

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA**

**DANIELI TONIN**

**A EXPERIÊNCIA DO PROCESSO DE PARTURIÇÃO POR MULHERES  
ACOMPANHADAS POR DOULA EM HOSPITAL NA FRONTEIRA OESTE DO RIO  
GRANDE DO SUL**

**Uruguaiana  
2015**

**DANIELI TONIN**

**A EXPERIÊNCIA DO PROCESSO DE PARTURIÇÃO POR MULHERES  
ACOMPANHADAS POR DOULA EM HOSPITAL NA FRONTEIRA OESTE DO RIO  
GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa – Uruguaiana/RS, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Jussara Mendes Lipinski

**Uruguaiana  
2015**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos  
pela autora através do Módulo de Biblioteca do  
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais).

T184e Tonin, Danieli

A experiência do processo de parturição por mulheres acompanhadas por  
doula em hospital na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul / Danieli Tonin.  
55 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -- Universidade Federal do  
Pampa, BACHARELADO EM ENFERMAGEM, 2015.

"Orientação: Jussara Mendes Lipinski".

1. Enfermagem. 2. Saúde da Mulher. 3. Doulas. 4. Parto Humanizado. I.  
Título.

DANIELI TONIN

**A EXPERIÊNCIA DO PROCESSO DE PARTURIÇÃO POR MULHERES  
ACOMPANHADAS POR DOULA EM HOSPITAL NA FRONTEIRA OESTE DO RIO  
GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-Uruguaiana/RS, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde da Mulher

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 01/07/2015.

Banca examinadora:



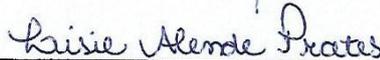
---

Prof.ª Dra. Jussara Mendes Lipinski  
Orientadora  
UNIPAMPA



---

Prof.ª Dra. Alinne de Lima Bonetti  
UNIPAMPA



---

Enfermeira Me. Lisie Alende Prates  
UFSM

“Proteja a mãe das influências das contaminações culturais, e o parto será testemunhado como uma obra de arte fisiológica”

(Dick-Read, 1979, p.80)

## RESUMO

Mesmo com os progressos na área da saúde e, neste caso, no cuidado obstétrico, ainda existem grandes desafios a serem superados especialmente aqueles relacionados com as mortes maternas causadas por abortos mal assistidos e o alto índice de cesarianas. As discussões a respeito da reformulação do modelo de assistência ao parto e nascimento, são extremamente importantes com o intuito de reduzir o cunho intervencionista que este processo assumiu. Na direção de pensar o trabalho em equipe como modo de qualificação dos cuidados em saúde e, aqui, mais especificamente, da assistência obstétrica, surgem novos membros nesse cenário, como o apoiador institucional e a doula. As doulas têm sido associadas aos diversos resultados positivos na área obstétrica, especialmente no que se refere às alterações na percepção do parto, entendendo-o como evento social e não como doença, restituindo, assim, a dimensão social que envolve o processo de parir. Com esta proposta, buscou-se inserir a doula no cuidado às gestantes admitidas em um hospital no interior do estado do Rio Grande do Sul, de forma a contribuir para que as mulheres e famílias tenham novas possibilidades e oportunidades em relação à vivência do parto e nascimento. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, que teve como objetivo geral, conhecer e relatar a experiência do processo de parturição vivenciado por mulheres acompanhadas por doula. Como objetivo específico, oferecer apoio físico e emocional às mulheres em trabalho de parto (TP). Para atender aos objetivos propostos, os dados foram coletados por meio da observação participante e entrevista semiestruturada. Após a coleta, os dados foram analisados pelo referencial de análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Minayo(2007). Dos relatos das mulheres, em relação à experiência do trabalho de parto e parto, sob o acompanhamento por doula foram identificadas três categorias, quais sejam: “O parto solitário, sinônimo de abandono”; “A crença na defectividade essencial feminina” e “A presença da doula no processo de parturição”.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde da Mulher; Doulas; Parto Humanizado.

## ABSTRACT

Even with many progresses in health, and in this case, in obstetric care, there's still big challenges to be overcome like maternal deaths due to unassisted abortions and the high index of caesarians, for example. The discussions about the reformulation of the model of assistance to labor and birth are extremely important to reduce the interventionist nature that this process took. In the direction to think group work as a way to improve healthcare, and here, more specifically, of obstetric care, new members emerge in this scenario: the institutional supporter and the doula. Doulas have been associated with many positive results to the obstetric area, specially through alterations in the perception of birth, considering it as a social event, not a disease, in other words, restoring the social dimension that involves the process of giving birth. With this proposal, it was attempted to insert a doula in the pregnant women care in a hospital in a small town of Rio Grande do Sul contributing to new opportunities and possibilities to the women and their families regarding the birth experience. This study is descriptive-exploratory with a qualitative approach that has as general objectives know and report the experience of parturition process experienced by women followed by doula. Specific objectives offer physical and emotional support to women in labor. To obtain the proposed objectives the data will be collected through participant observation and semistructured interviews. After the collection, data will be analyzed by analysis referential of content of thematic type, proposed by Minayo (2007). The reports of women in relation to the experience of labor and delivery, under the supervision of doula were identified three categories, namely: "Solitary confinement, synonymous with abandonment"; "The belief in the essential defectiveness feminine" and "The presence of the doula during the delivery process".

Key words: Nursing; Woman's Health; Doulas; Humanized birth.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

RS – Rio Grande do Sul

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SIPPEE – Sistema de Informação de Projetos de Pesquisa, Ensino e Extensão

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TP – Trabalho de Parto

UF – Unidade da Federação

UNIPAMPA – Universidade Federal do Pampa

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Objetivos.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1.2 Objetivo Específico .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO TEÓRICA .....</b>	<b>13</b>
<b>3 MÉTODO .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Tipo de estudo .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2. Local e período do estudo .....</b>	<b>18</b>
<b>3.3 Participantes do estudo .....</b>	<b>18</b>
<b>3.4 Coleta de dados .....</b>	<b>19</b>
<b>3.5 Análise dos dados.....</b>	<b>21</b>
<b>3.6 Aspectos bioéticos .....</b>	<b>21</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS.....</b>	<b>23</b>
<b>4.1 Caracterização das participantes .....</b>	<b>23</b>
<b>4.2 O parto solitário, sinônimo de abandono .....</b>	<b>24</b>
<b>4.3 A crença na defectividade essencial feminina .....</b>	<b>30</b>
<b>4.4 A presença da doula no processo de parturição .....</b>	<b>32</b>
<b>4.5 Relato de Experiência.....</b>	<b>38</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICE A –Roteiro para Entrevista Semiestruturada .....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE B –Termo de Confidencialidade .....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE C–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE D–Autorização condicionada da instituição coparticipante .....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICE E - Aprovação da Pesquisa pelo CEP da UNIPAMPA .....</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, há evidências de que, no Brasil, houve diminuição nas razões de óbitos maternos (VICTORA et al., 2011) e grande ampliação no acesso aos serviços de saúde. Contudo, os indicadores de mortalidade materna e neonatal ainda estão distantes do que se consideraria aceitável e desejável (ANDRADE; LIMA, 2014). Mesmo com os progressos na área da saúde e, neste caso, no cuidado obstétrico, ainda existem grandes desafios a serem superados no que se refere às mortes maternas causadas por abortos mal assistidos e o alto índice de cesarianas, por exemplo. O uso abusivo de medicações no processo de parto e de nascimento também é uma tendência em curva crescente, alcançando a cultura dos indivíduos e prática cotidiana dos profissionais (VICTORA et al., 2011).

As ações dos serviços de saúde, tais como a atenção ao pré-natal, parto e nascimento, quando desenvolvidas de forma diferenciada contribuem para a redução do índice de morte materna e neonatal. Entretanto, o fato de a assistência ao parto, no Brasil, ser essencialmente institucionalizada, ou seja, realizada principalmente em hospitais e por profissionais de saúde habilitados, a interpretação conjunta desses indicadores revela que a oferta e a disponibilização de saberes e o maior acesso à tecnologia, aos insumos e aos equipamentos biomédicos, a maior presença de profissionais e as formulações normativas, não garantem, por si só, a reversão do quadro de mortalidade materna e neonatal em tempo esperado (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

A taxa de cesariana tem sido utilizada como indicador de avaliação do modelo de atenção ao parto e, segundo padrão normativo da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1985), não deve ultrapassar 15%. A alta prevalência de cesáreas, no Brasil, não parece estar relacionada às mudanças no risco obstétrico e sim aos fatores socioeconômicos e culturais, destacando-se como controverso o fenômeno da “cultura da cesariana” (ANDRADE; LIMA, 2014).

As discussões a respeito da reformulação do modelo de assistência ao parto e nascimento são extremamente importantes, com o intuito de reduzir o cunho intervencionista que este processo assumiu (MALHEIROS et al., 2012). Uma das formas de reestruturar o cenário de parturição seria a presença de enfermeiras obstetras e parteiras na atenção aos partos de baixo risco, que em sua grande maioria são assistidos por médicos, culminando em um evento repleto de intervenções.

Atualmente, médicas, enfermeiras, enfermeiras obstetras, obstetrites e parteiras englobam as profissionais<sup>1</sup> habilitadas a assistir parturientes durante o trabalho de parto e parto. Na direção de pensar o trabalho em equipe como modo de qualificação dos cuidados em saúde e, aqui, mais especificamente, da assistência obstétrica, surgem novos membros nesse cenário, como o apoiador institucional e a doula (FERREIRA JÚNIOR et al., 2014).

Historicamente, a palavra doula foi utilizada para descrever aquela que assiste à mulher em casa, após o parto, auxiliando no cuidado com o bebê e os afazeres domésticos. Atualmente, possui uma vertente mais técnica, ancorada em saberes biomédicos, embora sempre seja conduzida pela humanização da assistência obstétrica (SILVA et al., 2012). As doulas têm sido associadas a diversos resultados positivos para a área obstétrica, especialmente no que se refere à percepção do parto, entendendo-o como evento social e não como doença, ou seja, restituindo a dimensão que envolve o processo de parir. Desta forma, por meio da protagonização da mulher no parto e estando ela acompanhada pela equipe de saúde e também por seus familiares, pode-se proporcionar maior segurança à parturiente e seu acompanhante no processo de parturição (FERREIRA JÚNIOR et al. 2014).

Outros autores demonstram que o cuidado e conforto prestados pela doula são significativos, uma vez que diminui o tempo do trabalho de parto, o uso de medicamentos, a ansiedade, o medo, além de proporcionar bem-estar à mulher acompanhada (GINGER, 2005; GILLILAND, 2002; KAYNE; GREULINCH; ALBERS, 2001). Cuidar e confortar significam também considerar a mulher como ser integral e singular, respeitando, inclusive, sua sexualidade e evitando expô-la a situações violentas, sejam estas anônimas ou explícitas (CARRARO et al., 2006). É papel da doula mostrar as opções e possibilidades de escolha em relação à gestação e, posteriormente, ao parto, bem como informá-la acerca de seus direitos.

As taxas de cesáreas, no Brasil, há muito ultrapassaram os limites toleráveis e continuam aumentando a cada ano. Em 2007, 47% dos nascimentos se deram por via cirúrgica, sendo que, na rede pública, a proporção de cirurgias foi de 35% e, no setor suplementar, de 80% (VICTORA et al., 2011). O país lidera o *ranking* mundial de cesáreas e precisa reduzir drasticamente essa taxa para se adequar às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985), que estabelece que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios.

Com base nos dados encontrados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde, as cesarianas representaram, no ano de 2012, cerca de

---

<sup>1</sup> Optou-se pela utilização do gênero feminino por ser uma área dominada, em sua grande maioria, por mulheres.

62% dos partos realizados no estado do Rio Grande do Sul. Já no que diz respeito aos índices do município de Uruguaiana, a ocorrência de cesáreas foi de 59%, confirmando o aumento das cesáreas encontradas nos estudos (BRASIL, 2012). As mulheres foram e continuam sendo submetidas à cesárea, que consiste em uma cirurgia de grande porte sem necessidade e sem esclarecimento adequado quanto aos riscos e complicações inerentes ao procedimento.

Desse modo, por todo o país, as mulheres continuam a sofrer violência, quando se trata da assistência à sua saúde sexual e reprodutiva (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Para isso, ressalta-se a importância da doula neste contexto, visto que ela oferece suporte físico, afetivo e emocional à parturiente, transmitindo confiança e segurança. Ao longo do trabalho de parto, a doula ajuda a parturiente a encontrar as melhores posições, sugerindo métodos para aliviar as dores, entre eles banhos e massagens, e ainda auxilia e orienta seu acompanhante (BRASIL, 2011).

