

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO

SOLANGE SEIDL GOMES

**VIVÊNCIAS MATERNAS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA DOULA NO
PARTO**

São Leopoldo
2005

SOLANGE SEIDL GOMES

**VIVÊNCIAS MATERNAS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA DOULA NO
PARTO**

Dissertação apresentada à como
requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva,
Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade
do Vale dos Sinos.
Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: **Prof^a Dr^a Anna Maria Hecker Luz**

São Leopoldo

2005

G633v Gomes, Solange Seidl
 Vivências maternas sobre a participação da Doula no parto
 / Solange Seidl Gomes. -- 2005.
 113 f. ; 30cm.

 Dissertação (mestrado) -- Universidade do Vale do Rio dos
 Sinos. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde,
 São Leopoldo, RS, 2005.

 Orientadora: Prof^a Dr^a Anna Maria Hecker Luz

 1. Fisiologia do parto. 2. Parto natural. 3. Parto -
 Humanização. 4. Acompanhamento - Doula. I. Título.

 CDU 618.4

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
Área de Concentração: Saúde Coletiva

A Dissertação intitulada: “**Vivências Maternas sobre a participação da Doula no Parto**”, elaborada por SOLANGE SEIDL GOMES, foi julgada adequada e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, para obtenção do título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, com área de concentração em Saúde Coletiva.

São Leopoldo, 15 de setembro 2005.

Membros da Banca Examinadora da Dissertação:

**Ao meu Marido, meus filhos,
Meus netos, grandes amores da minha vida.**

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora: **Profª Drª Anna Maria Hecker Luz** pela competência e compreensão.

Aos professores do mestrado.

As parturientes “Marias”.

As Doulas estagiárias que apoiaram e vibraram com a pesquisa.

As Doulas: Enf. Charlotte Wangen e Maria José da Silva Goulart.

A Fundação Hospital Centenário.

À Comissão de Proteção à Saúde da Criança e do Adolescente do HC.

Agradecimento Especial:

À MINHA FAMÍLIA.

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA	06
RELATÓRIO DA PESQUISA DE CAMPO	44
ARTIGO.....	84

PROJETO DE PESQUISA

SOLANGE SEIDL GOMES

**VIVÊNCIAS MATERNAS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA DOULA NO
PARTO**

São Leopoldo

2005

SOLANGE SEIDL GOMES

**VIVÊNCIAS MATERNAS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA DOULA NO
PARTO**

Dissertação apresentada à como
requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva,
Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade
do Vale dos Sinos.
Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: **Profª Drª Anna Maria Hecker Luz**

São Leopoldo

2005

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Breve Histórico.....	1
1.2. Justificativa.....	1
1.3 Objetivos.....	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	1
3 CAMINHO METODOLÓGICO	1
3.1 Tipo de Estudo	1
3.2 Local do Estudo	1
3.3 Sujeitos da Pesquisa.....	1
3.4 Coleta de Informações	1
3.5 Análises das Informações	1
3.6 Aspectos Éticos.....	1
4 CRONOGRAMA	1
5 ORÇAMENTO.....	1
REFERÊNCIAS.....	1
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA, FEITA PELA PESQUISADORA.....	1
APÊNDICE B- REGISTROS DA DOULA	1
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	1

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breve Histórico

A minha primeira tarefa como estudante de Medicina foi observar o comportamento de uma gestante. Semanalmente, ia até sua casa, em um bairro pobre da periferia de Pelotas. Após cada visita, deveria fazer um relatório do que acontecia durante o tempo que ali ficava e descrevia tudo o que ela me falava, o que sentia e como vivia.

O desejo de compreender o ser humano na sua complexidade e profundidade sempre me instigou e a gestante fazendo parte deste universo, onde a vida se inicia nunca mais me abandonou.

Ao longo da minha vivência clínica, no atendimento de populações, nas diferentes faixas etárias com as mais diversas patologias, tenho buscado o entendimento e conhecimento do sujeito: o que pensam, sentem e o que é necessário para que as pessoas vivam com dignidade, com qualidade e com saúde.

Nesse sentido, valorizando as condições sócio-econômicas, as diversidades biológicas, psíquicas e sociais que interferem na saúde ou doença.

A minha inquietação diante da tentativa de entender e conhecer os sujeitos, seus valores, suas crenças, suas representações de doença, me levam a pesquisar as vivências da mulher no processo da parturição e o significado disto na vida com o seu filho.

As vivências em ambulatório com grupos de gestantes, durante cinco anos, levaram-me até a maternidade, isto é, mais próximas do desfecho do atendimento. A partir daí, junto com um grupo multidisciplinar, passamos a desenvolver um trabalho voluntário dentro da maternidade de um hospital que atende pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS.

A Política Nacional de Humanização (Humaniza/SUS) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, sendo a Humanização como um eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS (BRASIL, 2001).

O governo construiu o projeto de Saúde no qual se inclui a elaboração, implementação e divulgação da Política de humanização. O pressuposto desta política é de que a humanização, a atenção e a gestão de saúde estão estritamente relacionadas à promoção da saúde; um dos eixos de análise do paradigma promocional é a reorganização dos serviços, sendo impossível pensar em produção da saúde ou de sujeitos coletivos saudáveis, sem a reflexão dos processos de atendimento do sujeito.

A Humanização, como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Considerando esta política de saúde, estou propondo um estudo que se refere à avaliação da humanização da assistência das mães diante do acompanhamento individualizado no período de pré-parto, parto e pós-parto dentro de uma maternidade de hospital público com 98% de usuárias do SUS.

Na assistência à parturiente, a proposta de humanização do Ministério da Saúde, inclui a presença de mulheres que desempenham o papel de acompanhamento no parto pela Doula¹ - mulher preparada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à gestante, esclarecer suas dúvidas no momento do parto, encorajando a mulher para o parto normal, podendo ensinar técnicas e exercícios que facilitem o nascimento do bebê.

Este termo, também era dado a mulheres mais experientes na criação de seus filhos. Hoje são chamadas assim as pessoas, especificamente mulheres, preparadas para dar suporte às grávidas, acompanhando nos períodos do parto e pós-parto de modo próximo e respeitoso. Este acompanhamento pode ser estendido para o parto em casa.

¹ DOULA - nome derivado de uma palavra grega, com o significado de empregada ou criada. A primeira pessoa a usar o termo foi a médica antropologista, Dana Rafael, em 1973, no seu livro *The Tender Gift* (NACPS, 2003).

Dentre as ações desenvolvidas pela Doula junto à parturiente estão: massagens, dar a mão, ajudar a mãe na deambulação, oferecer palavras de encorajamento, reforçando sua capacidade de parir, ajudando com apoio emocional, elevando a auto-estima.

A Doula não substitui o médico, a parteira ou enfermeira, o familiar acompanhante, mas ela está ali, simplesmente, para servir de apoio à mulher. Ela tem um papel discreto, não interferindo na área de outro profissional e, sendo, muitas vezes, percebida apenas pela parturiente e respeitando o ambiente.

A antropóloga americana Robbie Davis-Floyd (1994) considera a presença da Doula no parto, muitas vezes, mais importante que o pai que naquele momento está muito sensibilizado. Ela pode inclusive, servir de suporte também para este futuro pai. Ela reativa o antigo costume das parteiras (comadres) aos tempos atuais, pois participa na preparação do ambiente que envolve a mãe e sua família, facilitando o caminho tranqüilo para o novo ser que vai nascer.

Ao longo da história e, em diferentes culturas, sempre se viu mulheres acompanharem a outras no parto, e vivenciarem este momento com uma integração de ritos e afetos. Isso pode ser observado nas obras de arte, em quadros ou filmes antigos (século XVIII) em que são retratados partos com a presença de mulheres que participam ativamente no preparo do ambiente, aquecendo água, encorajando, segurando a mão, afagando a cabeça e reconfortando a parturiente.

Nas décadas de 1960 e 1970 os movimentos feministas "*Hippie*", passaram a fazer questionamentos sobre a mulher - serem donas de seus próprios corpos e partos. A partir daí, ocorreram, no mundo, vários movimentos para um parto mais natural. Na França, os obstetras Frédérick Leboyer e Michel Odent e no Brasil, Galba de Araújo, difundiram recomendações sobre o nascimento humanizado e a capacidade da mulher em ter o filho pela via natural.

Nos anos 1980 surgem as primeiras pesquisas sobre o assunto e comprovações científicas e com elas, as recomendações da OMS (1985) com um guia com referências diretas da importância da Doula.

1.2. Justificativa

Esta proposta de pesquisa vem ao encontro das propostas de saúde do Ministério da Saúde no que se refere à humanização da assistência obstétrica que preconiza a atenção humanizada com promoção do parto e nascimento saudáveis, com uma equipe de saúde que realize procedimentos benéficos para a mãe e o bebê, evitando intervenções desnecessárias, preservando a privacidade e autonomia desse binômio.

Tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento várias são as tentativas de aperfeiçoar a qualidade de assistência ao parto, eliminando as intervenções inapropriadas, dolorosas e às vezes arriscadas. Algumas pesquisas já reprovam estas práticas e a OMS propõe outro paradigma: obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenções, compatível com a segurança de ambas.

A assistência tem que ser baseada nas necessidades da parturiente ao invés de contemplar as necessidades das instituições ou dos profissionais. Deverá reunir eficácia, racionalização do uso de recursos e segurança, promovendo os direitos das mulheres, mudando a relação do médico com a paciente que passará a compartilhar das decisões do seu próprio parto.

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres, envolvendo suas famílias e comunidades (Brasil, 2001).

A política do Ministério da Saúde é de humanizar o atendimento, reconhecendo a individualidade, formando com cada mulher um vínculo, percebendo suas necessidades e capacidades de lidar com o processo do nascimento. Nesse sentido, adotar atitudes que possam promover o bem estar da mãe e do bebê.

Estima-se que no Brasil mais de 95% dos partos ocorram dentro de hospitais. Apesar disso, a mortalidade materna e os partos cesáreos ainda tem uma representatividade que o Ministério da Saúde se empenha em reduzir. Para isso, foram adotadas uma série de medidas que visam além da promoção do parto e nascimento saudável, a prevenção da mortalidade materna e perinatal que incluem a

humanização do atendimento respeitando o processo fisiológico e a individualidade de cada nascimento.

A proposta deste estudo é de promoção da saúde coletiva, ou seja, fomentar, originar e gerar saúde. Trata-se de um trabalho dirigido não à determinada doença ou desordem, mas que visa aumentar a saúde e o bem-estar da dupla mãe-bebê.

O papel de acompanhar as mães neste processo fantástico, mas ao mesmo tempo simples e natural, tem sido motivo de estudos em vários países, no entanto pouco usado em nosso meio. O direito ao acompanhamento da parturiente reconhecido em diversas instâncias, incluindo o Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana da Saúde. A humanização da assistência acompanha a nova postura de respeitar a individualidade da mulher, estimulando, incentivando e favorecendo um acolhimento humano. Nessa pesquisa se propõe oferecer a mãe (parturiente) um acompanhamento simples e afetivo durante a trajetória do parto e após o mesmo. Este acompanhamento tem sido alvo de reconhecidos estudos internacionais, mas ainda, pouco utilizado nas maternidades brasileiras.

De maneira geral, apenas as mulheres economicamente favorecidas tem seus partos pelo sistema de convênios ou particulares em hospitais privados em que são respeitados estes direitos.

O parto constitui um dos pontos fundamentais da vida psico-social da mulher. Quando é vivenciado com a dor; a angústia; o medo; o isolamento poderá levar a distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais com conseqüências tanto no relacionamento mãe/filho, quanto na vida afetiva e conjugal.

O medo gera dor e a dor faz aumentar o medo. Acredita-se que, o acompanhamento das parturientes pelo marido ou companheiro; amiga ou Doula possa ser um elemento facilitador do processo de parturição. Este fato representa um suporte psíquico, com a presença reconfortante para diminuir o medo e a ansiedade, para somar forças e estimular positivamente à parturiente.

A chegada de um bebê mobiliza na mãe, no pai e na família, sentimentos até então, nunca vivenciado por eles. O pós-parto, também é um sistema complexo constituído por indivíduo sociedade e ambiente. O acompanhamento das mães nesta natural complexidade pode igualmente, contribuir para que elas se sintam mais seguras, favorecendo o trabalho de parto e a formação do vínculo mãe-bebê. A presença da Doula possibilita à mãe um ambiente continente durante o trabalho de parto e pós-parto podendo ser apoiada física e emocionalmente, favorecendo momentos de interação mãe-bebê logo após o parto e, contribuindo à formação do vínculo como fator preventivo de dificuldades futuras.

A humanização da assistência acompanha com a nova postura, respeitar a individualidade da mulher, estimulando, incentivando e favorecendo um acolhimento humano. Sempre que se busca promover a saúde das pessoas, pensa-se em prevenir doenças. A maternidade é um período natural, vivenciado pelo ser humano, mas que pode ser também, complexo, no qual muitas patologias podem ter sua origem.

O profissional de saúde que atendem a mulher neste “estado” tem valorizado muito o uso de tecnologias sofisticadas, enquanto procedimentos mais simples e mais humanos seriam suficientes ou até superiores na qualidade dos resultados.

O processo de parturição se realiza em média no espaço de doze horas, é um tempo curto, mas pode deixar marcas significativas na vida da dupla mãe-bebê assim como na família.

Na gravidez, parto e puerpério, os profissionais da saúde envolvem-se com famílias que precisam ser assistidas físicas, psíquica e socialmente. Acredita-se que a assistência neste período tem uma abrangência preventiva importante.

A preocupação neste estudo é com o respeito à privacidade, à dignidade e à confidencialidade do nascimento em colocar em prática o preconizado pela OMS como humanização da assistência obstétrica, que inclui a possibilidade de um acompanhante para a parturiente. A investigação sobre como se sente a mãe diante do atendimento prestado na maternidade de um hospital com a presença da Doula, contempla a proposta de Humanização do Parto, do Ministério da Saúde.

1.3 Objetivos

Conhecer a percepção e os sentimentos de parturientes e puérperas, primíparas, do Hospital Centenário de São Leopoldo, RS, da suas vivências de parto com a presença da Doula.

A Doula nesta pesquisa é uma voluntária preparada para exercer esta função, permanecendo ao lado da futura mãe fazendo uma maternagem, evitando assim, que a parturiente se sinta só durante o trabalho de parto e não se sinta ameaçada em seu próprio conhecimento. Ela atende à necessidade da parturiente de uma adequada assistência ao parto, com apoio emocional e respeito aos seus desejos e direitos, incluindo o acompanhamento do trabalho de parto, o nascimento do bebê e posterior ida ao alojamento conjunto.

Nossa intenção futura com os resultados da pesquisa, se avaliado positivamente pelas mulheres, é de ampliar este trabalho para a comunidade e propor à Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo, a oficialização deste processo que ora é desenvolvido voluntariamente.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A vida mental é, consideravelmente, modificada no parto - experiência intensa, aguda tanto no plano físico, como no psicoafetivo. As mulheres o vivem de maneira diferente, dolorosa, orgástica, fragmentada, triunfante. Mas é o recém-nascido que dá sentido a esta experiência (LEBOVICI, 1987).

O choque psicológico do parto vai ter efeitos duráveis sobre a vida mental, que podem ser perturbações e/ou desenvolvimento da vida psicológica do sujeito. A mãe precisa fazer um trabalho mental considerável para transformar o bebê de objeto subjetivo para o real que acaba de nascer, ela precisa se reestruturar.

Após o parto, a estrutura do Ego (o eu da mãe) está desorganizado, as relações entre seus elementos são mais fluidas, e no momento que se estrutura, pode levar em conta o bebê, incluindo em sua organização (FREUD apud LEBOVICI, 1987).

Para Meira (1993, p.16), a significação desta experiência é "fundamental, profunda e marcante" podendo deixar cicatrizes que podem ser percebidas na vida das mulheres, da família, repercutindo negativamente ou positivamente.

Na Universidade da Califórnia do Sul, Adrian Raine e sua equipe fizeram um estudo com sujeitos masculinos de até 18 anos e descobriu que complicações no parto associadas à separação precoce da mãe ou rejeição são fatores de risco, para um indivíduo se tornar um criminoso violento (ODENT, 2002).

Apesar dos estudos no mundo inteiro mostrarem a importância dos mais diferentes aspectos que envolvem o nascimento e suas repercussões; em longo prazo, na saúde da coletividade, há uma banalização deste evento. As pesquisas demonstram que os cuidados com a gravidez, o parto e puerpério têm um significado preventivo dentro da saúde coletiva.

