho de cuidado, levando-a a refletir sobre culpa materna, exaustão e naturalização do sofrimento feminino. Sua análise também atravessa dimensões simbólicas e religiosas,

---

<sup>61</sup> No dia 05 de outubro de 2016, a Câmara Municipal de Viçosa (MG) aprovou o Projeto de Lei nº 049/2016, de autoria do vereador Sávio José do Carmo Silva, que resultou na Lei Municipal nº 2.589/2016. Essa lei dispõe sobre a obrigatoriedade da notificação de óbitos maternos, neonatais e infantis no âmbito do município e estabelece mecanismos para registro e monitoramento dessas mortes, com o objetivo de fortalecer a vigilância em saúde e promover políticas locais de prevenção da mortalidade materna e infantil. Disponível em: <https://www.vicosa.mg.leg.br/imprensa/noticias/2016/10-2016/projeto-de-lei-sobre-notificacao-de-obitos-maternos-e-neonatais-e-aprovado>.

<sup>62</sup> O Banco de Leite Humano (BLH) do HSS foi fundado em 2005 e está credenciado à Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano desde 2011, atuando como referência na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na cidade e na microrregião. O setor coleta, pasteuriza e distribui leite humano, destinando-o principalmente aos bebês internados na UTIN, onde esse alimento é essencial para favorecer o ganho de peso, reduzir infecções graves e melhorar o prognóstico dos prematuros. Apesar da relevância e da longa atuação, os estoques de leite materno frequentemente ficam abaixo da demanda e a captação depende da doação de lactantes cadastradas, que podem fazer a coleta de forma presencial no próprio BLH ou por meio de coleta domiciliar. O serviço também oferece orientações especializadas e apoio às mães com dificuldades de amamentação, sendo um dos poucos bancos de leite humano credenciados em Minas Gerais, presente em cerca de 14 cidades do estado, o que ressalta sua importância para a saúde pública local e regional. Disponível em: <http://www.folhadamata.web15f105.uni5.net/conheca-o-banco-de-leite-humano-do-hss-e-saiba-como-doar>.

<sup>63</sup> Expressão cunhada pelo escritor e dramaturgo brasileiro Nelson Rodrigues em 1957, originalmente para descrever o trauma psicológico sofrido pela população após a derrota do Brasil na Copa do Mundo de 1950. No contexto sociocultural contemporâneo, o termo expandiu-se para designar uma postura de inferioridade voluntária e crônica, na qual o cidadão brasileiro subestima o valor e o potencial de sua própria cultura, economia e sociedade, supervalorizando sistematicamente tudo o que provém de nações estrangeiras.

especialmente ao recordar episódios em que o sofrimento materno foi moralmente naturalizado em discursos religiosos. **Antares** reconhece a importância do movimento feminista para ampliar os debates sobre humanização, embora considere necessário construir estratégias comunicativas capazes de dialogar com públicos diversos sem gerar afastamentos imediatos. **Sirius** relata que sua própria transformação de perspectiva ocorreu a partir do contato com mulheres feministas durante sua formação em História, reconhecendo que anteriormente reproduzia comportamentos machistas sem consciência disso. Acredita que o olhar histórico pode contribuir significativamente para a Medicina e que inserir o parto como tema na historiografia amplia o debate para além dos assuntos tradicionalmente repetidos:

Como toda história é necessário trazer e entender os processos, eu falava isso muito quando dava aula [...] História é processo, e processo de aprendizado, relação do ser humano com o meio que vive e tal, então a Medicina faz parte intrínseca da História, as vezes não como uma ciência estabelecida desde sempre mas como uma prática [...] E a gente tem que entender os processos históricos, processos de medo, processos de dor, processos de vulnerabilidade, a Medicina é importante pra gente, faz parte de todos esses processos históricos das sociedades... E eu sempre acho essas interseccionalidades muito interessantes. História não é entrar numa sala de aula com giz e apagador pra falar o que aconteceu. Então acho que tem muito a contribuir na medicina (Sirius, 2025).

Todos afirmam ainda, que a maior presença feminina nos espaços de poder alteraria significativamente o tratamento dado às políticas relacionadas ao parto e à saúde das mulheres. Outro ponto recorrente nas falas refere-se à negligência da saúde mental de gestantes e puérperas. **Órion** descreve o puerpério como extremamente difícil, marcado por choro diário, dificuldades na amamentação e frustração diante da expectativa social de que o “instinto materno” garantiria automaticamente todos os saberes necessários à maternidade. Sua reflexão também atravessa dimensões simbólicas e religiosas. Ao mencionar a expressão “ser mãe é padecer no paraíso”, relaciona a construção cultural da maternidade ao sacrifício e à culpa, inclusive à ideia cristã do pecado original. Relata um episódio marcante no período do batismo de sua filha: em um momento de fragilidade emocional, exaustão puerperal e instabilidade na relação com o genitor da criança, ao compartilhar suas dificuldades durante a preparação religiosa, ouviu do padre que a necessidade do batismo era pagar por um pecado grave. Essa experiência reforçou sua percepção de como a culpa e o sofrimento materno são moralmente naturalizados:

Eu lembro de ter escutado isso da enfermeira... Depois da cesárea, acabando o efeito da anestesia, eu tava me coçando muito, era tipo uma reação alérgica, tava meio “grogue” e tal... E comentei isso, e a enfermeira falou: ‘na hora de fazer tava bom, né?’. Acho que de dez mulheres, onze vão dizer que escutaram

isso na hora do parto [...] Tem essa coisa da culpa cristã, que o prazer exige renúncia, todo prazer depois vai te levar pra uma dor e sofrimento, porque ser mãe é isso mesmo (Órion, 2025).

Ela reconhece que já existem políticas que amparam o trabalho dessas profissionais, como a lei que garante sua entrada nas maternidades, projetos de enfrentamento à violência obstétrica, iniciativas de suporte à amamentação e, mais recentemente, propostas de apoio ao luto parental<sup>64</sup>. **Antares** e os demais consideram que a saúde mental é negligenciada não apenas nesse campo específico, mas na saúde pública como um todo, destacando a dificuldade de acesso a suporte psicológico adequado. **Sirius** também entende que a saúde mental é uma questão estrutural e coletiva, mas enfatiza que o parto, por ser um evento profundamente marcante e vulnerável, exige atenção especial, sobretudo diante da gravidade da depressão pós-parto<sup>65</sup>:

---

<sup>64</sup> O Projeto de Lei nº 51/2025, de autoria da vereadora Jamille Mylena, institui no município de Viçosa um marco legal voltado ao tratamento institucional de perdas gestacionais e neonatais. Protocolado sob o nº 1497/2025, com data de documento em 26 de maio de 2025, tramitou pelo Departamento Legislativo como Documento nº 051/2025, tendo sido aprovado em sessão pela Câmara Municipal. A proposta estabelece a criação de um protocolo obrigatório de conduta para unidades de saúde públicas e privadas, determinando que o atendimento às famílias enlutadas não se restrinja aos procedimentos clínicos, mas inclua também acolhimento psicológico, orientação adequada e cuidado humanizado diante da perda. O luto parental refere-se à experiência vivida por mães, pais e familiares após a morte de um filho, independentemente da idade ou do estágio de desenvolvimento — incluindo a fase gestacional. Trata-se de um luto que rompe a expectativa social da continuidade da vida, sendo frequentemente descrito como uma inversão da ordem natural, o que pode gerar sofrimento profundo, silencioso e, muitas vezes, invisibilizado. No contexto desta lei, reconhece-se que cada bebê, ainda que não tenha chegado a nascer com vida, ocupava um lugar afetivo real e significativo em sua família. Ao propor diretrizes institucionais de humanização, o projeto reafirma que a dor dessa perda merece respeito, escuta qualificada e cuidado sensível, validando a existência desse vínculo e garantindo às famílias o direito de viver seu luto com dignidade e acolhimento. Disponível em: <https://cmvicosawglegis.com.br/proposicao/1321>.

<sup>65</sup> A depressão pós-parto é um transtorno de humor que pode afetar mulheres após o parto, caracterizando-se por tristeza intensa, ansiedade, irritabilidade, alterações no sono e apetite, além de sentimentos de culpa ou incapacidade de cuidar do bebê. Do ponto de vista neurobiológico, a depressão pós-parto está associada a mudanças hormonais abruptas que ocorrem após o parto, especialmente na queda súbita de estrogênio e progesterona, hormônios que durante a gestação influenciam neurotransmissores como serotonina, dopamina e noradrenalina, relacionados à regulação do humor. Estudos de neurociência indicam que essas flutuações hormonais podem alterar circuitos cerebrais envolvidos na resposta ao estresse, regulação emocional e comportamento materno, tornando a mãe mais vulnerável a sintomas depressivos. Além disso, fatores ambientais e psicossociais, como falta de apoio familiar, histórico de depressão, estresse, privação de sono e experiências de parto traumático, podem interagir com predisposições genéticas e neurobiológicas, aumentando o risco de depressão pós-parto. O diagnóstico precoce e o acompanhamento psicológico e psiquiátrico são fundamentais para minimizar os efeitos sobre a mãe e o bebê, promovendo vínculo seguro, amamentação adequada e bem-estar materno-infantil. É importante destacar que a identificação da depressão pós-parto nem sempre é fácil, pois os sintomas podem se apresentar de forma sutil, confusa ou se misturar com o cansaço e a sobrecarga esperados do pós-parto. A percepção de sofrimento materno muitas vezes é minimizada ou naturalizada socialmente, reforçando preconceitos de que a mãe deve suportar dificuldades emocionais como parte da “natureza materna” ou da rotina de cuidados. Esse estigma em relação à saúde mental dificulta que mulheres reconheçam seus próprios sintomas e busquem ajuda, atrasando o diagnóstico e a intervenção adequados. Por isso, a conscientização, a escuta empática e a educação sobre saúde mental materna são fundamentais, tanto para familiares quanto para profissionais de saúde, permitindo identificação precoce, apoio psicológico e psiquiátrico e promoção de vínculo seguro, amamentação adequada e bem-estar materno-infantil.

Essa foi uma pauta nossa, da saúde mental materna, a gente instituiu o *Maio Furta-Cor*<sup>66</sup>, um projeto de lei que trata dessas mulheres que ficam sobrecarregadas com esse tanto de trabalho do cuidado. E as transformações físicas após o parto são tão intensas e também atravessadas por tantas coisas culturais (Órion, 2025).

As críticas ao corporativismo médico e às disputas de poder também atravessam as narrativas. **Órion** acredita que a resistência às Doulas decorre justamente do deslocamento do monopólio simbólico da medicina sobre o parto. **Antares** identifica um silêncio institucional significativo por parte da Associação Médica local durante a tramitação da lei. **Sírius**, ao comentar a possibilidade de médicos temerem Doulas como testemunhas de irregularidades, ironiza: “tem um método que é infalível contra violência, pra você não ter testemunha. Que é não ter violência, aí não vai falhar uma! [...] É só não praticar violência que não vai ter risco de testemunhas [risos]” (Sírius, 2025). Em outra passagem, utiliza a analogia entre engenheiros e arquitetos para defender o trabalho interdisciplinar, afirmando que o parto não deveria ser atravessado por disputas corporativas e hierárquicas.

Por fim, os entrevistados convergem ao defender maior conscientização pública, fortalecimento de políticas institucionais e ampliação da participação social nos debates sobre nascimento. **Órion** defende maior presença feminina nos espaços de poder, defende explicitamente a necessidade de eleger mais mulheres, inclusive uma prefeita, argumentando que homens frequentemente se omitem nas pautas voltadas às mulheres, não se reconhecendo como responsáveis por essas agendas. **Antares** sustenta a necessidade de concursos públicos e formalização institucional do trabalho dessas profissionais, além de investimentos contínuos em formação e estrutura hospitalar.

---

<sup>66</sup> Maio Furta-Cor é uma campanha nacional de conscientização sobre a saúde mental materna, criada no Brasil, idealizada pela psicóloga perinatal Nicole Cristino e pela médica psiquiatra Patrícia Piper. A mobilização começou em 2019 como iniciativa independente e ganhou projeção nacional a partir de 2021, com o objetivo de sensibilizar a sociedade sobre o sofrimento psíquico que pode ocorrer durante a gestação e no período puerperal — como depressão, ansiedade e exaustão emocional — frequentemente invisibilizados no discurso público. O nome faz referência à cor “furta-cor”, que se modifica conforme a luz, simbolizando as múltiplas experiências emocionais da maternidade. A campanha promove palestras, rodas de conversa, debates e ações educativas ao longo do mês de maio, tradicionalmente associado às mães, e estimula a formulação de políticas públicas voltadas ao cuidado com a saúde mental materna. A iniciativa expandiu-se por diversos municípios brasileiros, que passaram a instituir a campanha em seus calendários oficiais. Em Viçosa (MG), a Lei Municipal nº 2.982/2022 incluiu o Maio Furta-Cor como mês dedicado à conscientização, incentivo ao cuidado e promoção da saúde mental materna no município. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/v/vicosa/lei-ordinaria/2022/299/2982/lei-ordinaria-n-2982-2022-dispoe-sobre-a-insercao-no-calendario-oficial-de-eventos-de-vicosa-do-maio-furta-cor-dedicado-a-acoes-de-conscientizacao-incentivo-ao-cuidado-e-promocao-da-saude-mental-materna-no-municipio-de-vicosa-mg-e-da-outras-providencias> .

**Sirius** enfatiza a importância da fiscalização das violências obstétricas, do fortalecimento das ouvidorias, da divulgação pública de dados e do maior O entrevistado conclui destacando ainda a necessidade de maior envolvimento dos homens na pauta, defendendo que se informem, se sensibilizem e assumam responsabilidades. Recorda um episódio em que tentou propor um projeto de lei para ampliar a licença-paternidade<sup>67</sup> dos servidores públicos municipais de cinco para dez dias, compreendendo essa medida como política pública que beneficia diretamente as mulheres, ao redistribuir o cuidado com o recém-nascido. Argumenta que a licença-paternidade é também um direito da mulher de poder contar com seu companheiro no exercício da paternagem, enfrentando o peso histórico que atribui exclusivamente à mãe a responsabilidade pelo cuidado. O projeto, entretanto, não foi aprovado, e as reações de colegas de vereança que recebeu revelaram argumentos profundamente machistas, segundo os quais o cuidado com o bebê não seria obrigação do homem, o que para ele evidenciou a dimensão estrutural das desigualdades de gênero ainda presentes no debate público. Em comum, os três entrevistados abordaram a universalização do acesso às Doulas pelo SUS:

Eu acho que a Doula tinha que estar no SUS [...] Tinha que ser uma política pública de acolhimento e acompanhamento do nascimento [...] [a lei de Doulas] Pra mim, esse é o primeiro do primeiro passo, a Secretaria de Saúde tem que se envolver, no sentido de dar conhecimento a população, palestrar em escola, material informativo em PSF<sup>68</sup>. Viçosa faz várias feiras de saúde [...] Por que que não tem ali um material explicativo? [...] Era super possível uma prática de divulgação e publicidade sobre o trabalho da Doula (Sirius, 2025).

E compreendem o parto como experiência profundamente atravessada por disputas sociais, políticas e culturais, defendendo que humanizar o nascimento implica também transformar relações de poder, desigualdades de gênero e estruturas institucionais historicamente consolidadas.

---

<sup>67</sup> Durante a redação deste trabalho, o corretor ortográfico do Word sinalizou como “erro” as palavras “licença-paternidade” e “paternagem”, sugerindo automaticamente sua substituição por “licença-maternidade” e “maternagem”. O episódio chamou atenção não apenas como limitação técnica do software, mas como sintoma simbólico de uma cultura que reconhece e naturaliza o cuidado para com os filhos como atribuição materna, enquanto a experiência e a responsabilidade paterna permanecem linguística e socialmente secundarizadas. A tentativa automática de correção evidencia como, inclusive no plano da linguagem digital, os papéis de gênero são presumidos, reforçando a omissão histórica da participação dos homens na esfera do nascimento e da criação das crianças. Ao optar por manter os termos originalmente empregados, busco também tornar visíveis camadas que frequentemente permanecem ocultas do discurso oficial — também no campo da linguagem — compreendendo esse episódio como um verdadeiro “dado de campo digital”, revelador das estruturas simbólicas patriarcais que atravessam a própria escrita acadêmica.

<sup>68</sup> PSF refere-se ao Programa Saúde da Família, denominação anterior da atual Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo de atenção básica do SUS organizado por equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento territorial das famílias.

Sob essa perspectiva, estudando as falas dos depoentes deste grupo é possível compreender, que dentre o sistema legislativo viçosense o olhar para com o parto é negligente. Ao analisar conjuntamente os relatos dos agentes políticos entrevistados, observa-se que a percepção sobre o parto é atravessada por um deslocamento importante, todos reconhecem que suas visões foram transformadas a partir do contato com o debate público, com o movimento feminista e com as próprias Doulas. Ainda que partindo de trajetórias distintas, há convergência na compreensão de que a presença da Doula qualifica a experiência do nascimento, amplia o acolhimento e pode contribuir para a redução de violências.

A Doula aparece, nas três narrativas, não como figura acessória, mas como agente capaz de tensionar estruturas consolidadas no interior do sistema de saúde. Também se repete a leitura de que há resistência por parte de segmentos do corpo médico, seja expressa no silêncio institucional, seja nas dificuldades de inserção prática dessas profissionais nos hospitais. Essa resistência é interpretada como resultado de disputas hierárquicas, corporativas e, em alguma medida, econômicas, revelando que o debate sobre humanização do parto ultrapassa o campo técnico e se inscreve em relações de poder. Diferentemente das mães entrevistadas, que falavam a partir da experiência vivida, os vereadores articulam a questão em termos estruturais e administrativos, identificando entraves institucionais e a necessidade de formalização de políticas públicas que garantam a atuação das Doulas para além da iniciativa individual.

Há também um ponto de convergência importante na crítica ao modo como o sistema legislativo viçosense encara o tema do parto, sinalizam que a pauta ainda não ocupa centralidade na agenda política local, sendo frequentemente tratada de forma técnica, numérica ou secundarizada frente a outras demandas. A humanização aparece, nas falas, como projeto possível, mas dependente de vontade política, produção de dados, fiscalização e enfrentamento de resistências históricas. Ao mesmo tempo, reconhecem o papel fundamental do movimento feminista na introdução dessas pautas no legislativo, indicando que muitas iniciativas — como a lei das Doulas, a notificação de óbitos maternos e neonatais ou mesmo o debate sobre licença-paternidade — emergiram da pressão e da articulação da sociedade civil organizada. Diferentemente do grupo de mães, que enfatizava o impacto subjetivo e emocional da presença da Doula, os agentes legislativos enfatizam as engrenagens institucionais. Mostrando uma necessidade de transformar práticas em políticas permanentes, evitar que leis se tornem dispositivos sem

efetividade e enfrentar uma cultura política ainda marcada por desigualdades de gênero. Assim, o parto, para esse grupo, revela-se não apenas como evento biológico ou experiência íntima, mas como campo de disputa política, marcado por relações de poder, decisões orçamentárias e concepções ideológicas sobre cuidado, responsabilidade e direitos.

Caminhando para o terceiro e último grupo a ser exposto neste subtítulo, conversaremos com as perspectivas do **Grupo Acadêmicas**, em somatória a oito componentes, que serão apresentadas em dois blocos, Docentes e Discentes, respectivamente e separadamente, para facilitar a localização de cada uma das entrevistadas e seu posicionamento de acordo. Dando início às Docentes, bloco composto pelas professoras **Cosmos, Céu e Estrela**, observa-se forte convergência na compreensão do parto como experiência marcada por transformação, passagem e potência feminina, ainda que todas reconheçam a permanência de um imaginário social profundamente associado a dor, ao sofrimento e ao medo. Para **Cosmos**, professora do curso de Enfermagem da UFV, a imagem do parto é “uma imagem de vida”, enquanto **Estrela**, docente de Medicina, associa imediatamente o termo ao ambiente da sala de parto e à figura da gestante. Ambas apontam que a percepção negativa sobre o parto é alimentada por construções culturais históricas, relatos intergeracionais e representações midiáticas que enfatizam sofrimento, descontrole e desassistência. Além da problematização da ideia de um “parto sem dor” vendido como promessa mercadológica. **Céu** também concorda com essa leitura ao associar o medo do parto à chamada “Cultura do Medo”, sobretudo atravessada por desigualdades financeiras e pela construção simbólica da cesariana agendada como marcador de status social.

As três docentes nasceram de cesariana e relatam que o tema do parto não ocupava espaço significativo em suas famílias. **Cosmos** afirma que sua própria experiência de parto vaginal no Hospital Sofia Feldman, em 2015, com assistência de enfermeiras obstétricas, o que fortaleceu sua confiança no modelo humanizado. **Estrela**, por sua vez, vivenciou um trabalho de parto prematuro seguido de cesariana após falha de indução, ressaltando que sua visão inicial sobre o parto vaginal era marcada por relatos familiares negativos. Ainda assim, ao longo da formação médica e da prática hospitalar, especialmente em maternidades de Juiz de Fora, passou a compreender que as condições estruturais e organizacionais dos serviços influenciam diretamente a experiência do parto. Para ambas, o parto constitui um rito de passagem, uma travessia profunda e emocional.

**Céu**, em sua primeira gestação, estudou intensamente, preparou-se e desejava vivenciar o parto natural. Menciona a importância do documentário *O Renascimento do Parto* em sua formação de opinião, embora destaque que, em seu contexto familiar, não havia referências prévias de parto vaginal. Já em sua segunda gestação, gemelar, foi submetida a uma cesariana — experiência que a preocupava, mas que transcorreu de forma positiva. Ela reconhece que, por um período, manteve uma visão romantizada do parto vaginal, percepção que foi revista a partir da vivência concreta, considerada por ela mais difícil do que imaginava. Ainda assim, entende o parto como um processo singular, marcado por intensas transformações corporais e decisões complexas. Define-o como um mergulho no desconhecido, permeado por apreensão, mesmo quando há preparo prévio.

**Cosmos** descreve o processo como “visceral”, marcado por descoberta de força e potência, afirmando que se emociona em todos os partos que acompanha. Já **Estrela** entende o parto como “o caminho até o encontro com o bebê”, chamando atenção para os extremos narrativos que o cercam: ora tratado como experiência traumática, ora excessivamente romantizado.

As trajetórias acadêmicas das docentes também apresentam aproximações importantes. **Cosmos** relata que sua formação inicial era profundamente mecanicista, centrada na assistência ao médico e em práticas intervencionistas, sem debates significativos sobre humanização. O contato com uma casa de parto no Rio de Janeiro foi decisivo para ampliar sua compreensão sobre cuidado integral e atuação interdisciplinar. De forma semelhante, **Estrela** conta que durante a graduação, ao iniciar sua vivência prática na maternidade em Juiz de Fora, teve contato com experiências positivas de assistência ao parto normal. Isso a levou a refletir que as condições estruturais e organizacionais dos serviços de saúde são determinantes centrais da experiência do parto, podendo favorecer ou dificultar sua condução de maneira respeitosa e segura. Embora a ideia de humanização já estivesse presente em sua graduação, ainda existiam preceptores fortemente intervencionistas e práticas como episiotomias realizadas rotineiramente. Ambas observam mudanças importantes nas novas gerações de estudantes, que chegam à universidade já familiarizadas com o debate sobre violência obstétrica e humanização. Segundo **Estrela**, os alunos demonstram estranhamento diante de práticas consideradas ultrapassadas:

Eles [os alunos] tem as vezes uma questão que eles falam assim: ‘ah, a gente tem que ter cuidado para não parecer violento, porque senão a Doula vai achar que é violência’. Então às vezes tem a questão de uma sensação talvez de ser

tipo vigiado, sabe? [...], Mas quando a gente fala de uma assistência que é de fato compartilhada, que é equipe, não acho que tem isso (Estrela, 2025).

Assim, não percebe conflito em abordar essas temáticas em sala, entendendo que o maior tensionamento talvez tenha ocorrido na geração anterior à sua, já que, em sua própria formação, embora houvesse avanços, ainda eram comuns intervenções como episiotomias realizadas de forma rotineira. Ao descrever o cenário obstétrico de Viçosa, utiliza o termo “desorganizado”:

Quando eu vim pra cá pra Viçosa, eu fiquei meio assustada... Com a forma com que é feito aqui, do hospital misto. Ele é SUS, e ele é convênio e particular, tudo no mesmo hospital e eu acho que isso confunde muito a forma de assistência, em relação ao que a paciente espera. Tipo: ‘ah se é SUS eu vou ter uma experiência ruim e se é particular eu vou ter uma assistência boa’. Acho que isso é muito incutido nas pacientes, em relação a essa questão do valor financeiro, sabe? E não deveria ser! Só que como tá no mesmo lugar e você fala que a paciente do particular pode escolher se ela quer cesárea, a paciente do SUS tem que ter parto normal, se é convênio ela consegue analgesia, se é SUS ela não consegue analgesia. Então essas coisas, elas são assim, muito estranhas! Não acho que deveria ser assim. E eu acho que aqui deve ser um dos ambientes mais difíceis em relação a estrutura e a logística, pra que a pessoa sinta que ela está sendo bem atendida e bem acolhida, independente de qual a forma de entrada dela no hospital. Eu acho que mudou, de uns anos pra cá, depois que teve a residência médica, mudou muito a perspectiva da assistência [...] E eu vejo que hoje as pacientes que vão pelo SUS chegam muito mais satisfeitas [...] No pré-natal elas sempre falam e depois chegam felizes com a assistência que foi dada, então acho que melhorou muito, apesar de ser estranho o desenho do hospital [...] A assistência em si evolui de acordo com as recomendações (Estrela, 2025).

Enquanto **Cosmos** acredita que a universidade possui papel central na transformação do cenário obstétrico, desde que haja investimento contínuo em estudo, atualização científica e compromisso ético. Especialmente em uma cidade como Viçosa, onde define a humanização como luta cotidiana. Como exemplo, cita a qualidade dos alunos da UFV:

Dos nossos estudantes, uma boa parte acabam tentando enfermagem obstétrica nas residências que são oferecidas pelo Brasil, e o nosso índice de aprovação é muito alto, sabe? Então eu acho... eu acho não, eu tenho certeza, que eles conseguem capturar essa mensagem, tanto que eu tenho retorno, assim feedback de pessoas que estão no Sofia [Hospital Sofia Feldman], porque muitos alunos nossos estão no Sofia... E aí as preceptoras<sup>69</sup> lá falam assim: ‘eu não sei o que é que tem nessa UFV’, eles se sentem muito seguros com os nossos alunos, as vezes os que tão no R1 fazem coisa do R2<sup>70</sup>, assim, aluno dá UFV da conta (Cosmos, 2025).

---

<sup>69</sup> As preceptoras são profissionais experientes que atuam na orientação, supervisão e acompanhamento direto dos residentes durante sua formação prática nas instituições de saúde.

<sup>70</sup> R1 e R2 referem-se, respectivamente, ao primeiro e ao segundo ano de programas de residência na área da saúde. A residência constitui uma modalidade de pós-graduação lato sensu caracterizada por formação em serviço, com supervisão prática intensiva.

Avalia que docentes de Enfermagem e Medicina precisam trabalhar de forma mais consistente com evidências científicas atualizadas, preparando profissionais alinhados às boas práticas. Contudo, identifica nas próprias mulheres um vetor decisivo de mudança - quando chegam ao pré-natal e à maternidade com plano de parto, reivindicando direitos e acreditando em sua capacidade de parir, forçam gradualmente a adequação da assistência. Observa, entretanto, que ainda há grande despreparo informacional entre gestantes, motivo pelo qual valoriza os grupos educativos nas unidades básicas de saúde.

No campo da assistência, as entrevistadas convergem na defesa de práticas centradas na mulher e fundamentadas em evidências científicas. **Cosmos** afirma defender o parto vaginal com base em revisões sistemáticas, metanálises e estudos científicos robustos, sustentando assistência voltada à autonomia feminina e ao mínimo de intervenções necessárias:

Esses dias eu estava abaixada pra auscultar o BCF<sup>71</sup> de uma mulher, aí ela pra mim: ‘pode levantar, eu me posiciono’, e eu falei ‘não, eu me posiciono, eu que vou me adequar a você! Se tiver que sentar no chão eu vou sentar’. Então o cuidado é centrado nela, então eu acredito nisso. Não sou eu que faço o parto dela, é ela que faz o parto dela (Cosmos, 2025).

Menciona uma pesquisa realizada por ela em 2023, com mais de 300 mulheres, na qual a maioria das gestantes relatou experiências positivas e recomendou a maternidade onde pariram, o que, para ela, indica que há problemas persistentes, mas também avanços significativos no cenário atual:

Eu tô aqui desde 2010, né? Então sempre levei os alunos pra maternidade. Eu posso dizer com muita tranquilidade que em 2010 era um tipo de cenário e hoje é um cenário completamente diferente [...] Por exemplo, na época que eu cheguei, se eu colocasse uma paciente na cadeira, tirasse ela do leito, eles brigavam comigo. Eu levei uma bola [de pilates] pra lá, se eu colocasse elas na bola eles brigavam [...] E hoje não, hoje as pacientes vão pra bola, ficam de cócoras, ficam de quatro apoios, ganham na banquetta, então assim, é totalmente diferente. A gente tem intervenções obstétricas? Tem. A gente tem violência obstétrica? Tem. Não vou dizer pra você que não tem, mas que mudou bastante, sabe? (Cosmos, 2025).

Em consonância, **Estrela** enfatiza a necessidade de formação médica voltada ao cuidado integral — físico, emocional e mental — e relata sua preocupação em ensinar

---

<sup>71</sup> BCF, sigla utilizada na prática obstétrica para designar os Batimentos Cardíacos Fetais, referindo-se à ausculta do coração do feto durante o acompanhamento do trabalho de parto. A ausculta do BCF é realizada com o objetivo de monitorar a vitalidade do bebê durante o pré-natal e o trabalho de parto. Pode ser feita por meio de sonar Doppler portátil, que utiliza ultrassom para amplificar os sons cardíacos, ou com estetoscópio obstétrico de Pinard, instrumento acústico tradicional. O procedimento pode ser realizado por médicos(as) obstetras, enfermeiros(as) obstétricos(as) e outros profissionais de saúde habilitados. Considera-se normal uma frequência cardíaca fetal entre 110 e 160 batimentos por minuto, podendo ocorrer variações transitórias relacionadas à movimentação fetal ou às contrações uterinas.

práticas éticas aos estudantes, recusando-se, por exemplo, a permitir que exames de toque sejam realizados em mulheres em trabalho de parto como forma de treinamento, utilizando apenas manequins. Ambas defendem a valorização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, o respeito à autonomia das gestantes e o fortalecimento de equipes multiprofissionais.

As três docentes também demonstram preocupação significativa com as taxas elevadas de cesarianas no Brasil, compreendendo-as como problema estrutural e de saúde pública. **Cosmos** considera os índices “alarmantes”, especialmente quando comparados a países com estruturas semelhantes, enquanto **Estrela** associa o crescimento das cesáreas ao medo do parto vaginal e ao receio de sofrer violência obstétrica. Ambas chamam atenção para o desconhecimento das mulheres acerca das possíveis complicações futuras da cesariana — como hemorragias, infecções e lesões internas — destacando a importância do diálogo e da informação qualificada. **Céu** complementa essa análise ao afirmar que a cesariana agendada muitas vezes aparece socialmente associada a conforto, controle e prestígio social.

No que diz respeito às Doulas, as três entrevistadas reconhecem contribuições importantes dessas profissionais para a experiência do parto, embora apontem limites estruturais e institucionais para sua inserção. No que diz respeito a recepção dos médicos para com a Doula, **Céu** respondeu:

Depende muito do perfil do obstetra... Das obstetras que eu conheço e converso, eu sei que elas são favoráveis, se a pessoa quiser elas não vão ter nenhuma dificuldade em fazer esse trabalho compartilhado. Mas são profissionais mais novas, que foram formadas dentro de um novo paradigma, mas talvez os profissionais mais antigos que vem de um outro momento geracional da obstetrícia pode ser que tenham esse posicionamento[...] Eu acredito que pode, como você falou, a literatura traz isso, então eu acho que é muito mais uma questão de paradigma geracional mesmo... Eu suponho, é um hipótese mesmo, que os profissionais mais novos, que tem uma formação mais recente nesses novos modelos de humanização do parto, eu acho que eles veem as Doulas como parceiras, e talvez os mais antigos que tem um outro paradigma de formação talvez tenha essa dificuldade de compreensão da importância dessa profissional (Céu, 2025).

**Cosmos** afirma ter contato restrito com Doulas devido à atuação predominante no SUS, onde a presença dessas profissionais ainda não é institucionalizada. Ainda assim, participou da audiência pública sobre a lei municipal das Doulas e reconhece que a inserção foi difícil. Discute a temática em sala de aula e já convidou Doulas para dialogar com estudantes. Para ela, a assistência da Doula modifica positivamente a trajetória do parto, embora ressalte que acolhimento e suporte emocional também constituem

responsabilidades do enfermeiro obstetra, que não pode abdicar dessa responsabilidade mesmo quando há presença da Doula. No contexto local, afirma não ter elementos suficientes para avaliar diretamente a resistência médica à inserção das Doulas, mas reconhece que, em âmbito nacional, há profissionais que enxergam essa atuação como disputa, embora perceba mudanças graduais nesse cenário:

Quando as Doulas começaram a ganhar mais destaque houve uma disputa mesmo de campos, sabe? Entre enfermeiras obstetras, entre as Doulas, entre os médicos também, então tem profissionais que não aceitam as Doulas de jeito nenhum, então houve essa disputa. E a minha discussão maior, que as vezes eu até apresentava isso pros estudantes é que eu tinha muito medo... O enfermeiro ele tem uma estratégia, uma ferramenta de trabalho que é o cuidado, né? E dentro desse cuidado é o apoio emocional. E um dos papéis da Doula é justamente oferecer o apoio emocional, né? Fazer as medidas não farmacológicas que o enfermeiro também faz, e o que vi em alguns cenários, não tô falando daqui, e acaba acontecendo, é que o enfermeiro sai da linha do cuidado e deixa ela exercer essa função, e ele fica mais na função de auscultar eu BCF, sabe? E isso me irritava um pouco, vou ser bem sincera, se não a gente estaria repetindo a mesma coisa do profissional médico [...] Então a gente ficava só com a parte técnica [...] Dentro de uma assistência ao parto os dois tem o mesmo papel, mas eu fico muito triste quando a gente perde ele, não por culpa da Doula, mas por culpa mesmo do profissional que abandona o cuidado, que é nossa ferramenta de trabalho [...] Mas ao mesmo tempo tem espaço pra todo mundo, se cê tem uma assistência de um enfermeira obstetra pra uma parturiente juntamente com muita Doula, ela vai ter um cuidado diferenciado, né? Uma massagem, por exemplo, quando ela quer massagem... vamos pensar num trabalho de parto de 24 horas, e ela quer 24 horas massagem, você tem que ter troca de mãos ali, a Doula, o acompanhante, a enfermeira obstetra, né? Então na verdade é isso, não há necessidade dessa luta, há necessidade de que todos façam parte desse cuidado, tem assistência pra todo mundo, tem trabalho pra todo mundo (Cosmos, 2025).

**Estrela**, por sua vez, relata que durante sua formação as Doulas já apareciam nos protocolos ministeriais relacionados ao parto humanizado e afirma defender a naturalização da presença dessas profissionais e das enfermeiras obstetras na assistência cotidiana. Avalia positivamente essa atuação, mas demonstra descontentamento com a ausência de Doulas voluntárias no cenário viçosense:

Eu tenho na verdade um preconceito com Viçosa com relação a Doula... Porque eu vim de um hospital que Doula fazia parte de um serviço voluntário, um serviço público, que tava inserido para todas as pacientes. E aqui, que não existe esse serviço, aqui você só tem esse serviço quando é particular, me incomoda um pouco isso, essa forma de ser... Não sobre a pessoa Doula, mas a forma como o serviço é desenhado [...] Você não ter a possibilidade do paciente acessar a Doula que não seja pela forma do pagamento isso me incomoda, porque assim, comprovadamente reduz a insegurança da paciente, melhora a evolução do trabalho de parto, reduz a solicitação de analgesia. Ter uma Doula, com uma boa formação, uma boa orientação é muito interessante! [...] Mas esse desenho de ser sempre particular, não ter outra possibilidade que não seja essa, eu acho que... Por um lado, é como se fosse contra, não contra necessariamente... Mas desvirtuou a questão de você falar que é um parto humanizado [...] O movimento de Doulas é um movimento forte e importante pra humanização do parto, mas quando você vai pra prática, ele não existe se ele não for pago. E quando a gente pensa o cenário de parto aqui em Viçosa, a maior parte das nossas pacientes são do sistema público. E mesmo no

consultório, que eu atendo as pacientes de convênio, mesmo sendo de convênio as vezes não tem condições de pagar um outro serviço, as vezes pagam estritamente o convênio pra ter acesso a consultas, exames e tal [...] Mas pessoalmente com relação a figura da Doula no trabalho de parto eu acho que é uma figura muito importante, e eu falo muito isso pras mães de primeira viagem (Estrela, 2025).

**Céu** recomenda a assistência de Doula sempre que possível e defende que esse acompanhamento deveria estar disponível pelo SUS, entendendo essa ausência como uma “ferida” do sistema:

Sim acredito, com certeza, eu acho que a pessoa precisa desse apoio, isso é ancestralidade, né? Se a gente for estudar a história do parto as mulheres sempre tiveram o apoio de outras mulheres durante o parir e isso foi retirado com a hospitalização do processo de parto e acho q esse resgate ele é muito importante, com certeza (Céu, 2025).

As docentes também convergem ao descrever fragilidades estruturais do cenário obstétrico viçosense. **Estrela** define o sistema local como “desorganizado”, explicando que um único médico plantonista e um residente frequentemente precisam atender simultaneamente urgências, partos normais, cesarianas e curetagens, impossibilitando acompanhamento contínuo e adequado às mulheres em trabalho de parto<sup>72</sup>:

Eu acho que em Viçosa isso é mais evidente, porque o mal de Viçosa, é que tudo é muito pessoal. Como uma cidade pequena, não é o obstetra, é o “fulano de tal”, a “fulana de tal” Doula. Existe mais esse atrito por não ser uma coisa institucional, é muito pessoal, não tem uma diretriz, uma regra, um contexto, são relações pontuais. E, por ser dessa forma dá margem pra esse atrito, então acaba que fica assim. E as vezes não é sobre o serviço, é sobre a pessoalidade, o que é ruim [...] O que eu vejo de contato com quem está no plantão agora é de que na maioria das vezes está muito tranquilo entre Doulas e obstetras. Não acho que seja um problema hoje em dia tão grande quanto quando começou (Estrela, 2025).

**Céu** afirma que a escolha dos profissionais representa cerca de “80% do processo” para uma experiência positiva ou negativa **Cosmos** aponta ainda diferenças importantes entre SUS e rede privada, sobretudo relacionadas à precariedade estrutural, ausência de privacidade e vulnerabilidade social das pacientes. Comenta que medo e dor, mobilizam fundamentos fisiológicos, explicando a tríade “medo-tensão-dor” e as funções do sistema nervoso simpático e parassimpático. Cita Michel Odent ao enfatizar a importância de

---

<sup>72</sup> Normativas de atenção obstétrica no Brasil, como a Portaria nº 2.436/2017 (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) e orientações do Conselho Federal de Medicina (CFM), recomendam que serviços de atenção obstétrica disponham de equipes com número de profissionais compatível com a demanda de partos vaginais, cesarianas e intercorrências associadas, de modo a garantir assistência contínua e segura. Embora não exista uma lei federal prescrevendo um número fixo de médicos por plantão, a falta de cobertura adequada e habilitação técnica suficiente; como a presença isolada de apenas um médico e um residente para todas as demandas obstétricas; pode ser interpretada como contrária às boas práticas assistenciais e aos princípios de segurança do paciente, uma vez que compromete a capacidade de resposta imediata a emergências obstétricas e viola orientações de recursos humanos para serviços de saúde. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=320&Itemid=263](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=320&Itemid=263) .

estimular o chamado “cérebro primitivo” durante o parto e reduzir a ativação do neocórtex, favorecendo a liberação de endorfinas e ocitocina endógena. Argumenta que a interferência excessiva na fisiologia do parto aumenta a dor. E que o medo, frequentemente iniciado ainda no pré-natal, compromete esse equilíbrio. Assim, articula saber científico, experiência clínica e dimensão subjetiva para sustentar uma defesa consistente da humanização do parto. Ambas defendem fortalecimento das equipes, ampliação do número de obstetras plantonistas, implementação de escalas contínuas de enfermeiras obstetras e criação de programas de Doulas pelo SUS como medidas prioritárias para melhoria do cenário local.

**Estrela** aponta que a melhoria do cenário obstétrico local depende prioritariamente do fortalecimento das equipes, por meio principalmente da ampliação do número de obstetras plantonistas, defendendo a presença mínima de dois profissionais, conforme recomendações do Conselho Federal de Medicina; sugere implementação de escala contínua de enfermeiras obstetras e criação de programa de Doulas pelo SUS. Em sua avaliação, o aprimoramento organizacional das equipes teria impacto mais imediato e viável do que mudanças estruturais físicas na maternidade.

Outro eixo recorrente nos relatos diz respeito à saúde mental de gestantes e puérperas, considerada amplamente negligenciada. **Cosmos** destaca que, após o nascimento do bebê, a mulher frequentemente deixa de ser foco do cuidado, apesar da delicadeza do puerpério. **Estrela** menciona inclusive discussões sobre implementação de sistemas de rastreio para depressão pós-parto na maternidade, envolvendo psicólogas e psiquiatras. **Céu** concorda que o sofrimento psíquico relacionado à gestação e ao puerpério ainda recebe pouca atenção institucional, refletindo problemas mais amplos da própria saúde pública. O plano de parto também é incentivado, sendo compreendido por todas como instrumento pedagógico e de autonomia, que permite que a gestante compreenda previamente o que pode ocorrer, desperte curiosidade e se prepare para decisões que, no momento de maior intensidade emocional e física, podem se tornar difíceis de processar, portando, considera o plano de parto como um roteiro prévio extremamente positivo nesse sentido.

Por fim, aparecem também diferenças sutis na maneira como articulam feminismo e humanização do parto. **Cosmos** afirma não estabelecer de maneira imediata uma relação direta entre ambos os movimentos, embora demonstre interesse em aprofundar essa reflexão. Já **Estrela** afirma explicitamente que não é possível desvincular humanização

do parto e feminismo, pois ambos dizem respeito à garantia de voz, autonomia e escolha para as mulheres. Apesar dessas nuances, as três docentes compartilham a compreensão de que transformar o cenário obstétrico exige mudança cultural profunda, formação ética e científica contínua, fortalecimento institucional e compromisso coletivo com uma assistência mais respeitosa, segura e centrada nas mulheres.

Para desenhar o seguimento de **Discentes**, entre as depoentes, observa-se forte convergência na associação do parto ao parto vaginal, frequentemente imaginado como uma experiência em que a mulher ocupa posição central, ativa e acompanhada. **Eos** fala do parto como atravessado por uma “virada de chave”, na qual a dor intensa rapidamente dá lugar a uma sensação igualmente intensa de felicidade. **Halley** e **Sol** descrevem o parto como um momento profundamente intenso, transformador e marcado por força, entrega e apoio. **Saturno** também associa o parto ao ambiente hospitalar, mas destaca a importância da liberdade de movimento da gestante, recusando a imagem tradicional da mulher deitada. Já para **Nébula**, a imagem que surge ao pensar na palavra parto é a de uma mulher em um hospital, em posição de litotomia<sup>73</sup>, no momento expulsivo<sup>74</sup>.

As cinco entrevistadas concordam que o parto permanece socialmente vinculado ao sofrimento e à dor, embora interpretem essa associação como resultado de construções culturais, históricas e institucionais. **Saturno** considera que o parto “é fisiologicamente doloroso”, mas entende que fatores sociais o estigmatizam e ampliam o medo e o sofrimento. **Sol** relaciona essa percepção à popularização da cesariana a partir da década de 1960, naquele período, mulheres mais pobres e marginalizadas precisavam enfrentar o parto doloroso, sem assistência adequada. Atualmente, vivemos em uma sociedade imediatista, pouco acostumada a esperar, na qual o parto normal, por ser prolongado e exigir paciência, também é percebido como sofrimento por muitos. Ela chama atenção

---

<sup>73</sup> Posição litotômica é a postura tradicionalmente utilizada em contextos hospitalares para a realização de partos e procedimentos ginecológicos, na qual a mulher permanece deitada em decúbito dorsal, com as pernas elevadas e apoiadas em perneiras ou suportes, mantendo os quadris e joelhos flexionados e afastados. Embora amplamente difundida no modelo obstétrico tecnocrático por facilitar a visualização e o acesso da equipe profissional ao canal de parto, essa posição não é considerada a mais favorável do ponto de vista fisiológico, pois pode reduzir a ação da gravidade, limitar a mobilidade pélvica e aumentar o desconforto materno. Estudos e diretrizes contemporâneas recomendam que a parturiente possa adotar posições verticalizadas ou de sua livre escolha durante o trabalho de parto e o nascimento, favorecendo a progressão fisiológica e o protagonismo da mulher.

<sup>74</sup> Período expulsivo corresponde à segunda fase do trabalho de parto, iniciando-se após a dilatação cervical completa e estendendo-se até a saída total do bebê. É caracterizado pela descida e rotação fetal pelo canal de parto e pela presença do reflexo involuntário de puxo, desencadeado pela pressão da apresentação fetal sobre o assoalho pélvico. Trata-se de um momento de intensa mobilização física e hormonal, no qual a mulher pode experimentar contrações mais espaçadas, porém mais efetivas, associadas à sensação de pressão perineal e necessidade de fazer força.

para a percepção da dor e para a medicalização excessiva, marcada pela ideia de que tudo precisa de medicamento ou intervenção, reforçando a experiência de sofrimento. Para **Sol**, essa percepção é resultado de desigualdade social, da falta de paciência e do abandono das mulheres durante a parturição, pois frequentemente o foco recai sobre o bebê, negligenciando a mãe. **Halley** também conecta medo e dor a heranças históricas, culturais e religiosas, mencionando crenças de que a mulher “precisa sofrer” ou “pagar” pela maternidade. Para elas, grande parte desse sofrimento vem do nervosismo, do desconhecimento e de equipes mal preparadas. **Nébula** descreve que essas razões vem tanto de relatos traumáticos de mulheres que não foram bem assistidas e sofreram violência obstétrica, quanto da banalização da cesariana no Brasil, que cria a percepção de uma via aparentemente sem dor.

As trajetórias familiares e pessoais das participantes também atravessam suas percepções sobre a via de parto. **Eos** e **Saturno** nasceram por cesariana; contudo, enquanto **Eos** relata que a cirurgia era naturalizada em sua família e inicialmente representava uma certeza para sua própria maternidade, **Saturno** afirma já possuir interesse prévio pelo tema e uma visão relativamente positiva do parto vaginal antes mesmo da graduação. Em ambos os casos, a formação acadêmica e vivências durante o internato<sup>75</sup> aprofundaram reflexões sobre riscos e benefícios das vias de parto. **Eos** destaca especialmente a resignificação da cesariana, que antes enxergava como um procedimento simples e sem grandes riscos, passando a compreendê-la como cirurgia invasiva com possíveis complicações imediatas e futuras.

**Sol** e **Nébula**, nascidas de parto vaginal, relatam convivência familiar mais positiva em relação ao tema. **Sol** afirma que o parto sempre foi discutido em sua casa e que, desde criança, demonstrava interesse pelo assunto. **Nébula** descreve a mãe como uma parturiente “muito calma”, que narrava suas experiências “com leveza e até humor”, fortalecendo desde cedo sua percepção favorável ao parto natural. Já **Halley**, embora nascida por cesariana e criada em um contexto de medo materno em relação ao trabalho de parto, afirma que sua visão mudou significativamente durante a graduação em Enfermagem, sobretudo no contato com métodos não farmacológicos de alívio da dor e com perspectivas mais humanizadas de assistência.

---

<sup>75</sup> O internato é a etapa final do curso de Medicina, caracterizada por formação prática intensiva em regime de tempo integral, realizada em serviços de saúde sob supervisão de médicos preceptores. Nessa fase, o estudante vivencia a rotina assistencial em diferentes áreas — como clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia — assumindo responsabilidades progressivas no cuidado aos pacientes, sempre sob acompanhamento profissional.

Em diferentes níveis, todas as participantes associam o parto a processos de transformação, força e ressignificação feminina. Para **Eos**, o parto representa “o renascimento de uma família”. **Saturno** o define como “vida e força”. **Sol** utiliza a imagem de um “portal”, afirmando que, ao atravessá-lo, “a mulher entra em um estado de transe” e sai transformada. **Halley** o descreve como experiência de autoconhecimento, empoderamento e quebra de barreiras pessoais. **Nébula**, por sua vez, entende o parto como momento de “redescoberta da mãe”, marcado tanto pelo alívio do término da gestação quanto pelo início da responsabilidade de cuidar de um ser totalmente dependente.