O primeiro estudo que teve como objetivo investigar os efeitos da presença contínua da doula ao lado da parturiente durante o trabalho de parto foi realizado em 1980. Tratou-se de um ensaio clínico randomizado com 136 parturientes, no Hospital da Previdência Social, na Guatemala. O grupo experimental que recebeu apoio de doulas, durante todo o trabalho de parto, foi comparado ao grupo controle que recebeu assistência de enfermagem tradicional. Foi observado, no grupo experimental, menor incidência de problemas perinatais, menor tempo de trabalho de parto e a observação do comportamento materno evidenciou maior interação da mãe com o bebê (SOSA et al., 1980). Diante destas evidências, justificou-se a realização deste estudo, cuja questão de pesquisa foi: Como o processo de parturição é experienciado por mulheres acompanhadas por doula em um hospital na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul?

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Conhecer e relatar a experiência do processo de parturição vivenciado por mulheres acompanhadas por doula.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

Oferecer apoio físico, afetivo e emocional às mulheres em trabalho de parto (TP).

## 2 REVISÃO TEÓRICA

Em sua origem, o conceito de patriarcado era utilizado para denominar uma sociedade regida por homens, a exemplo da sociedade feudal, em que o pai era considerado o “cabeça” da família, com poderes sobre sua mulher, filhos, trabalhadores e serventes (DAHLERUP, 1987). Desde então, o conceito de patriarcado tem sido usado para denominar a subordinação das mulheres, considerando-se que todas as sociedades contemporâneas encontram-se sob o domínio dos homens, principalmente no que se refere às atividades políticas e econômicas, tratando-se, pois, de um sistema de dominação classista e não natural/biológico.

O jogo das relações sociais patriarcais sempre proibiu as mulheres de exercerem o poder e de deterem o conhecimento e, se, em determinados momentos, alguma delas se atreveu a desafiá-lo foi rotulada como maldita ou ridícula, a exemplo de Eva, Pandora e outras (PALMERO, 2004). A ideologia patriarcal está expressa nas relações e práticas sociais, está incorporada às maneiras como as pessoas se comportam e agem diariamente, como fosse parte da natureza humana e das coisas em geral, conforme afirmam John Shotter e Josephine Logan (1993, p. 91). Seria um erro pensar que esse fenômeno ocorre separadamente ou que não atinge todas as mulheres, pois são práticas sociais autorreproduzidas, com caráter de “lei natural” que ordenam e coordenam o mundo, inclusive os espaços (RODRIGUES; ARAS, 2011).

Muito se evoluiu e, atualmente, com direitos conquistados, diversas mulheres mostram-se bastante atuantes em diversas esferas, lutando cada dia mais para diminuir os índices de mortalidade feminina. Um estudo realizado de 2000 a 2010 aponta que se obteve uma redução de 12% na mortalidade feminina no Brasil (BRASIL, 2012). Apesar disso, mesmo com a melhora dos indicadores de saúde feminina e materna, e maior acesso aos serviços de saúde, não são identificadas evidências de melhorias nas taxas de mortalidade materna.

Dados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a partir de 2008, apontam uma diminuição irrisória no número de óbitos maternos, em 2011 (BRASIL, 2014). As mulheres têm melhor nutrição, fumam menos, têm menor número de filhos, com maiores intervalos entre um parto e outro, fazem mais consultas de pré-natal, iniciam o pré-natal mais cedo, estão melhor imunizadas, melhor rastreamento para o diagnóstico de infecções e maior número de consultas no pós-parto (BARROS et al., 2005), (BRASIL, 2006).

Entre 1996 e 2006, a cobertura do parto hospitalar cresceu de 91% para 98%, e do parto assistido por profissionais qualificadas (médica e/ou enfermeira) subiu de 87% para 98%. O crescimento mais acentuado ocorreu na área rural, onde estes percentuais elevaram-se de 78%, em 1996, para 96%, em 2006, para o parto hospitalar, e de 73% para 94% no parto assistido por profissional treinado. Com a ampliação da assistência médica nas áreas rurais, pode-se identificar também um salto nas taxas de cesárea (de 20%, em 1996, para 35%, em 2006), enquanto nas áreas urbanas essa taxa, já elevada, sofreu menor ascensão (de 42% para 46%). Por consequência, a taxa nacional de cesáreas aumentou de 36% para 44% (BRASIL, 2006).

As cesarianas quando bem indicadas, sejam eletivas ou de emergência, funcionam como um instrumento de grande valia, sendo essencial no cuidado obstétrico. Devem permanecer sempre disponíveis para que seja possível reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal, uma vez que taxas mais elevadas estão associadas ao aumento da morbidade e da mortalidade em mães e em recém-nascidos (VILLAR et al., 2006). No Brasil, a realização da cesárea é mal regulada nos serviços públicos e não regulada no setor privado, na qual alcançou 80,8% dos nascimentos, em 2006 (BRASIL, 2006). Em janeiro deste ano, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou uma resolução que estabelece normas de estímulo ao parto normal e a consequente redução de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar. Campanhas como estas reforçam o impacto negativo das recorrentes indicações de cesáreas, sem evidência científica.

Os termos “viés de gênero” e “cegueira de gênero” são utilizados para demarcar a maneira como a pesquisa e a prática em uma área do conhecimento podem deixar de valorizar aspectos fundamentais dos seus objetos de estudo, enxergando apenas aqueles que confirmam o paradigma dominante. O objetivo epistemológico é remover os elementos que “cegam”, invisibilizam ou enviesam a produção de conhecimento, de forma a produzir melhores descrições da realidade (HARDING, 1991). No caso da assistência ao parto, a cegueira de gênero leva pesquisadores e profissionais a aceitar crenças da cultura sexual sobre o corpo feminino, relacionadas a este “sexo socialmente construído”, como sendo explicações científicas e objetivas sobre o corpo e a sexualidade (DAVIS-FLOYD; SARGENT, 1997).

Uma das expressões deste viés é a crença de que o corpo feminino é essencialmente defeituoso, imprevisível e potencialmente perigoso, e que necessita de correção e tutela, o que fica totalmente exposto nas intervenções. Tal crença leva à superestimação dos benefícios da tecnologia, e a subestimação, ou mesmo invisibilidade (cegueira), quanto aos efeitos adversos das intervenções, assim como sobre os efeitos causados no corpo feminino, os quais alteram e

prejudicam a fisiologia do parto (DINIZ, 2009). Esse fato demonstra a assistência tecnocrática, centrada na figura médica, na qual a mulher é percebida como objeto de seu trabalho, e não como um ser pensante, com desejos e medos.

Segundo Maia (2010), no modelo tecnocrático de assistência brasileiro, para as mulheres do setor público e do privado existem duas alternativas de parir, quais sejam: um parto vaginal traumático, caracterizado pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesariana, sendo esta, vista com marca de diferenciação social e “modernidade”. Em termos de modelo de assistência, a “correção do corpo” preferencial para as mulheres brancas e de renda mais alta é a cesárea. Considerando-se que o parto é um evento negativo, deve-se, então, preveni-lo. Tal procedimento é defendido pelas profissionais como alternativa superior e mais moderna em termos de conforto materno (evitaria as dores do parto), proteção contra danos sexuais (sem a passagem do bebê, sem episiotomia, logo, períneo íntegro), e contra os potenciais danos do parto vaginal sobre o bebê. Já entre as mulheres mais pobres e dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo correcional parte do pressuposto de que o parto é um visto como evento negativo e não se está autorizado a preveni-lo, que seja, então, abreviada sua duração. Os recursos para sua aceleração incluem o uso rotineiro de ocitócinos, a rotura precoce das membranas e a episiotomia (DINIZ, 2001). Também são utilizadas a redução manual do colo e a manobra de Kristeller (pressão no fundo uterino), procedimentos estes, que raramente são registrados.

Segundo Costa Júnior (2013), a medicalização do parto fez com que, ao longo do tempo, vários procedimentos técnicos fossem transformados em rotina. Entre eles, pode-se citar a administração de medicamentos, a anestesia, a episiotomia, a episiorrafia, e outros, que justificam a necessidade de grande quantidade de profissionais em volta da gestante, conferindo ao nascimento um aspecto praticamente patológico e à mulher um aspecto de paciente enferma. Neste modelo, a assistência prestada é compreendida como linha de produção (MAIA, 2010). O hospital, por sua vez, torna-se a fábrica, o corpo da mãe a máquina e o bebê representa o produto de um processo de fabricação industrial. Assim, a obstetrícia desenvolve-se a partir de ferramentas e tecnologias que manipulam e melhoram um processo de nascimento considerado inerentemente defeituoso, caracterizado pelo sistema de linha de montagem industrial (DAVIS-FLOYD, 2001).

Dessa forma, este modelo: a) destitui a mulher como protagonista do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a autoridade, responsabilidade e a condução ativa do processo; b) não reconhece como legítimas as situações, nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher ora são considerados como entraves ora como facilitadores

do trabalho de parto e o parto; c) determina e facilita a atuação intervencionista do médico, quando este considerar apropriado; d) supervaloriza a utilização de materiais tecnológicos; e) aliena a parturiente em relação ao profissional; e f) direciona o sistema para o lucro (DAVIS-FLOYD, 2001). A demanda pela cesárea, no Brasil, apresenta-se, sobretudo como uma demanda por dignidade, já que o modelo de parto “normal” atual é intervencionista e traumático (MAIA, 2010). Trata-se de “uma escolha entre o ruim e o pior”, entre duas formas de vitimização.

Discussões e pesquisas sobre como implementar mudanças nas práticas da saúde devem igualmente ser uma prioridade, uma vez que tem-se muito mais evidências sobre as técnicas e procedimentos efetivos e seguros do que sobre as estratégias que podem permitir a mudança acontecer (ALTHABE, 2006; ALMEIDA, 2005). De acordo com Sanfelice (2014), para iniciar uma nova trajetória profissional de assistência ao parto, é necessário compreender e confiar na fisiologia do corpo feminino, bem como na força de cada mulher e em sua condição natural para parir. Além de profissionais treinados e serviços equipados para tratar possíveis complicações, é fundamental desenvolver intervenções inovadoras, pautadas em tecnologia simples e que sejam aplicáveis a todos os níveis de cuidado (ALMEIDA, 2005).

Um exemplo disso são os centros de parto normal, intra-hospitalares, anexos ou independentes, com parteiras qualificadas, enfermeiras obstetras e obstetritzas, articulados à atenção primária e com sistemas eficientes de referência, que vêm atendendo às disposições legais que fundamentam um atendimento humanizado. Dentre elas está a inclusão do acompanhante de parto, a qual oportuniza que as mulheres permaneçam durante todo o período de internação com uma pessoa da sua escolha, que irá apoiá-la no transcurso desta experiência tão significativa. Para isto, tem-se o amparo da Lei número 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), que determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, devem aceitar e oportunizar a presença de um acompanhante, junto à mulher, durante todo o período de TP, parto e pós-parto imediato. Outro exemplo promissor é o apoio de uma doula no parto e pós-parto.

Os benefícios do apoio da doula, durante o trabalho de parto, têm sido avaliados nas revisões sistemáticas publicadas na Cochrane Library, desde 1995, que possuem atualizações periódicas. A mais recente revisão analisou 21 ensaios clínicos randomizados, e em cinco deles, o apoio à parturiente foi prestado por acompanhante da rede social da mulher. Os principais resultados demonstram que essa prática contribui para o aumento dos partos vaginais espontâneos, bem como para a redução da necessidade de analgesia intraparto, da insatisfação/percepção negativa sobre a experiência do nascimento, na duração do trabalho de

parto, no índice de cesariana, no partovaginal instrumental e no número de recém-nascidos com baixo índice de apgar no 5º minuto de vida (HODNETT, 2012).

O suporte fornecido pela doula por meio do diálogo e de orientações pode promover a vivência de um trabalho de parto tranquilo, uma vez que as dúvidas que surgem e os medos sobre o desconhecido podem ser facilmente entendidos e superados, quando explicados em tom de compartilhamento (SANTOS, 2009).