Conforme Odent (2002, p. 135) "a combinação de dados científicos indica que o período que circunda o nascimento parece ser a ligação crítica na cadeia de eventos na qual é possível atuar efetivamente". O autor sugere que devemos atrapalhar o mínimo possível a integração da mãe e do bebê recém-nascido.

Para Klaus e Kennel (1993), o apego ou o vínculo dos pais com o bebê começa durante a gravidez e aumenta após o nascimento. A qualidade do vínculo daqueles que cuidam é crucial para a sobrevivência e desenvolvimento do bebê, podendo ser fatores importantes na redução de incidências e de desordens familiares, tais como abuso sexual, negligência, falha no crescimento e abandono.

Assim, Brazelton (1998, p. 15) afirma que a chegada de um bebê é um dos eventos mais desafiadores da vida, talvez o mais desafiador. É uma oportunidade para o crescimento pessoal e maturidade (...) é a chance de perpetuação e de se ter “outra oportunidade na vida. (...) Os sentimentos de ansiedade, de não saber o que é melhor, de preocupação demasiada e de inexperiência ou inadequação são universais, para todos os novos pais.

Além disso, temos que considerar que o ambiente onde a mãe estiver inserida pode contribuir de forma favorável ou não para que o bebê se desenvolva adequadamente em cada fase do seu desenvolvimento.

A mãe vive um estado de sensibilidade aumentada principalmente no final da gravidez e continua durante algumas semanas após o nascimento, é o que chamou preocupação materna primária. Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe na fase mais inicial da vida de um bebê, sem entender que ela seja capaz de atingir um estado de sensibilidade aumentada, quase uma doença e recuperar-se dele (WINNICOTT, 1993, p. 494).

Portanto, esse período é de grande fragilidade psíquica que mobiliza as mais diferentes emoções, é uma condição psicológica especial. Por essa razão é importante que os profissionais da saúde respeitem o ato do nascimento, não como um procedimento médico, mas como um momento da mulher, que ela seja o sujeito do seu parto e tenha garantia da naturalidade do parto.

As maneiras de agir atualmente nos serviços de maternidade, a aparelhagem a posição dorsal com as pernas para o ar (...) acentuam a sensação de passividade e dependência. (...) Homens parteiros, parteiras, fazem da mulher a espectadora impotente de uma cena primária que se passa mais uma vez entre adultos (SOULÉ, 1997, p143).

A gravidez é na vida de uma mulher, de um casal, de uma família um momento de grande riqueza e de profunda complexidade. Em nossas sociedades, é

freqüentemente considerado um momento privilegiado, um período durante o qual a mulher, símbolo da fecundidade, vive em pleno desabrochar (...). Não há gravidez sem história e exatamente porque toda a gravidez tem uma história que não existe gravidez ideal (SZEJER; STEWART, 1997, p. 35-36).

Os autores referem que ninguém duvida que a gravidez seja um momento privilegiado na vida de uma mulher, embora levá-la a termo se faz acompanhar de uma carga, dos sentimentos múltiplos e contraditórios, que tecem a história da família e que se mantém até ao nascimento do bebê.

Cada criança, cada linhagem, tem a sua história, com os ditos e não ditos que fazem sua especificidade. E cada membro, de cada linhagem - pais, avós, tios e tias etc.- tem a sua versão desta história... A criança herdará túmulos de cadáveres, palavras e não ditos, e em função desta herança determinará e conduzirá sua própria vida [...]. Após o nascimento do bebê, nada mais será como antes, a mulher será mãe pela primeira, segunda ou terceira vez, mas sempre de uma forma única, nunca igual (SZEJER; STEWART, 1997, p. 44).

O apoio psicológico pode estimular a confiança na mãe, possibilitar maior interação com o recém-nascido, desenvolvendo um bom vínculo na relação da dupla.

Historicamente se sabe que não havia valorização da sociedade pelas tarefas maternas, mas condicionava a mãe a ser doce, pacienciosa e submissa como que esses elementos fossem essenciais para o papel que deveria desempenhar. A sociedade parecia não permitir à mulher um questionamento para sua condição de mãe, e das dificuldades que daí poderia ocorrer. Nenhuma atenção era dirigida à mulher como pessoa, a que não está disposta a se submeter às dores, sofrimento, abrindo mão de seus desejos.

A literatura apresenta a eficiência do acompanhamento pela Doula nos mais diferentes aspectos da situação da mulher que envolve a parturição.

Para Maldonado (1997), as necessidades físicas das parturientes são evidentes, mas as necessidades psicológicas ficam relegadas, a segundo plano. Afirma o autor, que uma vivência pode se transformar em uma crise, na medida em que ocorre quebra violenta de expectativa, ocasionada por algo inesperado ou quando a realidade se apresenta diferente da sua idealização.

É fundamental considerar os aspectos psicológicos, a valorização da parturiente como pessoa, com direitos a escolhas do seu processo de parto.

Davis-Floyd (1994) refere que os procedimentos obstétricos podem ser compreendidos como rituais que colaboram para impor valores culturais da sociedade às mulheres, os rituais servem para preservar e transmitir a cultura, o que significa manter a estrutura do poder. O nascimento de um filho causa um impacto na vida de uma mulher que a nada pode ser igualado.

Não há outro processo vivido pelas mulheres que possa envolver dor, estresse, exaustão, vulnerabilidade, riscos de complicações e ainda a responsabilidade por um novo ser que nasce comenta Simkin (1996). Para esta autora, a experiência do nascimento provoca a profunda mudança na vida de uma mulher e refere à resposta das mulheres ao parto vai depender da sua experiência anterior de vida e do suporte emocional que receber.

A mãe necessita de apoio e tranquilização contínuas, durante o seu trabalho de parto e nascimento do bebê, seja por parte do esposo, mãe ou enfermeira afirmam Klaus e Kennel (1993). Algumas mulheres expressam a necessidade de afeto e companhia durante o trabalho de parto, a fim de se sentirem mais tranquilas e seguras, afirma Ávila (1998).

Segundo a literatura, a utilização das Doulas tem aumentado em vários países, muitas pesquisas quantitativas vêm sendo realizadas avaliando sua participação, na Europa, América Latina e Estados Unidos. Em estudos apoiados pela CLAP/OPS/OMS (2002), as reflexões sobre o modelo de assistência ao parto iniciaram na Europa em 1979, sendo criado um comitê regional para estudar os limites das intervenções para reduzir a morbidade e mortalidade perinatal. O epidemiologista britânico Archie Cochrane, foi um dos mais entusiastas pesquisadores em certificar evidências científicas sobre a eficácia e segurança em especialidades médicas. Esse movimento, conhecido como medicina baseada em evidências, homenageia seu mais ilustre pesquisador, dando seu nome à biblioteca.

A Biblioteca Cochrane publicou uma metanálise reunindo pesquisadores de 15 países que estudaram a influência das Doulas na maternidade. Nesse estudo randomizado constata-se que as mães que tiveram acompanhamento por Doulas têm mais sucesso em seus partos, apresentam menor índice de cesáreas, redução

do uso de ocitocina, de fórceps e medicações para alívio da dor (HODNETT, GATES, HOFMEYER apud COCHRANE, 2003).

Os resultados de pesquisas realizadas e publicadas em diferentes países, com a participação da Doula durante o processo de parto aponta que em todos eles sejam multicêntricos, randomizados, o papel da Doula mostrou-se relevante.

Campero et al. (1988), em um dos trabalhos realizados na cidade do México, as mulheres que tiveram a participação da Doula se sentiram tratadas melhor pela equipe do hospital, entenderam que as informações foram fornecidas melhor; onde, com maior senso de controle, sentiram-se melhor a respeito delas mesmas e a respeito do parto.

Pesquisa demonstrou que dentre as pessoas provem apoio à parturiente no trabalho de parto, o dado pelas Doulas é o mais útil, inclusive nessa revisão de vários estudos, o suporte das Doulas mostrou ser melhor do que o oferecido por pais, equipe profissional médica, família ou amigos (COCHRANE, 2003).

Em estudo randomizado de 264 partos, mulheres atendidas por Doulas durante o trabalho de parto tiveram significativamente menos uso de anestesia peridural e estiveram mais significativamente propensas a avaliar sua experiência de parto como boa do que as mulheres que não foram atendidas por Doula (GORDON et al, 1999).

A participação da Doula resulta em diminuição do uso de medicamentos, pacientes sentem menos dor, maior taxa de períneos intactos, vivenciam o parto de forma adequada, podendo elaborar melhor este momento significativo e as mulheres referem ter recebido mais suporte físico e emocional durante o trabalho de parto do que aquelas atendidas apenas por enfermeiras do hospital (HODNETT; OSBORN, 1989).

Para Kennel et al. (1991), estudo referido da literatura de Houston, Texas, é citado freqüentemente pelas incríveis reduções nas taxas de cesáreas (50%), parto a fórceps (40%), solicitação de peridural (60%), medicamentos para dor (40%), duração do trabalho de parto (25%) e uso de ocitocina (50%).

Em experimentos clínicos envolvendo mais de 5000 mulheres com a presença contínua de uma pessoa encarregada de apoio/suporte (incluindo enfermeiras, obstetrias, preparadoras de parto, Doulas, amigos ou membros da

família) reduziram as chances de episiotomia, cesárea, Apgar de 5 minutos menor que 7 e de medicação para alívio da dor. Suporte contínuo também foi associado com ligeira redução na duração do trabalho de parto (HODNETT et al.,1999).

Klaus e Kennel (1997) constataram em um estudo em mulheres assistidas por Doulas mostra que elas amamentam por mais tempo, tem maior auto-estima, menos depressão, estão mais felizes com seus bebês e sentem-se mais aptas a cuidar deles. Quando Doulas estavam presentes, os pais ofereceram um suporte mais pessoal à mulher em trabalho de parto. Os mesmos resultados já haviam sido obtidos por em populações da África do Sul, em estado de grande pobreza (HOFMEYER, 1991).

Experimento clínico no México disponibilizou a algumas mulheres primíparas uma Doula para uma parte do trabalho de parto (dilatação superior a 6 cm). Resultando em trabalhos de partos mais curtos, amamentação por mais tempo e as mães se sentiram mais no controle de suas experiências de parto (LANGER, CAMPERO, REYNOSO, 1998).

As expectativas das mulheres em relação ao cuidado cultural durante a parturição (...) é definida como: "examinar, não deixar a mulher largada, dizer como está indo o parto, informar sobre o bebê, ouvir e respeitar o conhecimento sobre sua natureza e sobre o seu parto" (GUALDA, 1993, p.228).

Na literatura, a presença da Doula além de redução do uso de medicações, fórceps, episiotomia está relacionada com significativa diminuição de cesarianas. Na China, em 46 mães primíparas, as taxas de cesárea são de 6.5% em mulheres acompanhadas por Doulas, contra 20.8% em mulheres sem Doula (WANG, MAO, QIAN, 1997).

Para Sosa et al. (1980), mulheres, com auxílio de Doulas, tiveram partos mais curtos, ficam mais despertas após o parto e podem interagir melhor com os seus bebês.

Em suma, vários estudos vêm sendo feitos com metodologias quantitativas comprovando estatisticamente os benefícios das Doulas. No entanto há uma lacuna de estudos na participação da Doula com abordagem qualitativa, com o foco nas vivências no processo de parturição das mulheres. Assim, a proposta de um estudo

qualitativo, levando em consideração às recomendações da OMS e do Ministério da Saúde sobre o nascimento, torna-se pertinente.

Recomendações para a assistência de humanização do parto:

A OMS (1985) confirma que, para a realização desta investigação, baseou-se em diversas recomendações de órgãos oficiais de saúde tanto nacionais como internacionais, contidas na Declaração de Fortaleza. A Declaração originou-se de uma Conferência organizada pela oficina regional Européia da OMS, Organização Pan-americana de Saúde e da oficina regional da OMS para as Américas. A conferência foi em Fortaleza no Brasil onde fizeram uma cuidadosa revisão dos conhecimentos sobre tecnologia para o parto e adotaram algumas recomendações:

- Toda mulher tem o direito a uma atenção pré-natal adequada e um papel central em todos os aspectos da atenção, incluindo participação na planificação, execução e avaliação da atenção.
- Os fatores sociais, emocionais e psicológicos são fundamentais para compreender a maneira de prestar uma atenção perinatal adequada. O nascimento é um processo normal e natural, mas inclusive a gravidez de baixo risco pode sofrer complicações (...) é necessária uma profunda transformação dos serviços modificações nas atitudes do pessoal (...)
- A comunidade deve ser informada dos diferentes métodos de atenção ao parto, de modo que cada mulher possa eleger o tipo de parto que preferir.
- O recém-nascido saudável deve permanecer com sua mãe;
- Deve ser recomendada a amamentação, antes que a mãe saia da sala de parto;
- Não pode justificar-se que um país tenha mais do que 10-15% de cesárea;
- Não há necessidade que depois de uma cesárea prévia seja necessária outra;

- O sistema informal de atenção perinatal (parteiras tradicionais) de coexistir com o sistema oficial, tais relações podem ser muito efetivas quando se estabelecem em paralelo;
- A equipe perinatal deve ser motivada conjuntamente para fortalecer as relações entre a mãe seu filho e a família. O trabalho de equipe pode ser afetado por conflitos interdisciplinares, que devem ser abordados sistematicamente;
- Deve promover-se a formação de parteiras ou comadres profissionais. A atenção durante a gravidez, o parto e puerpério normais deve ser competência desta profissional;
- Para o bem-estar da nova mãe, um membro eleito da sua família deve ter livre acesso durante o parto;
- Os organismos governamentais, Universidades, Sociedades científicas, deveriam ser capazes de controlar a prática excessiva de cesarianas, investigando e divulgando seus efeitos nocivos para a mãe e o filho;
- Deve fomentar-se uma atenção (...) respeitos com os aspectos emocionais, psicológicos e sociais do parto.

No Brasil, apesar de não existirem estudos randomizados sobre a participação da Doula, há hospitais que adotam esta prática, mas de uma forma muito tímida, com muitas dificuldades de abandonar o modelo tradicional que não leva em consideração os desejos da mulher. A maioria dos profissionais vê o parto como um processo predominantemente, biológico e, em que a patologia é a mais valorizada. A presença da Doula é praticamente imperceptível, pois não estão presentes de modo sistemático nas maternidades. Apesar da política do Ministério da Saúde estar em vigor, são poucos os serviços que possibilitam a presença do acompanhante ou da Doula no parto. Essa realidade é possibilitada em algumas maternidades privadas onde, com a permissão do médico obstetra, a Doula atua em conjunto com o mesmo.

A OMS (2001) faz novamente inúmeras recomendações sobre o nascimento e mais recentemente, na Oficina Regional da OMS para Europa, foram propostos dez princípios que devem ser considerados como o cuidado perinatal no futuro. As

recomendações da OMS e meta-análises de estudos controlados sugerem que se continue praticando no mundo um cuidado perinatal e uso de tecnologia inapropriada. A oficina Regional da OMS para Europa desenvolve materiais educativos com o intuito de facilitar os cuidados perinatais, parto e pós-parto.

De acordo com a OMS (2001, p.136), o cuidado da gravidez e parto normal deve obedecer alguns princípios entre os quais:

- Não ser medicalizado, o que significa que o cuidado fundamental deve ser provido utilizando-se um mínimo de intervenções que sejam necessárias e deve-se aplicar a menor tecnologia possível;
- Ser baseado em evidências, o que significa avaliado pela melhor evidência científica disponível, e por estudos controlados aleatorizados quando possível e apropriado;
- Ser regionalizado e baseado em um sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário a níveis de cuidados terciários;
- Ser multidisciplinar, com a participação de profissionais da saúde como parteiras, obstetras, neonatologistas, enfermeiras, educadores de parto e da maternidade e cientistas sociais;
- Ser integral e ter em conta as necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias e não somente um cuidado biológico;
- Estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher, seu filho e de seu parceiro;
- Ser apropriado, levando em conta as diferentes culturas para permitir e alcançar seus objetivos;
- Levar em conta a tomada de decisão das mulheres;
- Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres.

