



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Gravidez e Parto acompanhados por uma doula: Experiência e Satisfação

Salomé Teles Matos

Orientador de Dissertação:

Prof. Dr. Eduardo Sá

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Prof. Dr. Eduardo Sá

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Eduardo Sá, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, n.º 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Não tenho qualquer dúvida de que neste momento um silêncio banhado por um olhar conseguia fazer transparecer muito mais os meus pensamentos do que um aglomerado de palavras. Contudo, na impossibilidade de fazer desta página o meu olhar, vou traduzir em letras os meus agradecimentos.

Em primeiro lugar quero agradecer ao Professor Eduardo Sá, pela possibilidade que tive de o ter como professor, pela disponibilidade demonstrada para ajudar no que fosse preciso e sobretudo por ter feito questão que tanto eu como os meus colegas, trabalhássemos não sobre um tema qualquer, mas sim sobre “o” tema, fruto da nossa “inspiração”.

Em segundo lugar agradeço à Associação de Doulas de Portugal, sobretudo à doula Luísa Condeço, pela colaboração e interesse na realização deste trabalho. Aproveito para agradecer também a todas as mulheres que partilharam comigo as suas experiências de parto e que tornaram deste modo possível a realização deste trabalho.

Agradeço também a todos os meus amigos que estando ao meu lado ao longo desta caminhada me fizeram encarar cada pedra que surgiu no meu caminho como um degrau que me ajudou a subir na vida e me trouxe até aqui.

Aos meus pais e à minha avó agradeço o facto de existirem, de partilharem comigo os seus conhecimentos, de me terem ajudado a crescer e sobretudo de nunca me terem impedido de lutar pelos meus sonhos.

Por último, agradeço à outra metade de mim, o meu namorado Rui, por acreditar em mim, por me lembrar sempre da importância dos três saberes (ser, estar e fazer), pela determinação e coragem que possui e me transmite e sobretudo por olhar por mim e por olhar comigo para o futuro, numa mesma direcção. Para ti vida:

“ (...) Na verdade, amar é ver mais longe. Mais longe, até, do que se avista quando se enxerga o coração do planalto de um abraço. Saudar os sonhos com a inocência de quem procura neles um trilho especial. E perceber que tudo o que se sonha é pouco mais do que nada ao pé das relações que iluminam a alma e que incendeiam a paixão. E que só essas fazem dos sonhos o passadiço do amor”.

Eduardo Sá, in *Notícias Magazine* de 16 de Abril de 2006

Resumo

O presente trabalho foi realizado no âmbito da Dissertação de Mestrado: “Gravidez e parto acompanhados por uma doula: Experiência e Satisfação”, com o objectivo de dar a conhecer o trabalho desempenhado por uma doula no decorrer da gravidez e parto.

A gravidez é um período de espera, reflexão e expectativa, no qual se vai construindo um projecto de parentalidade. Apesar de modificar o equilíbrio familiar é um momento único, na medida em que exige uma reestruturação de papéis e uma adaptação à futura condição de pais, sendo inclusivamente considerada por alguns autores como um período de crise na vida da mulher, devido às modificações bio-psico-sócio-axiológicas que a ela estão inerentes.

O acompanhamento provido por uma doula durante a gravidez revela-se de extrema importância, na medida em que auxilia a mulher a lidar com as modificações inerentes a este período e elucida-a sobre o que esperar do momento do parto, criando expectativas realistas sobre o mesmo. A sua presença transmite conforto, calma e segurança à mulher durante a gravidez, parto e pós-parto.

A doula enfatiza a força inata de cada mulher para lidar com o momento do parto e ao defender a humanização deste momento, contribui para que este seja lembrado ao longo de toda a vida como uma experiência única.

Palavras – chave: Parto, Humanização do nascimento, Doula

Abstract

This thesis is related with the Master Degree Dissertation “Pregnancy and delivery followed by a doula: an experience and satisfaction”, to show the work done by a doula during pregnancy and delivery.

Pregnancy is a waiting period, for reflection and made of expectations, in which the process of parenthood is built. Although it changes family balance, it is a unique moment which demands a readaptation of family roles and an adaptation for the new/unexperienced parents. Pregnancy is also considered a period of crisis in a woman’s life by many authors, due to bio-psycho-social-axiologic changes that are related to it.

The work done by a doula during pregnancy is of extreme importance, because it helps women dealing with the changes inherent to this period / time of their lives and makes it clearer for them about the waiting time until delivery, thus creating realistic expectations about it. The presence of a doula transmits comfort, calmness and security to women, during pregnancy, delivery and after delivery.

A doula emphasizes the inner strength of a woman to deal with the moment of delivery. By contributing to the humanization of this moment, she becomes a strong contribution to make this a once in a life time experience, to be recalled for the rest of her life.

Key-words: Delivery, Birth humanization, Doula

Índice

Gravidez	7
Parto	13
O parto através dos tempos	16
O aparecimento do saber médico no parto	17
Fases do Trabalho de Parto	18
Posições durante o parto	20
Tipos de parto	21
Humanização do parto	23
Preparação para o parto	26
Presença de um acompanhante no momento do parto	28
Doulas	30
Certificação	32
Funções	33
O papel da doula no parto institucionalizado	35
O papel da doula na presença do companheiro	37
Benefícios	39
Testemunhos de uma mãe acompanhada por uma doula	44
Objectivo e Hipóteses do Estudo	48
Método	50
Caracterização da Amostra	50
Caracterização do Instrumento	53
Discussão e Análise dos Resultados	56
Conclusão	63
Referências Bibliográficas	64
Anexos	68
Anexo I – Contrato Pré-natal	69
Anexo II – Memorando de acordo entre doula e cliente	74
Anexo III – Plano de parto	77
Anexo IV – Plano de cuidados com o recém-nascido	81
Anexo V – Lista da doula para verificação de medidas de controlo durante o parto	83
Anexo VI – Exercícios de preparação para o parto	87
Anexo VII – Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS)	92
Anexo VIII – Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP)	97
Anexo IX – Ficha de Identificação	103

“Para mudar o mundo é preciso mudar primeiro a forma de nascer.”

Michel Odent

Gravidez

“ Existir na cabeça dos pais e no corpo da mãe é estar antes de nascer, é tecer as primeiras malhas da vinculação intra-uterina”.

(Leal, 2005)

As fantasias subjacentes ao desejo de ter um filho são a base da relação entre os pais e a criança e constituem a pré-história da vinculação. É no acto de fantasiar o bebé que existe a projecção da parentalidade, ou seja, a aptidão para receber um filho (Leal, 2005).

Os conceitos de gravidez e maternidade são entendidos muitas vezes como sinónimos mas na verdade constituem realidades, subjectividades e processos bem distintos. De acordo com Leal (1997), o nascimento, o acasalamento e a morte são acontecimentos que marcam momentos de fortes ligações e separações, marcando etapas significativas no ciclo de vida humana.

A gravidez e a maternidade integram o ciclo de vida da mulher e é extremamente importante compreender de um ponto de vista clínico estes períodos. Só deste modo será possível adoptar práticas adequadas de intervenção psicológica que tenham em conta a especificidade da vivência individual de cada mulher e/ou a problemática que nesta altura se pode desenvolver em seu redor (Leal, 1997).

“A confirmação da gravidez, sobretudo quando ela foi desejada pelos pais, leva-os a sentimentos de plenitude, de onnipotência e de consagração do seu amor. É um estado alucinatório bom”.

(Sá, 2001)

A gravidez pode ser definida como uma experiência corporal que ocorre no interior do corpo da mulher, num período bem delimitado (cerca de 40 semanas) e que vai desde a concepção até ao momento do parto. Durante este período a maioria das mulheres apresenta uma organização psicológica particular a que (Winnicott, 1980 cit. in Leal, 2005) designou por “preocupação maternal primária”. Este é um estado privilegiado de profunda sensibilidade da mãe para com o bebé, uma espécie de encantamento que se atenua após o nascimento.

Nesta mesma linha de pensamento Daniel Stern, (1995) cit. in Leal, (2005) refere a existência de um período designado por “constelação materna”, durante o qual a mulher elabora a construção de um bebé imaginário e uma representação de si enquanto mãe.

“A espectacularidade de um corpo que se modifica para fazer nascer um outro ser, encerra, justificadamente, o elemento mágico suficiente para, nem as explicitações mais douradas da ciência contemporânea mais sofisticada, fazerem diminuir o encantamento e o mistério”.

(Leal, 2005)

De acordo com Leal (2005), o período de gestação gera grandes alterações a vários níveis (corporal, familiar, social e psicológico) e é um período de espera, reflexão e perplexidade, muito rico em experiências mas potencialmente crítico.

No primeiro trimestre da gravidez, as alterações corporais confirmam à mulher o seu novo estado. Este período pode tornar-se bastante incómodo para a mulher, na medida em surge a necessidade de aceitação e incorporação do feto. É extremamente importante que simultaneamente surja no homem um sentimento de responsabilidade inerente à paternidade, bem como a capacidade de aceitar a mulher nesta sua nova condição (Leal, 2005).

No segundo trimestre da gravidez, as manifestações do feto começam a ser sentidas e a mulher desperta do sentimento fusional que possuía até então. A expressão dos pontapés pode conduzir a mulher a fantasiar sobre a personalidade do bebé, entendendo-o como um ser diferente de si (Leal, 2005).

No terceiro trimestre da gravidez, iniciam-se os receios relativos ao momento do parto e ao confronto com o bebé real. Neste período é como se todo o processo de adaptação à maternidade fosse colocado à prova: as expectativas da mulher sobre o momento do parto surgem de forma mais intensa e os sentimentos de ansiedade evidenciam-se.

A gravidez deve ser então compreendida como uma crise que mobiliza energia e que desperta ansiedades e conflitos latentes. Trata-se portanto de uma situação que contém a sua própria capacidade de extinção e que contribui para o processo de formação de uma nova identidade (Mazet, 2003).

De acordo com Leal (1992), a maternidade é um processo único a longo prazo que não passa necessariamente por uma gravidez. Quando existe um projecto adaptativo de maternidade, a gravidez é uma época que permite à mulher ensaiar papéis e tarefas maternas, ligar-se afectivamente ao bebé, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência deste na sua identidade e simultaneamente, aprender a aceitá-lo como um ser diferente de si e com uma vida própria (Canavarro, 2001).

As modificações do corpo da mulher durante a gravidez favorecem a compreensão da maternidade. Este processo envolve emoções e valores relacionados consigo, com o bebê e até mesmo com a sua família (Oliveira, 2001 cit. in Cardoso et al., 2007).

Reflectir sobre os aspectos psicológicos da maternidade só adquire um sentido, se o fizermos de uma forma enquadrada ao nível histórico, antropológico e social. Ter um filho tem um significado diferente em cada cultura e civilização, sendo que a forma de vivenciar este momento está intimamente relacionado com as características individuais e culturais que circundam a mulher (Correia, 1998).

Durante a gestação a mulher encontra-se vulnerável e exposta a múltiplas exigências, e vivencia um período de reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social que a faz ficar propensa a uma multiplicidade de sentimentos (Falcone et al. cit. in Klein & Guedes, 2008). É neste período que a mulher tem a possibilidade de construir expectativas relativamente ao modo como irá decorrer o momento do parto e de como este será experienciado por si (Pacheco, Figueiredo, Costa, & Pais, 2005 cit. in Conde et al. 2007).

Uma gravidez normal pode descrever-se em três fases: incorporação (período de aceitação da gravidez, que implica a adaptação da mulher à maternidade e da sua identidade), diferenciação (inicia-se com a percepção dos primeiros movimentos fetais) e separação (é uma fase de separação psicológica da mulher em relação ao feto, que tem o seu término no momento do parto e deve iniciar-se nos últimos meses de gravidez), que comportam uma sequência de seis tarefas psicológicas, nomeadamente: aceitar a gravidez, aceitar a realidade do feto, reavaliar a geração parental anterior, reavaliar o relacionamento com o parceiro, aceitar o bebê como uma pessoa individualizada e integrar a identidade parental (Colman & Colman, 1973, cit in. Campos, 2000).