As entrevistadas também convergem ao afirmar que suas formações acadêmicas priorizam discursivamente o parto vaginal, ainda que percebam contradições importantes entre teoria e prática. **Eos**, formada na Faculdade Dinâmica de Ponte Nova, relata que o parto vaginal era “amplamente estimulado e priorizado”, enquanto a cesariana aparecia como recurso destinado principalmente a situações de risco. **Saturno** e **Nébula**, ambas da Medicina da UFV, reconhecem que o curso aborda violência obstétrica, direitos das gestantes e incentivo ao parto vaginal, mas percebem limitações práticas e resistência de alguns profissionais:

Dentro do curso eu vejo que só tem professora mulher, não tem homens, e as professoras divergem um pouco, a gente vê que existe aquilo que é científico, que é pregado e aquilo que é a prática, que é totalmente diferente. Então eu sinto que muitas pessoas lidam ali meio que “a moda da casa”, do jeito que é melhor pra elas, e não do jeito que seria o ideal mesmo. Algumas realmente ensinam o ideal, mas a gente vê que não é o que elas fazem, outros não se dão nem ao trabalho de ensinar. Elas já falam assim: ‘olha, isso aqui é o que é indicado, mas a gente não faz, e ninguém vai fazer’, se demorou duas horas... estou dando um exemplo... a gente já vai pra cesárea, não tem muita essa abertura pro parto normal pelo que eu vejo aqui na UFV. A maioria dos professores nem faz parto normal na verdade, só faz cesárea. Uma coisa que me chocou muito, mas eu descobri que é muito comum (Saturno, 2025).

**Saturno** inclusive, também menciona comentários contraditórios feitos por professores em sala de aula sobre práticas como a episiotomia:

Por exemplo a episiotomia... Era uma manobra que era de rotina e as professoras falam: ‘hoje a gente não faz mais de rotina, tem algumas que realmente já tão totalmente proscritas a gente não faz em hipótese alguma, é violência’. Mas é aquilo, como eu posso dizer... [tem docente que diz] ‘a gente não faz mais de rotina, já tem estudos que falam que não precisa fazer, mas eu no meu consultório eu faço e todo mundo acaba fazendo ainda’ [...] Elas passam a teoria, mas na prática elas ainda fazem (Saturno, 2025).

**Nébula** observa que os estudantes são constantemente orientados sobre o que constitui violência e como evitá-la, especialmente no uso de instrumentos como o fórceps: “A gente é tanto orientado quanto: ‘olha, isso aqui é violência obstétrica’, quanto: ‘não

façam isso porque podem interpretar como’, eles sempre pontuam o que é a violência obstétrica e como evitar, pra gente saber o nosso limite” (Nébula, 2025):

Então, eu acho que até o momento pelo menos, a gente é muito mecanicista [...] Até essa parte a gente não teve esse exatamente da humanização[...] As professoras comentam relatos próprios, de como foi o parto delas, falam muito da importância da opinião da mãe, do que ela quer, mas a gente não teve exatamente assim o tema humanização, é muito mais nessa parte de opinião da professora [...] Mas a humanização em si a gente nunca teve esse tema discutido (Nébula, 2025).

Sobre o cenário de parto em Viçosa, **Nébula** comenta que, embora o ambiente seja seguro, há muito a melhorar, principalmente no que se refere a equipamentos como cardiotoco<sup>76</sup> e salas de parto, que não estão sempre disponíveis.

Quando questionadas sobre a diferença entre a formação em Medicina e Enfermagem no cuidado e valorização do parto vaginal, elas refletem que o curso de Enfermagem demonstra uma percepção ainda mais crítica acerca das dimensões emocionais, estruturais e relacionais da assistência obstétrica. **Sol** enfatiza a necessidade de cuidado integral com a mulher, criticando a centralidade excessiva no bebê e a negligência com a mãe. **Halley** destaca o “olhar beira-leito”<sup>77</sup> da Enfermagem, que favorece um olhar holístico sobre o paciente, voltado ao cuidado biopsicossocial e à atenção às individualidades da paciente no respeito as particularidades de cada mulher, às posições de parto e também à possibilidade de tornar a cesariana um momento humanizado, seguro e acolhedor, evitando ambientes frios e mecânicos. Buscando formas de tornar o ambiente mais seguro e prazeroso para a gestante e sua parceria<sup>78</sup>. Ambas valorizam fortemente a humanização, o acolhimento emocional e a construção de ambientes mais seguros e confortáveis para as parturientes. Nébula reconhece que o curso

---

<sup>76</sup> A cardiotocografia (CTG), ou cardiotoco, é um exame utilizado durante a gestação e o trabalho de parto para monitorar, de forma contínua ou intermitente, a frequência cardíaca fetal e as contrações uterinas. O objetivo é identificar sinais de batimentos fetais não tranquilizantes e auxiliar na tomada de decisão clínica, garantindo segurança para a mãe e o bebê. O exame é feito com dois sensores posicionados sobre o abdômen da gestante: um registra os batimentos cardíacos do feto e outro capta as contrações uterinas.

<sup>77</sup> A prática beira-leito refere-se às ações assistenciais realizadas diretamente junto ao leito do paciente, caracterizando o cuidado em contato direto, lado a lado e contínuo com seu corpo e suas necessidades. No campo da Enfermagem, o termo enfatiza a dimensão relacional do cuidado, envolvendo observação clínica, escuta, intervenções técnicas e suporte emocional, diferenciando-se de atividades predominantemente administrativas ou burocráticas.

<sup>78</sup> O termo parceria tem sido empregado mais recentemente como alternativa a expressões como “marido” ou “acompanhante” no contexto do trabalho de parto, buscando designar a pessoa que exerce vínculo afetivo e papel de apoio junto à gestante. A adoção do termo reflete uma tentativa de linguagem mais inclusiva, contemplando diferentes configurações familiares — como casais homoafetivos ou outras formas de conjugalidade — e deslocando o foco da relação conjugal tradicional para a dimensão do cuidado e do suporte emocional.

de Medicina tende a um olhar mecanicista, enquanto a Enfermagem, por passar mais tempo com o paciente, desenvolve vínculo e cuidado mais integral:

Acredito sim que eles [alunos da enfermagem] tenham uma visão um pouco mais do paciente em si e não da doença [...] A gente [estudantes da medicina] é ensinado sobre isso, mas eu vejo colegas hoje em dia que já esqueceram, sabe? Dessa parte levar em conta o que o paciente fala e está sentindo (Nébula, 2025).

Outro ponto recorrente nos depoimentos é a percepção crítica sobre o cenário obstétrico local e nacional, especialmente em relação às elevadas taxas de cesariana. Todas as entrevistadas consideram os índices preocupantes e observam que muitas mulheres são induzidas a realizar cesarianas sem receber informações completas sobre os riscos, e que, frequentemente, a comodidade dos médicos contribui para o agendamento das cirurgias:

Eu sinto muito que as mulheres acham que o parto normal realmente tem mais riscos, que é uma coisa mais arcaica, e não é, mas elas não sabem que fazer uma cirurgia vai trazer muito mais riscos, tanto pra ela quanto pro bebê também. Eu acredito, que se ela soubesse o quanto o parto [normal] pode trazer tantos benefícios pro bebê, além de pra ela mesma, o peso seria um pouco diferente (Saturno, 2025).

**Eos** descreve como “nítida e chocante” a diferença entre a recuperação de mulheres submetidas à cesariana e ao parto vaginal durante o internato. **Halley**, em pesquisa de TCC, constatou a permanência da predominância cirúrgica mesmo diante de evidências favoráveis ao parto normal:

Durante as aulas práticas que a gente acompanhava, a gente vê que muitas vezes elas chegam desejando um parto normal, natural, mas às vezes durante o processo do parir, né? Do trabalho de parto, ela acaba mudando de ideia por algum viés de algum profissional. Ou também em relação a falsas indicações [para cesariana], porque hoje em dia, infelizmente a gente tem alguns médicos antigos, que por exemplo, acham que o mecônio seria inviável pro seguimento de trabalho de parto vaginal e já faz a recomendação pra cesariana e indicações pra acelerar o trabalho de parto ou pra adiantar o plantão tumultuado (Halley, 2025).

**Nébula** compartilhou, de forma curiosa, que percebe diferenças físicas entre os tipos de parto, por exemplo, expos que mães de cesariana perdem mais sangue<sup>79</sup> e permanecem deitadas por mais tempo, isso traz um cheiro peculiar e metálico muito perceptível para quem tem contato nos quartos<sup>80</sup>. Por isso, fala em “banalização da

---

<sup>79</sup> Em média, a perda sanguínea estimada durante um parto vaginal é de aproximadamente 500 mL, enquanto na cesariana pode chegar a cerca de 1.000 mL. Embora esses valores possam variar conforme as condições clínicas e eventuais intercorrências, a cesariana está associada, em geral, a uma perda sanguínea significativamente maior que a do parto vaginal.

<sup>80</sup> Embora não haja evidências científicas que caracterizem um odor metálico específico nas puérperas submetidas à cesariana, o relato pode estar relacionado à maior perda sanguínea geralmente observada nesse

cesariana” e reforça o desconhecimento social sobre seu caráter invasivo, sugerindo que seria útil que pacientes vissem vídeos rápidos de cesarianas para compreender a complexidade e agressividade do procedimento:

É muito agressivo, o pessoal da cirurgia geral, que são o pessoal de uma residência considerada agressiva entre aspas, junto com os ortopedistas, eles falam pras GOs [ginecologistas obstetras] que eles acham a cesárea muito agressiva! Porque você realmente puxa uma pele de um lado, outra pessoa puxa do outro e cê tira a criança. Então assim, hoje em dia ainda melhorou muito porque era uma incisão longitudinal e hoje é só um “cortinho” na região púbica... É um corte pequeno, teoricamente passa a criança, mas cê precisa puxar, então assim vai cortando um monte de tecidos, ainda puxa, cê tira a criança, costura tudo... E assim, a gente ainda espera que a mulher levante, amamente, cuide da criança, troque fralda, dê banho, e tem muita mulher que nem parceiro tem, nem ajuda (Nébula, 2025).

**Sol e Saturno** observam diferenças importantes entre SUS e sistema privado, enquanto no particular haveria incentivo frequente à cesariana e informações incompletas sobre riscos, no SUS o parto vaginal seria mais estimulado, embora nem sempre conduzido de maneira acolhedora e respeitosa. Segundo **Sol**, as mulheres do SUS muitas vezes escolhem a cesariana por medo de não serem respeitadas, enquanto as mulheres de maior poder aquisitivo optam pela cirurgia por comodidade e desconhecimento. **Nébula** relata ver na assistência particular, pouco diálogo sobre as complicações da cesariana, enquanto no SUS há incentivo ao parto normal e paciência durante o trabalho de parto. Também observa que médicos que valorizam o parto normal às vezes são vistos como provocadores de sofrimento. E argumenta ser essencial que haja diálogo, explicação completa sobre riscos e benefícios e incentivo ao parto normal:

Tudo que pode dar errado num parto normal, na cesárea pode dar quatro, cinco vezes pior! Então eu acho que as pessoas banalizaram a cesárea de uma forma que cê nem mais conversa sobre as complicações que podem ter. E tem obstetra que prefere mil vezes a cesárea porque num dia com uma hora marcada, cê vai estar ali por uma ou duas horas, o que é muito rápido, e depois tchau [...] Então eu sinto um pouco isso no particular, uma falta de discussão sobre a cesárea em si e até mesmo uns médicos que empurram cesárea pra paciente (Nébula, 2025).

A presença das Doulas aparece de maneira extremamente positiva em praticamente todos os relatos, embora o contato efetivo com essas profissionais ainda seja limitado dentro da formação universitária. **Eos** afirma que seu primeiro contato ocorreu apenas durante o estágio em Ginecologia e Obstetrícia, quando também conheceu, pela primeira vez, um plano de parto, e o descreveu como “genial”. Antes disso, associava a

---

tipo de parto. A presença de sangue nos lóquios, secreção fisiológica do puerpério composta por sangue e tecidos uterinos, pode contribuir para a percepção desse odor nas primeiras horas ou dias após o nascimento.

Doula apenas ao “imaginário do parto domiciliar em banheira”. Após a experiência, passou a reconhecer profundamente sua importância:

Nessa única experiência que eu tive, quando eu vi que tinha a Doula eu realmente pensei mesmo que ia interferir muito, né? As vezes um plantão cheio, a equipe não é tão grande, lá a gente tem muitas gestantes, tem dia que é muito apertado mesmo [...] Mas então eu tive essa imagem, de que ela iria interferir o tempo todo, as vezes a gente vê muita cobrança principalmente dos acompanhantes, do parceiro, pedindo pra reavaliar a gestante, sendo que a gente acabou de avaliar entre poucos minutos... E não é assim, a gente tem que deixar o parto seguir, é um processo muito longo, na maioria das vezes... E assim, foi totalmente o contrário! A experiência que eu tive com ela [Doula]. Ela era muito tranquila, e acabou que ajudou muito a gente, né? Foi a visão que eu tive foi exatamente o contrário, ela ajudou muito a gente, porque era uma pessoa que ficava o tempo todo ao lado dessa gestante, o que muitas vezes a gente não consegue fazer, ficar ali o tempo inteiro ao lado... A gente tem outras gestantes pra olhar. E o que ela [Doula] solicitava, assim, da equipe não era nada demais, as vezes era pedir a bola da fisioterapia, coisas muito pequenas, que seriam pro benefício da gestante, e ter alguém ali todo tempo ao lado da gestante eu imagino que traga muito mais segurança [...] Claro que todas as gestantes elas têm o direito de ter acompanhante, seja marido, mãe, irmã, quem seja. Mas eu acho que ter uma pessoa capacitada, mais instruída, o tempo todo traz muito mais segurança (Eos, 2025).

**Saturno e Nébula** estudantes da Medicina, relatam conhecer o papel das Doulas principalmente de forma teórica ou por redes sociais, sem convivência prática significativa até o momento na graduação. Lembram-se, de forma superficial, de menções à Doula em sala de aula, mas não como tema debatido com profundidade. Contudo, ambas acreditam que a Doula promove melhorias importantes, por estar presente antes, durante e depois do parto, ajudando a aliviar a dor, distrair a mente e auxiliar na elaboração do plano de parto, ferramenta essencial para que a mulher compreenda e exerça escolhas sobre seu próprio parto.

**Nébula** acrescenta que embora o plano de parto esteja registrado na caderneta do hospital, raramente é preenchido, mas quando abordado em aula, é considerado muito positivo, beneficiando tanto a paciente quanto o médico em termos de segurança jurídica. Ela recomenda a assistência da Doula, especialmente para mães de primeira viagem, ressaltando que, embora familiares possam ajudar, a Doula possui formação específica que traz um ponto de vista mais preciso e orientador, evitando que múltiplas opiniões interfiram no processo. Já **Sol e Halley**, oriundas da Enfermagem, demonstram maior proximidade com o tema, mencionando projetos, colegas e discussões mais frequentes

sobre humanização, dando o exemplo do projeto GestaVida<sup>81</sup>, que abordava intensamente essas questões.

Mesmo entre aquelas que reconhecem a importância da Doula, aparece a percepção de resistência médica e conflitos hierárquicos. **Eos** confessa que, ao encontrar uma Doula pela primeira vez, imaginou que ela pudesse “interferir demais” no parto. **Halley** afirma que ainda existe um “estigma de rivalidade” entre médicos e Doulas, marcado pela falta de reconhecimento da profissional como parte legítima da equipe. **Nébula** também identifica que a Doula está ali para facilitar o trabalho médico, não para gerar conflito hierárquico, mas acredita que existe receio em relação à presença da Doula, não apenas em Viçosa, mas em diversos contextos:

Eu acho que talvez se aplica, porque a gente ouve muita coisa no curso, né? Então cê sabe de uma médica ou um médico que você sabe que gosta muito de fazer uma cesárea, que gosta muito de induzir parto e: ‘ah, não dilatou vamo pra cesárea’. Então assim, você ouve as histórias. Então eu acredito que com a Doula ali, que é uma pessoa que entende do assunto, que já conversou muito com a paciente, que entende os limites muito melhor do que o obstetra [...] Eu acho que pode sim ter essa rivalidade. Mas eu acredito que se você for um obstetra que dá importância pra opinião da sua paciente, for um obstetra que não vai tentar pular etapa, que não vai tentar empurrar uma coisa que aquela paciente não quer, você não tem que temer nada, né? Afinal de contas a Doula tá ali pra te auxiliar também (Nébula, 2025).

**Sol**, comparando experiências entre Viçosa e Belo Horizonte, afirma que, enquanto em Viçosa a Doula frequentemente é vista como antagonista. Hoje, trabalhando no Neo Center<sup>82</sup> em Belo Horizonte essa percepção praticamente não existe:

Eu vi isso muito em Viçosa, apesar de que a Vega conquistou muito o respeito dentro do hospital, até pela personalidade dela, uma pessoa carismática [...] E hoje eu não conheço outra Doula que atue em Viçosa [...] Mas, eu vou falar pela minha experiência. Eu, como enfermeira obstetra, lá eu era vista como inimiga, território inimigo pela maioria dos obstetras e do hospital inteiro (Sol, 2025).

As cinco entrevistadas compreendem a violência obstétrica como questão relevante e ainda muito presente. Todas afirmam ter tido contato com o tema durante a graduação, especialmente em discussões sobre práticas hoje consideradas inadequadas ou violentas. Entretanto, também percebem permanências culturais e institucionais difíceis de superar. **Sol** comenta que o cenário de partos em Viçosa ainda é limitado,

---

<sup>81</sup> GestaVida, se trata de um projeto de extensão ligado à UFV e a Divisão de Saúde da UFV, gerido pelo curso de Enfermagem, que atua promovendo debates, capacitação de profissionais e educação de gestantes sobre parto, direitos das mulheres e assistência integral.

<sup>82</sup> Neo Center, é o centro de atenção neonatal localizado em Belo Horizonte, especializado em cuidados materno-infantis, incluindo suporte a partos humanizados e acompanhamento de recém-nascidos de alto risco.

especialmente devido à falta de investimento. Ela destaca que melhorias estruturais na maternidade trazem benefícios econômicos a longo prazo, pois partos de melhor qualidade e mais naturais resultam em mães e bebês mais saudáveis, reduzindo custos posteriores com medicamentos, cirurgia, UTIN e outros recursos mais custosos. Além disso, sinaliza a falta de profissionais qualificados, como enfermeiras obstétricas, cujos salários adequados não são garantidos, e a estrutura física inadequada das salas, muito expostas e sem privacidade, prejudicando o desenvolvimento do trabalho de parto. Dentre essas questões, também a limitação de profissionais dificulta o gerenciamento e o acompanhamento das gestantes durante a fase ativa do parto. E ainda relata experiências em equipes “pouco empáticas” e fortemente cesaristas no período que atuou no Hospital São Sebastião, o que, em alguns casos, fazia com que a melhor opção para as gestantes fosse a cesariana, evitando sofrer mais violência obstétrica:

Os médicos lá [HSS] são igual um dinossauro! Eles não aceitam plano de parto. No início quando entraram com Doula [...] Eles torciam o nariz, não assistiam as pacientes [...] Tem uma negligência, tratamento diferente, e tudo lá é resolvido na cesárea, não tem analgesia. Tem esquemas de corrupção, onde você entra pelo SUS, mas paga pela sua cesárea por fora [...] Isso está diminuindo lá, porque o Ministério Público bateu lá, mas eu já presenciei [...] Pra conseguir um parto normal você tem que ir querendo muito e o ideal é nunca ir sozinha [...] E com alguém pronto pra brigar (Sol, 2025).

**Halley** menciona que a violência obstétrica continua aparecendo “nos comentários e práticas de profissionais mais antigos”, mesmo quando não explicitamente nomeada. **Saturno** e **Nébula** observam que muitas mulheres chegam ao parto desinformadas e sem consciência plena de seus direitos, o que amplia vulnerabilidades.

Outro eixo recorrente entre as falas é a crítica à negligência da saúde mental de gestantes e puérperas. **Saturno** considera que a medicina ainda negligencia a saúde mental, não apenas de gestantes e puérperas, mas de todos os pacientes, e que a atenção ao aspecto psicológico permanece algo relativamente recente, ainda bastante patologizado:

A gente vê patologias, a gente não vê uma pessoa que está em sofrimento. Tanto que a gente estuda, né? Os transtornos pós-parto [...] mas a gente não fala da sobrecarga que existe para além dessa patologia, de ser um momento realmente muito difícil, que vai trazer uma desestabilização mental (Saturno, 2025).

**Sol** entende que a saúde mental materna foi historicamente negligenciada, embora reconheça mudanças recentes com o aumento da presença feminina na categoria médica, e para promover mudanças significativas, é necessário espaço de discussão e valorização da saúde integral materna:

Até pela formação da categoria mesmo, também vejo uma mudança na formação médica de algumas escolas de medicina. Mas os médicos são formados pra identificar problemas, então eles enxergavam e alguns ainda enxergam como um risco, então ficam preparados pra intervir a qualquer momento [...] Tem mudado pra olhar a gestação como algo fisiológico [...] Com o crescimento também da medicina da saúde da família, então pensar a visão médica pra pensar a promoção e prevenção da saúde, e não pra um tratamento mesmo. Mas é muito diferente, porque a enfermagem é formada pra cuidar, então independente se é ali alto risco ou baixo risco, a gente tá ali pra cuidar [...] Eles não, tão ali pra tratar, é muito mais intervencionista o olhar (Sol, 2025).

**Halley** relaciona esse problema às elevadas taxas de depressão pós-parto e à baixa adesão às consultas puerperais<sup>83</sup>, defendendo acompanhamento psicológico desde o início da gestação como parte da equipe multidisciplinar de assistência. **Nébula** acrescenta que, embora atualmente existam mais discussões sobre baby blues<sup>84</sup> e depressão pós-parto, ainda faltam estratégias concretas de prevenção e suporte emocional continuado.

Entre as respostas das fontes também foi valorizada a luta do feminismo. **Halley** defende que contribui para a humanização, ao colocar a mulher no centro, promovendo empoderamento, autonomia e consciência corporal e mental. E as demais consideraram que sem o movimento feminista, não há quem lute pelos direitos das mulheres, e consequentemente, não há humanização do parto:

Eu sempre falo pras minhas pacientes, quando a gente vai fazer indução de parto, né? Ou toque vaginal mesmo pra avaliar dilatação, que toca o tempo todo, e elas reclamam, e eu falo: ‘gente, se o parto fosse algo masculino, cês podem ter certeza que já teriam descoberto um outro meio pra gente fazer indução de parto, pra gente avaliar dilatação, não seria por toque!’. Então sem o movimento feminista a gente não é nada, é só alguém para gerar filhos e povoar o mundo e manter a mão de obra pro capitalismo (Sol, 2025).

---

<sup>83</sup> A consulta puerperal é o atendimento realizado após o parto, integrante da assistência materna e recomendado como continuidade do pré-natal. Nessa consulta, são avaliadas as condições gerais de saúde da mulher, incluindo a involução uterina, a cicatrização de lacerações perineais ou da incisão da cesariana, possíveis intercorrências clínicas, a saúde das mamas e o processo de amamentação, além de aspectos relacionados ao bem-estar físico e emocional, ao planejamento reprodutivo e às orientações sobre os cuidados no puerpério. No âmbito do SUS, essa consulta integra a linha de cuidado materno-infantil e deve ser ofertada como parte da assistência pós-parto.

<sup>84</sup> O Baby Blues, também conhecido como tristeza puerperal, é uma condição emocional comum e esperada nos primeiros dias após o parto, afetando cerca de 80 a 85% das mulheres. Ele ocorre principalmente devido às intensas alterações hormonais do pós-parto imediato, somadas ao cansaço físico, à adaptação à nova rotina e às demandas do cuidado com o bebê. Os sintomas costumam incluir sensibilidade emocional, choro fácil, irritabilidade e ansiedade leve, surgindo entre o 2º e o 5º dia após o parto e desaparecendo espontaneamente em até duas semanas. Diferentemente da depressão pós-parto, que é um transtorno mental que apresenta sintomas mais intensos e persistentes. Nesses casos, é fundamental o acompanhamento médico e psicológico, pois o quadro requer tratamento especializado e atento. Fonte: Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Depressão Pós-Parto. Brasília: MS, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br> .

Por fim, todas as discentes atribuem papel importante às universidades, aos professores e aos estudantes na transformação do cenário obstétrico. **Eos** argumenta que o parto não deve ser compreendido como um evento meramente procedimental — “nasceu o bebê e acabou” — mas como um processo complexo que exige preparo técnico, emocional e estrutural. Defende ampliação da informação, melhoria estrutural dos hospitais e criação de ambientes mais acolhedores para o parto vaginal. **Saturno** acredita que a mudança deve começar nas universidades, com maior abertura ao debate e incentivo à busca de conhecimento para além da sala de aula. Entretanto, nota que muitos colegas ainda têm uma percepção limitada, restrita à teoria:

Mas eu vejo que os meus amigos, que não tem contato nenhum com isso [parto humanizado], eles aceitam totalmente o que é falado lá e eles vão perpetuar o que foi falado, sabe? Foi ensinado por uma autoridade [...] e depende muito de quem está ensinando, mas eu acho que deveria ter uma atualização desses profissionais, se na prática eles não querem seguir que pelo menos eles ensinem o que é o certo (Saturno, 2025).

**Sol** enfatiza projetos de extensão, protocolos municipais, citou novamente o projeto GestaVida, que também atua nas unidades básicas de saúde, promovendo debates e abordando temas diversos, sendo complementado pelo PROMAG<sup>85</sup>, que oferece suporte dentro do hospital. No entanto, para ela, a mudança depende principalmente da gestão, superando resistências individuais e transformando a cultura social, valorizando profissionais como Doulas e enfermeiras obstétricas, em contraposição à centralidade do médico na assistência. Além da atuação da UFV, a entrevistada acredita que é essencial aumentar a presença de enfermeiras obstétricas nos plantões, garantindo salários adequados e contratação de profissionais qualificados, beneficiando tanto gestantes quanto residentes. **Halley** propõe capacitações, grupos educativos e pesquisas que revelem a realidade da violência obstétrica em hospitais do interior. Já **Nébula** ressalta a importância de discussões abertas, exemplos práticos e atualização constante dos profissionais, articuladas à educação das pacientes e à desmistificação de medos historicamente construídos em torno do parto.

A partir do que foi colocado, podemos inferir que os formadores do conhecimento médico dentro da Universidade Federal de Viçosa, seguem uma postura que revelam uma percepção consolidada sobre o parto, centrada na gestante como protagonista do processo

---

<sup>85</sup> PROMAG: Programa Multidisciplinar de Assistência à Gestante e Família, criado em 2005 no Hospital São Sebastião, em parceria com o Serviço Social. Tem como finalidade oferecer às gestantes e seus familiares apoio, esclarecimento, minimizar ansiedades e prepará-los para receber o bebê de forma tranquila e bem-informada. O programa inclui a gestante e o acompanhante no convívio da maternidade antes do parto.

e na importância de experiências humanizadas. Todas as entrevistadas destacaram que a visão histórica do parto como sofrimento, frequentemente associada à dor intensa, é amplamente influenciada por relatos traumáticos, pela banalização da cesariana e por práticas institucionais que privilegiam intervenções rápidas em detrimento da experiência fisiológica do parto. Nesse contexto, o papel da Doula é percebido como fundamental: ela atua como suporte físico, emocional e informativo, contribuindo para maior segurança, confiança e protagonismo da mulher, e funcionando ainda como mediadora entre gestante e equipe de saúde.

As docentes e discentes também evidenciaram a necessidade de sensibilização e preparo dos profissionais para integrar a Doula de forma colaborativa, reconhecendo sua formação e respeitando sua função complementar à equipe, de modo a reduzir a rivalidade hierárquica e fortalecer a assistência humanizada. Além disso, a análise das entrevistas mostra convergência sobre a relevância da formação acadêmica na percepção e prática de cuidado. Os estudantes de Enfermagem destacaram a ênfase no olhar holístico, no acompanhamento próximo e no biopsicossocial do paciente, enquanto os estudantes de Medicina tendem a enfatizar a intervenção técnica e a abordagem mecanicista.

O ponto mais intrigante nestes depoimentos para mim esteve nas falas das estudantes de medicina, pois, ainda que ambas relatassem que temas como violência obstétrica eram tratados nas aulas, há um descompasso entre prática e teoria. Onde existem discentes que mencionam por exemplo a execução de uma episiotomia como intervenção não rotineira, mas afirmam ainda hoje realizar em suas assistências. Uma informação delicada que coloca em xeque a ética e a qualidade real do que é ensinado nas salas de aula. Como foi dito também por essas alunas, aqueles estudantes que se interessam mais profundamente pela ginecologia e obstetrícia entendem que essas operações são obsoletas e por vezes violentas, então de certa maneira ignoram postura mais rígidas e intervencionistas. Contudo, estes discentes são minoria, o que aponta para uma formação massiva de futuros profissionais que continuarão normalizando práticas não mais alinhadas com as evidências científicas e que podem trazer traumas e sequelas para a experiência de um parto.

Entretanto, ainda sim, todas reconhecem a necessidade de ampliar a discussão sobre violência obstétrica, saúde mental materna, plano de parto e medidas não farmacológicas de alívio da dor. Ressaltando que políticas de capacitação, organização infraestrutural, atualização constante dos profissionais, protocolos claros e o incentivo ao

diálogo entre profissionais, gestantes e familiares são essenciais para transformar a cultura hospitalar e reduzir a resistência institucional à integração da Doula. Diante disso, a articulação entre conhecimento acadêmico, experiências práticas e valorização da autonomia da mulher aponta para caminhos promissores de humanização do parto, evidenciando que, mesmo em cenários com desafios estruturais, a mudança cultural e educativa pode potencializar os benefícios da assistência centrada na gestante.

Em síntese, a perspectiva exógena a respeito da atuação das Doulas e de seus dilemas enfrentados para serem reconhecidas como parte da equipe pelos médicos e pelas instituições demonstrou-se, a partir da análise conjunta dos três grupos — mães, agentes políticos e docentes/discentes da UFV — uma percepção unânime sobre o papel central da Doula na promoção de um parto humanizado. Todos os participantes que compunham estes grupos destacam que a Doula atua como suporte emocional, físico e informativo, garantindo protagonismo e segurança à gestante, além de mediar a relação entre ela e a equipe médica.

Contudo, os relatos apontam que, em Viçosa, a integração da Doula à assistência ainda enfrentou muitas resistências, mesmo que nos últimos anos tenham sido mais facilitado. Essa dificuldade inicial se dava, principalmente, por parte de profissionais mais conservadores ou hierarquizados, além de barreiras estruturais e institucionais, como salas de parto inadequadas, falta de equipamentos e carência de profissionais qualificados. Os três grupos convergem ao indicar que falhas combinadas como: a banalização da cesariana; a falta de preparo das gestantes e a pouca valorização do parto vaginal — comprometem demasiado a experiência do nascimento, respaldam o medo e a sensação de sofrimento, além de trazer à tona a necessidade de políticas públicas, capacitação e atualização profissional e conscientização social para que a assistência humanizada se torne efetiva na cidade.

### **2.3. Afinal, que história nos contam as Doulas em Viçosa?**

A hipótese sugere que, assim como aponta a bibliografia estudada, existe resistência por parte da equipe médica em perceber com bons olhos a atuação da Doula, criando posições de rivalidade. Nesse subtítulo, vai ser investigado se essas possibilidades se confirmam ou não. Desse modo, ouvir que história nos contam as Doulas em Viçosa, se sentem segurança e se estão conseguindo exercer a máxima de seu trabalho ou se

percebem-se oprimidas de alguma forma. Então, aqui será evidenciada a questão central da hipótese: se existe uma diferença tão discrepante de hierarquia entre Doula e médico. Para responder a isso, serão utilizadas os resumos e citações das entrevistas dos dois grupos restantes da divisão das entrevistas que foi definida no subtítulo acima, por isso, serão ouvidos aqui o **Grupo Doulas**, escutando o que elas relatam sobre o cenário de partos na cidade, assim como serão observados os relatos do **Grupo Profissionais da Saúde**. Um exame de abordagem endógeno, para estudar o olhar sobre si dentro da própria trajetória, uma visão interna sobre as ocorrências, tanto a perspectiva das Doulas quanto a perspectiva dos profissionais, descrevendo como cada grupo enxerga a inserção do trabalho da Doula na maternidade do Hospital São Sebastião. Examinar-se-á como a Doula se percebe, e como os médicos e demais profissionais de saúde percebem sua atuação, se a reconhecem como parte integrante da equipe ou como um oponente, permitindo assim uma análise da dinâmica de aceitação, conflito e colaboração no contexto obstétrico local.

Para dar início ao **Grupo Doulas**, composto por cinco integrantes, observa-se forte convergência na maneira como compreendem o parto: todas o associam a transformação, força, passagem e renascimento. **Veja** e **Aurora** utilizam diretamente a metáfora do “portal”, enquanto **Belém** descreve o parto como um marco transformador não apenas para a mulher, mas para toda a família. **Maris** também associa o nascimento ao “renascimento da família” e a uma força “fora do comum”. As cinco entrevistadas rejeitam a compreensão do parto como mero procedimento médico, defendendo-o como experiência profunda, física, emocional, simbólica e relacional. Já **Cassiopeia** diz que o parto vai muito além do mecânico e do humano — é algo animal, instintivo, profundo.

As participantes concordam que a associação entre parto, dor e sofrimento é resultado de construções históricas, culturais e institucionais. **Vega** afirma que a mulher foi historicamente desacreditada em sua capacidade de parir. Segundo ela, a medicalização trouxe a falsa sensação de que anestesia e cirurgia significam ausência de sofrimento, além de reforçar a ideia de que o parto normal seria algo ultrapassado, enquanto a cesariana é romantizada como moderna e mais segura. Ela relata já ter presenciado um anestesista dizer a uma parturiente que a dor do parto seria algo excruciante, comparável a “20 ossos quebrando ao mesmo tempo”, o que se trata de uma comparação desmedida e atroz. Enquanto **Aurora** entende que a hospitalização deslocou o protagonismo feminino para o hospital e para a figura médica masculina. **Belém**

relaciona essa transformação à passagem dos partos domiciliares conduzidos por parteiras para um modelo hospitalar marcado pela manipulação do processo e pela institucionalização da violência obstétrica. **Cassiopeia** acrescenta que o imaginário social do parto está atravessado por narrativas religiosas de pecado, castigo e punição feminina, retomando o mito de Eva. **Maris**, por sua vez, associa esse processo à medicalização e à industrialização do parto, responsáveis por limitar a autonomia das mulheres e fortalecer o imaginário da cesariana como solução moderna e segura.

As experiências pessoais de parto aparecem como elemento central na construção da trajetória profissional das entrevistadas. **Veja** e **Aurora** tiveram cesarianas ou experiências marcadas por violência obstétrica que funcionaram como ponto de ruptura e motivação para ingressarem na doulagem. **Vega** relata ter sofrido um parto normal “forçado”, marcado por intervenções desnecessárias e desrespeito:

Foi tudo muito forçado [...] ele nasceu com um hematoma na cabeça por causas dessas intervenções desnecessárias, não me senti respeitada em momento nenhum, não senti que alguém ali tava olhando por mim, eu senti que eu tava sozinha mesmo passando ali pelo processo... Difícil. Só teve uma residente que eu lembro que chegou perto de mim, passou a mão no meu cabelo e disse: ‘cê vai conseguir... Cê é forte!’. E pra mim foi a única pessoa legal naquele ambiente todo [...] Foi feita a episiotomia, e na hora que fez a episiotomia ele [o pai do filho dela] conta que ele ouviu o barulho do corte e ele saiu da sala e aí eu fiquei sozinha (Vega, 2025).

Reconhece que chegou despreparada e que sua visão anterior sobre o parto carregava certa ingenuidade. Após a experiência traumática, sentiu necessidade de compreender o que havia acontecido, pois, segundo ela, “a realidade não poderia ser a violência pela qual tinha passado”:

E aí nessas pesquisas eu fui entendendo... Entendendo inclusive que eu tive muito mais risco no momento que o médico entrou na cena de parto [...] os riscos que eu tive no meu parto foi praticamente só a partir do momento que teve a figura do médico lá... Quem era pra dar a segurança foi quem trouxe o risco, né? (Vega, 2025).

Foi nesse processo de busca por entendimento que conheceu a profissão de Doula, ampliando significativamente sua percepção sobre o parto. Hoje, entende que o parto humanizado está muito mais relacionado à segurança, respeito e evidências científicas do que à estética frequentemente associada a ele, como: música ambiente, banheira ou uma ideia estereotipada de algo “natureba”. Inicialmente, seu interesse pelo tema surgiu como tentativa de elaborar sua própria experiência e reconhecer as violências sofridas. Posteriormente, ao descobrir a atuação da Doula, sentiu-se motivada a trabalhar na área para que outras mulheres não passassem pelo que viveu.

Com relação a esse estereótipo **Belém** acrescenta apontando a confusão entre Doula e parteira, com muitas pessoas acreditando que ela “faz parto”. Esclarece que as parteiras exerceram historicamente essa função, hoje desempenhada por enfermeiras obstetras, enquanto a Doula oferece suporte não clínico. Também enfrenta a associação da doulagem a algo ultrapassado ou a ideia caricatural de “parir no mato”.

**Aurora** também narra uma cesariana traumática em Viçosa, realizada em 2013, que hoje entende como desnecessária. Conta que estava “com os braços amarrados”, sentindo medo e acreditando que poderia morrer, enquanto seu marido foi impedido de entrar na sala de parto. O pós-parto foi vivido com frustração, dificuldade física e sofrimento emocional profundo, levando-a durante anos a evitar falar sobre o assunto. O episódio que reabre essas memórias ocorre quando sua filha pergunta: “mãe, no dia que eu nasci, você estava feliz?”. Segundo ela, foi nesse momento que percebeu a necessidade de revisitar a própria história.

**Cassiopeia** também passou por uma cesariana em Viçosa, em 2009, sem avaliar a possibilidade de um parto vaginal, já que sua formação e o pré-natal eram centrados apenas nos aspectos técnicos e físicos. Posteriormente, ao realizar o curso de Doula junto com **Aurora**, afirma que “um novo universo se abriu”, compreendendo o parto como processo natural e reconhecendo os riscos da cesariana que antes desconhecia. Em comum, as entrevistadas associam a doulagem não apenas a uma escolha profissional, mas a um processo de elaboração pessoal, cura e transformação das próprias experiências traumáticas.

Em contraste, **Belém** apresenta uma trajetória marcada por experiências positivas de parto. Com sua avó parindo vinte e um filhos de maneira natural e domiciliar. Embora tenha crescido ouvindo relatos difíceis da mãe — especialmente relacionados a medo, dor, abandono e episiotomia, realizada há mais de trinta anos, cuja cicatriz ainda lhe causa desconforto — buscou conscientemente construir uma experiência diferente para si. Preparou-se intensamente para o primeiro parto, realizou acompanhamento com enfermeira obstetra e procurou uma médica com altas taxas de parto vaginal. Seu primeiro filho nasceu em uma maternidade pública estruturada na cidade de Terezina, com recursos como aromaterapia e presença de Doula, tornando-se um marco familiar após vinte e cinco sem partos vaginais em sua família que até então mobilizavam “vaquinhas” para custear a cesariana de todas as gestantes parentes. Posteriormente, também vivenciou um parto domiciliar durante a pandemia de COVID-19, descrito como “tranquilo e feliz”. O

bebê nasceu empelicado<sup>86</sup>, dentro da piscina montada na sala de casa com acompanhamento de enfermeiras obstetras e Doula. Já seu filho caçula, nasceu no Maranhão, em apenas 45 minutos de trabalho de parto, na maternidade onde ela atuava como Doula, e também foi uma experiência positiva. Ela relata que até seu marido reconhece o impacto transformador de vivenciar o trabalho de parto para sua própria consciência como pai e para a construção do vínculo.

**Maris**, diferentemente das demais, ainda não vivenciou a maternidade, mas relata profunda transformação de perspectiva a partir dos estudos sobre parto e da aproximação com a doulagem. Antes, carregava o imaginário das “cenas de novela”, com mulheres “deitadas, gritando e sofrendo”. Com o aprofundamento teórico, passou a compreender o parto como experiência fisiológica e natural, desejando para si um parto vaginal futuramente.

Para se tornarem Doulas, realizaram cursos de capacitação, receberam seus certificados e se cadastraram no HSS, como manda o regulamento. Um ponto recorrente entre as entrevistadas é a compreensão da doulagem como missão, cuidado e resistência. **Belém** a descreve como “vocação, missão e chamado”, atuou também de forma voluntária e afirma já ter ajudado centenas de mulheres ao longo de oito anos de atuação, período em que, em determinados momentos, a doulagem foi o principal sustento da casa. Para ela, ser Doula implica estudo constante, pois novos recursos, evidências e procedimentos surgem continuamente. Também se qualificou como educadora perinatal, consultora de

---

<sup>86</sup> Empelicado é um termo utilizado para descrever o recém-nascido que vem ao mundo com a bolsa amniótica íntegra, mantendo-se mergulhado no líquido amniótico mesmo após a saída do útero. Esse fenômeno raro ocorre em cerca de 1 a cada 80 mil nascimentos. Do ponto de vista médico, a condição é segura e pode oferecer benefícios como a redução de traumas e hematomas durante a passagem e a proteção contra a transmissão de infecções maternas pelo contato com o sangue. Assim que o bebê é exteriorizado, o médico realiza uma pequena incisão na membrana para que a criança possa ser amparada.

amamentação, além de formações complementares como: Spinning Babies<sup>87</sup>, Shantala<sup>88</sup> e Rebozo<sup>89</sup>. **Vega** define ser Doula como “amparar, cuidar, educar e informar”:

Eu fico ali o tempo todo olhando por ela, independente de tudo que tá acontecendo envolta. Eu não tenho responsabilidade técnica, eu não tenho que auscultar o bebê, não tenho que fazer nada disso. Eu tenho que ficar ali por ela, e isso fortalece elas pra continuar até o final. E essa questão da informação que eu acho que é o principal, eu falo assim pra elas: ‘mesmo que eu não tiver lá no dia, cê da conta!’. Tem gente que me procura e fala que talvez não vai conseguir contratar, e eu falo: ‘cê não precisa de Doula procê parir, cê precisa de estudar, cê precisa preparar a pessoa que vai ser sua acompanhante, agora Doula vai ser um complemento, sem Doula cê da conta também!’ (Vega, 2025).

**Aurora** utiliza a expressão “guardiã do parto”. **Cassiopeia** entende a Doula como alguém que oferece “conhecimento, força e apoio”. Apesar das diferenças de linguagem, todas convergem na compreensão da Doula como presença contínua, acolhedora e não técnica, voltada à proteção emocional e à ampliação da autonomia feminina. **Maris** relaciona diretamente a doulagem à espiritualidade cristã, relata que, em uma confissão com um padre da Igreja Católica, ouviu dele que talvez sua forma de rezar estivesse mais ligada a ações concretas. Ao descobrir que “Doula”, do grego, significa “mulher que serve”, sentiu aquilo como providencial e profundamente alinhado à sua fé. Para ela, cuidar de mulheres que estão dando à luz é uma maneira de rezar, servir e amar a Deus. Acrescenta que a doulagem é estar presente em um momento de extrema fragilidade da gestante, ajudando-a, de certo modo, a carregar sua “cruz”. Trata-se de presença, amparo e disponibilidade:

---

<sup>87</sup> O Spinning Babies é um conjunto de técnicas corporais desenvolvido pela educadora perinatal norte-americana Gail Tully, com o objetivo de favorecer o posicionamento ideal do bebê no útero e facilitar o trabalho de parto. As práticas envolvem alongamentos, exercícios posturais e movimentos de equilíbrio pélvico que auxiliam na mobilidade dos músculos e ligamentos da pelve, promovendo mais espaço e alinhamento para a descida do bebê. Embora não seja um procedimento médico, o Spinning Babies é amplamente utilizado por Doulas, fisioterapeutas e profissionais da assistência humanizada ao parto, como um recurso complementar para tornar o parto mais confortável e fisiológico. Disponível em: <https://www.spinningbabies.com/about/what-is-spinning-babies/>.

<sup>88</sup> A Shantala é uma técnica tradicional de massagem indiana para bebês, difundida no Ocidente pelo obstetra francês, Frédérick Leboyer, na década de 1970. Consiste em uma sequência de toques suaves e rítmicos realizados pelos pais ou cuidadores, com o objetivo de fortalecer o vínculo afetivo, além de estimular o sistema circulatório, respiratório e digestivo do bebê. Estudos apontam que a prática pode contribuir para o relaxamento, melhora do sono e alívio de cólicas, promovendo bem-estar tanto para o bebê quanto para quem realiza a massagem. Disponível em: <https://astroszen.com/shantala>.

<sup>89</sup> O rebozo é uma técnica originária da cultura tradicional mexicana, que utiliza um tecido comprido — semelhante a um xale — para acompanhar, acolher e aliviar o corpo da gestante durante a gravidez, o trabalho de parto e o pós-parto. O tecido é movimentado de forma suave ou rítmica sobre o corpo, principalmente na região pélvica, lombar e abdominal, ajudando a relaxar a musculatura, aliviar tensões, promover o encaixe e o reposicionamento do bebê. Embora tenha raízes culturais e simbólicas profundas, o rebozo também é reconhecido como um recurso não farmacológico de conforto e apoio biomecânico, amplamente utilizado por Doulas e profissionais do parto humanizado. Disponível em: <https://www.naolivinaver.com/pt/rebozo-masterclass1>.

Ter esse acolhimento humano, esse acolhimento com respeito... De saber que aquela fase que ela tá passando ali é um momento, que nunca mais vai se repetir na vida dela, por mais que ela tenha outros filhos, por mais que seja de outro parto normal... O parto daquele bebê, ele nunca mais vai se repetir. E acho que tudo que a gente faz deixa marca nas pessoas, então pra que a gente faça o nosso melhor pra que seja uma marca positiva (Maris, 2025).

As cinco entrevistadas também destacam o caráter político da doulagem. **Vega** afirma explicitamente que o trabalho da Doula é um “ato político e de resistência”, realizado contra estruturas patriarcais e machistas que historicamente retiraram o protagonismo feminino no parto. **Aurora** compreende a atuação das Doulas como resistência ao sistema financeiro e hospitalocêntrico. **Belém** reforça que o fortalecimento de equipes multiprofissionais é fundamental para enfrentar esse cenário. **Cassiopeia** e **Maris** também utilizam a ideia de resistência ao modelo excessivamente cesarista e intervencionista. Reconhecem que a cesariana salva vidas, mas ressaltam que é uma cirurgia de grande porte, que corta várias camadas do corpo, e que isso foi sendo normalizado, sem que se falasse suficientemente sobre os riscos e o pós-operatório. Sendo algo que não impacta apenas a mãe, mas também a questão imunológica do bebê e a amamentação.

As entrevistadas demonstram consenso ao descrever o cenário obstétrico de Viçosa como predominantemente cesarista, marcado por forte influência médica e resistência às Doulas. **Aurora** estima que “cerca de 90% dos médicos são cesaristas”. **Vega** afirma que muitos profissionais particulares sequer acompanham parto normal, oferecendo apenas “cesárea agendada”. Como exemplo, cita as segundas-feiras pela manhã, quando há grande número de cesarianas agendadas; caso surja uma situação real de urgência cirúrgica, pode não haver sala disponível. Argumenta que as altas taxas não representam risco apenas para mulheres que optam pela cesariana, mas também para aquelas que planejam parto normal, pois, em caso de necessidade cirúrgica ou de suporte neonatal, pode não haver disponibilidade adequada de sala ou de UTI neonatal, ocupadas por bebês oriundos de cesarianas eletivas. A depoente também lamenta a questão dos convênios, que cobrem apenas seis horas de trabalho de parto, e há médicos que explicitam que, ultrapassado esse tempo, iniciarão intervenções com vistas à cesariana. No plantão, entretanto, os médicos cumprem horário institucional, e, se necessário, há troca de plantão, permitindo que o trabalho de parto siga seu curso sem pressa.

**Cassiopeia** entende que o parto na cidade permanece “muito mercantilizado”, orientado pela lógica de que “tempo é dinheiro”. **Belém** conta que em Teresina, havia estrutura consolidada de equipes de parto humanizado, lei municipal das Doulas e

cadastro nas maternidades, além de reconhecimento social. Ao chegar a em terras viçosenses, imaginava encontrar um cenário semelhante, mas demorou a localizar qualquer tipo mínimo de estrutura. Ficou profundamente impactada encontrando um cenário que descreve como precário e violento entre 2018 e 2019. Seu primeiro parto acompanhado na cidade envolveu o uso de fórceps — situação chocante que nunca havia presenciado anteriormente:

Olha, a minha maior dificuldade em atuar como Doula em Viçosa foi realmente a máscara que alguns profissionais colocavam pra passar o parto humanizado pra gestante, sendo que não tinha nada de humanizado, então acredito que isso dificultou muito mesmo [...] A princípio nós éramos abraçadas pelos médicos... Por uma minoria [...] Mas acredito que quando começou as mulheres a questionar, a verem que algumas coisas não eram legais, acredito que eles começaram a se incomodar [...] E acredito que até mesmo por falta de saber o que se tratava a doulagem (Belém, 2025).