São poucos os serviços no Brasil dedicados ao atendimento humanizado ao parto como em Ceres (GO), no Hospital São Pio X, vem sendo desenvolvido desde o ano 2000, o programa “Trabalhando com Parteiras Tradicionais”. Em Belo Horizonte (MG), o trabalho é feito em parceria com o Hospital Sofia Feldemann. Em

Montes Claros, no Hospital Universitário Clemente de Faria e Jacarepaguá (RJ), na maternidade Leila Diniz. A casa do parto na Bahia (BITTENCOURT, 1984) e de Sapopemba/SP (OSAVA, 2000), Maternidade Darcy Vargas de Joinville /SC (CIÊNCIA E SAÚDE, 2003). Temos ainda o CISAM (Centro Integrado Amaury de Medeiros - Universidade de Pernambuco), que desde 1990 vem protagonizando a atenção ao parto.

Segundo Diniz (2002) os fatores de interferência na humanização do parto são a superação do modelo tecnocrático e do essencialismo na relação com as mulheres; a melhoria na comunicação entre os sujeitos e o "reconhecimento" da paciente como sujeito pela instituição; A admissão de acompanhantes e Doulas e a formação dos profissionais quanto aos novos paradigmas e aos direitos humanos das mulheres (especialmente a integridade corporal e prevenção do tratamento desumano). O controle social e o monitoramento dos procedimentos pelos serviços. A humanização, como termo de múltiplos sentidos, depende em grande medida do desenvolvimento de uma cultura de reconhecimento, por profissionais e por usuárias, tanto dos novos paradigmas da medicina perinatal baseada na evidência científica, quanto de uma cultura de respeito aos direitos humanos na saúde em geral, e em especial, no caso, das mulheres. Se considerarmos a saúde em seu significado pleno, estaremos lidando justamente com a própria noção da vida. Devemos considerar as diferentes dimensões que caracterizam a complexidade da saúde e do nascimento.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

A minha vivência prática com estagiárias voluntárias dentro da maternidade do Hospital Centenário e o relato constante das mães sobre suas dificuldades no momento do parto trouxeram à tona a preocupação com o atendimento humanizado do parto. As mulheres por ocasião de suas vivências no processo do parto estão sujeitas há muitas variáveis biológicas com ênfase na literatura como indicadores biológicos de saúde. Minha preocupação é de uma abordagem qualitativa dessa realidade.

3.1 Tipo de Estudo

O estudo realizado será uma pesquisa com abordagem qualitativa na área da saúde e esta enquanto “questão humana e existencial, é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais” (MINAYO, 2000, p.15).

A pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2003 p. 21-2).

O estudo a ser feito se refere à compreensão, percepção dos sentimentos e vivências das mulheres com relação ao seu parto, podendo ter ao seu lado, outra mulher, lhe acolhendo, acompanhando e compartilhando a realidade que está sendo vivida.

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa propicia "ir ao encontro da realidade dos outros, misturar-se com o mundo e os outros sujeitos desse mundo, fazendo um recorte, focando um aspecto, investigando um problema (...) descrevendo um processo (...)" (EIZIRIK, 2003, p. 24).

De acordo com Minayo (2000), a compreensão é a chave da pesquisa qualitativa, é para isso é preciso o envolvimento do entrevistado com o entrevistador,

em lugar de ser tomado como uma falha (...) é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva. A inter-relação no ato da entrevista contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências e a linguagem do senso comum (PARGA NINA, 1983).

Entre os tipos de pesquisa qualitativa, talvez o estudo de caso seja o mais importante. O estudo de caso é um estudo cujo objeto é uma unidade que se analisa em profundidade

Segundo Yin (2001) o estudo de caso tem que ser significativo, deve considerar perspectivas alternativas, apresentar evidências convincentes, mas que sejam apresentadas de forma neutra, tanto com dados de sustentação como de contestação.

O estudo será do tipo estudo de caso - se refere mais com a realidade vivida pelas mulheres no processo da parturição, suas emoções, atitudes, com um aprofundamento e uma compreensão destes momentos tão significativos. No caso desta pesquisa o objeto de estudo é da vivência do processo de parturição com a presença da Doula.

“É importante lembrar que no estudo de caso qualitativo nem as hipóteses nem o questionamento está antecipadamente estabelecido, e a complexidade aumenta à medida que nos aprofundamos no assunto” (TRIVIÑOS, 1987 p.134).

3.2 Local do Estudo

O estudo será realizado no centro obstétrico e maternidade do Hospital Centenário, São Leopoldo. Este é o único hospital do município, e tem 248 leitos, sendo 84% disponível para o SUS e 26% para convênios e particulares (OLINTO; COSTA; MENDES, 2003), há na maternidade 28 leitos disponíveis para o SUS.

A estrutura física do Centro Obstétrico é composta por cinco salas de pré-parto, duas com 3 leitos, duas com leitos individuais, sendo uma delas para pacientes particulares e uma com dois leitos (para pacientes com algum risco).

Possui duas salas de parto e uma comunicação interna com o bloco cirúrgico para quando houver necessidade de parto cesáreo.

A equipe técnica conta permanentemente, com dois obstetras de plantão, um pediatra (que atende o CO, a UTI pediátrica e o pronto socorro), uma enfermeira por turno, três auxiliares ou técnicos de enfermagem.

Para Olinto, Costa & Mendes (2003) são realizados em média 250 partos mensais. Entre os 3.927 nascimentos notificados no ano de 2000, em São Leopoldo, 99,7% ocorreram no hospital; apenas 11 foram domiciliares. A proporção de parto cesáreo é de 38,5% superior à média nacional (36,9%) e inferior à estadual (40,5%). Esta é uma descrição física do Centro Obstétrico, mas minhas inquietações surgiram da visualização de mães que chegam ali, todos os dias, para terem seus filhos. As gestantes vêm, na sua grande maioria, acompanhada de um familiar, que não pode ultrapassar a porta do CO. Esta unidade é fechada e não permite a entrada de pessoas estranhas ao serviço. Portanto, a parturiente entra sozinha e encontra pessoas que esta vendo pela primeira vez, a partir daí começa todo um ritual desconhecido. Inicia pelo despir-se de suas roupas, sua identidade, sendo identificada pelo número do leito que ocupa. A partir dessa realidade, inicia nosso estudo com a presença da Doula que recebe a futura mãe e acompanha toda a trajetória da parturição.

3.3 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa serão as mães adultas, primíparas que tiverem seus partos na maternidade do hospital com acompanhamento das Doulas durante o processo da parturição.

Na Maternidade que servirá de campo de estudo, o papel da Doula é exercido por voluntárias, estagiárias ou mulheres que tiveram alguma forma de preparo para exercerem o papel de Doula. As voluntárias são mulheres maiores de 18 anos e que fizeram o curso de capacitação do programa de certificação de Doulas, e que conheciam o trabalho que estávamos desenvolvendo na maternidade

do hospital Centenário. As estagiárias, também voluntárias, são acadêmicas de áreas múltiplas, que após um semestre de capacitação e supervisão, orientadas por uma equipe multidisciplinar com a participação da pesquisadora dentro da maternidade, passam a acompanhar as parturientes. Este estágio possui uma atividade prática junto as mães que contempla, observação, visitas, escuta e auxílio quando solicitada. Na atividade teórica, as estudantes assistem seminários sobre temas relacionados a maternidade e da relação mãe-bêbe. Esta mesma estagiária, em um segundo momento, pode fazer o papel de Doula - acompanha a mãe no trabalho de parto dentro da maternidade, oferecendo apoio, escuta, técnicas de relaxamento, oportunizando a mãe a legitimidade sobre o seu próprio parto.

As Doulas (estagiárias ou voluntárias) não conhecem as parturientes antes de sua chegada à maternidade mas as acolhem logo que chegam, acompanhando as futuras mães, que entram sós para o centro obstétrico e, a partir deste momento, permanecem ao lado da parturiente, ficando disponíveis, oferecendo carinho, apoio e encorajamento. A Doula é orientada a respeitar a individualidade da futura mãe, realizando o mínimo de intervenções desnecessárias.

O acompanhamento ocorrerá no Centro Obstétrico do Hospital Centenário. As parturientes que ali internarem serão selecionadas, de forma aleatória, e de acordo com concordância da participação. Para a realização deste estudo, está previsto o acompanhamento de 10 parturientes/puérperas, primíparas acompanhadas pelas Doulas. Apesar de se estabelecer o número inicial de 10 sujeitos; esse obedecerá ao ponto de saturação aponta Minayo (2003), podendo ser ampliado ou reduzido.

A Doula ficará ao lado da mãe nos quartos de observação, na sala de pré-parto, parto e no pós-parto. Terá um papel continente, pois oferecerá apoio e escuta, às mães que poderão expressar livremente suas angústias, dores, medos e alegrias que surgirem naquele momento.

No alojamento conjunto, as puérperas serão visitadas pelas Doulas que lhe oferecerão esclarecimentos e encorajando-as para a amamentação. Além da atividade educativa, contribuirão para aproximar o pai, facilitar seu acesso à maternidade e ser um elemento catalisador da relação familiar.

3.4 Coleta de Informações

A coleta de informação terá uma abordagem diferenciada em função da vivência no processo de parturição com a presença da Doula. Será utilizada a entrevista semi-estruturada (Apêndice A) e observação.

A entrevista semi-estruturada é um meio de coleta de informações, uma conversa a dois, com propósitos bem definidos conforme Cruz Neto (1994, p. 57), que inclui a interação direta entre o pesquisador e as mulheres do estudo, concomitante a observação participante.

No contato com o indivíduo, vamos tentar obter informações do nível mais profundo possível, sabemos que todos os dados que obtivermos estarão dentro de uma subjetividade.

Minayo (2000) aponta que a coleta de dados apesar de ser pela entrevista, ao mesmo tempo focalizada onde se aprofunda a conversa sobre determinado tema sem roteiro. A palavra é o modo mais puro e sensível de relação social sendo o material privilegiado de comunicação, onde se confrontam os valores sociais contraditórios (BAKHTIN, 1986).

Uma indagação que ocorre quando se faz a entrevista não estruturada é de como a fala de um pode ser representativa da fala de muitos? E de acordo com Bordieu (1973), a identidade de condições de existência, tende a reproduzir sistemas de disposições semelhantes. Este autor fala de um esquema teórico que denominou "*habitus*" (que compara com o inconsciente), ou seja, um sistema de disposições duráveis e transferíveis que integram todas as experiências passadas e funciona, todo momento, como matriz de preocupações, apreciações e ações.

A informação não estruturada tenta manter a margem de movimentação dos informantes tão amplas quanto possível, e o tipo de relacionamento livre de amarras, informal e aberto, as intervenções visam abrir o campo de explicações do entrevistado ou aprofundar o nível de informações conforme Minayo (2003).

Quanto mais importante é o material produzido na entrevista, mais ele se enriquece ao atingir níveis mais profundos; a ordem afetiva e da experiência é mais determinante dos comportamentos do que o lado racional "intelectualizado". A

entrevista o menos estruturada possível permite surgir e comunicar esse nível sócio-afetivo - existencial (MICHELAT apud MINAYO, 2003, p.123).

Esse tipo de entrevista será feito com as puérperas pela pesquisadora, algumas horas após o nascimento do bebê, para conhecer como foi sua vivência no parto diante do acompanhamento fornecido - com a presença da Doula.

Toda a entrevista como interação social, está sujeita á mesma dinâmica das relações existentes na nossa sociedade (MINAYO, 2000, p.120).

Informações documentais (oficiais ou não) serão utilizadas para a coleta de dados de identificação, demográficos ou registros presentes no prontuário dos sujeitos do estudo.

Há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados somente por perguntas (...), mas devem ser observados (MALINOWSKI, 1975, p.55).

A observação participante ocorrerá desde a entrada da parturiente dentro do centro obstétrico até o final, no alojamento conjunto, com o registro de suas falas relativas à experiência vivida.

O observador deve colocar-se no mundo de seus entrevistados, mantendo uma perspectiva dinâmica - ao mesmo tempo em que se leve em conta as relevâncias dos atores sociais e as relevâncias de sua abordagem teórica que lhe permite interagir com o campo. Abandonar uma postura de "cientista", entrando na cena social dos entrevistados como uma pessoa comum que partilha do cotidiano (SCHUTZ, apud MINAYO, 2000, p. 140).

A observação é capaz de nos revelar o mais profundo e subjetivo conhecimento do outro. A relação do pesquisador/pesquisado deve ser livre, aberta e poder colocar-se no mundo de seu pesquisado. As qualidades dessa técnica consistem em destacar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo.

3.5 Análises das Informações

Uma análise qualitativa completa interpreta o conteúdo dos discursos ou da fala cotidiana dentro de um quadro de referência, onde a ação e a ação objetivada nas instituições permitem ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes (MINAYO, 2000).

Conforme Minayo (2000), para a análise das informações será utilizada a Análise de Conteúdo. O emprego da análise de conteúdo é variado. Inicialmente, escolhem-se as unidades de registro e as unidades de contexto, podemos trabalhar com a palavra, com a frase. A análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos (...) indicadores que nos permitam obter conhecimento do que estamos pesquisando (BARDIN, 1979, p. 42).

Esta análise é heurística e é uma técnica de pesquisa para descrição e interpretação do conteúdo manifesto. “A análise de conteúdo quer ver além do que é manifesto, em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados” (MINAYO, 2000, p. 203).

De acordo com Castro & Bronfman (1997), é na linguagem que se torna possível perceber as chaves que permitem presumir a generalização dos achados, pelo menos nas comunidades que compartilham as mesmas características sócio-econômicas e culturais dos sujeitos analisados.

O tipo de análise de conteúdo privilegiada nesta pesquisa é da análise temática, pois o tema é “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN apud MINAYO, 2000, p. 208).

A análise de conteúdo cronologicamente atinge três fases (MINAYO, 2000, p.76):

Na **primeira fase** é a organização do material a ser analisado: a organização dos relatos, a definição de unidades de registro, de contexto, trechos significativos, transcrição de gravações;

Na **segunda fase**, deverá ser feita várias leituras do material e tentar desvendar o que é relevante, determinar o conjunto de informações presentes na comunicação;

Na **terceira fase** ou análise final será analisado o conteúdo subjacente ao que está manifesto. O produto final deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa.

3.6 Aspectos Éticos

Para as participantes será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), caso concordem em participar, assim, autorizando sua participação na pesquisa. Esse documento será baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para pesquisa em saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96).

Além de preservar os aspectos éticos exigidos, se entre as mães que participarem da pesquisa e forem acompanhadas pelas Doulas ou não, houver alguma alteração no vínculo mãe-bebê ou outra patologia significativa, nos propomos a encaminhá-las para atendimento pelo serviço referente à necessidade identificada.

4 CRONOGRAMA

Ano 2004	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Elaboração do Projeto de Dissertação	X	X	X	X	X	X	X	X				
Qualificação do Projeto									X			
Encaminhamento do Projeto ao C.E.*											X	X
Coleta de Dados												
Ano 2005												
Coleta de Dados (Cont.)		X	X	X								
Análise de Dados			X	X	X							
Relatório do Estudo						X	X					
Apresentação e Defesa								X				
Enviar o artigo para Publicação do Artigo									X			

5 ORÇAMENTO

Os gastos decorrentes da presente pesquisa não implicarão em quaisquer despesas, para a UNISINOS ou Instituição, que venha a ser utilizada como campo de estudo, pois os mesmos serão de responsabilidade do Pesquisador.

MATERIAL DE CONSUMO

1000 Folhas de papel ofício A4.....	R\$200,00
2 Cartuchos de tinta para impressora.....	R\$100,00
1 Caixa com 10 Disquetes.....	R\$ 13,00
1 Caixa de Fitas Cassete.....	R\$100,00
1 Mini Gravador.....	R\$350,00
TOTAL 1-.....	R\$763,00

SERVIÇO DE TERCEIROS

Serviços de Digitação.....	R\$500,00
Serviços de Desgravação.....	R\$500,00
1200 Cópias Xerox.....	R\$300,00
TOTAL 2-	R\$1.300,00
TOTAL 1 + 2.....	R\$2.063,00

REFERÊNCIAS

ÁVILA, Ângela Amancio de. **Socorro doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Atheneu, 1998.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BAKHTIN, M. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004, 24p.: il. – (série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRAZELTON, T. Berry. **O Desenvolvimento Do Apego: Uma Família em Formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

CAMPERO, L; GARCÍA, C; DÍAZ, C et al. **"Alone, I wouldn't have known what to do": a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico**: Soc Sci Med 1998.

CARON, Nara Amália. **A relação Pais-Bebê da Observação à Clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

CHALMERS, B.; MANGIATERRA, V; PORTER, R. **Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto**. Disponível em: <<http://clap.ops.oms.org>>. Acesso em: 14 out. 2003.