A forma como a gravidez é vivenciada parece predizer a forma como decorrerá o trabalho de parto (mais ou menos perturbações obstétricas e pediátricas, mais ou menos dor, e mais ou menos satisfação), parecendo o nível de ansiedade um factor decisivo (Campos, 2000). Segundo Baptista, Baptista & Torres, (2006) cit. in Klein & Guedes, (2008), a ansiedade pode ser caracterizada como um estado de insatisfação, insegurança, incerteza e medo da experiência desconhecida, que pode acompanhar todo o período gestacional.

De acordo com Conde & Figueiredo (2003) cit. in Conde et al. (2007), é compreensível que a mulher ao aceitar a realidade das inúmeras transformações associadas à gravidez, espere o momento do parto com um acréscimo significativo de ansiedade.

A ansiedade durante a gravidez está intimamente relacionada com a forma como decorrerá o trabalho de parto, o parto propriamente dito e a adaptação da mãe ao período pós-

parto. Valores elevados de ansiedade são em parte responsáveis por perturbações e complicações do parto, bem como do aumento da mortalidade e morbidade da mulher (Davids & De Vault, 1962; Davids, De Vault & Talmadge, 1961, cit in. Campos, 2000).

De acordo com Erickson (1975) cit in. Campos, (2000), os medos, a ansiedade e a dependência são os melhores preditores das complicações do parto, tais como: inércia uterina, trabalho de parto prolongado, fórceps baixo, e valores baixos do Apgar do recém-nascido. Outros autores, tais como Davids & De Vault, (1962), cit in. Campos, (2000), referem que a dor durante o parto está intimamente ligada com a ansiedade, na medida em que quanto maior for o nível de ansiedade mais intensa será a dor experienciada.

Se por um lado se pode encarar a gestação enquanto um processo lento que contém no entanto múltiplas transformações, por outro lado, o parto é segundo (Chiattonne, 2006 cit. in Klein & Guedes, 2008) um processo caracterizado por uma série de mudanças repentinas e encarado pela mulher como algo desconhecido, doloroso, assim como o momento inaugural do seu papel de mãe. Não raras são as vezes em que pela complexidade do processo gravídico a mulher chega ao momento do parto sem ter tido a possibilidade de reflectir sobre o mesmo.

A dor é outro factor intimamente relacionado com a experiência do parto. Segundo a *International Association for the Study of Pain*, a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões (Almeida et al, 2005).

Segundo Helman, (1994) cit. in Davim et al., (2007), a dor é subjectiva e constituída por sensações desagradáveis, constituindo assim para cada indivíduo uma experiência emocional específica.

De acordo com Lebovici (1987), cit. in Lopes et al., (2005), as relações entre dor e ansiedade são recíprocas, na medida em que a dor acentua a ansiedade e a ansiedade acentua a dor. Sendo esta, fonte de ansiedade, provocando fantasias em relação ao corpo e à sua integridade. No entanto, os estudos de Salmon & Drew, (1992) cit. in Lopes et al., (2005), revelam que um parto sem dor não é sinónimo de satisfação com a experiência. Os estudos de Caton et al. (2002) cit. in Almeida (2005), ao avaliarem o estado de ansiedade e a dor subjectiva antes, durante e após o trabalho de parto, verificaram que ocorre um aumento da dor e da ansiedade com a progressão do trabalho de parto.

Durante o parto a dor é encarada como uma resposta fisiológica, complexa, subjectiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados principalmente pelas contracções uterinas (Lowe, 2002 cit. in Almeida et al., 2005). Outros autores citados em Almeida et al. (2005) defendem que a dor possui outras causas fisiológicas, tais como: hipoxia da

musculatura uterina; estiramento cervical, vaginal e perineal durante o período expulsivo; stress e baixo limiar de tolerância à dor.

Para a maioria das mulheres a dor de parto é relatada como a pior experiência da sua vida. Isto deve-se ao facto de que esta resulta de factores emocionais, sensoriais, ambientais e existenciais (Lowe, 2002, cit. in Davim et al., 2007). De forma a compreender melhor como varia a intensidade da dor durante o trabalho de parto diversos autores debruçaram-se sobre este aspecto e verificaram que a fisiologia da dor varia ao longo deste processo (Oliveira, 1984; Baker e Kenner, 1993, cit. in Mamede et al. 2004).

No primeiro estágio do trabalho de parto, a dilatação, a dor é visceral e surge das contracções uterinas e da dilatação da cérvix. No decorrer do segundo estágio do trabalho de parto, a expulsão, a dor é somática, mais intensa e bem localizada. À medida que as contracções se tornam mais frequentes e intensas há um aumento da tensão e do medo, o que gera um aumento da dor (Lowe, 2002 cit. in Almeida et al., 2005). Deste modo, uma das formas de auxiliar as mulheres em trabalho de parto normal a suportar a dor é apoiá-las, fornecendo-lhes orientações e informações adequadas e tranquilizadoras (Almeida et al., 2005).

No estudo de Almeida et al. (2005), que procurou avaliar o efeito das técnicas de respiração e de relaxamento sobre a dor e ansiedade no momento do parto, concluiu-se que a dor durante este momento, é influenciada pelas contracções uterinas e pelo contexto sociocultural e psicoafectivo da parturiente. Não obstante sentir dor durante o parto, a maior parte das mulheres reconhece que essa experiência teve implicações positivas, pois deu lugar a uma maior competência para lidar com situações posteriores de stress e de dor (Niven, 1988 cit. in Costa et al., 2003) e está também satisfeita ou muito satisfeita com a forma como lidou com a situação (Thune-Larsen & Pederson, 1988 cit. in Costa et al., 2003).

Há muito que se tem procurado proporcionar uma melhor vivência do momento do parto, através da diminuição da intensidade de dor, assim como redução dos níveis de ansiedade, sendo estes aspectos conseguidos através do aumento da informação e do contacto com pessoas significativas nesse momento (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002, cit. in Pacheco et al. 2005).

No estudo de Davim et al. (2007) que pretendeu avaliar a efectividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto, os autores concluíram que a aplicação conjunta de exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagens contribuíram para o alívio da dor. Outros autores verificaram que estas técnicas também

contribuem para a redução do nível de ansiedade por um maior período de tempo no parto (Almeida et al., 2005, cit. in Davim et al., 2007).

O banho de chuveiro revelou-se eficaz na redução da dor, no relaxamento e na redução do tempo do trabalho de parto (Medina, 2000, cit. in Davim et al. (2007) e alguns autores sugeriram que esta técnica deveria ser adoptada no parto institucionalizado pela sua disponibilidade, acessibilidade e baixo custo (Ochiai, 2000 cit. in Davim et al. (2007). Do mesmo modo, o banho de imersão é bastante eficaz no alívio da dor durante o trabalho de parto e na redução da utilização de fármacos, sem interferir na progressão do trabalho de parto (Silva et al., 2006, cit. in Davim et al., 2007).

O medo do parto relaciona-se com as características pessoais de cada mulher, principalmente com a ansiedade, baixa auto-estima e fraco suporte familiar e social (Saisto & Halmesmäki, 2003 cit. in Costa, 2006). As sensações de medo e ansiedade não se apresentam da mesma forma em todas as pessoas, contudo parecem estar correlacionados sendo intensificadores um do outro, na medida em que o medo aumenta a ansiedade e esta provoca um aumento do medo (Cowley & Kalab, 2003 cit. in Costa, 2006).

Durante a gravidez ocorrem na mulher uma série de mudanças desenvolvimentais, que conduzem à necessidade de haver uma preparação para o parto (Pacheco et al., 2005). Por sua vez, o modo como a grávida antecipa o parto determina muitas dimensões importantes do seu bem-estar e comportamento em relação a esta experiência nomeadamente as suas angústias, medos e receios, assim como o tipo de preparação que irá realizar, o local que irá escolher, o recurso ou não a métodos e técnicas de controlo da dor, as pessoas que irá ou não desejar ter presente, entre outros aspectos.

Devido ao facto do comportamento da mulher no momento do parto depender em muito da forma como ela concebe essa experiência ao longo da gravidez, é extremamente importante compreender as suas expectativas para a ajudar a preparar-se e a participar de uma forma mais adequada nesse momento (Pacheco et al. 2005).

Fornecer à gestante, expectativas realistas sobre o parto, permitindo que esta participe de uma forma adequada neste momento, só se torna possível ao conhecer todas as etapas deste processo, isto é, ao compreender passo-a-passo o momento do parto.

Parto

O parto é uma experiência única e extremamente marcante na vida da mulher, de tal forma que pode ser recordado até ao mais ínfimo dos detalhes, durante anos (Kitzinger, 1987 cit. in Lopes et al., 2005). Para além de ser um acontecimento biológico, o parto pode ser também encarado como um processo social e cultural (Figueiredo, 2000 cit. in Pacheco, 2005) e um momento de afecto e sexualidade plena onde qualquer intervenção desmedida poderá possuir efeitos nocivos, quer físicos quer psicológicos para a mãe e para o bebé (Souza e Silva, 2008).

Segundo Kitzinger (1978) cit. in Pacheco et al. (2005), o parto é um processo social porque também afecta a relação entre homem e mulher, entre grupos de descendência e porque define a identidade da mulher de uma nova maneira. A forma como a experiência do parto é efectivamente percebida, assume um carácter único e, muitas vezes, inesperado (Cotas, Pacheco, Figueiredo, & Pais, 2003 cit. in Conde et al. 2007). De acordo com alguns autores, o parto pode ser considerado um momento extremamente importante no processo de transição para a maternidade, por várias razões.

Segundo Lebovici (1987) cit. in Lopes et al., (2005), é no momento do parto que bebé e mãe se encontram frente-a-frente pela primeira vez. Este acontecimento pode ir ou não ao encontro das expectativas da mãe, na medida em que o bebé real pode assemelhar-se ou não, ao tão sonhado bebé imaginário. É igualmente neste momento que a mulher tem a oportunidade de reviver o seu próprio nascimento e de renascer como mulher além de nascer como mãe.

O contacto imediato com o bebé após o nascimento é um factor que parece relacionar-se com uma vivência mais positiva do parto. Mercer et al. (1983) cit. in Lopes et al., (2005), estudaram o contacto imediatamente após o parto, entre as mulheres e os seus bebés, sendo estes saudáveis, e verificaram que estas revelavam experiências mais positivas do parto. Estes autores referiram o apoio emocional prestado pelo companheiro e a interacção mãe – bebé, como sendo respectivamente, a segunda e a terceira variáveis mais importantes para predizer o tipo de vivência de parto.

O tipo de suporte e apoio fornecidos à mulher durante a gravidez predizem a confiança que esta irá ter na sua capacidade de cuidar do bebé, de uma forma geral, de ser mãe (Klaus e Kennell, 1992 cit. in Lopes et al., 2005). Deste modo, é possível afirmar que a experiência do parto influencia a auto-estima da mulher, bem como a sua disponibilidade emocional para o bebé imediatamente após o parto (Peterson, 1996 cit. in Lopes et al., 2005). Influenciam de

forma positiva estes factores, a participação activa no processo do parto e nas tomadas de decisão que circundam este momento, a percepção de que os seus sentimentos são aceites e respeitados, e a sensação de que está preparada para o parto e para a maternidade.

As expectativas da mulher durante a gravidez variam, contudo pode dar-se especial ênfase ao facto de desejarem ter acesso à maternidade, serem acolhidas com educação com um atendimento tecnicamente competente que garanta a sua segurança e a segurança do recém-nascido (Moura, 2007).

Nos seus estudos, Rautava (1989) cit. in Pacheco et al. (2005), ao comparar um grupo de múltiparas com bom conhecimento sobre o parto com um grupo de múltiparas com um fraco conhecimento sobre o parto, verificou que as características demográficas da grávida influenciam o seu nível de conhecimento, e que este se relacionava com aspectos de adaptação à gravidez. No que concerne aos termos sociais e demográficos, o autor concluiu que as mulheres com um nível educacional mais baixo possuem menores conhecimentos acerca do parto. De um modo geral, existe uma relação entre um maior conhecimento sobre o parto e características sociais e demográficas da amostra, nomeadamente um maior nível educacional, situação profissional activa e mais idade.

Segundo Pacheco et al. (2005), a primiparidade e o conseqüente menor conhecimento do parto, podem explicar menores níveis de controlo e confiança face ao momento do parto.

O nascimento de um filho coloca à prova inúmeras competências da mulher, tais como: a competência feminina de gerar, a competência materna de cuidar, a competência física de suportar as dores, e ainda a competência de nutrir o bebé (Peterson, 1996; Simkin, 1991; Stern, 1997 cit. in Lopes et al., 2005).