Embora tenha presenciado partos bonitos, também acompanhou nascimentos que considera traumáticos e marcados por violência, muitas vezes não reconhecida pelas próprias mulheres. Afirma que houve dias em que retornava para casa chorando, profundamente abalada:

A gente até tinha uma boa quantidade de nascimentos normais, mas muitos deles assistidos... Com fórceps, muitos com violência obstétrica, episiotomias, manobra de Kristeller eu cheguei a ver também... Algo que eu achei que nem teria possibilidade de vivenciar e eu vivenciei... Muitas e muitas violências (Belém, 2025).

Ainda assim, descreve esse período como de intenso aprendizado e destaca sua contribuição na formação de novas Doulas e na ampliação da popularidade da doulagem. As experiências de inserção profissional das Doulas em Viçosa também apresentam semelhanças marcantes. **Vega, Aurora, Belém e Cassiopeia** relatam recepção inicialmente negativa, marcada por desconfiança, desconhecimento e resistência institucional:

Já presenciei e já vivi isso algumas vezes... Eu costumo falar que tem um médico do plantão que a sensação que eu tinha quando ele me olhava, era que ele tava olhando um saco de lixo assim. Ele me olhava, o olhar dele atravessava e ele passava direto. Sempre que ele ia cumprimentar, ele cumprimentava todo mundo, menos eu no ambiente [...] Era sempre uma pessoa que pedia pra eu sair, quando ia fazer exame de toque e é um momento que eu tô lá segurando a mão dela [parturiente], falando: 'ah relaxa, vai doer um pouquinho, incomoda e tal'. Mas esse profissional sempre pedia pra eu sair da sala, não deixava eu ficar junto. Atualmente eu ainda percebo situações de médicos induzirem a paciente a ir pra analgesia, porque a analgesia é só dentro do bloco cirúrgico e lá eu não entro. Então, em algumas situações eu vejo que o médico tá oferecendo analgesia pra me tirar do cenário. Até aconteceu isso no plantão a uns meses atrás... De o anestesista liberou minha entrada, porque normalmente quem não libera é o anestesista. Mas o obstetra leva ela lá pra dentro, porque

sabe que o anestesista não vai deixar. E aí... eu fui pedir pro anestesista e ele gritou lá de dentro: ‘ah, ela pode entrar sim, a Vega pode entrar sim’. Porque ele já me conhecia, eu já tinha acompanhado com ele em outra situação, e aí eu entrei, vesti a roupa, o pessoal do bloco me deu a roupa tudo, eu já tava lá dentro e a na porta da sala pra poder entrar uma técnica de enfermagem veio e falou: ‘cê vai ter que sair’, aí eu falei: ‘porque?’, ‘porque a obstetra falou’. Aí eu não tive o que fazer. Então eu tive que sair e não pude acompanhar, e depois disso virou cesárea... Totalmente desnecessária, assim, inclusive outros profissionais que tavam ali falaram que realmente não precisava ser cesárea. E aí eu vejo essas situações assim, geralmente eu vejo que quando vão forçar assim, alguma situação, fazer alguma intervenção desnecessária, eles preferem que eu não esteja porque realmente eu sou uma testemunha. E não por questão de processo, mas pela experiência da paciente depois [...] Então eu percebo que alguns profissionais têm essa resistência mesmo, de querer me tirar do cenário... Até pra gestante ficar mais passiva [...] Eu não faço nenhuma escolha por elas, mas eu relembro o que a gente estudou sobre [...]E se eu não tô no ambiente é mais fácil fazer qualquer coisa (Vega, 2025).

Nos atendimentos atualmente, em sua maioria, **Vega** sente-se respeitada; alguns profissionais inclusive solicitam sua opinião durante o trabalho de parto. Destaca que, especialmente em atuações conjuntas com **Lyra**, não percebe hierarquias rígidas, mas sim relações baseadas em respeito e valorização mútua. Observa que isso ocorre com maior frequência nos plantões hospitalares, já que muitos médicos particulares optam por cesarianas agendadas, o que reduz sua atuação nesses contextos: “Dependendo do médico particular, é muito melhor ir pro plantão. A questão do particular aqui não mudou não, continua a mesma... Faz muita cesárea [...] Na maioria eles já falam até que não acompanham parto normal, só cesárea agendada” (Vega, 2025). **Aurora** afirma que sua recepção “não foi boa”, enquanto **Cassiopeia** descreve ter enfrentado resistência de “diversos profissionais”:

Tirando as exceções, que foram essas profissionais que até nos indicavam, grande parte das equipes tinha uma resistência absurda. A gente muitas vezes se sentia, eu e a Aurora, muitas vezes conversávamos sobre isso, as vezes o desgaste era maior [...] A gente se sentia tão não aceita, que isso era mais desgastante do que a situação do parto em si (Cassiopeia, 2025).

**Cassiopeia** chegou a exercer a doulagem como profissão e fonte de renda por alguns anos até 2020. Depois desistiu. E o que a levou a deixar de atuar como Doula foram as muitas barreiras enfrentadas:

Na época, a gente tinha muita dificuldade, nós enfrentamos muita dificuldade, principalmente pra entrar em acesso ao hospital, ao âmbito hospitalar. E aí, o que acontecia era que de repente, um momento que era pra ser de conforto, de acolhimento, um momento agradável, começou a ser um momento de estresse [...] Nós sempre seguimos muito à risca os cuidados, então assim, tem uma equipe médica que assim, acolheu a gente de braços abertos, e a gente sempre trabalhou muito alinhado com a equipe médica. Então assim, muitas vezes o médico deixava avisado no hospital, que ia entrar a parturiente, ia entrar o acompanhante e ia entrar a Doula, e quando a gente chegava, o porteiro barrava a gente [...] E aquilo foi me dando um desgaste, e é claro que a mulher não ia

querer contratar um serviço que na hora que ela mais precisasse a gente não taria ali [...] E eu fiquei muito cansada e num momento eu tinha que escolher, ou eu fazia a doulagem ou eu fazia o trabalho que eu tenho hoje, e aí foi uma mistura de situação financeira, porque eu não conseguia prover minha casa com a doulagem e mais esse estresse todo. Mas eu diria que o principal foi essa dificuldade de exercer o trabalho dentro do hospital (Cassiopeia, 2025).

Quando questionada se teria vontade de retornar à Doulagem, afirma que sim, tem muita vontade. Durante um tempo, tentou não pensar nisso, mas esse desejo reacendeu. Ela descreve o cenário de partos em Viçosa como tendo uma boa estrutura física, porém mal utilizada: “eu cheguei à conclusão que o que vai mudar a qualidade do atendimento não é se é SUS, se é convênio, ou particular... É o profissional, é a equipe! [...] Claro que existe o conforto e toda estrutura, mas o que faz a diferença é na equipe” (Cassiopeia, 2025).

**Vega** menciona que, antes da regulamentação, havia grande dificuldade até mesmo para entrar nos hospitais e que dos seis anos que ela atua como Doula, levou cerca de dois anos para assistir a um parto que pudesse considerar plenamente respeitoso, sem intervenções desnecessárias e com cuidado alinhado às boas práticas. Na maioria dos casos, os partos eram considerados “bons”, mas sempre com algum desalinhamento; além disso, houve situações marcadas por problemas mais graves: Segundo ela, as experiências mais positivas estão associadas a equipes mais atualizadas, abertas e incentivadoras do parto fisiológico:

Até uma experiência que eu tive com um médico mais velho que dá plantão, que ele é bem assim... Tradicional, na forma de atuar. Ele queria de todo jeito fazer uma cesárea, porque a bolsa da mulher tinha rompido e tinha mecônio, que é o cocô do bebê, né? Mas não tinha indicação de cesárea só pelo mecônio, porque era uma gestação de quase 41 semanas, então é esperado que tenha... E aí a Lyra não tava aqui, a Lyra ligou pra ele no dia e falou: ‘não, não precisa’ e tal, tentando convencer ele [...] Não fez a cesárea e depois nos contaram que ele foi estudar sobre isso. E aí eu pensei: ‘nossa, olha só que diferença, a Lyra plantou essa sementinha ali, deu certo, né?’. Então eu vejo que ter essas profissionais que realmente gostam do parto normal faz muita diferença (Vega, 2025).

**Belém** relata que ela e **Aurora** precisavam praticamente “se esconder” para conseguir atuar nos hospitais antes da aprovação da Lei das Doulas. A aprovação da lei aparece como marco central em praticamente todos os relatos:

Eu vivenciei bastante isso aí em Viçosa, porque igual eu te falei, eu venho de uma cidade onde as equipes já trabalhavam, era o nosso natural e chegando aí houve um certo conflito [...] De ver a Doula como uma certa rival, tanto é que a gente corria nos corredores pra não ser vistas, porque realmente eles não queriam a nossa presença (Belém, 2025).

**Aurora e Cassiopeia** narram a mobilização junto à então vereadora **Antares**, promovendo debates, reuniões e visitas técnicas ao Hospital Sofia Feldman. **Vega** considera a legislação fundamental para que as Doulas conquistassem legitimidade institucional e maior tranquilidade para atuar. **Belém** descreve o dia da aprovação como “memorável”, representando “luz e legitimidade” para o trabalho desenvolvido na cidade.

Outro eixo recorrente nas entrevistas é a percepção de que a maior dificuldade da profissão continua sendo o desconhecimento social sobre o papel da Doula. **Vega** afirma que muitas pessoas — inclusive familiares das gestantes — ainda desacreditam sua atuação:

A gente passa por muita coisa aqui, de não ser reconhecido mesmo... As pessoas não sabem qual que é a importância do trabalho e tudo mais, não tem a confiança no trabalho. Às vezes eu passo a gestação toda explicando, e tudo que eu explico é sempre baseado em evidências científicas, não é que eu tire de “baixo do braço”, eu faço todo esse trabalho e aí chega lá no finalzinho a médica fala: ‘ah seu neném tá com o cordão enrolado no pescoço’<sup>90</sup>, vamos fazer uma cesárea!’. E ela [gestante] fala: ‘ai Vega, ela salvou a minha vida’ [...] E o médico acaba ficando muito com essa figura de salvador do ambiente ali, da vida dela e do bebê e tudo mais (Vega, 2025).

**Aurora, Cassiopeia e Maris** mencionam repetidamente o estereótipo de que a Doula seria uma “parteira” ou alguém que deseja “competir” com o médico:

Um dos principais motivos de eu desistir de trabalhar era a não aceitação dos profissionais. Eu acredito que talvez por não conhecer mesmo qual era a função do trabalho da Doula, e não se mostrar assim, aberto a conhecer, a ter esse interesse. Mas o tempo todo a gente era visto como... Uma coisa meio de bruxa, um estereótipo assim (Cassiopeia, 2025).

---

<sup>90</sup> A circular de cordão umbilical, caracterizada pela presença do cordão envolvendo o pescoço fetal (uma ou mais voltas), é um achado relativamente comum na prática obstétrica e, na maioria dos casos, não representa risco à vida do bebê nem constitui indicação isolada de cesariana. Estudos observacionais indicam que a circular de cordão ocorre em aproximadamente 20% a 30% das gestações a termo, podendo ser simples (uma volta) ou múltipla, sem associação consistente com aumento de morbimortalidade perinatal quando não há alterações nos parâmetros clínicos fetais. Do ponto de vista fisiológico, o cordão umbilical é composto por duas artérias e uma veia envoltas pela geleia de Wharton, uma substância mucosa rica em proteoglicanos que confere elasticidade e proteção contra compressões transitórias. Além disso, o fluxo sanguíneo fetal não depende da respiração pulmonar intrauterina, mas sim das trocas gasosas placentárias; portanto, o fato de o cordão estar ao redor do pescoço não implica sufocamento, já que o feto não respira pelo pescoço ou pelas vias aéreas durante a gestação. A literatura científica demonstra que a presença isolada de circular de cordão identificada por ultrassonografia não é indicativo de risco fetal nem justificativa automática para intervenção cirúrgica. O que orienta condutas é a avaliação clínica do bem-estar fetal, por meio de parâmetros como variabilidade da frequência cardíaca fetal, presença de desacelerações persistentes e sinais de hipóxia intraparto. Diretrizes internacionais, como as do American College of Obstetricians and Gynecologists e recomendações da OMS, apontam que a circular de cordão, por si só, não constitui indicação de cesariana eletiva. Em partos vaginais, inclusive, a circular costuma ser facilmente manejada no momento da saída da cabeça fetal, com deslizamento do cordão ou manobra adequada, sem repercussões clínicas significativas na maioria dos casos. Disponível em: <https://institutonascercer.com.br/cordao-enrolado-no-pescoco-e-perigoso-precisa-fazer-cesariana/>.

**Maris** ainda destaca que muitas pessoas acreditam que a Doula “substitui alguém da equipe” ou exerce função desnecessária. Em resposta a isso, todas enfatizam que a Doula não realiza procedimentos técnicos, mas oferece suporte emocional, físico, informativo e contínuo:

Aqui eu vejo que alguns profissionais já são mais abertos pra presença da Doula, o que facilita muito a nossa atuação e a divulgação do nosso trabalho. Mas alguns, aqueles que tiveram a formação a mais tempo que não aceitam... Mesmo tendo a lei, eu já assisti um parto que o médico não aceitou de jeito nenhum, mesmo tendo a lei e mesmo eu tendo crachá do hospital ele não aceitou minha presença na sala de parto [...] E depois que eu já tinha saído ele ainda continuou falando um monte, sabe? E eles [a parturiente e sua parceria], tinham pedido pra fazer o print da placenta<sup>91</sup> e tal, e aí depois que a bebê nasceu, que o marido dela foi pedir a placenta, ele [o médico] só falou assim: ‘eu vou jogar no lixo, se ela quiser ela pega lá depois’ (Maris, 2025).

As entrevistadas também convergem ao afirmar que a presença da Doula melhora significativamente a experiência do parto e contribui para redução de cesarianas e violências obstétricas. **Vega** observa que mulheres acompanhadas tornam-se multiplicadoras naturais dessas experiências positivas, fortalecendo mudanças culturais. **Aurora** afirma que “onde há uma Doula, algo muda”. **Cassiopeia** considera que a presença da Doula impede que a mulher fique “desamparada” durante o trabalho de parto. **Belém** enfatiza a importância das consultorias prévias e do plano de parto como ferramentas de fortalecimento da autonomia. **Maris** chama a atenção especialmente o papel da educação perinatal e da informação.

Outro ponto de forte convergência é a crítica à influência médica na definição da via de parto. **Vega** afirma que a palavra do médico raramente é questionada — “é 100% o que ele fala” — mesmo diante de condutas violentas, devido à autoridade atribuída à figura médica e à culpa que frequentemente recai sobre a mãe em relação às escolhas feitas:

Eu mesma fiz isso, eu agradei o médico, depois de fazer toda a violência. Depois que terminou, e eu tava com meu filho vivo no meu colo, eu falei com ele: ‘brigada doutor!’. E depois de tudo, o que eu queria era processar ele [risos]. Mas depois de 3 anos... Eu demorei 3 anos pra conseguir falar sobre isso e cheguei a pensar num processo (Vega, 2025).

**Belém** estima que os médicos detenham “98% de autonomia” sobre as decisões. **Aurora** descreve estratégias sutis utilizadas desde o pré-natal para induzir medo e

---

<sup>91</sup> O chamado print da placenta consiste em uma prática artística e simbólica em que a placenta, após o parto, é utilizada para fazer uma impressão com tinta ou com os próprios fluidos, em papel ou tecido, registrando sua forma que lembra uma árvore — conhecida como “árvore da vida”. Essa ação é vista por algumas mulheres como uma forma de ressignificar o parto e celebrar o vínculo entre mãe e bebê, guardando a arte final como recordação.

dependência, enquanto **Maris** conta que raramente são explicados de forma clara os reais indicativos de cesariana, o que mantém o processo envolto em opacidade, menciona o mito “falta de passagem” ou “falta de dilatação”<sup>92</sup> e “circular de cordão”. **Cassiopeia** atribui nota “nove, se não mais” para o peso da influência médica.

Porque só quando a mulher começar a escolher, porque pra mim essa questão da mudança, dessa quantidade absurda de “desnecesária”<sup>93</sup> que a gente faz, só vai mudar quando a gente fizer igual a gente fez com o voto, com o divórcio, só quando nós [mulheres] resolvermos nos mover (Cassiopeia, 2025).

As cinco entrevistadas também concordam que SUS e setor privado operam de maneiras distintas. Em geral, percebem que o SUS oferece mais espaço para o parto vaginal por não estar tão submetido à lógica da conveniência médica e do tempo. Entretanto, reconhecem problemas estruturais importantes, como escassez de profissionais, sobrecarga e falta de recursos. Já no setor privado, identificam maior incidência de cesarianas agendadas, aceleração artificial do trabalho de parto e priorização da conveniência profissional.

A relação entre medo e dor aparece como consenso absoluto entre as participantes. **Vega, Aurora e Cassiopeia** afirmam diretamente que medo e dor estão profundamente conectados e que a informação reduz sofrimento ao aumentar sensação de segurança e controle:

---

<sup>92</sup> A dilatação cervical é um processo fisiológico que ocorre apenas quando o corpo entra em trabalho de parto, resultado da ação conjunta de hormônios como a ocitocina, prostaglandinas e relaxina, que promovem o amolecimento e a abertura gradual do colo do útero. Essa dilatação pode chegar a 10 centímetros, permitindo a passagem do bebê, e acontece de forma individual e progressiva, variando de mulher para mulher. Durante esse processo, há também um rearranjo dos ossos da pelve, especialmente na articulação sacroilíaca e na sínfise púbica, para facilitar a descida do bebê. É importante compreender que toda mulher dilata e toda mulher tem passagem; o que muda é o tempo necessário para que o corpo realize essa abertura, que depende não só de fatores fisiológicos, mas também do ambiente e do estado emocional da parturiente — ambientes seguros e acolhedores favorecem a liberação dos hormônios responsáveis pelo progresso do parto. Assim, expressões como “não dilatei” geralmente se referem a situações em que o trabalho de parto ainda não havia se iniciado plenamente, e não a uma incapacidade do corpo de dilatar. Fonte: Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília: MS, 2017. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz\\_nacional\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_nacional_assistencia_parto_normal.pdf).

<sup>93</sup> O termo “desnecesária” é um neologismo utilizado de forma crítica e bem-humorada por ativistas do parto humanizado, Doulas e pesquisadoras da área para designar a cesariana realizada sem indicação clínica baseada em evidências científicas. A palavra resulta da fusão entre “desnecessária” e “cesárea”, operando como recurso linguístico de denúncia diante das elevadas taxas de cesarianas no Brasil, especialmente no setor privado, descrevendo o fenômeno frequentemente descrito como “epidemia de cesarianas”. O uso do termo “desnecesária” evidencia a crítica à medicalização excessiva do parto, à lógica intervencionista e à realização de cirurgias por conveniência institucional, financeira ou por cultura profissional, deslocando o foco da indicação clínica real. Embora não seja um termo técnico, sua circulação no campo da humanização do parto expressa uma forma de resistência simbólica e política à normalização da cirurgia como via predominante de nascimento.

Eu vejo até muita gente que fala comigo: ‘ah eu não tenho coragem de ter parto normal, morro de medo!’. E aí eu pergunto: ‘mas cê tem medo especificamente do que?’, e eles falam: ‘ah porque tem gente que leva “pique”, que tem que apertar a barriga e não se o que’. Aí eu falo assim: ‘cê tem medo da violência obstétrica, cê não tem medo do parto!’. Então, aí eu vejo essa falta de informação mesmo e muito atrelado esse medo da violência e não só ao parto. Mas realmente assim faz toda a diferença quanto a dor, a mulher se sentir segura, se sentir num ambiente tranquilo o trabalho de parto desenvolve muito melhor [...] O medo faz doer mais e faz o trabalho de parto demorar mais (Vega, 2025).

**Vega** ainda comenta relações religiosas com o tema, menciona que já ouviu parturientes, em tom de brincadeira, fazerem referência a Eva durante o trabalho de parto, questionando o que ela teria feito, como se fosse culpada pelo desconforto sentido — evidenciando como narrativas religiosas ainda permeiam o imaginário coletivo sobre dor e punição. **Maris** destaca que a desinformação cria uma compreensão distorcida da dor do parto. **Belém** também entende que experiências traumáticas transmitidas entre gerações alimentam medo coletivo em torno do nascimento.

Por fim, todas as entrevistadas compreendem que a medicina ainda negligencia a saúde mental de gestantes e puérperas. **Vega** considera que aspectos emocionais muitas vezes não são priorizados porque mulheres informadas e emocionalmente fortalecidas reduzem o controle médico sobre o processo. **Aurora** afirma que “o bebê nasce e o médico esquece da mãe”. **Belém** e **Cassiopeia** observam predominância de um olhar excessivamente fisiológico e técnico sobre a gestação e o parto. **Maris** acrescenta que oscilações emocionais frequentemente são tratadas como algo “normal”, invisibilizando sofrimentos que podem se agravar. Diante disso, todas defendem ampliação da informação, fortalecimento de equipes multiprofissionais e maior valorização do cuidado emocional, psicológico e relacional no ciclo gravídico-puerperal.

À vista do que foi explicitado aqui, é notável, através dos depoimentos das próprias Doulas, a existência de uma resistência da parte dos médicos em receber com bons olhos a atuação das Doulas, de maneira mais forte anterior a fundação da Lei de Doulas, e graças à lei, uma melhora significativa nessa recepção. A análise conjunta das entrevistas com as cinco Doulas evidencia uma autopercepção fortemente associada ao cuidado, à presença e ao fortalecimento da mulher. Elas se compreendem como guardiãs do parto, agentes de informação e apoio emocional, responsáveis por resgatar o protagonismo feminino em um evento que consideram transformador — frequentemente descrito como portal, renascimento ou experiência de potência.

A Doulagem aparece, nas falas, como prática de serviço, acolhimento e resistência, atravessada por dimensões éticas, políticas e, em alguns casos, espirituais. Há consenso quanto à centralidade da educação perinatal como ferramenta de empoderamento feminino e como estratégia concreta de enfrentamento às altas taxas de cesariana. Também é recorrente a compreensão de que o parto humanizado não se limita à via de nascimento, mas à qualidade da assistência, ao respeito, ao consentimento e à garantia de autonomia da mulher.

No que se refere à inserção no cenário de parto em Viçosa, as entrevistadas relatam um contexto marcado por resistência institucional e desconhecimento sobre o papel da Doula. Embora algumas experiências pontuais tenham sido descritas como acolhedoras, predomina a percepção de tensão e disputa simbólica com parte da classe médica, especialmente entre profissionais com formação mais antiga. As Doulas narram barreiras de acesso ao ambiente hospitalar, deslegitimação de sua função e estereótipos que as associam à fiscalização ou ameaça à autoridade médica. Ao mesmo tempo, identificam que a presença da Doula tende a promover maior respeito às parturientes e maior qualidade assistencial, mesmo em contextos adversos. De modo convergente, descrevem o cenário local como ainda fortemente medicalizado e mercantilizado, com influência significativa da opinião médica na definição da via de parto, mas reconhecem movimentos graduais de mudança impulsionados pela disseminação de informação, pela mobilização feminina e pela atuação coletiva em defesa da humanização e da Lei de Doulas.

Agora, para finalizar as análises das fontes orais, serão observadas as narrativas do **Grupo Profissionais da Saúde**, composto por cinco integrantes, apresentando o “outro lado da moeda”: uma visão também interna ao cenário do parto, de pessoas que atuam diretamente na assistência clínica e acompanham cotidianamente os processos de nascimento. Em comum, as participantes compartilham a percepção de que o parto ainda está fortemente associado, no imaginário social, à dor, ao sofrimento e ao medo, realidade que relacionam à medicalização do nascimento, à circulação de relatos traumáticos e à falta de informação das gestantes. Ainda assim, todas descrevem o parto vaginal como uma experiência marcada pela transformação, pela potência feminina e pela travessia para uma nova identidade materna. Para **Vênus**, psicóloga perinatal, a imagem que se forma em sua mente ao ouvir a palavra parto é a do momento em que o bebê está no canal

vaginal, vivenciando o chamado “círculo de fogo”<sup>94</sup>, e o parto representa “nascimento — não apenas do bebê, mas de uma mãe”; **Alvorada**, enfermeira obstetra, o define como “renascimento”. Para ela, o parto normal permitiu reconhecer a própria força e potência; **D’alva**, médica, ao ouvir a palavra parto, a cena que se forma para ela é a de um quarto escuro, um ambiente mais íntimo, e um bebê nascendo por via vaginal, um momento visceral, marcado pelo grito e pela potência do nascimento. Como a travessia de um “portal”; **Celeste**, psicóloga perinatal, fala de algo “sublime”, “mágico”, “sobrenatural”, a experiência mais próxima do divino; e **Lyra**, médica, observa como um “momento marcante no qual a gestante conhece o grande amor de sua vida”, em que a mulher “deixa de ser quem era para tornar-se alguém com uma nova razão de viver”. Em quase todas as falas, aparece também a defesa do parto vaginal como experiência fisiológica e não patológica, bem como a crítica à cultura cesarista brasileira.

As entrevistadas relatam trajetórias pessoais que influenciaram diretamente suas atuações profissionais. **Celeste** vivenciou dois partos vaginais em Viçosa, um marcado por violência obstétrica e outro acompanhado por Doulas e enfermeira obstetra, experiência que descreve como “completamente diferente, mais bonita, respeitosa”. O primeiro, na ocasião, não possuía conhecimento sobre a fisiologia do parto nem sobre seus direitos, por isso relata que foi um processo doloroso, marcado por intervenções e repreensões verbais. Houve posição de litotomia, episiotomia, rompimento artificial da bolsa sem consentimento e aplicação de ocitocina sintética sem explicações prévias. Essa vivência impactou profundamente seu puerpério, culminando em um quadro de depressão pós-parto. Na segunda gestação, já conhecia as Doulas **Aurora** e **Vega**, que lhe prestaram assistência. Contou também com acompanhamento de enfermeira obstetra e a experiência foi completamente diferente, mais bonita, respeitosa, com realização da hora de ouro e condução dos processos fisiológicos de forma cuidadosa. Essa vivência teve impacto extremamente significativo em seu puerpério, que ela descreve como muito mais saudável e consciente. A partir dessa experiência positiva, surgiu o desejo de levar essa vivência a outras mulheres, foi então que buscou se especializar na área e tornou-se psicóloga perinatal, atuando desde 2020.

---

<sup>94</sup> O chamado “círculo de fogo” é uma expressão popular utilizada para descrever a intensa sensação de ardor ou queimação sentida pela parturiente no momento em que a cabeça do bebê coroa, isto é, quando o polo cefálico começa a distender o períneo e a vulva para sair. Essa sensação ocorre devido ao estiramento máximo dos tecidos da região, sendo um processo fisiológico e passageiro do parto vaginal.

**Vênus** conta que esse era um assunto abordado em sua família e que sua mãe relatava com pesar o desejo de ter tido um parto natural, praticava yoga e se preparava para isso, mas, à época, havia uma espécie de regra, que ao atingir 40 semanas, realizava-se a cesariana<sup>95</sup>. Seu próprio parto, relata que a gestação foi muito desejada e que sua escolha sempre foi a via vaginal. Estudou intensamente e procurou Doulas logo no início da gravidez. Ocorreu em Viçosa, em 2019, e embora tivesse se preparado e recebido orientação das Doulas, relata que, desde a entrada no hospital, vivenciou diversas violências veladas, muitas das quais diversas mulheres sequer reconhecem como tal. Múltiplas violências: ausência de privacidade, negligência assistencial, repetição de toques vaginais, negação de escolhas, comentários ofensivos e realização de fórceps. Após longo tempo, sua médica apareceu, mas demonstrando pressa e ansiedade, preocupada com atendimentos no consultório:

Eu tenho pavor de lembrar do olhar dela, da forma como ela falava comigo, totalmente assim... Fria, distante, parecia que até fazendo um certo desdém. Depois eu comecei a avaliar isso como algo muito patológico, parecia sádico, sabe? Parecia que ela tava ali sentindo prazer e adorando me ver naquela situação. Foi assim, perverso, um comportamento muito perverso, doentio mesmo (Vênus, 2025).

Me descreveu que quando permitiram a analgesia, informaram que ela teria de escolher entre a presença do marido ou da Doula, pois a analgesia seria realizada no bloco cirúrgico. Optou pelo marido. E a partir desse momento, afastada da Doula, relata que as violências vieram em cascata e “o filme de terror começou”. Recorda que a sala estava cheia de estagiários, sem que tivesse sido solicitado seu consentimento, e que estava nua, algo que a constrangeu. Embora lhe tenham oferecido camisola hospitalar, afirma que aquela vestimenta não foi pensada para o corpo de uma gestante, não fechava adequadamente e atrapalhava mais do que ajudava.

Sentia-se mais confortável em pé, apoiada no marido, mas tinha pouco espaço para se movimentar: “Uma coisa, que uma delas me falou que eu nunca esqueci... eu tava em pé, segurada, apoiada nos ombros do meu marido, e ela falou comigo: ‘abaixa aí de cócoras, cê não dá conta não? Ah não... Acho que cê não dá conta não, cê não é índio, é

---

<sup>95</sup> Atingir 40 semanas de gestação não constitui, por si só, indicação de cesariana. De acordo com diretrizes obstétricas e recomendações internacionais, a gestação a termo compreende o período entre 37 e 41 semanas e 6 dias, sendo considerado esperado que muitas gestações evoluam espontaneamente até esse limite. Na ausência de intercorrências maternas ou fetais, a conduta recomendada costuma ser o acompanhamento clínico e a vigilância do bem-estar fetal, podendo o parto ocorrer espontaneamente. A crença de que a chegada às 40 semanas exige intervenção cirúrgica imediata é frequentemente apontada na literatura como um equívoco interpretativo ou uma simplificação das indicações obstétricas para cesariana.

só índio que faz isso” (Vênus, 2025). Quando começou a sentir o “círculo de fogo”, avisou às médicas que acreditava que o bebê estava nascendo. Elas estavam de braços cruzados, conversando banalidades, e riram ao ouvir seu pedido de ajuda, sem oferecer auxílio imediato:

Eu fiquei muito mal nessa hora, porque eu tava com medo dele nascer, porque eu tava em pé e ele cairia no chão. Porque o meu marido, ele tava ali servindo de apoio pra mim, e elas longe, rindo, e eu acho que ele nasceria ali, naquele momento. E foi o momento que eu falei: ‘ele vai nascer, vem aqui!’. E ela falou: ‘não tem jeito de eu ir aí, deita, porque você deitada eu consigo avaliar melhor, eu consigo proteger seu períneo’, e eu nunca tinha ouvido falar sobre proteger o períneo. E na hora eu não queria deitar, eu tava muito confortável em pé, apoiada no meu marido, mas eu deitei porque eu tava com medo do meu filho cair no chão, nascer, e cair no chão. Aí eu deitei e ele já tava ali na cavidade pra nascer. Mas não é uma posição favorável [...] Uma delas começou a fazer uma massagem entre aspas no períneo<sup>96</sup>, que eu nunca tinha escutado falar daquilo, aquilo ardia pra caramba, e ela falava que era pra relaxar o períneo, pra não precisar fazer a episiotomia [...] Depois falaram que a bexiga estava cheia e tinha que passar uma sonda. Me passaram uma sonda<sup>97</sup> [...] E meu filho ele descia e subia no canal vaginal [...] E aí elas fizeram um esquema pra não parecer que eles tavam fazendo a manobra de Kristeller em mim. Eles pediram pro meu marido apoiar o braço dele [...] Foram lá e instruíram ele como fazer... Que foi segurar a minha barriga e fazer força pra baixo [...] Eu tenho certeza absoluta que se eu tivesse em pé, de quatro, de cócoras ele teria descido. Ele não desceu porque eu tava deitada com as pernas pra cima abertas. E eu em pânico com aquela mulher passando o dedo no meu períneo, e aquilo ardendo [...] E ela falou: ‘Vênus, se ele não nascer na próxima contração eu vou tirar ele com fórceps, tá?’. E eu fiquei em pânico [...] E foi exatamente o que aconteceu, na próxima contração ela já veio com o fórceps e puxou [...] Eu queria ter esperado também pra cortar o cordão umbilical, era algo que a gente já tinha conversado, eu fiz plano de parto, entreguei o plano de parto pra elas, elas assinaram... Pra mim elas rasgam aquilo, porque elas não respeitaram nada [...] Elas falaram que não teve episiotomia, mas teve laceração<sup>98</sup>, não muito,

---

<sup>96</sup> A chamada massagem perineal é descrita na literatura obstétrica principalmente como uma prática antenatal, realizada a partir das 34 semanas da gestação, com o objetivo de aumentar a elasticidade do períneo, promover maior consciência corporal da gestante e potencialmente reduzir o risco de lacerações graves ou episiotomia durante o parto. Essa massagem pode ser orientada por profissionais de saúde, fisioterapeutas pélvicos ou realizada pela própria gestante e por sua parceria, de forma gradual e com lubrificação adequada. Durante o trabalho de parto, entretanto, as diretrizes contemporâneas de boas práticas obstétricas descrevem outras estratégias de manejo do períneo, como o uso de compressas mornas ou o suporte manual suave da região para acompanhar a saída da cabeça fetal, havendo também abordagens que defendem a mínima intervenção (hands-off), permitindo que o processo ocorra de forma fisiológica. Manipulações intensas ou fricções dolorosas do períneo durante o período expulsivo não figuram entre as recomendações rotineiras em diretrizes internacionais e podem gerar desconforto, ardor e risco de lesões teciduais.

<sup>97</sup> A sondagem vesical rotineira durante o trabalho de parto tem sido problematizada na literatura sobre boas práticas obstétricas. Embora a drenagem urinária possa ser indicada em situações clínicas específicas — como em casos de anestesia regional prolongada, retenção urinária ou durante procedimentos cirúrgicos — não há recomendação para sua realização de forma sistemática em partos vaginais fisiológicos. A introdução de sonda urinária pode provocar desconforto, dor, constrangimento e risco de infecções urinárias ou pequenas lesões uretrais, especialmente quando realizada sem indicação clínica clara. Além disso, quando o procedimento ocorre sem explicação adequada ou sem o consentimento da gestante, pode configurar violação da autonomia e da integridade corporal, sendo descrito por estudos sobre humanização do parto como uma prática caracterizada como violência obstétrica.

<sup>98</sup> A laceração perineal consiste em uma ruptura espontânea dos tecidos da região do períneo durante o parto vaginal, classificada em diferentes graus conforme sua profundidade. Quando necessário, é realizada

mas teve... Ele tava no meu colo e elas costurando e doendo muito (Vênus, 2025).

Após o nascimento, relata que não se tem plena consciência do que ocorreu, seja pela ação hormonal ou por mecanismos psíquicos de defesa que suprimem traumas. Mas foram muitas violências vividas. Conta que, no início, nem queria mencionar que o bebê havia nascido por fórceps. Afirmar que leva meses até que a mulher consiga racionalizar o que de fato aconteceu, algo que posteriormente conversou com a Doula, compreendendo o funcionamento dessas memórias. A participante desenvolveu depressão pós-parto, sentindo-se profundamente culpada. Recebeu alta no dia seguinte, mas o bebê apresentou icterícia<sup>99</sup> e permaneceu internado por mais alguns dias. Nesse período, viveu nova experiência de exposição, despreparo das equipes e desconforto estrutural no hospital, sentindo-se muito solitária. Ressalta a ausência de profissionais de saúde mental voltados ao cuidado das puérperas, descrevendo o ambiente como brutal. Afirmar que a maioria das mulheres que atende atualmente relata situações semelhantes ou até mais graves de violência obstétrica.

Já **Alvorada** relata dois partos vaginais no Sofia Feldman, com acompanhamento de Doulas, descritos como experiências felizes, respeitadas, livres e conscientes. Sua visão sobre o parto natural sempre foi positiva, mas ela ressalta que tudo depende do obstetra com quem se está atuando em conjunto. Em comum, as profissionais reconhecem que suas vivências pessoais contribuíram para modificar a percepção sobre o parto e impulsionar o envolvimento com a humanização da assistência.

**D'alva**, ainda não passou por um parto, mas contou-me que nasceu via cesariana, e esse sempre foi um assunto bastante discutido em sua casa. Menciona, inclusive rindo, que o primeiro parto vaginal que presenciou no início da faculdade de Medicina foi tão impactante que ela chegou a desmaiar. Com o tempo, compreendeu por que aquela experiência foi tão marcante, tratava-se de um parto extremamente instrumentalizado, com a paciente em posição de litotomia, presença de laceração significativa e intervenções que lhe causaram grande mal-estar. Durante o internato em Ginecologia e

---

a sutura para favorecer a cicatrização. Embora alguns fatores, como a posição fetal, o parto instrumental e determinadas intervenções obstétricas, possam aumentar o risco de lacerações, a adoção de boas práticas de assistência ao parto contribui para reduzir sua ocorrência e gravidade.

<sup>99</sup> A icterícia é uma condição caracterizada pela coloração amarelada da pele e dos olhos, causada pelo acúmulo de bilirrubina no sangue, substância resultante da degradação das hemácias. É comum em recém-nascidos nos primeiros dias de vida, devido à imaturidade do fígado em metabolizar a bilirrubina, sendo geralmente transitória e de fácil tratamento. Quando necessário, o bebê é submetido ao chamado banho de luz (fototerapia), procedimento que utiliza luzes especiais para ajudar a decompor a bilirrubina e facilitar sua eliminação pelo organismo.

Obstetrícia, realizado em um hospital com forte presença de enfermeiras obstetras, sua visão foi se transformando progressivamente, tornando-se cada vez mais positiva em relação ao parto vaginal. Para ela, não se trata apenas da estrutura física do local, mas, principalmente, dos profissionais que assistem ao parto. A escolha pela especialidade de Ginecologia e Obstetrícia se deu por ser sua área preferida durante a graduação, por apreciar a rotina e, sobretudo, por entender que é uma área que não trabalha primordialmente com a doença, mas com a vida. Ela reconhece que existem patologias, mas afirma que essa não é a regra do ofício; a regra é participar da realização do sonho de uma mulher.

**Lyra** nasceu de cesariana, e esse era um assunto tratado com naturalidade em sua família, onde a via cirúrgica era predominante. Contudo, observa que, aos poucos, sua própria família tem se transformado, passando a manifestar maior intenção pelo parto vaginal nas gerações mais recentes. Relata que sua própria visão sobre o parto vaginal mudou significativamente ao longo dos anos, sobretudo a partir do contato com uma enfermeira obstetra, cuja assistência ela passou a acompanhar. A forma como essa profissional conduzia os partos foi, segundo ela, profundamente transformadora na experiência das gestantes. Além disso, o conhecimento científico sobre a fisiologia do parto também contribuiu para modificar sua percepção: “Como médica eu sou uma ferramenta, eu não sou o centro!” (Lyra, 2025). Atua como médica obstetra há sete anos e afirma trabalhar majoritariamente com parto vaginal.

As cinco participantes avaliam que o cenário de partos em Viçosa apresenta avanços, embora ainda marcado por problemas estruturais, desigualdades e permanências violentas. **Vênus** define o contexto como “obscuro”, afirmando que as políticas de humanização existem “formalmente, mas não são efetivamente aplicadas”. Cita a Lei 14.721/2023<sup>100</sup>, que garante o direito da gestante, parturiente e puérpera ao acompanhamento psicológico, mas afirma que isso não se concretiza em Viçosa, nem nos postos de saúde nem na maternidade. Embora exista psicóloga, os encaminhamentos são raros e restritos a casos muito específicos, e não há capacitação específica para cuidado perinatal. Relata que, durante sua graduação em Psicologia, não houve abordagem

---

<sup>100</sup> A Lei nº 14.721/2023 garante assistência psicológica à gestante, à parturiente e à puérpera, tanto nos serviços de saúde públicos quanto privados, e determina que esses estabelecimentos promovam ações de conscientização sobre a saúde mental materna durante a gravidez, o parto e o puerpério. A lei altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) e entrou em vigor cento e oitenta dias após sua publicação. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2023/lei-14721-8-novembro-2023-794913-norma-pl.html> .

específica sobre puerpério ou impactos emocionais da gestação e do parto, uma lacuna que considera grave. A depoente afirma que o puerpério é o período de maior vulnerabilidade psicológica da vida da mulher, com risco superior até mesmo à adolescência<sup>101</sup>.

**Alvorada, D'alva e Lyra** reconhecem melhorias recentes, sobretudo com maior liberdade de posição, presença de profissionais mais alinhados à humanização e mudanças graduais na formação médica, contudo ainda é possível identificar situações de violência obstétrica, especialmente a depender do obstetra. Sentem falta, principalmente, de maior atuação na atenção básica, pois muitas pacientes chegam ao hospital com pouca ou nenhuma informação: “A gente chega com muita paciente que não foi devidamente instruída dos benefícios do parto normal e acabam optando pela cesárea, assim, de forma cega, sabe? São meio que induzidas mesmo, durante o pré-natal a fazerem cesariana” (Lyra, 2025). **Celeste e D'alva** reforçam, contudo, que a qualidade da experiência depende principalmente do profissional que está na assistência. As depoentes também apontam que a responsabilização de práticas violentas ainda é limitada e que muitas mulheres continuam submetidas a intervenções desnecessárias, como episiotomia, fórceps, manobra de Kristeller, ocitocina sem consentimento e falsas indicações de cesariana.

Eu percebi muita melhora, desde que eu cheguei, até hoje, muito possivelmente porque o quadro, tô falando da realidade SUS, o quadro de plantonistas ali tem mudado. São pessoas mais jovens, da mesma geração que a minha, que já tem um pensamento diferente, já conduz os trabalhos de parto de uma maneira diferente, com menos intervenção, com mais autonomia pra mulher, então tem sido melhor comparado a uns anos atrás. Hoje a gente já consegue também contornar o medo da dor, porque nós já temos anestesistas pra fazer analgesia do parto quando a paciente quer... Então tudo isso vai favorecendo a gente a conseguir, porque a gente tem que convencer a mulher que o parto normal é a melhor via. A gente tem que dar uma pequena aula a cada internação ali no hospital pra elas entenderem, e no final dá tudo certo (D'alva, 2025).

Outro ponto amplamente compartilhado é a percepção da influência médica sobre as decisões das gestantes. Para **Alvorada**, “O peso é 100% o que ele falar, se ela não tiver

---

<sup>101</sup> Estudos em neurociência têm demonstrado que a gestação, o parto e o puerpério promovem intensas alterações hormonais, cognitivas e estruturais no cérebro materno, processo denominado, por alguns autores, de “matrescência”. Pesquisas de neuroimagem indicam que determinadas modificações cerebrais podem persistir por anos após o nascimento do bebê, havendo evidências de que algumas delas permaneçam por longo prazo, possivelmente de forma duradoura, por estarem relacionadas à adaptação para a maternidade. Além disso, as profundas oscilações hormonais e psíquicas do puerpério fazem desse período uma das transições biopsicossociais mais intensas da vida da mulher, sendo frequentemente comparado, em termos de magnitude das transformações, à adolescência. Por essa razão, autores contemporâneos defendem que a matrescência seja compreendida como uma fase do desenvolvimento humano tão significativa quanto a adolescência, embora ainda receba menor reconhecimento social e clínico.

o pé no chão ela vai seguir o que ele falar. E é difícil lutar com isso, tá? Muito difícil, quando chega Natal, Ano Novo e Carnaval<sup>102</sup>... É triste!” (Alvorada, 2025). **Vênus** afirma que a cultura coloca “o médico em lugar de soberania incontestável”. Se a mulher não estuda e não se informa, será facilmente influenciada por falsas indicações, vivenciará violências sem reconhecê-las e ainda agradecerá ao médico como se ele tivesse salvado sua vida:

E infelizmente, os hospitais eles não querem as Doulas, muitos médicos eles não aceitam, é uma condição [...] Tem médico aqui em Viçosa que até hoje não aceita [...] Só tem essa rivalidade com a Doula aquele médico que tem como prática do seu trabalho com a parturientes que não só são violências como são crimes [...] Quando um obstetra é sério, um obstetra que faz seu trabalho da melhor maneira possível, ele não tem rivalidade com Doula, é uma parceria, alguém que tá ali pra te apoiar também, não é alguém que tá ali pra fazer o parto por você, até porque o parto é da mulher, o protagonismo é da mulher [...] Por uma questão de ego também, muitos médicos vão pensar que: ‘tão querendo tomar o meu lugar’ (Vênus, 2025).

**Celeste** destaca que o profissional é visto como “autoridade máxima”, sugere está profundamente ligado a uma cultura brasileira excessivamente medicalizada, na qual o parto precisa ser hospitalar, com anestesia e, muitas vezes, culminando na cesárea — que aparentemente não envolve dor, mas traz outras questões importantes. Ela considera que a influência do médico tem peso muito grande nas decisões, pois o profissional é visto como autoridade máxima, enquanto a mulher grávida é percebida socialmente como mais vulnerável:

Ele quem detém o conhecimento e é ele quem determina como vai ser de certa forma. Então, as vezes, a mulher, ela teme que se ela teimar, o médico dizer que tem que ir pra cesárea e se ela teimar, que ele pode cometer violência de proposito lá na hora. São esses os temores, elas se sentem nas mãos do médico. Muitas acabam acatando a indicação de cesárea mesmo sabendo que aquela indicação não é uma indicação justificável, real [...] Por medo de como pode ser depois. E muitas vezes eu vejo os médicos colocando essas responsabilidades sobre as mulheres. Assim, por exemplo, vai indicar pra cesárea porque não tem passagem, um exemplo, porque a gente sabe que não é indicação, mas aí o médico fala: ‘cê pode até tentar o parto normal, mas eu não garanto nada!’... Coloca sobre a mulher a responsabilidade por algo que, é

---

<sup>102</sup> É comum, em contextos de alta medicalização do parto, que cesarianas eletivas sejam programadas ou antecipadas por razões logísticas e de conveniência — tanto das gestantes quanto das equipes médicas — para evitar que o nascimento ocorra em dias como Natal, Ano-Novo e Carnaval. No Brasil, campanhas e análises de dados mostram que há um aumento nas cesarianas agendadas na semana anterior a esses feriados, sugerindo que parte dos partos é antecipada para não ocorrer nos dias de festas e férias, motivada por agendas de profissionais, rotinas de plantão e fatores organizacionais das maternidades. Essa prática tem sido alvo de campanhas como a da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no âmbito do *Movimento Parto Adequado*, que alerta sobre os riscos de agendar cesarianas desnecessárias e defende o respeito ao tempo natural de gestação, indicando que o nascimento não deve ser “programado” para evitar datas festivas. Dados de acompanhamento também indicam que essa prática pode estar associada a partos ocorrendo em semanas gestacionais menos favoráveis para o bebê, reduzindo a maturidade gestacional e podendo impactar resultados de saúde neonatal. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/boahora-mais-respeito-ao-tempo-de-nascimento-do-bebe> .

ele como profissional que tem que assumir a responsabilidade! Quem tem o conhecimento técnico ali é ele [...] Esse jogo vai fazer com que ela fique com medo e se sentir culpada. É terrível essa postura, mas acontece (Celeste, 2025).

Descrever o cenário de partos em Viçosa, afirma que depende essencialmente do profissional que está na assistência. Defende que a equipe é o fator determinante da experiência da gestante. Embora reconheça que a estrutura hospitalar possua falhas, acredita que o que realmente define a qualidade do parto são os profissionais envolvidos.

**Alvorada** considera Viçosa um cenário muito preocupante, destacando que, no setor privado, os índices chegam a ultrapassar 70%. A respondente aponta que não há incentivo dos planos de saúde para o parto normal e reconhece a existência de uma questão financeira, pois os médicos não recebem valores que consideram compatíveis com o tempo e a disponibilidade que o parto vaginal exige. Além disso, ressalta que há uma questão de consciência profissional que sustenta o próprio sistema que alimenta o aumento das cesáreas: “Pelo SUS, muitas mulheres acham que é forçado [o parto normal], não é! É incentivado. Só que não é 100% incentivado, eles te falam da via, o que é melhor... Mas a depender do plantonista” (Alvorada, 2025).