CIÊNCIA E SAÚDE. **Verdadeiros anjos no momento do parto**. Disponível em <<http://odia.ig.com.br/ciencia/ci260101.htm>>. Acesso em: 14 out. 2003.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The ritual of american hospital birth. In: MC CURDY, D. **Conformity and conflict: readings in cultural anthropology**. 8. ed. New York: Harper Collins, 1994.

DINIZ, Carmen Simone Grillo. **Entre a técnica e os direitos humanos:** possibilidades e limites da humanização e assistência ao parto. Tese (Doutorado em Medicina). USP, São Paulo: Faculdade de Medicina, 2001.

EIZIRIK, M.F. Por que fazer pesquisa qualitativa? **Revista Brasileira de Psicoterapia /CELG.** v.5; n.1, p.19-32, 2003.

GORDON, NP; WALTON, D; MCADAM, E et al. Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. **Obstetrics and Gynecology**, 1999; 93: 422-6. Disponível em: <<http://www.cochrane.org>>. Acessado em 14/11/03.

GUALDA, Dulce Maria Rosa. Os vazios da assistência obstétrica: reflexões sobre o parto a partir de um estudo etnográfico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 28, n.3, p.332-336, dez.1994.

HODNETT, E.D; OSBORN, R.W. **A randomized trial of the effects of monitrice support during labor:** mothers' views two to four weeks postpartum. 1989.

HODNETT, Ed. Caregiver support for women during child birth. **Cochrane library of Systematic Reviews.** Eletronic edition: May 17, 1999.

HODNETT, E. D; GATES, S; HOFMEYR, G. J. et al. Continuous Support for Womem during Childbirth (Cochrane Review). **The Cochane Library**, Issue3, 2003. Oxford: Update Softwar.

KENNEL, J.H.; KLAUS, M.H.; MCGRATH, S.K. et al. Continuous Emotional Support during Labor in US Hospital. **Journal of the American Medical Association**, 1991.

KLAUS, M H.; KENNEL, J. H. **Pais/ Bebê:** a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

LANGER, A; CAMPERO, L. Garcia; REYNOSO, S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 1998.

LEBOVICI, Serge: **O Bebê, a mãe e o psicanalista.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva 1997.

MALINOWSKI, B. **Uma teoria científica da cultura**. São Paulo: Zahar Ed. 1975: p. 55.

MEIRA, Adailton Salvatore. **Introdução à edição brasileira**. In. BALASKAS, Janet. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. São Paulo: Ground, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. Mária Cecília de Souza Minayo (Org.) Petrópolis, RJ: Vozes 1994

NAPCS - National Association of Postpartum Care Service. **What is a Doula?** Disponível em: <[http://www.napcs.org/what is a doula.htm](http://www.napcs.org/what%20is%20a%20doula.htm)>. Acesso em: 2 nov. 2003.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OLINTO, M.T.A.; COSTA, J.S.D.; MENDES, K.G. **A Saúde em São Leopoldo: Relatório 2000**. São Leopoldo: Unisinos, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: Relatório do Grupo Técnico, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Tecnología apropiada para el parto: Declaración de Fortaleza. Lancet, v.2, p. 436-436, 1985. Disponível em: <[www.http://3ws.tuportal.com/fortaleza.htm](http://www.tuportal.com/fortaleza.htm)>. Acesso em: 2 nov. 2003.

PARGA NINA, L .et al. **Configuração de situações de pobreza**. Rio de Janeiro: PUC/Rio, 1983-1985. v. 1-3.

SOULÉ, Michel. O filho da cabeça, o filho imaginário. In: Brazeltont. Berry. **A dinâmica do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

SZEJER, Myriam; STEWART, Richard. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SZEJER, Myriam. **Palavras para nascer**: a escuta psicanalítica na maternidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

SIMKIN, Penny. The experience of maternity in a woman's life. **Jognn**: v. 25, n.3, p.247-252, 1996.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WANG, D; MAO, X; QIAN, S. **Clinical observation on Doula delivery**. Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chih, 1997. Disponível em: <[http://www. Cochrane.org](http://www.Cochrane.org)>. Acesso em: 02 jul. 2005.

WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. p. 491-498.

WOULD HEALTH ORGANIZATION. 1998. Disponível em: <<http://wuoldhealthorganization.org>> 1998. Acessa em: 11 ago. 2005.

YIN, ROBERT K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

**APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA, FEITA
PELA PESQUISADORA**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Como te sentistes acompanhada pela Doula?
- 2) Como te sentistes acolhida no centro obstétrico com a presença da Doula?
- 3) Como foi o teu parto, tendo o acompanhamento da Doula
- 4) Qual a atitude da Doula, o que ela fez?
- 5) Se pudesses escolher alguém para ficar contigo durante o trabalho de parto quem escolherias?
- 6) Quais os sentimentos que este acompanhamento mobilizaram na mãe no processo da parturição, e como se da à interação mãe/ bebê com a presença da Doula?

APÊNDICE B- REGISTROS DA DOULA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome

Idade

Grau de escolaridade

Tem companheiro;

Nome do companheiro

Gesta:

Para:

Cesáreo:

Aborto

Numero de filhos

Idade Gestacional

Tempo de parturição.....

.....

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Como você se sentiu, ao estar acompanhada pela Doula, como foi à interação?
- 2) Como sentiu a acolhida no centro obstétrico com a presença da Doula?
- 3) *Descrição do processo de parto desde o início até o nascimento.*
- 4) *Descrição de sua ação junto à parturiente: durante todo o processo até o alojamento conjunto.*
- 5) *Resposta da parturiente com relação à ação da Doula.*
- 6) *Percepção da Doula de sua atuação.*
- 7) *Receptividade da Doula no meio hospitalar.*

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: VIVÊNCIAS MATERNAS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA DOULA NO PARTO.

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer a percepção e os sentimentos das parturientes do Hospital Centenário de São Leopoldo/RS, sobre suas vivências do parto com o acompanhamento da Doula (pessoa que permanece junto à parturiente durante todos os períodos clínicos do parto).

JUSTIFICATIVA - A razão deste estudo é ouvir as mulheres que passam pela assistência obstétrica ao parto, preconizada pelo Ministério da Saúde, com o direito de serem acompanhadas por uma pessoa que permaneça ao seu lado, respeite o processo fisiológico e a individualidade de cada nascimento, favorecendo assistência a elas prestada e ao acolhimento humano. Por este estudo espera-se propor para o hospital um modelo de assistência voltada às necessidades das parturientes.

PARTICIPAÇÃO E DIREITOS DA PARTICIPANTE - Sua participação nesta pesquisa, é voluntária e consiste em permitir o acompanhamento da Doula, desde a admissão no Centro Obstétrico até a finalização de seu parto e, de uma entrevista gravada (sobre sua vivência com a Doula), no Alojamento Conjunto pós-parto, Podes desistir de fazer parte do estudo a qualquer momento, sem prejuízos no seu atendimento e do seu bebê nesta instituição. Este procedimento não te expõe a qualquer tipo de risco e puedes solicitar esclarecimentos de dúvidas a qualquer momento que desejares. Após a transcrição da entrevista, a fita será guardada por 5 anos e depois destruída.

USO DAS INFORMAÇÕES - As informações serão utilizadas pela pesquisadora - Solange Maria Gomes, para fins de estudo, pesquisa, publicações científicas. Em momento algum seu nome será revelado. Sua identidade será preservada . Após a análise das informações de todas as participantes do estudo, estas serão convidadas a ouvir os resultados obtidos e fazerem comentários sobre os mesmos.

Eu, _____ concordo em participar desta pesquisa, após ter sido esclarecida de modo claro e detalhado sobre: os objetivos, justificativas e finalidade do estudo e da entrevista que serei submetida; dos meus direitos como participante e do uso das informações.

Assinatura da entrevistada

Pesquisadora: Solange Seidl Gomes

Telefone de contato: 5927500, 5881151.

São Leopoldo, _____ de _____ de 200__ .

P.S. Este termo será assinado em duas vias: uma permanece com a pesquisadora e a outra com a parturiente participante do estudo.

RELATÓRIO DA PESQUISA DE CAMPO

1 RELATÓRIO DA PESQUISA DE CAMPO

A dissertação "Vivências Maternas sobre a participação da Doula no Parto" é parte de uma pesquisa realizada em uma maternidade pública de São Leopoldo, RS, com a participação da Doula no acompanhamento da mulher na unidade de internação, no parto, pós-parto (alojamento conjunto) auxiliando -a na facilitação da interação mãe -bebê e pai (quando presente), incluindo o apoio à amamentação.

1.1 Entrada no campo do estudo

A entrada no campo da pesquisa iniciou com a autorização da direção do hospital centenário para realizar o estudo. Conversei também, com a chefia do Centro Obstétrico, da Enfermagem, da UTI-neonatal, do Serviço de Nutrição e do Serviço Social, sobre como seria a pesquisa e os objetivos da mesma. A equipe do hospital não apresentou nenhuma objeção. Eles já me conheciam pelo trabalho voluntário que realizo dentro da maternidade.

Meu desejo de conhecer como tinha iniciado a unidade materna me levou a buscar informações no SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico). Descobri que o Hospital Centenário foi inaugurado em 15 de fevereiro de 1931, pertencendo à Prefeitura Municipal de São Leopoldo. Em 1931, houve 89 internações durante o ano, incluindo as na maternidade. O livro de registro dessas internações, em 1942 possui dados relativos ao nome do paciente com data de internação e de alta e, no ano de 1944, a partir do mês de setembro há registros do nome da mãe com o seu neonato. Somente, em julho de 1973, os registros nos Livros de Parto passam a conter dados do nome da mãe com o respectivo peso, sexo, hora de nascimento do seu filho (a).

No início da pesquisa de campo, em decorrência das eleições municipais houve troca de prefeito e com ele, mudanças em todas as chefias e cargos de direção do hospital. Por esta razão, tive que contatar com a nova direção e explicar mais uma vez, sobre a pesquisa. Por alguns momentos temi pela continuidade do

estudo, pelo fato do hospital pertencer a Prefeitura Municipal, e os novos administradores seriam indicações políticas que poderiam concordar ou não com a investigação. Felizmente, não houve empecilhos e pude prosseguir com a pesquisa.

No entendimento deste cenário que estava tendo contato, agora como pesquisadora, conversei com dois personagens, atores ativos do drama desenrolado por mulheres na maternidade desde sua fundação: um médico obstetra que foi dos primeiros parteiros da maternidade do hospital e uma antiga parteira do Hospital, com 90 anos de idade, lúcida e moradora de um asilo da cidade para saber um pouco da história dos partos em São Leopoldo.

1.2 Descrição de etapas do Relatório de Campo

Esta pesquisa foi realizada por coleta de dados em entrevista semi-estruturada para Conhecer a percepção e os sentimentos de parturientes e puérperas, primíparas, do Hospital Centenário de São Leopoldo, RS, no processo de parto com a presença da Doula.

O período de coleta das informações ocorreu nos meses de janeiro a março de 2005.

As participantes foram 10 mulheres, primíparas, admitidas para o parto no hospital Centenário de São Leopoldo.

Participantes da pesquisa

As participantes da pesquisa são representadas no texto, por “Maria”, acrescentada a um número, segundo ordem de entrada na pesquisa. Decidiu-se assim, chamá-las por ser este, um nome com um significado especial de mulher, com forte representação social, cultural, religioso e do coletivo das mulheres brasileiras.

A seguir apresentamos as Marias, para que ao longo da leitura do texto do relatório se possa resgatar algumas das suas características:

Maria 1 - 21 anos, cursou até a 5ª série do Ensino Fundamental, do lar, tem companheiro, cinco consultas no pré-natal, no parto normal, com duração de nove horas, veio desacompanhada ao hospital.

Maria 2 - 18 anos, cursou até a 5ª série do Ensino Fundamental, do lar, tem companheiro, nove consultas no pré-natal; parto por cesariana, duração de nove horas e meia, veio ao hospital acompanhada do pai.

Maria 3 - 20 anos, cursou até a 8ª série do Ensino Fundamental, do lar, tem companheiro, 9 consultas no pré-natal, parto normal, duração de 11 horas e meia, veio acompanhada da mãe ao hospital.

Maria 4 - 26 anos, cursou até a 8ª série do Ensino Fundamental, do lar, tem companheiro, sete consultas no pré-natal, parto normal, duração de nove horas e meia, veio acompanhada do marido ao hospital.

Maria 5 - 19 anos, cursou até o 6º ano do Ensino Fundamental, do lar, não tem companheiro, 10 consultas de pré-natal, parto normal, com duração de nove horas; veio acompanhada da mãe ao hospital.

Maria 6 - 18 anos, cursou até a 6ª série do Ensino Fundamental, do lar, tem companheiro, oito consultas no pré-natal, parto normal, duração de 11 horas, veio acompanhada do marido ao hospital.

Maria 7 - 25 anos, cursou o 2º grau, industriaria, tem companheiro, quatro consultas no pré-natal, parto normal, duração de 13 horas, veio ao hospital acompanhada do marido.

Maria 8 - 20 anos, cursou até a 7ª série do Ensino Fundamental, do lar, tem companheiro, três consultas no pré-natal, parto normal, duração de 11 horas, veio acompanhada da mãe ao hospital.

Maria 9 - 22 anos, cursou o 3º grau incompleto, recepcionista, tem companheiro, 15 consultas pré-natais, parto normal, duração de 10 horas e 40 minutos, veio acompanhada do marido ao hospital.

Pelas características apresentadas, constata-se que as Marias participantes do estudo tem idades entre 18 a 26 anos, primíparas (exceto, Maria nº 6), este é o segundo filho, mas o primeiro foi de parto por cesariana, portanto, sem experiência de trabalho de parto e parturição. Com relação à escolaridade a maioria delas,

cursou o primeiro grau incompleto e, apenas Maria 9 está na universidade. Somente três trabalham com atividade remunerada. Quanto ao estado civil, uma é oficialmente casada, uma não tinha companheiro e as demais viviam com os pais de seus filhos.

Quanto aos aspectos obstétricos: o número de consultas no pré-natal variou de três a 15 consultas; tiveram seus bebês por parto normal exceto, Maria 2, foi por cesariana a duração do trabalho de parto variou de sete a 13 horas. Todos os bebês nasceram de gestação a termo, com pesos variando de 2k e 600g a 4k e 260g. A maioria das Marias veio ao hospital acompanhada pelo companheiro ou pela mãe, Maria 2 veio com o pai e Maria 1, veio desacompanhada.

Análise das informações

A análise dos dados da pesquisa foi feita por análise de conteúdo, do tipo temática, proposta por Bardin (1979, p. 105) que se desdobra em três etapas: “pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação”.

Pré-Análise – Após a transcrição das fitas, organizei o material de acordo com base nos objetivos da pesquisa para poder e elaborar os indicadores para a interpretação. Tomei contato exaustivo do material através de várias leituras. Após organizei o material de modo a responder os objetivos de trabalho e que continham uma representação dos sujeitos pesquisados. Nesta etapa de análise determinei as unidades de registro, que foram tanto palavras-chave ou frases que formaram unidade de contexto para a compreensão da unidade de registro.

Na fase de exploração – Separei o material de acordo com a codificação realizada. Iniciei pelo recorte do texto em unidades de registro. Depois decidi a regra de contagem, classificação e agregação dos dados. Separei os temas retirados do material recortei, coloquei em diferentes envelopes coloridos que me indicavam as categorias de análise. Aqui levei em consideração a repetição dos temas, a representatividade, à homogeneidade e se eram adequados ao objetivo da pesquisa.

Recortei do texto as unidades de registro. Aqui considerei diferentes temas, que foram separados: fala das Doulas e das parturientes.

Estes temas que foram inicialmente separados, depois de avaliados, classificados foram agregados dentro das categorias.

Fase de tratamento dos resultados – nesta fase trabalha-se com os significados em vez de inferências estatísticas. Reúne-se numa mesma tarefa a interpretação, os temas e unidade de falas.

O resultado é poder colocar em evidencia. As informações representativas da vivencia do parto com a presença da Doula. A informação obtida a partir da fala das parturientes e Doulas.

1.3 Vivências na maternidade com Maria e Doulas

Maria, Maria, é um dom, uma certa magia

Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece viver e amar
Como outra qualquer do planeta

(Milton Nascimento e Fernando Brant)

Do tratamento dos resultados emergiram temas e categorias que comporta o feixe de relações das vivências do parto pela parturiente com o acompanhamento da Doula.