Segundo Nolan(1995), doula é uma mulher que orienta e acompanha a mulher durante o parto e nos cuidados do bebê. Seu papel é segurar a mão da parturiente, respirar com ela, massageá-la, prover encorajamento, afeto e tranquilidade. A doula presta constante apoio à parturiente e a seu acompanhante, esclarece a respeito da evolução do trabalho de parto, aconselha as posições mais confortáveis durante as contrações, promove técnicas de respiração e relaxamento, proporciona contato físico, oferece apoio psicológico e proporciona um ambiente adequado quanto à luminosidade, sons, odores e conforto para a mulher dar à luz (LEÃO; OLIVEIRA, 2006). Odent (1983) afirma que a privacidade, a penumbra, o silêncio e, ao mesmo tempo, a presença de uma pessoa experiente são fatores que auxiliam o processo de produção hormonal no momento do parto.

A partir disso, é possível concluir que, diante do cenário vigente de assistência ao parto no Brasil, é necessário que medidas práticas sejam rapidamente iniciadas. Considera-se que a presença de uma doula, acompanhando o TP de gestantes, possa contribuir na restituição do protagonismo à mulher, melhorando a evolução deste evento fisiológico, bem como uma vivência mais prazerosa para a parturiente e seu acompanhante.

### **3 MÉTODO**

A seguir, encontra-se a metodologia que orientou a pesquisa, incluindo informações sobre o tipo, o local e as participantes de estudo, bem como o período, a forma de coleta e análise dos dados, e as considerações bioéticas.

#### **3.1 Tipo de estudo**

Esta pesquisa orientou-se metodologicamente como exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa.

Esta pesquisa possui caráter exploratório, pois buscou proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito (GIL, 2007). É também de caráter descritivo, pois buscou descrever fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

A abordagem escolhida foi qualitativa, pois esta não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social (GOLDENBERG, 1997).

#### **3.2 Local e período do estudo**

O acompanhamento às parturientes, durante o trabalho de parto e parto, foi realizado em um hospital geral de um município de pequeno porte na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. A coleta de dados aconteceu no período de 15 a 31 de maio de 2015. As entrevistas foram realizadas até 72 horas após o parto, quatro delas em uma sala reservada na instituição e as outras três no domicílio das mulheres. O local foi escolhido por cada uma delas, de maneira que fosse viável e que mantivesse a privacidade das participantes.

#### **3.3 Participantes do estudo**

As participantes do estudo foram mulheres atendidas na maternidade e no centro obstétrico do referido hospital, para que fosse possível acompanhá-las, de acordo com o preconizado para humanização, observar o local e a interação entre equipe e parturiente, bem como entrevistá-las posteriormente.

Segundo Denzin (1994), o fechamento amostral por saturação é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes, quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição. Desta forma, esperava-se acompanhar uma mulher a cada dia de coleta, três vezes por semana, e em dois plantões mensais, de doze horas cada um, perfazendo um total de aproximadamente 15 mulheres. Considerou-se que durante os dias disponíveis para o acompanhamento, poderia acontecer de nem todos serem contemplados com parturientes, o que realmente efetivou-se. A partir dessa constatação e da disponibilidade para o atendimento, atingiu-se o universo de sete mulheres acompanhadas durante todo trabalho de parto e parto.

Incluíram-se, na pesquisa, mulheres em trabalho de parto na fase ativa (mais de quatro cm de dilatação), com idade superior a 18 anos.

Foram excluídas mulheres com diagnóstico clínico/obstétrico de doenças associadas à gestação, registrado no prontuário ou na carteira de gestante, e mulheres com indicação prévia de cesariana.

### **3.4 Coleta de dados**

Para atender ao objetivo geral deste estudo, foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada que combina perguntas fechadas e abertas, na qual a entrevistada tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2007).

Como o estudo propôs o acompanhamento a essas mulheres, entendeu-se que a mesma pessoa que introduziu a prática nesse campo, não deveria realizar as entrevistas. Caso não ocorresse dessa forma, certamente implicaria em alterações nas respostas das interlocutoras, uma vez que poderiam sentir-se constrangidas em relatar uma vivência negativa. Desta forma, uma pessoa externa ao estudo, mas com conhecimento acerca da temática, foi treinada para a realização das entrevistas.

Para o objetivo específico, utilizou-se como técnica a observação participante, que é fundamentada na compreensão da realidade (MINAYO, 2007), pois possibilita descrever uma situação a partir “de dentro”, sendo seu principal objetivo gerar conhecimento sobre a vida humana, fundamentado na realidade cotidiana (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004). A observação participante engloba importantes êxitos tais como: união de teoria e prática, conjugação de saber e mudar, e crítica ao atrelamento da ciência ao poder. Nela está contida a percepção da importância do conhecimento como motor das mudanças, ressaltando seu

sentido eminentemente prático (DEMO, 1995). Consiste na inserção do pesquisador no grupo observado, interagindo com os sujeitos e partilhando seu cotidiano para compreendê-lo. Apresenta como vantagem a possibilidade de se obter a informação na ocorrência espontânea do fato (QUEIROZ et al, 2007), podendo ser identificadas a sequência e as conexões dos eventos que contribuem para seu significado (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004).

Para sistematizar os registros, foi utilizado o diário de campo (ROESE et al, 2006), no qual constam anotações detalhadas das observações relativas às atividades, incluindo os diálogos ocorridos. Segundo Lopes (1993), é uma técnica de pesquisa de campo muito utilizada em estudos antropológicos, porém não apenas nesse campo, que permite o registro detalhado das informações, observações e reflexões surgidas no momento observado. Trata-se do detalhamento descritivo e pessoal sobre os interlocutores, grupos e ambientes estudados.

O acolhimento e a proposta de participação, no estudo, ocorreram da seguinte forma: logo após a internação, a parturiente era comunicada sobre a possibilidade de ser acompanhada por uma doula. Nos casos de aceite, elas foram brevemente informadas sobre os objetivos do estudo, a forma como aconteceria o atendimento, a proposta de realizar a entrevista até 24h após o parto em uma sala reservada da instituição ou em local mais viável para a mulher, posterior a alta hospitalar de gravar o áudio. Em seguida, era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual, eram mencionados os riscos de mobilizar diversos sentimentos e emoções durante a entrevista, bem como a possibilidade de desistência em qualquer etapa do estudo.

Assim que aceito o convite e assinado o TCLE, iniciava-se o atendimento individualizado à parturiente com o suporte físico e emocional necessário a cada momento do processo. Este acompanhamento aconteceu desde a internação da parturiente até o nascimento do bebê. Após o retorno do binômio mãe-bebê do centro obstétrico para o alojamento conjunto, foram prestadas as primeiras orientações acerca do aleitamento materno. Em seguida, era avaliada a possibilidade de realizar a entrevista em alguma sala reservada da instituição (dependendo das condições maternas e também do hospital). Horários específicos foram combinados e sempre comunicados às puérperas que outra pessoa as entrevistaria, para garantir que elas pudessem relatar suas experiências sem constrangimentos. Se fosse de preferência da mulher, era registrado um número para contato, e, posteriormente, a alta hospitalar marcava-se um horário e local, que garantissem sua privacidade para a realização da entrevista.

### 3.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados pelo referencial de análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Minayo(2007), o qual prevê as seguintes fases de desenvolvimento: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A primeira etapa iniciou com a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa e a escolha dos documentos a serem analisados. Nessa etapa, foram realizadas a leitura flutuante, a constituição do *corpus* e a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos(MINAYO, 2007).

Na segunda etapa, exploração do material, buscou-se encontrar categorias com expressões significativas. A partir dessas categorias, o conteúdo das falas foram organizados e dispostos (MINAYO, 2007).

Finalmente, na última etapa, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, propuseram-se inferências e realizaram-se interpretações, com vistas à interrelacioná-las com o quadro teórico desenhado inicialmente, identificando pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material(MINAYO, 2007).

### 3.6 Aspectos bioéticos

A pesquisa respeitou as Normas de Pesquisa em Saúde estabelecidas pela Resolução de número 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa, sendo informadas sobre seus objetivos, bem como a forma de coleta de dados. A abordagem às mulheres aconteceu quando estas chegaram ao serviço para atendimento ao trabalho de parto. Após serem identificadas entre os critérios de inclusão, foram informadas sobre os objetivos do estudo, o método de acompanhamento no TP e a realização de entrevista. Todas as participantes receberam informações sobre os benefícios e riscos em participar da pesquisa e, no caso da ocorrência de riscos, como se daria o tratamento destes. Também foram informadas sobre a possibilidade de desistência de sua participação a qualquer tempo, assim como a possibilidade de solicitar esclarecimentos adicionais sobre o estudo em qualquer aspecto que desejassem; sobre a possibilidade também de retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de penalidade ou prejuízo.

Após os esclarecimentos, no caso de aceitar fazer parte do estudo, foi solicitada a participante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que se encontrava em duas vias, sendo que uma delas ficou com a participante e a outra foi arquivada pela pesquisadora responsável.

As participantes foram informadas que, para participar deste estudo, não teriam nenhuma despesa e que também não receberiam qualquer vantagem financeira. Caso houvesse necessidade de alguma despesa com alimentação ou transporte, estes seriam assumidos pelas pesquisadoras. O nome das participantes foi mantido em sigilo e, para isso, elas foram identificadas com sistema alfanumérico, sendo utilizada a sigla ME (mulher entrevistada) seguida de um numeral, ou seja, ME1 e assim sucessivamente.

As gravações estão mantidas em arquivos de áudio, sob responsabilidade da pesquisadora responsável, Prof<sup>a</sup> Jussara Mendes Lipinski, por um período de cinco anos a contar do término da coleta de dados (junho de 2015), sendo que, após esse período, os dados serão destruídos.

Os resultados retornaram às mulheres na medida em que foram acompanhadas durante o TP. Já em relação às entrevistas, estas receberão os resultados de forma impressa, enviada via correio ao endereço definido por cada participante na entrevista. Elas tiveram a possibilidade de entrar em contato via telefone (de forma a cobrar), se houvesse alguma dúvida em relação aos resultados do estudo. Já a instituição coparticipante receberá o relatório final do presente estudo, junto aos resultados encontrados. Esta pesquisa é um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que foi registrada no Sistema de Informação de Projetos de Pesquisa, Ensino e Extensão (SIPPEE) da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), sob o número 10.033.15. Foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIPAMPA, sob o número 1.062.828. Ressalta-se que a coleta de dados somente teve início após a aprovação deste Comitê.

## **4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS**

Os dados obtidos, neste estudo, permitiram responder a questão de pesquisa apresentada inicialmente. Para facilitar a visualização e interpretação dos resultados, esta etapa foi dividida em caracterização das participantes e discussão, a qual se deu por meio de três temáticas e apresentação dos relatos de experiência. A partir do dia em que o hospital coparticipante deste estudo autorizou a atuação da doula na Maternidade e Centro Obstétrico (CO), iniciaram-se os acompanhamentos voluntários pelo SUS. Até o referido momento, passaram-se seis meses e mais de 35 mulheres foram integralmente acompanhadas pela doula durante seus trabalhos de parto e parto.

### **4.1 Caracterização das participantes**

Após a aprovação deste projeto pelo CEP, iniciou-se o acompanhamento de seteparturientes internadas pelo SUS para atendimento do trabalho de parto, conforme caracterização a seguir: cinco (71%) das participantes apresentaram idade igual ou inferior a 25 anos, onde uma tem 18 anos, uma tem 19 anos, duas com 22 anos e uma com 25 anos. As mulheres de 18, 19 e 25 anos eram primigestas, relataram ter vivenciado a primeira gestação e, o primeiro parto vaginal. As participantes com 22 anos gestaram pela segunda vez, uma com um parto vaginal anterior e atual (GESTA II PARA II) e a outra com duas cesarianas (GESTA II CESA II). Cabe ressaltar que esta mulher vivenciou todo processo do trabalho de parto, o colo uterino apagou e dilatou completamente e ela iniciou o período expulsivo. Durante os “puxos”, a obstetra identificou que o bebê estava em posição occipitolateral e que essa condição poderia dificultar e prolongar o período expulsivo. Neste momento, a cesariana foi, então, indicada.

As outras duas (29%) mulheres apresentavam 31 e 34 anos, eram multíparas, IV e VI gestação, respectivamente. Ambas deram à luz todos os filhos por via vaginal, inclusive os que foram acompanhados neste estudo. Foram, então, seis (86%) partos vaginais e apenas uma (14%) cesárea. Mesmo com um número de participantes pequeno este estudo aproximou-se dos valores preconizados pela Organização Mundial de Saúde, a qual recomenda que as cesarianas não ultrapassem o índice de 15% (OMS, 1985).