A experiência do parto é influenciada por inúmeros factores, dos quais se destacam: os procedimentos obstétricos, os cursos de preparação pré-natal, a história obstétrica anterior, bem como o desfecho de uma gravidez prévia (Fisher et al, 1997 cit. in Lopes et al., 2005). O parto pode ser encarado como um acontecimento que acompanha toda a gravidez na medida em que é antecipado sob a forma de expectativas e continua a ser recordado após ter acontecido, no puerpério, sob a forma de lembranças, recordações, e sentimentos que acompanham a mulher ao longo de toda a sua vida.

A experiência do parto é muitas vezes caracterizada por sentimentos de mal-estar, e por emoções negativas pela maioria das mulheres. Estas relatam durante este momento, sentimentos de ansiedade, falta de controlo, perda da noção espaço-temporal, bem como tristeza, fúria, etc. (Thune-Larsen & Pedersen, 1988 cit. in Costa et al., 2003). Quando questionadas sobre a experiência de parto o medo é a resposta mais referenciada pelas

mulheres, referindo-se sobretudo à dor que podem vir a sentir, bem como ao seu bem-estar e ao bem-estar do recém-nascido (Figueiredo et al., 2002 cit. in Costa, 2006).

Segundo Lyons (1998) cit. in Costa et al., (2003), o parto normalmente não vai ao encontro das expectativas da parturiente, sendo em que metade dos casos corre melhor, e na restante pior do que era esperado por elas. Por outro lado, os níveis mais elevados de dor durante o parto verificam-se nas parturientes com expectativas irrealistas a respeito do mesmo (Niven, 1988 cit. in Costa et al., 2003).

Alguns autores citados em Costa et al. (2003) referem que a experiência de parto é difícil para a mulher, contudo, a qualidade dessa mesma experiência varia devido a diversos factores individuais, sociais e situacionais, tais como: a presença ou não de uma figura de suporte significativa, a participação activa ou não da mulher nas decisões médicas, as expectativas prévias da grávida, a utilização ou não de métodos analgésicos, e sobretudo o tipo de parto.

Apesar de a experiência de parto estar envolta na sua maioria em conotações negativas, ela também possui sobre as mulheres um impacto positivo, sobretudo no que concerne a sentimentos de enriquecimento pessoal e bem-estar, percepção de eficácia e controlo, bem como sentimentos de capacidade de influenciar o ambiente no qual deram à luz (Hardin & Buckner, 2004; Thune-Larsen & Moller-Pedersen, 1988; cit. in Conde et al., 2007).

De acordo com Peterson, (1996) cit. in Lopes, (2005), o parto é um evento feminino, apesar de o bebé por vezes ser visto como o actor principal, relegando a mulher ao segundo plano. Segundo estes autores, no momento do parto, as mulheres revelam possuir muito mais expectativas em relação a si próprias do que em relação ao bebé.

No seu estudo Costa et al., (2003), concluiu à semelhança de outros autores, que actualmente a experiência de parto é marcada por uma série de circunstâncias que se têm demonstrado adversas a essa mesma experiência, tais como: a qualidade dos cuidados e da relação que a mãe pode estabelecer com o bebé. Nesse mesmo estudo, verificou-se que as expectativas prévias das parturientes não foram confirmadas, e que não tiveram suficiente preparação, informação e participação nas decisões médicas. Do mesmo modo, verificou-se a existência de elevados níveis de dor e desconforto emocional, sentimentos negativos, insatisfação e algumas dificuldades emocionais e de relacionamento com o bebé no puerpério. Contudo, a presença de uma figura significativa de apoio durante o parto, possuiu um impacto bastante positivo junto das parturientes.

De acordo com Mackey (1998) cit. in Conde et al. (2007), as mulheres que se percebem como auto-eficazes ao lidar com a sua experiência de parto vêm-na na generalidade como sendo mais positiva, comparativamente àquelas cujos sentimentos de auto-eficácia são mais baixos.

A percepção das mulheres relativamente ao suporte psicossocial e à prestação de cuidados recebidos durante a experiência de parto parece ser estável no decorrer do tempo. Quando é positiva, pode proteger as mulheres de uma construção negativa da sua experiência de parto, e por outro lado, contribuir para que caso haja uma experiência de parto inicialmente negativa, ela se torne gradualmente positiva com o decorrer do tempo (Conde et al., 2007).

Reconhecer a dinâmica do momento do parto e a sua evolução ao longo do tempo permite compreender as alterações que têm vindo a surgir na forma como este é vivenciado.

O parto através dos tempos

“Sendo a retina de uma mulher grávida como que uma superfície sensível, na qual vem a registar-se a cena que se projecta a seguir sobre a criança que vai nascer, há coisas vistas (ou ouvidas) que saem naturalmente pelas vias genitais, depois de deixarem marcas no filho, verdadeiro receptor e espelho dos medos e traumatismos maternos. Todas as visões, todos os sonhos ou um tormento qualquer podem abrir caminho até ao feto, aprisionado no seio materno. Cada sensação pode influenciar a criança, imprimindo-lhe uma marca, deixar um traço, apor-lhe a sua assinatura”.

(Barbaut, 1990)

Parto, dor e sofrimento são três conceitos que parecem estar associadas desde os tempos mais remotos. Para os teólogos, depois de Eva (responsável pelo pecado original) ter corrompido a humanidade, sofreu como castigo os padecimentos da gravidez e as inevitáveis dores de parto. Santo Agostinho acrescentou aos aspectos negativos do acto de dar à luz, o aspecto repugnante e impuro do momento do parto, pelo facto de segundo ele, o homem nascer entre urinas e fezes, *“inter urinas et faeces nascimur”*. Desde então e durante muito tempo, a mulher em trabalho de parto foi considerada como um corpo em sofrimento dominado pelo medo e pela angústia (Barbaut, 1990).

Considerado como momento angustiante e repleto de riscos para a mulher e para o feto, o local onde decorreria o parto seria propício ao aparecimento de espíritos do mal que

ansiavam por explorar a fragilidade do recém-nascido e a fraqueza da parturiente. Por este motivo, tanto no ocidente como no oriente existia o costume de varrer todos os recantos do local onde se encontrava a mulher em trabalho de parto, fechar todas as portas e janelas e calafetar todas as aberturas, na tentativa de promover a higiene, evitar frio e correntes de ar e escorraçar as forças maléficas que lá se tentavam esconder, bem como cortar o caminho das que tentavam entrar (Barbaut, 1990).

Ainda de acordo com o mesmo autor, no Egito recitavam-se fórmulas na tentativa de afastar da parturiente as *“carícias e os enlaces amorosos de um génio da morte”* e noutros locais como por exemplo na Pérsia e em França (até ao século XVIII) a parturiente era vigiada mesmo após o parto para que não adormecesse, temendo-se que fosse levada para o “descanso eterno”.

Ao longo dos tempos, o parto foi considerado um fenómeno que pertencia unicamente ao universo feminino. Contudo, com as descobertas científicas desenvolvidas na área da biologia, criou-se a base para a entrada do saber médico na até então obscuridade mágica do nascimento humano.

O aparecimento do saber médico no momento do parto

Determinar a razão pela qual ao fim de nove meses o feto “sente necessidade de sair” foi uma questão que deu lugar a uma série de explicações extravagantes, mais ou menos deterministas. Segundo Primrose, (1689) cit. in Barbaut, (1990) *“a criança é como um fruto, que amadurece na matriz como se estivesse numa casca, que se abre quando está maduro e pronto a cair”*. Segundo esta perspectiva poder-se-ia afirmar que o nascimento ocorre porque o feto conclui o seu crescimento e fica com pouco espaço no útero materno.

De acordo com Hipócrates cit. in Barbaut (1990), o feto ao preparar-se para dar o *“grande salto para o desconhecido”* efectua uma meia-volta sobre si, colocando-se na posição ideal, isto é, “com a cabeça à frente”. De acordo com Barbaut (1990), Mauquest de la Motte colocou em causa esta teoria da inversão do feto, afirmando que até ao sétimo mês o feto se encontra com as costas voltadas para o lado das costas da mãe, os calcanhares junto das nádegas, as mãos sobre os joelhos e a cabeça apoiada em cima. É então, a partir dessa altura e com o aumento do peso e volume da sua cabeça, que o seu corpo é arrastado dando uma cambalhota. Assim sendo, o feto fica com os pés voltados para cima e com o rosto voltado para as costas da mãe, posição na qual permanece até ao final do nono mês.

De acordo com Barbaut, (1990), o nascimento simboliza o início da vida, deste modo foi desde sempre considerado que a cabeça do bebé deveria ser a primeira parte a surgir. Contudo no momento do parto ocorrem os mais diversos tipos de situações, entre os quais o aparecimento dos pés em primeiro lugar.

Desde os tempos mais remotos o facto de nascer de pés foi encarado como algo negativo, um nascimento invertido, por vezes até considerado como uma espécie de presságio de uma vida de azares. Em determinadas tribos africanas, o nascimento de pés anuncia perigos, calamidades para a comunidade: secas, más colheitas, doenças do gado, etc., deste modo, a criança que nasce deste modo é sacrificada; asfixiada ou enterrada viva (Barbaut, 1990).

Para além das posições fetais no momento do parto, outro dos aspectos que constituem parte integrante deste momento são as várias fases que o constituem.

Fases do Trabalho de Parto

“Uma mulher adulta, habituada a regular a sua própria vida, encontra-se de repente nas garras de um órgão autónomo, não cooperativo, o útero, que se ergue e actua por si próprio, quase indiferentemente de qualquer coisa que ela possa maquinar para fazer contra ou a favor desse órgão”.

(Colman & Colman, 1994 cit. in Gil, 1998)

Diversos estudos efectuados sobre as vantagens da deambulação no trabalho de parto concluíram que quando a mulher se movimenta durante o trabalho de parto, as contracções uterinas dão-se de uma forma mais eficaz, minimizando a dor, aumentando o fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta, tornando deste modo, o trabalho de parto mais curto (Kitzinger, 1978; Osava, 1997; Bloom et al., 1998; Manual, 2000; Robertson, 2000a, cit. in Mamede et al., 2004). A deambulação para além dos aspectos anteriormente descritos permite que a parturiente se distraia do desconforto sentido, sinta um maior controlo sobre todo o processo e tenha mais oportunidades de dialogar com o acompanhante e com a equipa de profissionais de saúde (Piotrowski, 2000 cit. in Mamede et al., 2004).

Nos estudos de Mendez-Bauer et al. (1975) cit in Mamede et al., (2004) verificou-se que as parturientes em posição de supina tinham níveis mais elevados de dor do que as restantes. É necessário que os profissionais de saúde sejam treinados para realizar partos em

outras posições para além da supina, para que a escolha de uma posição diferente desta, não seja um factor inibitório para a parturiente (Mamede et al., 2004).

De acordo com o Dicionário Médico, (1988) cit. in Gil, (1998) convencionalmente o parto pode dividir-se em quatro períodos: o primeiro é o da dilatação ou abertura do colo do útero que começa com as primeiras contracções e dura até à dilatação total (10 cm) subdividindo-se em três fases (latente, activa e a de transição), o segundo é o período expulsivo que decorre desde a dilatação completa até à expulsão, o terceiro que vai desde o primeiro contacto com o bebé até à eliminação da placenta e o quarto período que compreende as horas seguintes ao parto.

O uso de diversas posições durante a segunda fase do trabalho de parto (período expulsivo) permite uma melhor adaptação às mudanças de posição do feto durante a descida, a rotação e a extensão até ao momento do parto. Segundo Sabatino, (1997) cit. in Mamede et al., 2004), a posição vertical e a posição de cócoras têm muitas vantagens, das quais o autor destacou a menor duração do período de dilatação e de expulsão.

No terceiro período do parto, a emoção do contacto físico com o recém-nascido conduz à secreção de uma hormona cuja função é promover a contracção uterina, ou seja, a separação da placenta da parede do útero. Este processo ocorre de forma automática assim que se dá o contacto mãe-bebé e neste momento, ambos ainda se devem manter unidos pelo cordão umbilical. Cerca de 10 a 15 minutos no período pós-parto, a respiração do bebé encontra-se completamente estabelecida e até esse momento a placenta e o cordão umbilical continuam em funcionamento, permitindo a chegada de oxigénio ao bebé e propiciando a eliminação de dióxido de carbono. Após o cordão umbilical parar de bater, processo que pode demorar cerca de 1 hora, adquire flacidez e obstrui-se espontaneamente sendo precisamente este o momento indicado para o cortar, a menos que haja hemorragia uterina.