Os temas “o cenário e os atores do trabalho de parto” e “o cenário e os atores do parto” apresentados no quadro 1 são descritos a seguir:

TEMAS	Categorias
O CENÁRIO E OS ATORES DO TRABALHO DE PARTO	- O prelúdio do parto - O trabalho de parto com a presença da Doula - Parturiente e Doula: uma relação que se constrói
O CENÁRIO E OS ATORES DO PARTO	- O novo cenário - Epílogo: o nascimento - Nos meandros do parto - A preferência pelo acompanhamento

QUADRO 1 – Distribuição dos temas, categorias resultantes da análise realizada
Fonte: Dados da autora

1.3.1 O Cenário e os atores do trabalho de Parto

No Hospital da pesquisa, como na maioria das maternidades brasileiras, não há possibilidade das parturientes serem acompanhadas por pessoa da sua escolha, mas, aqui oferecemos a possibilidade do acompanhamento da Doula apesar desta oferta não ser sistemática.

Este item do estudo refere-se especificamente as vivências femininas da maternidade com suas incursões no mundo interdisciplinar dos atores sociais que atuam no auxílio ao nascimento de um novo ser e do papel muitas vezes, solitário daquela mulher que em alguns minutos ou horas possibilitará esta aventura humana e em especial, de uma atriz coadjuvante – a Doula, que de certo modo atua como personagem secundária para que a personagem principal desempenhe com sucesso o seu papel de mãe.

Na área da saúde coletiva insere-se a questão de promover a humanização do parto e do nascimento no país e, pode-se falar de movimentos sociais para a humanização do parto desde os anos de 1980, com as propostas da OMS e com elas, o surgimento de redes de movimentos como a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA, 1993) que propõe mudanças no modelo de atendimento - espera-se que a equipe de saúde evite o uso de intervenções desnecessárias e realize procedimentos que beneficiem a mãe e o bebê. O parto com as Doulas faz parte deste movimento coletivo, e as pesquisas sobre este tema oferece uma discussão no campo da saúde das parturientes, em que o parto não é um evento patológico, mas sim existencial e social (DAVIS–FLOYD, 1992).

Na mulher em trabalho de parto a parte mais ativa de seu corpo é o cérebro primitivo (hipotálamo e hipófise) e esta constatação, ocorre em todos os mamíferos (ODENT, 2000p35). Nos casos de inibições no processo do parto, a origem deste processo é “*na parte do cérebro altamente desenvolvida no ser humano que é o neocórtex*”, suspeita-se que na presença de alguma situação que estimule a secreção de hormônios (tipo adrenalina), “*haverá estímulo no neocórtex e inibição do parto*” (ODENT, 2000, p. 35).

Por esta razão a mulher em trabalho de parto precisa de segurança, sentir-se apoiada, o que repercute sobre seu nível de consciência como facilitador do

processo do parto. A intimidade parece ser importante para a mulher dar a luz. Os mamíferos têm estratégias para parir em privacidade e, as mulheres ao longo da história optaram por serem acompanhadas pelas suas mães ou substitutas que pudessem transmitir segurança.

A partir da análise das falas dessas personagens, obtidas pela análise de conteúdo (BARDIN, 1979; MINAYO, 2000) desdobram-se às categorias: “*O prelúdio do parto*”; “*O trabalho de parto com a presença da Doula*”; “*Parturiente e Doula uma relação que se constrói*”.

O prelúdio do parto

Esta categoria emerge de imediato nas falas das mulheres, tanto das parturientes quanto das Doulas, como o desencadeador do processo de parturição ou da suspeita de que algo se modifica no corpo e é preciso buscar ajuda. A parturiente tem medo de não saber identificar os verdadeiros sinais do parto. Está representado nas falas das mulheres com relação a suas atitudes ao se depararem com sinais e sintomas do trabalho de parto. Um dos temores mais comuns que surgem é o de não saber reconhecer os sinais do parto e ser pega de surpresa (MALDONADO, 1997).

As parturientes vêm geralmente, ao hospital, acompanhadas por familiares: mãe, companheiro, pai ou irmã.

Vim com meu pai (Maria 2).

Minha mãe veio comigo (Maria 5).

Meu marido me trouxe (Maria 8).

No entanto, ao serem encaminhadas para o Centro Obstétrico, são imediatamente, separadas tanto de seu acompanhante como de seus pertences.

Quando cheguei à porta [do centro obstétrico] minha mãe ficou do lado de fora. Ali dentro ninguém podia entrar. (Maria 5).

Ele ficou do lado de fora [companheiro] e eu entrei. (Maria 8).

Para essas mulheres que entram no ambiente estranho do hospital, deixando do lado de fora sua família, seus pertences uma explicação ou um gesto de acolhimento é muito importante. Quando admitidas no Centro Obstétrico são destituídas de suas roupas, recebem uma camisola padronizada que deixa seu corpo relativamente exposto. São encaminhadas para leitos onde terão ao seu lado outras mulheres em situação semelhante a sua e atendidas por pessoas, na maioria das vezes, estranhas, que contribui para o aumento do medo e da insegurança.

Os profissionais que atuam no centro obstétrico, pela característica de urgência do atendimento prestado no serviço, nem sempre podem ficar integralmente a disposição de cada parturiente. Deste modo surge a Doula (mulher que serve), assim como a parteira esta é uma figura maternal, que fica ao lado, junto da parturiente, com papel ativo, mas que não faz intervenções diretas no nascimento.

Ele me trouxe [pai] Começou a dor na barriga depois nas costas, daí ela [Doula] ainda não tava ali. Eu fiquei sozinha lá dentro. (Maria 2).

Os motivos relatados pelas mulheres para procurem o hospital são sintomas relacionados ao trabalho de parto como dores provenientes de contrações, perda de líquido ou suspeita de bolsa rota, assim como o fato de já estarem na data prevista do parto. Elas demonstram dúvidas com relação ao fato de estarem ou não em trabalho de parto, pois não conseguem definir bem a nova situação - as contrações uterinas, mesmo assim decidem procurar o atendimento. O Hospital Centenário é o único serviço de São Leopoldo que presta atendimento ao SUS, referencia da população da região do município e que presta atendimento, permanente nas 24hs do dia.

As 6h começou a me dar contração. Mas eu não sabia se já estava na hora. Então eu vim de casa, vim a pé. Dizem que é bom caminhar né! Bati ali na porta e depois de alguns minutos me atenderam. Entrei me prepararam, me deram aquela injeção para aumentar as dores e daí sim elas começaram a ficar mais fortes (Maria 1).

As mulheres ao chegarem no hospital, descrevem a situação em que se encontram e então é realizada uma avaliação médica, pois muitas delas procuram o

serviço para se certificarem de seu estado de saúde, ou, se não estão passando da hora de nascer. Para elas é só o hospital pode fazer a adequada avaliação, pois o acesso é mais fácil e têm a certeza de que serão atendidas.

Quando cheguei no C.O. fui fazer exame de toque, achava que já tava na hora... Tava sem dilatação e o médico mandou eu caminhar de duas a três horas. A gente foi caminhar e, quando eu voltei, tava com dilatação. Daí ele me baixou (Maria 8).

O falso alarme de parto *“permite uma liberação da ansiedade, constitui um ensaio que a mulher muitas vezes necessita antes de ir para o hospital”*, e neste momento, o papel do obstetra é importante oferecendo-lhe tranquilidade (SOIFER, 1980, p. 47).

As mulheres, que ainda não se encontram em franco trabalho de parto são orientadas a desenvolverem alguma atividade física, como caminhada ou retornarem mais tarde para serem reavaliadas.

Vim pra cá as 13:30h. O médico me examinou. Eu tava só com dois dedos e meio. Ele me mandou pra casa. Eu cheguei aqui eram 4h. Sai de casa as três e meia, cheguei aqui esperei..., esperei... neste corredor. Caminhava... caminhava... pra lá e pra cá. Aí, as 4:15 h, bati naquela porta. Mandaram eu entrar e ela me examinou de novo. Só tinha cinco dedos. Ela [médica] falou pra eu esperar. Daí chegou outro médico, me examinou, me machucou, fez hematoma foi muito estúpido, grosseiro e me deixou lá. Não explicou nada. Queria que nascesse de parto normal. Parece que eles não tão nem aí, pra gente (Maria 2).

Nas falas das parturientes evidencia-se que elas ficam a mercê de outro que avalia o processo do seu parto, e estão impossibilitadas de controlar aquele momento que é imprevisível, irreversível, quando por condições orgânicas e ou emocionais o trabalho de parto é desencadeado nada mais consegue detê-lo é um processo sobre o qual não se tem controle, por isso vem acompanhado de ansiedade.

O parto se constitui em momento crítico por várias razões; é sentido como situação de passagem de um estado a outro, cuja principal característica é a irreversibilidade, a incapacidade de saber exatamente como e quando vai se desenrolar o trabalho de parto, impossibilidade de controlar o processo. É vivido como um “salto no escuro”, imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controle (MALDONADO, 1997, p. 67).

Fiquei lá na sala 40 minutos. Depois me botaram no soro e me deixaram (Maria 2).

Logo ao serem admitidas, as mulheres da pesquisa são tomadas por um sentimento de solidão e abandono, sentem-se deixadas de lado, não acolhidas, mesmo que o atendimento técnico tenha ocorrido satisfatoriamente. Elas relatam que gostariam de ter uma presença contínua, mas as políticas institucionais ainda não adotaram esta prática na sua rotina.

A gente não tem ninguém, não pode entrar ninguém da família. Então é bom porque ela [Doula] fica ali do lado da gente, dá força... É muito bom (Maria 5).

Há também, mulheres que chegam no hospital em franco trabalho de parto (contrações regulares) ou com bolsa rota que são logo admitidas pelo risco de parto imediato ou infecção.

Eu cheguei não tava com muita dor, só tinha estourado a bolsa. Daí eles fizeram exame, lavagem. Acho que é o que eles sempre fazem. Depois me levaram pro banheiro, botaram soro e me levaram para a cama e ali eu fiquei. Começou a me dá dor... dor... Fiquei desde as vinte pra as oito até vinte pra às quatro horas, sofrendo de dor (Maria 3).

Elas com muita frequência descrevem de modo bastante valorizado o tempo da parturição e a intensidade da dor a que estiveram submetidas durante todo o processo do parto.

As parturientes costumam relatar a assistência a elas prestada, algumas vezes sentindo-se acolhidas e, em outras ocasiões, não.

Ontem mesmo, a enfermeira me explicou que quando eu fosse tomar banho, cuidasse que eu poderia ficar tonta quando levantasse. Eu levantei e fiquei um pouco tonta, falei pra ela. Sabe o que ela me disse? – “Já vai começar a fazer fiasco?” Então perguntei se podia usar um banheiro mais próximo do meu quarto. Ela não respondeu, virou a costa e saiu. Eu fiquei pensando o que será que ela tem? (Maria 1).

Entrou uma outra enfermeira com uma espuminha num vidrinho... passou uma espuma e já começou a raspa. Ninguém falava nada, eles só, agiam, mas não explicavam o por que de nada, nem o que tavam fazendo (Maria 2).

A falta de comunicação pode ser entendida pelas parturientes como algo que não está bem, deixando-as mais inseguras. Por outro lado o acolhimento tem um significado marcante para essas pacientes, na qual, a maioria é de classes sociais menos favorecidas e, a simples presença, escuta e apoio pode trazer benefícios para mãe e seus recém-nascidos.

O Trabalho de Parto com a presença da Doula

A entrada da Doula em campo ocorreu depois do contato com a direção do Hospital para comunicar oficialmente a pesquisa que seria desenvolvida e da necessidade de sua continuidade. Este estudo foi desenvolvido com a participação de duas mulheres voluntárias que haviam feito um curso preparatório de Doulas e que queriam desenvolver esta atividade. Acompanhei a Doula até a maternidade, apresentei-a para a equipe de médicos, técnicos de enfermagem e demais pessoas que trabalham no CO. No primeiro dia, falamos com a parturiente que estava sendo admitida, explicamos a pesquisa, conversamos e me despedi deixando a Doula fazer seu trabalho. Em todas as ocasiões, depois do acompanhamento, a Doula me comunicava sobre a identidade da paciente e o leito no alojamento conjunto. Algumas horas após o parto eu realizava a entrevista com esta parturiente.

A introdução da Doula no Hospital foi também discutida com o Serviço Social, que incentivou e apoiou o projeto.

No acompanhamento da Doula, inicialmente, havia uma seleção da parturiente que no caso deste estudo privilegiou mulheres primíparas. Já inteiradas da pesquisa e conhecendo as Doulas, as funcionárias do Centro Obstétrico (CO) indicavam quais as possíveis participantes e, em outros momentos eram escolhidas aleatoriamente pela Doula baseada em algum indicador que apontasse a necessidade do acompanhamento.

Cheguei ao Centro Obstétrico e já se ouvia uma mãe gritando e gemendo de dor e desconforto. A equipe de enfermagem nos informa que ela passou a noite toda assim agitada (Doula; Maria7).

Foi muito bom! Fez bem ela estar do meu lado porque a primeira vez a gente sempre estranha, é um momento

de dor, tinha medo que eles me machucasse (Maria 2).

Chegando ao CO as meninas me informaram que tinha uma primípara naquele dia (...). Fui até ali junto, conversei com ela, expliquei e perguntei se gostaria de participar da pesquisa. Ela concordou (Doula; Maria 5).

À medida que a Doula tornou-se conhecida e houve a adaptação com a equipe do Centro Obstétrico ela mesma passou a identificar as possíveis participantes da pesquisa.

O início do trabalho de parto se deu com o rompimento da bolsa às quatro horas da manhã, a paciente estava calma, parecia corajosa. Apresentei-me e perguntei se gostaria de participar da pesquisa? Ela aceitou, se mostrou receptiva, parecia que queria alguém ao seu lado (Doula 2; Maria 3).

A partir da seleção da parturiente, para acompanhamento, era feita à apresentação da Doula e os comentários relativos à pesquisa que incluíam: os objetivos do estudo, a finalidade da presença da Doula, sua participação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Fui até a sala de pré-parto e só tinham duas gestantes, ambas em soro. Uma era primípara e estava gritando. Optei então por acompanhá-la. Expliquei o trabalho da Doula e o que eu poderia fazer para ajudá-la. Disse que eu não era da equipe de enfermagem nem médica e que não poderia fazer nenhum procedimento que não fosse da minha área, mas poderia ficar ali, junto com ela se quisesse. Fizemos nosso primeiro contato explicando quem somos e o que fazemos (Doula; Maria 7).

Mesmo com a situação muitas vezes, difícil em decorrência do trabalho de parto, a Doula se apresentava e solicitava permissão para o acompanhamento. Nenhuma paciente rejeitou sua companhia.

Na fala da Doula 1, constata-se a preocupação com o estágio do trabalho de parto em que se encontra a parturiente. As informações eram fornecidas de modo sucinto, respeitando o período de contração.

Ao longo das gerações e no mundo inteiro, mulheres sempre buscaram suas mães ou outras mulheres para lhes acompanhar: parteiras, tias, avós, mulheres

experientes da comunidade que pudessem lhes transmitir segurança (ODENT, 2002).

A presença da Doula tem este objetivo, de segurança no processo do parto garantindo permanência junto à parturiente, do início ao fim da jornada que mesmo podendo ser longa, ela só sai quando tudo está concluído.

Cheguei no CO às 10h. Parecia estar tudo calmo, só tinha uma paciente internada. Entrei na sala conversei com ela estava muito agitada e as auxiliares já tinham me pedido que eu desse um jeito nela, pois estava muito descompensado e que já haviam tentado de tudo. Diziam que ela estava impossível (Doula; Maria 2).

É importante não negligenciar a repercussão do contexto assistencial sobre a vivência do parto. Muitas vezes, o descontrole e o pânico decorrem de uma assistência precária, que não protege, não acolhe e até mesmo negligencia e maltrata a parturiente (ODENT, 2002).

A expressão de certas emoções, relativas ao parto, são bem definidas no CO: “enfrentamento adequado da dor supõe a evitação do escândalo, da gritaria, das expressões de desespero, descontrole e descompensação, este último sendo o termo preferido pela equipe” (TORNQUIST, 2003, p. 419). Este comportamento é o desejado tanto pela equipe como pelas parturientes. No entanto se não houver uma atenção no sentido de auxiliar a mulher, estas expectativas nem sempre se mantêm nos limites almejados.