Em relação aos seis partos vaginais, quatro (67%) foram livres de qualquer intervenção, completamente fisiológicos. Em dois (33%) foram utilizados o soro com o ocitocina e realizada a episiotomia. Em nenhum dos partos foi utilizado o fórceps ou realizada

a Manobra de Kristeller. Estes dados comprovam e reforçam que o atendimento diferenciado com avaliação individualizada e que respeita o tempo da mulher pode ajudar na evolução do parto vaginal e, neste contexto, ressalta-se a importância do trabalho da doula (SOSA et al., 1980). Ainda, é possível demonstrar com precisão o que Klaus e Kennell (1980) afirmaram em seu clássico estudo sobre os efeitos benéficos da presença da doula, a redução considerável do número de intervenções nas parturientes (SOSA et al., 1980).

As sete participantes do estudo (100%), afirmaram que são solteiras, entretanto mantêm união estável. Quatro (57%), declararam-se evangélicas e três (43%), citaram o catolicismo com religião. Quanto à ocupação, duas mulheres são estudantes (18 e 19 anos), uma é diarista (22 anos), uma é recreadora da brinquedoteca de um hospital (22 anos), uma é operadora de caixa (25 anos), e duas são do lar (31 e 34 anos).

Dos relatos das mulheres, em relação à experiência do trabalho de parto e parto, sob o acompanhamento por doula foram identificadas três categorias, quais sejam: “O parto solitário, sinônimo de abandono”; “A crença na defectividade essencial feminina” e “A presença da doula no processo de parturição”.

#### **4.2 O parto solitário, sinônimo de abandono**

Estimular a participação decisória e restituir à mulher o protagonismo do parto são questões discutidas e divulgadas entre àqueles que militam pela humanização do parto. Para Jones (2012a), tal atitude não pode ultrapassar os limites impostos pela nossa especial característica enquanto espécie. Refere-se a uma das características humanas fundamentais que é justamente a assistência ao parto, considerado um “processo adaptativo dinâmico” essencial para o desenvolvimento (JONES, 2012a).

A bipedalidade e a encefalização dos primeiros agrupamentos humanos tornaram o parto um evento mais complicado, através da sociabilização do processo. Provavelmente, a diferença mais considerável entre o parto humano e dos outros animais seja a assistência oferecida às mulheres por outros componentes do grupo, especialmente por outras mulheres. Ter alguém ao lado da mulher, durante o processo de parturição, em suas contrações, aumenta a possibilidade de sucesso no parto, bem como diminui a morbimortalidade, tanto de mães quanto de bebês (JONES, 2012a; ANDRADE; LIMA, 2014).

Quando questionadas pela entrevistadora acerca da humanização do parto, se já ouviram falar, todas negaram, exceto *ME7*, que é funcionária da instituição e já conhecia o trabalho que vem sendo realizado no local, desde dezembro de 2014. O conceito de

humanização do parto é amplo e possui diversas vertentes. Envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes voltados para a promoção do parto e do nascimento saudáveis, que tem como prioridade o uso de procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando intervenções desnecessárias, de forma a promover a privacidade e autonomia da mulher que se perdeu ao longo do tempo (BRASIL, 2001). Quando explicado o que se busca com a humanização do parto, algumas participantes discorreram sobre o que pensavam:

*Ah, toda vida bem melhor! É, deixa a gente calma. (ME1)*

*Ah, eu gostei... Por causa que esse é meu quarto filho, aí das outras 3 gestações quando eu vim ganhar, eu sempre ficava sozinha, porque a minha sogra vinha, me trazia, me deixava ali fora, depois ela ia embora né... Aí bem dizer ficava sozinha ali, me sentia muito sozinha, atirada, assim, sabe? Porque na hora quando a gente mais precisa duma pessoa não tem ninguém pra tá com a gente ali, pra dá um apoio pra gente. (ME2)*

*Ah, sobre o trabalho que foi? Eu achei muito legal, bem interessante. (ME3)*

*Achei ótimo, acho que é fundamental, né? Ter uma pessoa do lado da gente ali. Mas é a primeira vez... Eu não conhecia esse trabalho, é a primeira vez. (ME4)*

*Olha, é bom porque acalma né, na hora do parto deixa a gente bem calma, a gente fica tranquila. Eu, no caso, tava muito nervosa, porque até com a minha mãe mesmo... Bah, pra mim foi bom. Foi bom porque me acalmou bastante. (ME5)*

*Ah bom, pelo que eu passei com ela, foi maravilhoso, eu acho que é muito bom porque acalma um monte e até acho que facilita, né? Ajuda muito na hora do parto. Eu gostei, gostei muito. (ME6)*

*A humanização do parto eu acho muito importante, né? Porque é o parto humanizado onde tem acesso de tu escolher, tu sabe o que é melhor pro teu bebê e é uma coisa humanizada, bem diferente do mecânico. A maioria dos médicos, hoje em dia, tu chegou, botou soro ali e deu. Tu sentiu as contrações, já vamos pro bloco fazer o parto ou a cesárea. Já no meu caso, nessa segunda vez eu tive um parto humanizado, porque eu tive o acompanhamento da doula, foi tudo maravilhoso, o [médico obstetra] teve aqui assistindo, foi muito tranquilo, tudo muito bom, bem humano mesmo! (ME7)*

A humanização do parto envolve a promoção de uma assistência de qualidade,

através do alívio da dor, do conforto físico e emocional, mas também da liberdade para a mulher escolher como deseja ter o bebê, respeitando sua autonomia, sua individualidade e seu poder de decisão e de troca com o profissional (BRASIL, 2002). Foi justamente esta relação que as mulheres fizeram em seus relatos, especialmente a ME7, que aborda com precisão a liberdade escolha feminina, onde a mãe também é capaz de saber o que é melhor para o bebê. De forma geral, apontam, ainda, a presença de uma pessoa que apoia, acalma e tranquiliza. Humanizar o parto difere de um parto solitário. O parto humanizado seria aquele no qual a dor, o medo, o desespero e o nervosismo são reduzidos pela presença de alguém capaz de auxiliá-las e de dar a atenção que a equipe, muitas vezes, não consegue proporcionar.

Das quatro mulheres que já haviam gestado, apenas uma afirmou ter sido acompanhada no trabalho de parto anterior. A acompanhante, na ocasião, foi a mãe da parturiente, segundo relato, a justificativa para liberação para acompanhar foi o fato de que a mulher que estava em trabalho de parto era menor de idade e estava amparada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), conforme Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1994):

*Eu tinha 15 anos quando engravidei do [primeiro filho], ele tem sete anos agora. Não tive acompanhamento da doula, mas as gurias na maternidade, como eu era menor de idade, liberaram minha mãe pra entrar e ficar ali. Teve todo o trabalho, mas não é que nem as gurias que sabem como tratar. A mãe teve ali, deu todo apoio, mas não é aquela mesma coisa, né? Que nem a doula, a doula tem todo trabalho com a bola, com agachamento, já estudou, sabe fazer direitinho e passa mais tranquilidade também, né? Mas, acompanhamento mesmo, foi só acompanhada pela mãe, mas não assim de forma específica. (ME7)*

Esta situação nos permite refletir acerca da Lei nº 11.108/05 (BRASIL, 2005), a Lei do Acompanhante, a qual encontrava e ainda encontra grande resistência em se fazer cumprir. Infelizmente pouco se avançou e, ainda, com mais facilidade e sem contestações, é permitida a entrada do acompanhante apenas quando a parturiente é menor de idade. Apenas quatro participantes deste estudo tiveram acompanhante de livre escolha durante todo o trabalho de parto. Estas foram assistidas pelo mesmo obstetra, podendo-se inferir que a garantia desse direito perpassava pela autorização da enfermeira e do médico obstetra plantonista.

Hoga (2007) e Mabuchi (2008) afirmam que algumas instituições têm dificuldade em implementar e manter essa prática de forma regular e sistemática, apontando, como principais

fatores impeditivos, a adoção do modelo de assistência ao parto e nascimento centrado na biomedicina, as deficiências de infraestrutura e a falta de preparo do acompanhante (NASSIF, 2009).

As participantes deste estudo relataram o abandono e a solidão durante os trabalhos de parto anteriores. Nenhuma delas referiu falta de assistência técnica, especificamente por parte do profissional que avalia e presta assistência direta ao parto. Todavia três mulheres estiveram completamente sem companhia durante o processo de parturição anterior, não contaram com a presença do marido ou familiares. Essa situação de abandono, ainda hoje, se reproduz e pode ser comprovada nas seguintes falas quando questionadas se foram acompanhadas e como se sentiram:

*Ah, é muito ruim ficar assim sozinha, né? É melhor acompanhada, né?  
(ME1)*

*Não, ninguém me acompanhou. A minha sogra vinha, me trazia, me deixava ali, ia embora... Eu ficava aqui sozinha!(ME2)*

*Sozinha e com medo. (ME4)*

Essas falas nos permitem entender por que, muitas vezes, o parto é compreendido como um processo de solidão e abandono. Atualmente, em nossa cultura, ainda vem sendo repassada de geração em geração a ideia de que o parto é um processo doloroso, extremamente sofrido e que a mulher vivencia sozinha.

Neste contexto, surge a palavra *medo* e, a partir dela, relembra-se o obstetra inglês Dick-Read, que foi o primeiro a sustentar a relação entre as dores do parto e o estado emocional da mulher (SALEM, 2007). “Medo, tensão e dor são os três males que não são normais ao desígnio natural, mas que foram introduzidos no curso da civilização pela ignorância daqueles envolvidos na assistência ao parto” (DICK-READ, 1979, p. 31). Salem (2007), em sua revisão de teorias sobre o parto, ressalta que os princípios da teoria de Dick-Read afirmam que o medo produz a tensão mental e muscular, que por sua vez, leva à interpretação da contração uterina como dor.

Durante os acompanhamentos, ao questionar as mulheres sobre o que estavam sentindo, frequentemente, elas respondiam: “medo”, ao que rebatia questionando: “medo de quê?” e a resposta vinha certa: “medo da dor”. O medo se exacerbava quando as mulheres passavam pelo processo de parturição sem a presença de um acompanhante de sua escolha, o que, muitas vezes, é dificultado pela equipe de enfermagem que impede a presença do

acompanhante por diversos motivos, entre eles destacam-se justificativas, como: o acompanhante pode atrapalhar o trabalho de parto e a rotina da equipe; estrutura física é inadequada e não comportamais pessoas; a necessidade de manter a privacidade de outras parturientes, quando a sala de pré-parto é conjunta; entre outras.

Essa situação nos permite compreender por que Dick-Read confere às mães e sogras das gestantes destaque, referindo a elas como “uma das maiores mazelas do parto”, pois são acompanhantes e fontes produtoras de “imagens mentais nefastas” da parição. Esse obstetra reconhece que essas agentes nada mais são que transmissores de uma tradição antiga, vista por ele como um dos “males da civilização”: o distanciamento do ser humano da natureza e das emoções originais (DICK-READ, 1979).

Dick-Read(1979), aborda, em sua teoria, que entre os “povos primitivos”, o medo das dores do parto é menos intenso do que entre os “civilizados”. A partir disso, sugeriu uma intervenção não medicamentosa para prevenir essa “síndrome”: a preparação pré-natal. Essa preparação previa cursos ministrados por médicos, nos quais a gestante e o marido receberiam informações sobre a anatomia e fisiologia da gravidez e parto. A educação permitiria um processo de “ressugestionamento”, apresentando ao subconsciente uma nova forma de perceber esse evento, visando como resultado a dissipação do medo. Desta forma, a mulher teria melhores condições de interpretar as contrações uterinas como trabalho muscular e não como dor.