As entrevistadas associam as altas taxas de cesarianas tanto ao medo das mulheres quanto a interesses estruturais, financeiros e culturais. **D'alva** menciona os baixos valores pagos pelos planos de saúde para assistência ao parto vaginal. Atualmente, estima que haja cerca de três obstetras em Viçosa que realizam assistência ao parto normal por planos de saúde; os demais ou não realizam ou cobram uma taxa adicional para garantir sua disponibilidade. Ela compreende que os planos pagam valores baixos pela assistência ao parto, o que muitas vezes inviabiliza economicamente a prática. Ainda assim, considera mais ético que o profissional se posicione claramente dizendo que não realiza parto normal, em vez de inventar justificativas ou indicar falsas cesarianas para conduzir a paciente à cirurgia, para ela, a franqueza é fundamental. No que diz respeito a rivalidade com a figura da Doula, comentou:

Com certeza! Não vou citar nomes, mas todo mundo sabe quem são... As equipes que veem a Doula como rival, porque são sempre a mesma coisa - intervencionistas, querem colocar ocitocina em todo mundo, faz cesárea porque não quer mais prestar assistência, inventa um sofrimento fetal<sup>103</sup> do

---

<sup>103</sup> Sofrimento fetal: tradicionalmente, o termo “sofrimento fetal” era utilizado para indicar sinais de hipóxia ou estresse intrauterino, detectáveis por meio da cardiotocografia, como desacelerações ou alterações no ritmo cardíaco do feto. Entretanto, essa expressão era considerada alarmista e muitas vezes gerava medo e ansiedade desnecessários nas gestantes, sem refletir imediatamente o risco real. Atualmente, recomenda-se o uso de termos mais descritivos e neutros, como “batimentos fetais não tranquilizantes” ou “alterações do padrão cardíaco fetal”, que descrevem a situação observada sem rotular o feto como “sofrendo”. Essa

nada pra virar cesárea. É uma loucura, uma falta de respeito, fazendo falta de educação com a paciente, gritando perto da paciente, elas ficam desesperadas... É assim, uma coisa absurda. E eles sabem que se a Doula tiver junto, ela não vai deixar as violências acontecerem, entendeu? Então existe, mas por sorte, nenhum desses personagens dão plantão [risos]. Mas assim, é fácil, a pesquisa no google que você fizer, for ver as avaliações sabe? (D'alva, 2025).

**Lyra** reconhece que “a maioria dos médicos pesa muito pra cesárea”. Critica a lógica de praticidade e resolução rápida do nascimento: “Hoje em dia eu acho que o mundo é muito prático, se resolve tudo com hora marcada, e eu não vejo o nascimento como sendo um problema que eu tenho que resolver e que eu não tenho tempo pra esperar, é fisiologia, é ciência! Respeitar a fisiologia é fundamental” (Lyra, 2025). Ela pensa que a opinião do médico influencia significativamente na escolha da via de parto: “A maioria dos médicos pesa muito pra cesárea. Então eu acho que banaliza um pouco o procedimento, coloca que: ‘se for feito por mãos experientes o risco diminui’, e não tem nada disso [...] Então eu acho que isso pesa bastante” (Lyra, 2025).

Em todas as narrativas, a figura da Doula aparece como elemento central na melhoria da experiência do parto. **Vênus** afirma que “deveria ter uma a cada esquina”; **Alvorada** considera sua atuação “fundamental”; **D'alva** relata que “prescreve Doula para todas as pacientes”; **Celeste** a define como “imprescindível”; e **Lyra** afirma “amar essa assistência”, a entrevistada conheceu as Doulas durante a residência e, desde então, trabalha em parceria, indicando o acompanhamento para todas as suas pacientes:

As pessoas têm muita resistência porque acha que Doula é fiscal de parto, entendeu? [...] Que tá ali pra te apontar o dedo, e não é nada disso, ela tá ali pra acompanhar a paciente. Mas, se você ficar fazendo “merda”, se você não tá embasado na ciência, cê vai pagar por aquilo. E durante a residência eu era induzida a ter essa visão, mas nunca consegui pensar dessa forma (Lyra, 2025).

Para **Lyra**, a Doula traz força não apenas para a paciente, mas também para a equipe, estimulando todos a se empenharem na condução do parto. Avalia que o panorama melhora com a participação das Doulas e recomenda fortemente tanto a assistência da Doula quanto a elaboração do plano de parto, tema que aborda com todas as suas pacientes:

Doula acaba que é sinônimo de informação também, né? [...] As Doulas fazem esse trabalho de educação perinatal, as vezes com muito mais tempo do que numa consulta [...] É um momento que a gestante e o parceiro, que é fundamental também, tiram pra se inteirar e se alinhar das expectativas (Lyra, 2025).

---

mudança visa melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e gestantes, evitar alarmismo, promover compreensão e reduzir intervenções desnecessárias, ao mesmo tempo em que mantém a atenção clínica necessária, alinhando-se aos princípios da humanização do parto e à promoção de um acompanhamento mais seguro e empático.

As participantes destacam o acolhimento emocional, o suporte contínuo, a oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor e o fortalecimento informacional das gestantes. Além disso, apontam que a presença da Doula tende a inibir práticas violentas e favorecer uma assistência mais cuidadosa. Diversas interlocutoras também ressaltam que o trabalho conjunto entre Doulas e equipes médicas pode ocorrer de forma harmoniosa, embora reconheçam a existência de conflitos com profissionais que se sentem ameaçados ou discordam do parto humanizado. Segundo **Alvorada**, quando o obstetra tenta afastar a Doula, muitas vezes o faz “para facilitar práticas violentas”. Entre as violências que já presenciou, cita: episiotomia, manobra de Kristeller; mas, sobretudo violências verbais e manipulação das gestantes por meio de indicações falsas de cesariana.

As profissionais também convergem ao discutir a relação entre medo e dor. Para **Vênus**, o ambiente hostil e a desassistência intensificam o sofrimento; **Alvorada** diferencia “dor” de “sofrimento”: “Eu falo que dor, ela é diferente do sofrimento, a dor quando ela tá sendo permitida e você tem liberdade e consciência daquilo que tá acontecendo, essa dor ela é passageira, e o sofrimento não, o sofrimento marca! O sofrimento fica” (Alvorada, 2025). **D’alva** sustenta que “a dor é certa, mas o sofrimento é opcional”; **Celeste** relaciona o medo à falta de informação; e **Lyra** afirma que a dor se intensifica quando associada ao medo:

Parto é muito mental, se você não domina a dor, a dor te domina [...] O que se mais ouve nas maternidades é isso: ‘ai coitadinha, não vou ficar vendo ela sofrer’, e eu sempre falo com as pacientes, é muito a forma como você encara a dor. Dor de sofrimento pra mim é dor de morte... ‘Pra você, dor que traz a vida é o que?’ [...] Se é por medo de dor, a gente tem dor de toda a forma, porque a cesariana também dói depois. Eu brinco que a dor do parto você paga à vista, mas a cesárea você paga à prestação, cê não sabe por quanto tempo vai durar (Lyra, 2025).

Em comum, todas defendem a informação como ferramenta essencial de fortalecimento feminino e combate à violência obstétrica. Nesse sentido, destacam a importância do pré-natal informativo, do plano de parto, da preparação emocional e do acesso à psicoterapia perinatal.

Outro aspecto recorrente refere-se à negligência da saúde mental no ciclo gravídico-puerperal. **Vênus** considera essa lacuna “grave” e critica a ausência de profissionais especializados no cuidado psicológico às puérperas. Como exemplo menciona as altas taxas de depressão pós-parto — muitas sequer diagnosticadas — e as

taxas de suicídio materno<sup>104</sup> frequentemente omitidas. Segundo disse, essa negligência pode ser vantajosa para manutenção de controle sobre as gestantes. **Alvorada** também avalia que a ginecologia e a obstetrícia negligenciam significativamente essa dimensão. **Celeste** destaca a importância do pré-natal psicológico.

**Lyra** reconhece avanços recentes, embora insuficientes, e apontam a escassez de profissionais capacitados. Em diferentes falas, aparecem referências à depressão pós-parto, à vulnerabilidade emocional materna e à necessidade de acolhimento psicológico especializado durante gestação, parto e puerpério. Me descreve que, como coordenadora da maternidade, percebe avanços ao conseguir implementar uma melhoria na formação dos residentes; captação de recursos junto ao poder executivo e legislativo para aquisição de um vácuo extrator<sup>105</sup>, instrumento que oferece maior segurança ao plantonista; implantação da analgesia pelo SUS e aquisição de outros equipamentos. Ainda assim, ressalta que faz muita falta a presença de mais de um obstetra plantonista por turno.

Por fim, as participantes relacionam diretamente os movimentos feministas às transformações nos modos de nascer. **Vênus** afirma que são “as mulheres que impulsionam essa transformação”; **D'alva** e **Lyra** defendem com convicção que os movimentos feministas contribuem de maneira decisiva para os movimentos de humanização do parto, por promoverem autonomia às gestantes tanto na gravidez quanto no trabalho de parto. Recorda que, no processo histórico de hospitalização e medicalização do parto, não havia mulheres médicas; eram homens que dominavam a Medicina e os corpos femininos. Concluindo que os avanços recentes decorrem, em grande parte, das conquistas feministas e do aumento da presença de mulheres na

---

<sup>104</sup> O suicídio materno refere-se às mortes por suicídio que ocorrem durante a gestação ou até um ano após o término da gravidez, independentemente do desfecho gestacional (parto, aborto ou natimorto), sendo considerado na literatura e em sistemas de vigilância em saúde como parte das causas indiretas de mortalidade materna associadas às condições de saúde mental no período perinatal. O suicídio materno é reconhecido como uma das principais causas indiretas de mortalidade no período gestacional e no puerpério em diversos contextos internacionais, estando frequentemente associado a transtornos mentais não diagnosticados ou não tratados, especialmente a depressão pós-parto. A invisibilidade social da saúde mental materna; marcada por expectativas idealizadas da maternidade, pela naturalização do sofrimento feminino e pela centralização do cuidado no recém-nascido; contribui para o silenciamento dessas experiências e para a subnotificação de casos. Estudos de revisão de 2022 apontam que comportamentos suicidas, como ideação e tentativas, podem ocorrer em 5% ou mais das mulheres no período perinatal, e que a presença de depressão aumenta substancialmente esse risco. Disponível em: <https://www.ijirms.in/index.php/ijirms/article/view/1564/1195>.

<sup>105</sup> O vácuo extrator é um instrumento obstétrico utilizado para auxiliar o parto vaginal, por meio da aplicação de uma ventosa na cabeça do bebê, conectada a um sistema de sucção controlado. Trata-se de um mecanismo menos invasivo e menos traumático do que o fórceps, embora exerça função semelhante, ao facilitar a saída do feto em situações de dificuldade no período expulsivo, desde que haja indicação médica e condições seguras para o procedimento.

Medicina. **Celeste** associa o feminismo à defesa da autonomia feminina. Em comum, defendem que a principal estratégia de mudança é a informação: fortalecer gestantes, ampliar o acesso ao conhecimento, humanizar a formação profissional e transformar culturalmente a assistência ao parto.

Diante dessas considerações, verifica-se as entrevistas com as profissionais da saúde revelam convergências importantes quanto à compreensão do parto como evento fisiológico, transformador e marcado por forte dimensão simbólica. De modo geral, elas reconhecem que o imaginário social ainda associa o parto à dor e ao sofrimento, atribuindo essa construção tanto à herança de experiências violentas de gerações anteriores quanto à cultura medicalizada que consolidou a cesariana como via mais “segura” ou conveniente. Há consenso quanto ao peso da autoridade médica na definição da via de parto e ao impacto da desinformação no processo decisório das gestantes. Todas ressaltam a centralidade da informação qualificada, do pré-natal educativo e da mudança geracional entre profissionais como fatores que vêm contribuindo para a melhoria gradual do cenário em Viçosa. Ainda que apontem avanços concretos - como redução de intervenções e melhoria estrutural – reconhecem que a experiência do parto permanece fortemente dependente da conduta individual de cada profissional, evidenciando a coexistência de práticas humanizadas e modelos ainda tecnocráticos.

No que se refere às Doulas, o grupo demonstra uma percepção amplamente positiva e de valorização do trabalho desenvolvido, reconhecendo-o como prática baseada em evidências, promotora de segurança emocional, redução do medo e qualificação da experiência da parturiente. As profissionais destacam que a presença da Doula fortalece não apenas a mulher, mas também a equipe, contribuindo para um ambiente mais atento e respeitoso. Contudo, também emergem relatos consistentes sobre a existência de rivalidade por parte de determinados médicos ou equipes, especialmente aqueles com mais tendência a cirurgia cesariana e ao uso de recursos técnicos e farmacológicos, que percebem a Doula como figura de fiscalização ou ameaça à autoridade. Essa tensão é atribuída tanto à falta de compreensão sobre o papel da Doula quanto a disputas simbólicas de poder no cenário do parto. Ainda assim, as entrevistadas indicam que tal resistência não é generalizada e que há uma tendência de maior integração nas gerações mais jovens de profissionais, sugerindo um processo gradual de reconfiguração das hierarquias e das práticas assistenciais.

Assim, ao examinar as falas dos grupos-chave: Doulas e Profissionais da Saúde, que funcionam como peças centrais para dissertação, compreende-se que, a partir de uma análise comparativa, me foi permitido compreender o cenário do parto em Viçosa como um verdadeiro campo em disputa, nos termos do sociólogo francês Pierre Bourdieu (1989). Trata-se de um espaço social estruturado por posições diferenciadas, no qual distintos agentes como: médicas, enfermeiras obstetras e Doulas, operam a partir de capitais específicos - técnico-científico, institucional, simbólico, experiencial; e disputam legitimidade na condução do nascimento. Embora haja convergência discursiva quanto à valorização da fisiologia e da humanização, as narrativas revelam tensões latentes na redistribuição do poder dentro desse campo.

As profissionais da saúde, especialmente as médicas, reconhecem avanços institucionais e mudanças geracionais, indicando uma reconfiguração interna do âmbito médico. Já as Doulas, situadas em uma posição historicamente periférica no campo obstétrico, evidenciam com maior nitidez as persistências da hierarquia e da centralização da autoridade técnica. Assim, o que está em jogo não é apenas a via de parto, mas a própria definição legítima de quem detém o saber autorizado sobre o corpo feminino.

Sob a perspectiva foucaultiana, as entrevistas também permitem identificar a atuação de dispositivos de saber-poder no cenário do parto. A autoridade médica, reiteradamente mencionada por ambos os grupos, opera como mecanismo de regulação das decisões femininas, especialmente quando associada à produção do medo, seja pelo risco atribuído levemente ao parto vaginal, seja pela responsabilização da mulher diante de possíveis desfechos adversos. O discurso técnico, ao mesmo tempo que protege, também normatiza e disciplina. Nesse contexto, a presença da Doula pode ser interpretada como uma fissura nesse dispositivo, pois introduz outra forma de saber. Forma essa mais relacional, contínua, educativa, que tensiona a lógica verticalizada da assistência. Não por acaso, a rivalidade apontada por algumas entrevistadas emerge sobretudo entre profissionais mais alinhados a práticas intervencionistas, indicando que a resistência não se dirige apenas à pessoa da Doula, mas ao deslocamento simbólico que sua atuação representa.

Tal perspectiva também permite confrontar narrativas historicamente construídas que naturalizaram a autoridade médica sobre os corpos femininos. Como argumenta Elisabeth Vieira, o processo de medicalização da saúde da mulher esteve profundamente articulado à construção de saberes de gênero no interior da medicina, frequentemente

marcados pela desqualificação de conhecimentos tradicionais e pela exclusão das mulheres dos espaços de decisão sobre seus próprios corpos. Nas palavras da autora: “identificamos que nessa tendência de medicalização encontram-se os excessos e a exclusão das mulheres e suas práticas tradicionais [...] tratou-se de investigar a construção de gênero pela medicina e sua articulação com a medicalização” (Vieira, 2002).

Sob esse prisma, torna-se possível reconhecer que o corpo feminino foi, ao longo dos séculos, objeto de intervenções legitimadas por discursos científicos que, muitas vezes, operaram de maneira utilitarista e regulatória, restringindo a autonomia das mulheres e subordinando seus saberes experienciais à autoridade técnica. Entre obediência e exclusão, consolidou-se um modelo de assistência que silenciou vozes femininas e reconfigurou práticas historicamente compartilhadas entre mulheres. Recuperar essa trajetória por meio da oralidade e da historiografia da medicina, portanto, não implica apenas revisitar o passado, mas também evidenciar as bases históricas das disputas contemporâneas, permitindo compreender de que modo tais estruturas podem ser questionadas e transformadas no presente.

Em termos finais, a articulação entre humanização do parto e movimento feminista, mencionada por diferentes profissionais, reforça que essa disputa ultrapassa o âmbito técnico e se insere em um processo histórico mais amplo de reivindicação de autonomia sobre o corpo e a reprodução. O parto, nesse sentido, deixa de ser apenas um evento clínico e passa a constituir-se como espaço político de renegociação de poderes. As Doulas em Viçosa, ao promoverem informação, apoio emocional e fortalecimento do protagonismo, contribuem para a ampliação do capital informacional das gestantes, alterando as dinâmicas decisórias. As profissionais da saúde viçosenses, por sua vez, ao reconhecerem tanto os avanços quanto as resistências internas à categoria, revelam que o campo obstétrico se encontra em transição.

Para encerramento deste capítulo, pontuo que a tensão entre modelo hierárquico e modelo colaborativo não indica uma ruptura consolidada, mas um processo em curso — marcado por embates simbólicos, reconfiguração de papéis e redefinição das fronteiras entre técnica, cuidado e protagonismo feminino. A leitura analítica empreendida até aqui buscou, sobretudo, apresentar, contextualizar e esmiuçar as falas das interlocutoras, permitindo vislumbrar as posições e percepções que atravessam o cenário do parto em Viçosa. No capítulo seguinte, tais narrativas serão retomadas sob uma óptica mais aprofundada, com o objetivo de compreender de que maneira esses discursos revelam

transformações, permanências e possibilidades de reestruturação nas práticas e nos sentidos atribuídos ao nascimento.

## **CAPÍTULO III – ENTRE CONFLITO E TRANSFORMAÇÃO**

### **3.1. Quem caminha junto, quem desvia o passo**

Inaugurando o terceiro e último capítulo desta dissertação, pretendo construir nas próximas linhas uma apuração minuciosa de tudo o que foi debatido nos subtítulos introdutórios do Capítulo I, em confronto ao material detalhado nas páginas do Capítulo II. Até então, no tocante às fontes orais, foi mostrado todo o material coletado, em resumos compilados de minhas transcrições, com ilustrações de frases impactantes dos relatos na íntegra. A partir deste ponto, farei uma problematização mais profunda do que foi descrito nas entrevistas, mostrando os pontos de compatibilidade e divergência com o referencial teórico e entre as próprias coletas da história oral. Para além disso, relacionarei o que foi dito com os dados hospitalares e legislativos, evidenciando como eles interagem entre si.

De modo mais aprofundado, a partir das entrevistas conduzidas com os diferentes grupos, buscarei definir quem contribui efetivamente para o movimento de valorização e reconhecimento do papel da Doula e quem, de certa forma, atrasa ou dificulta esse avanço na cidade de Viçosa. Aqui o enfoque recai sobre a interpretação destes dados narrados, procurando compreender quais atores promovem a melhoria da qualidade dos partos e quais se posicionam contrariamente, especialmente considerando o contexto das altas taxas de cesarianas. O objetivo é identificar, nas fontes orais destacadas, os padrões de apoio ou resistência existentes e como eles impactam o processo de humanização e reconhecimento da atuação das Doulas no município.

Ao mesmo tempo, este subtítulo busca trazer também um respiro dentro da análise, destacando os avanços já conquistados pelo movimento de humanização do parto e pelas Doulas em Viçosa. Serão enfatizados os direitos e espaços já assegurados, bem como o reconhecimento parcial conquistado no contexto da maternidade do Hospital São Sebastião. A partir das entrevistas, dados hospitalares e legislação analisada, será possível evidenciar o efeito concreto do trabalho das Doulas, tanto a curto quanto a longo prazo,

mostrando de que forma sua atuação contribui para a melhoria da experiência de parto, para a redução da violência obstétrica e para a promoção da humanização nos nascimentos em Viçosa. Dessa maneira, este subtítulo busca equilibrar a análise, evidenciando não apenas os desafios e resistências enfrentados, mas também as conquistas e impactos positivos obtidos.

Retomando o problema central desta pesquisa, torna-se necessário reconhecer que a inserção das Doulas no cenário obstétrico da cidade de Viçosa não ocorreu de maneira linear ou pacífica. Ao contrário, os relatos reunidos ao longo das entrevistas evidenciam que a presença dessas profissionais foi inicialmente recebida em um ambiente marcado por resistências institucionais e por disputas em torno da autoridade sobre o parto. Em muitos dos depoimentos analisados, aparece de forma recorrente a percepção de que o espaço hospitalar, especialmente nos primeiros momentos de atuação das Doulas na cidade, não se configurava como um ambiente receptivo à participação das mesmas. A entrada das Doulas nas salas de parto era frequentemente vista com desconfiança, sendo interpretada, por parte de alguns profissionais, como uma interferência indevida em um campo tradicionalmente delimitado pela autoridade médica.

Quando refletimos sobre o cenário atual do parto então, é possível identificar dois caminhos bastante contrastantes. Como foi examinado no contexto dos nascimentos ocorridos no HSS, a partir do que me relataram as participantes - há um lado, um modelo mais revolucionário, pautado pelo parto natural em todos os sentidos, que resgata saberes ancestrais e tradicionais, e conta com a presença ativa de uma Doula como suporte. E outro lado que, encontra-se em um modelo tecnocêntrico, hospitalar, orientado pela patologização, caracterizado por intervenções frequentes e fortemente preso à lógica da medicalização. Essas duas perspectivas, entretanto, não se distribuem de forma aleatória, estão fortemente relacionadas ao acesso à informação, às desigualdades socioeconômicas e ao poder aquisitivo, uma vez que, na realidade atual, o parto natural e humanizado tornou-se um recurso frequentemente restrito a quem pode arcar com ele.

No contexto observado nas entrevistas em Viçosa, tal cenário revela que, o parto está longe de se constituir apenas como um evento biológico ou clínico, também se organiza como um campo social atravessado por relações de poder e por disputas de legitimidade profissional. Nesse contexto, a presença da Doula acaba por tensionar estruturas já estabelecidas dentro do ambiente hospitalar, uma vez que sua atuação propõe uma forma

distinta de acompanhar o processo de nascimento, pautada sobretudo no apoio contínuo à gestante, na valorização de sua autonomia e na busca por um parto menos intervencionista. Ao introduzir esse tipo de cuidado, as Doulas passam a questionar, ainda que indiretamente, a centralidade absoluta da autoridade médica na condução do parir, abrindo espaço para outras formas de participação no cuidado obstétrico.

Na escuta das entrevistas, nota-se que mesmo nesse contexto desigual, é necessário reconhecer os avanços já conquistados no campo obstétrico. Um marco significativo foi a consolidação e difusão do conceito de violência obstétrica, que permitiu nomear práticas antes naturalizadas, trazendo à luz situações de abuso e desrespeito. Ao dar visibilidade a esses casos, abriu-se espaço para uma problematização mais ampla do modelo vigente, estimulando investigações, críticas ao funcionamento do sistema e reflexões sobre a condução dos partos, bem como sobre os limites da autoridade exercida pela equipe médica sobre o corpo da mulher em trabalho de parto. Paralelamente, observa-se o fortalecimento da atuação das Doulas na realidade de Viçosa, profissionais que têm demonstrado impacto relevante na qualificação da experiência do nascimento, contribuindo para a redução da dor percebida, para o enfrentamento de práticas injustas e para a ampliação do amparo físico e emocional às parturientes, assim: “A Doula transforma um lugar não adequado em um lugar adequado” (Fleischer, 2005, p. 4).

Borges (2008), enfermeira, argumenta que não existem saberes absolutos nem ignorâncias totais, mas sim embates de perspectivas que historicamente impulsionam transformações sociais. Nessa linha de pensamento, torna-se urgente aprofundar o questionamento acerca de onde se concentra, de fato, a autoridade sobre o parto, especialmente quando se considera que a informação atua como elemento central na produção de assimetrias de poder, uma vez que “o médico tem informação, instrução, o que o coloca na posição de ‘saber o que está fazendo’ em oposição à gestante que chega no parto sem esclarecimento” (Barrera; Moretti-Pires, 2021, p. 5). Tal configuração não apenas estabelece uma hierarquia entre os sujeitos envolvidos, mas também legitima a centralização das decisões no profissional de saúde, ao passo que fragiliza a autonomia da mulher sobre seu próprio corpo e experiência. Ao produzir uma relação na qual o saber técnico se sobrepõe ao saber experiencial, consolida-se um modelo de assistência que tende a silenciar a parturiente, reduzindo sua participação ativa no processo do nascimento. A assistência ideal não deveria compreender o nascimento como evento

perigoso do qual a mulher precisa ser resgatada, mas acompanhá-lo com atenção técnica criteriosa, intervindo apenas quando necessário.

Portanto, busca-se de abandonar a lógica da doencificação e reconhecer o parto como fenômeno fisiológico, natural e recorrente, conforme defende Bio (2015), favorecendo a construção de relações menos hierarquizadas na obstetrícia. Essa perspectiva evidencia que a presença das Doulas não apenas complementa a assistência tradicional, mas também atua na concretização dos princípios da humanização, promovendo vínculos mais equilibrados entre profissionais e parturientes, reduzindo a assimetria que o enfermeiro Antonio Ferreira Junior e o cientista social Nelson Barros (2016) apontam como estruturante da experiência de parto hospitalar.

Ao mesmo tempo, percebe-se a consolidação de uma racionalidade em que o medo opera como elemento estruturante da crescente tecnificação e mercantilização do parto, sustentada por discursos religiosos, estruturas patriarcais e interesses econômicos. Nesse cenário, a humanização isolada mostra-se insuficiente para enfrentar as raízes do problema, e é justamente nesse espaço que a atuação da Doula ganha centralidade. Ao ocupar funções não contempladas pela assistência tradicional, ao informar, orientar e apoiar as parturientes, as Doulas contribuem para que os princípios da humanização se concretizem na prática cotidiana. Ainda que nem sempre de maneira organizada ou explicitamente articulada, essas profissionais exerceram influência significativa nos movimentos de transformação do cenário obstétrico, promovendo mudanças a partir da identificação de injustiças, excessos e sofrimentos presentes na cena do parto, mobilizando-se para enfrentá-los de forma materializada e habitual.

Esse conflito se manifesta também na relação entre diferentes categorias profissionais que atuam na assistência ao parto. Os relatos coletados indicam que não apenas as Doulas enfrentaram dificuldades de inserção, mas também as próprias enfermeiras obstetras, que muitas vezes descrevem experiências semelhantes de deslegitimação ou resistência por parte de setores mais tradicionais da medicina. Em diversos depoimentos, surge a percepção de que a disputa não se limita a questões técnicas, mas envolve sobretudo a manutenção de hierarquias profissionais historicamente consolidadas dentro do campo da saúde. Nesse sentido, tanto a presença das Doulas quanto a ampliação do protagonismo das enfermeiras obstetras podem ser compreendidas como elementos que pressionam o modelo obstétrico fortemente centrado na autoridade médica.

Ao observar essa conjuntura, torna-se notório que parte dessas resistências está diretamente relacionada à forma como a própria formação médica historicamente estruturou a compreensão do parto. Durante décadas, o ensino da obstetrícia foi amplamente marcado por uma perspectiva tecnocrática, na qual o nascimento passou a ser interpretado prioritariamente como um evento médico que demandaria controle, monitoramento, aceleração e intervenção. Ainda que nos últimos anos haja um movimento crescente de revisão dessas práticas, impulsionado por evidências científicas que apontam os benefícios de uma assistência mais observadora e menos intervencionista, como *hands off*<sup>106</sup>, os relatos indicam que tal mudança ocorre de maneira desigual e, por vezes, marcada por contradições.

Nas entrevistas realizadas para esta pesquisa, surgem menções à própria formação dos futuros médicos como um espaço em que diferentes concepções sobre o parto ainda coexistem no panorama viçosense. Identifica-se a presença de estudantes e residentes cada vez mais familiarizados com os princípios da humanização do parto e com recomendações baseadas em evidências científicas atualizadas. Mas também, persistem práticas e discursos transmitidos por parte de profissionais formadores que ainda reproduzem condutas de interferências clínicas amplamente questionadas pela literatura contemporânea. Entre os exemplos mencionados pelas interlocutoras, aparecem menções de professores que continuam defendendo a realização rotineira de procedimentos como a episiotomia, mesmo reconhecendo que tais práticas têm sido cada vez mais criticadas no campo científico (Diniz, 2009). A permanência dessas condutas também aparece nos relatos das profissionais entrevistadas. Uma das participantes recorda que, durante sua formação e início da atuação profissional, a realização da episiotomia era frequentemente determinada por superiores hierárquicos:

Eu já pratiquei algumas questões que na época não via como violência... E muitas vezes eu até era obrigada a fazer. Mandavam fazer episiotomia, já tive que fazer várias... Hoje em dia não me lembro mais desde que eu assumi o comando do meu carimbo, eu nunca mais fiz uma episiotomia (Lyra, 2025).

Esse cenário revela que o processo de transformação no modelo obstétrico não ocorre de maneira homogênea, mas se constrói a partir de disputas internas ao próprio campo da medicina. Ao mesmo tempo em que novas gerações de profissionais passam a questionar

---

<sup>106</sup> O termo “*hands off*” (literalmente, “mãos fora”) refere-se a uma abordagem obstétrica menos intervencionista, em que o profissional de saúde intervém minimamente no trabalho de parto, permitindo que o processo fisiológico ocorra de forma natural, sendo respeitado o tempo da gestante e a autonomia do corpo feminino. Intervenções médicas são realizadas apenas quando há indicação clínica.

práticas tradicionalmente naturalizadas, ainda permanecem no interior das instituições formadoras referências que reforçam posturas mais intervencionistas. Dessa maneira, a formação médica se torna também um espaço fundamental de reprodução, mas potencialmente também de transformação, das práticas obstétricas.

Se as disputas em torno da autoridade profissional constituem um dos elementos centrais para compreender as resistências enfrentadas pelas Doulas e por outras profissionais da assistência ao parto, constitui-se igualmente necessário considerar como essas dinâmicas também se articulam com processos mais amplos de silenciamento das mulheres dentro do modelo obstétrico dominante. Ao longo das entrevistas analisadas nesta pesquisa, surgem diversos depoimentos que apontam para a dificuldade das gestantes em terem suas vontades, expectativas e decisões plenamente reconhecidas durante o acompanhamento da gestação e, sobretudo, no momento do parto.

Uma das participantes, descreveu um processo de trabalho de parto marcado por sucessivas intervenções médicas e por sentimentos de constrangimento e pressão psicológica ao longo da assistência recebida. A respondente, me contou experiências de desrespeito durante o parto, mas optou por não manter esses trechos em sua transcrição integral. Ela passou por longas horas de trabalho de parto para dilatar, ficou muito cansada e com muita fome durante o processo, disse sentir falta de uma Doula com relação à tipo de cuidado. A entrevistada tinha muito medo de ir para a cesárea, mas como sentia muito desconforto e se encontrava exausta acabou cedendo à pressão externa para ir para cirurgia. A caminho do bloco cirúrgico vieram contrações fortes e o bebê desceu, impossibilitando a cesariana. Para o momento do expulsivo houve realização de posição litotômica, aplicação de ocitocina sintética, puxo dirigido<sup>107</sup> e episiotomia, também me contou que houve uma manobra de Kristeller disfarçada, mas que deixou hematomas. Ela

---

<sup>107</sup> O “puxo dirigido” refere-se à orientação verbal dada à parturiente para que realize esforços expulsivos voluntários, geralmente de forma sustentada e em apneia, durante o período expulsivo do trabalho de parto. Nessa prática, a mulher é instruída a “prender o ar e fazer força” por aproximadamente dez segundos, repetindo o esforço diversas vezes a cada contração, independentemente de sentir ou não o reflexo espontâneo de puxo. Tal conduta foi amplamente difundida no modelo obstétrico tradicional hospitalar, com a finalidade de abreviar o tempo do expulsivo. Entretanto, evidências científicas mais recentes indicam que o puxo dirigido pode aumentar o risco de fadiga materna, lacerações perineais, alterações na oxigenação fetal e maior desconforto, além de interferir na fisiologia do parto ao desconsiderar o reflexo expulsivo involuntário — também conhecido como reflexo de Ferguson — que ocorre de forma espontânea quando há descida adequada do bebê pelo canal de parto. Diretrizes contemporâneas recomendam, sempre que possível, o incentivo ao puxo espontâneo, permitindo que a mulher siga seus impulsos corporais e adote posições de sua escolha, favorecendo melhor oxigenação materno-fetal e menor risco de intervenções adicionais. Assim, a não recomendação rotineira do puxo dirigido está associada à valorização da fisiologia, à redução de danos e ao respeito à autonomia da parturiente. Disponível em: [https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/Recommendations?utm\\_source](https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/Recommendations?utm_source).

relata que autorizou a episiotomia por estar muito fraca e cansada, sentindo o bebê subindo e descendo no canal vaginal, o que resultou num quadro de deficiência respiratória na criança. Para ela, esse combo de intervenções e violências acarretou consequências para a saúde do seu recém-nascido. Além disso ela senti uma pressão psicológica da médica, segundo ela a profissional permanecia “o tempo todo em cima, sem intimidade”, o que a travou mais ainda:

Tava do meu lado, isso não foi agradável... Depois que eu percebi. O médico o tempo todo do seu lado atrapalha o seu processo [...] O médico o tempo todo, aí na hora dá a impressão de que é positivo, só que aquilo me travou também, depois eu fui entender, porque eu ficava assim: ‘gente, tá demorando, ela tá aqui, e ela podia tá em casa com os filhos dela’... Eu não devia pensar isso, eu tava pensando no outro em vez de pensar em mim. Então isso também deu um bloqueio [...] Teve várias situações que por causa do profissional não foram positivas [...] A equipe também não tava preparada, parecia assim, de saco cheio de ficar ali do seu lado (Deneb, 2025).

No momento do parto, a presença constante do médico parecia-lhe uma boa postura, de cuidado e atenção, mas após algum tempo, ela interpretou como invasão, vigilância e cobrança. Essa situação afetou muito a dinâmica familiar nas primeiras semanas que ficaram muito abalados com a forma que ocorreu. Este trecho da entrevista evidencia como a assistência ao parto, no contexto hospitalar, pode produzir ambiguidades na percepção das mulheres acerca das práticas de cuidado às quais são submetidas. A presença incessante da figura do médico durante o trabalho de parto foi inicialmente interpretada pela parturiente como um gesto bom de acompanhamento, sugerindo uma postura de zelo e responsabilidade profissional. No entanto, ao revisitar a experiência posteriormente, essa mesma presença passou a ser percebida como uma forma de pressão, sobretudo diante da sensação de falta de privacidade e da condução insistente das decisões médicas ao longo do processo. Essa mudança de interpretação revela como determinadas práticas institucionais, ainda que apresentadas sob o discurso do cuidado e da segurança, podem ser vivenciadas pelas mulheres como formas de controle sobre seus corpos e sobre o ritmo do parto. Sob esse enfoque, o depoimento sugere que a medicalização do nascimento não se manifesta apenas por meio de intervenções técnicas, mas também através de modos de presença, observação e condução da experiência do parto que reconfiguram as relações de poder entre profissionais de saúde e parturientes.

Em muitos das fontes orais, se sobressai de forma recorrente a percepção de que determinadas escolhas feitas pelas mulheres em relação ao modo como desejavam vivenciar o nascimento de seus filhos eram frequentemente recebidas com descrédito ou deslegitimação por parte de terceiros. Entre os exemplos mais marcantes, destacam-se as

situações em que gestantes que manifestavam o desejo de viver um parto vaginal eram desencorajadas de maneira pouco sensível ou mesmo tratadas como irresponsáveis por insistirem nessa possibilidade. Em algumas conversas, a insistência pelo parto normal foi associada a comentários que classificavam essas mulheres como “loucas” ou “imprudentes”, expressão que revela não apenas uma discordância técnica, mas também uma tentativa de desqualificar suas escolhas e sua capacidade de decisão sobre o próprio corpo.

Essa forma de deslegitimação das escolhas femininas revela um elemento importante da cultura obstétrica ainda presente em muitos contextos, a ideia de que o saber técnico do profissional de saúde deve se sobrepor à experiência e à autonomia da gestante. Nessa lógica, o corpo feminino passa a ser tratado sobretudo como objeto de intervenção médica, e não como sujeito ativo no processo de nascimento. Tal dinâmica contribui para a construção de um ambiente em que a participação das mulheres nas decisões sobre seus próprios partos se torna limitada ou mesmo desencorajada.

Entre os aspectos que emergem das entrevistas, ressalta-se também a presença de preconceitos relacionados à idade das gestantes. Algumas depoentes me disseram que, ao engravidarem em idades consideradas mais avançadas — após os quarenta anos — passaram a ser alvo de discursos que automaticamente associavam sua condição a um maior risco obstétrico, sendo frequentemente orientadas de forma quase automática para a realização de cesarianas. Em determinados casos, o desejo dessas mulheres de vivenciar um parto vaginal foi tratado com estranhamento ou descrédito, reforçando o pensamento preconceituoso e etarista de que suas escolhas estariam fora do que seria considerado “razoável” dentro da lógica médica predominante.

Essas experiências revelam como determinados marcadores sociais — como gênero e idade — também atravessam o modo como o cuidado obstétrico é construído, influenciando as formas de escuta, acolhimento e legitimação das decisões das gestantes. Ao mesmo tempo em que o parto se configura como um evento profundamente marcado pela experiência corporal e emocional da mulher, as narrativas analisadas indicam que essa dimensão subjetiva nem sempre encontra espaço de reconhecimento dentro do modelo hospitalar mais tradicional.

Para além das relações institucionais estabelecidas entre gestantes e profissionais de saúde, é importante considerar também como as percepções sobre o parto são socialmente

construídas e transmitidas entre as próprias mulheres. Narrativas familiares, experiências compartilhadas e memórias coletivas desempenham papel fundamental na formação das expectativas e dos medos que antecedem o nascimento. Em seu artigo, a neurologista Nathália de Figueiredo (2010) aponta que há uma inclinação significativa das mulheres em atribuir grande credibilidade às narrativas e opiniões de familiares, amigas e conhecidas, relatos que, em muitos casos, são marcados por experiências dolorosas, alarmistas e permeadas por sofrimento. Esses testemunhos acabam circulando socialmente e sendo transmitidas de geração em geração, consolidando determinadas percepções sobre o parto. Observa-se, nesse contexto, um movimento de padronização das experiências corporais, de caráter determinista, que produz a impressão de que todos os processos de parto ocorrerão de maneira semelhante. Assim, quando uma mulher descreve ter vivenciado dor intensa ou vulnerabilidade diante do sistema de saúde, cria-se a tendência de generalização, levando outras mulheres a presumirem que inevitavelmente passarão pelos mesmos desconfortos.

Essa dinâmica de circulação de narrativas encontra ressonância na reflexão de Michael Pollak acerca da memória social. Ao analisar os silêncios e as transmissões subterrâneas de experiências, o autor afirma que:

O longo silêncio sobre o passado, longe de conduzir ao esquecimento, é a resistência que uma sociedade civil impotente opõe ao excesso de discursos oficiais. Ao mesmo tempo, ela transmite cuidadosamente as lembranças dissidentes nas redes familiares e de amizades, esperando a hora da verdade e da redistribuição das cartas políticas e ideológicas (Pollak, 1989, p. 5).

No contexto do parto, observa-se movimento semelhante: diante de um modelo obstétrico historicamente marcado pela medicalização e pela autoridade técnica, experiências de dor, violência ou vulnerabilidade são compartilhadas de forma intensa nos espaços íntimos — entre avós, mães, filhas, tias, amigas e vizinhas — constituindo uma memória coletiva que molda expectativas e medos. Assim, não se trata apenas de relatos individuais, mas da formação de um imaginário social transmitido pelas redes afetivas, que influencia a percepção do parto antes mesmo da experiência concreta.

Essa articulação pode ser aprofundada a partir da compreensão da memória coletiva como construção social e política dos corpos. Quando Pollak (1989) analisa a transmissão de lembranças nas redes familiares e de amizade, ele demonstra que a memória não é apenas recordação do passado, mas também mecanismo de resistência e de elaboração simbólica diante de estruturas de poder. No campo obstétrico,

historicamente atravessado pela medicalização e pela centralização do saber técnico, muitas experiências femininas de parto, especialmente aquelas marcadas por dor, silenciamento ou violência, não encontraram legitimidade nos discursos institucionais. Assim, tais vivências passaram a circular prioritariamente no espaço privado, constituindo uma memória compartilhada que molda antecipadamente o modo como o parto é imaginado.

Desse modo, o medo do parto não se constrói apenas a partir de informações biomédicas ou estatísticas de risco, mas também por meio de narrativas transmitidas intergeracionalmente, que homogeneizam experiências e produzem expectativas deterministas sobre o corpo feminino (Vieira, 2002). Fazendo da dor mais um “mito da sociedade moderna contemporânea que deve ser desconstruído pelas mulheres” (Tempesta, 2018, p. 46). O que se consolida, portanto, é um imaginário social no qual o sofrimento é naturalizado e antecipado, revelando que o corpo que pare é também um corpo atravessado por disputas simbólicas, políticas e históricas. Assim, é possível compreender que tais disputas incidem também sobre a própria dimensão sensível e corporal do parto, historicamente dissociada de experiências de prazer. Como apontam a psicóloga Simone Souza e a naturóloga Amanda Scheid:

Com a dissociação da sexualidade do ato de parir, o papel da mãe na sociedade passa a ser compreendido como “mãe assexuada, abnegada, casta e pura”. Portanto, a compreensão do parto também passa a ser aqui sexuada. As mulheres perderam o direito de parir com prazer. Talvez, as mulheres do século XXI, nunca o tiveram, já que o conhecimento sobre a oportunidade de um parto prazeroso — parto orgástico<sup>108</sup> — nem mesmo foi-lhes transmitido, desconhecem essa possível oportunidade, tamanha foi a perda de conhecimentos tradicionais sobre o feminino (Souza; Scheid, 2014, p. 48)

Ainda que essas dimensões não apareçam de forma explícita em todas as entrevistas, essa leitura permite confrontar ainda mais o imaginário construído em torno do parto, evidenciando que a naturalização da dor não é apenas resultado de experiências negativas ou narrativas compartilhadas, mas também de um processo histórico de

---

<sup>108</sup> O termo “parto orgástico” refere-se a uma perspectiva que compreende o parto como uma experiência potencialmente atravessada por sensações de prazer, a partir do reconhecimento de que estruturas fisiológicas e hormonais envolvidas no processo de parir — como a liberação de ocitocina e a ativação de regiões corporais associadas à sexualidade — são semelhantes às mobilizadas em experiências sexuais. Nessa abordagem, o prazer não é entendido como regra ou expectativa normativa, mas como uma possibilidade que pode emergir em contextos de segurança, acolhimento e respeito à autonomia da mulher. A noção também evidencia o quanto a medicalização e os condicionamentos socioculturais contribuíram para o apagamento dessas experiências, consolidando uma visão do parto predominantemente associada à dor e ao sofrimento.

apagamento de outras formas de vivenciar o nascimento, especialmente aquelas associadas ao prazer, à autonomia e ao protagonismo feminino.

Sob essa perspectiva, é possível ainda aproximar essa discussão da noção foucaultiana de biopolítica (Han, 2017), entendendo o parto como um dos campos privilegiados de regulação dos corpos e da vida. Ao longo da modernidade, a medicalização do nascimento consolidou-se como estratégia de gestão do risco e de controle sobre os processos reprodutivos, deslocando saberes tradicionais e experiências femininas para a margem do discurso oficial (Smith, 2021). Assim, quando as narrativas de dor e vulnerabilidade circulam nas redes íntimas, elas não apenas expressam experiências individuais, mas revelam as marcas de um modelo de poder que historicamente disciplinou o corpo feminino. O medo do parto, nesse sentido, pode ser lido não apenas como emoção pessoal, mas como efeito de uma história social de controle, silenciamento e normatização do nascer.

Esse imaginário social, entretanto, não permanece apenas no plano simbólico das memórias compartilhadas entre mulheres, manifestando-se nos depoimentos coletados para essa pesquisa, nas relações concretas estabelecidas entre gestantes e profissionais de saúde, especialmente no acompanhamento pré-natal, em que fica claro que, isso é concretizado nas mentalidades pela notória passividade da grávida perante ao médico, este que, muitas vezes se inclina a sustentar esses discursos assustadores, e a mulher acaba valorizando “mais a opinião do médico em detrimento da sua” (De Figueiredo, 2010, p. 303). É curioso que de fato existe uma preferência pelo parto vaginal no Brasil, segundo pesquisas do médico Isac Leite, que vão contradizer os altos índices de cirurgia cesariana, essa preferência se esvai quando “cerca de 70% delas dizem ter sido influenciadas pelo médico obstetra na escolha final sobre o procedimento ao qual foi submetida” (Teixeira *et al.*, 2021, p. 328). Ou seja, embora muitas gestantes iniciem o pré-natal desejando um parto normal e construindo expectativas em torno dessa experiência, frequentemente são conduzidas a optar por caminhos mais rápidos e economicamente vantajosos para a equipe médica.

Observa-se, por conseguinte, que a escolha pela via de nascimento não pode ser compreendida apenas como decisão individual da gestante. Ela se constrói na intersecção entre narrativas sociais, relações de autoridade médica e estruturas institucionais que historicamente deslocaram das mulheres o protagonismo sobre seus próprios corpos.

Nesse sentido, as elevadas taxas de cesariana registradas no país não expressam simplesmente preferências pessoais, mas refletem um cenário obstétrico marcado por relações assimétricas de poder. Tal dinâmica constata que, embora a obstetrícia moderna tenha contribuído significativamente para a redução de riscos associados ao parto, esse avanço técnico não se traduziu necessariamente em experiências positivas para as mulheres. Como observam Ayres *et al.*, os médicos “obtiveram grande sucesso em relação à segurança do parto, não haviam conseguido o mesmo em relação ao prazer de dar à luz” (2019, p. 61).

Para Eliane Bio (2015), a cultura médica contemporânea ainda se mantém amplamente pró-cesárea, reproduzindo um padrão de assistência considerado antiquado e frequentemente marcado pelo uso excessivo de intervenções já refutadas pelas evidências científicas. Esse formato contribui diretamente para a manutenção dos índices extremamente elevados de cesarianas no Brasil, também muito criticados nas falas das colaboradoras. Nesse contexto, ganha destaque a reflexão da antropóloga escocesa Laurie Denyer, segundo a qual “mulheres grávidas se esforçam para serem classificadas como ‘de risco’ por médicos, enfermeiras e técnicos da área da saúde durante o atendimento pré-natal, de modo a evitar serem alvo de discriminação e abusos físicos frequentemente associados ao parto vaginal” (Hirsch, 2019, p. 81).

A afirmação é particularmente delicada e reveladora, pois aponta para uma inversão significativa na lógica biomédica que estrutura o atendimento obstétrico contemporâneo. Tradicionalmente, a classificação de uma gestação como “de risco” corresponde a uma condição que se busca evitar, uma vez que indica a possibilidade de complicações clínicas e a necessidade de maior vigilância médica. No entanto, quando mulheres passam a desejar ou mesmo buscar esse enquadramento diagnóstico, evidencia-se uma distorção produzida pelo próprio modelo de assistência ao parto. Nesse cenário, o risco deixa de representar exclusivamente uma condição biológica e passa a operar também como estratégia social de proteção.

O medo passa a ser, portanto, elemento central nessa dinâmica. A fama de tratamentos violentos ou desrespeitosos associados ao parto vaginal mostra-se tão disseminada que algumas mulheres chegam a desejar identificar algum fator de risco em suas gestações, como forma de evitar os sofrimentos frequentemente atribuídos ao parto natural. Assim, o que se observa é que o modelo obstétrico vigente não apenas regula os corpos por meio de protocolos técnicos, mas também produz comportamentos adaptativos

nas próprias gestantes, que passam a reorganizar suas expectativas e estratégias diante das estruturas de poder que atravessam o nascimento. O medo do parto, nesse sentido, não se constrói apenas a partir da possibilidade de complicações médicas, mas também da expectativa de desrespeito institucional e violência obstétrica. O que se evidencia é que o modelo obstétrico contemporâneo não produz apenas intervenções médicas sobre o corpo que pare, mas também reorganiza as próprias expectativas femininas em relação ao nascimento, instaurando um cenário no qual o medo e a busca por proteção passam a orientar as escolhas reprodutivas (Tempesta, 2018).

É justamente nesse cenário de medo institucionalizado e de assimetrias nas relações de poder que se torna possível compreender a relevância de iniciativas voltadas à humanização do parto. A presença das Doulas, bem como os espaços de troca entre gestantes, rodas de conversa e grupos de preparação para o nascimento, passam a funcionar como importantes estratégias de reconstrução da autonomia feminina, oferecendo informação, acolhimento e suporte emocional diante de um panorama obstétrico que historicamente deslocou das mulheres o protagonismo sobre seus próprios corpos.