Em suma, o corpo feminino está por si só preparado para que todo o processo do parto decorra de forma natural, apenas é necessário que a mulher tenha a possibilidade de poder “escutar” e respeitar o ritmo do seu próprio corpo.

“Mas o momento do nascimento tem contornos de violência para a mãe e para o bebé: as contracções, a separação, momento onde se articulam vida e morte, onde despertam pulsões, onde o sentido de identidade pode ser ameaçado”.

(Gil, 1998)

Ao longo dos tempos e consoante os diferentes povos e culturas foram sendo adoptadas várias posições para o momento do parto.

Posições durante o Parto

Existem evidências antropológicas de que na antiguidade, na grande maioria das civilizações, os partos eram realizados com as mulheres em posição vertical (Sabatino, 1997 cit. in Mamede et al., 2004). A posição de deitada de costas pode causar redução da pressão sanguínea da mulher em trabalho de parto e reduzir o fluxo sanguíneo para o bebê, devido ao peso que o útero exerce sobre as principais veias que aportam o fluxo sanguíneo.

É extremamente importante elucidar a mulher no acompanhamento pré-natal sobre as diferentes posições que podem ser adoptadas no decorrer do trabalho de parto e no parto propriamente dito, com vista a privilegiar o seu conforto e bem-estar. O meio sócio-cultural influencia bastante as decisões tomadas pela mulher no trabalho de parto, por este motivo, é bastante relevante dotá-la de liberdade de escolha da posição a adoptar neste momento (Mamede et al., 2004).

A associação “Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses” (AWHONN), recomenda que todas as mulheres grávidas recebam informação sobre os benefícios das posições verticais na segunda fase do trabalho de parto, desencorajando as posições de supina e estimulando as posições de cócoras, semi-deitadas e de joelhos. É igualmente recomendado que a mulher não faça força sem que ela sinta vontade de o fazer, e que, ao senti-lo o devem fazer de acordo com o que o seu corpo lhe vai solicitando, bem como gritar, gemer, soprar, ou sustentar a respiração desde que por menos de 6 segundos enquanto a mulher faz força em resposta às contracções.

Nos hieróglifos egípcios a mulher encontrava-se de cócoras em cima de tijolos devidamente afastados uns dos outros. Era também nesta posição ou de joelhos que pariam as mulheres mexicanas e peruanas da era pré-colombiana. A posição de pé foi adoptada por algumas índias e por habitantes do Luango no Congo, ou da antiga Somália (Barbaut, 1990).

Estas três posições verticais: cócoras, joelhos ou de pé, arrastaram-se através dos tempos e foram utilizadas por parturientes ao longo de todo o mundo. No entanto, a partir do século XVIII, por toda a Europa foi imposto pelos profissionais de saúde, partindo de Ambroise Paré, a existência de uma cadeira específica nas salas de parto, para que as mulheres parissem na posição deitada ou semi-deitada.

“ (...) Não se pode desprezar a utilidade desta cadeira, porque a mulher grávida nela se instala reclinada sobre as costas, libertando a sua inspiração e expiração; também o sacro

e o caudae ficam no ar, sem nenhuma pressão, o que permite que os referidos ossos se desliguem e se separem mais facilmente. Do mesmo modo, a púbis, em consequência de as coxas ficarem separadas uma da outra, também permite que a parteira trabalhe mais à vontade, ficando sentada diante da parturiente. Deve colocar-se uma travesseira no espaldar da cadeira e algumas peças de roupa branca, nas quais as coxas ficarão apoiadas, para maior comodidade da parturiente”.

(Paré, cit. in Barbaut, 1990)

Quando o trabalho de parto se encontrava dificultado, recorria-se por todo o mundo ao método da “sucussão hipocrática”, descrito por Hipócrates. Alguns etnólogos afirmavam que este método era aplicado há algumas décadas em África, onde se prendia a mulher à cama na zona do peito, braços e tornozelos (as pernas deveriam estar afastadas), sendo a cama erguida e abanada por dois homens fortes e deixada cair sobre feixes de lenha ou ramos, destinados a amortecer o choque.

Na Síria a sucussão era efectuada com a mulher dobrada e colocada em cima de um lençol agarrado em cada canto por uma pessoa que o puxava, com o objectivo de abanar a mulher. Entre os Mongóis, quando o trabalho de parto estava dificultado, uma das mulheres que assistia ao parto, colocava-se em cima das costas da parturiente e abanava-a de forma violenta (Barbaut, 1990).

A agitação da mulher como forma de facilitar a expulsão e acelerar o momento do parto manteve-se através dos tempos, originando algumas das técnicas que actualmente são utilizadas (movimentação da mulher de um lado para o outro no quarto, balanceamentos, etc.). Este factor contribui para uma percepção mais positiva da experiência do parto. Para além deste factor, o tipo de parto é segundo Conde et al., (2007), o que mais importância tem para a percepção que as mulheres têm deste momento. Torna-se portanto crucial compreender quais os tipos de parto existentes.

Tipos de Parto

“... E fui parteiro, posso dizê-lo, apaixonado pela dificuldade de saída, pela visão do estreito, por esses instantes tão raros em que a natureza em acção se deixa observar, pelo modo tão subtil como ela hesita e se decide ... no instante da vida, se posso dizer assim ... Todo o nosso teatro e a nossa literatura reside no coito e à volta dele ... Fastidiosas repetições! ... O orgasmo não tem grande interesse, todo o cagaçal dos figurões da escrita e

do cinema, os milhões gastos em publicidade apenas serviram até hoje para valorizar duas ou três sacudidelas de traseiros ... O esperma faz o seu trabalho demasiado devagar, demasiado intimamente, tudo nos escapa ... O parto, sim, vale a pena vê-lo! ... Espiá-lo! ... Ao milímetro! ...”

(Céline, L. cit. in Barbaut, 1990)

O parto pode ser classificado de duas formas: eutócico (vaginal) que pode ser natural ou normal; ou distócico (cesariana) que é instrumentalizado.

O parto natural não é mais que um parto vaginal sem qualquer tipo de intervenção, podendo deste modo, ocorrer no domicílio. Dentro deste tipo de parto incluem-se: o parto na água (começa em Portugal a criar as primeiras infra-estruturas para poder ser praticado), o parto Leboyer e o parto de cócoras ou parto índio. O parto Leboyer deve ocorrer num ambiente pouco iluminado e silencioso (sobretudo após o nascimento). É permitido ao pai dar banho ao bebé com água morna perto da mãe e posteriormente o bebé é colocado junto ao abdómen desta de forma a atenuar o impacto da diferença entre o ambiente intra-uterino e o extra-uterino. No parto de cócoras ou índio a mulher dá à luz em posição de cócoras e quando o bebé nasce é colocado junto ao seu peito. Só após este contacto é que é cortado o cordão umbilical, contudo, o bebé permanece junto dos pais.

O parto normal distingue-se do parto natural porque embora seja um parto vaginal, implica muitas vezes intervenções técnicas tais como: anestésias, recurso a oxitocina para indução ou aceleração do trabalho de parto, episiotomia (corte no períneo) ou recurso a ventosas, fórceps, etc., para auxiliar na expulsão. Este tipo de parto é o mais praticado nas instituições, contudo acarreta consigo uma espécie de círculo vicioso, pois quando a oxitocina é aplicada para induzir as contracções, há um aumento da dor o que leva na maior parte das vezes à necessidade de aplicação da anestesia epidural para a minimizar.

Quando a mulher é submetida à aplicação de epidural, a sua sensibilidade pélvica torna-se muito reduzida ou nula, o que aumenta a dificuldade de expulsão. O cordão umbilical é cortado imediatamente após o nascimento e o bebé é na grande maioria das vezes levado para o berçário, o que faz com que o encontro físico mãe-bebé só se dê algum tempo depois, assim como a primeira mamada que só é dada entre seis a doze horas após o nascimento.

O parto distócico é o que acarreta mais riscos, na medida em que se trata de um parto cirúrgico. Segundo Barbaut (1990) este tipo de parto (cesariana) consiste em efectuar uma

incisão no abdómen na zona a seguir ao útero, sob anestesia total ou epidural, dependendo da situação materna e/ou fetal, pela qual se extrai o bebé.

Diversos estudos têm sido efectuados na tentativa de procurar comparar a experiência de diferentes tipos de parto e as conclusões a que chegaram são consensuais quanto ao facto de as grávidas sujeitas a cesariana percepcionarem de forma globalmente mais negativa a sua experiência, em comparação às grávidas sujeitas a partos eutócicos (Conde et al. 2007).

A existência de diversos tipos de parto cria uma maior variedade de escolha para a gestante, contudo, permitir que esta tenha o tipo de parto que mais deseja é uma tarefa inerente à humanização do mesmo.

Humanização do Parto

A humanização abrange diferentes aspectos referentes aos valores, às ideias, às práticas e intervenções dos profissionais de saúde, aos procedimentos técnicos adoptados, à comunicação inter-pessoal, etc. A humanização do parto abrange um conjunto de condutas, procedimentos e atitudes que visam a promoção de um parto e nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, fornecendo, portanto, bem-estar e segurança à parturiente (Ministério da Saúde, 2000 cit. in Mamede et al., 2004). De um modo geral, no que ao nascimento diz respeito, deve realçar-se a subjectividade que lhe está inerente, não apressando através de recursos tecnológicos o desenrolar próprio do processo.

O nascimento inserido na comunidade, com o envolvimento da família faz parte do repertório da história de vida da humanidade, no entanto, de dia para dia o recurso aos partos institucionalizados tem vindo a sofrer uma assunção progressiva tornando-se cada vez mais longínqua a possibilidade de recorrer ao parto humanizado.

O Movimento pela humanização do parto e do nascimento é um desdobramento do até então designado “*Ideário do parto sem dor*” iniciado em 1950 a partir das ideias de Dick-Read e Lamaze, obstetras preocupados que propuseram técnicas de forma a minimizar as dores de parto. A segunda geração do parto sem dor privilegiou a sexualidade da mulher, a participação do pai no nascimento, a valorização da individualidade do recém-nascido, e deu início à concepção do “casal grávido”, vendo a gestação e o parto como um projecto a dois.

De acordo com Parke (1996), cit. in Piccinini, (2004), as mudanças que ocorrem entre o casal durante a gravidez não são independentes, podendo inclusivamente desenvolver-se no companheiro o Síndrome de Couvade, no qual surgem sintomas físicos e psicológicos semelhantes aos da gestante.

O momento do parto possui uma conotação sexual, podendo até mesmo ser associado ao orgasmo (Leboyer, 1981; Odent, 1981; & Paciornick, 1984, cit. in Tornquist, 2002). De acordo com Paciornick, (1984), cit. in Tornquist, (2002), a capacidade orgástica da mulher está associado ao uso adequado dos seus músculos perineais, os mesmos que lhe permitem parir na posição acorçada, quando devidamente treinados. Segundo Odent, (1981) cit. in Tornquist, (2002), a mulher ao parir pode ter sensações semelhantes a um orgasmo devido à libertação da oxitocina, hormona do prazer.

Segundo (Capra, 1982 cit. in Leão & Oliveira, 2006), houve no ocidente a intrusão na medicina de uma elite profissional masculina em sectores tradicionalmente femininos, o que acabou por restringir às mulheres a privacidade e o direito ao atendimento humanizado. Humanizar o parto é obter o melhor de “dois mundos”, ao procurar o resgate do suporte social, emocional, afectivo e espiritual e se necessário, oferecer à parturiente o melhor da tecnologia existente nas instituições.

É frequente existirem resistências à humanização do nascimento, na medida em que este é um processo complexo e envolve grandes mudanças comportamentais. Deste modo, cabe a cada equipa de profissionais de saúde e a cada instituição, um papel específico neste processo. Assim sendo, o recurso a acções de sensibilização e consciencialização é bastante relevante, permitindo que mais facilmente se abandonem os padrões de atitudes e comportamentos que se encontram enraizados (Souza e Silva, 2008).