Em nosso país, o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento de uma gestação saudável, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012). Infelizmente, embora se tenha esta orientação e garantia legal, não é o que observa na prática dos profissionais. Apenas uma participante trouxeem sua fala o pré-natal, quando discorreu sobre seu conhecimento acerca do trabalho das doulas:

*No posto onde eu fiz meu pré-natal, me falaram que ia ter um acompanhante assim... Me explicaram direitinho.”(ME5)*

As orientações às gestantes são de competência dos profissionais da rede básica, que atendem pré-natais. Mesmo que estes rotineiramente realizem este atendimento individualizado, ou mesmo por meio de cursos para gestantes, observa-se que estas chegam às maternidades com grandes lacunas relacionadas ao conhecimento e informações sobre o

parto. Essas fragilidades podem ser identificadas nas falas das mulheres quando questionadas se, para elas, a forma de nascer influencia no vínculo com o bebê:

*Sim, com certeza, né. (ME1)*

*Eu acho que sim, eu gostei, eu achei bem interessante esse projeto, gostei! Ela foi bem atenciosa comigo. (ME2)*

*Acho que sim, acho muito importante. (ME3)*

*Acho que pode, acho que parto normal é melhor. (ME4)*

*Acho que não. (ME5)*

*Eu acho que sim, eu acho que o melhor pra todas acho seria o parto normal, né. Acho que se tivesse como ser sempre normal, acho que o vínculo... Não sei se muda alguma coisa, mas eu acho que sim. (ME6)*

*Acredito que sim. (ME7)*

Estas respostas sugerem que as mulheres compreendem a importância da forma de nascer, como fator que influencia no vínculo. Em contrapartida, percebe-se que elas não visualizam os motivos para tal. Motivos, estes, que são pouco discutidos em nossa sociedade e raramente mencionados durante o pré-natal. A assistência pré-natal parece ser um momento importante para o oferecimento de apoio emocional e social às mulheres. O vínculo mãe-bebê é certamente influenciado por fatores externos e contextuais da vida da gestante, sendo um deles o apoio social (HUTH-BOCKS et al, 2004).

A partir disso, as impressões que ficam são de que, ao iniciar o pré-natal, a mulher já precisa ser estimulada pelo profissional a escolher um acompanhante e que este esteja presente durante as consultas. Desta forma, é possível orientar ambos durante todo o acompanhamento e, conseqüentemente, prepará-los para o processo de parturição.

Tais condutas contribuiriam para a preparação de um acompanhante que realmente pudesse auxiliar a parturiente, com melhores perspectivas para enfrentamento do trabalho de parto, uma vez que a assistência pré-natal tem um papel importante, não somente para os cuidados com a saúde das gestantes e seus bebês (BRASIL, 2001), mas também para as demandas emocionais, tanto da gestante como do pai do bebê. Ela pode servir para a redução de estresse e alívio das tensões (SABLE & WILKINSON, 1999) e para aumentar os sentimentos de segurança da gestante (BRASIL, 2006). Essas questões trabalhadas de forma

conjunta consistiriam em um passo inicial e fundamental rumo à supressão do parto solitário, envolvendo a tríade “medo-tensão-dor”.

### 4.3 A crença na defectividade essencial feminina

Para Jones (2012b), não há lugar para mulheres poderosas e livres no sistema patriarcal vigente. O resultado é que o ser humano é parte de um mundo que dissemina a ideia da inferioridade feminina e que busca convencer a mulher dessa realidade. O autor apresenta, em sua obra, que a construção da obstetrícia contemporânea se assenta na crença básica da “defectividade essencial das mulheres”. Baseada nesse modelo, a medicina obstétrica tem total espaço para desenvolver tecnologias e ferramentas para “consertar a máquina defeituosa” (JONES, 2012b). Essa crença explicita-se na fala de grande parte dos relatos das mulheres:

*Ah, acho que foi muito bom porque ela [doula] me ajudou muito, sabe? Foi bem importante o apoio dela assim pra mim. Eu acho que se não fosse ela, tinha horas que eu achava que eu não ia conseguir, ela me ajudava, sabe? Me deu atenção, sabe? Me ajudou bastante. (ME3)*

Ao questionamento “Você acha que o cuidado, a atenção e a tentativa de conforto te ajudaram?”, obtiveram-se as seguintes respostas:

*Ah, com certeza, toda vida! O trabalho que ela fez comigo me ajudou a aliviar bastante as dores. (ME1)*

*Me ajudaram, bastante... Não senti tanto sofrimento. (ME2)*

*Me ajudou bastante. (ME3)*

*Bah, ajudou bastante, ajudou a me acalmar que eu tava bastante nervosa. Foi como eu disse pra ela, eu não tinha mais força, entendeu? Aí a hora que eu fui ganhar eu não tinha mais força! Ela [doula] me disse: ela [bebê] vai nascer! Aí que eu fiz a última força e ela [bebê] saiu. (ME4)*

*Me ajudaram bastante. (ME5)*

*Com certeza! Com certeza, porque toda vez que vinham as contrações ela [doula] vinha, fazia massagem na minhas costas, ela conversava comigo, me abanava (que eu tava num suor já!)... E tranquiliza! Claro que na hora ali, não tem como, né? A dor é horrível, mas ajuda muito! Poderia ser pior se não tivesse [doula]. (ME6)*

*Ajudou muito. 90%, que nem diz o meu esposo, porque ele também teve junto aqui, os dois fizeram um trabalho em conjunto, a doula explicando como fazer e ele ajudando. Foi 90% a doula e 10% o obstetra. Tudo foi muito bom. (ME7)*

O questionamento “O que você destacaria de negativo nesta experiência de acompanhamento pela doula?” será melhor abordado adiante, entretanto, destaca-se aqui uma das falas:

*Porque, olha, acho que se não fosse ela [doula], eu não teria conseguido mesmo, ela e a mãe assim, sabe? Ficaram todo tempo comigo. Ela foi muito atenciosa comigo. Até lá dentro na mesa de parto, imagina! Que as outras enfermeiras não tinham muita paciência comigo e ela me ajudou, levantou meu pescoço, a hora que eu não tinha força, sabe? Não estava aguentando mais, porque eu fiquei 12 horas em trabalho de parto, né? [...] (ME3)*

Através destes relatos, é possível perceber como, em diversos momentos, as mulheres transferiram o sucesso do parto, ou seja, o fato de terem conseguido parir, à figura da doula, da mãe, do esposo ou do obstetra. Não foram poucas as vezes em que buscou-se reforçar a cada uma das mulheres acompanhadas a capacidade que cada uma delas carrega para parir. Frente ao fácil acesso às tecnologias e ao uso recorrente e indiscriminado de intervenções para corrigir todos os “defeitos que o corpo feminino apresenta”, torna-se uma tarefa muito difícil convencer uma mulher de que ela é capaz, de que parir é possível.

A ANS vê, na cesariana, “um abuso de cirurgias, fruto de uma desconsideração das capacidades da mulher, como se ela fosse sempre entendida como incapaz, defectiva, frágil e incompetente para ter sucesso ao realizar uma tarefa milenar como a de colocar seus filhos neste mundo” (ANS, 2008, p. 144). É justamente esta desconsideração que prejudica o processo de parturição. Para contornar esta visão, reforçar, inúmeras vezes, a capacidade feminina mostrou-se importante e relevante para as parturientes acompanhadas, uma vez que, em suas falas, a palavra “apoio” apareceu com frequência, conforme apresentado, a seguir, sobre a experiência de ser acompanhada pela doula:

*[...] Quando eu não tinha mais força assim, de onde tirar, ela me deu bastante apoio, me ajudou, acho que foi muito bom. (ME3)*

*Olha, foi diferente, né? Porque os outros partos que eu tive... Como é que eu posso te dizer? Eu me senti assim, meio sozinha, sabe? Aí nesse da Ana, ela tava todo tempo ali comigo. Eu até achei estranho,*

*entendeu? Porque é difícil uma pessoa ficar contigo, te apoiando e dando força. E ela foi lá pra dentro comigo [sala de parto] também, até na hora de ganhar ela tava lá, lá junto comigo, segurando minha mão e tudo. (ME4)*

*Pra mim foi maravilhosa! Eu disse pra todo mundo quando eu saí do hospital que não podia ser melhor, foi muito bom. Bah, ela me acalmou um monte! Ela todo tempo fazia massagem nas minhas costas, conversava comigo, me acalmava, me apoiava, muito bom, muito bom mesmo... A atenção que é dada pra gente, a [doula] me fez acreditar que eu conseguiria! (ME6)*

Essas falas demonstram a profunda incapacidade de entender os fenômenos que regem a fisiologia do nascimento e, em contrapartida, a incrível habilidade de perpetuar histórias e imagens distorcidas de um evento natural, que é o parto. Fica explícito que, quando a parturiente recebe um suporte especializado, nesse caso da doula, é possível restituir a feminilidade retirada do parto pelo modelo tecnocrático. Com isso, o processo tende a se desenrolar de forma mais efetiva.

O centro nevrálgico desta proposta e, deste acompanhamento envolve a ação de mulheres, auxiliando e apoiando mulheres, resgatando um modelo elaborado há milhares de anos, oferecendo suportes físico, emocional, psicológico e espiritual àquelas que estão atravessando este importante rito de passagem.

Para Van Gennep (p. 23, 1978), o nascimento está classificado como rito de margem. Para ele, as etapas da vida dos membros nas sociedades, são marcadas por cerimônias especiais dos ritos de passagem, que, além de uma transição particular do indivíduo, representa a progressiva aceitação e participação na sociedade na qual está inserido. Rito este que, para Jones (2012b), tem sido completamente banalizado pela ação do modelo medicalizado e tecnocrático. Com esta noção, Davis-Floyd (1992), afirma o quanto o parto medicalizado tornou-se um evento ritualístico que afirma os valores dominantes da sociedade industrial e patriarcal sobre a mulher.

#### **4.4 A presença da doula no processo de parturição**

Em seu trabalho na Maternidade Pithiviers, Odent (1984, p. 115) relata que a assistência oferecida no local “representa uma atitude, uma crença no potencial instintivo dos seres humanos e no conhecimento inato que a mulher traz para o parto”. Este obstetra preza pelo “emocional e instintivo”. Pithiviers foi seu laboratório e funcionou como um templo de culto ao “instinto” e as emoções selvagens (SALEM, 2007).

Partindo da premissa que respalda Pithiviers: quando a fisiologia natural do parto é respeitada, impõe-se uma “alteração no nível de consciência” da parturiente (SALEM, 2007). “É como se a mulher em trabalho de parto tivesse que se separar do nosso mundo, esquecer o que foi aprendido, esquecer o que é cultural. Ela deve, ao contrário, tornar-se responsiva ao que é instintivo nela própria” (PITHIVIERS, s.d., p. 12 apud SALEM, 2007, p. 64). Esta foi uma das principais colocações que orientou e guiou os acompanhamentos prestados às mulheres participantes deste estudo. Houve uma intensa dedicação em proporcionar um ambiente mais tranquilo, livre de ruídos, luminosidade e que mantivessem a privacidade da parturiente. Nem sempre foi possível, pois o espaço físico do local não permita tais condições. Ainda assim, as mulheres foram frequentemente estimuladas a se “desligarem” do mundo externo e buscar uma profunda conexão com o seu interior, dando lugar aos seus instintos.

Talvez pela “novidade” do momento vivenciado, a maioria das participantes demonstrou certa dificuldade em expressar a experiência de parturição acompanhada pela doula. A seguir, seguem as falas das puérperas ao questionamento “Você conhecia o trabalho das doulas? Como foi a experiência de ser acompanhada pela doula?”:

*Não, primeira vez. Ah, foi bem... Bem bom! É, me senti segura, toda vida melhor! (ME1)*

*Eu ouvi falar só lá de Porto Alegre. Mas aqui de Uruguaiana eu não sabia que tinha, que tinha chegado esse “projeto” aqui, né? Ah, eu gostei, foi uma experiência boa, me senti segura, sabe? Não me senti tão sozinha. E assim, me ajudou também ‘por causa’ que quando vinham as contrações ela [doula] me ajudava, me fazia massagem, aliviava um pouco, não senti tanta dor! (ME2)*

*Não, não conhecia. Ah, acho que foi muito bom porque [doula] me ajudou muito, sabe? Foi bem importante o apoio dela pra mim [...] (ME3)*

*Olha, foi diferente, né porque os outros partos que eu tive... Como é que eu posso te dizer? Eu me senti assim, meio sozinha, sabe. Aí nesse da Maria Valentina, ela tava todo tempo ali comigo. Eu até achei estranho, entendeu? Porque é difícil, entendeu? Uma pessoa ficar contigo ali. E ela foi lá pra dentro comigo (sala de parto) também, até na hora de ganhar ela tava lá, lá junto comigo, segurando minha mão e tudo. (ME4)*

*Eu não conhecia o trabalho da doula até trabalhar aqui no hospital. Aí quando eu conheci, quando a [doula] começou a fazer voluntariado aqui, eu me interessei [...] Daí ela foi me acompanhando durante toda a gestação, a gente sempre conversando, tirando dúvidas [...] ela me esclareceu várias dúvidas, a do cordão umbilical mesmo, de fazer o*

*corde depois de 3 minutos, todas essas coisas que eu vi que do [primeiro filho] deu uma grande diferença. E ser acompanhada por ela foi muito maravilhoso. (ME7)*

Ainda que os relatos não demonstrem a compreensão das mulheres à entrega ao processo de parturição, essa questão foi extremamente perceptível nas atitudes, expressões, reações, fisionomias e vocalizações. Por inúmeras vezes gritos desesperados de mulheres completamente abandonadas na sala de pré-parto, gritos de dor, sofrimento e angústia, que cessavam quase que instantaneamente quando era sussurrado em seus ouvidos “está tudo bem, tu estás passando por uma fase que logo trará teu bebê para o teu colo, não estás só, estou contigo e podes te abraçar em mim”. Acredita-se que a disponibilidade, a disposição, o apoio, o encorajamento e a segurança transmitida às parturientes facilitaram o processo de entrega ao momento.