A parturiente tinha um ar tranqüilo e sereno. Vinha uma contração que, ao nosso olhar, não era muito intensa. Consegui explicar o trabalho de pesquisa, perguntar sobre a sua participação, e como foi afirmativa providenciei que assinasse o termo de compromisso livre e esclarecido (Doula; Maria 8).

Para Maldonado (1997), o trabalho de parto passa ao nível de um processo psicossomático, com influencia de aspectos socioculturais, psicológicos e físicos. A história pessoal da mulher, o momento histórico da gravidez interfere no modo de vivenciar o parto. A qualidade da assistência prestada à paciente também, repercute na sua conduta em relação ao parto, assim como dificuldades que possam surgir naquele momento, vão refletir na sua vida futura.

Me apresentei e expliquei o que queria fazer com ela. Pedi permissão para acompanhá-la e ela concordou. Parecia meiga, mas com um semblante duvidoso (pensei que fosse pelo desconhecido, pois ela nunca devia ter ouvido falar em Doula). Expliquei um pouco mais, disse que poderia acompanhá-la até o bebê nascer, se assim ela desejasse. Ela repetiu: - “Até nascer?”. Respondi que sim e ela demonstrou sua aceitação. Durante as nossas conversas, ela estava em trabalho de parto tendo contrações de curta duração. Pedi que assinasse a folha [TCLE] o que ela fez sem restrições... (Doula; Maria 4).

As parturientes logo após a apresentação da Doula parece sentirem-se à vontade e passam a se relacionar de uma forma muito familiar em tão pouco tempo. Parece que não querem ficar sós, ficam solicitando atendimento e se tranquilizam quando são informadas do processo do parto pela Doula.

Foi então que comecei realmente a falar com a futura mãe. Falei da pesquisa e se ela queria participar. Ela prontamente disse que sim e assinou o termo de compromisso. Expliquei o que é Doula, qual o meu trabalho e que estava ali para ajudá-la se ela concordasse. Ela só balançou a cabeça, afirmativamente. (Doula; Maria 2).

Na entrevista realizada pela pesquisadora no pós-parto, Maria 2 reafirmou a vontade de participação na pesquisa, fazendo comentários favoráveis. Esta reafirmação aparece com freqüência nas falas das mulheres no pós-parto.

As Doulas realizam um cuidado acolhedor que, no Centro Obstétrico nem sempre ocorre. São elas que proporcionam para as Marias, um espaço onde elas possam falar, expressar seus sentimentos, suas dores e preocupações.

A Parturiente e a Doula: uma relação que se constrói

Esta categoria emerge a partir das falas tanto das Doulas como das parturientes. Trata-se da construção de uma categoria originada da percepção de dois sujeitos em interação na experiência da parturição.

A construção da relação entre Parturiente e Doula ocorre de forma progressiva, sendo tecida na interação entre ambas, baseada em uma relação de confiança das mulheres, que tem origem no amparo e acolhimento que recebem no

processo da parturição. O parto é um momento crucial. Para a mulher no qual, os seus padrões de relacionamento vão ser reativados mobilizando suas mais primitivas formas de comportamento como: gritar, xingar, solicitar a mãe. Neste cenário aparece a Doula com a sua atitude maternal, continente e segura.

Daqui a pouco apareceu ali a Doula e perguntou se eu queria participar da pesquisa. Se eu quisesse poderia desistir a qualquer hora. Eu achei que ela ia ficar ali só um pouco, mas quando vi ela foi ficando, ficando e eu, adorei! (Maria 1).

Expliquei em rápidas palavras qual era o papel da Doula, qual era o meu objetivo e porque eu estava ali, que era auxiliar e dar apoio físico e emocional até a hora do nascimento do bebê. (...) Disse que iríamos trabalhar juntas e que se sentisse dor podia me solicitar o que gostaria que fizesse e que juntas poderíamos fazer o trabalho transcorrer (Doula; Maria 3).

Nas falas tanto das mulheres parturientes como das Doulas constata-se como foi o primeiro contato entre elas. Inicia-se pela apresentação de alguém se oferecendo para permanecer ao seu lado, mesmo que neste momento não haja total entendimento de seu real papel.

Eu naquela hora nem dei muita bola para o que ela falou. Eu tava vendo estrelinhas de tanta dor. Daí ela disse: - "Eu posso ficar aí do teu lado?" Eu respondi, pode. Mas eu pensei que ela fosse dessas que entregam folhetins, as crente, eu tava viajando... (risos) (Maria 3).

Eu tava desesperada, entendeu? Eu gritava, xingava... tava num estado de nervos, daí ela chegou começou a conversar comigo me acalmar... Dizia pra eu respirar, ficava me ajudando. Dizia como era melhor pra mim, mas eu quase não ouvia. Estava desesperada, mas ela ficou ali (Maria 2).

O início efetivo do relacionamento com a Doula ocorre em função da necessidade de controle da dor sentida e expressa pela parturiente - ela está presente e é preciso aliviar o desconforto gerado que faz procurar ajuda, inspira solidariedade em quem está ao lado e fragilidade em quem vivencia a dor. Portanto, a dor é muitas, vezes o mote gerador desta relação.

Comecei conversando com ela sobre a dor, como é que ocorriam as

contrações, expliquei que cada contração ficava mais próximo do nascimento do filho dela. Depois comecei a conversar com ela exatamente sobre o que estava lhe incomodando, porque estava tão agitada e quais os locais que sentia mais dor (Doula 2 ;Maria 2).

Foi tudo bem. Eu já estava aqui uma meia hora quando a Doula chegou e se apresentou. E, como foi bom! (Maria 4).

A dor é representativa do trabalho de parto, e com a evolução do mesmo, com a distensão do períneo, esta dor assume características próprias, com repercussões no corpo e na mente da mulher.

É bom porque se você tá com dor, pelo menos tem uma pessoa do lado, né? Ela foi muito querida, ajudou. Eu tava muito nervosa. Eu tinha tido a minha filha, mas de cesárea, só que daí eu não senti dor nenhuma. Tinha marcado tudo e desta, eu tava com dor desde as três da manhã e fui ganhar quase as quatro da tarde. O bom é que ela tem muita paciência pra agüentar. Ela ficava todo o tempo em volta. Quando dava as dores, ela ensinava a gente a se virá, como que deitar como ficá. Tudo! (Maria 6).

A Doula, com sua presença contínua conforta e encoraja esta mãe, ao mesmo tempo em que contribui para o alívio da dor. Nas palavras de Maria 6, percebe-se o modo como esta interação vai progressivamente acontecendo. Ela dá a orientação, mas não faz pela parturiente. O que Maria 5 valoriza é a presença da Doula, pois em nenhum momento, estas mulheres deixam de referir a dor, mas a Doula é alguém que as ajuda a suportar, superar esta dor.

Eu imaginava que não ia doer tanto, ta louco sofre demais (Maria 3).

Depois que colocaram o soro daí veio a dor e ela ali do lado segurando minha mão... fazendo massagem Me senti bem, bem segura com ela ali pertinho da gente.... (Maria5).

É eu ali nos últimos momentos tava pedindo pelo amor de Deus faz uma cesárea, eu não agüentava mais (Maria 9).

O que se preconiza com a presença da Doula não é que a mulher tenha que sentir dor, ao contrário, pois o Ministério da Saúde garante nas portarias 2815 de 1998 e 572 de 2000 a analgesia do parto, na tabela de procedimentos obstétricos

remunerados pelo SUS sendo um direito de toda mulher brasileira. Estabelece os princípios da atenção a ser prestada na assistência ao parto humanizado e refere que a dor pode e deve ser aliviada (BRASIL, 2001).

Ela orientava o que devia fazer e o que não devia fazer, se eu achava melhor caminhar eu podia caminhar, procurar pensar no meu filho que ia nascer, tentava ajudar eu me acalmar (Maria 4).

Ela fazia massagem nas costas, na barriga para aliviar um pouco a dor. Aliviava, mas voltava e era forte, mas igual ela fomentava e eu segurava ela. Eu acho que devia sempre ter alguém pra ficar junto. Tem pessoas que precisa mesmo de um apoio, de uma palavra, de conversa, pra suportar a dor (Maria 3).

Portanto, o que se acredita e é reforçado pela parturiente que com o apoio e a presença constante de alguém no trabalho de parto é possível tornar a dor mais suportável. É imprescindível que ações de saúde venham proporcionar condições mais favoráveis a humanização do parto.

De acordo com Dick-Read apud Odent (2002), o medo é a causa habitual dos partos longos e dolorosos e está associado à liberação de adrenalina que promove tensão muscular e dor no trabalho de parto.

Culturalmente a dor do parto está associada a questões religiosas e há alguns anos atrás não havia a possibilidade de associar o medo e a liberação de adrenalina por existirem estudos suficientes para relacionar a adrenalina e sua interferência na ação e liberação da ocitocina, podendo até inibir o processo do parto.

No entanto, depois da descoberta das endorfinas se aceita que há também um sistema fisiológico de proteção contra a dor, que sofre uma interferência psicológica. A palavra das mulheres nos traz este conhecimento pelos relatos das vivências que tiveram com a Doula e assistidas de modo afetivo e acolhedor.

Desvio da atenção da dor - No cuidado prestado pela Doula, constatou-se a possibilidade de que sua presença pudesse desviar a atenção sobre a dor com o estímulo do pensamento da parturiente para outros cenários, que não o do CO, mas respeitando a preferência da mulher que vai ter o filho.

Entre as contrações perguntei se ela gostava de imaginar lugares... Mato ou praia. Ela preferia campo. Fiz um relaxamento: - "estas no meio de um campo com uma grama muito fofa e verde estás deitada no meio da grama, embaixo de uma árvore. Em volta está cheio de flores de todas as cores, amarelas, brancas"... Em meio a tudo isso podia sentir o corpo dela relaxar, soltar, descansar. Ela realmente relaxou, ficou calma tranqüila. Na hora da contração respirávamos juntas (Doula; Maria 4).

Uma das técnicas descritas pelas mulheres, para o alívio da dor, são as palavras de conforto recebidas da Doula.

Foi muito bom ter ela do lado. Uma pessoa calma passa tranqüilidade pra gente... Passa como é que vou dizer... A gente tá nervosa, ansiosa, parece que a dor aumenta mais ainda e ela ali junto dizendo que agente vai conseguir, dando uma palavra de conforto, é muito bom (Maria 6).

Eu achava que não ia conseguir. Tava apavorada e dizia: - "Não vou conseguir. Não vou conseguir"! Mas a Doula me dizia ao contrário - que eu ia conseguir. Falava, repetia e eu consegui (Maria 7).

A dor é um dos maiores desconfortos que as parturientes tem que suportar e as Doulas utilizam como medidas para o seu alívio incluem: técnicas de relaxamento e reforço positivo, massagens e músicas apropriadas ao momento.

Sem a Doula ia ser difícil. Não ia ter ninguém ali pra tá conversando e pra tá fazendo massagem. Ia ser mais ruim que é, pra suportar a dor (Maria 3).

A interação e o movimento entre as Doula e as Marias têm como objetivo dissimular a dor. O apoio benéfico que não traz riscos é bem vindo pelas mulheres.

Não foi fácil regular a respiração, procurei orientá-la quanto um ponto focal, e levar a respiração para aquele ponto, respirando junto com ela durante a contração (Doula; Maria 7).

Ela sentou com o corpo para fora da cama, fui atrás, e fiz massagem nas costas (...) entre as contrações eu fazia deslizamento nas costas ou nos ombros e ela soltava o corpo e relaxava (Doula; Maria1).

Ela fez massagem nos meus pés, nas minhas costas, conversava comigo e quando vinha a contração, ela dizia pra mim respirá e até, respirava junto comigo. Colocou umas musiquinhas... pra mim ouvir.

Adorei aquelas músicas dela [risos...] Adorei muito, mesmo! (Maria 1).

Apesar do progresso técnico e científico alcançado ao longo dos anos, estes não conseguem substituir a assistência afetiva oferecida por um acompanhante da parturiente e que também oferece o suporte emocional, a presença reconfortante e a mão que segura aliviando o medo e dor. Este é um direito preconizado na política de humanização ao parto, preconizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001).

Ela fica acalmando agente, distraindo, porque é dor e dor, mas ela é preparada pra este tipo de coisa. A Doula ficou comigo o tempo todo até eu vir para o quarto parece que cria um afeto com a Doula. Eu disse pra ela: - "O que seria de mim se tu não estivesse aqui?" Eu fiquei das 6h da manhã até as 4h da tarde. Ela ficou todo tempo comigo, mas tinham outras que também precisavam. Acho que tinha que ter umas dez pra fazer este trabalho (Maria 4).

Este projeto (Doula) tem que levar adiante. Todo mundo vai querer ser acompanhado, assim como é a Doula calma, tranqüila que trata a gente bem... Eu agüentei por causa dela, se fosse sempre assim não teria mais cesariana (Maria1).

Pelos relatos de Maria 1 e 4, é evidente o reconhecimento da parturiente pelo cuidado prestado pela Doula. Com a necessidade de companhia atendida, a parturiente passa a se preocuparem com as demais mulheres que estão na mesma situação e desacompanhadas. As parturientes demonstram preocupação para que o direito à presença da Doula fosse garantido, no trabalho de parto todas as mulheres.

Dos relatos das Doulas, outras maneiras são por elas utilizadas para minimizar o desconforto decorrente da dor das contrações uterinas.

Ela saiu da cama para ir ao banheiro, aproveitei para ela caminhar um pouco por ali, ensinei a bambolear um pouco, mas respeitando o que o corpo dela dizia ser o melhor. Ela se segurava em mim e descansava a cabeça no meu ombro (Doula; Maria 4).

A Doula neste momento tem um papel que apóia, orienta, sugere técnicas respiratórias, métodos que possam auxiliar no alívio do desconforto da dor.

Com auxílio da respiração correta as coisas foram ficando mais calmas a dor sendo suportada e ela foi passando por todas as fases até chegar à dilatação completa (Doula; Maria 6).

Ela me ensinou a respirar, ficou todo o tempo ali do meu lado, gostei mesmo, foi muito bom (Maria 1).

Peguei uma compressa, molhei e passei no rosto dela. Primeiro perguntei se ela queria passar, pois não queria invadir sua privacidade, mas ela pediu para que eu passasse e em seguida, disse que era muito bom. Ela estava suando. Pedi compressas esterilizadas para molhar a sua boca (Doula; Maria 4).

Na fala da Doula, transparece a preocupação em respeitar os limites não só físicos da parturiente, mas também, em tranquilizá-la para que estivesse apta a receber informações e orientações.

Expliquei o que eu estava fazendo ali, meu objetivo era auxiliá-la, e isso a tranquilizou bastante, então agente começou um trabalho lento, tentei conversar para que ela ficasse calma, tentasse não ficar apavorada. Expliquei como iria transcorrer o parto. Auxiliei para que respirasse de forma correta e achar uma posição que ficasse mais confortável para ela (Doula; Maria 6).

Ela pediu no início, que não fizesse massagens ainda e que não queria que usasse cremes ou óleos. Gostou de aprender sobre a respiração. Quando as contrações ficaram mais intensas pediu massagens (...) (Doula; Maria 4).

Mesmo considerando as alterações orgânicas da mulher que ocorrem na gravidez e no parto os aspectos emocionais são os que realmente, nortearão a intensidade da dor e a falta de acolhimento poderá interferir diretamente na forma de tolerar a “dor” do parto. A possibilidade de ser ajudada oferece um estímulo para vencer as etapas do parto.

- **A ajuda: no papel continente da Doula**

Maria, Maria, mistura a dor e a alegria
Mas é preciso ter manhã, é preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania de ter fé na vida.

Por: Milton Nascimento e Fernando Brant

Nesta categoria emerge o tipo de ajuda solicitado pelas parturientes à Doula. Quem atua em CO sabe quais são as solicitações das parturientes, Via de regras elas pedem enfaticamente por cesariana, pois não suportam a dor das contrações. No caso das parturientes acompanhadas pelas Doulas, o se evidencia em suas falas são pedidos de auxílio para o alívio do desconforto. Não se ouve nos relatos, pedido de solução radical. Elas confiam na presença da Doula e com isso suportam o trabalho de parto com a devida calma.

Eu pedia pra ela me abanar, ela me abanava, me abanava, acho que isso é que me deu força. Ela dizia como é que tu tem que respira, fica ali te ajudando e vai te acalmando. Agente tá quase desistindo e ela ali do lado, não desiste (Maria 2).

De todas as atividades, cuidados prestados pela Doula, o que mais foi enfatizado pelas parturientes foi o da presença continente da Doula no decorrer de todo o processo do parto.