A atuação das Doulas e a construção de redes de apoio entre mulheres surgem como elementos fundamentais para a ampliação das possibilidades de informação e fortalecimento das gestantes ao longo da gravidez. Diversas participantes desta pesquisa destacaram a importância dos encontros entre gestantes, das rodas de conversa e dos espaços coletivos de troca de experiências como momentos decisivos para a estruturação de maior segurança e protagonismo em relação às decisões sobre o parto. Esses espaços de compartilhamento permitem que conhecimentos sobre o processo de nascimento circulem para além dos limites do consultório médico, possibilitando que as mulheres tenham contato com diferentes narrativas sobre gestação, parto e puerpério. Ao ouvirem os testemunhos de outras gestantes, de Doulas ou de profissionais da saúde alinhados a uma perspectiva de cuidado mais humanizada, muitas mulheres passam a reconhecer que determinadas práticas hospitalares tradicionalmente apresentadas como inevitáveis podem, na realidade, ser questionadas ou discutidas.

Assim, as rodas de gestantes e os encontros coletivos entre mulheres desempenham um papel significativo na construção de uma espécie de rede informal de produção e circulação de saberes sobre o parto. Nesses espaços, experiências individuais ganham

dimensão coletiva, permitindo que vivências antes marcadas pelo isolamento ou pela insegurança possam ser reinterpretadas à luz de outras histórias e de outras perspectivas. Esse processo contribui não apenas para ampliar o repertório informativo das gestantes, mas também para fortalecer sua confiança em relação às próprias escolhas. Nesse sentido, a presença das Doulas nesses espaços de diálogo assume um papel particularmente relevante. Ao atuar como mediadoras de informação e apoio emocional, essas profissionais contribuem para aproximar as gestantes de conhecimentos atualizados sobre o processo fisiológico do parto, sobre seus direitos durante a assistência hospitalar e sobre as diferentes possibilidades de condução do nascimento. Mais do que oferecer orientações técnicas, a Doula frequentemente se torna uma figura de suporte contínuo, capaz de escutar as inseguranças das gestantes e ajudá-las a elaborar estratégias para enfrentar um sistema que, muitas vezes, ainda tende a limitar sua autonomia.

Quanto a grande questão das tensões em torno da presença das Doulas, também aparecem nos depoimentos das profissionais entrevistadas ao comentar sobre a relação entre médicos e Doulas no contexto da assistência ao parto. Uma das participantes reconhece a existência de disputas de poder, mas atribui essas resistências sobretudo à incompreensão sobre o papel desempenhado por essas acompanhantes no processo de nascimento:

Sim, eu ouço isso de ambas as partes, e no geral sempre fico do lado da Doula. Tem isso mesmo de disputa de poder, mas é de um médico que não entende o papel da Doula no parto. Porque assim, quando você entende que ela não é uma inimiga, que ela é uma aliada da sua paciente, não tem como ver ela com outros olhos. Se eu respeito a ciência, se eu sigo os protocolos, não tem como eu ter medo [...] Não tem o que temer se você segue tudo da forma correta, agora se você tenta passar a pena no seu paciente... (Lyra, 2025).

O depoimento ressalta como a inserção das Doulas no cenário obstétrico contemporâneo desestabiliza estruturas tradicionais de autoridade no interior das equipes de saúde. Ao afirmar que o receio em relação à presença dessas profissionais estaria associado a práticas que não seguem rigorosamente os protocolos ou evidências científicas, a entrevistada sugere que a Doula pode atuar também como uma figura de mediação e observação no processo de cuidado. Nesse sentido, sua presença não apenas oferece suporte físico e emocional às parturientes, mas também reconfigura, ainda que de forma sutil, as relações de poder que historicamente marcaram a assistência ao parto hospitalar.

Portanto, ao mesmo tempo em que a presença das Doulas pode gerar tensões dentro do ambiente hospitalar, ela também se insere em um movimento mais amplo de fortalecimento das redes de apoio entre mulheres e de ampliação do protagonismo feminino no processo de nascimento. Ao incentivar o acesso à informação, o diálogo coletivo e o compartilhamento de experiências, esses espaços contribuem para que cada vez mais gestantes possam participar de maneira ativa das decisões que envolvem seus corpos e seus partos.

Se as experiências relatadas pelas interlocutoras revelam as tensões presentes no interior do modelo obstétrico tradicional, também apontam para a existência de transformações progressivas no cenário local ao longo dos últimos anos. Embora a inserção das Doulas em Viçosa tenha ocorrido inicialmente em um ambiente marcado por resistências institucionais e disputas profissionais, os relatos indicam que esse cenário tem passado por mudanças significativas, especialmente a partir de mobilizações políticas e da ampliação do debate público sobre a humanização do parto.

Entre os elementos frequentemente mencionados pelas respondentes da pesquisa, destaca-se a importância da construção de marcos legais que reconheçam o direito das gestantes à presença de Doulas durante o trabalho de parto. A aprovação da legislação municipal que regulamenta esse direito representa, nesse sentido, um momento importante na consolidação de novas formas de assistência obstétrica na cidade. Mais do que um simples dispositivo jurídico, a lei se insere em um contexto mais amplo de mobilização social, no qual diferentes atores — profissionais da saúde, movimentos feministas, representantes políticas e grupos de gestantes — passaram a atuar conjuntamente na defesa de práticas mais respeitosas no cuidado ao parto.

Esse processo evidencia como a humanização do parto não se constitui apenas como uma questão técnica ou médica, mas também como um tema profundamente atravessado por debates políticos e por disputas em torno dos direitos das mulheres. Nesse sentido, o engajamento de mulheres na esfera pública, especialmente em espaços de representação política, tem desempenhado um papel relevante na promoção de pautas relacionadas à saúde reprodutiva e à melhoria das condições de assistência obstétrica. A presença de vereadoras e outras lideranças femininas envolvidas na defesa dessas iniciativas contribui para ampliar a visibilidade das demandas das gestantes e para inserir o debate sobre o parto humanizado na agenda das políticas públicas locais.

Paralelamente a essas transformações no campo político, as entrevistas também indicam que mudanças no próprio ambiente hospitalar têm contribuído para alterar, ainda que de maneira gradual, a dinâmica da assistência ao parto. Entre os fatores apontados pelas interlocutoras, destaca-se a ampliação da presença de estudantes e residentes no HSS, especialmente com a consolidação do hospital-escola. A chegada de novos profissionais em formação tende a introduzir no cotidiano hospitalar debates mais atualizados sobre práticas obstétricas baseadas em evidências científicas, favorecendo a revisão de condutas que, durante muito tempo, foram naturalizadas no interior da assistência ao parto. Entretanto, como indicam os próprios depoimentos analisados neste estudo, essa transformação geracional não ocorre de forma homogênea. Embora muitos estudantes e jovens profissionais demonstrem maior familiaridade com os princípios da humanização do parto e com recomendações contemporâneas da literatura científica, ainda permanecem no interior das instituições formadoras referências profissionais que reproduzem práticas tradicionalmente intervencionistas. Desse modo, o ambiente de formação médica acaba se configurando como um espaço de convivência entre diferentes concepções sobre o parto, de um lado, perspectivas que buscam valorizar a fisiologia do nascimento e reduzir intervenções desnecessárias; de outro, visões mais tradicionais que continuam a enfatizar o controle médico sobre o processo.

Essa coexistência de modelos distintos evidencia que a transformação do campo obstétrico se constrói de maneira gradual, atravessada por disputas simbólicas e por processos de renegociação das práticas profissionais. Ainda assim, os relatos das interlocutoras sugerem que, apesar das tensões existentes, o cenário da assistência ao parto em no Hospital São Sebastião em Viçosa tem apresentado sinais de mudança ao longo dos últimos anos. Essa percepção também pode ser observada a partir dos dados hospitalares referentes às formas de nascimento registradas na cidade. Ao analisar os números relativos aos partos ocorridos entre 2019 e 2024, torna-se possível identificar alterações relevantes na proporção entre partos vaginais e cesarianas. No ano de 2019, por exemplo, os partos vaginais representavam cerca de 36,5% do total de nascimentos, enquanto as cesarianas correspondiam a 63,5%. Nos anos seguintes, entretanto, observa-se um aumento progressivo na porcentagem de partos vaginais registrados nas instituições hospitalares locais.

Em 2020, os partos vaginais passaram a representar 44,5% dos nascimentos, ao passo que as cesarianas corresponderam a 55,5%. Já em 2021, essa proporção se aproximou

ainda mais de um cenário de equilíbrio entre as duas modalidades, com 48,3% de partos vaginais e 51,7% de cesarianas. Tendência semelhante pode ser observada nos anos subsequentes em 2022, os partos vaginais representaram 48,2% do total, enquanto as cesarianas corresponderam a 51,8%; em 2023, os partos vaginais alcançaram 48,5%, frente a 51,5% de cesarianas. Embora os dados de 2024 indiquem uma pequena oscilação nessa proporção — com 45,6% de partos vaginais e 54,4% de cesarianas — o conjunto da série histórica analisada aponta para uma tendência de crescimento na realização de partos vaginais em comparação com o cenário observado no final da década anterior. A mudança numérica, ainda que gradual, pode ser interpretada como um indício de que o debate sobre a humanização do parto e a ampliação da presença de profissionais alinhados a esse modelo de assistência, a partir da aprovação da lei em 2019 têm produzido impactos concretos na prática obstétrica local.

Sob essa perspectiva, diferentes iniciativas institucionais também contribuem para fortalecer práticas de cuidado mais integradas no campo da saúde materno-infantil. Um exemplo frequentemente citado nas entrevistas refere-se à atuação do banco de leite humano da cidade, reconhecido como referência para a microrregião no apoio à amamentação e no atendimento a recém-nascidos em situação de vulnerabilidade, especialmente aqueles internados em unidades neonatais. A existência de serviços dessa natureza evidencia como determinadas políticas de cuidado voltadas para o início da vida podem produzir impactos significativos não apenas na saúde dos bebês, mas também na construção de uma rede mais ampla de atenção à saúde materna.

Assim, ao observar conjuntamente os relatos das interlocutoras, as transformações institucionais recentes e os dados hospitalares disponíveis, torna-se possível perceber que o cenário da assistência ao parto em Viçosa se encontra atualmente em um momento de transição. Se, por um lado, persistem estruturas profissionais e institucionais que ainda reproduzem práticas intervencionistas, por outro, observa-se a emergência de novos atores, novas políticas e novos debates que vêm gradualmente reconfigurando as formas de compreender e conduzir o nascimento no contexto local.

Embora seja possível identificar as transformações, dentre as respostas das colaboradoras também indicam que a própria consolidação de práticas mais alinhadas ao modelo de humanização do parto ainda enfrenta obstáculos significativos. Entre os fatores mencionados, destaca-se a influência de interesses econômicos que historicamente

contribuíram para a consolidação de um modelo obstétrico fortemente marcado pela medicalização e pela elevada incidência de cesarianas.

A cesariana, enquanto procedimento cirúrgico, passou a ocupar uma posição central na assistência obstétrica em diversos contextos hospitalares ao longo do século XX, especialmente em países onde a organização dos serviços de saúde passou a privilegiar uma lógica produtivista na condução dos atendimentos médicos. Nesse modelo, a previsibilidade e a rapidez do procedimento cirúrgico frequentemente se apresentam como elementos que favorecem sua adoção, uma vez que permitem maior controle sobre o tempo de trabalho dos profissionais e sobre a organização da rotina hospitalar e respectivas internações. Ao contrário do parto vaginal, cujo tempo de duração pode variar significativamente de acordo com as condições fisiológicas de cada gestante, a cesariana tende a ser percebida como um procedimento mais calculável. Tal característica contribui para que, em determinados contextos, o parto cirúrgico seja associado a uma forma de otimização do tempo médico, permitindo que um mesmo profissional acompanhe um número maior de pacientes em um intervalo mais curto:

Uma das bases da legitimação desse modelo seria a concepção dualista de natureza/cultura, corpo/mente, feminino/masculino que se expressa através da metáfora, popularizada por Descartes, do corpo-máquina humano, cujo controle e aperfeiçoamento cabe à ciência. Segundo essa concepção, o corpo feminino é considerado inferior ao masculino e é retratado como uma máquina inerentemente defeituosa. O nascimento passa a ser entendido como ato médico e procedimento cirúrgico, cuja finalidade é proteger a mulher e o recém-nascido desse corpo-máquina feminino (Hotimsky *et al.*, 2002, p. 10 *apud* Fleischer, 2005, p.7)

Essa concepção dualista, ao transformar o corpo feminino em um “corpo-máquina” sujeito à correção e controle científicos, não se limita a uma ideia abstrata: ela estruturaliza uma lógica de intervenção que permeia as práticas obstétricas cotidianas. O parto deixa de ser percebido como um processo fisiológico e relacional, marcado por autonomia e cuidado, e passa a ser enquadrado como procedimento médico a ser administrado, controlado e, muitas vezes, acelerado em nome da “segurança”. Essa racionalidade científica, embora muitas vezes tácita, acaba por legitimar escolhas médicas centradas na intervenção cirúrgica, reduzindo o protagonismo das mulheres e obscurecendo a importância de conduções mais pacíficas e respeitadas do parto fisiológico.

Assim, essa lógica também se reflete nos depoimentos das profissionais entrevistadas: ao comentarem sobre cesarianas eletivas, elas criticam a ideia de que tais

procedimentos possam ser tratados apenas como “opções de serviço”, evidenciando que, por trás da prática, existem tensões profundas entre lógica médica, autonomia feminina e cuidado humanizado:

Eu acho que não deveria existir cesariana agendada, exceto em caso de restrita indicação, mas aí ela não é eletiva, não é “a pedido”. “A pedido” eu sou completamente contra, acho que não deveria existir, sabe? Eu sei que tá limitando o direito da mulher, mas assim, eu falo que o hospital não é restaurante, eu chego e falo quero isso, quero aquilo... A gente não trabalha com cardápio [...] Tem coisas que eu acho que não deveria ser tão uma opção, tão uma escolha, porque muitas vezes, a pessoa vai ter informação adequada lá na frente e vai se arrepender disso depois. Então, as vezes não foi fornecida a ela informação pra poder optar por aquilo ali, tem que deixar muito claro [...] Então eu acho que deveria ser proibido (Lyra, 2025).

A comparação do hospital a um espaço que não deveria funcionar como um “restaurante” revela a preocupação da entrevistada com a transformação de decisões obstétricas em escolhas pautadas por uma lógica de consumo. Ao afirmar que a assistência ao parto não deveria operar a partir de um “cardápio”, no qual a gestante seleciona o procedimento cirúrgico conforme preferências individuais, a entrevistada expressa uma visão segundo a qual determinadas decisões clínicas devem permanecer sob a autoridade técnica da equipe de saúde. Esse cenário, segundo Odent, ilustra uma lógica na qual o parto “tornou-se uma linha de montagem” (2002, p. 46), reforçando como a medicalização transforma o nascimento em procedimento padronizado. Em consonância a esta óptica, estudos apontam que:

No desenvolvimento da medicina ocidental revela-se a metáfora do corpo como uma máquina e do médico como mecânico: se o médico for o supervisor, a mulher será a trabalhadora, cuja máquina, o útero, produz o produto, o recém-nascido (um bem social). Apesar de abordar os aspectos emocionais, nota-se a relação clara de poder entre a mulher e o médico em um trabalho fabril (Ayres; Henriques; Amorim, 2018, p. 3529).

Tal analogia evidencia a incorporação de uma racionalidade produtivista no campo obstétrico, na qual o parto passa a ser compreendido em termos de eficiência, controle e resultado, aproximando-se de uma lógica fabril. Ainda que esse modelo reconheça determinados aspectos emocionais, ele mantém uma estrutura hierárquica bem definida, na qual o saber técnico ocupa posição central, enquanto a mulher é frequentemente situada em um papel secundário no processo. O posicionamento citado esclarece as fricções existentes entre diferentes concepções de autonomia reprodutiva e responsabilidade médica, especialmente em um contexto no qual a cesariana eletiva se tornou amplamente difundida no Brasil.

Ao mesmo tempo, sua fala sugere uma preocupação com as condições nas quais essas escolhas são realizadas, uma vez que a entrevistada aponta a possibilidade de decisões tomadas sem acesso pleno a informações ou sob influência de expectativas socialmente construídas em torno do parto. Dessa forma, o depoimento traz à tona como o debate sobre a cesariana “a pedido” se insere em um campo de disputas mais amplo, no qual se confrontam diferentes entendimentos sobre risco, cuidado, autoridade profissional e direito de escolha no nascimento (Tesser *et al.*, 2011).

Essa fala também descortina um paradoxo recorrente no debate contemporâneo sobre o parto no Brasil. De um lado, os movimentos de humanização do nascimento têm enfatizado a importância da autonomia, do protagonismo e da capacidade de decisão individuais de cada mulher sobre seu próprio corpo. De outro, a ampla difusão da cesariana eletiva provoca questionamentos quando essa escolha ocorre em contextos marcados por assimetrias de informação ou por compreensões limitadas acerca da fisiologia do parto e das evidências científicas disponíveis. Sob esse viés, a defesa da autonomia não se reduz à possibilidade de optar livremente por qualquer procedimento, mas pressupõe o acesso a informações qualificadas que permitam decisões conscientes e fundamentadas. Trata-se, portanto, de uma autonomia que envolve também responsabilidade e reflexão sobre os impactos físicos, emocionais e psicológicos das escolhas realizadas no processo de nascimento.

A literatura médica tem apontado que a realização de cesarianas sem indicação clínica pode estar associada a riscos adicionais, como maior incidência de prematuridade e dificuldades respiratórias neonatais, além de implicar uma intervenção cirúrgica de médio porte no corpo materno, com maiores probabilidades de complicações como hemorragias e infecções quando comparada ao parto vaginal em gestações de baixo risco.

Em diversos países considerados referência em assistência obstétrica alinhada às recomendações da OMS, como Holanda, Reino Unido e países nórdicos, a cesariana eletiva sem indicação clínica não é tratada como prática rotineira, sendo compreendida culturalmente como uma intervenção de exceção e não como uma escolha de conveniência. Embora a autonomia da gestante seja reconhecida nesses sistemas de saúde, solicitações de cesariana sem indicação passam por processos rigorosos de aconselhamento e decisão compartilhada, nos quais são discutidos os riscos envolvidos e as razões que motivam o pedido. Por conseguinte, o depoimento analisado revela as crises que atravessam esse debate, entre o reconhecimento do direito das mulheres de

participarem ativamente das decisões sobre o parto e a preocupação de que tais escolhas sejam realizadas em diálogo com evidências científicas e com a compreensão do parto enquanto processo fisiológico, social, cultural e também psíquico.

Dessa forma, a discussão sobre a cesariana “a pedido” revela não apenas disputas em torno da autonomia reprodutiva das mulheres, mas também as transformações mais amplas que marcaram a medicalização do parto nas últimas décadas. Nesse sentido, como observa a antropóloga Soraya Fleischer, “Nesse crescente processo de medicalização, a tecnologia [...] não só pretende obstaculizar pisar a via normal de parto como também substituí-la” (2005, p. 7), evidenciando que a lógica intervencionista não é apenas uma escolha individual, mas um produto de uma organização institucional que prioriza previsibilidade e controle sobre o tempo do nascimento. Nessa direção, as narrativas coletadas ao longo desta pesquisa indicam que, mesmo diante desse avanço, persistem no interior do campo obstétrico pressões institucionais e econômicas que favorecem a manutenção de práticas intervencionistas. Tal cenário ajuda a compreender por que determinadas transformações ocorrem de forma gradual e, por vezes, marcada por tensões entre diferentes concepções de cuidado.

Ao mesmo tempo, a própria expansão da doulagem também apresenta contradições que merecem ser consideradas dentro da análise proposta neste trabalho. Historicamente associada a práticas de solidariedade entre mulheres e à construção de redes de apoio no acompanhamento da gestação e do parto, a atuação das Doulas passou, ao longo dos últimos anos, a se inserir também na engrenagem capitalista e em circuitos profissionais mais estruturados, nos quais a prestação desse tipo de assistência frequentemente ocorre por meio da contratação de serviços especializados.

Tal processo não implica, necessariamente, uma descaracterização do sentido original da doulagem, mas revela como essa prática também se insere nas dinâmicas mais amplas que estruturam o campo da saúde na sociedade contemporânea. Em muitos casos, o acesso ao acompanhamento contínuo de uma Doula durante a gestação e o parto acaba dependendo das condições econômicas das próprias gestantes, o que faz com que esse tipo de suporte ainda esteja mais presente entre mulheres que possuem maior acesso a recursos financeiros: “a doula passa a ser apropriada pela lógica do capital [...] ela passa, portanto, de um dispositivo emblemático do movimento da humanização

para mais uma forma de mercantilização da saúde em busca de um cuidado respeitoso” (Barbosa *et al.*, 2018, p. 426).

Essa situação evidencia uma tensão importante entre o caráter coletivo e solidário que marcou o surgimento da doulagem enquanto prática de apoio entre mulheres e sua inserção em um mercado de serviços voltados para a assistência ao parto. Embora a profissionalização das Doulas represente um avanço no reconhecimento de seu trabalho e na valorização de sua atuação, ela também revela os limites impostos por desigualdades sociais que continuam a influenciar o acesso a formas mais humanizadas de cuidado obstétrico.

Assim, ao analisar conjuntamente os relatos das entrevistadas, os dados institucionais e as transformações observadas no cenário local, mostra-se possível compreender que o processo de valorização e reconhecimento da atuação das Doulas em Viçosa se constrói a partir de um conjunto complexo de alianças, resistências e reconfigurações no interior do campo obstétrico. Emergem profissionais, movimentos sociais e iniciativas institucionais que caminham no sentido de ampliar o protagonismo das mulheres no processo de nascimento e de promover práticas mais respeitadas na assistência ao parto. E, persistem estruturas profissionais, interesses econômicos e concepções tradicionais de cuidado que ainda dificultam a consolidação plena dessas transformações.

Para além das disputas institucionais e das práticas médicas, essas percepções também se manifestam no plano cotidiano da linguagem e das expectativas sociais sobre o parto. Diante disso, chama atenção também um aspecto discursivo mencionado por uma das entrevistadas: a forma como frequentemente lhe perguntava, se ela “tentaria” ter um parto normal. A aparente simplicidade dessa formulação revela, contudo, um conjunto de pressupostos profundamente naturalizados no imaginário social contemporâneo. O uso do verbo “tentar”, sugere que o parto vaginal aparece, desde o início, como uma possibilidade frágil, incerta ou improvável, quase como um projeto fadado ao fracasso. A pergunta não é se a gestante terá um parto normal, mas se ela tentará, como se o desfecho esperado fosse, de antemão outro, geralmente a cesariana. Essa escolha linguística escancara como, em um contexto marcado por altas taxas de intervenções obstétricas, o parto vaginal passa a ser percebido como uma exceção ou como uma experiência difícil de alcançar.

Ao mesmo tempo, essa formulação dialoga com uma narrativa amplamente difundida de que o parto normal é sinônimo de sofrimento prolongado, de um processo extenuante que poderia terminar, após horas de dor e esforço, em uma cesariana considerada inevitável. Nessa lógica, o trabalho de parto é frequentemente interpretado como uma etapa frustrada ou desperdiçada caso não resulte no parto vaginal, como se todo o percurso fisiológico anterior não tivesse valor próprio.

Contudo, é valioso dizer que essa percepção ignora dimensões fundamentais do processo de nascimento. Do ponto de vista fisiológico, o início e a progressão do trabalho de parto mobilizam um complexo coquetel hormonal que prepara o organismo materno para o nascimento e para o pós-parto, contribuindo para a recuperação física, para o estabelecimento da amamentação e para processos psíquicos importantes na construção do vínculo inicial entre mãe e bebê, além da retomada da mulher como indivíduo. Para o recém-nascido, o trabalho de parto também desempenha papel decisivo, ao desencadear o processo de nascimento, o próprio feto sinaliza sua maturidade para a vida extrauterina, o que está associado a menores riscos de complicações respiratórias e outras intercorrências frequentemente relacionadas a nascimentos realizados antes da ativação desses sinais fisiológicos.

Logo, mesmo quando o parto vaginal não se concretiza e há necessidade de encaminhamento cirúrgico, o trabalho de parto não pode ser compreendido como um percurso inútil, desperdiçado ou como um “padecimento em vão”. Pelo contrário, trata-se de um processo biológico e também simbólico de grande relevância, que envolve adaptações corporais, emocionais e relacionais fundamentais para o binômio mãe-bebê. Questionar a naturalização da ideia de “tentar” o parto normal, portanto, significa também problematizar as narrativas que reduzem o trabalho de parto a uma etapa descartável, invisibilizando sua complexidade e sua importância dentro da experiência do nascimento.

Essas formulações discursivas não aparecem apenas na pergunta recorrente sobre “tentar” o parto normal. Cabe retomar a discussão inicialmente discutida no primeiro subtítulo do Capítulo I, onde abordei a manifestação em expressões bastante comuns no cotidiano, como quando se referem ao obstetra “fazer” o parto. Essa forma de enunciação desloca simbolicamente o protagonismo do nascimento, atribuindo ao profissional de saúde a ação principal de um processo que, do ponto de vista fisiológico, é conduzido pelo corpo da própria mulher:

A forma como nos referimos ao processo do parto faz muita diferença em como encaramos os fatos. Há de se ficar atenta às mensagens subliminares deixadas para nossa mente subconsciente. Quem faz o parto é a mulher. É algo que falo muito para minhas doulandas. É comum ouvir as pessoas confundindo a doula com parteiras, o que não somos. E talvez mais comum ainda seja ouvir as próprias mulheres falando por aí que estão à procura de um obstetra que faça seu parto normal. O obstetra realiza intervenções, faz toque, ausculta batimentos cardíacos do bebê, indica a aplicação de oxitocina, faz cesárea. Mas parto, não. Isso ele não faz. É o corpo da mulher. Seu útero, seu coquetel de hormônios. É a mulher em toda sua completude que faz o parto acontecer. O obstetra ou a enfermeira obstetra são os profissionais graduados que mantêm a vigilância do processo, analisando seu desenrolar natural e, caso algum problema aconteça, fazendo uma intervenção para resolvê-lo. Isso é o que deveria acontecer na maior parte das vezes. Escolher um obstetra que trabalha respeitando o protagonismo feminino e que faz intervenções quando necessário será uma grande diferença na experiência da gestante (Moscardini, 2022, p. 22-23).

Ao problematizar essa forma de nomear o processo do nascimento, a autora chama atenção para uma inversão simbólica recorrente na cultura obstétrica contemporânea, na qual o protagonismo feminino é frequentemente obscurecido por narrativas que colocam os profissionais de saúde como agentes centrais do parto. A formulação proposta pela autora chama atenção justamente para essa inversão de papéis, enquanto a fisiologia do parto depende fundamentalmente do corpo e dos processos hormonais da mulher, os profissionais de saúde deveriam ocupar, idealmente, uma posição de acompanhamento e observação clínica, intervindo estritamente quando necessário. Assim, recolocar a mulher como agente central do nascimento torna-se também um gesto político e discursivo, capaz de tensionar narrativas que historicamente deslocaram o protagonismo feminino para o campo da autoridade médica.

Uma vez tendo desenvolvido todas essas ponderações, junto a bibliografia, que circunscrevem a complexa malha do parir, onde cada fio que se entrelaça é composto de biologia, fisiologia, filosofia e história. Tecemos uma tapeçaria minuciosamente bordada, que representa um cenário macro. Tendo em vista a conclusão deste subtítulo, que carrega consigo a responsabilidade de analisar o que foi coletado nas respostas das entrevistas apresentadas do Capítulo II, retomo de maneira mais direta exemplos pontuais dos depoimentos a fim de tornar possível sanar mais claramente a grande questão que serviu de fio condutor para a presente pesquisa. Como as reflexões elaboradas acima neste subtítulo encontram correspondência concreta no contexto de Viçosa, as falas das entrevistadas não apenas ilustram, mas materializam as já mencionadas disputas e transformações que atravessam o campo obstétrico local, permitindo compreender como

essas dinâmicas se expressam no cotidiano da assistência ao parto na cidade da Zona da Mata.

Em consonância, diversos relatos apontam para a persistência de uma estrutura hierárquica fortemente marcada pela centralidade do saber nas mãos dos médicos, frequentemente acompanhada de uma relutância à atuação das Doulas e de outras profissionais na maternidade do HSS, como destaca uma das entrevistadas do Grupo de Gestantes e Mães: “Eu já sei de médicos que não gostam de Doula na sala [...] Em Viçosa, infelizmente ainda tem profissionais que querem só eles deterem o saber, as opiniões, então assim, Viçosa reflete sim” (Deneb, 2025). Tal percepção é reforçada por outras falas que evidenciam não apenas a barreira às Doulas, mas também a outras categorias profissionais: “Eu como enfermeira obstetra, lá eu era vista como inimiga, território inimigo pela maioria dos obstetras e do hospital inteiro” (Sol, 2025). Ao retomar experiências vividas nesse contexto, especialmente nos anos que antecederam a Lei das Doulas, emergem relatos ainda mais contundentes, que desvelam o caráter rígido e segregador deste entorno, como na fala da mesma entrevistada, ex-aluna da enfermagem da UFV: “Os médicos lá [HSS] são igual um dinossauro! Eles não aceitam plano de parto, no início quando entraram com Doula [...] Eles torciam o nariz, não assistiam as pacientes [...] Tem uma negligência, tratamento diferente, e tudo lá resolvido na cesárea” (Sol, 2025).

Essa lógica de monopólio da informação e de autoridade também se manifesta na forma como determinadas práticas são conduzidas, muitas vezes em desacordo com evidências científicas ou com a autonomia das parturientes. Assim como observa uma estudante de medicina: “A gente vê que existe aquilo que é científico, que é pregado, e aquilo que é a prática, que é totalmente diferente. Então eu sinto que muitas pessoas lidam ali meio que ‘a moda da casa’, do jeito que é melhor pra elas, e não do jeito que seria o ideal mesmo” (Vênus, 2025). Nesse mesmo sentido, outra estudante, do curso de enfermagem, aponta para a permanência de condutas baseadas em vieses individuais: “Ela [gestante] acaba mudando de ideia por algum viés de algum profissional, ou também em relações a falsas indicações [para cesariana]” (Halley, 2025).

Essa dissociação entre o que se apresenta como cuidado e aquilo que efetivamente se realiza na prática se faz ainda mais evidente quando observada a partir da experiência das próprias parturientes, como expressa uma das Doulas entrevistadas: “Os riscos que eu tive no meu parto foi praticamente só a partir do momento que teve a figura do médico lá... Quem era pra dar a segurança foi quem trouxe o risco” (Vega, 2025). A inversão apontada

nesse trecho atesta como a figura que socialmente ocupa o lugar de garantia da segurança, saúde e vida, pode, em determinadas situações, operar no sentido contrário. Introduzindo riscos ao processo do parto ao buscar acelerá-lo, controlá-lo e, sobretudo, disciplinar e docilizar<sup>109</sup> os corpos das mulheres, em congruência com uma dinâmica tecnocrática que se sobrepõe à fisiologia e à escolha das parturientes.

A figura da Doula, nesse enredo, aparece frequentemente como elemento de tensionamento dessa lógica, sendo percebida, por alguns profissionais, como ameaça ao controle do processo do parto. Como podemos ver no relato de uma das Doulas: “Eu vejo que quando vão forçar assim, alguma situação, fazer alguma intervenção desnecessária eles preferem que eu não esteja porque realmente eu sou uma testemunha” (Vega, 2025). Ainda nessa direção, outra fala dela explicita essa tentativa de exclusão: “Então eu percebo que alguns profissionais têm essa resistência mesmo, de querer me tirar do cenário... Até pra gestante ficar mais passiva” (Vega, 2025). Para além dessas dinâmicas mais explícitas de discriminação, os depoimentos também apontam para a existência de mecanismos mais tênues de manutenção desse silogismo, como a fabricação de uma ideia de “parto humanizado” que, na prática, não se sustenta, como relata outra Doula: “Olha, a minha maior dificuldade em atuar como Doula em Viçosa foi realmente a máscara que alguns profissionais colocavam pra passar o parto humanizado pra gestante, sendo que não tinha nada de humanizado” (Belém, 2025). A utilização dessa linguagem, ao mesmo tempo em que dialoga com uma demanda social crescente, contribui para o esvaziamento do próprio conceito de humanização, transformando-o em um rótulo que circula e vende, sem necessariamente implicar mudanças concretas nas práticas assistenciais.

Paralelamente, como destaca outro depoimento, essas resistências não se reduzem a um preconceito simplório, mas se articulam a um retrato mais amplo de desconhecimento

---

<sup>109</sup> O conceito de docilização dos corpos remete à teoria de Michel Foucault, na qual o autor analisa como as sociedades modernas produzem corpos dóceis por meio de dispositivos disciplinares que visam controlar, normatizar e tornar os sujeitos úteis e obedientes. Nesse sentido, a docilização implica um processo de domesticação — como um animal selvagem que precisa ser controlado — no qual o corpo é submetido a relações de poder que buscam regular seus gestos, comportamentos e desejos. No caso das mulheres, esse processo se articula a construções históricas e sociais que reforçam a ideia da “boa mãe”, da “esposa ideal” e da mulher submissa e gentil, que acata as decisões de figuras masculinas de autoridade, como: o marido, o pai ou os irmãos. Um modelo que associa feminilidade à obediência e à passividade, inserindo o corpo feminino em uma engrenagem mais ampla marcada pelo capitalismo e pelo androcentrismo. No campo obstétrico, tais dinâmicas se expressam de forma contundente, na medida em que o corpo da mulher é frequentemente tratado como algo a ser disciplinado e subalternizado por saberes considerados superiores, reforçando processos de patologização dos ciclos femininos.

e desinteresse por parte de alguns profissionais em relação às demais categorias que compõem o cuidado:

Muito difícil, muito desafiador, sempre aquele olhar atravessado, desconfiado... O desconhecimento e o desinteresse dos profissionais médicos pelas outras profissões, de achar que ele por ele basta. E o medo de ser questionado. Esse compartilhar o cuidado que muito dos médicos não aprenderam [...] Eles viam, e a maioria vê como uma grande pedra no sapato” (Aurora, 2025).

Nesse sentido, o obstáculo à presença da Doula sinaliza não apenas uma disputa de espaço, mas também a recusa em compartilhar o cuidado e em reconhecer outras formas de saber e atuação no campo obstétrico. Essa leitura da Doula como personagem incômoda ou rival também aparece em diferentes testemunhos: “Ver a Doula como uma certa rival, tanto é que a gente corria nos corredores pra não ser vistas, porque realmente eles não queriam a nossa presença” (Belém, 2025), mostrando que no início, anterior a Lei, as Doulas em Viçosa muitas em ocasiões precisavam operar nas sombras. “As pessoas têm muita resistência porque acha que Doula é fiscal de parto [...] E durante a residência eu era induzida a ter essa visão, mas nunca consegui pensar dessa forma” (Lyra, 2025). Em alguns casos, essa oposição se traduz em práticas nítidas e sem rodeios de desvalorização e deslegitimação: “Tem um médico do plantão, que a sensação que eu tinha quando ele me olhava era que ele tava olhando um saco de lixo [...] Sempre que ele ia cumprimentar, ele cumprimentava todo mundo, menos eu no ambiente” (Vega, 2025). Sinalizando que a autoridade de alguns profissionais obstetras supera as hierarquias de comando dentro das equipes hospitalares, onde aparenta a eles um direito de ignorar ou negar a própria existência dessas mulheres praticando a doulagem como sujeitos dignos.

Os depoimentos trazem à tona que tais fricções não se limitam às relações interpessoais, mas estão inseridas em um contexto sociocultural mais amplo, marcado por traços conservadores. Assim como comentou uma professora da medicina: “Eu acho que em Viçosa isso é mais evidente, porque o mal de Viçosa é que tudo é muito pessoal. Como uma cidade pequena [...] Às vezes não é sobre o serviço, é sobre a pessoalidade” (Estrela, 2025), enquanto outra professora, da enfermagem, complementa: “Eu acho que existe sim, Viçosa é uma cidade muito conservadora” (Cosmos, 2025). Esse caráter atribuído por elas contribui para um sistema falho de cumprimento de regras, em função da opressão que a figura do médico representa em contextos de cidade interiorana como este, e da posição de questões profissionais serem tratadas como pessoais. Ademais, corrobora para a manutenção de práticas tradicionais mais intervencionistas e para a valorização de modelos

tecnocráticos de assistência, associados aos excessos de cesariana: “Dependendo do médico particular, é muito melhor ir pro plantão. A questão do particular aqui não mudou não, continua a mesma... Faz muita cesárea [...] Na maioria eles já falam até que não acompanham parto normal, só cesárea agendada” (Vega, 2025).

Neste campo, a presença das Doulas também passa a ser atravessada por formas ambíguas de inserção, marcadas mais pela obrigatoriedade do que por um reconhecimento efetivo de sua atuação, como aponta o relato de uma das psicólogas perinatais entrevistadas: “Infelizmente, os hospitais, eles não querem as Doulas, muitos médicos, eles não aceitam, é uma condição [...] Tem médico aqui em Viçosa que até hoje não aceita” (Vênus, 2025). A noção de “aceitação”, nesse contexto, descreve-se, portanto, limitada, uma vez que não implica necessariamente integração, respeito ou valorização, mas em muitos casos, apenas o cumprimento formal de uma exigência — seja ela legal ou institucional — indicando que a presença das Doulas é tolerada mais por imposição do que por uma adesão genuína aos princípios que orientam sua atuação.

Entretanto, ao lado dessas permanências, as entrevistas também revelam movimentos importantes de transformação, especialmente associados a mudanças já citadas como o paradigma geracional no campo médico e à maior inserção das Doulas no município. Como destaca em sua resposta uma das Mães: “Antes, a gente escutava muita coisa dos médicos mais velhos [...] mas agora foi tendo uma reciclagem lá” (Íris, 2025). Essa interpretação é sublinhada por profissionais da área: “O quadro de plantonistas ali tem mudado. São pessoas mais jovens [...] Um pensamento diferente, já conduz os trabalhos de parto de uma maneira diferente [...] então tem sido melhor comparado a uns anos atrás” (D’alva, 2025). A tão referida transição entre diferentes formas de conduzir o parto também é elencada em outros relatos:

Em 2010 era um tipo de cenário, e hoje é um cenário completamente diferente [...] Por exemplo, na época que eu cheguei, se eu colocasse uma paciente na cadeira, tirasse ela do leito, eles brigavam comigo [...] A gente tem intervenções obstétricas? Tem. A gente tem violência obstétrica? Tem. Não vou dizer pra você que não tem, mas que mudou bastante (Cosmos, 2025).

Ainda assim, tais vitórias coabitam com práticas consideradas violentas ou ultrapassadas: “Muitos deles assistidos com fórceps, muitos com violência obstétrica, episiotomias, manobra de Kristeller eu cheguei a ver também, algo eu achei que nem teria possibilidade de vivenciar e eu vivenciei, muitas e muitas violências” (Belém, 2025). Denotando o tom de preocupação com que deve ser reavaliada a conduta de muitos

profissionais, que na temporalidade mencionada neste trecho, anterior a Lei de Doulas, tinham como rotina, práticas deveras obsoletas e por vezes criminosas.

A luz dos fatos trazidos, verifica-se que esse processo de rearranjo não ocorre de forma espontânea, mas está diretamente relacionado à atuação das próprias Doulas e à ampliação do debate público sobre o parto: “Estão inaugurando uma outra cultura na cidade” (Andrômeda, 2025). No entanto, esse movimento se dá em meio a resistências institucionais e políticas: “Isso tá natural nesse ambiente deles, é uma resistência, tanto é que a gente teve resistência na época da lei, justamente da associação médica que não deu sua opinião” (Antares, 2025). Essa dificuldade imposta de maneira sutil pela omissão em debater a Lei por parte da associação médica torna visível de maneira indiscutível que construir uma equipe multidisciplinar de assistência ao parto com um olhar mais humano, integral, respeitoso e natural não fazia parte dos planos e das prioridades da comunidade médica local. Que por meio de ausências como esta confirmam a não vontade de sair da “zona de conforto”, a fim de se atualizar e buscar trabalhar mediante às evidências científicas mais atuais e humanizadas. Neste quadro, a presença da Doula também contribui para pressionar aqueles que insistem em práticas inadequadas e promover maior responsabilização dos mesmos, como observa uma das obstetras participantes:

Todo mundo sabe quem são... As equipes que veem a Doula como rival, porque são sempre a mesma coisa: intervencionistas, querem colocar ocitocina em todo mundo, faz cesárea porque não quer mais prestar assistência, inventa um sofrimento fetal “do nada” pra virar cesárea. É uma loucura, uma falta de respeito... Fazendo falta de educação com a paciente, gritando perto da paciente [...] Uma coisa absurda! E eles sabem que se a Doula tiver junto, ela não vai deixar as violências acontecerem (Fernanda, 2025).

Diante do que foi apresentado aqui, a título de conclusão, a história que nos contam as Doulas — a partir dos dados orais produzidos dentro do recorte geográfico e temporal analisado ao longo deste subtítulo — desvela um campo em permanente disputa, no qual diferentes atores sociais ocupam posições distintas diante das transformações em curso. Enquanto alguns caminham lado a lado com as propostas de humanização do parto, contribuindo para o reconhecimento do trabalho das Doulas no município e para a valorização da autonomia das gestantes, outros ainda demonstram resistência frente a essas mudanças, preservando práticas e discursos alinhados a um modelo obstétrico mais hierárquico, tecnocêntrico e produtivista.

Nessa problematização entre permanências e deslocamentos, Viçosa delinea-se como um contexto marcado por negociações, conflitos e reacomodações de saberes e

poderes no interior da assistência obstétrica, no qual a própria inserção das Doulas se constrói em meio a essas disputas e resistências, ao mesmo tempo em que contribui para promover deslocamentos importantes na forma de compreender o parto, o corpo feminino e o papel dos profissionais de saúde. O que se observa nos depoimentos e demais dados, portanto, não é a substituição imediata de um modelo por outro, mas um processo gradual, lento de reconfiguração das formas de nascer e de cuidar, no qual diferentes concepções sobre o parto, o corpo feminino e o papel dos profissionais de saúde continuam sendo constantemente tensionadas. Nesse percurso, tornam-se visíveis aqueles que escolhem caminhar junto a essas transformações e aqueles que, por diferentes razões, ainda optam por desviar o passo.

### **3.2. Caminhos iluminados, o fim da violência obstétrica**

Para concluir as ideias deste capítulo, trago o subtítulo final, com a intencionalidade de reforçar o modo com que a Doula atua como um agente histórico transformador, capaz de promover a humanização real do parto, constituindo seu trabalho como um ato político de resistência e de enfrentamento à hegemonia obstétrica tradicional. A partir das respostas coletadas nas entrevistas — onde as participantes indicaram quais medidas são necessárias ou mais importantes para melhorar a qualidade do nascimento — foi possível apresentar aqui um leque de possibilidades de intervenção. Combinando essas percepções com o material bibliográfico já analisado, este subtítulo detalhará os caminhos e estratégias que podem ser adotados, apontando quem pode atuar, onde e quando, de forma a contribuir efetivamente para o aprimoramento da assistência ao parto em Viçosa e para a valorização do papel das Doulas na promoção de práticas mais humanizadas. As propostas reunidas indicam caminhos possíveis para aprimorar a assistência, combinando percepção empírica e evidências teóricas, articulando políticas públicas, atuação acadêmica, práticas hospitalares e mobilização social.

Entre as entrevistadas do **Grupo Gestantes e Mães**, as sugestões giravam em torno da necessidade de ampliação da informação e da conscientização social emerge como prioridade recorrente. As participantes destacam que o parto ainda é envolto em um imaginário de medo e sofrimento, o que influencia escolhas das mulheres. Por esse motivo, campanhas educativas, debates públicos e valorização do SUS são considerados estratégias centrais não apenas para orientar decisões, mas também para proteger contra

intervenções desnecessárias, violências obstétricas e cesarianas sem indicação clínica. Para muitas mães, o parto é entendido como um rito de passagem, cujo tempo natural deveria ser respeitado, criticando a antecipação cirúrgica sem necessidade real. Além disso, enfatizam-se mecanismos de fiscalização e responsabilização de práticas violentas; políticas públicas que ampliem o acesso às Doulas em Viçosa, reconhecendo o caráter elitizado do serviço; e o fortalecimento de equipes multiprofissionais, que incluem: fisioterapeutas pélvicos, consultoras de amamentação e psicólogas perinatais, abrangendo cuidado no parto, puerpério e aleitamento. Uma das interlocutoras também denunciou racismo estrutural na assistência, evidenciando a necessidade de intervenções interseccionais para combate de desigualdades raciais e sociais.

No campo político, o **Grupo de Agentes Políticos e Legisladores** indicou que as estratégias se concentram na estrutura e institucionalização das políticas de cuidado materno-infantil. A presença feminina em espaços decisórios é vista como catalisadora de políticas públicas mais comprometidas com o parto humanizado, influenciando agendas institucionais e alocação de recursos, foi muito comentada então a importância de se eleger mais mulheres. Entre as propostas destacam-se a criação de cargos públicos para Doulas, institucionalização de núcleos específicos nas unidades básicas de saúde, implementação de ouvidorias eficazes e disponibilização de dados públicos acessíveis. Além disso, enfatiza-se a corresponsabilização social, incluindo maior engajamento dos homens, como parte de uma transformação cultural que extrapola o espaço hospitalar do nascimento viçosense.

No âmbito universitário, o **Grupo Acadêmicas**, professoras e estudantes indicam a universidade como agente estratégico de mudança, enfatizando formação, atualização curricular e produção de conhecimento. Propõem maior inserção de discussões sobre humanização da assistência e violência obstétrica nos cursos de Medicina e Enfermagem, capacitação ética e empática dos futuros profissionais, projetos de extensão voltados à educação perinatal. O respeito à autonomia da mulher e práticas pedagógicas que evitem a objetificação do corpo da parturiente são destacados como essenciais. Ressalta-se, ainda, a importância de fortalecer e aumentar equipes hospitalares com obstetras e enfermeiras obstetras permanentes e implementação de programas de Doulas pelo SUS. Também foi amplamente mencionada a necessidade de ampliação e melhoria da estrutura física do hospital HSS, com a criação de mais salas voltadas ao parto humanizado e a disponibilização de mais recursos de alívio não farmacológico da dor. Nesse sentido, as

participantes enfatizam igualmente a importância de ampliar o número de médicos nos plantões e de enfermeiras obstetras atuando nas equipes, ressaltando a necessidade de condições de trabalho adequadas e remuneração justa para esses profissionais. A universidade aparece, assim, como articuladora e potencial multiplicadora de políticas públicas, conectando formação acadêmica e prática assistencial.

O **Grupo Doulas**, por sua vez, destaca a necessidade de expansão de sua atuação e consolidação de redes multiprofissionais. Defendem a criação de programas institucionais no SUS, participação no pré-natal, plantões na maternidade e atualização de protocolos hospitalares baseados em evidências. A educação perinatal em espaços públicos, rodas de conversa e ações comunitárias são consideradas essenciais para ressignificar o parto, rompendo com a lógica do sofrimento. O trabalho interdisciplinar com enfermeiras obstetras e fisioterapeutas pélvicas e a valorização institucional da Doula são vistos como passos decisivos para a consolidação de uma assistência mais horizontalizada e humanizada na cidade de Viçosa. Assim, as Doulas se posicionam não apenas como profissional de cuidado, mas como motor de transformação cultural e prática, articulando diferentes atores em torno da humanização do parto.

Entre as propostas do **Grupo Profissionais da Saúde**, a informação novamente se apresenta como eixo central, fortalecendo a autonomia das gestantes. Destacam-se grupos educativos, diálogo sobre direitos, renovação geracional, capacitação continuada e mudança de mentalidade, especialmente entre obstetras mais antigos, bem como a necessidade de processos permanentes de atualização profissional, pautados em novas evidências científicas, consideradas fundamentais para qualificar a assistência obstétrica e acompanhar as transformações contemporâneas no campo da saúde no município viçosense. Ressalta-se, nesse sentido, a importância de que tais processos de formação continuada estejam igualmente presentes no meio médico, incentivando a revisão de condutas tradicionais e a incorporação de práticas mais respeitosas e atualizadas. Outro ponto essencial foi a ampliação estrutural em número de obstetras plantonistas, valorização salarial de enfermeiras obstetras, investimentos em equipamentos e acesso à saúde mental perinatal, assim como a integração das Doulas na assistência. Para esses profissionais, a humanização do parto decorre da combinação entre informação, estrutura adequada e sensibilidade ética, reconhecendo cada nascimento como evento singular.