Encorajamos as mulheres em trabalho de parto a entregarem-se à experiência, a perderem o controle, a esquecerem tudo que aprenderam – todas as imagens culturais, todos os padrões comportamentais. Quanto menos a mulher tiver aprendido sobre o modo “correto” de dar à luz, mais fácil será para ela (ODENT, 1984, p.26).

Quando o acompanhamento inicia somente no momento em que a mulher chega à maternidade, torna-se mais difícil o entendimento de que as contrações uterinas são um trabalho da musculatura do útero e não necessariamente sinônimo de dor. Para contornar esse “obstáculo doloroso”, uma das funções da doula, além de encorajar e apoiar as mulheres, foi oferecer métodos não farmacológicos para o alívio da dor - sempre que a indicação era possível -, levando em consideração as necessidades e vontades específicas de cada mulher.

Os métodos mais utilizados foram: - Banho de aspersão: ao entrar na água aquecida, o calor ajuda a aliviar a tensão muscular, podendo proporcionar sensação de bem-estar. A água quente estimula de maneira confortável os nervos da pele, promovendo vasodilatação, reversão da resposta nervosa simpática e redução de catecolaminas. Em geral, as contrações são menos dolorosas na água aquecida, porque o calor apresenta efeito relaxante (RICCI, 2008);

- Bola de Bobath (suíça): permite a alteração de posição, diminuindo a sensação dolorosa da contração uterina, estimula movimentos espontâneos e não habituais como movimentos para frente, para trás e rotatórios. Ajuda na abertura do canal de parto e descida fetal. As mulheres se sentem mais seguras e relaxadas, com consequente melhora na progressão do trabalho de parto (BRASIL, 2005);

- Massagem: é uma terapêutica simples, de baixo custo, que associada à respiração, posição e deambulação, contribui no processo de parturição (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009). Essa técnica favorece a consciência corporal alivia tensões, minimizando o desconforto provocado pelas contrações uterinas;

- Deambulação: na posição vertical, a parturiente apresenta contrações mais intensas, regulares e frequentes, uma vez que a gravidade alinha o feto com ângulo pélvico, à medida que o útero inclina-se para frente a cada contração. A manutenção dessa posição contribui para a diminuição do tempo do trabalho de parto, reduz o desconforto e a necessidade de utilizar analgésicos (DAVIM et.al, 2008).

Após a utilização de métodos não farmacológicos para alívio das dores do trabalho de parto, as participantes deste estudo relataram que entre os métodos mais efetivos para alívio da dor estavam:

*As massagens nas costas com a mão. (ME1)*

*A massagem, a massagem! É que ela fez comigo a da bola, eu sentei na bola! O agachamento e a massagem, mas a massagem acho que foi o que me ajudou mais. (ME2)*

*No começo, ela usou a bola comigo, né? Que me ajudou bastante... O exercício que eu comecei a me acocar assim, também, sabe...? Acho que começou a aumentar a dilatação, foi bem bom! E eu acho que mais importante foi a atenção que ela me deu, o carinho que ela passou, a confiança, que achei muito importante. Porque olha... Nunca tinha acontecido, sabe? De terem me tratado tão bem assim... Ai, foi maravilhoso! Porque ela me ajudou bastante, pegou e me segurava minha mão [...]. (ME3)*

*Ela fez uma massagem aqui ó, bem no meio das costas. Aí quando vinham as dores, ela passava a mão, assim ó, aí me aliviava, sabe? (ME4)*

*Ah, as massagens, foram ótimas! E ela ficou ali comigo, me acalmando, que eu estava muito nervosa, né? Ela ficou segurando minha mão, ajudou bastante. (ME5)*

*A massagem, a massagem... Nas costas, aqui assim no quadril. Pra mim foi o melhor! (ME6)*

*A bola. A bola e a massagem com o fusquinha nas costas, que ela disse que é o fusquinha (risos). Foi a melhor de todas, que foi aliviando as dores. (ME7)*

A partir dessas falas, fica explícito que a massagem foi o que mais contribuiu para o alívio e conforto das mulheres acompanhadas. Foi também muito gratificante identificar nas respostas que o simples fato de dedicar atenção, carinho e segurar as mãos, durante este período, tenha surtido um efeito tão positivo na experiência de cada participante. Acredita-se que esse processo envolve um místico e intenso poder com trocas de energias e forças. Desta forma, reafirma-se que a presença de uma doula que acredita no poder e na força feminina, é capaz de transmitir uma experiência positiva às mulheres que passam pela parturição (SOSA et al, 1980). É imprescindível incentivar, apoiar e estimular a mulher, reforçando o poder e a força de sua capacidade, atitudes estas que contribuem significativamente para uma melhor experiência de parto.

Todas as mulheres discorreram de maneira positiva em relação à indicação deste serviço a outras parturientes. Seguem as respostas à questão “Você indicaria este acompanhamento a outras mulheres?”:

*Com certeza. (ME1)*

*Eu indicaria. (ME2)*

*Ai, com certeza! Acho que se cada gestante pudesse ter esse acompanhamento, com uma pessoa assim como ela [doula]... Porque ela foi assim, maravilhosa, porque não são todas as profissionais que têm essa atenção, esse carinho e dedicação que ela teve comigo. Porque muitas vezes têm umas que não têm muita paciência, né? Pegam e são estúpidas e coisa assim... Ai, ela não, ela foi um amor comigo! Acho que se toda gestante pudesse ter esse acompanhamento, ter uma pessoa que passasse mais confiança, ainda mais mãe de primeira viagem, né? Muitas vezes eu não sabia o que fazer, e ela me ajudou. (ME3)*

*Ah, indicaria... Indicaria! Porque é muito bom, né? Do que tu ficar sozinha ali, com dor e sofrendo... Eu indicaria! (ME4)*

*Sim, é ótimo! (ME5)*

*Ai, com certeza! Com certeza eu indicaria. Tem até a minha irmã, aquela dali [entrevista em casa], que tá gestante! Com certeza eu indicaria porque é muito bom. (ME6)*

*Indicaria sim, com certeza. Pra todas. Eu sei que é difícil, mas se tivesse uma doula contratada aqui do hospital, seria maravilhoso. (ME7)*

A experiência de acompanhamento do TP pela doula, de forma geral, pode ser uma experiência significativa para algumas mulheres e talvez para outras nem tanto. Neste grupo, nenhum ponto negativo foi ressaltado pelas mulheres. Quando questionadas pela entrevistadora a respeito de algo que tenha sido negativo, as falas confirmaram uma experiência prazerosa e de sucesso:

*Nada... [risos] Tudo bom! (ME1)*

*Não, nenhuma coisa, ela foi bem atenciosa, gostei muito do trabalho dela, bem atenciosa mesmo! Achei ela bem simpática. (ME2)*

*[...] Foi tudo tão maravilhoso... Claro, a dor, né? Ai, mas é normal eu acho [...] Tudo bom, nada pra reclamar, ela me ajudou, acho que ela foi um anjo pra mim, que Deus botou no meu caminho, um anjo da guarda, sabe?[...] (ME3)*

*De negativo? Não tem nada de negativo. Porque pra mim foi bom, entendeu? Foi uma experiência diferente, acho que não tem nada de negativo. (ME4)*

*De negativo, nada. (ME5)*

*De negativo? Eu não vi nada de negativo. Nada, nada, nada. Não, não tem! (Risos) Ah, que nem eu disse... Até minha mãe ficou todo tempo comigo me acompanhando... Ela e [a doula]. E a gente conversou em casa depois que não podia ser melhor [...] Ela é muito carinhosa, muito atenciosa, foi muito bom! Foi maravilhoso mesmo, até na sala de parto ela estava, e segurando minha mão todo tempo [...] em nenhum momento ela saiu [...] Eu e a mãe ainda conversamos depois, que foi incrível! [...] Até minha irmã perguntou 'Ah, ela foi tão importante assim pra ti?', eu disse 'Ah, ela foi, ela teve do meu lado todo momento, no momento mais importante pra mim'. Foi o nascimento da minha filha, né? E ela teve todo tempo do meu lado, todo tempo, foi maravilhoso. Eu adorei!(ME6)*

*Nada, não teve nada de negativo. Foi tudo positivo, tudo, tudo, tudo. Desde a internação, do momento que eu tava em casa e liguei pra [doula], disse que tava entrando em trabalho de parto, ela rapidinho teve aqui, veio pra cá pro hospital, me acompanhou desde o início, ficou o tempo inteiro junto, tanto que quando eu ganhei o bebê, ele nasceu e ela estava junto, ajudou no trabalho com o médico, ela foi assim, muito participativa, muito positivo. (ME7)*

Estes relatos reforçam a importância de que o acompanhamento pela doulaseja cada vez mais ampliado e disseminado nesta região e em todos os contextos do país. Toda mulher

merece vivenciar um parto prazeroso, respeitoso, gratificante e singular. O movimento pela humanização do parto, no Brasil, está se intensificando e ganhando forças e com vistas a proporcionar a um número cada vez maior de mulheres momentos de intensa satisfação no processo de parturição. Talvez seja, por isso, que, neste movimento, haja uma recorrente declaração de que “se doula fosse remédio, seria antiético não receitar”.

Estes resultados assemelham-se com o que Pinheiro e Bittar (2012), identificaram em seu estudo, onde afirmam que parte das interlocutoras destacaram a atenção, o apoio e o carinho recebidos por profissionais no trabalho de parto e parto como um fator essencial da assistência recebida, influenciando, inclusive, sobre sua satisfação com o parto. Os relatos, das participantes deste estudo, demonstraram que os resultados e as experiências foram impreterivelmente positivas para as parturientes. Segundo Enkin et al. (2008), foram constatados em seis de 14 estudos referidos, entre outros benefícios, a redução da probabilidade de avaliações negativas da experiência de parto, diante a presença de alguém como a doula durante o processo de parturição.

#### **4.5 Relato de Experiência**

Neste tópico, busco de forma breve e sucinta relatar a experiência como doula, ser partícipe, observante e sensível aos intensos e marcantes momentos que o processo de parturição proporcionam a quem os acompanha. Segue, aqui, uma descrição menos científica e mais voltada às sensações, ao ser humano, à integralidade e às repercussões que os sentimentos são capazes de proporcionar em nossas vidas.

É importante ressaltar que, logo no início das atividades o (meu) medo de ser rejeitada era muito intenso. Não por parte das parturientes, que sempre me aceitaram muito bem e quase que instantaneamente. Mas por parte da equipe mesmo, afinal, era um novo membro, com novas propostas, um atendimento diferenciado e um foco direcionado, totalmente atípico para a atual realidade.

Confesso que tive minhas expectativas superadas. No começo, minha interação com a equipe era difícil, ela não acontecia, o diálogo era raso. Aos poucos, acredito que as meninas da Maternidade começaram a entender melhor a ideia do trabalho, quem era o foco e quais os objetivos da proposta. A enfermeira da equipe passou a me chamar para acompanhar os trabalhos de parto.

Sobre os obstetras, tínhamos, inicialmente, uma relação um tanto quanto instável. Era como se eu não existisse, minha presença era indiferente. Muitas vezes, fui ignorada por

alguns. Já, com outros, vivenciei trabalhos e experiências incríveis enquanto equipe. Os que entenderam e respeitaram minha atuação, colaboraram de forma fundamental para os nascimentos positivos que conquistamos, neste estudo.