Ao longo dos tempos, tal como se pode verificar nos registos de protecção e respeito no Antigo Testamento, tem sido crescente a importância atribuída à gestante. Contudo, o mesmo não se verificou relativamente aos bebés, durante um longo período da história da humanidade. O infanticídio era uma prática comum, tolerada e praticada em segredo, camuflada sob a aparência de um acidente. Foi a partir desta prática que surgiram os primeiros elementos de protecção das crianças, nomeadamente os padres (tornando mais acessível a prática do baptismo) e os reformadores católicos (transmitindo informação que sensibilizava a população relativamente à protecção da vida). É neste período que surgem as parteiras, tendo como missão auxiliar a parturiente e assegurar a protecção do recém-nascido (Nascimento, 2003).

O conceito de família sofreu igualmente algumas alterações, nomeadamente no que concerne à união dos casais na família tradicional, até então baseada em laços de heranças e de legados e que passou a basear-se em laços de amor e afecto, que se consolidavam com o ritual de namoro. De acordo com Nascimento (2003), é no contexto familiar, social e cultural que se desenvolve o processo de maternidade, deste modo, a atitude da mulher face à

gravidez, assim como a importância que lhe é atribuída dependem dos mesmos. A rede familiar e social tecida à mulher grávida, passou a ser mais restrita à medida que se foi perdendo o contacto com a rede social na qual este se insere (mulheres experientes que forneciam apoio e suporte durante a gravidez, parto e pós-parto).

De acordo com a OMS (2001) cit. in Souza e Silva (2008), a parturiente tem vindo a perder o lugar de protagonista no trabalho de parto, submetendo-se a ordens e orientações sem as compreender, com o facto inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir. É precisamente por este motivo, que se torna crucial reflectir sobre o conceito de humanização do nascimento, procurando assim respeitar a dignidade e a liberdade da mulher, reconhecendo-a como condutora do seu próprio processo de parto, cabendo-lhe a decisão de escolha sobre como, onde e na companhia de quem deseja parir (Ministério da Saúde, 2000 cit. in Mamede, 2004).

Aspectos como uma relação assimétrica entre os profissionais de saúde e a gestante, locais e pessoas estranhas, exames vaginais frequentes, monitorização fetal contínua, impossibilidade de deslocamento e de ingestão de líquidos e sólidos, etc., fazem com que as mulheres se sintam menos confiantes nas suas capacidades, mais nervosas, tensas e com mais dor.

É extremamente importante prover suporte emocional à mulher em trabalho de parto, pois esta medida tem um impacto significativo na diminuição da dor, no recurso ao uso de medicação e anestésias, bem como na diminuição do tempo do trabalho de parto e do recurso a cesarianas. No entanto, o modelo utilizado nas instituições de saúde tem vindo a negligenciar os benefícios do nascimento por parto natural, tornando portanto necessário retomar a prática de um parto humanizado, que privilegie o bem-estar da parturiente, evite o recurso a técnicas invasivas, torne o ambiente o mais familiar possível para a parturiente, possibilite a presença de um acompanhante, bem como a escolha pela paciente da posição na qual se sente mais confortável para dar à luz.

Devem dotar-se os profissionais de saúde de técnicas de comunicação para com as gestantes, na tentativa de maximizar nascimentos saudáveis, promover a saúde perinatal, a relação custo-afectividade e o atendimento às necessidades e aos desejos da comunidade (OMS, 1985 cit. in Davim et al. 2001).

A relação entre a mulher e os profissionais de saúde é extremamente importante no momento do parto, na medida em que neste período as mulheres se encontram extremamente sensíveis, e não devem ser encaradas pelos profissionais de saúde como apenas mais uma

mulher que irá dar à luz, mas sim como uma pessoa com necessidades específicas num momento extremamente marcante da sua vida.

Ao efectuar um guia prático de assistência ao parto normal, a OMS, (1996) cit. in Mamede et al., (2004), efectuou uma revisão das práticas correctamente adoptadas no classificando-as em quatro categorias, nomeadamente: práticas úteis que devem ser estimuladas; práticas prejudiciais que devem ser eliminadas; práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para serem ou não recomendadas e sobre as quais devem ser efectuadas pesquisas; e práticas frequentemente utilizadas e modo inadequado.

Actualmente, no mundo ocidental contemporâneo, na sua maioria os nascimentos são conduzidos em hospitais, estando as mulheres apartadas do seu ambiente natural, da sua casa, da sua família, etc. Depois de um investimento tão pesado nas conquistas da ciência temos o dever de reavaliar a nossa postura e de verificar aquilo que realmente conquistámos. Para além de ser dada segurança às mulheres no momento do parto, deve poder ser-lhes fornecido o que ancestralmente possuíam e lhes foi retirado pela civilização contemporânea: o suporte, o apoio incondicional, o afecto, a parceria, a feminilidade, o calor, a autonomia, a alegria e a sensação de aconchego.

O trabalho de parto é um processo biológico muitas vezes encarado como sinónimo de dor. A preparação para esse momento é pois de extrema importância, na medida em que este constitui um dos pontos fundamentais da vida psicossocial da mulher e ao ser vivenciado com dor, angústia, medo e isolamento, pode conduzir a distúrbios psicológicos, afectivos e emocionais.

Preparação para o parto

A qualidade do trabalho emocional que a mulher recebe durante o trabalho de parto, o parto e imediatamente após este, é um factor vital que pode fortalecer ou enfraquecer os vínculos emocionais entre mãe e bebé (McGrath & Kennell, 1998).

A preparação para o parto permite a aquisição de conhecimentos sobre a gravidez, parto e o puerpério, auxiliando na criação de expectativas realistas, fornecendo maiores níveis de segurança e confiança que auxiliam na redução da dor e do mal-estar no trabalho de parto e partem e beneficiam as emoções positivas relativamente aos mesmos (Figueiredo et al., 2002; Hallgren, et al., 1995; McKey, 1990; Spiby et al., 2003 cit. in Costa, 2006).

A ausência de suporte familiar, em particular do companheiro e de figuras femininas significativas (familiares ou amigas), bem como a ausência de ajuda prática efectiva, estão na

gênese da depressão pós-parto (Nascimento, 2003). Alguns autores verificaram que o apoio e preparação durante a gravidez, assim como um aumento de informação, promovem um aumento do bem-estar da mulher no final da gravidez, evidenciando menor ocorrência de problemas do foro psicológico.

A eficácia dos programas pré-natais reside na forma como são transmitidas as informações, a duração do mesmo e a assiduidade das gestantes (Costa, 2006).

O Ministério da Saúde, (2000) cit. in Cardoso et al. (2007) reforça que a preparação para o parto quer seja de forma individual ou em grupo, deve ser baseada numa linguagem clara e compreensível de forma a elucidar a gestante sobre os cuidados gerais a ter durante este período, as alterações fisiológicas e emocionais que irão surgir, os cuidados a ter com o recém-nascido, a amamentação, o planeamento familiar e o envolvimento do companheiro.

O trabalho em grupo nos cursos de preparação para o parto deve promover a prática de exercícios físicos e respiratórios, de técnicas de relaxamento, a participação do companheiro e o diálogo interpessoal entre a gestante, o companheiro e os profissionais de saúde, permitindo assim a promoção de sentimentos de auto-confiança e bem-estar na gestante (Pavitra, 1995 cit. in Cardoso et al., 2007).

De acordo com Diniz & Duarte (2004) cit. in Cardoso et al., (2007) informações sobre as fases do trabalho de parto, tipos de parto e preparação para o parto conduzem a uma maior confiança e tranquilidade no que concerne a estes momentos. Segundo as mesmas autoras, a humanização do parto remete para conceitos de promoção de saúde que visam a autonomia, o respeito e a dignidade.

A complexidade que envolve o processo gravídico dificulta à mulher e até mesmo ao casal uma fácil compreensão do mesmo. Contudo, as possibilidades de trabalhar estes aspectos com a gestante são ilimitadas (Gomes & Guedes, 2004, cit. in Klein & Guedes, 2008). Segundo Silva, (2002) cit. in Klein & Guedes, (2008), a integração do “casal grávido” num grupo que esteja a atravessar este mesmo processo ou que já o tenha atravessado, possibilita uma melhor compreensão do mesmo e uma melhor identificação ao novo papel social que irá ser adquirido. Como afirma Campos (2002) cit. in Klein & Guedes, (2008), pessoas reunidas em torno de uma situação comum se sentiam imediatamente identificadas.

De acordo com Graça et al. (2000) cit. in Klein & Guedes, (2008), existem algumas vantagens nos grupos de suporte a gestantes, nomeadamente o facto de estes providenciarem um espaço continente de conteúdos e angústias, fornecendo suporte emocional, bem como possibilitando a reflexão sobre as experiências emocionais, ideias e sentimentos das gestantes. Quando mais oportunidades as grávidas tiverem de falar sobre a percepção do que vão

sentindo nas suas modificações, mais aumentam as suas hipóteses de adaptação (Zimmerman & Osório, 1997 cit. in Nascimento, 2003).

A preparação para o parto, de acordo com uma perspectiva de atendimento humanizada à mulher e ao “casal grávido” pode ser feita através de cursos de yoga e exercícios físicos (respiração e relaxamento) (Teixeira, 1999 cit. in Cardoso et al. 2007).

A presença do companheiro em grupos de apoio à gravidez e preparação para o parto é fulcral, na medida em que lhe fornece confiança para assegurar o bem-estar da mulher durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto (Sartori, et al., 2004 cit. in Oliveira, 2009). Ao sentir-se mais confiante para apoiar a parturiente, a sua presença no momento do parto será de extrema importância.

Presença de um acompanhante no momento do parto

Vários estudos têm sido feitos na tentativa de avaliar os benefícios da presença do companheiro ou de uma figura de suporte durante o momento do parto. De acordo com os estudos de Brazelton, (1981); Cranley, Hedhal, & Pegg, (1983), cit. in Pacheco, (2005), a presença do pai ou de uma figura de suporte durante o parto tem efeitos muito positivos no bem-estar físico e emocional da mulher. Tal também se verifica nos partos por cesariana, tal como foi verificado nos estudos de Marut & Mercer, (1979); Gainer & Van Bonn, (1977) cit. in Pacheco et al. (2005).

O parto para o homem constitui um momento de fortes emoções onde surge a oportunidade de aproximação directa ao bebé. Contudo, apesar dos profissionais da área de saúde discutirem que a assistência à mulher é direccionada para uma visão holística que inclui aspectos emocionais, sociais e familiares, poucas são as instituições onde a presença de um acompanhante é valorizada e facilmente permitida (Nakano, 1994 cit. in Davim, 2001). Esta presença não só é importante para a parturiente como também para o acompanhante, na medida em que este se sente útil ao prestar apoio e ao participar no parto. Assim sendo, mesmo que as normas e as condições físicas das instituições não sejam as mais adequadas, devem ser contornadas como uma preparação prévia, não devendo simplesmente negar ao acompanhante este direito (Ferraz, 1986 cit. in Davim 2001).

A presença do companheiro ou de outra pessoa significativa para a mulher no momento do parto, tal como ver e poder tocar no bebé imediatamente após a expulsão, são dois dos aspectos mais valorizados pela mulher e considerados por ela como determinantes para uma boa experiência do momento do parto (Cranley et al., 1983 cit. in Pacheco et al.,

2005). Para o companheiro estar presente no momento do parto fortalece os laços familiares bem como o sentimento de estar apto a exercer o seu papel de pai, mesmo antes do nascimento (Kmecik, et al. 2003, cit. in Oliveira, 2009).

A gravidez permite ao companheiro preparar-se para o novo papel que deverá assumir após o nascimento do bebé. Este período comporta algumas características específicas para o companheiro, tais como: a elaboração de fantasias e sentimentos e a revisão da sua própria infância e dos papéis parentais (Brazelton,1988; Levy-Shiff & Israelashvili, 1988, cit. in Piccinini et al., 2004).

Segundo Diniz, (2003) cit. in Oliveira, 2009), o companheiro também tem direitos nos serviços de saúde, tais como: participar no pré-natal, estar informado acerca da evolução da gravidez e ter a possibilidade de esclarecer todas as dúvidas que possam surgir nesse período. Estar presente no momento do parto é uma forma do companheiro se sentir incluído no processo de geração da vida que ocorre no interior do corpo da mulher (Bertsch et al., 1990, cit. in Carvalho, 2003).