A análise comparativa das propostas evidencia três eixos estruturantes: ampliação da informação e da educação perinatal; fortalecimento e institucionalização da atuação da

Doula; qualificação estrutural e formativa das equipes. A informação pode ser ampliada por meio de grupos educativos obrigatórios, campanhas públicas e produção de materiais informativos baseados em evidências, com articulação entre Secretaria Municipal de Saúde e universidades. A Doula surge como vetor da transformação, cuja institucionalização por meio de programas municipais vinculados ao SUS e regulamentação clara de atuação potencializa todas as demais intervenções. A qualificação estrutural envolve ampliação do número de obstetras plantonistas, inserção permanente de enfermeiras obstetras, melhoria das condições salariais e atualização de protocolos hospitalares, exigindo coordenação entre gestão hospitalar, Secretaria de Saúde e conselhos profissionais.

Este subtítulo se propõe a avançar além das propostas levantadas pelos diferentes grupos de respondentes, apresentando intervenções estratégicas e integradas que elaborei ao longo de toda a pesquisa, que podem contribuir de forma concreta para a humanização do parto em Viçosa, tendo a Doula como agente central deste processo. As ideias aqui apresentadas buscam combinar ações educativas, institucionais, culturais e tecnológicas, reconhecendo que a melhoria do cenário obstétrico demanda articulação entre múltiplos atores, espaços e políticas, com foco na ampliação do protagonismo feminino e no fortalecimento do cuidado humanizado.

A primeira iniciativa mais fundamental envolve a criação e consolidação de cursos de formação de Doulas, retomando experiências realizadas em Viçosa no ano de 2019, com a perspectiva de ampliar o número de profissionais qualificadas. Esses cursos poderiam ser vinculados a um centro de treinamento dentro do Hospital São Sebastião, em parceria com enfermeiras obstetras, promovendo atualização contínua e capacitação prática para Doulas e equipes multiprofissionais. A criação de laboratórios simulados e oficinas práticas contribuiria para o aprimoramento de técnicas, manejo da dor, comunicação ética e atendimento intercultural, fortalecendo a Doula como articuladora entre gestante, família e equipe de saúde.

Além da formação, destaca-se a necessidade de monitoramento e avaliação contínua do impacto da Doula, por meio da coleta sistemática de dados sobre experiências maternas, satisfação das gestantes, indicadores de saúde neonatal e redução de intervenções e cesarianas. Esses dados possibilitariam ajustes constantes nas práticas institucionais e reforçariam a Doula como agente de mudança fundamentada em

evidências, conferindo legitimidade às estratégias de proposição e sustentando políticas de valorização profissional.

A intervenção cultural e educativa também emerge como eixo orientador. Projetos de divulgação e conscientização podem incluir exposições, rodas de conversa comunitárias, assembleias públicas na Câmara Municipal, podcasts, programas de rádio e ações educativas em unidades de saúde, abordando mitos e preconceitos relacionados ao parto, incentivando o diálogo sobre práticas humanizadas e ampliando a visibilidade das experiências positivas. Essa dimensão inclui ainda debates sobre desigualdades sociais, econômicas e raciais na atenção obstétrica, com enfoque em mulheres negras, indígenas, quilombolas e outros grupos historicamente marginalizados, estimulando responsabilização social e fortalecimento do protagonismo materno.

Paralelamente, a atuação da Doula pode ser integrada às atividades acadêmicas, com participação em cursos de Medicina, Enfermagem e projetos de extensão universitária, fortalecendo a produção de conhecimento e a articulação entre prática profissional e pesquisa. A presença das Doulas em espaços formativos possibilita ampliar o debate sobre humanização do parto, autonomia da gestante e enfrentamento da violência obstétrica, contribuindo para sensibilizar e qualificar a formação de futuros profissionais da saúde. A inserção em disciplinas, seminários, oficinas e atividades extensionistas permite aproximar os estudantes das experiências concretas vivenciadas no acompanhamento ao parto, favorecendo uma formação mais crítica, ética e sensível às demandas das mulheres. Além disso, essa aproximação entre universidade e prática da doulagem pode estimular o desenvolvimento de pesquisas, produções acadêmicas e projetos interdisciplinares que investiguem as transformações no campo da assistência obstétrica, consolidando a Doula não apenas como agente de cuidado, mas também como colaboradora na construção e circulação de saberes sobre o parto e o nascimento.

Em termos de estrutura institucional, reforça-se a importância de ampliar a equipe de obstetras e enfermeiras obstetras no HSS, garantindo atendimento qualificado e continuidade do cuidado. A presença de Doulas voluntárias na maternidade, articuladas a essas equipes, poderia viabilizar experiências de parto mais seguras e humanizadas, assim como a criação e institucionalização de cargos remunerados de Doulas no âmbito do SUS, integradas aos plantões e reconhecidas como parte da equipe de assistência ao parto, ampliando o suporte contínuo às gestantes.

Paralelamente, destaca-se a necessidade de fortalecer os mecanismos de informação, denúncia e responsabilização em casos de violência obstétrica, garantindo que gestantes e familiares conheçam seus direitos e tenham acesso a canais institucionais claros para registro de ocorrências, acompanhamento dos casos e responsabilização efetiva dos profissionais envolvidos. Essas medidas demonstram que a melhoria do cenário obstétrico não depende apenas de ações isoladas, mas de uma atuação coordenada, estratégica e contínua, com a Doula no centro da transformação, promovendo práticas humanizadas e socialmente responsáveis.

Além da formação das próprias Doulas, é fundamental incluir ações educativas voltadas a familiares e parceiros das gestantes. Essas iniciativas visam orientá-los sobre como apoiar a mulher durante o trabalho de parto, respeitar suas escolhas e se engajar ativamente na humanização do nascimento. Ao capacitar aqueles que fazem parte do entorno imediato e da rede de apoio da gestante, cria-se um ambiente de cuidado coletivo, em que o protagonismo da Doula é potencializado e o impacto positivo da assistência humanizada é ampliado. Essa abordagem permite que a presença e a orientação da Doula se estendam para além do momento do parto, fortalecendo redes de suporte emocional e prático durante toda a gestação e o puerpério.

Como enfatizam as enfermeiras Karla Souza e Maria Dias, “O altruísmo conduz à socialização, à participação, à competência do conviver, ao diálogo e à inclusão [...] O resultado dessa interação é um crescimento mútuo, entre ser que cuida e o ser que é cuidado” (2010, p. 498). Essa perspectiva oferece uma lente fundamental para compreender a atuação da Doula: mais do que fornecer suporte técnico, ela atua como mediadora de relações, facilitando interações significativas entre a gestante, sua família e os profissionais de saúde. O cuidado exercido pela Doula não é unilateral; trata-se de um processo interativo, no qual tanto a mulher que recebe o apoio quanto a Doula que oferece atenção se transformam e aprendem mutuamente.

Essa reflexão se torna ainda mais relevante quando pensamos na dor do parto como experiência natural e potente. Ao reconhecer que a dor não é apenas sofrimento, mas também sinal de transformação e abertura, o papel da Doula se fortalece como facilitadora de aprendizado, diálogo e conscientização. A interação altruísta, conforme descrita por Souza e Dias, revela que o cuidado humanizado gera impactos que vão além do momento do nascimento, promovendo crescimento, empoderamento e construção de vínculos baseados em confiança e respeito mútuo.

A Doula também pode desempenhar papel estratégico no cuidado à saúde mental perinatal, colaborando na prevenção e no enfrentamento de condições como depressão pós-parto, ansiedade ou traumas obstétricos. Integrar a atuação das Doulas a programas de saúde mental significa reconhecer a dimensão emocional do parto e da maternidade como parte essencial da humanização. Por meio de acompanhamento, escuta ativa, orientação e encaminhamentos quando necessário, a Doula contribui para que a experiência de nascimento seja não apenas segura fisicamente, mas também psicologicamente acolhedora. Essa articulação reforça o protagonismo da Doula como mediadora de cuidado integral, ligando aspectos físicos, emocionais e sociais da experiência materna.

Outro artifício de intervenção consiste na produção e difusão de conteúdos educativos multimídia, como guias ilustrados, vídeos curtos, kits educativos, exposições culturais e filmes documentais. Esses recursos podem circular em hospitais, unidades básicas de saúde, escolas e plataformas digitais, promovendo uma ampla conscientização sobre parto humanizado, direitos maternos e atuação da Doula. Além de informar, essas mídias incentivam a reflexão crítica e a troca de experiências, tornando o conhecimento mais acessível e democratizado. Ao conectar informação, cultura e tecnologia, a Doula fortalece seu papel como agente transformador, criando um efeito multiplicador de impacto social, cultural e educacional no contexto do nascimento.

Também merece destaque o papel das mídias sociais e dos canais digitais de comunicação na construção de uma percepção mais ampla e crítica sobre o parto. Ao longo dos anos, essas plataformas tornaram-se exponencialmente mais acessíveis, oferecendo às mulheres um leque muito mais diversificado de fontes de informação, oportunidades de pesquisa e espaços para troca de experiências. Essa ampliação de acesso contribui significativamente para aproximá-las de práticas de parto menos medicalizadas e mais centradas na autonomia da gestante. Estratégias dialogam diretamente com as demandas identificadas nas entrevistas realizadas em Viçosa

Em ambientes como o *Instagram*, muitas Doulas e outras profissionais do parto têm conseguido ampliar sua visibilidade, conquistando seguidores e produzindo conteúdos educativos que se conectam diretamente com o público. O uso dessas plataformas digitais permite que alcancem um público mais amplo, divulguem informações confiáveis e promovam trocas de experiências entre gestantes e profissionais. Por meio desses canais, torna-se possível esclarecer dúvidas, compartilhar orientações práticas, divulgar

conteúdos educativos, documentários e relatos de experiências de parto humanizado, além de identificar e denunciar situações de violência obstétrica. Dessa forma, as mídias sociais configuram-se também como importantes espaços de circulação de saberes e de incentivo à construção de uma consciência crítica sobre o parto. A presença digital das Doulas não apenas potencializa a disseminação de informações, mas também consolida seu papel como agentes transformadores, estendendo sua atuação para além do espaço físico do parto e contribuindo para a ampliação do debate público sobre práticas obstétricas mais humanizadas.

Outro recurso midiático que exerce impacto relevante na promoção do parto humanizado são os filmes documentais, como: “O Começo da Vida”<sup>110</sup> e a trilogia “O Renascimento do Parto”<sup>111</sup>. Essas produções apresentam relatos sensíveis e debates de grande relevância, servindo como referência para práticas mais humanizadas e para a valorização do parto como experiência significativa. Ao resgatar a dimensão afetiva e cultural do nascimento, esses documentários complementam a ação educativa das Doulas, despertando reflexões mais profundas e imersivas sobre o processo de parir.

Também é possível reconhecer avanços naquilo que vem sendo denominado “cesárea humanizada”, uma prática que busca expandir os princípios da humanização não apenas para o parto vaginal, mas também para intervenções cirúrgicas quando estritamente necessárias. Nesse modelo, o ambiente cirúrgico é cuidadosamente adaptado para proporcionar acolhimento: a temperatura e iluminação são ajustadas, ruídos são minimizados e os protocolos são orientados pelo respeito às escolhas e ao protagonismo da mulher. Além disso, medidas práticas reforçam a experiência humanizada, como a manutenção do contato pele a pele imediatamente após o nascimento (Ayres *et al.*, 2020), presença da Doula durante a cirurgia, incentivo à amamentação durante a primeira hora de vida, e o clampeamento tardio do cordão umbilical, realizado apenas após a interrupção de sua pulsação. A cirurgia é planejada para ocorrer somente após o início dos pródromos, garantindo que o trabalho de parto tenha sido respeitado dentro dos limites fisiológicos.

No contexto analisado nesta pesquisa, tais dimensões ajudariam a esclarecer que a cesariana em si não é o problema, mas sim a forma como muitas vezes é conduzida — de

---

<sup>110</sup> Sobre o Começo da Vida. Direção: Estela Renner. Brasil. 2016. Disponível para aluguel no YouTube Filmes.

<sup>111</sup> O Renascimento do Parto. Direção: Eduardo Chauvet. Brasil. 2013 / O Renascimento do Parto 2 e 3. Direção: Eduardo Chauvet. Brasil. 2018. - 1 e 2 Disponíveis para aluguel no YouTube Filmes, 3 Disponível na Netflix.

maneira desnecessária, apática ou desumanizada. Quando realizada com atenção aos princípios da humanização, a cesárea pode proporcionar uma experiência significativa, segura e respeitosa, preservando o vínculo entre mãe e bebê e ampliando o protagonismo da gestante, alinhando-se aos movimentos de humanização do parto defendidos.

Outro eixo fundamental de intervenção refere-se à amplificação do conhecimento sobre violência obstétrica, tema ainda pouco compreendido pela população em geral. Considerando que se trata de uma violência multifacetada, que se manifesta de diversas formas, desde desrespeito à autonomia da mulher, negligência, humilhações, violências físicas ou procedimentos realizados sem consentimento, muitas gestantes e familiares desconhecem o que constitui efetivamente a violência obstétrica e, conseqüentemente, encontram dificuldades em identificá-la ou denunciá-la. Assim, torna-se essencial a divulgação ampla das nuances e manifestações desse tipo de violência, por meio de campanhas educativas, debates comunitários, programas de rádio, mídias sociais e atividades acadêmicas. A conscientização pública e a capacitação das equipes de saúde são estratégias centrais para que a violência obstétrica seja reconhecida, fiscalizada e elaborada de forma consistente, promovendo responsabilização e prevenção, enquanto a Doula, como facilitadora do cuidado humanizado, atua no suporte à mulher e na sensibilização da sociedade sobre essas questões. Ferramentas que também se mostram relevantes na cidade de Viçosa.

Além disso, é estratégico incentivar a aproximação entre as ciências humanas e as ciências médicas, promovendo a historicização e a análise crítica da medicina por meio de perspectivas sociológicas, filosóficas e antropológicas. Essa abordagem permite compreender como práticas e discursos sobre o corpo feminino, o parto e a atenção ao recém-nascido foram historicamente construídos, reproduzindo hierarquias, desigualdades e formas de violência institucional. A articulação entre departamentos de ciências humanas e cursos de Medicina, Enfermagem e demais áreas da saúde pode gerar espaços de reflexão e pesquisa que enriquecem a formação acadêmica, fortalecendo o debate sobre práticas humanizadas, o papel das Doulas e a necessidade de repensar estruturas profissionais e institucionais. Ao ampliar essas interações, cria-se um ambiente propício à produção de conhecimento crítico, que contribui para a transformação cultural, para a formação ética e empática dos futuros profissionais e para o fortalecimento da humanização no cuidado obstétrico.

Outro tópico de reflexão se dá quanto a dor, compreensão que também aparece, ainda que de forma indireta, nas falas das entrevistadas. A dor, uma vez que, no funcionamento orgânico humano, exerce papel fundamental de proteção e sobrevivência, trata-se de um mecanismo biológico de alerta, um sistema sofisticado que sinaliza ameaça, lesão ou desequilíbrio, convocando o corpo e a consciência para a necessidade de interromper, tratar ou afastar aquilo que provoca danos. Em sua maioria, as experiências dolorosas estão associadas a processos patológicos ou a situações que exigem contenção, urgência e cuidado imediato. Aprendemos, cultural e biologicamente, a interpretar a dor como sinal de que algo está errado, como manifestação de perigo iminente ou de risco à integridade física. Sob este viés, essa sensação ocupa, no imaginário coletivo, um lugar negativo, vinculado à ideia de sofrimento, perda e ameaça.

Entretanto, o trabalho de parto inaugura uma ruptura simbólica nessa lógica: trata-se de uma dor fisiológica que não anuncia destruição, mas vida. Diferentemente das demais dores, que indicam dano ou adoecimento, a dor do parto sinaliza que o corpo está funcionando conforme sua potência biológica, mobilizando hormônios, músculos e estruturas para viabilizar o nascimento. É uma dor que acompanha um processo de vida, de passagem e de encontro. Não se trata de romantizar o sofrimento, mas de reconhecer que, nesse contexto específico, a dor não simboliza erro ou falha, e sim trabalho, abertura e culminância de um ciclo gestacional. A dor do parto, portanto, desloca o significado habitual da dor, não aponta para algo que precisa ser cessado a qualquer custo, mas para algo que está acontecendo com propósito — o corpo trabalhando para dar à luz.

Diante disso, torna-se relevante propor a problematização e a discussão desse entendimento da dor como tema central de intervenções educativas e culturais. Essa reflexão pode ser incorporada em rodas de conversa, palestras abertas e outras mídias, permitindo que a sociedade compreenda a dor do parto sob a perspectiva fisiológica, humanizada e emancipatória. Nos espaços acadêmicos, cursos de Medicina, Enfermagem e áreas afins poderiam dedicar momentos para discutir a dor como sinal de potência biológica, desafiando a visão predominantemente patologizante que ainda predomina.

Além disso, essa abordagem contribui para revalorizar a atuação da Doula, reforçando sua função de orientar, educar e apoiar a gestante durante a experiência do parto, auxiliando na compreensão de que a dor é um componente natural e significativo do nascimento. Ao tratar a dor do parto como experiência legítima e informada, é possível

promover mudanças culturais, reduzir a própria percepção da dor e estimular práticas de cuidado mais éticas, conscientes e humanizadas.

Por fim, a transformação cultural emerge como elemento transversal, enfrentamento do racismo estrutural, valorização do protagonismo feminino, corresponsabilização masculina e mudanças internas nas equipes de saúde. A melhoria do cenário dos partos em Viçosa não se limita a uma intervenção isolada, mas exige articulação integrada entre políticas públicas, formação acadêmica, mobilização social e atuação direta das Doulas, reafirmando seu papel como agentes históricos transformadores e catalisadores da humanização do parto. Ao longo deste capítulo, foi possível perceber que as experiências e percepções das diferentes vozes — mães, profissionais da saúde, acadêmicas, políticas e de Doulas — convergem para evidenciar lacunas, desafios e resistências, mas também apontam para avanços concretos e possibilidades de transformação. A atuação da Doula, nesse contexto local, se revela central, não apenas acompanha o processo fisiológico do parto, mas também atua como articuladora de saberes, promotora de protagonismo, mediadora de interações e defensora da humanização, traduzindo em prática os princípios discutidos nas entrevistas e na literatura.

Assim, o Capítulo III reforça que a humanização do parto não é um conceito abstrato, mas uma realidade construída e potencializada por ações coordenadas e conscientes. A integração de informações, a conscientização social, a educação perinatal, a atuação institucional e o suporte direto da Doula configuram um conjunto de estratégias interdependentes capazes de gerar mudanças duradouras. Ao conectar problemas identificados, propostas de intervenção e os avanços já conquistados, encerra-se este capítulo evidenciando que a transformação do cenário do parto em Viçosa é possível e passa necessariamente pelo reconhecimento, valorização e ampliação do trabalho das Doulas como protagonistas de uma prática obstétrica ética, humanizada e socialmente responsável.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para esta seção final busquei refletir sobre a experiência da pesquisa em sua totalidade, considerando tanto o percurso investigativo desenvolvido ao longo dos anos, quanto as emoções e aprendizados envolvidos no processo de construção deste estudo. A partir da análise histórica realizada, serão retomados os principais resultados da

investigação, reafirmando a resposta ao problema de pesquisa e avaliando em que medida as hipóteses inicialmente formuladas foram confirmadas. Ao mesmo tempo, a conclusão propõe uma reflexão política e crítica acerca das transformações no campo da assistência ao parto, destacando o papel das Doulas como agentes fundamentais no processo de humanização. Também serão consideradas as experiências vivenciadas durante o trabalho de campo, especialmente no contexto da História Oral, manifestando tanto os desafios enfrentados quanto os horizontes que se abriram a partir do diálogo com as entrevistadas. Por fim, as considerações finais consolidam a relevância do estudo, ressaltando suas contribuições teóricas, metodológicas e sociais, e encaminha para um fechamento filosófico que busca integrar os diferentes aspectos abordados ao longo da dissertação.

Portanto, a questão central que orientou esta averiguação girava em torno da problematização da inserção da figura da Doula no cenário de partos em Viçosa, Minas Gerais, especialmente no contexto do Hospital São Sebastião. Busquei então compreender de que modo essas mulheres eram percebidas e acolhidas no interior da instituição de saúde, sobretudo em sua relação com as equipes médicas, examinando se eram reconhecidas como parte integrante da assistência obstétrica ou, ao contrário, vistas como presenças externas, tensionadoras ou mesmo indesejadas.

A partir do que foi recolhido nas falas das entrevistadas, dos dados coletados — tanto qualitativos quanto quantitativos — e da análise dos próprios trâmites que culminaram na criação da lei das Doulas, foi possível identificar a existência de uma resistência significativa, tanto por parte de profissionais médicos quanto no âmbito institucional, em relação à presença e à atuação dessas mulheres na esfera hospitalar. Tal resistência se evidencia, inclusive, no próprio fato de ter sido necessária a formulação de uma legislação específica que assegurasse o direito de entrada e permanência da Doula nos espaços de assistência ao parto. Se foi preciso instituir legalmente esse direito, é porque, em alguma medida, ele vinha sendo negado, limitado ou condicionado por normas informais, preconceitos e práticas institucionais excludentes. Assim, a existência da lei não apenas regula a prática, mas também revela a presença prévia de conflitos e disputas em torno desse lugar.

Esse cenário já vinha sendo apontado pela literatura mobilizada desde a minha graduação, e foi amplamente confirmado pelos dados empíricos desta pesquisa. As narrativas elucidam que, especialmente no período inicial de inserção das Doulas em

Viçosa; por volta de 2018, quando profissionais como a Aurora, a Cassiopeia e a Belém inauguraram sua atuação; eram recorrentes situações de impedimento de entrada nas salas de parto, restrições à participação, tentativas de silenciamento e deslegitimação de sua presença. Tais experiências revelam um contexto marcado por antagonismos, no qual a Doula frequentemente era percebida como uma figura de ameaça ou oposição à autoridade médica. E ainda que a criação da lei tenha contribuído para a melhoria desse panorama, as interlocutoras indicam que episódios de violência obstétrica, desrespeito e situações emocionalmente difíceis continuaram a ser vivenciados por essas profissionais, impactando diretamente suas trajetórias — como no caso de Cassiopeia, que optou por se afastar da atuação como Doula em razão dos impasses enfrentadas no contexto local.

Por outro lado, os dados também apontam para um processo de transformação em curso. Muitas entrevistadas destacam uma espécie de “reciclagem” no corpo profissional, marcada pela saída gradual de médicos mais tradicionais, frequentemente associados a práticas mais intervencionistas para apressar o parto e à centralidade da cesariana, substituídos pela chegada de novos profissionais, residentes, mais jovens, e estudantes atualizados, alinhados às perspectivas da humanização. Essa nova configuração tem contribuído para a edificação de um ambiente mais aberto ao diálogo e à atuação das Doulas, que passam a ser reconhecidas, em alguns contextos, como integrantes da equipe de cuidado, e não mais como rivais ou ameaças.

Assim, observa-se um quadro em transição, no qual coexistem permanências e mudanças — de um lado, resistências ainda presentes — de outro, movimentos de abertura que indicam a reconfiguração das práticas e das relações no campo da assistência obstétrica, com maior valorização de abordagens não farmacológicas, do cuidado integral e da compreensão da parturiente como um sujeito biopsicossocial e histórico. Nessa direção, “nos entendimentos de Naturologia<sup>112</sup>, o indivíduo não é compreendido denominado como paciente; nesse encontro, considera-se o sujeito em sua totalidade, a pessoa como sujeito de sua ação, sujeito ativo, como agente no processo terapêutico” (Souza; Scheid, 2014, p. 45). Tal descrição reforça a necessidade de deslocamento de um

---

<sup>112</sup> A Naturologia é um campo de conhecimento e prática em saúde, institucionalizado no Brasil como formação de nível superior, que se orienta por uma abordagem integrativa e interdisciplinar do cuidado, articulando saberes das ciências biológicas, humanas e de tradições terapêuticas naturais. Fundamenta-se na compreensão do indivíduo em sua totalidade — considerando dimensões físicas, emocionais, sociais e energéticas — e na valorização de sua participação ativa no processo terapêutico, em contraste com modelos estritamente biomédicos centrados na doença e na passividade do paciente.

modelo centrado na passividade da mulher para outro que reconheça sua agência, evidenciando que a reconfiguração em curso não se limita às práticas, mas envolve também uma transformação mais profunda na forma de conceber o papel da parturiente no processo de cuidado.

Diante desse cenário em metamorfose, torna-se possível retomar a hipótese que orientou esta análise. Para isso, parti da suposição, em diálogo com a bibliografia reunida, de que haveria uma resistência por parte das equipes médicas em reconhecer com olhar positivo a doulagem, o que poderia produzir relações marcadas por fricções, contestações de legitimidade e possíveis posicionamentos de rivalidade. Nessa direção, busquei compreender se as Doulas e as gestantes se percebiam seguras no exercício desse acompanhamento, ou se presenciaram situações de opressão e hierarquia acentuada entre o saber médico e o cuidado oferecido pela Doula.

À luz dos dados coletados, foi viável afirmar que essa hipótese se confirma, porém de maneira parcial e situada historicamente. Conforme já evidenciado na análise do problema de pesquisa, houve, em momentos anteriores — especialmente no período que antecede a regulamentação legal — uma configuração mais marcada por assimetrias, na qual a hierarquia entre médico e Doula se apresentava de forma mais rígida, frequentemente associada a práticas de exclusão, deslegitimação e controle. A oposição entre os campos aparecia de maneira mais evidente, configurando uma conjuntura mais próxima de um modelo “preto no branco”, no qual a autoridade médica se sobrepunha de forma mais incisiva e visível, sem subterfúgios.

Entretanto, os materiais empíricos também indicam que essa configuração vem passando por rearranjos significativos. No momento atual, tal hierarquia já não se apresenta de maneira tão rígida e homogênea. Observa-se uma maior abertura por parte das equipes como um todo, o que inclui: médicos, enfermeiros, técnicos, anestesiistas e pediatras. Que passam a demonstrar maior conhecimento e reconhecimento acerca do trabalho da Doula, resultando em formas de acolhimento mais tranquilas e em uma convivência equiparada, menos marcada por conflitos diretos. A atuação dessas profissionais tende, em muitos casos, a ser compreendida como complementar, e não mais como concorrente. Isso não significa, contudo, a completa superação das tensões. Ainda persistem profissionais, sobretudo aqueles cesaristas e mais alinhados a práticas de intervenção, que manifestam oposição ou indiferença à presença da Doula, embora, no

quadro contemporâneo, essa reação tenda a se expressar de maneira mais velada, menos explícita e, por vezes, dissimulada - associando seu ofício a interferências indesejadas no processo de cuidado. Nesses casos, permanecem tentativas de afastamento ou invalidação, ainda que menos frequentes e menos institucionalizadas do que em períodos anteriores.

Dessa forma, a hipótese se confirma na medida em que evidencia a existência de resistências e disputas, mas também se reconfigura diante das fontes, quando apontam para um cenário menos polarizado e mais dinâmico. O que se nota não é mais uma oposição engessada entre posições fixas, mas um espaço em movimento, no qual antigas hierarquias são flexibilizadas e gradualmente rearticuladas.

No que se refere aos resultados, considero que a pesquisa cumpriu plenamente os objetivos a que se propôs. Foi factível não apenas investigar, mas efetivamente revelar aspectos centrais do cenário da assistência ao parto em Viçosa, a partir de uma ótica múltipla e articulada. Destaco, nesse percurso, a riqueza do material empírico, marcada pela abertura e disponibilidade das participantes, o que possibilitou diálogo sobre temas profundos, íntimos e controversos. A escuta de mulheres que pariram, de mães, de Doulas, de profissionais de saúde, de acadêmicas e também de agentes envolvidos na construção da legislação, permitiu compor um panorama amplo, que contempla diferentes posições, experiências e percepções sobre o parto e sobre a inserção da Doula nesse contexto.

As fontes sinalizam não apenas os avanços, mas também as lacunas e desafios ainda latentes, ao mesmo tempo em que confirmam que a trajetória das Doulas em Viçosa foi, e em certa medida ainda é marcada caracterizada por processos intensos de luta e resistência para garantir seu desempenho e reconhecimento. Por essa razão, a doulagem reafirma-se como um ato de resistência, sustentado no compromisso com o cuidado, com a autonomia das mulheres e com a melhoria das práticas de assistência. Os resultados apontam para uma realidade em evolução, embora historicamente permeado por um modelo mais frio e medicalizado, o contexto local tem apresentado melhorias significativas nos últimos anos, especialmente a partir de 2019, impulsionadas pela atuação das Doulas, pela chegada de novos profissionais, pelos efeitos da legislação e pelo crescente protagonismo das gestantes, cada vez mais informadas e conscientes de

seus direitos. Trata-se, portanto, de um horizonte que, mesmo atravessado por desafios, revela uma perspectiva positiva e promissora.

Nesse horizonte de revoluções, demonstra-se possível compreender a doulagem para além de uma prática de apoio ao parto, reconhecendo-a como um fenômeno ancorado historicamente e atravessado por disputas simbólicas, institucionais e políticas. Nesse plano, a Doula emerge como agente histórica transformadora, cuja atuação questiona modelos tradicionais de assistência obstétrica frequentemente traçados pela medicalização e pelo monopólio do saber médico. Ao oferecer suporte contínuo e integral, informação qualificada e acolhimento, essas profissionais contribuem para ampliar as possibilidades de protagonismo feminino no momento do nascimento, “Por mais que a doula esteja oferecendo apoio emocional, ela deve ser a ponta de racionalidade desta díade, enquanto a parturiente permanece como a ponta de emotividade e entrega” (Fleischer, 2005, p. 10). Essa perspectiva evidencia que a Doula atua de mãos dadas com a parturiente, presente durante todo o processo, mas de forma profissional e estruturada: enquanto a gestante vivencia suas emoções, entrega-se ao momento e ao corpo, a Doula mantém a racionalidade, avaliando sinais, orientando decisões e garantindo que o processo se desenrole de forma segura, respeitosa e alinhada à fisiologia.

Sob este viés, diferentes autores têm destacado que a forma como uma sociedade organiza o nascimento ultrapassa o âmbito estritamente biológico, projetando efeitos sobre as relações sociais, afetivas e culturais que estruturam a vida coletiva e os vínculos entre nascimento, cuidado e organização social: Para Odent, “o cuidado com a forma como nascemos e com a vinculação amorosa mãe-bebê pode propiciar a construção de uma sociedade mais acolhedora, menos destrutiva e de mais respeito pelos seres humanos e pela natureza” (Teixeira *et al.*, 2021, p. 332). Superando questões de conforto ou de prazer ao dar à luz, falamos aqui de uma reconstrução das relações sociais a partir do jeito com que chegamos ao mundo, redefinindo os padrões individualistas de tempo e lucro, que vão reverberar muito mais intimamente na percepção geral da vida, para o que é de fato importante e natural, distinguindo do que é supérfluo e doentio. As Doulas, aquelas que servem às outras, são capazes de transmutar o curso de um parto, são as guardiãs da autonomia parturiente, carregam a missão de devolver às mães o empoderamento sobre seus corpos, e com a simples formação de um vínculo genuíno, perpetuar o parto como um evento de vivência e não de sobrevivência (Freitas, 2023).

A reflexão apresentada por Odent amplia o debate ao sugerir que a maneira como os seres humanos chegam ao mundo possui implicações que transcendem o momento do parto em si, alcançando o tecimento de laços, princípios sociais e modos de convivência. Ao associar o cuidado no nascimento à construção de sociedades mais empáticas e respeitadas, o autor desloca a discussão do campo exclusivamente médico para uma dimensão ética e política. Diante desta cena, a atuação das Doulas ganha relevância ao propor práticas que priorizam as conexões, a escuta e a valorização à fisiologia, contribuindo para a experiência do nascimento como um processo vívido e digno. Assim, a doulagem segue como um ato de resistência política e de gênero, que problematiza estruturas de poder consolidadas e se configura como uma personificação da humanização do parto, ao recolocar a mulher e suas necessidades no centro da experiência de dar à luz.

Em consonância com essa abordagem insere-se a reflexão a seguir, que foi publicada em um post na rede social *Instagram* por Samanta Giannico, Doula há mais de 10 anos e atuante nas pautas do parto humanizado, educação perinatal e cultura da primeira infância<sup>113</sup>. No conteúdo, a autora propõe uma análise sobre a dimensão mamífera da experiência reprodutiva humana e sua relação com as estruturas sociais contemporâneas. Ela observa que somos mamíferos, sim, mas também seres atravessados pelo capital, pela cultura e pela desigualdade; somos mamíferas mais complexas, com partos mais difíceis, bebês mais dependentes e contextos sociais e culturais que importam. Apesar disso, compartilhamos a mesma base hormonal, os mesmos reflexos e as mesmas necessidades de segurança e apoio. A questão não é “voltar à natureza”, mas parar de patologizar o que é fisiológico e criar estruturas sociais que apoiem nossa biologia, em vez de negá-la.

Precisamos reconhecer que nossos corpos mamíferos existem dentro de estruturas que muitas vezes negam nossa biologia. Mas temos uma série de hormônios compartilhados, como: a ocitocina, responsável pelo vínculo, pelas contrações, e ejeção do leite, que funciona igual em todos os mamíferos; a prolactina que produz nosso leite, também opera com os mesmos mecanismos; e as endorfinas no parto respondem universalmente à dor e ao esforço. Os reflexos do recém-nascido, como busca, sucção e preensão, apresentam pontos comuns preservados evolutivamente entre todos. Já no tocante aos comportamentos mamíferos conservados incluem: a busca por um local seguro e protegido para parir; a necessidade de silêncio e privacidade, que ativa o neocórtex;

---

<sup>113</sup> GIANNICO, Samanta. Somos mamíferos, sim. *Instagram*, 2024. Disponível em: [https://www.instagram.com/p/DPFCE96jydh/?img\\_index=1](https://www.instagram.com/p/DPFCE96jydh/?img_index=1). Acesso em: 23/09/2025.

lambidas e toques, no caso dos humanos traduzidos como toque e massagem, que estimulam respiração e vínculo; e, a amamentação em livre demanda<sup>114</sup>, que responde à fisiologia da produção. No quesito das especificidades humanas, são elas: a pelve adaptada ao bipedalismo, o que torna os partos mais complexos; bebês que nascem mais prematuros em seu desenvolvimento cerebral; extergestação<sup>115</sup> mais longa; e maior incidência de hemorragia pós-parto.

Na reflexão proposta por Giannico, o contexto social exerce grande influência na fisiologia, como: estresse crônico proveniente do capitalismo, que afeta a produção de ocitocina e prolactina; a desnutrição e exaustão que também comprometem a produção láctea; e a falta de rede de apoio, que aumenta o cortisol, e consequentemente inibe o leite. Então, “mamiferizar” significa olhar para o que seria possível se o puerpério fosse protegido como território, se o tempo do bebê importasse mais que o relógio, e se a rede de apoio fosse tão real quanto uma alcateia. Lembrar que mamíferos respondem a sinais corporais que nós, no processo civilizatório fomos ensinadas a ignorar.

A reflexão apresentada por Samanta dialoga diretamente com debates contemporâneos no campo da humanização do parto ao recuperar a dimensão mamífera da experiência humana. Ao lembrar que mulheres são, antes de tudo, mamíferas atravessadas por contextos sociais, a Doula citada desloca o debate para além da oposição simplificada entre natureza e cultura. Seu argumento aponta que a fisiologia do parto, sustentada por mecanismos hormonais como a ocitocina, a prolactina e as endorfinas, permanece compartilhada entre os mamíferos, ainda que a vivência humana seja pautada por especificidades biológicas e, sobretudo, por dinâmicas socioculturais e políticas que frequentemente se sobrepõe ou negam essas bases fisiológicas. Diante disso, o problema não estaria em “retornar à natureza”, mas em reconhecer que a organização social contemporânea, permeada por ritmos produtivistas, medicalização excessiva e

---

<sup>114</sup> Amamentação em livre demanda é uma prática de oferecer o seio ao bebê sempre que ele demonstrar sinais de fome ou necessidade de conforto, sem seguir restrições de horários fixos. Essa abordagem respeita o ritmo do recém-nascido, além de favorecer a produção de leite, o vínculo afetivo e a autorregulação da alimentação.

<sup>115</sup> Exterogestação é o período após o nascimento em que o bebê humano ainda apresenta grande imaturidade neurológica e fisiológica, necessitando de cuidados intensivos incessantes. Um momento em que o bebê é completamente dependente para regulação térmica, alimentação, sono e contato social, basicamente ainda está “continuando” o que seria a gestação fora do útero. Nos humanos, costuma corresponder aos primeiros três meses de vida. Essa fase é prolongada em comparação à maioria dos mamíferos, que já nascem mais desenvolvidos; já entre primatas, no entanto, a dependência prolongada do recém-nascido se aproxima do que se observa na espécie humana.

fragilização das redes de apoio, frequentemente se distancia das necessidades corporais e emocionais que sustentam o processo de gestar, parir e criar.

Esse ângulo aproxima-se das críticas formuladas por Michel Odent (2004) ao próprio termo “humanização do parto”. Como discutido anteriormente no subtítulo 1.1, o obstetra francês problematizava o uso da expressão ao afirmar que, paradoxalmente, o parto talvez precisasse ser menos “humanizado” e mais “animalizado”. A interpretação é que o vocabulário da humanização pode carregar uma marca universalizante e, em certa medida, androcentrada, que obscurece dimensões instintivas e corporais fundamentais do processo de parir. A ênfase na animalidade, nesse contexto, não implica reduzir a experiência humana a um estado primitivo, mas reconhecer a centralidade de condições que favoreçam a expressão dos instintos e da fisiologia do parto: silêncio, intimidade, segurança e proteção. Tais elementos aparecem de maneira recorrente nos discursos das Doulas e mães entrevistadas nesta pesquisa, que frequentemente descrevem o trabalho de parto como um momento em que a parturiente adentra um estado particular de concentração e interioridade na fase ativa do trabalho de parto, o que seria um encontro à “mulher selvagem”.

Ao recolocar o parto nessa perspectiva mamífera e instintiva, tanto Odent quanto as deliberações contemporâneas compartilhadas nas redes sociais, sugerem que a discussão sobre humanização ultrapassa a esfera técnica da assistência obstétrica. Trata-se, em última instância, de um debate sobre as formas pelas quais a sociedade organiza o cuidado, o tempo e as relações de apoio em torno da maternidade e da infância. Ao afirmar que “mamiferizar” implica reconhecer a necessidade de proteção do puerpério, de valorização do tempo do bebê e de fortalecimento das redes de apoio, a reflexão apresentada aponta para um horizonte mais alargado de transformação social. Nesse cenário, a atuação das Doulas surge destacada ao propor práticas que buscam reconciliar o conhecimento científico contemporâneo com os ritmos fisiológicos, emocionais, viscerais e genuínos da jornada de parir, contribuindo para reconfigurar a experiência de nascimento como um evento de cuidado, vínculo e reconhecimento da potência natural e animalasca do corpo feminino. De acordo com Fleischer:

As doulas querem que músculos, ossos, ligamentos, cartilagens, mucosa funcionem como foram “programados”. E isto, mesmo que semanticamente contraditório, é o que baseia um parto “humanizado”. O seja, humanizar é, justamente, atrelar o ser humano ao que ele tem de mais “natural” - seu arcabouço fisiológico. Mas, em outros momentos, humanizar pode significar

completamente o contrário, ou seja, criar condições (tidas como positivas) no ambiente social para que o parto aconteça. Assim, a doula proporciona conforto físico e emocional, para que, só então, o mesmo arcabouço fisiológico relaxe e cumpra seu papel “programado” (Fleischer, 2005, p. 7).

Essa visão reforça a centralidade do corpo mamífero e das necessidades fisiológicas no parto, mostrando que o papel das Doulas não se limita à técnica ou ao protocolo, mas envolve criar um ambiente social, emocional e físico que permita que a fisiologia se manifeste plenamente: “é preciso reconduzi-las de volta ao ‘passado’, à ‘primitividade’ e aos ‘instintos’ de sua espécie” (Fleischer, 2005, p. 7). Ao propor essa reconexão, a citação evidencia que o cuidado não é apenas instrumental, mas também simbólico: trata-se de reconectar a parturiente a suas capacidades instintivas e à memória biológica compartilhada com outros mamíferos, oferecendo espaço, silêncio e suporte para que esses processos naturais ocorram. O cuidado oferecido atua, assim, como ponte entre instinto e contexto social, entre corpo e cultura, evidenciando que a humanização do parto é tanto a preservação da natureza biológica quanto a construção de condições favoráveis para que essa natureza seja respeitada e potencializada, reconhecendo a importância da fisiologia e do ambiente como elementos indissociáveis na experiência de nascer.

É nesse contexto mais amplo de transformações, dialogando com as metamorfoses pelas quais o nascimento em Viçosa está passando — que atravessam tanto as práticas quanto os modos de pensar o dar à luz — que se situa um acontecimento recente e significativo a nível nacional. Enquanto finalizava a escrita desta dissertação, fui surpreendida por um acontecimento que dialoga diretamente com muitas das questões discutidas ao longo deste trabalho. No dia 11 de março de 2026, a Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei nº 3946/2021<sup>116</sup>, que regulamenta a profissão de Doula em todo o território brasileiro. Como o texto já havia sido aprovado previamente pelo Senado Federal e não sofreu alterações substanciais durante sua tramitação na Câmara, ele segue agora para sanção presidencial do então presidente Lula. Trata-se de um marco importante no processo de reconhecimento institucional da atuação das Doulas no Brasil, eixo que perpassa, de diferentes maneiras, as contemplações apresentadas ao longo desta pesquisa.

---

<sup>116</sup> CÂMARA DOS DEPUTADOS. Câmara aprova projeto que regulamenta a profissão de doula. Brasília, 2026. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1252682-camara-aprova-projeto-que-regulamenta-a-profissao-de-doula>. Acesso em: 11/03/2026.

O projeto foi originalmente apresentado em 2021 pela então senadora Mailza Gomes (PP/AC) e percorreu um caminho legislativo de alguns anos até sua aprovação final. Após ser aprovado no Senado Federal em março de 2022, o texto seguiu para a Câmara dos Deputados, onde tramitou por diferentes comissões, incluindo a de Defesa dos Direitos da Mulher, a de Saúde e a de Constituição e Justiça. Destacam-se as relatorias das deputadas Sâmia Bomfim (PSOL-SP) e Ana Paula Lima (PT-SC). Somente em março de 2026 o projeto foi aprovado em plenário, concluindo um percurso iniciado cinco anos antes. A legislação estabelece critérios para o exercício da profissão de Doula no Brasil, exigindo diploma de ensino médio e certificado de formação com carga mínima de 120 horas. Além disso, a lei prevê uma regra de transição para profissionais que já atuam como Doulas há pelo menos três anos, permitindo que continuem exercendo a atividade mediante comprovação de experiência, sem a necessidade de refazer integralmente a formação exigida para novas profissionais. Também delimita as atribuições das Doulas, vedando procedimentos médicos e definindo os limites entre seu apoio e as práticas médicas, e reconhece sua presença no ambiente hospitalar em âmbito federal, garantindo que não substitua o direito da gestante ao acompanhante de livre escolha. Por fim, a regulamentação define procedimentos administrativos, como cadastro prévio e apresentação de documentação.

Embora recente e ainda sem efeitos plenamente avaliáveis, a aprovação dessa lei representa um marco no reconhecimento profissional das Doulas e se conecta diretamente com as disputas e transformações no campo da assistência ao parto evidenciadas nesta pesquisa. Trata-se, também, de uma conquista significativa e celebrada pela comunidade de Doulas brasileiras, que há anos se mobiliza em defesa do reconhecimento e da valorização de sua atuação no cuidado perinatal. Mais do que um avanço pontual, esse processo traz à tona a existência de um movimento mais amplo de transformação no cenário obstétrico brasileiro, indicando a consolidação de novas sensibilidades em torno do parto, do cuidado e da autonomia das mulheres. Nesse sentido, as mudanças observadas no contexto de Viçosa não se configuram como fenômenos isolados, mas como parte de uma reconfiguração mais abrangente, que atravessa diferentes regiões do país e aponta para a construção de um novo paradigma na assistência ao nascimento.

Sob essas circunstâncias, tomando como ponto de partida a realidade observada em Viçosa, a relevância de uma investigação como esta reside, em primeiro lugar, na capacidade de ampliar o debate público sobre o parto e de contribuir para a circulação de

informações qualificadas acerca da assistência obstétrica. Ao longo do percurso desta pesquisa, que cruzou diferentes etapas formativas e se consolidou no diálogo entre bibliografia especializada, análise histórica e escuta de narrativas, notei claramente que o acesso ao conhecimento desempenha papel central na transformação das experiências de gestar e parir. A informação, nesse sentido, não se limita a um recurso educativo, mas constitui um instrumento de autonomia, capaz de ampliar a capacidade das mulheres de compreender os processos fisiológicos do parto, reconhecer seus direitos e participar ativamente das decisões que envolvem seus corpos e seus filhos.

Neste panorama, assim como nota-se nas localidades viçosenses, emprega-se outro campo de disputa para o conceito de “humanização do parto”. Embora amplamente mobilizado em discursos institucionais e políticas públicas, o termo frequentemente aparece esvaziado de seu conteúdo crítico, sendo empregado de maneira genérica ou meramente protocolar nos centros de assistência ao nascimento. Com base nisso, abordou a médica, Daphne Rattner, em seu artigo:

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção de saúde e de subjetividades autônomas protagonistas; política porque se refere à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (Rattner, 2009, p. 599).

O trecho citado corrobora a densidade do conceito e reforça que sua redução a protocolos ou práticas isoladas implica o esvaziamento de seu potencial transformador. A investigação realizada esclarece que, na prática, muitas das diretrizes associadas à humanização ainda encontram obstáculos estruturais e culturais para sua efetiva implementação. É justamente nesse contexto que a produção de conhecimento se configura estratégica — ao problematizar conceitos, registrar experiências e analisar práticas concretas — pesquisas dessa natureza contribuem para explicitar as tensões presentes na assistência obstétrica contemporânea, oferecendo subsídios para o fortalecimento de políticas e práticas verdadeiramente comprometidas com o respeito às gestantes, aos recém-nascidos e às famílias.

Para além, a relevância deste estudo também se manifesta no reconhecimento do papel desempenhado pelas redes de apoio e pelos saberes compartilhados entre mulheres, com base nas experiências relatadas ao longo das entrevistas o acesso à informação, quando articulado à troca coletiva de vivências, pode produzir efeitos significativos na forma como o parto é vivido e interpretado. Nesse processo, a atuação das Doulas destaca-

se como elemento fundamental, ao promover não apenas suporte emocional e físico, mas também a disseminação de conhecimentos. Assim, ao iluminar as práticas, discursos e experiências que atravessam o campo da doulagem e da humanização do parto, esta pesquisa buscou colaborar para a construção de um debate mais amplo sobre nascimento, cuidado integralizado e direitos reprodutivos, reafirmando a importância de compreender o parto não apenas como evento biológico, mas como fenômeno social, político e histórico.

Se, até aqui, almejou-se destacar as contribuições deste estudo no âmbito coletivo, social e político, faz-se igualmente importante reconhecer que essa odisseia também se erigiu como uma experiência profundamente pessoal. Desde a introdução, optei por uma escrita que não se pretendesse distante, mas implicada; percorrida de ponta a ponta pela presença da autoria, pela sensibilidade e por uma linguagem, sempre que possível, em uma dimensão mais lírica. No compasso dessa lógica, me parece não apenas coerente, mas necessário, neste setor, reservado às considerações finais, reconhecer os impactos que a pesquisa produziu em mim.

Ao longo de sua lapidação, esta análise desenhou-se como um intenso processo de amadurecimento — intelectual, metodológico e também subjetivo. Houve um aprofundamento nas práticas de leitura, escrita, análise crítica e autoconfiança, bem como um aperfeiçoamento no modo de conduzir buscas, selecionar fontes e sustentar posicionamentos. Ao mesmo tempo, tratou-se de uma jornada de descobertas, a experiência com a história oral e com a realização de entrevistas, até então inédita para mim nesse nível de formalização, revelou-se não apenas desafiadora, mas profundamente transformadora.

Nesse caminho, enfatizo também a primazia do período das disciplinas do mestrado, que se constituiu como um momento particularmente enriquecedor. As aulas possibilitaram um contato com diferentes textos, autoras e autores fundamentais, expandindo significativamente meu repertório teórico e analítico. Se, ao ingressar no programa, havia uma inquietação quanto às possíveis distâncias entre o meu tema de pesquisa e os debates centrais do programa, ao longo foi possível costurar conexões consistentes e produtivas, com discussões relacionadas ao patrimônio, à paisagem, à cidadania e à memória. Esse movimento não apenas fortaleceu a dissertação, como

também trouxe grande satisfação pessoal, somada às trocas estabelecidas com colegas e professores, que tornaram tudo ainda mais brilhante.