Nossos esforços (das mulheres e meu) foram constantes para tentar inibir a tríade do medo-tensão-dor. Mas alterar para quê? Para permitir que o “coquetel de hormônios do amor”, como diria Michel Odent, entrasse em ação. E ele entrou. Entrou e permitiu progressões de partos inacreditáveis. Progressões que empolgavam as mulheres, acompanhantes e obstetras. Aos exames de toque, não foram poucas vezes que plantonistas me olharam surpresos, quando identificavam uma dilatação do colo uterino mais rápida do que poderiam imaginar.

Destaco um deles, em especial, um deles, com quem pude acompanhar quatro 57% nascimentos deste trabalho. Nos plantões deste obstetra, a liberdade para acompanhar as mulheres era muito maior. As intervenções no corpo feminino praticamente não aconteciam, o processo era quase que 100% fisiológico e o ambiente era muito mais tranquilo. Nestes acompanhamentos, vi trabalhos de partos evoluírem de forma surpreendente e vi também os acompanhantes vivenciarem cada um desses momentos ao lado das parturientes. Foram vivências muito prazerosas, marcantes e especiais para todos nós.

Apreendi com cada mulher, que tive a oportunidade de acompanhar. Vi de perto seus medos, tentei amenizar os desconfortos e ouvi, com atenção, suas histórias nem sempre empolgantes. Precisei entender, de forma muito rápida, a importância de por em prática a alteridade... Saber se colocar no lugar da outra, neste momento, foi fundamental. Uma mulher em trabalho de parto não é só uma mulher. É um ser complexo, com seus valores, crenças, cultura, entendimentos e prioridades (geralmente, muito diferentes dos meus). Nada disso me dava o direito de julgar. O objetivo era que tivessem boas experiências e, para isso, era necessário apoiá-las, o que exigiu de mim a necessidade de adaptação rápida às suas realidades para que pudessem, enfim, permitir que elas se entregassem para o momento que vivenciavam.

A necessidade de entrega era mútua. A crença também. As energias deveriam estar em total consonância. Quando isso acontecia, era possível sentir a ocitocina endógena exalar no ambiente e pairar no ar. Ao observar nos semblantes das mulheres os indicativos de presença na partolândia<sup>2</sup>, sentia um imenso alívio. Era a certeza de que estavam completamente envolvidas e conectadas com seu interior e cada vez mais próximas do tão esperado

---

<sup>2</sup> “Momento de interrupção do neocórtex, no qual a mulher remontaria ao seu estágio mais arcaico, ‘mais animal, mais mamífero’” (ODENT, 1983).

nascimento do bebê. Neste momento, buscava preservá-las, ao máximo, de ruídos externos, fossem eles sonoros, luminosos, conversas dos acompanhantes e da equipe. A meu ver, a *partolândia* é um dos momentos mais sagrados do trabalho de parto, um “local” onde prezo, ao máximo, que a mulher esteja de maneira tranquila e confortável.

Em diversos momentos, a equipe da maternidade questionou de onde vinha tanta paciência para com as parturientes. É algo realmente diferente de tudo. Minha atuação como doula me permite ficar 18 horas ou mais de forma contínua dentro do hospital e “não sentir o tempo passar”, vivenciar jejuns extremamente prolongados, sem sentir fome.

A partir do momento que descobri a função de uma doula, tive a total certeza de que é o que quero fazer por toda minha vida. Auxiliar, apoiar e confortar mulheres durante o processo de parto e nascimento... Há um magnetismo com a magia que envolve nascimento. Essa atuação ou esse sentimento é como um “chamado”, algo espiritual que realmente impulsiona para uma tarefa, como uma “missão”. Ao buscar o nascimento é possível se impregnar da energia que o evento emana, pois é através desta força que, nós doulas, nutrimos, com vistas a espalhar feminilidade e amor pelo caminho.

Esse sentimento vai muito além da paciência e empatia, e acredito ser um dos maiores facilitadores da interação entre doula-parturiente-acompanhante-equipe. Quando estes bons sentimentos e sensações impregnam o ambiente e o “coquetel de hormônios do amor”, enfim, circula no organismo feminino, temos uma parturiente segura, confiante e que, posteriormente, relatará uma feliz e gratificante experiência de parto.

Durante o desenrolar de cada acompanhamento, pude perceber, aos poucos, os laços de confiança se fortalecendo. Muitas pessoas me perguntam como faço para criar um vínculo com as mulheres, que conheço na hora de iniciar o atendimento. Não havia parado para pensar nisso, até iniciarem os questionamentos, e hoje posso afirmar que é preciso uma sintonia, uma verdadeira química para acontecer o dito “vínculo”. De minha parte, existe sempre o “coração aberto” e o respeito à fisiologia, ao corpo, às crenças, à raça e, principalmente, o respeito ao sagrado feminino. Acredito que isso seja imprescindível para conquistar a confiança das parturientes. Por parte delas, sinto que essa atuação, esse suporte da doula, vem para preencher uma lacuna. Realmente para fazer do parto um evento distinto da solidão, para confortá-las no processo que, aos seus olhos, é de intenso sofrimento e dor e, especialmente, para colaborar com o momento mais importante de suas vidas.

Estas vivências colaboraram não só para o processo de parturição das mulheres, mas também para meu desenvolvimento profissional. Ficou extremamente clara a necessidade de exercitar diariamente a tolerância, paciência, carinho, compreensão e silêncio dentro da

obstetrícia. Mais do que nunca, visualizei a importância de enxergar cada ser humano de forma holística, total, individual, com suas particularidades, sentimentos, medos, dúvidas e desejos. Não tenho dúvidas da contribuição deste estudo em minha vida profissional e pessoal, por tudo que pude exercitar durante este período. O melhor de tudo é saber que não chegou ao fim, está apenas começando.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi capaz de produzir resultados favoráveis à questão orientadora e também atendeu aos objetivos propostos, inicialmente, no projeto. Sem maiores dificuldades, porém, com alguma resistência por parte dos profissionais, foi possível introduzir a prática da doulagem no contexto hospitalar em município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, bem como problematizar a experiência da doulagem neste contexto.

Esta pesquisa demonstra a importância de estimular a discussão acerca da humanização do parto e a atuação das doulas no município e região, uma vez que grande parte das mulheres, familiares e acompanhantes desconhecia esse trabalho. Evidentemente que seis meses, após minha inserção na instituição, é possível notar que, aos poucos, a procura por este serviço vem aumentando, o que sugere que as boas vivências nos partos estão sendo compartilhadas entre as mulheres nesta comunidade.

As falas das mulheres, as discussões e reflexões que estas oportunizaram poderão contribuir com a construção de conhecimento sobre esta prática e para que as mulheres tenham experiência positiva no processo de parturição. Além disso, reforçam a necessidade de que as instituições hospitalares passem a investir na permanência de doulas que contribuam, de forma a ajudar em uma nova experiência de parto, o que poderá ainda colaborar para a redução dos altos índices de cesarianas no município, bem como o uso recorrente e inadequado de intervenções desnecessárias nos corpos femininos.

A realização deste estudo atendeu aos requisitos da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, para obtenção do título de bacharel em Enfermagem, porém, suas repercussões em minha vida foram além. Foi uma vivência extremamente prazerosa e gratificante, que contribuiu de forma indescritível para minha caminhada acadêmica, profissional e pessoal. Acredito que a satisfação em abordar e trabalhar essa temática foi fundamental para os resultados obtidos.

A pesquisa chega ao fim, mas minha atuação na instituição coparticipante está apenas começando. Há de se permanecer firme na luta para que cada vez mais mulheres tenham garantida a oportunidade de vivenciar de maneira ímpar e positivamente inesquecível o mais importante rito de passagem da humanidade: o nascimento de um filho.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. D. M. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, p. 15-25, 2005.

ALTHABE, F.; BELIZÁN, J. Caesarean section: the paradox. **Lancet**, v. 368, n. 9546, p. 1472-3, 2006.

ANDRADE, M. A. C.; LIMA, J. B. M. C. O Modelo Obstétrico e Neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; BARROS, A. J. D.; et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts, 1982-1993-2004. **Lancet**, v. 365, p. 847-54, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

\_\_\_\_\_. Diário Oficial da República do Brasil. **Lei n. 11.108**, de 08 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF), 08 abr 2005.

\_\_\_\_\_. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei Federal n° 8069**, de 13 de julho de 1990. Índice elaborado por Edson Seda. Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. FEBRASGO. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher** – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acompanhamento pré-natal garante gravidez mais segura**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 32, Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. **Número de óbitos maternos**, 2008-2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Partos podem ser realizados em qualquer hospital ou maternidade do SUS**. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006)**. Brasília-DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Brasília, 2012.

CARRARO, T. E. et al. Cuidado e conforto durante o Trabalho de Parto e Parto: Na busca pela opinião das mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, p. 97-104, 2006.

COSTA JÚNIOR, P. B.; CARVALHO, I. S.; MACEDO, J. B. P. O. Condições institucionais desfavoráveis à presença do acompanhante: a visão dos enfermeiros. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 4, p. 671-80, 2013.

DAHLERUP, D. Conceptos confusos; realidad confusa: una discusión teórica sobre el Estado patriarcal. In: SASSOON, Anne (Org.). *Lasmujeres y el Estado*. Madrid: **Vindicación Feminista**, p. 111-50, 1987.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C. Efeividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 438-45, 2009.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C.; MELO, E. S.; PAIVA, C. P.; VIEIRA, D. et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 600-9, 2008.

DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. Introduction. In: **Childbirth and Authoritative Knowledge - Cross-Cultural Perspectives**. Davis-Floyd, R; Sargent, C.(eds) Berkeley and Los Angeles, University of California, Press, 1997.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an American Rite of Passage**. Berkeley: University of California Press, 1992.

DEMO, Pedro. Pesquisa Participante - discutindo êxitos e dubiedades. **Montrivivência**, Florianópolis, v. 8, p. 55-72, 1995.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

DICK-READ, G. **Childbirth without fear**. 4. ed. New York: Perennial Library, 1979.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto**. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, 2001.

FERREIRA JÚNIOR, A. R.; BARROS, N. F.; CARVALHO, L. C.; SILVA, R. M. A Doula na Assistência ao Parto e Nascimento. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

GENNEP, Arnold van. **Os ritos de passagem**: estudo sistemático dos ritos da porta e da soleira, da hospitalidade, da adoção, gravidez e parto, nascimento, infância, puberdade, iniciação, ordenação, coroação, noivado, casamento, funerais, estações, etc... Petrópolis: Vozes, 1978.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GILLILAND, A.L. Beyond holding hands: the modern role of professional doula. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, v. 31, p. 762-769, 2002.

GINGER, B. Perceptions of Social Support from Pregnant and Parenting Teens Using Community-Based Doulas. **Journal of Perinatal Education**, v. 14, p. 15-22, 2005.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

HARDING, S. **Whose science, whose knowledge?** New York: Cornell University. Press Ithaca, 1991.

HUTH-BOCKS, A.; LEVENDOSKY, A.; BOGAT, A.; VON EYE, A. The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant - mother attachment. **Child Development**, n. 75, v. 2, p. 480-487, 2004.

HODNETT, E. D.; GATES, S.; HOFMEYR, G. J.; SAKALA, C. Continuous support for women during childbirth. **The Cochrane Collaboration**. Published by John Wiley & Sons, Ltd., 2012.

HOGA, L. A. K.; PINTO, C. M. S. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. **Investigação e Educação em Enfermagem**, n. 25, v. 1, p. 74-81, 2007.

JONES, R. H. **Entre as Orelhas: Histórias de Parto**. 2. ed. Porto Alegre: Ideias a Granel, 2012a.

\_\_\_\_\_, R. H. **Memórias do Homem de Vidro: Reminiscências de um Obstetra Humanista**. 3. ed. Porto Alegre: Ideias a Granel, 2012b.

KAYNE, M. A.; GREULINCH, M. B.; ALBERS, L. Doulas: an alternative yet complementary addition to care during childbirth. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, Philadelphia, v. 44, p. 692-703, 2001.

LEÃO, V. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O papel da doula na assistência à parturiente. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 24-29, 2006.

LOPES, M. J. M. **Les soins: images et réalités – Le quotidien soignant au Brésil**. [tese] Paris (FR): Université de Paris, 1993.

MABUCHI, A. S.; FUSTINONI, S. M. O significado dado pelo profissional de saúde para o trabalho de parto e parto humanizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, n. 21, v. 3, p. 420-2, 2008.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MALHEIROS, P. A. et al. Parto e Nascimento: Saberes e Práticas Humanizadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-37, 2012.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, métodos e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

NASSIF, A. A. **O acompanhante na maternidade: concepções dos profissionais de saúde**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2009.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

NOLAN, M. Supporting women in labour: the doula's role. **Mod' Midwife**, v. 5, n. 3, p. 12-5, 1995.