Apesar de poucos, alguns estudos têm sido feitos sobre a presença do companheiro na sala de parto e os resultados revelam que existe quer para a parturiente quer para o companheiro uma grande satisfação. Esta experiência reforça o significado da vida conjugal e é para o companheiro, vivida de uma forma bastante emocionante (Bertsch et al., 1990; Chalmers & Meyer, 1996; Chapman, 2000; Espírito-Santo et al. 1992; Szeverényi et al., 1998; Unbehau, 2000 cit. in Carvalho, 2003).

A participação dos companheiros no parto aproxima o ambiente institucional do ambiente familiar constituindo um desafio e uma necessidade de criar uma assistência atenta à qualidade do nascimento numa perspectiva que respeite a vida humana. No estudo de Carvalho, (2003) que procurou conhecer a importância de presença dos companheiros num trabalho de parto e parto, foram encontrados alguns factores que a dificultam, nomeadamente: a falta de privacidade, a má qualidade da informação sobre o direito a um acompanhante, as motivações do casal e as representações do parto e de paternidade entre os profissionais de saúde.

O local onde irá decorrer o parto deve ser uma questão de escolha pessoal, no entanto, devem existir sempre as condições essenciais ao nascimento, tornando-o seguro e indicado. Sempre que estes aspectos não se verificarem, cabe à gestante o bom senso de reconhecer que o ideal será recorrer ao parto institucionalizado (Medeiros, 1986 cit. in Davim, 2001). É então fundamental, que a gestante receba por parte de profissionais devidamente qualificados,

assistência e informação relativamente ao parto domiciliário e às possibilidades de aproximar o ambiente institucional do ambiente domiciliário.

É precisamente no contexto do apoio provido à gestante que surge o conceito de doula.

Doulas

“É necessário aceitar a premissa de que o momento do trabalho de parto é de uma sensibilidade única para os factores ambientais e que os acontecimentos e interacções que ocorrem durante este período, têm consequências psicológicas intensas e duradouras. Poucas experiências da vida se aproximam à do nascimento em relação ao nível de stress, ansiedade, dor, esforço e desordem emocional.”

(Wolman, et al., 1993, cit. in Leão & Bastos, 2001)

Ao longo dos tempos as mulheres em trabalho de parto eram auxiliadas por outras mulheres (familiares, amigas ou parteiras), consideradas experientes pela sua idade e pelo facto de já terem sido mães. Em algumas pinturas egípcias a mulher em trabalho de parto encontrava-se acompanhada, entre outras, por duas pessoas (a que se encontrava atrás dela, cuja função era segurá-la e massajá-la de forma a promover a expulsão e a que se encontrava à frente, aguardando o momento da expulsão de forma a poder auxiliar) cujo papel era fundamental. Foi este trio (parturiente e ajudantes) que com algumas variantes posicionais formou a imagem típica associada ao momento do parto, em praticamente todos os lugares do mundo (Barbaut, 1990).

As parteiras desempenhavam um papel fundamental no momento do parto. Ao ter noção da facilidade que estas tinham em conhecer diversos locais e pessoas, a igreja tentou controlá-las, exigindo-lhes que desempenhassem as suas profissões apenas se fossem católicas e sobre juramento, de forma a estarem aptas a recitar fórmulas para assegurar o baptismo do recém-nascido caso tal fosse necessário.

Por outro lado, as parteiras passaram a ser consideradas como feiticeiras, cujo objectivo não era assegurar o êxito do parto, mas sim praticar abortos seguidos por uma série de rituais previamente estabelecidos com o demónio. Contudo, as mulheres preferiam ser auxiliadas por estas do que por médicos, mesmo correndo o risco de morrer no parto, isto porque se encontrava fortemente implantada a ideia de que tal era desonesto, indecente e desprezível, podendo inclusivamente levar a mulher a perder algumas virtudes, tais como: o

pudor, a pureza, a fidelidade do casamento, o bom exemplo e o espírito do sacrifício (Barbaut, 1990).

Com o processo de institucionalização e medicalização do parto no início do século XIX, este deixou de ocorrer em ambiente íntimo e familiar, onde incluía a presença de outras mulheres que ofereciam apoio à parturiente, passando a ocorrer em locais estranhos com pessoas desconhecidas. Com esta alteração algumas das práticas utilizadas durante o parto foram desautorizadas, tais como: a posição vertical durante o segundo estágio, o constante apoio de familiares e amigos durante o trabalho de parto, a assistência domiciliar ao parto e o contacto contínuo entre pais e bebé após o nascimento (Leão & Bastos, 2001).

De acordo com Hodnett, (2005) cit. in Brüggemann, (2005), a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto varia consoante o contexto social, a legislação do país e sobretudo a filosofia da instituição. Assim, em alguns locais, esta presença é estimulada e noutros é condicionada.

De acordo com Leão & Bastos (2001), o apoio durante o parto, também denominado por suporte intraparto, pode ser realizado tanto por profissionais do serviço (enfermeiras, parteiras), como por doulas. Desde a antiguidade as mulheres eram rodeadas por outras mulheres no momento do parto, uma das quais, a parteira, era a responsável pela segurança da mulher e do bebé nos aspectos técnicos e operacionais, e as outras mulheres que confortavam a mulher posicionando-se ao seu lado ou atrás dela, eram as doulas. Pode entender-se então, a doula moderna como uma representação ancestral da figura desta mulher ao lado da nova mãe.

Doula é uma palavra de origem grega que significa mulher servente ou escrava, historicamente usava-se este termo para definir a pessoa que assistia a mulher no domicílio após o parto, cuidando dela e do bebé e auxiliando nas actividades domésticas. Actualmente, o conceito de doula refere-se à mulher que interage e auxilia a mulher durante o período perinatal e pós-natal. Segundo Leão & Bastos, (2001), uma doula é uma mulher que auxilia a mulher durante o período perinatal, na gravidez, no trabalho de parto e na amamentação.

A primeira vez que a palavra doula surgiu foi com a seguinte definição: *“Um ou mais indivíduos, na sua maioria mulheres, que fornecem apoio psicológico e assistência física às recentes mães”* (Raphael, D., 1973 cit. in Klaus et al. 2002).

Ao longo do tempo tem-se vindo a verificar uma maior aceitação do trabalho das doulas na assistência à maternidade, devido a um maior reconhecimento da contribuição do trabalho por elas prestado no aumento do bem-estar emocional de mães e bebés. Contudo, ser

doula implica o cumprimento de uma série de requisitos que são imprescindíveis para a sua certificação.

Certificação

Nos Estados Unidos da América assim como em Portugal, há dois tipos de doulas, as que actuam durante o trabalho de parto e o parto, denominadas “*birth doula*” ou doula de parto e as que actuam após o nascimento, denominadas “*postpartum doula*” ou doula de pós-parto. Em qualquer um dos casos nos EUA, as doulas necessitam de pertencer à Associação das Doulas da América do Norte (DONA), onde se exige que cumpram um código de ética e normas de conduta. Caso os pais ou a equipa profissional acharem que houve incumprimento por parte da doula de algum dos padrões exigidos pela DONA, é possível a punição da mesma.

Segundo Gilliland (2002), na América do Norte uma doula tem que ser certificada por uma entidade reconhecida e para o ser necessita de efectuar leituras e assistir a aulas sobre o parto, fisiologia da mulher, terminologia médica, medicação para a dor, entre outras, para além de realizar um estágio onde observa a actuação de outras doulas. No final, após actuar em inúmeros nascimentos é sujeita a uma avaliação por outras doulas, pelas puérperas e pela restante equipa.

Actualmente existem em Portugal cerca de cinquenta doulas a trabalhar para a Associação de Doulas de Portugal, no entanto já se encontram certificadas por esta, mais de cento e vinte doulas. A certificação de uma doula por esta associação, exige o cumprimento de uma série de pré-requisitos nomeadamente: ser sócio da mesma; participar numa acção de formação inicial de doula (promovida pela associação) com a duração mínima de 36 horas; elaborar um texto de auto-reflexão sobre o papel da doula; subscrever o código de conduta e da filosofia das Doulas de Portugal; participar num seminário prático de um dia promovido pela associação; apresentar três cartas de referência de acompanhamentos pré-parto, parto e/ou pós-parto efectuados após a participação na formação de doula; e participar numa entrevista (<http://www.doulasdeportugal.org/pt/home>).

Nas acções de formação inicial para doulas são abordados temas de particular interesse, tais como: fisiologia do nascimento; primeiros socorros em obstetrícia; uso da água durante o parto; ecografias; partos induzidos; a presença do pai durante o nascimento; vida fetal; nutrição durante a gravidez; consequências a longo prazo do modo como decorre o

parto; informação benéfica ou prejudicial na gravidez; amamentação e o papel da doula em Portugal.

A certificação de doula tem a validade de três anos e a renovação da mesma deverá ser solicitada à Direcção da Associação Doulas de Portugal, no final deste período. Para ser concedida a renovação da certificação por período idêntico, a doula deve apresentar comprovativos de um mínimo de dois acompanhamentos por ano com acordo e cartas de referência e um mínimo de seis horas por ano de formação nesta área, reconhecida pela Associação Doulas de Portugal.

A vinculação de uma doula com o serviço de saúde difere de acordo com a realidade assistencial, se em alguns casos o serviço pode ser feito de forma voluntária, na maioria das vezes os custos são arcados pela parturiente (Hodnett, 2005; Leão et al., 2001; & Silva, 2004, cit. in Brüggemann, 2005).

Para além dos aspectos burocráticos necessários para se ser doula, é fundamental salientar a importância das suas funções.

Funções

De acordo com (Nolan, 1995 cit. in Leão & Oliveira, 2006), a doula tem como principais funções: apoiar a parturiente e o seu acompanhante, esclarecer todas as questões referentes à evolução do trabalho de parto, aconselhar as posições mais confortáveis durante as contracções, promover técnicas de respiração e relaxamento, encorajar, tranquilizar e ainda oferecer apoio psicológico.

Quando uma doula acompanha uma mulher no momento do parto deve: reconhecer a importância desse momento para a mulher, bem como compreender as necessidades da mesma; fornecer assistência, apoio emocional, medidas de conforto físico, informações; facilitar a comunicação interpessoal entre a parturiente e o acompanhante e também para com os profissionais de saúde, tentando tornar a experiência do parto o mais agradável possível.

Para além do apoio prestado à mulher, a doula também apoia a família, para que esta possa estar informada a respeito de todos os procedimentos do trabalho de parto e das diferentes opções existentes para a realização do mesmo. Deste modo, o papel crucial da doula é o de promover a reafirmação emocional contínua e o conforto, isto é, os aspectos não médicos dos cuidados durante o processo de nascimento, ou seja, os cuidados individualizados baseados nas necessidades específicas de cada mulher, uma vez que esta necessita de reafirmação consistente e contínua, encorajamento, conforto e respeito, para além

dos cuidados obstétricos modernos e do amor e companhia oferecido pelo acompanhante (DONA, 1992).

Durante a gravidez, sobretudo no 3º trimestre, as expectativas da mulher estão centradas no momento do parto e na forma como este irá decorrer. À medida que se vai aproximando surge uma dicotomia de pensamentos e emoções, se por um lado o casal idealiza, na sua maioria, uma experiência vivida a dois, uma música de fundo, um trabalho de parto sem interrupções, com possibilidade de desfrutar de um tempo idílico e calmo com o bebé, por outro lado, têm medos e preocupações com a dor, a perda de controlo, ou qualquer tipo de complicações que possam surgir. É por este motivo que segundo Klaus et al. (2002) quer as mulheres quer os acompanhantes necessitam de suporte emocional e de apoio durante o parto.

Se por um lado a mulher necessita de sentir por parte do acompanhante carinho, amor, responsabilidade e uma partilha da experiência íntima que é parir, por outro lado, o acompanhante com o seu forte desejo de se sentir útil para a mulher acaba por ser influenciado por esta partilha de sentimentos e emoções, tornando-se difícil permanecer calmo. O papel da doula é então aqui crucial, servindo por um lado como modelo à mulher, pela experiência que possui e por outro lado tranquilizando o acompanhante, auxiliando-o a sentir-se útil para a parturiente (Klaus et al., 2002).