Em momentos ficava sentada ao lado num banquinho, quieta, não interferia em nada simplesmente ficava presente oferecia uma mão amiga (Doula; Maria 1).

Este tipo de acompanhamento se vê, e não na totalidade, dos partos atendidos em clínica particular. As usuárias do SUS não estão habituadas a este tipo de consideração, de dedicação de respeito a outro ser que está passando por uma situação difícil, apesar de vital.

Eu não tenho palavras, é um anjo da guarda que fica ali contigo. Pra mim foi maravilhoso, ela ali do meu lado, segurando a minha mão, fez massagem... Quando eu gritava: - "Não agüento mais, quero ir embora, deixa eu ir!" Ela me abraçava e dizia: -"Tu vai agüentar. Tu é forte"! E foi graças a ela que eu fui até o fim. Foi um anjo que caiu do céu pra mim naquela hora (Maria 9).

Diante da fala da Maria, podemos sentir que o estímulo da Doula contribuiu para que ela pudesse resgatar de dentro de si a capacidade de poder parir seu filho.

A humanização do parto e do nascimento contribui para a mulher como uma forma de empoderamento aponta Tornquist (2002).

Ela estava tão desesperada que eu abracei-a, fiz massagem nas costas, tentei acalmá-la falando baixinho, falando do bebê (Doula; Maria 2).

Acho que sem ela seria pior, ela tava ali toda hora pra dar a mão pra gente, sem ninguém, nem um parente ali por perto (Maria 5).

Maria 1, em sua fala simples exemplifica a solidão em que se encontram muitas mulheres que dão a luz nas maternidades brasileiras: *“pra gente, sem ninguém, nem um parente ali por perto”*.

A equipe de saúde pode não reconhecer que, receber proteção é ser valorizada. Ao contrário *“ser deixada sozinha durante o trabalho de parto, não é apenas assustador, mas representa uma severa ameaça ao auto conceito da mulher”* (CURRY apud KLAUS & KENNEL, 1993, p.51).

A parturiente durante o processo do parto vive momentos de fragilidade emocional e todas as experiências vividas neste período vão de alguma forma interferir na sua relação com o bebê e na avaliação da sua capacidade como mulher.

Talvez por esta razão, as Doulas encontrem forças e sejam tão solidárias com estas mulheres. Elas reconhecem o estágio atual de desumanização da assistência hospitalar, onde envolve uma mudança de atitude das instituições, dos profissionais e dos órgãos administradores da saúde nos município, no estado e no país.

Os profissionais que aí atuam, muitas vezes enfrentam superlotação das maternidades, falta de funcionários que por si só já é geradora de falta de condições de um bom atendimento.

Eles [equipe de saúde] não deixam a gente caminhar, nem ficar de pé, mas eu não agüentava deitada. A Doula me ajudou, pediu pra me levar no banheiro. Deixou eu me sentar um pouco na cama. Foi bom ela ficá ali comigo (Maria 6).

Com a presença contínua da Doula, as mulheres se sentem mais encorajadas em fazer valer os seus direitos de um parto mais humanizado.

Sentimos-nos gratificadas pela mãe, porque é só dar a mão, carinho e tudo vai melhor. Acho que temos que lutar para um parto mais humanizado (Doula; Maria 3).

O mesmo sentimento emerge quando na vivência dentro da maternidade com as parturientes. À medida que fui penetrando na pesquisa e conhecendo mais, me familiarizando com as mães e com a maternidade fui invadida por um sentimento de incompreensão de nós mesmos, pessoas que trabalhamos com a saúde e que assistimos eventos simples, importantes da vida dos sujeitos serem tratados de forma técnica, rotineira, com esquemas pré-estabelecidos, dissociados do direito e da autonomia que deveriam ter sobre o seu corpo, a sua vida e a assistência humanizada no parto.

A humanização da assistência ao parto ainda tem um longo caminho a percorrer, caminho esse que perpassa pela escola, família e profissionais de saúde.

O acompanhamento simples da parturiente que já é legítimo ainda, não estar sendo adotado pelas maternidades.

1.3.2 O Cenário e os Atores do Parto

O tema parto é construído pelas categorias: O novo cenário; epílogo e nascimento; nos meandros do parto: imprevistos e a intercedência da Doula; a preferência pelo acompanhamento.

O novo cenário

Nas maternidades brasileiras que atende as parturientes do SUS são muito poucas as que o familiar ou o marido pode acompanhar a parturiente e, na maioria delas a permanência desta pessoa é na sala de pré-parto enquanto a mulher encontra-se em trabalho de parto. A entrada na sala de parto, para assistir o nascimento do bebê é mais restrita.

Não pode entrar ninguém não é? É ruim a gente se sente sozinha, daí não sabe (Maria 6).

Na sala de parto, o ambiente é fechado, considerado séptico e por se tratar de ambiente cirúrgico, há o cuidado dos campos operatórios. Além disso, neste tipo de ambiente é comum para o leigo, sentir tonturas e desmaiar. Portanto, precisam ser levados em consideração fatores outros que não só a presença de alguém alheio ao ambiente hospitalar. Via de regra, o acompanhante para ser autorizado a entrar na sala de parto depende de: o médico que realiza o parto ser muito experiente, não ter muito movimento no setor no momento do parto, o acompanhante ter se mostrado calmo durante o trabalho de parto... e principalmente respeitar os desejos da mulher. São muitas as condições que se impõe num ambiente hospitalar. Mesmo que haja resolução oficial do Ministério da Saúde sobre o direito da parturiente a um acompanhante, na prática, isto não é garantido.

O parto pode ser considerado como um momento crítico que marca o início de uma série de mudanças significativas e envolve diversos níveis de simbolização da mulher (MALDONADO,1997)¹⁵.

Estas mudanças começam a ocorrer, a partir da possibilidade imediata de vida e morte deste evento. Por esta razão que é importante a parturiente não se sentir sozinha, que tenha alguém junto dela fornecendo explicações do que está ocorrendo.

Reforcei que é como se fosse uma maratona que agora estávamos perto do fim. Parece que não vai se conseguir, mas é o último trecho, e o mais curto. Lembrava que o bebê ajudava em parte do parto com os pés empurrando o fundo do útero e com a cabecinha procurava a saída (Doula; Maria 1).

A Doula se compromete com a mãe de acompanhá-la em todo o processo do parto.

Não sai do seu lado em nenhum momento. Me senti feliz pelo auxílio... Acho que o conforto afetivo é o mais importante. A paciente foi super receptiva e me comentou como eu sabia tudo isso sobre o parto (Doula; Maria 3).

A mudança torna-se brusca, na troca de cenário e de novos atores na sala de parto, geralmente outra equipe de atendimento, onde só permanece o mesmo médico e enfermeira. Mas a roupa é toda trocada para este último ato. São roupas padronizadas, sem forma e as máscaras esconde o rosto dos personagens. Em

contrapartida a personagem principal – que dará a luz, o foco do acontecimento, é totalmente exposta, inclusive nas suas partes mais íntimas. E, é para lá que os holofotes são direcionados, não importando, que o bebê que está por nascer, vem de um ambiente há nove meses na penumbra.

O ambiente do CO é muito claro, muita gente entra e sai. Passam pelo corredor, macas, cadeiras de rodas, pacientes de outros setores. As mães não têm cadeiras para sentar. As vezes, se ouve músicas inadequadas para aquele momento, mas que estão sendo ouvidas em outro ambiente dentro do hospital (Doula).

Neste momento, veio a técnica e a gente foi prá a sala de parto. Ela estava com a dilatação completa, quando chegamos na sala de parto... todo preparo de acordo com a rotina do hospital. A médica fez o exame de toque e começou a preparar uma seringa com anestesia... A episio parece ser de rotina, pois já tinha acompanhado outro parto com o mesmo procedimento (Doula; Maria 6).

Sobreviver a tudo isso sem maiores danos, só com o apoio de alguém em quem confiamos e nos dá segurança. Mas isso não é tão fácil, é necessário um constante acompanhamento: cada contração, nas imediações do parto, é como se fosse a última que a parturiente vai suportar.

A Doula foi junto. Eu achei que ia desmaiar na sala de parto. Eu não conseguia mexer as minhas pernas, mas ela ajudou bastante. Foi lá viu o nenê antes de mim ... não é todo mundo que tem paciência de ficar com a gente umas dez horas (Maria 2).

Além do cenário desconhecido, o ambiente de emergência parece deixar toda a equipe com pouca paciência no atendimento da parturiente. Qual seria a razão para alguém, que deveria prestar cuidados a uma pessoa extremamente frágil e sentindo dor tratasse esta pessoa sem um mínimo de paciência? As Marias relatam o desconforto que este tipo de atitude causa em quem está na dependência de outros.

Elas não têm paciência, vão logo xingando, achando que é fiasco, e não é. Dói mesmo. Vem aquela dor forte, agente acha que não vai agüentar, mas num instante já passa. A Doula te entende (Maria 1).

Quando a parturientes e profissionais partilham da idéia de que a dor é legítima, e há escuta desta dor, se estabelece uma negociação em torno do seu sentido (TORNQUIST, 2003).

É difícil aguentá quatro mulheres gritando com dor, todas querem atenção (Maria 6).

Acho que a atitude das enfermeiras e dos médico com a gente muda quando a Doula tá junto. As vezes agente pede uma coisa pra elas ,e elas deixam a gente esperando nem trazem, acho que tem preguiça (Maria 3).

A Doula, pelo relato de Maria 3, é um exemplo para a equipe de saúde no CO, pois se sentem mais respeitadas com esta presença.

Apesar da fragilidade da situação, é preciso ter paciência e tolerância para que se tenha algum resultado positivo na relação profissional, como se pode constatar na fala da Doula ,a seguir:

Eu sussurrava no ouvido dela: - "você esta indo bem você vai conseguir, falta pouco agora. Você esta indo muito bem" repeti que ela ia conseguir. Ela parava com a respiração virava o rosto. Eu fui firme com ela chamei-a pelo nome, e disse: - "Vamos respirar juntas teu bebê precisa do teu oxigênio". Ela olhava fixa nos meus olhos e respirava. Trazia ela de volta, ajudando-a a trabalhar junto com as contrações e não contra a dor (Doula; Maria 8).

As parturientes apesar de salientarem em todos seus relatos o desconforto que vivenciam no trabalho de parto reconhecem que o parto via vaginal (normal) é melhor do que a experiência da cesariana – na qual o desconforto permanece após o nascimento da criança. Esta realidade pode ser constatada nas falas das mulheres.

O parto normal é bom, se eu tivesse feito uma cesárea eu ia ta ai atirada, assim eu estou bem. (...) A própria Doula me disse que o parto normal faz uma massagem no nené, quando ele passa no canal do parto, daí não tem problema de respiração (Maria1).

A Doula entrou as onze horas, e ficou ali até o final do meu parto, pra mim foi tudo muito bom (Maria 3).

O meu parto foi bom. A Doula ficou sempre comigo, e depois ela

conseguiu que o meu marido fosse lá buscar o nenê que eles foram vestir (Maria 7).

As experiências vividas no parto também reafirmar ou não, as vivências negativas passadas, mas se o evento transcorrer de forma mais humanizada poderá contribuir para saúde da mulher e de seu filho. O poder ser acompanhada na sala de parto, receber informações, atenção naquele momento em que tem que reunir todas suas forças para parir, faz a mulher se sentir mais considerada e valorizada.

Eu tenho uma filha, mas eu não sabia nada de como é o parto, nem sabia respirar, nem como me deitar para dar o oxigênio pra ela [bebê]. Não sabia qual a força que ganha nem a dilatação. Eu não sabia quanto tinha que ter pra ganha nenê. A Doula foi me explicando (Maria 6).

A experiência anterior de parto, no caso, cesariana, não possibilitou à Maria 6 o conhecimento sobre o parto. Isto reafirma a idéia de que as parturientes não devem ser tratadas só na parte social e emocional, baseada em rotinas pré-estabelecidas, pois cada experiência é única.

Epílogo: o nascimento

Foram muitas horas de trabalho de parto. Para as Marias deste estudo, mais de dez horas sem água, comida, com dor, cansaço... Mas este é o último ato. É chegada finalmente, a hora do bebê nascer.

É justamente, nessa hora que a insegurança da parturiente é maior. Como será o parto? Vou ter forças? O bebê vai ter saúde? São questionamentos que todas as mães fazem.

Eu não conseguia ganhá! Eu já não tinha mais força, porque eu fiz força demais na cama de manhã. Eu não sabia e daí eu perdi aquela força que tinha que ter. Eu tava fraca, com sede, tava com fome tudo...ela ali junto me ajudando... Parecia que cada vez que ela falava dava um pouquinho mais de força (Maria 6).

A mulher nesta situação não pode parar, nem diminuir, nem acelerar as contrações “ação das forças da natureza frente as quais o indivíduo perde o seu domínio e torna-se um objeto passivo” (SOULÉ, 1987 p.143).

Ela não estava conseguindo fazer força, mas depois de duas contrações fortes conseguiu. A médica estimulou: -“É isso aí não para, vai ,vai...” [três circulares de cordão], mas logo nasce o bebe. Um menino para surpresa da mãe que acreditava ser menina (Doula; Maria 8).

Eu não acreditava, tive que me erguer para ver se era mesmo menina (Maria 8).

Ela me deu forças para agüentar até o fim, ela entrou na sala de parto também, me ajudou muito, foi muito bom (Maria 9).

A mulher nos momentos logo após o parto está num estado de confusão, e emerge dele com auxílio dos que estão lhe assistindo e com o contato com a criança que acaba de nascer (SOIFER, 1980).

Eu apertava tanto a mão dela e ela dizia que podia aperta e continuava ali comigo me acalmando. Eu agradei tanto por ter ficado ali do meu lado. Acho que se eu tivesse sozinha não ia ter conseguido. Ter um bebe assim, sem corte sem nada normal, normal (Maria 8).

Pelo depoimento da Doula, reafirmado por Maria 8, constata-se, que ela tem que desempenhar no parto, o papel informativo, uma vez que, no pré-natal, nem sempre são abordados aspectos preventivos e educativos do parto. A futura mãe tem muitas dúvidas, demonstrando pouca informação.

Eu achava que não ia conseguir, eu tava apavorada e dizia não vou conseguir, não vou conseguir,mas a doula me dizia ao contrário que eu ia conseguir..falava, repetia e eu consegui (Maria 7).

A Doula tava todo tempo comigo e bem na hora, ela me disse: - “Só um pouquinho que eu vou chamar a médica para ela te examinar de novo”. O nenê nasceu ali em cima da cama (Maria 4).

A Doula permanece ao lado da parturiente para Maria entender o seu papel: sabe que ela não vai fazer o parto, mas vai chamar a médica quando julgar necessário faz intervenções para garantir que a parturiente seja bem atendida. A presença da médica no momento do nascimento é muito valorizada pela parturiente, pois ela é que detém o saber técnico.

Se tivesse sempre uma pessoa que nem ela, que entendesse o que ta acontecendo. Eu adorei, adorei! Parecia que eu já conhecia ela há muito tempo, ela ficava sempre ali do meu lado, eu até convidei ela para ser madrinha do meu filho. Eu disse pra ela tu foi um anjo que apareceu... Nem a minha mãe me ajudou tanto. Tu foi a pessoa mais importante nesse momento que eu mais precisei (Maria 2).

Quando ela fazia força percebia-se que o bebê não estava descendo o suficiente para nascer. A médica solicitou auxílio da técnica de enfermagem para fazer a manobra de Kristeller, mas não teve sucesso. Olhou para uma e para outra na sala e solicitou a presença de outro médico. Ele subiu num banquinho que já tem no CO e fez uma ou duas manobras de Kristeller, a paciente ajudou fazendo força e nasceu um bebê com 4260 kg (Doula; Maria 6).

Algumas mulheres podem atingir um estado tão instintivo quando estão dando a luz que, independente de seu ambiente cultural original, “as similaridades nos seu comportamento são muito mais impressionantes do que as diferenças” (ODENT, 2002, p. 102).

A paciente olhava pra mim de forma apavorada, segurava a minha mão muito forte, segurava os meus braços, quase me cravava as unhas. Queria que eu ficasse muito perto dela como se eu fosse a sua única segurança (Doula; Maria 2).