ODENT, M. Birth under water. **Lancet**, v. 2, n. 7, p. 1476-7, 1983.

PALMERO, M. J. Teoria Feminista Contemporânea: uma aproximação desde la ética. Madrid: **Complutense**, p. 33-67, 2004.

PARTO DO PRINCÍPIO, Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor"**. CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. de A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, 2010.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Revista Aletheia**, Canoas, v. 37, p. 212-227, 2012.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276-83, 2007.

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, E. S.; ARAS; L. M. B. Resistência Inventiva: As mulheres fumageiras. In: BONETTI, Aline; SOUZA, Ângela Maria Freire de Lima e. Gênero, mulheres e feminismos. Salvador: **EDUFBA**, v. 14, p. 115-140, 2011.

ROESE, A.; GERHARDT, T. E.; SOUZA, A. C.; LOPES, M. J. M. Field diary: construction and utilization in scientific researches: bibliographic analysis. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói - RJ, v. 5, n. 3, 2006.

SABLE, M. R., WILKINSON, D.S. The role of perceived stress on prenatal care utilization: implications for social work practice. **Health & Social Work**, n. 24, p. 138-146, 1999.

SALEM, T. **O casal grávido**: disposições e dilemas da parceria igualitária. 1. ed. Rio de Janeiro: Família Geração & Cultura, 2007.

SANFELICE, C. F. O.; ABBUD, F. S. F.; PREGNOLATTO, O. S.; SILVA, M. G.; SHIMO, A. K. K. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 2, p. 362-70, 2014.

SANTOS, D. S.; NUNES, I. M. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 582-88, 2009.

SHOTTER, J.; LOGAN, J. A penetração do patriarcado: sobre a descoberta de uma voz diferente. In: GERGEN, Mary Mccaney. O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento. Brasília: **Edumb/Rosa dos Tempos**, p. 91-109, 1993.

SOSA R.; KENNEL, J.H.; KLAUS, M.H.; ROBERTSON, S.; URRUTIA, J. The effects of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. **New England Journal of Medicine**, v. 303, p. 597-600, 1980.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M.L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, v. 2, p. 32-46, 2011.

VILLAR, J. et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, v. 367, n. 9525, p. 1819-29, 2006.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 2, n. 8452, p. 436-7, 1985.

**APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista Semiestruturada**

Identificação da Puérpera: _____	Data: __/__/2015
Idade: _____	
Estado civil: _____	Religião: _____
Profissão: _____	
Gesta: _____ Parto Normal: _____ Cesárea: _____ Aborto: _____	
Forma de Nascimento (atual): ( ) Parto Vaginal ( ) Cesariana	
Acompanhante durante o Trabalho de Parto e Parto anteriores: ( ) Sim ( ) Não	

**Questões Guias**

1. Você já ouviu falar na humanização do parto? O que pensa sobre isso?
2. Você acredita que a forma de nascer pode determinar o seu vínculo com o bebê?
3. Alguém te acompanhou durante o trabalho de parto e parto anteriores? Como você se sentiu?
4. Você conhecia o trabalho das doulas? Como foi a experiência de ser acompanhada pela doula?
5. Você acha que o cuidado, a atenção e a tentativa de conforto te ajudaram?
6. O que foi mais eficiente no alívio de suas dores?
7. Você indicaria este acompanhamento a outras mulheres?
8. O que você destacaria de negativo nesta experiência de acompanhamento pela doula?

**APÊNDICE B - Termo de Confidencialidade**

**Título do Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso:** A experiência de mulheres acompanhadas por doula em hospital na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul.

**Pesquisador Responsável:** Prof<sup>a</sup>. Jussara Mendes Lipinski. Endereço: BR 472 Km 07, Caixa Postal 118, Uruguaiana, RS. CEP 97500-970

**Acadêmico de Enfermagem:** Danieli Tonin

**Instituição e Curso:** UNIPAMPA, Curso de Enfermagem.

**Local da Pesquisa:** Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana. Os pesquisadores do projeto citado se comprometem a preservar o anonimato e a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto de pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e as gravações serão mantidas em arquivos de áudio, ficando sob responsabilidade da Pesquisadora Responsável, Prof<sup>a</sup> Jussara Mendes Lipinski, por um período de cinco anos a contar do término da coleta de dados, sendo que, após esse período, os dados serão destruídos.

Uruguaiana, 06 de abril de 2015.



Jussara Mendes Lipinski  
Pesquisadora Responsável



Danieli Tonin  
Acadêmica de Enfermagem

### **APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso, da Acadêmica Danieli Tonin, que tem como título “A experiência do processo de parturição por mulheres acompanhadas por doula em hospital na fronteira oeste do rio grande do sul”, realizado no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Jussara Mendes Lipinski. A presente pesquisa tem como objetivo conhecer e relatar a experiência de mulheres acompanhadas pela doula durante o trabalho de parto e parto na maternidade do Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana. Justifica-se a realização dessa pesquisa devido ao alto índice de cesarianas em nosso país e também pela necessidade de restituirmos à mulher o protagonismo de seu parto.

Nesta pesquisa a sua participação ocorrerá durante o seu trabalho de parto e parto no hospital. Posteriormente será proposta e combinada uma entrevista, para até 24h após o parto em uma sala reservada da instituição ou um encontro em local de mais fácil acesso para você. O local para a realização será escolhido de forma a reservar e garantir sua privacidade. A sua fala será gravada em áudio por meio de gravador digital, para fins de aproveitamento completo das informações e a duração da entrevista será de aproximadamente uma hora.

A sua participação tem caráter voluntário, não prevê custos e, tampouco, compensação financeira pela participação.

Durante a realização da entrevista poderá haver o risco de mobilidade emocional ao discutir o tema da pesquisa, mas não haverá outros riscos (biológicos, morais, econômicos). Caso haja dúvidas ou desconfortos, a senhora poderá entrar em contato com as pesquisadoras ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPAMPA, em qualquer momento da pesquisa, por meio dos contatos informados ao final deste Termo. Além disso, terá liberdade de participar ou não do estudo e/ou deixar de participar a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de dano, prejuízo, constrangimento ou represália como consequência desse ato.

Os principais benefícios que você pode obter com esta pesquisa estão relacionados à melhor experiência durante o trabalho de parto e parto, bem como uma vivência mais intensa e respeitosa diante o nascimento de seu bebê.

Haverá a garantia do direito ao sigilo e à privacidade de sua participação, não havendo exposição pública de sua pessoa, e as informações prestadas para o estudo serão exclusivamente de uso científico para a área da saúde.

Os arquivos com os dados do estudo, gravações e transcrições serão mantidos pelo período mínimo de cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora, para fins de

publicações científicas. Após esse período, os dados serão destruídos, de acordo com a Lei de Direitos Autorais 9610, de 1998.

Após ser informada dos objetivos e da técnica de coleta de dados da pesquisa acima de forma clara, detalhada e livre de qualquer coerção, receber informações acerca dos procedimentos da pesquisa, de seus riscos e benefícios e esclarecer minhas dúvidas, fui também informada que qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar do estudo, se assim desejar. A pesquisadora Danieli Tonin garantiu-me que todos os dados de identificação pessoal desta pesquisa serão confidenciais e que terei liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento da investigação. Após estes esclarecimentos recebi uma das vias originais do presente Termo de Consentimento, ficando a outra com a pesquisadora.

Uruguaiana, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Assinatura da Participante

---

Jussara Mendes Lipinski  
Assinatura da pesquisadora responsável

**Pesquisadora responsável: Dra. Jussara Mendes Lipinski**

BR 472 Km 07, Caixa Postal 118  
Uruguaiana, RS. CEP 97500-970  
Telefones: (55) 91517721  
Email: jussaralipinski@gmail.com

**Pesquisadora: Acadêmica Danieli Tonin**

BR 472 Km 07, Caixa Postal 118  
Uruguaiana, RS. CEP 97500-970  
Telefones: (55)96086715 (Ligação a cobrar)  
Email: danielitonin@yahoo.com.br

---

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Unipampa – Campus Uruguaiana – BR 472, Km 592, Prédio Administrativo – Sala 23, CEP: 97500-970, Uruguaiana – RS. Telefone: (55) 3413 4321 - Ramal 2289 ou ligações a cobrar para 55-84541112. E-mail: cep@unipampa.edu.br.

**APÊNDICE D – Autorização condicionada da instituição co-participante**



SANTA CASA de CARIDADE  
de URUGUAIANA

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

**Título do Projeto:** A experiência de mulheres acompanhadas por doula em hospital na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul.

**Orientadora:** Jussara Mendes Lipinski – Professora Doutora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA.

**Discente:** Danieli Tonin - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa –UNIPAMPA.

A coordenação de ensino do Hospital Geral Santa Casa de Caridade de Uruguaiana, no uso de suas atribuições, autoriza a professora Jussara Mendes Lipinski, e a discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) Danieli Tonin, a coletarem dados para realização deste estudo, nesta instituição, por meio da realização de acompanhamentos e entrevistas com mulheres atendidas na maternidade do referido hospital, considerando a relevância deste trabalho.

O estudo segue as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, da Resolução nº. 446/2013 do Conselho Nacional de Saúde.

Afirmo que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização de dados exclusivamente para fins científicos e que as informações a serem oferecidas para o pesquisador serão guardadas pelo tempo que determinar a legislação e não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Além disso, durante ou depois da pesquisa é garantido o anonimato dos sujeitos e sigilo das informações.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para tal.

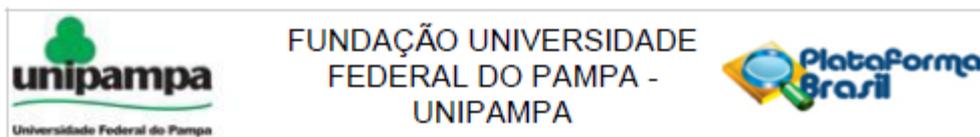
Uruguaiana, 06 de AGRI de 2015.

  
Aline Martinelli Piccinini

*Aline Martinelli Piccinini*  
*Hospital Santa Casa de Caridade*  
*de Uruguaiana*  
*Coordenadora de Ensino*  
**NUGETES**

Coordenadora do Núcleo de Ensino e Educação do Hospital Geral Santa Casa de Caridade de Uruguaiana.

## APÊNDICE E – Aprovação da Pesquisa pelo CEP da UNIPAMPA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A EXPERIÊNCIA DE MULHERES ACOMPANHADAS POR DOULA EM HOSPITAL NA FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL

**Pesquisador:** JUSSARA MENDES LIPINSKI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 43671015.7.0000.5323

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Pampa UNIPAMPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.062.828

**Data da Relatoria:** 13/05/2015

#### Apresentação do Projeto:

Mesmo com os progressos na área da saúde e, neste caso, no cuidado obstétrico, ainda há grandes desafios a serem superados com as mortes maternas causadas por abortos mal assistidos e alto índice de cesarianas, por exemplo. É de extrema necessidade discussões a respeito da reformulação do modelo de assistência ao parto e nascimento com o intuito de reduzir o cunho intervencionista que este processo assumiu. Na

direção de pensar o trabalho em equipe como modo de qualificação dos cuidados em saúde e, aqui, mais especificamente, da assistência obstétrica, surgem novos membros nesse cenário: o apoiador institucional e a doula. As doulas têm sido associadas a diversos resultados positivos para a área obstétrica, especialmente por meio de alterações na percepção do parto, entendendo-o como evento social e não como doença, ou seja, restituindo a dimensão social que envolve o processo de parir. Com esta proposta, buscou-se inserir a doula no cuidado às gestantes admitidas em um hospital no interior do estado do Rio Grande do Sul, de forma a contribuir para que as mulheres e famílias tenham novas possibilidades e oportunidades em relação à vivência do parto e nascimento. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa que tem como objetivo geral conhecer e relatar a experiência de mulheres acompanhadas pela doula durante o trabalho de parto e parto.

**Endereço:** Campus Uruguaiana BR 472, Km592  
**Bairro:** Prédio Administrativo Central - Caixa **CEP:** 97.500-970  
**UF:** RS **Município:** URUGUAIANA  
**Telefone:** (55)3413-4321 **E-mail:** cep@unipampa.edu.br