De acordo com Hodnett, (1996) cit. in Leão & Oliveira, (2006) a assistência à parturiente durante o trabalho de parto deve abranger as seguintes categorias: suporte emocional (consiste na presença física e na transmissão de palavras de encorajamento e tranquilização); medidas de conforto físico (com o objectivo de diminuir os desconfortos como a dor, a fome e a sede, através de massagens e de compressas frias); suporte de informações (orientar, instruir e aconselhar a parturiente); suporte às decisões (garantindo que a parturiente tem um papel central e que dentro do possível tudo será feito de acordo com a sua vontade); e suporte ao acompanhante (tranquilizando-o e elucidando-o de todos os procedimentos).

De acordo com Perez, (1997) cit. in Klaus, (2002) existem cinco categorias de medidas de conforto providas pela doula à mulher em trabalho de parto, nomeadamente: acções e comportamentos que fornecem suporte emocional e psicológico; actividades mentais que focam a atenção em imagens relaxantes dispersando o pensamento da dor; actividades físicas tais como: respiração, exercícios de relaxamento muscular, mudanças de posição, recurso à água, etc.; toque, que engloba massagens, diferentes tipos de pressão, etc.; e por último, actividades rítmicas, tais como: música, dança, etc. Com o auxílio destas medidas de

conforto, a mulher sentir-se-á apta a lidar com as contracções de uma forma livre, compreendendo todo o processo pelo qual está a passar, ganhando assim noção da força, determinação e coragem que reside em si.

A doula é uma presença fundamental no momento do parto, contudo as suas funções sofrem algumas alterações quando o parto é institucionalizado.

O papel da doula no parto institucionalizado

O nascimento pode ser encarado segundo duas perspectivas diferentes, por um lado como um acontecimento fisiológico normal e por outro como um evento médico. Na primeira perspectiva, o trabalho de parto ocorre no domicílio e segue um curso natural, as mulheres são informadas pelas doulas do que esperar, recebem indicações para permanecerem relaxadas, para beber e comer (refeições leves) se assim o desejarem, descansar e distraírem-se. À medida que o trabalho de parto se intensifica, são aconselhadas a permanecer tranquilas através de uma série de medidas de conforto, tais como: relaxamento, visualização, massagens, mudanças de posição, banhos, etc.

Na segunda perspectiva, quando o parto é institucionalizado é encarado como um evento médico que comporta alguns perigos, sendo marcado antecipadamente na sua maioria para um dia que varia entre segunda e sexta-feira. As mulheres cujo trabalho de parto se inicia em casa, são encorajadas a dirigir-se ao hospital o mais rapidamente possível e ao chegarem são monitorizadas, impedidas de caminhar, de beber e comer e mal haja ruptura das membranas, é-lhes administrada uma primeira epidural e uma dose de pitocina para aumentar as contracções. Vários estudos têm sido efectuados na tentativa de demonstrar as consequências dos procedimentos médicos no momento do parto e os resultados demonstraram que há um aumento da taxa de cesarianas e de episiotomias.

Durante os últimos 25 anos alguns autores têm vindo a estudar os benefícios de existir no parto institucionalizado um acompanhamento provido por outras mulheres à parturiente durante o trabalho de parto e de acordo com Scott et al., (1999) cit. in Klaus et al., (2002) um suporte contínuo durante o parto por parte de uma pessoa especializada é sempre extremamente benéfico para a mulher.

Quando a doula está presente no parto institucionalizado, a parturiente é encorajada a caminhar de forma natural, a parir sem epidural e a recorrer ao menor número de administração medicamentosa para alívio da dor. Nestes casos, segundo diversos estudos, as episiotomias ocorrem em número bastante reduzido e a maioria das mulheres têm um parto

eutócico, o que se traduz num trabalho de parto sem intervenções (Enkin et al., 2000 cit. in Klaus, 2002). Durante a gravidez e o parto o corpo produz hormonas (endorfinas - cuja função é relaxar e minimizar as dores; oxitocina – cuja função é desencadear as contracções), contudo essa produção está profundamente relacionada com as emoções. Deste modo, ao sentir-se confiante, a mulher estará apta a produzi-las. Com a sua experiência, a doula terá a capacidade de compreender se nesse momento a mulher necessita da sua presença ou se prefere ficar em total privacidade.

Os estudos qualitativos de Ratto, (2001); & Florentino, (2003) cit. in Brüggemann, (2005), revelaram que inicialmente os profissionais de saúde rejeitam a presença de acompanhantes no momento do parto, contudo, após prestarem assistência na presença de um acompanhante, passam a considerá-la positiva.

De acordo com Klaus et al. (2002), os esforços de uma doula no parto institucionalizado tornam-se mais efectivos quando o seu trabalho é reconhecido e respeitado pelos profissionais de saúde. O sucesso do seu trabalho depende da sua capacidade de integração nas equipas hospitalares, deste modo, quanto mais conhecimentos tiver acerca da instituição, mais útil será para os futuros pais. Uma doula com experiência torna-se reconhecida, respeitada e encarada como alguém que consegue compreender e interpretar as necessidades e os desejos da mulher, e transmiti-los quando necessário, à equipa hospitalar.

Caberá à doula conhecer a enfermeira-chefe da instituição onde se irá realizar o parto, isto é, estar apta a participar em todo o processo, bem como ter conhecimento de todos os procedimentos da instituição durante o parto e o pós-parto. O papel de uma doula no parto institucionalizado pode ser encarado como a “ponte de ligação” entre a parturiente e o seu acompanhante e a equipa hospitalar.

Em suma, o papel da doula no parto institucionalizado é fazer com que ele decorra o mais naturalmente possível, respeitando sempre as advertências efectuadas pelos profissionais de saúde. Na impossibilidade de se realizar o parto de forma natural, a doula deve fornecer à parturiente todas as explicações, conforto e calma para que todo o processo de desenrole da melhor maneira possível. Se eventualmente surgir necessidade de recurso a cesariana, a doula deve auxiliar a parturiente a reconhecer o período durante o qual estão a ocorrer contracções, colocando as mãos da mesma sobre o abdómen para que ela as possa sentir. Caso o parto não decorra com a rapidez desejada a doula deve tomar medidas de forma a acelerá-lo, através de medidas específicas, tais como: mudanças de posição; etc.

Em estudos com mais de 5000 mulheres onde se comparou a influência da presença de uma técnica especializada (doula) no momento do parto, conclui-se que com a presença das

doulas, o trabalho de parto decorreu com maior rapidez, o número de cesarianas diminuiu em cerca de 50%, a administração de medicação para a dor foi bastante mais reduzida, entre uma série de outros benefícios.

Torna-se importante salientar que nos partos institucionalizados deveriam ser revistas condutas que fossem ao encontro das necessidades reais das parturientes, estando mais próximas das suas expectativas. A doula contribui em muito para a humanização do parto, procurando individualizar a assistência e devolver à mulher o papel de protagonista neste momento (Kruno et al.,2004).

Como protagonista, a mulher deve ter o poder de decisão sobre a presença ou não de um acompanhante no momento do parto. Qualquer que seja a vontade da mulher, a doula tem um papel que lhe é próprio e que em nada interfere com o papel desempenhado pelo acompanhante.

O papel da doula na presença do companheiro

“ (...) Pedir aos companheiros para serem os principais auxiliares durante o trabalho de parto e o parto é como pedir-lhes que joguem numa equipa de futebol profissional após terem lido muito sobre o assunto mas sem qualquer tipo de prática em campo”.

(Klaus et al. 2002)

A presença de um acompanhante mesmo que escolhido pela parturiente apenas pode ser considerada como suporte se este receber por parte de um profissional especializado (doula), informações sobre como fornecer conselhos, medidas de conforto físico e emocional e outras formas de apoio à parturiente (Enkin, 2005; & Hodnett, 2002; cit. in Brüggemann, 2005).

Para a maioria dos acompanhantes a sala de partos do hospital é um local estranho, com cheiros e sons diferentes, incluindo os gritos das mulheres que estão a parir no momento. Para além de tudo isto as mudanças que ocorrem na mulher neste período, intensificam ainda mais a ansiedade sentida, acabando por aumentar a dúvida do comportamento a ter, do que fazer, de onde estar, etc. No fundo, não interessa o quão experiente é o companheiro no que concerne ao momento do parto, pois não consegue distanciar-se o suficiente de toda aquela fusão de sentimentos e permanecer calmo para auxiliar a parturiente no que for necessário.

Apesar da presença do companheiro no momento do parto ser extremamente importante, deve-se salientar que para alguns esta vivência pode ser traumática. Deste modo, a sua participação não deve ser encarada como uma prescrição, mas sim como um convite, cuja decisão deve ser respeitada e apoiada quer pela equipa de profissionais de saúde, quer pela doula quer pela parturiente (Piccinini, et al., 2004).

É extremamente importante salientar que na maioria das instituições o acompanhante é constantemente solicitado a sair da sala de partos para que sejam efectuados procedimentos médicos, tais como exames vaginais, administração de epidural, etc. Deste modo, a presença da doula revela-se crucial, na medida em que o acompanhante nunca é deixado sozinho, conseguindo permanecer mais calmo ao saber que tem a seu lado uma pessoa experiente e com a qual poderá contar para esclarecer todas as suas dúvidas. Para melhor compreender os papéis desempenhados pela doula e pelo acompanhante no momento do parto, foram efectuados estudos que registaram e gravaram os seus comportamentos durante todo este processo.

Os estudos de Bertsch et al. (1990) cit in Klaus et al. (2002) compararam o comportamento dos companheiros sem a presença das doulas e o comportamento das doulas sem a presença dos companheiros na 1ª e na última hora do trabalho de parto, apenas quando a mulher se encontrava instável ou com contracções. Os resultados obtidos demonstraram que as doulas estiveram próximas da parturiente mais de 95% do tempo e os companheiros apenas 20%. Outro dos resultados obtidos no estudo, demonstrou que na hora inicial os companheiros estiveram presentes no quarto com a mulher cerca de 78% do tempo e no final cerca de 95% do tempo, ao passo que as doulas permaneceram no quarto ao lado da mulher 100% do tempo quer na hora inicial quer na hora final. Quando a doula está presente no momento do parto, o companheiro mostra-se bastante mais disponível para apoiar e acariciar a parturiente (Bertsch et al., 1990 cit. in Klaus et al., 2002).

Os estudos de Brooks et al. (1995) cit. in Klaus et al (2002) compararam o comportamento de onze pais pela primeira vez, com o comportamento de onze amigas das parturientes e verificaram que no momento em que as contracções são mais intensas, os acompanhantes tendem a afastar-se ou a permanecer onde estão, ao passo que as amigas tendem a aproximar-se, a aumentar o contacto físico e a fornecer palavras de conforto, coragem e incentivo à parturiente.

Os estudos de Henneborn, et al (1975); & Scott et al. (1976) cit. in Klaus et al (2002) demonstraram que a presença do acompanhante no momento do parto reduz

significativamente o pedido de administração de medicação para a redução da dor pelas parturientes.

Outros estudos, nomeadamente os de Kennell et al (1993) cit. in Klaus et al (2002), compararam o apoio fornecido à parturiente pelos acompanhantes quando estes estão ou não na companhia de uma doula. As conclusões dos estudos demonstraram que na presença de ambos, a percentagem de cesarianas foi de 14.2%, ou seja, inferior à percentagem obtida na ausência da doula (22.5%). A percentagem de anestésias epidurais aplicadas na presença de ambos foi de 68%, ao passo que na ausência da doula foi de 77%. Nestes estudos, quer os acompanhantes quer as parturientes relataram que a presença da doula durante o trabalho de parto e o parto foi bastante valiosa, chegando até a afirmar que sem a doula não teriam conseguido suportar todo este processo.

De acordo com Klaus et al. (2002) as parturientes e os acompanhantes necessitam de compreender os diferentes tipos de suporte que têm disponíveis durante o momento do parto, para seleccionarem o que mais se adequa à sua situação. De acordo com o mesmo autor, um acompanhante nunca conseguirá ocupar o lugar de uma doula no apoio prestado à parturiente, assim como a doula também não conseguirá ocupar o lugar do acompanhante. A doula tem que ser sensível à relação do casal, percebendo o tipo de interacção que existe entre eles no momento do parto, procurando sempre interagir com ambos apenas quando tal for necessário.

Num momento mais avançado do trabalho de parto é natural que quer a mulher quer o acompanhante pensem que não conseguem suportar todo aquele processo, pelo que é fundamental que a doula auxilie a mulher a respirar perante a presença das contracções mais fortes e promova para ambos palavras de incentivo, calma, conforto e coragem.