Outro aspecto indispensável de ser comentado, foi o contato direto com as interlocutoras. Sem dúvida a vertente mais memorável de toda a pesquisa. Estar diante dessas mulheres, desses sujeitos engajados na defesa da autonomia no parto, na valorização do cuidado e na construção de práticas mais respeitosas, foi uma experiência de grande impacto. Senti-me acolhida, amparada e, sobretudo, acompanhada — como se, a cada passo eu também passasse a integrar uma teia maior de pessoas comprometidas com essa causa. Cada entrevista foi, nesse sentido, um encontro precioso, cujos efeitos ultrapassaram os limites da pesquisa e reverberaram diretamente em minha forma de compreender o parto, o corpo, o ser mulher, o ser mãe e o próprio lugar da Medicina dentro da História.

Ademais, a operação da escrita também se consolidou como um espaço de afirmação. Se, por um lado, a escrita já era uma prática com a qual eu mantinha familiaridade desde o início da graduação, por outro, este momento foi marcado por uma maior segurança, assertividade e consciência sobre minhas escolhas; tanto no que diz respeito ao que incluir, quanto, sobretudo, ao que recusar. Houve, nesse percurso, dilemas, decisões e posicionamentos que evidenciam um crescimento não apenas técnico, mas também ético e autoral, revelando uma pesquisadora em formação que passa a reconhecer o peso e a responsabilidade de produzir conhecimento.

Este estudo também abriu caminhos, portas, janelas e horizontes. As entrevistas, os encontros, os contatos, as rodas de conversa e os espaços de debate dos quais participei maximizaram minhas perspectivas de atuação, indicando possibilidades futuras tanto no campo acadêmico quanto em práticas diretamente relacionadas ao parto. Foram experiências de troca, de escuta e de construção coletiva de saberes, que se compuseram como instantes expressivos e emblemáticos.

Isso não significa, contudo, que o percurso tenha sido isento de dificuldades. Houve desafios consideráveis, especialmente nas etapas mais burocráticas da pesquisa; bem como, momentos de cansaço, bloqueio criativo e exaustão, próprios de um processo longo e exigente. Ainda assim, ao olhar para o trajeto percorrido, o sentimento que permanece é, sobretudo, de orgulho e de profunda gratidão. Orgulho pelo trabalho

forjado, pelas escolhas feitas e pelo crescimento alcançado; gratidão pelas pessoas que cruzaram essa estrada, pelos aprendizados partilhados e pela possibilidade de ter vivido uma experiência tão vibrante, poderosa e transcendente.

Em seguimento a esse mesmo movimento considerações introspectivas, trago os impactos desta pesquisa, para além da minha própria experiência. Igualmente se tornou perceptível a forma como o estudo reverberou junto às participantes. No decurso da realização das entrevistas, um aspecto que me chamou atenção de maneira especial, foi a forma como as respondentes reagiam à própria existência desta pesquisa. Em diferentes momentos, e especialmente ao final das conversas, muitas delas expressavam palavras elogiosas de incentivo e reconhecimento em relação ao tema escolhido e à maneira como optei por conduzir a investigação. Frequentemente, antes de encerrarmos as entrevistas, eu perguntava se gostariam de deixar alguma mensagem final ou acrescentar algo que considerassem importante. Era justamente nesse momento que surgiam comentários que iam além das respostas às perguntas previamente elaboradas, transformando aquele instante em um espaço de reflexão sobre a própria relevância do estudo.

Várias colaboradoras sublinharam que consideravam a pesquisa importante por abordar um tema que, segundo elas, permanece frequentemente invisibilizado ou relegado a um segundo plano nos debates públicos e acadêmicos. Algumas expressaram gratidão, mencionando que as discussões sobre o parto, a experiência das mulheres e a presença das Doulas muitas vezes permanecem restritas a círculos muito específicos, quase como se estivessem confinadas a uma espécie de nicho ou bolha. Nesse sentido, ouvir que este trabalho poderia contribuir para ampliar a visibilidade dessas questões foi algo que me marcou profundamente ao longo do percurso da pesquisa.

Outro elemento que aparecia com recorrência nesses comentários dizia respeito à relação entre o tema investigado e o campo da História. Algumas participantes demonstravam surpresa e entusiasmo ao perceber que suas experiências e reflexões estavam sendo registradas dentro de uma investigação histórica. Para muitas delas, era significativo que uma pesquisa na área da História se dedicasse a compreender práticas contemporâneas relacionadas ao parto, às evoluções no campo da saúde obstétrica e à atuação das Doulas. Também houve observações sobre minha própria trajetória enquanto pesquisadora jovem, o que tornava as falas de incentivo ainda mais tocantes e motivadoras.

Receber esse retorno das entrevistadas foi, para mim, um episódio de ressonância singular. Superando a dimensão metodológica da pesquisa, esses encontros produziram um impacto pessoal difícil de mensurar. As palavras de incentivo, os elogios e o reconhecimento expressos por tantas participantes funcionaram como um importante estímulo ao longo do processo de investigação. Em diversos momentos, ouvir que este trabalho era percebido como necessário, relevante ou mesmo corajoso, me encheu de orgulho e reforçou a convicção de que investigar essas histórias e experiências era um caminho que valia a pena ser percorrido. Assim, ao revisitar os meses de pesquisa, percebo que a realização das entrevistas não representou apenas uma etapa a ser cumprida dentro do cronograma estipulado, mas algo fundamental para a construção da análise aqui apresentada. Fazem parte da própria história desta pesquisa e, de certa forma, também da minha trajetória enquanto mulher e historiadora.

É justamente a partir desse entendimento da pesquisa como espaço de encontro e cocriação que se torna exequível avançar para uma ponderação de caráter mais simbólico e interpretativo. Inspirada pela noção socrática de maiêutica — a arte de “dar à luz” ideias por meio do diálogo — compreendo esta pesquisa como um processo no qual as narrativas das mulheres não são extraídas, mas emergem. Trata-se de uma imagem que me acompanha há muito tempo, desde os primeiros contatos com a filosofia ainda no período escolar, quando a ideia do “parto das ideias” já me parecia, de alguma forma, notável e atraente. Retomar essa noção neste momento não é casual, mas simbólico, encontra aqui, um campo fértil para se expandir e ganhar novos sentidos.

Assim como o parto exige tempo, cuidado, escuta e presença, também a construção deste trabalho se deu neste mesmo ritmo, um movimento que respeita o tempo do outro, que acolhe silêncios, sussurros e gritos, que permite que os propósitos venham à superfície sem imposições. A maiêutica socrática, portanto, não é mobilizada aqui como método analítico, mas como uma metáfora orientadora da minha postura enquanto pesquisadora. Ao invés de buscar respostas prontas ou “extrair” informações, procurei criar condições para que as narrativas pudessem se desvelar na interlocução, sendo arquitetada coletivamente, no entrelaçamento entre quem fala e quem escuta.

Essa imagem dialoga de maneira particularmente intensa com o campo empírico desta pesquisa, circunscrita pelas experiências do parto. Falar de nascimento, no âmbito dessa realidade, projeta-se para além a dimensão biológica: é também falar de processos

de criação, de transformação e de emergência de novos signos. Parir, aqui, não se restringe ao corpo — é também parir ideias, parir questionamentos, parir novas formas de compreender o mundo. Cada experiência narrada carrega em si não apenas uma história individual, mas a potência de produzir deslocamentos, de gerar reflexões e de contribuir para a elaboração coletiva de outros horizontes factíveis.

Conforme a lógica deste prisma, as narrativas que se delineiam no transcorrer desta investigação, não apenas contam histórias de nascimento, mas também participam, elas mesmas, de um processo contínuo de criação. Ao serem ditas, escutadas e interpretadas, tornam-se geradoras de novos sentidos, novos olhares e novas possibilidades de existência. Assim, a metáfora da maiêutica propicia elementos para compreender este trabalho como um espaço de gestação e de parto, não somente de um texto acadêmico, mas de ideias. Encerrar esta dissertação sob essa imagem é, portanto, reconhecer que o conhecimento aqui produzido não é algo finalizado ou definitivo, mas algo vivo, em permanente mutação. Tal como o parto, trata-se de um processo que envolve entrega, vulnerabilidade, força e potência feminina; e que, ao se concretizar, não se encerra, mas inaugura novos começos.

Após mergulhar na *Gênese do Conflito*, escutar os *Ecos* que ele reverbera e nos situar *Entre Conflito e Transformação*, chegamos à pergunta que deu início a tudo: **existe escuridão em dar à luz?**

A resposta, como cada camada que envolve o nascimento, não é simples. Luz e escuridão coexistem, se entrelaçam, se confundem. Mas elas não são intransponíveis - existem ferramentas para iluminar, pontes que nos permitem atravessar a sombra para tocar a luz no fim do túnel. E estes são, sobretudo, a presença das Doulas, o acesso à informação e a força de direitos conquistados o que oferecem essa claridade. Em Viçosa, os lampejos da transformação já se anunciam. E, mesmo em passos diminutos, vão se intensificando, progressivamente mais nítidos, claros e calorosos a cada dia, como um raio de sol, que adentra os espaços pelas frestas e se expande. Dar à luz, enfim, é reconhecer que a escuridão não é total, a luz está presente mesmo nos lugares mais inesperados, basta se lembrar de acendê-la e cuidar para que brilhe.

## REFERÊNCIAS

ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **Para educar crianças feministas: um manifesto**. Editora Companhia das Letras, 2017.

ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **Sejamos todos feministas**. Editora Companhia das letras, 2014.

AGUIAR, Cláudia de Azevedo *et al.* Indicadores de monitoramento e avaliação dos Centros de Parto Normal Peri-hospitalares: resultados do estudo Nascer nas Casas de Parto do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, p. e00175024, 2025.

AYRES, Lílían Fernandes Arial *et al.* Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. e20200116, 2020.

AYRES, Lílían Fernandes Arial *et al.* Métodos de preparação para o parto: um estudo sobre materiais impressos publicados no Brasil em meados do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, p. 53-70, 2019.

AYRES, Lílían Fernandes Arial; HENRIQUES, Bruno David; AMORIM, Wellington Mendonça de. A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3525-3534, 2018.

BALASKAS, Janet. **Parto Ativo: guia prático para o parto natural**. São Paulo: Editora Ground, 2020.

BALZANO, Cristina. **O parto é da mulher!: guia de preparação para um parto feliz**. São Paulo: Gutenberg, 2019.

BARBOSA, Murillo Bruno Braz *et al.* Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 420-429, 2018.

BARNSLEY, Julie. **El cuerpo como territorio de la rebeldía**. Instituto Universitario de Danza, 2006.

BARRERA, Daniela Calvó; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas. **Revista Estudos Feministas**, v. 29, n. 1, p. e62136, 2021.

BAUMAN, Zygmunt. **44 cartas do mundo líquido moderno**. Tradução Vera Pereira. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 2011.

BÍBLIA, português. **Bíblia Sagrada**. Alpha Betum. Buenos Aires: Visor Enciclopedias Audiovisuais S.A. 1999.

BIO, Eliane. **O corpo no trabalho de parto: o resgate do processo natural do nascimento**. Summus Editorial, 2015.

BLACKLEDGE, Catherine. **A História da V – Abrindo a Caixa de Pandora**. Femália. Tradução J. M. Bertolote. DeGUSTAR. 1988.

- BORGES, Moema da Silva. **Incorporção do saber de parteiras e benzedeiras às práticas de saúde**. 2008.
- BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Fichas Técnicas – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), ano-base 2022**. Rio de Janeiro: ANS, 2023a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança protocolo com diretrizes para parto cesariana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b.
- BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006.
- BRENES, Anayansi Correa. **Bruxas, comadres ou parteiras: a obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses**. COOPMED, 2005.
- BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 135-149, 1991.
- CALDEIRA, Letícia Ábdon *et al.* A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.
- CARNEIRO, Marinha. **Ajudar a Nascer – parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)**. Universidade do Porto, 2008.
- CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- CRAIG, Arthur Dewitt. Interoception and emotion: a neuroanatomical perspective. **Handbook of emotions**, v. 3, n. 602, p. 272-88, 2008.
- D’ALESSIO, Márcia Mansor. Metamorfoses do patrimônio: o papel do historiador. **Revista do Patrimônio**, nº 34, 2012, p.79-89.
- DA SILVA LINHARES, Juliana LINHARES Fonseca *et al.* UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE APROPRIAÇÃO DO SABER FAZER DAS PARTEIRAS PELA MEDICINA DA MULHER NO BRASIL DO SÉCULO XIX. **Revista Cadernos de Clio**, v. 12, n. 1, 2021.
- DA SILVA, Kleber Henrique; SAMPAIO, Juliana Cunha. MULHER E FEITIÇARIA NA AMÉRICA PORTUGUESA DO SÉCULO XVI: COTIDIANO, MAGIA E INQUISIÇÃO. X Encontro Estadual ANPUH – PE. 2014.
- DAMASIO, Antonio R. **El error de Descartes**. Andrés Bello, 1996.
- DAMASIO, Antonio; DOLAN, Raymond J. The feeling of what happens. **Nature**, v. 401, n. 6756, p. 847-847, 1999.
- DAVIS-FLOYD, Robbie; DUMIT, Joseph. **Cyborg babies: From techno-sex to techno-tots**. Routledge, 2013.

DE ALMEIDA, Angela Mendes. **Mães, esposas, concubinas e prostitutas**. Editora Universidade Federal Rural Do Rio de Janeiro, 1996.

DE FIGUEIREDO, Nathália Stela Visoná. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU revista**, v. 36, n. 4, 2010.

DE FREITAS, Janaina Camilo *et al.* Eficácia dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto natural: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 12, p. e7650-e7650, 2021.

DE FREITAS, Patrícia. Reseña de "A imagem social do médico de senhoras no século XX" de Rita de Cássia Marques. **Revista Estudos Feministas**, v. 14, n. 1, p. 316-318, 2006.

DE LIMA, Leonardo Xavier *et al.* Estados incomuns de consciência em parturientes: a partolândia enquanto potencial para o desenvolvimento da mulher. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 624-644, 2018.

DE OLIVEIRA MARTINS, Ana Patrícia; DA SILVA, Aline Íris Pereira; DE ABREU, Marcia Maria Silva. REFLETINDO O PAPEL DA MULHER: enquanto doula, parteira e gestante. **II CINTEDI**, 2016.

DE SOUZA PEREIRA, Ana Claudia *et al.* Benefícios do parto normal. **Global Clinical Research Journal**, v. 2, n. 1, p. e18-e18, 2022.

DE SOUZA, Simone Vieira; SCHEID, Amanda Oliveira. Percepções de doulas naturólogas sobre gestação, parto e puerpério doulas. **Cadernos de naturologia e terapias complementares**, v. 3, n. 4, p. 43-52, 2014

DEL PRIORE, Mary. **Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia**. Editora UNESP, 2009.

DEL PRIORE, Mary. Por dentro do corpo feminino: uma viagem ao passado. **Espaço Plural**, v. 11, n. 23, p. 11-19, 2010.

DELUMEAU, Jean. **História do medo no Ocidente: 1300-1800 uma cidade situada**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2009.

DICK-READ, Grantly. **Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth**. New York: Harper & Brothers, 1942.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DUARTE, Camila Nogueira Bonfim; SOUZA, Luiz Gustavo Silva. Processos identitários de um grupo de doulas: Atitudes sobre gestantes e médicos. **Psico-USF**, v. 23, n. 4, p. 653-665, 2018.

DUROCHER, Maria Josephina M. Deve ou não haver parteiras. **Anais Brasilienses de Medicina**, v. 22, n. 9, p. 330, 1871.

ELIAS, Elayne Arantes *et al.* Historiografia e historicidade de mulheres que vivenciaram o parto vaginal: contribuições para a enfermagem obstétrica. **HU Revista**, v. 48, p. 1-8, 2022.

ESTÉS, Clarissa Pinkola. **Mulheres que correm com os lobos: mitos e histórias do arquétipo da mulher selvagem** (W. Barcellos, Trad.). Rocco, 2018.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

FERREIRA JUNIOR, Antonio Rodrigues; BARROS, Nelson Filice de. Motivos para atuação e formação profissional: percepção de doulas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1395-1407, 2016.

FLEISCHER, Soraya. Doulas como "amortecedores afetivos" Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 41, n. 1, p. 1-12, 2005.

FONSECA, Inara; FREITAS, Rosana de Carvalho Martinelli; RIL, Stephany Yolanda. Movimento de doulas no Brasil: trajetória das atrizes na construção de uma cultura de não violência obstétrica. **Seminário Internacional Fazendo Gênero**, v. 11, 2017.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 7. ed. 3. tir. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

FREITAS, Mariana Oliveira Ferreira de. (2024). O ressoar do Martelo das Feiticeiras. **Revista Histórias Públicas**, 1(3), 19–38.

FREITAS, Mariana Oliveira Ferreira de. “O Processo de Medicalização do Corpo Feminino: O que a História tem a nos dizer?”. Capítulo Minicursos. In: **Anais da IX Semana de História da Universidade Federal de Viçosa: Entrelinhas: o fazer histórico no tempo presente**. Comissão Organizadora da Semana de História da UFV – COSEHis. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, 2025a, p. 342.

FREITAS, Mariana Oliveira Ferreira de. “Parirás com Dor” – Historicizando as dores do parto. Capítulo Eixo Temático – “História das Políticas de Saúde e Práticas Médicas no Brasil”. In: **Anais da IX Semana de História da Universidade Federal de Viçosa: Entrelinhas: o fazer histórico no tempo presente**. Comissão Organizadora da Semana de História da UFV – COSEHis. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, 2025b, p. 31.

FREITAS, Mariana Oliveira Ferreira de. **Aquela que Serve à Outras: uma análise historiográfica do movimento de Doulas no Brasil**. Monografia para o curso de História, Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, p. 56. 2023.

GARCIA, Rubya Souza. **Gênero, trabalho doméstico e de reprodução social: uma análise sobre a exploração e opressão de mulheres no capitalismo**. 2022. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

GARFINKEL, Sarah N. *et al.* Knowing your own heart: distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. **Biological psychology**, v. 104, p. 65-74, 2015.

GOODRICH JR., Frederick W. **Parto natural: guia para os futuros pais**. Tradução desconhecida. Rio de Janeiro, RJ: Livraria Atheneu, 1955.

GROSGOUEL, Ramón. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. **Revista Sociedade e Estado** – Volume 31, n. 1, Janeiro/Abril, p. 25-49, 2016.

GURGEL, Alexandra. **Pare de se odiar: porque amar o próprio corpo é um ato revolucionário**. Editora Best Seller, 2018.

HAESBAERT, Rogério. Do corpo-território ao território-corpo (da terra): contribuições decoloniais. **GEOgraphia**, v. 22, n. 48, 2020.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Tradução Enio Paulo Gianchini. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

HARAWAY, Donna. **Staying with the Trouble: Making Kin in the Chthulucene**. Durham: Duke University Press, 2016.

HARTMAN, Saidiya. Vênus em dois atos. **Revista Eco-Pós**, 23(3), 2020, p.12–33.

HERNÁNDEZ, Delmy Tania Cruz; TANIA, Delmy. Una mirada muy otra a los territorios-cuerpos femeninos. In: **Solar**. 2016. p. 45-46.

HIRSCH, Olivia Nogueira. **Parto natural, parto humanizado: perspectivas de mulheres de camadas populares e médias**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2019.

JIMÉNEZ-ESQUINAS, Guadalupe. El patrimonio (también) es nuestro. Hacia una crítica patrimonial feminista. In: URTIZBEREA, Iñaki Arrieta (ed.). **El género em el patrimônio cultural**. Bilbao: Universidad del País Basco, 2017.

KAREEMI. **O poder dos ciclos femininos: as respostas para entender seu ciclo menstrual, altos e baixos emocionais e fazer uma revolução dentro de si**. São Paulo: Editora Gente, 2023.

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. Palavras dadas; Desenhos de escrita; O espírito da floresta. In: **A queda do céu: palavras de um xamã yanomami**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015, p.63-79; 467-487.

KRAMER, Heinrich; SPRENGER, James. **O martelo das feiticeiras**. Editora Record, 2020.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

LEÃO, Míriam Rêgo de Castro *et al.* Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2395-2400, 2013.

LEBOYER, Frédérick. **Nascer sorrindo**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

LEBOYER, Frédérick. **Shantala: uma arte tradicional, massagem para bebês**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina Maria de Oliveira; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27–58.

MACHADO, Regiane. O sagrado feminino: poder que vem de dentro-despertar, cura e empoderamento de mulheres. **Cadernos de Agroecologia**, v. 15, n. 3, 2020.

- MARIS, Ana Paula Souza. A importância da atuação da doula durante o ciclo gravídico puerperal: uma revisão integrativa. 2020.
- MARQUES, Rita de Cássia. “É preciso ser piedoso”: a imagem social do médico de senhoras. Belo Horizonte 1907-1939. 2003. Tese (Doutorado em História) – Programa de PósGraduação em História da Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- MARTINS, Aline de Carvalho; BARROS, Geiza Martins. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. **Revista Dor**, v. 17, p. 215-218, 2016.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. A mulher, o médico e as historiadoras: um ensaio historiográfico sobre a história das mulheres, da medicina e do gênero. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 27, p. 241-264, 2020.
- MCMAHON, Stephen B. *et al.* **Wall & Melzack's Textbook of Pain E-Book: Expert Consult-Online and Print**. Elsevier Health Sciences, 2013.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. FILHO, Jorge de Rezende. Rezende. **Obstetrícia fundamental**. 11ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- MORAES, Maria Sílvia de; GOLDENBERG, Paulete. Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 509-519, 2001.
- MOSCARDINI, Susana. **Doula: mulheres que se ajudam no momento mais importante da gestação**. Rio de Janeiro: Buzz Editora, 2022.
- MOTT, Maria Lúcia. O curso de partos: deve ou não haver parteiras? **Cadernos de Pesquisa**, p. 133-160, 1999.
- MOTT, Maria Lucia. Parto. **Revista Estudos Feministas**, n.2, p.399-401. 2002.
- NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro Obstetrícia, de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, p. 155-172, 2016.
- NUNES FILHO, R. J. Algumas considerações sobre o homem, especialmente suas relações entre o físico e o moral. **Bahia, Tip. do Comércio de João Alves Portela**, 1846.
- NUNES, Rodrigo Dias. Partofobia em gestantes no contexto sociocultural e clínico-obstétrico da população brasileira. **Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde**, 2020.
- ODENT, Michel. **A cesariana**. Tradução de Maria de Fátima Madureira. São José, SC: Saint Germain, 2004.
- ODENT, Michel. **Água e sexualidade: a importância do parto ecológico**. Tradução de Maria de Fátima Madureira. Florianópolis, SC: Ciências Contemporâneas, 2004.

ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico: o instinto reencontrado**. São Paulo: Tao, 1982.

ODENT, Michel. **O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto**. São Paulo: Ground, 2003.

ODENT, Michel. **O renascimento do parto**. Tradução de Roland B. Calheiros. Florianópolis, SC: Saint-Germain, 2002.

OLIVEIRA, Ana Laura Martins de; COUTO, Carolina Sobreira; GABRIEL, Fernanda Campos Araújo; AMARAL, Maria Teresa Prata; NOGUEIRA, Paula Oliveira; VIDAL, Carlos Eduardo Leal. Proporção e tendência temporal de partos cesáreos nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 2012-2020. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 33, supl. 7, p. S22-S30, 2023.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**. Paris: OECD Publishing, 2023.

PEREIRA NETO, André de F. Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 399-409, 2000.

POLLAK. Memória, Esquecimento, Silêncio. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 3, 1989, p. 3-15.

PORGES, Stephen W. **The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation**. WW Norton & Company, 2011.

PORGES, Stephen W. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. **International journal of psychophysiology**, v. 42, n. 2, p. 123-146, 2001.

RAPHAEL, Dana. **The tender gift: breastfeeding**. New York: Schocken Books, 1973.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 595-602, 2009.

REZENDE, Cíntia G. de *et al.* Fatores associados ao tipo de parto em maternidades de Minas Gerais. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 32, e-2743, 2022.

REZENDE, Joffre Marcondes de. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina. 2009.

RICOEUR, Paul. **Do texto à ação: ensaios de hermenêutica II**. São Paulo: Loyola, 1991.

RODRIGÁÑEZ BUSTOS, Casilda. **Pariremos com prazer**. Trad: Carolina Caires Coelho. – 1. Ed.; 1ª reimpressão. Belo Horizonte, MG: Editora Luas, 2020.

RODRIGUES, Livia Penna Firme. **Lobas e grávidas: guia prático de preparação para o parto da mulher selvagem**. São Paulo: Ágora, 1999.

SAN MARTÍN, Pabla Pérez. **Manual de introdução a Ginecologia Natural**. 3ª edição; 2018. Ginecosofia Ediciones.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 29-41, 2007.

SILVA, Fernanda Loureiro et al. **Sobre a porta que abre por dentro: análise cultural do processo de formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil**. 2017.

SILVA, Raimunda Magalhães da *et al.* Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, p. 2783-2794, 2012.

SIQUEIRA, Deis. BANDEIRA, Lourdes. YANNOULAS, Sílvia. Resenhas: DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. Edunb, 1993.

SMITH, Laurajane. Desafiando o Discurso Autorizado de Patrimônio. **Caderno Virtual de Turismo**, vol. 21, n. 2, p. 140-154, 2021.

SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria. A emergência da pesquisa da História das Mulheres e das Relações de Gênero. **Revista brasileira de história**, v. 27, n. 54, p. 281-300, 2007.

SOUSA, Noélia Alves de. Sábias mulheres: uma investigação de gênero sobre parteiras no sertão do Ceará. (1960-2000). **Rio de Janeiro: UFRJ**, 2007.

SOUZA, Karla Romana Ferreira de; DIAS, Maria Djair. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 493-499, 2010.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; NAKANO, Andreza Rodrigues; NUCCI, Marina Fisher. Parto e nascimento: saberes, reflexões e diferentes perspectivas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 913-915, 2018.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; RODRIGUES, Andreza; NUCCI, Marina; SILVA, Fernanda. **Medicalização do Parto – Saberes e Práticas**. São Paulo: HUCITEC Editora, 2021.

TEMPESTA, Giovana Acacia. Trabalhando pelos bons vinculamentos: reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas. **Anuário antropológico**, v. 43, n. 1, p. 37-66, 2018.

TESSER, Charles Dalcanale *et al.* Os médicos e o excesso de cesárias no Brasil. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 2, n. 1, p. 4-12, 2011.

TIBURI, Marcia. **Feminismo em comum: para todas, todes e todos**. Editora Record, 2018.

TODOROV, Tzvetan. **Os inimigos íntimos da democracia**. Editora Companhia das Letras, 2012.

TORNQUIST, Carmen Susana. Parteiras populares: entre o folclore e a escuta. **Revista Gênero**, v. 6, n. 1, 2005.

VAILATI, Luiz Lima; DE LOURDES FERREIRA, Karina Aparecida. A vida da mulher no debate médico do Brasil oitocentista. **Revista de História**, n. 184, p. 1-30, 2025.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. In: **A medicalização do corpo feminino**. 2002.

WITTER, Nikelen Acosta. Curar como arte e ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. **Tempo**, v. 10, p. 13-25, 2005.

WORLD BANK / OECD. *Cesarean Section Rates Across OECD Countries*. World Bank Policy Document, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *European Perinatal Health Report: Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe*. Luxembourg: WHO Regional Office for Europe, 2015.

ZHANG, J.; GEERTS, C.; HUKKELHOVEN, C.; OFFERHAUS, P.; ZWART, J.; DE JONGE, A. Caesarean section rates in subgroups of women and perinatal outcomes. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, [s.l.], v. 123, n. 5, p. 754-761, 2016.

## LEGISLAÇÃO E DOCUMENTOS NORMATIVOS

BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 3946/2021: **regulamenta a profissão de doula em todo o território nacional**. Autoria: Mailza Gomes. Brasília, 2021. Aprovado pela Câmara dos Deputados em 11 mar. 2026. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2316040> .

CÂMARA MUNICIPAL DE VIÇOSA (MG). **Ata da audiência pública para discussão de assuntos relacionados ao acompanhamento de doula às parturientes no município de Viçosa, 23 de maio de 2019**. Ata nº 01.14/3510. Autor: Brenda Santunioni, presidente. Viçosa, 2019. 3 p. Livro 80. Disponível em: <https://www.arquivocamaravicosalampeh.ufv.br/acervo/10404> .

CÂMARA MUNICIPAL DE VIÇOSA (MG). **Moção nº 008/2022: apoio em favor da aprovação que regulamenta a profissão de doula**. Documento nº 01.13/1164. Autores: Jamile Gomes e Bartomélio Martins, vereadores. Viçosa, 2022. 1 p. Disponível em: <https://www.arquivocamaravicosalampeh.ufv.br/acervo/22433> .

CÂMARA MUNICIPAL DE VIÇOSA (MG). **Projeto de Lei nº 068/2018**: institui às parturientes o direito de ser acompanhadas por doulas durante o período de parto e pós-parto em Viçosa. Ata nº 01.01/3650. Autor: Brenda Santunioni e outros, vereadores. Viçosa, 2018. 12 p. Contém anexos. Disponível em: <https://www.arquivocamaravicosalampeh.ufv.br/acervo/21219> .

## FONTES ORAIS (ENTREVISTAS)

### Grupo Doulas:

Vega (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Local: residência da autora, Viçosa, 01/07/2025.

Belém (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Via GoogleMeet, 23/07/2025.

Aurora (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Local: residência da entrevistada, Viçosa, 23/07/2025.

Maris (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Local: cafeteria, Viçosa, 23/07/2025.

Cassiopeia (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Via GoogleMeet, 29/07/2025.

### **Grupo Profissionais da Saúde (Médicas, Enfermeiras Obstetras e Psicólogas Perinatais):**

Vênus (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Local: cafeteria, Viçosa, 01/07/2025.

Alvorada (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Via GoogleMeet, 09/07/2025.

D'alva (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Via GoogleMeet, 14/07/2025.

Celeste (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Via GoogleMeet, 16/07/2025.

Lyra (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Local: consultório da médica, Câmara Municipal de Viçosa, Viçosa, 21/07/2025.

Callisto. Entrevista concedida à autora. Local: Hospital São Sebastião, Viçosa, 24/07/2025.

### **Grupo Agentes Políticos e Legisladores:**

Órion (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Local: gabinete da vereadora, Câmara Municipal de Viçosa, Viçosa, 02/07/2025.

Antares (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Local: residência da ex-vereadora, Viçosa, 04/07/2025.

Sirius (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Local: sede municipal do Partido dos Trabalhadores (PT), Viçosa, 22/07/2025.

### **Grupo Gestantes e Mães:**

Deneb (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Local: residência da entrevistada, Viçosa, 08/07/2025.

Íris (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Via GoogleMeet, 11/07/2025.

Lua (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Local: residência da entrevistada, Viçosa, 14/07/2025.

Andrômeda (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Local: espaço público do campus da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 17/07/2025.

### **Grupo Acadêmicas (Docentes e Discentes):**

Eos (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Local: residência da autora, Viçosa, 29/06/2025.

Cosmos (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Local: sala da docente, Departamento de Enfermagem, Viçosa, 03/07/2025.

Céu (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Via GoogleMeet, 10/07/2025.

Saturno (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Local: cafeteria, Viçosa, 14/07/2025.

Sol (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Via GoogleMeet, 18/07/2025.

Halley (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Via GoogleMeet, 22/07/2025.

Estrela (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Via GoogleMeet, 24/07/2025.

Nébula (Pseudônimo). Entrevista concedida à autora. Via GoogleMeet, 29/07/2025.

## **APÊNDICE A**

### **ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**

#### **1. Objetivo das Entrevistas**

A pesquisa acadêmica em questão, investiga a inserção e os enfrentamentos das profissionais Doulas no cenário dos partos em Viçosa, Minas Gerais. Portanto, o objetivo das entrevistas está em estabelecer um diálogo interdisciplinar entre a História, a Medicina e a comunidade, que possa traçar uma trajetória historiográfica da consolidação da profissão de “doulagem” na cidade. Identificando a notabilidade e o reconhecimento da atuação dessas mulheres por parte da equipe médica e das gestantes viçosenses.

#### **2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

- **Procedimentos**

O(a) participante, caso aceite ser entrevistado(a), contará com a possibilidade de escolha para realização de forma presencial ou remota, via chamada de vídeo online. Em média, estima-se que cada entrevista terá a duração de trinta minutos e será gravada, caso autorizada, para fins de transcrição e análise mais minuciosa. Tudo que for coletado será usado exclusivamente com finalidades acadêmicas.

- **Riscos e Benefícios**

Este estudo apresenta riscos mínimos, principalmente relacionados à integridade física, psicológica, ou qualquer desconforto que possa surgir durante as entrevistas, especialmente ao abordar experiências pessoais de parto. Para mitigar esses riscos, os(as) participantes serão devidamente informadas sobre seus direitos, incluindo o de não responder a perguntas que causem desconforto e o de interromper sua participação a qualquer momento, sem prejuízo. Além disso, será garantido o sigilo das informações, com anonimização dos depoimentos sempre que solicitado. A pesquisa contribuirá para o reconhecimento e valorização da atuação das Doulas, oferecendo subsídios para compreender sua inserção na legislação e no contexto do parto em Viçosa. Bem como, possibilitará uma reflexão mais ampla sobre a assistência obstétrica e os desafios

enfrentados por essas profissionais e pelas mulheres que vivenciam o parto. No campo acadêmico, o estudo enriquecerá as discussões sobre medicalização, história das mulheres e políticas públicas de saúde, podendo auxiliar futuras pesquisas e ações voltadas para a humanização do parto.

- **Sigilo e Confidencialidade**

Todas as informações fornecidas serão mantidas em sigilo e utilizadas exclusivamente para pesquisa. Os dados poderão ser divulgados em artigos acadêmicas, apresentações ou relatórios, mas de forma anônima se assim for estipulado, sem qualquer identificação direta do participante que desejarem se manterem em anonimato.

### **3. Perguntas de Perfil (comuns a todos os participantes)**

- Nome ou pseudônimo (se optar pelo anonimato);
- Idade;
- Escolaridade;
- Profissão;
- A quanto tempo reside em Viçosa-MG;
- Religião ou crença;
- Já passou por uma gestação?
- Tempo de experiência com o assunto: Parto.

### **4. Perguntas Principais**

#### **Grupo Doulas – Total de participantes: 5**

- Qual imagem vem à sua mente ao pensar a palavra parto?
- Você concorda que a visão sobre o parto, em grande maioria das vezes, está atrelada a sofrimento e dor? O que pensa sobre isso? Qual a origem você daria para essa cristalização dessa mentalidade?
- Você nasceu por qual via de parto? Esse era um assunto abordado normalmente em sua casa ou era um tabu?

- Já passou pela experiência do parto? Ocorreu em Viçosa? E como foi? Se não, pretende ser mãe, e já pensou algo sobre a via de parto?
- Sua visão sobre parto, e principalmente sobre parto natural sempre foi a mesma de antes de se tornar Doula?
- O que te motivou a iniciar os estudos sobre gestação, parto e doulagem?
- Como se tornou uma profissional Doula? O que precisou para se qualificar e quanto tempo de estudo?
- Quando isso se tornou uma profissão para você? E a quanto tempo atua?
- Você conhece outras Doulas em Viçosa? Quantas? Existe diálogo e apoio entre vocês?
- Conte o que significa ser Doula para você.
- Conte o que significa o parto para você.
- Por que deixou de exercer a doulagem? Pretende voltar futuramente? (Pergunta específica para uma das participantes).
- Como você descreveria o cenário de partos em Viçosa-MG?
- Você diria que as políticas de humanização funcionam bem na cidade?
- Você considera a profissão reconhecida pela população viçosense?
- Existem leis municipais e projetos que contribuem para o trabalho das Doulas em Viçosa?
- Qual a maior dificuldade da profissão?
- Você se sente bem acolhida pelos médicos, pelas equipes e pelas instituições de saúde?
- Acredita que a atuação da Doula seja algo reconhecido pela população viçosense? E o termo violência obstétrica?

- Sente diferença entre os atendimentos particulares e via plano de saúde, para os atendimentos via SUS no tocante ao pré-natal e parto?
- Considera as taxas de cesáreas em Viçosa preocupantes?
- Qual o peso da influência da opinião do médico sobre a escolha da mulher por sua via de parto?
- Sabe dizer o número de gestantes que você já acompanhou? A maioria foi possível ser por via vaginal?
- Acredita que sua presença foi importante para reduzir os partos cirúrgicos?
- Estudos anteriores, apontam que muitas equipes médicas enxergam a Doula como uma rival na cena de parto, porque, muitas vezes, interpretam como uma situação de disputa de poder e temem a presença dessas mulheres como testemunhas de possíveis casos de violência obstétrica. O que você pensa sobre isso? Já presenciou essa resistência dos médicos com a sua participação no parto? Considera que esse contexto se aplicaria também em Viçosa?
- Sua opinião sobre os impactos da inserção das Doulas para os partos em Viçosa?
- Acredita que com maior envolvimento das Doulas o panorama dos partos na cidade melhorou? E quanto aos casos de violência obstétrica?
- Você enxerga o trabalho da Doula como um ato político e de resistência de gênero?
- Considera que a ginecologia e obstetrícia negligenciam a saúde mental de gestantes e puérperas?
- Tenho um trabalho que foi apresentado durante a Semana de História do ano passado (2024), foi premiado e será publicado esse ano (2025), onde eu fiz uma historicização da dor do parto. Ou seja, eu tracei origens culturais, religiosas e econômicas para justificar que a ideia de dor e sofrimento atrelado ao parir, para além da realidade física. Partindo de um paralelo com o medo - quanto maior o medo do processo, maior a dor em si, identifiquei três pilares principais que sustentam a “Cultura do Medo”, sendo: a misoginia, representada pela violência

obstétrica; a culpabilização da mulher, uma questão religiosa usando a dor como pagamento pelo pecado original, fora a sobrecarga que existe na maternidade; e a industrialização dos partos, o mercado lucrativo das cesarianas. Esses três agentes em conjunto sustentam o medo, e a gestante com menos instrução abraça essa cultura e terá sua dor potencializada ao dar à luz. Qual sua opinião sobre essa reflexão?

- Considera que os movimentos feministas contribuem para os movimentos de humanização?
- Quais medidas seriam fundamentais para trazer mais avanços e reduzir violências nos partos viçosenses?
- Qual principal preconceito e/ou estereótipo sobre a figura da Doula você gostaria de combater? Como você gostaria que fosse propagada essa imagem?
- O que você acha que seria útil para que mais pessoas tivessem mais acesso à informação e acompanhamento de uma Doula?
- Alguma mensagem final ou algo que gostaria de completar?

**Grupo Profissionais da Saúde (Médicas, Enfermeiras Obstetras e Psicólogas Perinatais) – Total de participantes: 6**

- Qual imagem vem à sua mente ao pensar a palavra parto?
- Você concorda que a visão sobre o parto, em grande maioria das vezes, está atrelada a sofrimento e dor? O que pensa sobre isso? Qual a origem você daria para essa cristalização dessa mentalidade?
- Você nasceu por qual via de parto? Esse era um assunto abordado normalmente em sua casa ou era um tabu?
- Já passou pela experiência do parto? Ocorreu em Viçosa? E como foi? Se não, pretende ser mãe, e já pensou algo sobre a via de parto?
- Sua visão sobre parto, e principalmente sobre parto natural sempre foi a mesma de antes de se tornar profissional da saúde?

- O que te motivou iniciar os estudos nessa área?
- A quanto tempo atua com o cuidado específico voltado ao período gravídico- puerperal?
- Conte o que significa o parto para você.
- Como você descreveria o cenário de partos em Viçosa-MG?
- Você diria que as políticas de humanização funcionam bem na cidade?
- Sente diferença entre os atendimentos particulares e via plano de saúde, para os atendimentos via SUS no tocante ao pré-natal e parto?
- Qual sua visão sobre o trabalho das Doulas?
- Conhece alguém que teve a gestação e parto assistido por uma Doula?
- Dos partos que você já fez ou acompanhou, a maioria foi por via vaginal ou cirúrgica? Qual sua preferência? Geralmente como é feita a indicação? Você aconselha a confecção do plano de parto? Conversa sobre vias de parto com a grávida desde o início do acompanhamento? Apoia a cesariana eletiva se a gestante não apresenta nenhum risco que conduza a tal?
- Durante a sua graduação, como era passada a visão sobre o parto natural? As Doulas eram comentadas? E o termo violência obstétrica?
- Considera as taxas de cesáreas no Brasil preocupantes?
- Sabe informar a porcentagem de cesarianas realizadas em Viçosa?
- Qual o peso da influência do médico sobre a escolha da mulher por sua via de parto?
- Sua opinião sobre os impactos da inserção das Doulas para os partos em Viçosa?
- Acredita que com maior envolvimento das Doulas o panorama dos partos na cidade melhorou? E quanto aos casos de violência obstétrica?
- Você recomenda o acompanhamento de uma Doula?

- Considera que a assistência ginecológica e obstétrica negligência a saúde mental das gestantes e puérperas?
- Estudos anteriores, apontam que muitas equipes médicas enxergam a Doula como uma rival na cena de parto, porque, muitas vezes, interpretam como uma situação de disputa de poder e temem a presença dessas mulheres como testemunhas de possíveis casos de violência obstétrica. O que você pensa sobre isso? Acha que existe um preconceito com essas profissionais por parte dos médicos? Considera que esse contexto se aplicaria também em Viçosa? Você acredita que a maioria dos seus colegas de profissão compartilham da sua opinião? Por quê?
- Tenho um trabalho que foi apresentado durante a Semana de História do ano passado (2024), foi premiado e será publicado esse ano (2025), onde eu fiz uma historicização da dor do parto. Ou seja, eu tracei origens culturais, religiosas e econômicas para justificar que a ideia de dor e sofrimento atrelado ao parir, para além da realidade física. Partindo de um paralelo com o medo - quanto maior o medo do processo, maior a dor em si, identifiquei três pilares principais que sustentam a “Cultura do Medo”, sendo: a misoginia, representada pela violência obstétrica; a culpabilização da mulher, uma questão religiosa usando a dor como pagamento pelo pecado original, fora a sobrecarga que existe na maternidade; e a industrialização dos partos, o mercado lucrativo das cesarianas. Esses três agentes em conjunto sustentam o medo, e a gestante com menos instrução abraça essa cultura e terá sua dor potencializada ao dar à luz. Qual sua opinião sobre essa reflexão?
- Acredita que os movimentos feministas contribuem para os movimentos de humanização?
- Quais medidas seriam fundamentais para trazer mais avanços e reduzir violências nos partos viçosenses?
- Alguma mensagem final ou algo que gostaria de completar?

**Grupo Mães (Mulheres que tiveram parto assistido por Doula) – Total de participantes: 4**

- Qual imagem vem à sua mente ao pensar a palavra parto?

- Você concorda que a visão sobre o parto, em grande maioria das vezes, está atrelada a sofrimento e dor? O que pensa sobre isso? Qual a origem você daria para essa cristalização dessa mentalidade?
- Você nasceu por qual via de parto? Esse era um assunto abordado normalmente em sua casa ou era um tabu?
- Como foi a experiência do parto? Ocorreu em Viçosa? E em que ano?
- Sua visão sobre parto, e principalmente sobre parto natural sempre foi a mesma de antes de engravidar?
- Conte o que significa o parto para você.
- Você sente que a reação das pessoas é diferente quando se aponta preferência pelo parto natural?
- O que você sabe sobre o cenário de partos em Viçosa? Isso te trouxe segurança ou insegurança?
- Quais seus maiores medos e preocupações com relação ao parto?
- Como você se prepara ou se preparou para o parto?
- Você sabe a função de uma Doula? Faz/fez acompanhamento ou já teve contato com alguma em algum estágio da gestação e/ou trabalho de parto?
- Acredita que a presença da Doula pode mudar a trajetória de um parto?
- Conhece outras gestantes que optaram pelo parto normal? Esse número supera as que seguiram pela via cirúrgica? Conhece alguém que teve parto assistido por uma Doula?
- Você se sentiu bem amparada pelos médicos e profissionais da saúde durante seu pré-natal e parto? Houve alguma situação infeliz nessa tratativa? Dos médicos que você consultou, como foi o diálogo com relação ao parto? O que se falava com relação a cesariana em detrimento ao parto vaginal?
- Estudos anteriores, apontam que muitas equipes médicas enxergam a Doula como uma rival na cena de parto, porque, muitas vezes, interpretam como uma situação de disputa de poder e temem a presença dessas mulheres como testemunhas de

possíveis casos de violência obstétrica. O que você pensa sobre isso? Considera que esse contexto se aplicaria também em Viçosa? Já presenciou algo que remeta a isso?

- Considera as taxas de cesáreas no Brasil preocupantes?
- Você recomenda o acompanhamento de uma Doula?
- Considera que a ginecologia e obstetrícia negligenciam a saúde mental das gestantes e puérperas?
- Tenho um trabalho que foi apresentado durante a Semana de História do ano passado (2024), foi premiado e será publicado esse ano (2025), onde eu fiz uma historicização da dor do parto. Ou seja, eu tracei origens culturais, religiosas e econômicas para justificar que a ideia de dor e sofrimento atrelado ao parir, para além da realidade física. Partindo de um paralelo com o medo - quanto maior o medo do processo, maior a dor em si, identifiquei três pilares principais que sustentam a “Cultura do Medo”, sendo: a misoginia, representada pela violência obstétrica; a culpabilização da mulher, uma questão religiosa usando a dor como pagamento pelo pecado original, fora a sobrecarga que existe na maternidade; e a industrialização dos partos, o mercado lucrativo das cesarianas. Esses três agentes em conjunto sustentam o medo, e a gestante com menos instrução abraça essa cultura e terá sua dor potencializada ao dar à luz. Qual sua opinião sobre essa reflexão?
- Acredita que os movimentos feministas contribuem para os movimentos de humanização?
- Quais medidas seriam fundamentais para trazer mais avanços e reduzir violências nos partos viçosenses?
- Alguma mensagem final ou algo que gostaria de completar?

**Grupo Acadêmico (Docentes e Discentes dos cursos de Medicina e Enfermagem) – Total de participantes: 8**

- Qual imagem vem à sua mente ao pensar a palavra parto?

- Você concorda que a visão sobre o parto, em grande maioria das vezes, está atrelada a sofrimento e dor? O que pensa sobre isso? Qual a origem você daria para essa cristalização dessa mentalidade?
- Você nasceu por qual via de parto? Esse era um assunto abordado normalmente em sua casa ou era um tabu?
- Já passou pela experiência do parto? Ocorreu em Viçosa? Como foi? E em que ano aconteceu? Se não, pretende ser mãe, e já pensou algo sobre a via de parto?
- Sua visão sobre parto, e principalmente sobre parto natural sempre foi a mesma ou mudou de alguma forma quando iniciou no curso superior?
- Durante o curso, qual visão sobre parto natural é passada? Você concorda?
- Você tem ciência do papel de uma Doula? Já teve contato com alguma?
- As Doulas são comentadas durante as aulas? Se sim, como? (Para estudantes) / As Doulas eram comentadas quando você se graduou? E hoje como professora, aborda o tema? (Para professoras).
- O termo “violência obstétrica”, é tratado? (Para estudantes) / O termo “violência obstétrica” era comentado quando você se graduou? E hoje como professora, aborda o tema? (Para professoras).
- Acredita que a presença da Doula surte efeitos na melhoria da qualidade do nascimento?
- Você recomenda a assistência da Doula?
- Conte o que significa o parto para você.
- Considera as taxas de cesáreas no Brasil preocupantes?
- O que você sabe sobre o cenário de partos em Viçosa?
- Acredita que existem diferenças de olhar para a via vaginal e a via cirúrgica entre os atendimentos particulares e por plano com relação aos atendimentos pelo SUS?
- Você concorda que a medicina em geral negligência a saúde mental das gestantes e puérperas?

- Você acredita que existem diferenças no olhar ensinado sobre o cuidado e valor do parto natural e humanizado entre o curso de enfermagem e medicina?
- Sua opinião sobre o Plano de Parto?
- O que você pensa sobre a cesariana a pedido ou cesariana eletiva?
- Estudos anteriores, apontam que muitas equipes médicas enxergam a Doula como uma rival na cena de parto, porque, muitas vezes, interpretam como uma situação de disputa de poder e temem a presença dessas mulheres como testemunhas de possíveis casos de violência obstétrica. O que você pensa sobre isso? Considera que esse contexto se aplicaria também em Viçosa? Acredita que a maioria dos seus colegas da área compartilham da sua opinião? Por quê?
- Tenho um trabalho que foi apresentado durante a Semana de História do ano passado (2024), foi premiado e será publicado esse ano (2025), onde eu fiz uma historicização da dor do parto. Ou seja, eu tracei origens culturais, religiosas e econômicas para justificar que a ideia de dor e sofrimento atrelado ao parir, para além da realidade física. Partindo de um paralelo com o medo - quanto maior o medo do processo, maior a dor em si, identifiquei três pilares principais que sustentam a “Cultura do Medo”, sendo: a misoginia, representada pela violência obstétrica; a culpabilização da mulher, uma questão religiosa usando a dor como pagamento pelo pecado original, fora a sobrecarga que existe na maternidade; e a industrialização dos partos, o mercado lucrativo das cesarianas. Esses três agentes em conjunto sustentam o medo, e a gestante com menos instrução abraça essa cultura e terá sua dor potencializada ao dar à luz. Qual sua opinião sobre essa reflexão?
- Acredita que os movimentos feministas contribuem para os movimentos de humanização?
- De que maneira você acredita de a Universidade Federal de Viçosa, seus estudantes e professores de enfermagem e medicina podem contribuir para melhorias na saúde pública viçosense relacionada ao pré-natal e nascimento?
- Quais medidas seriam fundamentais para trazer mais avanços e reduzir violências nos partos viçosenses?