No momento do parto, “a vida e a morte estão em jogo, e ali o homem e a mulher sentem-se portadores de uma força que vem não se sabe de onde, talvez das profundezas de sua história e da história da humanidade”(SZEJER e STEWART, 1997, p. 243). Nesta situação surge um eu arcaico inconsciente que toma conta da situação. Todos os comportamentos estão ligados a história de cada um. Conforme “as autoras, “antes de terem se confrontado com essa situação as pessoas ignoram como vão agir”

algumas vão poder agir de forma mais calma, paciente, com autocontrole e, outras são invadidas por medo pânico, desespero. “É comum que aquela mulher social até então conhecida de lugar a uma mulher arcaica que ela mesma desconhece e que a transcende (SZEJER e STEWART, 1997, p. 244).

Eu preciso agradecer muito a presença da Doula. Eu acho que tive muita sorte (Maria 4).

O nascimento sem problema é o que todos da equipe de saúde e a parturiente almejam. Para a Doula a gratificação de um parto, também está relacionada à possibilidade de lembrança positiva da experiência vivida pela mãe.

Saí feliz e gratificada de ter ajudado a mãe a ter uma boa experiência e lembrança de seu parto (Doula1; Maria 1).

Parece que a diferença é só para mãe a quem prestamos o atendimento. Para os profissionais é indiferente (Doula 2; Maria 3).

A Doula costuma ter uma atitude que estimule a gestante ir superando cada etapa do trabalho de parto incentivando os progressos da mãe e reforçando suas capacidades de superar o obstáculo seguinte.

Eu conversava com ela. Estimulava a se ajudar. Explicava para respirar devagar. Dizia que é assim mesmo que dói, mas tu tens que te ajudar. Explicava e ela de vagarinho foi assimilando a idéia e fomos chegando num acordo. Ela começou a respirar devagar, tentava se controlar no som que emitia. Eu não reprimia de ela manifestar sua dor, mas estimulava a respirar e com isso ela diminuía os gritos (Doula; Maria 6).

Maria 1 relata ter perguntado para mãe cunhadas, amigas como era um parto normal. Todas lhe disseram que doía muito, que é terrível, mas que logo depois se esquece a dor e se retorna para a atividade mais facilmente que numa cesárea.

Porque as mulheres terem que sofrer tanta dor para ter um filho?

Deus fez errado, após sorriu olhou para o bebê e disse: - “É só no momento que é difícil!” (Maria 1).

O parto produz mudanças acentuadas na vida da mulher, transformações no esquema corporal, alterações na vida familiar e o reconhecimento da existência de um novo ser, que nasce e se separa do seu corpo. Ainda na maternidade a mulher já passa a sentir as mudanças que o parto lhe causou.

Eu queria agradece tudo que foi feito por mim (Maria 6).

Quando ela nasceu eu me abracei nela. Eu só chorava e agradecei , agente se apegas parece que ela é da família (Maria 5).

Quando o nenê nasce a gente chora e agradece a Deus que tá com saúde é perfeito, o maior fenômeno de Deus (Maria 9).

Os meandros do Parto: Imprevistos e a intercedência da Doula

A experiência do parto nem sempre é previsível. Por este motivo não se sabe, antes do término do parto se ele vai ser normal ou se apresentará complicações. O parto é *“há muito esperado, sempre inesperado e, tão previsto quanto imprevisível”* (SZEJER e STEWART, 1997, p. 237).

Não falavam nada, mas pareciam preocupados. A parturiente era estimulada a fazer força, muita força, mas o trabalho de parto não evoluía. Na sala de parto ela referia muito cansaço e sono, as contrações haviam diminuído (...) a dilatação estava completa, mas o bebê não nascia. Foi tentado fórceps (...). Fomos para o bloco cirúrgico o anestesista pediu que me afastasse. A paciente solicitava a minha presença. Pedia que eu a acompanhasse. Fiquei um pouco afastada até que fosse preparada para a cirurgia e após continuei do seu lado segurando sua mão e, transmitindo discretamente os passos da cesariana. Ela estava muito ansiosa, eu ia relatando tudo o que ia acontecendo, e exatamente na hora que o nenê foi tirado do corpo dela eu contei. Ela me olhou e choramos. Ela disse: - “Quero ver o meu filho!” Orientei que virasse o rosto, pois iam fazer alguns procedimentos nele. O pediatra pegou o nenê e fez os procedimentos necessários, pois ele estava bem roxinho (Doula 2; Maria 2).

Nestes casos inesperados, Maldonado (1997, p. 195) ressalta que a orientação antecipatória, da situação deve ser utilizada para informar a mulher das possíveis complicações do parto. A informação ao contrário do se tem difundido não deve ser ocultada da paciente. O que acontece, na maioria das vezes, é em decorrência da ansiedade do próprio profissional diante do sofrimento do outro se interfere no processo de elaboração das experiências difíceis.

Ainda dentro do CO, esperando a técnica da maternidade vir buscar Maria quando observei que ela estava sangrando, parecia ser mais que o habitual. Chamei a técnica do CO que massageou o fundo do útero, chamou a obstetra e medicaram a paciente que permaneceu ali em observação. A mãe queria o bebe perto, estimei para iniciar a amamentação (Doula).

Em ambos os casos, a participação da Doula foi de permanecer ao lado da mãe, solicitando ajuda a quem de direito.

Durante a pesquisa observamos algumas ações rotineiras no hospital que não estavam de acordo com a Classificação que a OMS (1996) divulgou e que foram depois modificadas com novas evidências científicas.

Falei que o trabalho era lento, mas não podíamos infringir as normas, não poderia ficar muito tempo fora da cama porque eles não gostariam de vê-la naquela posição, Reclamou de ter que urinar na comadre na cama, coloquei numa tentativa de ajudá-la, mas não conseguiu, levei-a até o banheiro (Doula; Maria 2).

Com relação às condutas e práticas no parto normal a exigência de que a parturiente fique na cama não é uma prática útil que deva ser estimulada segundo as evidências científicas das práticas utilizadas no parto. A classificação da OMS divide as práticas no parto normal em 4 categorias: 1) úteis: que devem ser estimuladas; 2) ineficazes: que devem ser eliminadas; 3) devem ser usadas com cautela até novas pesquisas; 4) práticas: frequentemente usadas de modo inadequado (Brasil 2001p.186).

A parturiente queria urinar, mas não conseguia fazer na comadre, pedi permissão para que ela caminhasse até o banheiro para urinar conseguiu e sentiu-se mais aliviada, Queria ficar caminhando mas eu não estava autorizada a esta permissão, tentei novamente (Doula; Maria 4).

A paciente queria caminhar, mas as regras do hospital não permitem a paciente sair do leito ela ficava nervosa, indignada, dizia que a posição não era cômoda para ela .Conversamos e tentamos ali no leito uma forma que ela pudesse ficar mais confortável (Doula; Maria 6).

Outras práticas úteis são: o oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto e também o monitoramento do bem estar físico e emocional da mulher assim como apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.

Peguei uma compressa para lavar o rosto da mãe. Peguei gases esterilizados para molhar a boca, e ela chupou um pouco de água. Ela estava sem soro e sem tomar líquido desde a noite anterior (Doula1; Maria 7).

Hoje temos algumas evidencias que parecem favorecer as melhores práticas com relação ao trabalho de parto e parto, mas não temos certeza que serão as melhores amanhã. O desenvolvimento da ciência é dinâmico, as descobertas são constantes. Mesmo diante de tanto progresso tem algumas condutas que independem de técnicas que é a necessidade que todos sem restrições precisamos de acolhimento e somos dependentes uns dos outros.

A Preferência pelo acompanhamento

As pacientes reconhecem a impossibilidade de serem acompanhadas por alguém de sua confiança no do Centro Obstétrico. Elas fazem observações sobre esta impossibilidade, mas parecem conformadas não fazendo muitos questionamentos com relação à ordem estabelecida.

Em nenhum parto pode entra ninguém né, mas por um lado é bom, se tem um pai nervosão, já atrapalha. Ninguém gosta de vê a pessoa que ama sofrendo, fica sofrendo, agonizando (Maria 9).

De acordo com Maldonado (1997, p. 68) “O homem também vivencia ansiedade em relação ao parto, temor de entrar na sala de parto, ver sangue (...) sente angustia, inquietação quando fica efetivamente excluído“.

A minha mãe achou muito bom eu ser acompanhada. Ainda mais porque ela não podia entrar (Maria 3).

Os familiares sentem-se aliviados de saberem que a paciente está sendo acompanhada sendo eles liberados do compromisso de estarem tão próximos da dor que elas estão sentindo. Querem saber todas as notícias, mas não da dor talvez por isso não têm muito interesse de estarem na sala de parto.

Eu acho que se entrasse alguém da família ia ficar nervoso, ia chorar né, não ia saber o que fazer, não ia ter o que conversar só ia ficar ali do lado (Maria 3).

No momento da pesquisa, estava sendo divulgada nos meios de comunicação, a garantia do usuário de acompanhante no parto. As mulheres manifestaram o desejo de estarem acompanhadas de alguém próximo na hora do parto, embora referissem a dificuldade do familiar ficar todo tempo.

Pra ficar junto acho que tinha que ser alguém bem próximo o marido, algum familiar, mas ao mesmo tempo tinha que ver quem e que podiam, as pessoas tem que trabalhar não pode ficar ali todo tempo, assim que nem a Doula (Maria 4).

Conforme comentários de Hotimsky e Alvarenga (2002), na sua tese, constataram que havia uma diferença marcante na distribuição dos acompanhantes de acordo com o sexo e camada social, proporção bem maior de mulheres no acompanhamento do parto, tanto em particulares como entre as "usuárias". Entre as acompanhadas só por mulheres, são encontradas entre mulheres de camadas sociais mais populares. Os homens não podiam ausentar-se de seus trabalhos para acompanharem as mulheres no parto.

Na possibilidade de escolher, a Doula representa uma pessoa neutra, sem um envolvimento emocional prévio e com um papel específico de servir na hora do parto com uma disponibilidade afetiva, mas com uma função determinada. A parturiente reconhece que a Doula tem um preparo diferente do familiar.

Eu acho mais fácil do que ser uma pessoa da família, e que nem meu marido que estava lá na rua bem embaixo da janela, daí quando

eu olhei pra ele já comecei a chorar e queria ir embora, com ela isto não aconteceu. Ela foi mais força com ele já é mais coração (Maria 9).

O meu marido não ia conseguir. Não tem coragem, tem que ser uma pessoa tranqüila., Eu acho que ninguém ia me tratar tão bem como ela me tratou nem da família (Maria 1).

Eu não queria meu marido é muito feio, eu ia ter vergonha que ele me visse escancarada, eu não queria nenhum conhecido. Com a Doula eu achei bom (Maria 7).

A mulher parece querer resguardar a sua intimidade e o parto é visto como uma exposição na qual quer se submeter, Vários aspectos devem ser relevados, a inibição, as noções de pudor”, o parto é coisa de mulher”. Há uma separação entre o que o companheiro possa pensar como parceiro sexual se ele assistir o parto.

A minha vó ficou super contente quando soube que eu não fiquei sozinha e fui acompanhada pela Doula. Ela disse: que bom que tiveste alguém do teu lado (Maria 9).

Alguém da família não ia saber ajudar muito, é bom assim alguém que já sabe que nem a Doula (Maria 3).

Se for um familiar não vai sabe como atende, acho que ela tem uma estrutura de como atende, acho muito bom ela ficou comigo até lá na hora do parto, veio comigo até aqui no quarto, foi muito bom (Maria 8).

As Marias manifestaram a vontade de serem acompanhadas, gostaram da presença ativa da Doula que massageava,abanava, secava o suor, respirava junto numa interação de atores, que juntos buscam o melhor de sua representação. As mulheres falaram deste acompanhamento com entusiasmo e não demonstraram interesse que os maridos acompanhassem o parto. Isto acontece porque tradicionalmente não existe esta prática? Ou por questões de pudor feminino? A mulher acompanhando outra mulher na pesquisa foi uma vivência positiva e gratificante.

Acho totalmente diferente do que um familiar. Ali ela sabe o que vai falar, o que vai te incentivar, o que vai dizer. Uma pessoa da família acho que não sabe o que vai falar ali na hora. Vai fica nervoso e acaba deixando agente mais nervosa ainda (Maria 8).

Ninguém ia ser assim como ela foi ninguém ia saber o que fazer, eu

sofri muito e ela agüentou do meu lado todo o tempo, eu agradeço muito quem inventou isto (Maria 2).

Considerações Finais

Precisamos tomar consciência que os que lidam com a saúde devem buscar as necessidades de cada um, e oferecer as necessidades básicas. A comunidade pode usar recursos naturais com a utilização das Doulas no acompanhamento da parturiente podendo assim contribuir para a saúde coletiva. A Doula pode ser uma mulher da comunidade preparada para oferecer medidas humanizadoras dando apoio físico e emocional contribuindo para que as práticas oferecidas à mulher no processo do parto sejam mais naturais.

A partir das pesquisas realizadas é importante que se busque junto aos gestores de saúde a sistematização do uso de recursos que contribuem para o bem estar dos sujeitos. A presença da Doula é uma ação concreta, simples, economicamente viável e que vem de encontro às medidas do Ministério da Saúde, que dá direito à mulher de ter um acompanhante no parto e pós-parto, em qualquer hospital público deste País.

Através do Projeto de Lei nº 2.915-B de 2005, as parturientes passam a ter o direito de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde, que entrou em vigor em 10 de março de 2005. A Doula, com essa lei passou a ser legitimada, embora essa prática ainda não seja sistemática, o reconhecimento do benefício da acompanhante vem sido reconhecido.

“O médico muitas vezes não faz mais o acompanhamento do trabalho de parto normal, falta disponibilidade, surge a possibilidade de programar a cesariana, atendendo a interesses próprios da família, da instituição (RIESCO e FONSECA, 2002, p.7).

Vive-se numa sociedade que parece não ter mais tempo para o afeto, para o respeito e a dignidade humana. Os aspectos técnicos e econômicos estão nos invadindo e os detentores do grande poder monetário sente, em menor intensidade,

os aspectos negativos desta estrutura. Para o pobre, ninguém mais tem tempo, ele rende muito pouco; isto de alguma forma, também se reflete na Saúde Pública.

Precisamos de trabalhos colaborativos, de equipes que se possa oferecer uma melhor assistência à mulher, na qual ela possa ser sujeito de suas escolhas reduzindo as intervenções desnecessárias. A partir da redução de medicalização, com o apoio afetivo de um acompanhante no parto, estaremos humanizando a assistência, respeitando os direitos da mulher, resgatando o seu papel de protagonista do seu parto e seu empoderamento pelas conquistas. Não queremos dizer com isso, que chegaremos numa forma de parto ideal, até porque dentro de um contexto social e cultural nada acontece de forma estática, mas dentro de uma dinâmica onde o ideal de hoje deve ser superado, futuramente, com novos conhecimentos.

Maria, maria, é o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri quando deve chora
E não vive, apenas aguenta.

Milton Nascimento e Fernando Brant

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 70. 1979.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

DAVIS-FLOYD, Robbie. *Birth and as in a American Birth of Passage*. Berkeley, **University of California Press**, 1992.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The ritual of American hospital birth. In: Mc Crady, d. **Conformity and conflict: readings in cultural anthropology**. 8ed. New York: Harper Collins, 1994.

HOTMSKY, Nussenzweig; ALVARENGA, Augusta Thereza de. A definição do Acompanhante no Parto: uma questão ideológica? **Rev. Estud. Fem**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 461-81, july/dec, 2002.

KLAUS, Marshall, H.; KENNEL, John H. **Pais/bebê: a formação do Apego**. Trad. de Daise Batista; supervisão e revisão técnica da Trad. de Maria Helena Machado. Porto alegre: Artes Médicas, 1992.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 14. ed. São Paulo: Saraiva , 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: Relatório do grupo Técnico, 1996.

REHUNA. Rede de Humanização do Parto e do Nascimento. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br>> Acesso em: 01 ago. 2004.

RIESCO, Maria Luiza G.; FONSECA, Rosa Maria G da. Elementos construtivos da formação e inserção de profissionais não médicos na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública** (on line), v. 18, n. 3, 685-98, mayo /jun. 2002. Disponível em: <<http://www.sielo.br/sielo.php>>. Acesso em: 01 ago. 2005.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SOULÉ Michel. O filho da cabeça, o filho imaginário. In: Brazeltont. Berry. **A dinâmica do Bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. Casa do Psicólogo, 1997.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no Ideário da humanização do Parto. **Rev. Estudos Femininos**, v.10, p. 483-492, july/dec. 2002.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Rev. Estudos Femininos**, v.19, sup 2, p. 419-427 2003.