- Alguma mensagem final ou algo que gostaria de completar?

### **Grupo Agentes Políticos e Legisladores – Total de participantes: 3**

- Qual imagem vem à sua mente ao pensar a palavra parto?
- Você concorda que a visão sobre o parto, em grande maioria das vezes, está atrelada a sofrimento e dor? O que pensa sobre isso? Qual a origem você daria para essa cristalização dessa mentalidade?
- Você nasceu por qual via de parto? Esse era um assunto abordado normalmente em sua casa ou era um tabu?
- Já passou pela experiência do parto? Ocorreu em Viçosa? Como foi? E em que ano aconteceu?
- Das pessoas que você conhece que já passaram pela experiência do parto, diria que houve mais cesarianas ou partos normais?
- Como pai, o que você consideraria como fatores importantes para escolha da via de parto? (Pergunta específica para um dos participantes).
- Refletindo sobre o parto, de onde diria que vem as informações que você tem?
- Quantos anos de experiência no meio político? Que cargos já ocupou?
- Durante o tempo que se dedicou aos debates políticos, nas questões da saúde, o parto era algo comentado?
- Sua visão sobre parto, e principalmente sobre parto natural sempre foi a mesma ou mudou de alguma forma quando se inteirou mais profundamente das políticas públicas?
- Conte o que significa o parto para você.
- O que você sabe sobre o cenário de partos em Viçosa?
- Você diria que as políticas de humanização funcionam bem na cidade?

- Como você julga que os representantes políticos em Viçosa tratam os assuntos relacionado à saúde do nascimento na cidade?
- Considera as taxas de cesáreas no Brasil preocupantes?
- Você tem ciência do papel de uma Doula? Já teve contato com alguma?
- Acredita que a presença da Doula pode mudar a trajetória de um parto?
- Existem leis municipais e projetos que contribuem para o trabalho das Doulas em Viçosa?
- Recomendaria a assistência de uma Doula?
- Acredita que a atuação da Doula seja algo reconhecido pela população viçosense?
- E o termo violência obstétrica?
- Estudos anteriores, apontam que muitas equipes médicas enxergam a Doula como uma rival na cena de parto, porque muitas vezes a interpretam como uma situação de disputa de poder e temem a presença dessas mulheres como testemunhas de possíveis casos de violência obstétrica. O que você pensa sobre isso? Considera que esse contexto se aplicaria também em Viçosa? Acredita que a maioria dos seus colegas da área compartilham da sua opinião? Por quê?
- Considera que as políticas públicas de saúde negligenciam a saúde mental das gestantes e puérperas?
- Tenho um trabalho que foi apresentado durante a Semana de História do ano passado (2024), foi premiado e será publicado esse ano (2025), onde eu fiz uma historicização da dor do parto. Ou seja, eu tracei origens culturais, religiosas e econômicas para justificar que a ideia de dor e sofrimento atrelado ao parir, para além da realidade física. Partindo de um paralelo com o medo - quanto maior o medo do processo, maior a dor em si, identifiquei três pilares principais que sustentam a “Cultura do Medo”, sendo: a misoginia, representada pela violência obstétrica; a culpabilização da mulher, uma questão religiosa usando a dor como pagamento pelo pecado original, fora a sobrecarga que existe na maternidade; e a industrialização dos partos, o mercado lucrativo das cesarianas. Esses três agentes

em conjunto sustentam o medo, e a gestante com menos instrução abraça essa cultura e terá sua dor potencializada ao dar à luz. Qual sua opinião sobre essa reflexão?

- Acredita que os movimentos feministas contribuem para os movimentos de humanização?
- Como você diria que o olhar histórico pode contribuir para avanços na medicina? Considera importante que historiografia dê mais espaço para pesquisas de história da saúde e da ciência? (Perguntas específicas para um dos participantes).
- Quais medidas seriam fundamentais para trazer mais avanços e reduzir violências nos partos viçosenses?
- Alguma mensagem final ou algo que gostaria de completar?

## **5. Considerações Finais**

Cada resposta deste proposto diálogo será de inestimável valor para condução da pesquisa, bem como para apresentações e publicações futuras. Será expressa toda gratidão aos participantes, e toda comodidade e cordialidade será oferecida a eles durante todo o contato.

### **• Direito de Recusa e Retirada**

Reforçando que, a participação é voluntária. Existe o direito de recusar, interromper, solicitar pausa ou revisão de participação em qualquer momento, sem necessidade de justificativa e sem prejuízos. Os entrevistados que optarem pela não exposição serão respeitados e mantidos em anonimato por pseudônimos escolhidos pelos mesmos.

### **• Contato para Esclarecimentos**

Se houverem dúvidas sobre a pesquisa, é possível entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo e-mail: [mariana.o.freitas@ufv.br](mailto:mariana.o.freitas@ufv.br), ou pelo celular: (31) 9 9601-2368. Caso tenha dúvidas sobre seus direitos como participante, pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa, pelo e-mail: [cep@ufv.br](mailto:cep@ufv.br), ou pelo telefone: (31) 3612-2316.

## APÊNDICE B

### PRODUTO FINAL – Empoderando o Parto: Doulas por um dar à luz livre de violência

#### Introdução

O produto final, dentro da perspectiva do mestrado profissional, se trata de uma proposta de intervenção prática que floresce a partir da pesquisa desenvolvida ao longo do curso. Diferindo de uma dissertação apenas teórica, ele ambiciona a aplicação efetiva desse conhecimento acadêmico adquirido, em situações reais. Disponibilizando soluções concretas, acessíveis e relevantes para a população circunscrita na temática escolhida. Sua importância está justamente na possibilidade de promover transformações, contribuir para a qualificação de operações e para dialogar diretamente com os sujeitos envolvidos na proposta estudada. Consequentemente, o produto representa uma ponte de ligação entre a reflexão crítica e a ação prática, reafirmando o compromisso social da pesquisa.

Portanto, como produto final, fruto da dissertação de mestrado intitulada: *Existe Escuridão em Dar à Luz? Que história nos contam as Doulas em Viçosa-MG*, propõe-se a organização de rodas de conversa periódicas, criando um espaço contínuo de diálogo e conscientização. A roda de conversa será nomeada como: *Empoderando o Parto*, seguindo este título principal, variando os subtítulos ao longo dos encontros seguintes, de acordo com a temática focal do momento. A roda inaugural, irá carregar o subtítulo: *Doulas por um dar à luz livre de violência*, e contemplará os tópicos basilares discutidos durante construção da pesquisa.

A inspiração para criação de tal evento me veio após a feliz participação na 1ª Roda de Gestantes<sup>117</sup> que ocorreu em Viçosa, Minas Gerais. Organizada pela enfermeira obstetra Isabel e pela Doula Kamilla, a reunião foi realizada no dia 11 de março de 2025, sediada no auditório da Casa do Empresário de Viçosa, de forma gratuita, com objetivo de alertar sobre as ciladas na cena de parto, os riscos das intervenções desnecessárias e os

---

<sup>117</sup> FOLHA DA MATA. Encontro reúne gestantes na Casa do Empresário. Folha da Mata, Viçosa. 2025. Disponível em: <https://www.folhadamata.com.br/encontro-reune-gestantes-na-casa-do-empresario>. Acesso em: 14/03/2025.

benefícios do parir de forma natural. Ao comparecer neste encontro pude notar a grande adesão das gestantes e de seus companheiros - um prato cheio de esperança para o desenvolvimento da pesquisa. Me dei conta de que o meu projeto não seria em vão, que existiam muitas viçosenses dispostas, interessadas e engajadas em transformar a mentalidade sobre o parto. A motivação de sentir que não se trata de uma jornada solitária é indescritível. Por essa razão, entendi que o produto final dessa dissertação - o que faria mais sentido - não poderia ser outra coisa senão algo que envolvesse presencialmente a comunidade. Estar presente de corpo e alma em uma roda de conversa honesta e descontraída, que possa acolher e informar na mesma proporção.

As vantagens desse contato e comunicação entre mulheres, mães, pais, e todos aqueles interessados no assunto, são inúmeras. A informação salva vidas, isso é um fato incontestável, mas, a forma com que se expõe essas informações surte efeitos diferentes, e nada como aprender de maneira horizontal, respeitando as experiências individuais e os conhecimentos afetivos, proporcionando acima de tudo segurança e autonomia. Propostas semelhantes ao que descreve o trecho:

Ao longo dos últimos anos, tem crescido um movimento de reapropriação dos saberes femininos ancestrais, conhecimentos sobre ervas, ciclos, conexões que haviam sofrido um ataque pelo sistema vigente que busca o controle do corpo feminino e de sua fertilidade. Bruxas, curandeiras e especialistas na arte de curar vêm ressignificando tais saberes e buscam restabelecer sua conexão com a natureza, com “a Grande Mãe”. Vários outros grupos invocam também evidências científicas de acordo com o método científico tradicional que já tenham comprovado a eficácia de determinado tratamento ou receita natural, defendendo a medicina baseada em evidências e a capacidade da mulher de parir naturalmente. Nesse contexto, vêm se firmando novas categorias de trabalhadores de saúde: doulas, educadores perinatais, consultoras de amamentação, parteiras tradicionais e modernas, que estavam guardadas em alguma gaveta da história, pois essas personagens existiram, mesmo que com outros nomes. E agora reavivam a discussão sobre saberes científicos e não científicos, sobre os saberes que outrora eram divididos em rodas de conversa, questionando e ressignificando os papéis da mulher, do profissional de saúde – especialmente do médico – e de todo o sistema de atenção materno-infantil (Teixeira et al., 2021, p. 400-401).

Seguindo as intenções do evento, deverá ser demonstrado então, todos os passos do processo criativo acerca da dissertação desenvolvida, conversando sobre o que levou a escolha do tema, os caminhos disponíveis, as adversidades, as motivações e o início das atividades. Após, será detalhada a metodologia, explicando os artifícios, recursos, a experiência das entrevistas e da coleta de arcabouço teórico. Por fim, serão discutidas as ideias chave e as conclusões obtidas nos anos de estudo, apresentando os resultados. Com isso, espera-se comunicar, a partir de dados apurados pela ciência historiográfica,

informações verossímeis que possam disseminar os direitos do parto na cidade de Viçosa. Como devem ser respeitados, de que maneira melhor reivindicados; bem como, os efeitos da presença de uma Doula para que esses direitos sejam atendidos corretamente e o parto seja um cenário de amor e protagonismo do corpo que gera.

A relevância da promoção de tal evento está prioritariamente no alcance de pessoas. No decorrer dos meus cinco anos de pesquisa - desde a preparação do meu Trabalho de Conclusão de Curso, até os períodos do mestrado; com a leitura de incontáveis livros e artigos; e, a escuta atenta de aulas e palestras sobre esse universo - posso afirmar que a informação é a pedra fundamental da humanização real do parto. E por que o uso da palavra “real”? Porque é necessário reforçá-la. O que detecto nas investigações é o esvaziamento do termo “humanizado”, raramente se entende ao certo seu significado e quais são os direitos assegurados por esse movimento. Muitas instituições e autoridades médicas alegam cumprir a realização dos partos de maneira humanizada, entretanto, acabam por pegar atalhos que desrespeitam as parturientes, os recém-nascidos e as famílias, com finalidades mesquinhas de benefício próprio. Portanto, para que haja a concreta aplicação de um nascimento humanizado, as gestantes e seus acompanhantes devem estar, imprescindivelmente, munidos de conhecimento.

Entender a mecânica e a fisiologia do parto; os sinais do corpo; ter contato com alternativas naturais e não farmacológica de alívio das dores; e, se inteirar das políticas públicas de assistência - são atitudes definidoras do curso de um parto. Informação combate diretamente os casos de violência obstétrica! Uma vez ciente de todos esses pontos, se extinguem as margens para que ocorram quaisquer intervenções ou tratamentos errôneos e traumatizantes. Com instrução, se identificam os problemas antes que aconteçam, são podados pela raiz. A sabedoria também empodera: proporciona segurança, devolve às parturientes a autonomia sobre seus próprios corpos e habilita as gestantes a fazerem as melhores escolhas. Além disso, a informação passada em comunidade como em uma roda de conversa, proporcionam coragem, pois demonstra na prática que essas mulheres não estão sozinhas, e que é possível construir um parto ideal lutando juntas. Mais do que simplesmente conceder a liberdade de escolher sem culpa, trata-se de fazer essas escolhas de maneira consciente.

E como fazer essa informação chegar à essas mulheres? Hoje em dia é muito fácil tomar ciência de qualquer assunto. O mundo conectado, disponível na palma de nossas mãos pelos celulares, descortinam uma infinidade de possibilidades para buscar

conhecimento. Contudo, quantidade de informação não é sinônimo de qualidade de informação! É preciso desconfiar. Assim como em tudo na vida, encarar o que lemos, assistimos ou escutamos de modo crítico e questionador, e isso se aplica muito ao tema do parto. Geralmente, nossa mente já contaminada pelos pilares da “Cultura do Medo” – explicada no primeiro capítulo da dissertação – e, embebida pelas limitantes cenas, ora cômicas ora traumáticas, dos partos nas produções audiovisuais, tende a se inclinar para a via cirúrgica, a fim de evitar a dor e o sofrimento condicionado. Essa negligência e esse tabu só contribui para o alargamento e cristalização dessas noções. Diante desse panorama, fica límpida a demanda tão impactante de promover uma educação perinatal completa - histórica e médica – que não apenas confronte as ideias que muitas mulheres escutam desde cedo, mas que debata pacientemente as origens do problema, estabelecendo confiança nos discursos.

## **Objetivos**

### **Objetivo geral:**

A roda de conversa se mostra cada vez mais essencial para atingir a frase dita por Odent: “para mudar o mundo, é preciso, primeiro, mudar a forma de nascer”. Uma vez que, para mudar a forma de nascer, que por consequência irá mudar o mundo, é importante mudar a forma com que falamos sobre o nascer. E, a justificativa para que sejam realmente rodas periódicas - e não apenas uma edição para cumprir o requisito da entrega de um produto final para conclusão do mestrado - está na rotatividade de pessoas e gestantes, que variam no decurso dos meses. Além do ponto que defendi alguns parágrafos acima, sobre a intenção de atingir o máximo de pessoas, o objetivo primordial da promoção rodas periódicas está em ser possível se conectar com um público maior e fazer a diferença.

Sendo gratuito e aberto ao público, o convite se estenderá para além das fronteiras da universidade, para que possam comparecer estudantes, Doulas, professores, gestantes, mães, profissionais da saúde, e todos aqueles interessados em entender mais sobre a temática. A fim da obtenção de uma troca de saberes e experiências verdadeiramente enriquecedora, com retorno genuíno para sociedade. Em outras palavras, a proposta seria ampliar o acesso à informação tão valiosa e divulgar quais são os direitos protegidos pela legislação atual. Uma conversa livre de julgamentos e hierarquias, onde todos se sintam à vontade para expressar suas opiniões, sentimentos, experiências e conhecimento.

### **Objetivos específicos:**

- I. Incentivar o diálogo sobre as vias de parto, difundindo informações baseadas em evidências científicas para conscientização da população;
- II. Reduzir as distâncias figuradas entre o conhecimento produzido pela Universidade Federal de Viçosa e a sociedade viçosense;
- III. Divulgar o trabalho desenvolvido e as múltiplas perspectivas para projetos interdisciplinares como este;
- IV. Alavancar o reconhecimento das profissionais Doulas na cidade de Viçosa e região, tornando acessível o contato entre as comunidades e a assistência dessas agentes.
- V. Alcançar transformações ainda mais significativas no panorama dos partos na cidade, concedendo mais segurança e dignidade às gestantes, chamando a atenção do poder público municipal para maior cuidado no setor obstétrico das instituições de saúde, reduzindo o número de intervenções invasivas e cirurgias cesarianas desnecessárias;

### **Metodologia**

A metodologia de aplicação do produto fundamenta-se no formato de minicurso, a ser realizado no espaço do Parque Tecnológico de Viçosa (tecnoPARQ), ambiente vinculado à Universidade Federal de Viçosa, em parceria com o coletivo de mulheres *Sementes do Feminino*. A atividade terá duração estimada de três horas, podendo variar de acordo com o nível de participação das presentes, que serão incentivadas a compartilhar relatos, dúvidas e experiências relacionadas ao tema, tendo como eixo central as conclusões da dissertação aqui desenvolvida. A proposta metodológica está estruturada em dois momentos complementares, concebidos para articular fundamentação teórico-analítica e construção coletiva do conhecimento.

O primeiro momento consistirá em uma exposição dialogada inicial, com duração aproximada de uma hora, realizada no ambiente do auditório do TecnoPARQ, com disponibilidade de recursos audiovisuais. Nesse espaço, será apresentada uma síntese dos principais achados da pesquisa, por meio de slides contendo imagens, fotografias, citações, gráficos e tabelas. O uso desses recursos visuais justifica-se como estratégia pedagógica de imersão e conexão, considerando que imagens e frases simbólicas despertam empatia, favorecem a memorização e ampliam a compreensão dos conteúdos.

Trata-se, portanto, não de uma palestra hierarquizada, mas de um momento de contextualização teórica e apresentação estruturada dos resultados, no qual o diálogo permanecerá aberto e incentivado desde o início.

A linguagem utilizada será acessível, organizada em tópicos estruturantes, semelhantes à construção de um projeto de pesquisa, porém apresentando respostas, análises e conclusões já consolidadas. Mesmo durante a exposição, serão propostas provocações e perguntas ao público, estimulando intervenções e reflexões compartilhadas. Dinâmicas breves de desinibição também serão incorporadas, iniciando-se com uma rodada de apresentação das participantes. A mediadora responderá às perguntas juntamente com o grupo, buscando reduzir assimetrias simbólicas e favorecer a horizontalidade desde o princípio. Entre os questionamentos iniciais estarão informações básicas, como nome, formação e cidade de origem, além de indagações sobre o conhecimento prévio acerca do tema e as motivações para participação. No caso de gestantes presentes, poderão ser abordadas, de maneira respeitosa, questões relativas à vivência da gestação e expectativas sobre o parto.

Após esse primeiro momento, será realizado um intervalo de aproximadamente vinte e cinco minutos. Além de proporcionar descanso, socialização informal e lanche, esse intervalo cumprirá também função metodológica: marcará a transição entre o momento expositivo e o momento dialógico, simbolizando a passagem do saber sistematizado para a construção coletiva do debate. O lanche será compartilhado, onde cada uma levará algo, com organização voltada ao acolhimento e ao conforto das participantes, reforçando o caráter afetivo e comunitário da proposta.

O segundo momento ocorrerá em ambiente distinto, a área de convivência do TecnoPARQ, organizado com cadeiras dispostas em círculo. A escolha pela configuração circular constitui decisão pedagógica e epistemológica, orientada pela intenção de reduzir hierarquias simbólicas, favorecer a escuta ativa e estimular a participação equitativa. Diferentemente do modelo tradicional de auditório, no qual o conhecimento parece concentrar-se em quem ocupa a posição frontal, a disposição circular permite que todas se percebam pertencentes ao mesmo nível, fortalecendo a confiança e a abertura para o compartilhamento de experiências. Nesse espaço, será desenvolvida a roda de conversa propriamente dita, com duração aproximada de uma hora e meia, utilizando dinâmicas interativas e retomando pontos previamente apresentados nos slides como disparadores de reflexão.

Como recurso adicional de ilustração e aprofundamento, será exposta uma coleção de livros relacionados à temática, permitindo contato direto com as obras, consulta de referências e ampliação das possibilidades de leitura. Também será fornecido a cada participante um folder impresso, elaborado pela autora, contendo a cronologia da apresentação, referências bibliográficas, imagens-chave, citações relevantes e dados para contato. Esse material funcionará como instrumento de acompanhamento do percurso formativo, apoio para anotações e ponte para desdobramentos futuros.

O encerramento ocorrerá com agradecimento à participação e convite à continuidade dos encontros. A intenção é que o minicurso configure o primeiro de uma série de rodas periódicas, com possibilidade de realização bimestral e aprofundamento progressivo de novos subtópicos. Assim, o produto final não se limita a um evento isolado, mas propõe a criação de uma rede contínua de diálogo, fortalecendo vínculos, ampliando o alcance social da pesquisa e promovendo a circulação permanente dos saberes produzidos.

### **Roteiro**

- A roda de conversa – Empoderando o Parto: Doulas por um dar à luz livre de violência, ocorrerá no espaço do Parque Tecnológico de Viçosa (tecnoPARQ), ambiente vinculado à Universidade Federal de Viçosa, localizado na Av. Oraida Mendes de Castro, 6000 Novo Silvestre - 36576-400, Viçosa/MG, em parceria ao coletivo de mulheres *Sementes do Feminino*, teve início às 15 horas, e conclusão por volta das 19 horas. Em um sábado, dia 30 de maio no ano de 2026;
- Tem como público-alvo principal mulheres, especialmente mães e gestantes, estendendo-se também a estudantes, profissionais da saúde e docentes das áreas de Medicina e Enfermagem, bem como a todas interessadas em discutir o parto, suas experiências e seus significados;
- O número estimado de participantes considerando a parceria com o coletivo Sementes do Feminino e o alcance das estratégias de divulgação, estimou-se a participação de, no mínimo, 20 pessoas, podendo esse número variar conforme o engajamento do público;
- A participação no evento será gratuita e aberta ao público interessado, não havendo necessidade de inscrição prévia. A divulgação será realizada por meio de

redes sociais (*Instagram* e *WhatsApp*), e-mail e convites diretos, buscando alcançar tanto o público acadêmico quanto a comunidade em geral;

- A roda de conversa será mediada pela pesquisadora responsável, contando também com a possibilidade de contribuições da psicóloga clínica e perinatal Raíssa Mourão, integrante e cofundadora do coletivo Sementes do Feminino, fortalecendo o caráter dialógico e interdisciplinar do encontro;
- Quanto aos cuidados éticos, a condução da roda de conversa será pautada no respeito às experiências individuais, na escuta ativa e na participação voluntária. O compartilhamento de vivências ocorrerá de forma espontânea, sendo garantido às participantes o direito de se expressarem apenas na medida em que se sentirem confortáveis, preservando-se um ambiente acolhedor, seguro e livre de julgamentos;
- O primeiro momento do evento será realizado no Auditório do tecnoPARQ, espaço equipado com recursos audiovisuais, onde ocorrerá a exposição dialogada inicial. Para essa etapa, serão utilizados slides contendo fotografias, citações, gráficos e demais recursos visuais elaborados a partir das conclusões da pesquisa. Além disso, serão disponibilizados folders impressos, preparados especialmente para o encontro, bem como exemplares físicos de livros que fundamentaram a dissertação, ampliando as possibilidades de consulta e aprofundamento por parte das participantes;
- Durante a primeira hora, o conteúdo será organizado em formato estrutural semelhante ao de um projeto de pesquisa — contemplando introdução, justificativa, objetivos, delimitação do problema, hipótese, fundamentação teórica, metodologia e conclusão — porém apresentando, de maneira acessível e dialogada, os resultados e análises já consolidados. Ainda nessa etapa, serão propostas dinâmicas iniciais de apresentação, com o objetivo de promover integração e reduzir possíveis barreiras entre mediadora e participantes. Ao longo da exposição, imagens, gráficos e citações funcionarão como disparadores de reflexão, incentivando intervenções e comentários do público.
- Por volta das 17h, foi realizado um intervalo de aproximadamente vinte minutos, com oferta de *coffee break*, favorecendo descanso, socialização informal e transição entre os dois momentos da proposta metodológica. Esse intervalo

marcará também a mudança de ambiente para a Área de Convivência do technoPARQ, onde ocorrerá a segunda etapa do encontro;

- Na Área de Convivência, as cadeiras serão organizadas em formato circular, consolidando a proposta horizontal e participativa da roda de conversa. Nesse momento, com duração aproximada de uma hora e meia, o debate será aprofundado a partir das provocações apresentadas anteriormente, estimulando o compartilhamento de experiências, percepções e questionamentos. Serão conduzidas dinâmicas interativas que reforcem a escuta ativa e a construção coletiva do conhecimento.
- Além disso, reservou-se cerca de trinta minutos para a realização de uma breve prática de yoga, conduzida pela instrutora Ana Carolina Fontes Rocha, envolvendo exercícios de respiração, meditação e alongamentos simples, com o objetivo de proporcionar um momento de relaxamento, acolhimento e conexão entre corpo, mente e emoções, favorecendo maior bem-estar e integração entre as participantes.
- Ao final do encontro, será realizado um momento de encerramento e agradecimento, com estabelecimento de contatos e incentivo à continuidade das rodas de conversa em periodicidade futura, fortalecendo a rede de diálogo construída a partir do evento inaugural.

### **Conteúdo e fundamentação teórica**

O conteúdo do material apresentado aos participantes da roda de conversa será essencialmente a dissertação *Existe Escuridão em Dar à Luz? Que história nos contam as Doulas em Viçosa-MG*. Embora siga o formato de projeto, contará com resultados consolidados ao longo dos anos de pesquisa, apresentando os principais achados do estudo. A proposta envolve promover a figura da Doula, incentivar a busca por informações baseadas em evidências científicas, estimular o pensamento crítico e fortalecer o diálogo entre mulheres, gestantes e mães viçosenses.

A fundamentação teórica será disponibilizada por meio de livretos, além da presença física de diversas obras utilizadas na pesquisa, com o objetivo de endossar a argumentação e demonstrar compromisso com a valorização das fontes. Grande parte da bibliografia foi reunida durante leituras prévias realizadas para o Trabalho de Conclusão de Curso *Aquela que Serve à Outra: uma análise historiográfica do movimento de Doulas*

no Brasil, a partir de buscas em sites de venda de livros, consultas à Biblioteca Central da Universidade Federal de Viçosa e pesquisas no Google Acadêmico. Esse levantamento foi posteriormente ampliado conforme as novas demandas da pesquisa atual.

A base epistemológica do trabalho possui caráter interdisciplinar, articulando diferentes áreas do conhecimento, como História, Medicina, Sociologia, Filosofia, Enfermagem e Psicologia. Essa interlocução permite uma análise mais abrangente e complexa do tema, evidenciando suas múltiplas dimensões.

Como referência central, destaca-se a obra *Medicalização do parto: saberes e práticas*, organizada por Luiz Antonio Teixeira, Marina Fisher Nucci, Fernanda Loureiro Silva e Andreza Pereira Rodrigues (2021), que oferece uma perspectiva multifacetada sobre o parto no Brasil. No livro, a Doula Maria de Lourdes da Silva enfatiza o caráter contínuo e singular de sua atuação, enquanto o ginecologista-obstetra Marcos Augusto Dias discute os desafios e tensões relacionados à inserção dessas profissionais no campo obstétrico.

Outros estudos também abordam essas tensões, como o artigo de Murillo Barbosa, Thuany Herculano, Marita Brilhante e Juliana Sampaio (2018), que aponta que parte dos médicos se sente ameaçada pela presença da Doula, vista como elemento de ruptura em um modelo de parto medicalizado e industrializado. Nessa perspectiva, Inara Fonseca, Rosana Freitas e Stephany Ril (2017) compreendem a Doula como sujeito político de resistência. Já Ana Patrícia de Oliveira Martins, Aline da Silva e Márcia de Abreu (2016) destacam seu papel na difusão de informações, fundamental para a ampliação da autonomia das gestantes e para a redução da violência obstétrica. Complementarmente, Karla Souza e Maria Dias (2010) ressaltam a importância de compreender a mulher em sua integralidade biopsicossocial.

A obra *Parto Natural, Parto Humanizado: perspectivas de mulheres de camadas populares e médias*, de Olivia Nogueira Hirsch (2019), contribui tanto metodologicamente, por meio da História Oral, quanto analiticamente, ao evidenciar o caráter contra-hegemônico da humanização do parto. A autora demonstra como o medo e a desinformação influenciam decisões, reforçando a importância da Doula como suporte emocional e informacional.

Também foram mobilizadas obras voltadas diretamente ao parto e à atuação das Doulas, como *O Corpo no Trabalho de Parto* (Bio, 2015), *Pariremos com Prazer*

(Rodríguez Bustos, 2020) e *Manual de Introdução à Ginecologia Natural* (San Martín, 2018). No campo da medicalização do corpo feminino, destaca-se *A Medicalização do Corpo Feminino* (Vieira, 2002). Já no âmbito dos estudos de gênero, foram utilizadas obras como *Ao Sul do Corpo* (Del Priore, 2009) e *Calibã e a Bruxa* (Federici, 2017), que permitem refletir sobre a construção histórica dos papéis femininos. A pesquisa também dialoga com produções sobre medo e violência obstétrica, como a tese *Partofobia em gestantes no contexto sociocultural e clínico-obstétrico da população brasileira* (Nunes, 2020) e *História do Medo no Ocidente* (Delumeau, 2009), fundamentais para compreender o caráter cultural do medo relacionado ao parto.

No campo teórico, destacam-se ainda: *Desafiando o Discurso Autorizado de Patrimônio* (Smith, 2021) e as reflexões de Ramón Grosfoguel (2016) sobre epistemicídio, que contribuem para problematizar a hegemonia do saber médico em contraposição aos saberes das Doulas e parteiras. Por fim, obras como *A Sociedade do Cansaço* (Han, 2017) e *Os Inimigos Íntimos da Democracia* (Todorov, 2012) auxiliam na compreensão dos impactos das lógicas neoliberais, que favorecem a medicalização do parto e sua transformação em produto, reforçando dinâmicas de consumo, controle e padronização.

### **Aplicabilidade e funcionalidade**

Esta proposta de intervenção foi elaborada com foco em um público-alvo diverso, apesar de parecer uma temática muito específica. Espero alcançar: gestantes, em qualquer estágio de gravidez, como público primordial, aquelas que melhor se beneficiarão dos debates; Doulas, também presença essencial, para contribuir com as falas e ganharem mais visibilidade; profissionais da saúde, entre médicas, enfermeiras e psicólogas, para contribuir na visão técnica do assunto; professores e estudantes da UFV, que com certeza enriquecerão a conversa; representantes políticos e de movimentos sociais, agregando a perspectiva política, legislativa e filosófica; e, de maneira abrangente todos aqueles interessados e curiosos com a temática, sendo: acompanhantes das gestantes, familiares, amigos, estudantes de outras instituições e cursos, e a comunidade viçosense como um todo. Tendo em vista suas demandas por informação e suporte, e o valor de cada grupo na movimentação do diálogo.

O material oferece suporte prático para sua aplicabilidade em contexto viçosense, visando melhorias na saúde obstétrica e neonatal. Suprindo a carência de debates e

veículos de informações confiáveis e acessíveis a todos, conhecimentos com base na historiografia, que não somente aponta a existência dos problemas – como a epidemia de cesarianas e a violência obstétrica – mas responde a soluções para o presente e futuro, bem como, ensina sobre as raízes originárias da condição adversa atual.

Já a funcionalidade do produto está voltada para na oferta de ferramentas para conscientização sobre o parto humanizado assistido por uma profissional Doula. Permitindo que os participantes tenham acesso aos benefícios extraídos do estudo, atuando diretamente e em conjunto com a comunidade na melhoria do cenário dos partos na cidade.

### **Resultados esperados**

Espera-se então, que o produto aqui idealizado, contribua para essa disseminação de saberes, impactando de maneira positiva na escolha das gestantes por sua via de parto e demonstrando os benefícios e transformações da experiência na presença de uma Doula. A aplicação periódica das rodas deverá resultar na redução das porcentagens de cirurgias cesarianas, principalmente daquela agendadas - as chamadas cesáreas eletivas. Também se prevê que munidas de maior conhecimento, as parturientes possam identificar o que são as intervenções consideradas invasivas e desnecessárias durante o labor.

Em escala global, ocorrem cerca de 6,2 milhões de cesarianas desnecessárias, com custo aproximado de 2,3 bilhões de dólares americanos (Nunes, 2020). No quesito violência obstétrica, constatou-se que “uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre tratamento desumano e discriminatório no cuidado obstétrico” (Leão et al., 2013; Rodrigues et al., 2018 apud Teixeira et al., 2021). Em outras palavras, vivemos não apenas uma epidemia cesarista, mas também intervencionista. Dados da pesquisa *Nascer no Brasil* revelam índices alarmantes de intervenções durante o parto entre 2011 e 2012: episiotomia em mais de 50% dos casos, posição litotômica em mais de 90%, infusão de ocitocina e ruptura artificial da membrana amniótica em cerca de 40%, além da manobra de Kristeller em 37% dos partos vaginais. Embora algumas dessas intervenções possam reduzir modestamente as taxas de cesariana, é necessário ponderar os riscos, sofrimentos e consequências envolvidos. Em muitos casos, práticas como a analgesia epidural associada ao uso de ocitocina sintética acabam aumentando as chances de cesariana, já que o corpo não consegue acompanhar as reações desencadeadas. As cirurgias eletivas e

as intensas intervenções farmacológicas também refletem em riscos de morbidades respiratórias ao neonato e possíveis traumas para a mãe.

Esses dados evidenciam como a medicalização intensa e as intervenções desnecessárias podem gerar impactos negativos tanto para a mãe quanto para o bebê, configurando situações de violência obstétrica. Diante desse cenário, torna-se fundamental refletir sobre estratégias de cuidado que respeitem o processo fisiológico do parto e fortaleçam a autonomia das gestantes, garantindo segurança, bem-estar e protagonismo na experiência de dar à luz. Nesse contexto, destaca-se a importância do plano de parto e do acompanhamento de uma Doula, figura central para este estudo, capaz de oferecer não apenas suporte técnico e informativo, mas também acolhimento, empatia, fortalecimento emocional e alívio das dores e angústias relacionadas ao parto.

Além disso, compreende-se que o produto final da dissertação pode atuar como instrumento disruptivo frente à mentalidade medicalizadora e industrializada que patologiza o nascimento. Em muitos espaços, o parto ainda é tratado como tabu ou representado de maneira exageradamente cômica ou trágica nas mídias, contribuindo para a cristalização de imaginários distorcidos sobre o tema. Diante disso, rodas de conversa como essa propõem incentivar reflexões acerca da forma como o parto é percebido socialmente, questionando de onde vêm as informações que construíram nosso imaginário — se da escola, de relatos traumáticos, de notícias ou das representações midiáticas. Ao estimular esse tipo de ponderação, busca-se tratar a problemática pela raiz, promovendo mudanças de mentalidade que ultrapassem o público de gestantes e futuras mães, alcançando também a sociedade, os profissionais da saúde, a mídia, os espaços educacionais e até mesmo as políticas públicas voltadas ao atendimento obstétrico.

### **Resultados alcançados**

A realização da roda de conversa constituiu um momento significativo de compartilhamento de experiências, construção coletiva de saberes e fortalecimento do diálogo em torno de temas frequentemente silenciados ou tratados de forma restrita na sociedade. Durante o encontro, observou-se uma participação ativa das presentes, que se mostraram à vontade para compartilhar relatos, memórias, percepções e experiências pessoais relacionadas às temáticas discutidas. A atmosfera de acolhimento, respeito e escuta sensível favoreceu trocas profundas acerca de assuntos íntimos e, por vezes, delicados, evidenciando a importância da criação de espaços seguros para o diálogo sobre

questões relacionadas ao corpo feminino, ao parto, ao nascimento e às vivências de ser mulher.

O evento também representou um importante momento de devolutiva social da pesquisa, possibilitando que conhecimentos produzidos no âmbito acadêmico fossem compartilhados com a comunidade de maneira acessível e dialógica. Nesse sentido, a roda de conversa permitiu ampliar o alcance das reflexões desenvolvidas ao longo da investigação, promovendo a circulação de saberes para além dos limites da universidade e fortalecendo o compromisso social manifestado na pesquisa. Além disso, a atividade assumiu um significado especial para mim, como autora, por possibilitar o reencontro com algumas participantes das entrevistas realizadas durante a redação. O encontro constituiu uma oportunidade de expressar reconhecimento e gratidão pela contribuição dessas mulheres, cuja participação foi fundamental para a construção da dissertação. Dessa forma, a iniciativa configurou-se também como um momento de valorização das trajetórias e narrativas compartilhadas ao longo do estudo.

A prática de yoga realizada durante a programação mostrou-se igualmente enriquecedora, proporcionando às participantes um sentimento de conexão entre corpo e mente. A atividade favoreceu a criação de um ambiente de presença e bem-estar, articulando-se de maneira harmoniosa com os objetivos da roda de conversa e contribuindo para a construção de uma jornada marcada pela escuta, pela sensibilidade e pelo cuidado.

A recepção geral da proposta foi extremamente positiva. As participantes destacaram a relevância do tema abordado, a importância de criar espaços dedicados à escuta das mulheres e o caráter respeitoso e sensível com que as discussões foram conduzidas. Diversos relatos apontaram que a experiência foi percebida como libertadora e fortalecedora, especialmente por possibilitar a verbalização de experiências frequentemente invisibilizadas ou pouco discutidas em espaços públicos. Outro resultado relevante foi a divulgação do evento em veículos de comunicação locais, incluindo a Rádio Montanhese<sup>118</sup> e o portal de notícias Primeiro a Saber<sup>119</sup>, ampliando o alcance da

---

<sup>118</sup> A Rádio Montanhese FM é uma emissora sediada em Viçosa, Minas Gerais, fundada em 1949, sendo considerada uma das mais tradicionais da Zona da Mata Mineira. Atualmente opera na frequência 106,5 FM em Viçosa e adota o slogan “A Rádio Amiga da Cidade”, mantendo programação voltada à informação, ao entretenimento e à cobertura de acontecimentos locais e regionais.

<sup>119</sup> O Primeiro a Saber é um portal de notícias sediado em Viçosa-MG, dedicado à cobertura de acontecimentos locais e regionais, abordando temas relacionados à educação, saúde, cultura, cidadania e comunidade. O veículo publicou, em 29 de maio de 2026, a matéria intitulada “Evento em Viçosa discute

iniciativa e contribuindo para a disseminação das discussões propostas junto à comunidade. A visibilidade alcançada reforçou o interesse social pelo tema e favoreceu o diálogo com públicos diversos.

Por fim, destaca-se que os objetivos propostos para o produto foram amplamente alcançados. A atividade promoveu conscientização, troca de saberes, fortalecimento de vínculos e valorização das experiências femininas, estimulando reflexões individuais e coletivas sobre as temáticas abordadas. De maneira especialmente significativa, diversas participantes manifestaram o desejo de que a iniciativa tenha continuidade, sugerindo que o encontro não se encerrasse como uma ação isolada, mas se consolidasse como um espaço periódico de diálogo e acolhimento. Tal retorno evidencia a relevância da proposta e reafirma a necessidade de ampliar e fortalecer espaços de escuta, partilha e construção coletiva de conhecimentos entre mulheres.

**Imagem 1 – Realização do produto final da pesquisa: participantes da roda de conversa**



Fonte: Acervo da pesquisadora (30/05/2026).

---

*atuação de doulas e enfrentamento à violência obstétrica*", divulgando a realização da roda de conversa "Empoderando o Parto: Doulas por um dar à luz livre de violência", produto final desta pesquisa. Disponível em: <https://primeirosaber.com.br/2026/05/29/evento-em-vicosa-discute-atuacao-de-doulas-e-enfrentamento-a-violencia-obstetrica/>. Acesso em: 15 jun. 2026.

## Imagem 2 - Momento prática de yoga do evento



Fonte: Acervo da pesquisadora (30/05/2026).

## Conclusão

A proposta da roda de conversa, enquanto produto final vinculado a esta pesquisa, evidencia a relevância de articular teoria e prática no enfrentamento das questões discutidas. Trata-se de um convite à reflexão crítica e à escuta sensível. Para que não se perca apenas em palavras escritas o potencial transformador das pesquisas desenvolvidas, buscou-se a edificação de algo que cumprisse o papel social de uma produção acadêmica. O trabalho produzido nas universidades, pelas áreas das Ciências Humanas, em especial a História, em muitos casos nasce e morre nos discursos. Muito se escreve, muito se publica, mas nem sempre o conhecimento produzido alcança a sociedade de forma ampla ou se converte em ações concretas. Pesquisas de valor inestimável, por vezes, não são acessadas nem disseminadas. Falta ação prática da História, falta presença dos historiadores.

Nesse produto, constrói-se a ponte para essa lacuna: a História viva, como em sua origem – a História Oral – a primordial, que sustentou e sustenta a humanidade até os dias atuais. O diálogo histórico, aberto às ciências médicas, aberto para além do público acadêmico; a História em tempo real, que surte efeito e conecta a comunidade.

A realização da roda de conversa reforçou a pertinência dessa proposta. Os resultados alcançados demonstraram que a construção de espaços voltados à escuta, ao acolhimento e à troca de saberes possui um impacto significativo para as mulheres

participantes. A receptividade do público, a profundidade das discussões desenvolvidas, a partilha de relatos pessoais e a valorização das experiências femininas evidenciaram que os objetivos inicialmente estabelecidos foram amplamente alcançados. Mais do que uma atividade de divulgação científica, a iniciativa constituiu uma experiência de construção coletiva de conhecimentos, fortalecendo o diálogo entre universidade e comunidade e reafirmando a importância de tornar acessíveis as reflexões produzidas no meio acadêmico.

De maneira especialmente significativa, o encontro possibilitou uma devolutiva às participantes que contribuíram para esta pesquisa, permitindo que suas narrativas retornassem à comunidade em forma de diálogo, reflexão e reconhecimento. A ampla aceitação da proposta, bem como o incentivo manifestado pelas participantes para que a atividade tenha continuidade, demonstra que a temática permanece necessária e que iniciativas dessa natureza possuem potencial para produzir impactos que ultrapassam os limites desta investigação.

A divulgação do evento em meios de comunicação locais, o que ampliou ainda mais o alcance da proposta, favorecendo o contato com públicos diversos e contribuindo para a circulação do conhecimento produzido. Assim, a experiência demonstrou que a pesquisa histórica pode ocupar espaços para além da escrita acadêmica, promovendo encontros, ampliando vozes e contribuindo para a construção de reflexões coletivas capazes de gerar efeitos concretos na comunidade.

Sinto o dever cumprido ao pensar e concretizar esse produto final, toda intenção de transformação de uma realidade, e ainda mais, de uma mentalidade. Ao dar início a essa jornada, no ano de 2020, quando me despertei para esse universo, o desejo latente, mas ainda não decifrado na época, era construir algo assim: uma pesquisa profunda, que concedesse voz às Doulas, que ampliasse a qualidade dos partos da minha cidade natal e me proporcionasse uma atuação direta nesse meio. O produto final aqui idealizado resume todas essas ambições e supera as minhas expectativas como historiadora.

Que seja amplamente difundida entre mulheres a percepção expressa com tanta delicadeza na reflexão poética escrita por Mayra Calvette, enfermeira obstetra e neonatal com formação em obstetrícia e neonatologia, atuante como parteira contemporânea, defensora do parto humanizado e uma das fundadoras do Grupo Ama Nascer:

Não é preciso ensinar o vento  
a soprar.  
Nem o rio  
a correr.

O corpo sabe o caminho.  
O útero fala.  
O tempo abre.

Não é o medo que conduz,  
é a entrega.  
Não é o relógio,  
é o ritmo da alma.

A mulher sabe parir  
porque carrega dentro de si  
mil partos de outras antes dela.  
Carrega a sabedoria do instinto,  
do silêncio,  
do sentir.

O bebê sabe nascer —  
ele gira,  
desce,  
se empurra em direção à luz.

Quando o controle se desfaz,  
o milagre acontece:  
sem pressa,  
sem ruído,  
só presença.<sup>120</sup>

Conclui-se, portanto, que a intervenção prática caracterizada nessas páginas representa não apenas uma metodologia participativa, mas também uma aposta na potência dos encontros para fomentar questionamentos, maximizar percepções e incentivar uma educação cuidadosa.

---

<sup>120</sup> Calvette, Mayra. Post no *Instagram*. *Instagram*, 2024. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/DPhc7W3kSYX/>. Acesso em: 07/10/2025.

## Folder informativo entregue aos participantes:



*Doulas por um dar à luz  
livre de violência*

Por Mariana Freitas

🌐 <https://lattes.cnpq.br/189674776887201>  
✉ [mariana.offreitas.his@gmail.com](mailto:mariana.offreitas.his@gmail.com)  
☎ (31) 9 9601-2368  
@ @lmarifreitasl

### Assuntos Centrais

#### 1ª Parte - Auditório

- ♥ Apresentações;
- 📖 Exposição dos processos metodológicos, fundamentação teórica e resultados;
- 🗣 Momento reflexão - frases, poemas, vídeos.

#### Intervalo

- ☕ Lanche;
- 🧘 Prática de Yoga

#### 2ª Parte - Área de Convivência

- 🎭 Dinâmicas interativas;
- 🔄 Troca de Experiências.



### REFERÊNCIAS

#### Leituras Indispensáveis

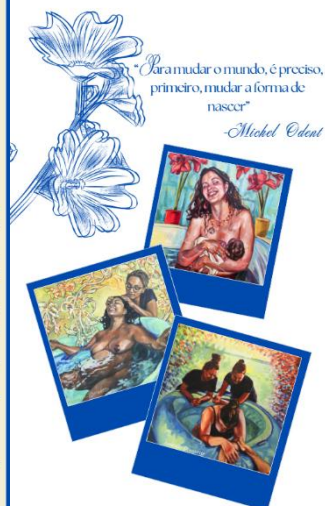
- Ailton Krenak – *Idéias para adiar o fim do mundo*
- Byung-Chul Han – *Sociedade do cansaço*
- Catherine Blackledge – *A História da V*
- Chimamanda Adichie – *Para educar crianças feministas*
- Elisabeth Vieira – *A medicalização do corpo feminino*
- Giovana Tempesta – *Trabalhando pelos bons vínculos: reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas*
- Inara Fonseca; Rosana Freitas; Stephany Rê – *Movimento de doulas no Brasil: trajetória das atrizes na construção de uma cultura de não violência obstétrica*
- Lilian Ayres et al. – *Métodos de preparação para o parto: um estudo sobre materiais impressos publicados no Brasil em meados do século XX*
- Luiz Antônio Teixeira et al. – *Medicalização do Parto: Saberes e Práticas*
- Mariana Oliveira Ferreira de Freitas – *“Parirás com Dor”: Historicizando as dores do parto*
- Clarissa Estês – *Mulheres que correm com os lobos*
- Olivia Hirsch – *Parto natural, parto humanizado*
- Pabla San Martín – *Manual de introdução à Ginecologia Natural*
- Silvia Federici – *Calibã e a bruxa*
- Michel Odent –
  - *A cesariana*
  - *Água e sexualidade*
  - *Gênese do homem ecológico*
  - *O camponês e a parteira*
  - *O renascimento do parto*
- Susana Moscardini – *Doula*
- Mary Del Priore – *Ao Sul do Corpo*
- Eliane Bio – *O corpo no trabalho de parto*

### REFLEXÕES, ASPECTOS ESSENCIAIS E SUAS APLICAÇÕES

Fruto da dissertação “*Existe escuridão em dar à luz? Que história nos contam as Doulas em Viçosa - MG (2019-2025)*”, esta roda de conversa propõe refletir sobre as formas de nascer e parir construídas ao longo do tempo, especialmente no contexto viçosense. Entre memórias, experiências e debates, o encontro busca discutir os impactos da medicalização, os contextos intervencionistas e as violências frequentemente naturalizadas.



Ao mesmo tempo, pretende abrir espaço para o diálogo, troca de saberes e para a valorização da atuação das Doulas enquanto figuras de acolhimento, informação e fortalecimento feminino. Mais do que apresentar resultados acadêmicos, a proposta é construir uma reflexão coletiva sobre autonomia, cuidado e dignidade no nascimento, reconhecendo o parto como uma experiência profundamente humana, atravessada por história, cultura, relações de poder e transformações sociais.



*Qual é o maior aprendizado de uma mulher*

é que desde o primeiro dia  
ela já tem tudo o que precisa em si mesma  
mas o mundo a convenceu de que não tinha

*Rupi Kaur*

“A humanidade não pode sobreviver sem redescobrir as leis da natureza; o primeiro passo, que deverá ser de reconsiderar a forma pela qual os bebês nascem, implica no resgate do trabalho autêntico da parteira...”

– Ina May Gaskin



Gratidão  
por sua  
presença!