Uma doula experiente sabe quando deve marcar fortemente a sua presença mas também sabe quando deve permanecer distante, observando o natural desenrolar dos acontecimentos. Os seus conhecimentos permitem-lhe manter a calma e ser útil durante todo o processo, tornando a sua presença realmente gratificante e significativa. Por todos os aspectos referidos anteriormente, são claros os benefícios inerentes à presença da doula.

Benefícios

Ao longo dos últimos dez anos os benefícios do suporte providenciado por uma doula têm sido estudados por diversos autores, na tentativa de verificar até que ponto o suporte emocional e físico providenciado por uma pessoa experiente durante o parto se relaciona com algumas variáveis tais como: o tempo que demora o trabalho de parto, o recurso a medicação

para diminuição da dor e outras intervenções obstétricas, o bem-estar do bebé e o comportamento da mãe. Os resultados destes estudos têm vindo a demonstrar que existem bastantes vantagens neste tipo de suporte.

Os estudos de Scott et al. (1999) cit. in Klaus, (2002) compararam um grupo de mulheres que tiveram a presença constante das doulas, com outro em que as doulas estavam constantemente a abandonar a sala de partos. Os resultados demonstraram que no primeiro grupo os pedidos para receber anestesia foram inferiores em 31% e que houve um decréscimo de 50% no recurso à oxitocina para estimular o parto, indicando deste modo que o suporte contínuo por parte de uma doula é bastante benéfico.

Os estudos de Sosa et al. (1980) cit. in Klaus, (2002) realizados na Guatemala compararam dois grupos de parturientes com o mesmo tipo de rotinas hospitalares (não receberam oxitocina, nem fizeram cesariana) no momento do parto, no entanto, um dos grupos teve suporte contínuo de uma doula e o outro não. Os resultados demonstraram que no grupo com suporte contínuo o trabalho de parto demorou em média 9 horas, ao passo que no outro grupo, demorou em média 19 horas. Uma das limitações deste estudo é que no grupo com suporte contínuo, as parturientes tinham em média uma dilatação de 1.9 cm, ao passo que no grupo sem suporte estes valores rondavam os 1.5cm, o que pode explicar alguma da diferença de tempo existente no trabalho de parto.

Os benefícios a longo prazo da presença de uma doula no momento do parto também foram alvo de estudo. Os resultados dos estudos de Sosa et al. (1980) cit. in Klaus, (2002) revelaram que as mulheres que tinham sido acompanhadas por doulas no trabalho de parto, mostravam a longo prazo uma relação mais afectuosa com os seus bebés. De um modo geral, a presença da doula traduz uma maior sensibilidade da mãe às necessidades do bebé, aquilo a que Winnicott chamou de "*preocupação maternal primária*".

Os diversos autores efectuaram uma meta-análise dos seus estudos e os resultados da mesma foram calculados em conjunto obtendo-se os seguintes resultados: a presença da doula reduziu em cerca de: 45% as cesarianas, 25% a duração do trabalho de parto, 50% o uso de oxitocina, 31% o recurso à medicação para o alívio da dor, 34% o recurso a fórceps e entre 10% e 60% os pedidos de recurso a epidural.

Outros estudos nomeadamente os de Hofmeyr et al. (1991) cit. in Klaus et al. (2002), que compararam dois grupos de parturientes um com suporte de uma doula e outro sem suporte, demonstraram que na presença de uma doula as mulheres revelam sentir menor intensidade de dor durante o trabalho de parto e nas 24 horas seguintes. Não foram encontradas diferenças significativas no que concerne à ansiedade dos dois grupos antes do

parto, contudo, nas 24 horas seguintes os níveis de ansiedade do grupo com suporte eram inferiores.

Relativamente ao tempo passado com os recém-nascidos o grupo sem suporte passou menos tempo (1.7 horas) em comparação às 6.6 horas do grupo com suporte. Estes resultados demonstram que a presença da doula aumenta o interesse e a possibilidade da mãe interagir com o seu bebé. No que concerne à amamentação, o grupo com suporte apresentou muito menos dificuldades (16%) em contraste com o grupo que não teve suporte (63%). Estes resultados demonstram que a presença e o suporte da doula apresentam benefícios bastante significativos a este nível.

Os estudos de Wolman et al. (1993) cit. in Klaus (2002) demonstram que a presença da doula está relacionada com a diminuição dos níveis de ansiedade, de sinais de depressão e com maiores níveis de auto-estima. O grupo que não teve suporte teve índices de ansiedade de 40%, auto-estima 59% e depressão 23%, valores que contrastam com os do grupo que teve suporte, apresentando níveis de ansiedade de 28%, auto-estima 74% e depressão 10%. Estes resultados demonstram que a presença da doula se correlaciona com a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão e com o aumento da auto-estima, provavelmente devido ao facto do suporte providenciado pelas doulas permitir que as mulheres se encontrem bastante mais elucidadas e preparadas do que as restantes. Outro estudo do mesmo autor revela que a presença de uma doula faz com que as mulheres sintam que o trabalho de parto teve um impacto positivo nos seus sentimentos enquanto mulheres bem como na sua performance e força.

O facto de uma doula se centrar única e exclusivamente nas expectativas e vontades da parturiente e do seu acompanhante, auxiliando-os a ter um parto seguro e gratificante conforme a sua vontade, sem descuidar os riscos e os benefícios que acompanham as intervenções, são alguns dos aspectos que tornam o seu papel verdadeiramente importante.

Segundo Klaus et al, (2002) o primeiro momento do trabalho de parto decorre de uma forma mais rápida para maioria das mulheres quando estas se encontram num ambiente que lhe seja familiar e quando têm oportunidade de: deambular (durante o período que precede a ruptura das membranas), tomar um banho de imersão, mudar de posição a cada trinta minutos, beber líquidos e comer alimentos leves, bem como urinar com frequência. Todos estes procedimentos devem ser efectuados na companhia da doula e do acompanhante e auxiliam bastante na fase inicial do trabalho de parto.

É extremamente importante quer no parto domiciliado quer no parto institucionalizado, que a doula verifique as condições físicas do local, tais como: a temperatura, os sons, os

odores, o espaço, etc. Deste modo as necessidades que possam surgir inesperadamente por parte da parturiente poderão ser atendidas muito mais rapidamente. Ao longo dos diferentes momentos do trabalho de parto as necessidades e as preferências da mulher variam num curto período de tempo, assim sendo, a doula deve verificar de forma contínua se as mudanças efectuadas estão ou não a ser benéficas no decorrer deste período.

Por vezes quando o parto é institucionalizado a doula deve tentar aproximar o espaço físico o mais possível de um ambiente que seja familiar à parturiente (alguns objectos pessoais, música, etc.). Devem ter-se sempre em atenção as tradições culturais, as emoções, as barreiras linguísticas, etc., tentando o mais possível responder de forma empática às necessidades da parturiente.

A deambulação é fundamental no trabalho de parto, a parturiente deve procurar fazer caminhadas, danças suaves, movimentos na bola de parto, balanceamentos, apoiar-se sobre o companheiro ou sobre a doula, etc., uma vez que todas estas mudanças de posição auxiliam na progressão do trabalho de parto (Fenwick, et al., 1987 & Roberts et al., 1999 cit. in Klaus et al., 2002).

O toque também é crucial neste período, havendo diferentes tipos de toque cada um deles com finalidades distintas, nomeadamente: os toques médicos (verificação do útero, da dilatação, etc.), os toques de conforto e alívio da dor (as massagens são bastante úteis na redução da dor, pois libertam oxitocina para o cérebro produzindo uma maior sensação de calma (Brogen et al, 1995 cit. in Klaus et al., 2002), pressão efectuada na zona lombar, etc.) e os toques de incentivo e encorajamento (segurar nas mãos, abraços, etc.).

Campero, et al. (1998) cit. in Leão & Bastos, (2001), efectuaram o primeiro estudo qualitativo com o objectivo de comparar os sentimentos das mulheres durante o trabalho de parto quando tinham suporte de uma doula e quando este tipo de suporte não existia. O estudo foi efectuado através de entrevistas realizadas às mulheres, aos profissionais de saúde e às doulas e também da observação das interacções entre eles e os resultados revelaram que o grupo com suporte expressava melhor os seus sentimentos e possuía um melhor controlo e auto-percepção sobre o trabalho de parto. Assim sendo, os autores concluíram que as actividades desenvolvidas pelas doulas são necessárias durante a assistência obstétrica pois contribuem para o bem-estar emocional das mulheres.

De acordo com Leão & Bastos, (2001) para se compreender até que ponto o acompanhamento de uma doula no trabalho de parto é benéfico, é necessário compreender o que ele significa para a mulher. Isto só é possível através da forma como esta relata as suas vivências, as suas crenças, os seus mitos, valores e tabus.

“Sendo o parto o momento privilegiado em que um ser tem acesso à vida, ele é evidentemente uma passagem, um estado transitório em que as forças antagónicas da vida e da morte lutam entre si, travando um combate de desfecho decisivo”

(Barbaut, 1990)

"A doula não é conselheira, não faz juízos morais, não projecta valores pessoais. A doula estimula o senso crítico da mãe. A doula ajuda a despertar uma consciência. Não somos uma muleta, somos uma companheira num caminho. Não damos o peixe, mas podemos ajudar a construir uma cana de pesca.

Compete-nos a nós Doulas, não deixarmos que façam de nós muletas. Nunca permitir que a nossa presença seja motivo para perda de poder pessoal, mas pelo contrário sempre motivo para o fortalecimento desse poder da mulher que acompanhamos. Estar ao lado, não tomar decisões pela outra pessoa, mas participar no seu processo transformativo, estar presente, ouvir, dar pistas, mas sobretudo ouvir, porque às vezes basta a uma pessoa permitir-se ter voz e ter um eco da sua própria voz, para encontrar as suas respostas. "

Carla Guiomar

Testemunhos de uma mãe com dois partos acompanhados por uma doula

Nascimento da Beatriz

“Na noite de 18 de Fevereiro de 2006 por volta da uma da manhã senti cólicas fortes na barriga e durante umas das muitas viagens que fiz à sanita percebi que estava a perder alguma água e que provavelmente seria esta a grande noite em que íamos conhecer a nossa Beatriz.

Eu queria ficar em casa durante toda a fase da dilatação porque acreditava que o melhor lugar para dilatar seria no conforto da minha casa, dentro da minha banheira. Apenas iríamos para o hospital quando as coisas estivessem mais avançadas. Era assim que tínhamos combinado com a médica e a doula, caso estivesse tudo a correr com normalidade.

De noite não tive grandes contracções e por isso só por volta das cinco da manhã, quando comecei a sentir algo mais intenso decidimos ligar à médica e à doula para lhes dar o ponto da situação. Fui caminhando, dançando, balançando o meu corpo ao som da harpa que tocava e subindo e descendo as escadas. Fui recebendo abraços, carinhos e beijos ora do meu marido, ora da minha mãe. Entrei na banheira quando a médica, pelo telefone me sugeriu que o fizesse. Achei que talvez fosse ainda cedo demais, mas a vontade de entrar na água era muito mais forte e assim que o fiz foi um prazer e um conforto muito grandes.

Não sei quanto tempo passou mas tenho ideia que talvez uns 15 ou 20 minutos no máximo até eu ter vontade de fazer força. O Zé, meu marido, tinha ido buscar a médica no caminho e eu estava nessa altura sozinha com a minha mãe, que ficou assustada quando percebeu que eu já estava a fazer força de expulsão e que provavelmente a bebé queria sair ali mesmo e naquela hora. Estava sozinha comigo e senti medo que algo pudesse não correr bem. Pedi-lhe para não falar e ela ficou comigo até a médica e o Zé chegarem.

Foi tudo muito rápido. A médica chegou, descalçou os ténis que trazia e deu-me um beijo e uma mão para segurar. Ela ficou uns minutos a olhar-me, depois escutou os batimentos cardíacos da Beatriz, e depois de alguns minutos viu a dilatação e disse-nos: “O parto vai ser aqui, não vamos ter tempo de ir para o hospital.” Fiquei feliz, senti-me segura, confiante, aliviada talvez... Fechei os olhos mais uma vez, e concentrei-me no meu corpo... na Beatriz... na sua cabeça a descer dentro de mim, na sua felicidade e no prazer que eu estava a sentir em estar ali, no meu espaço, dentro da minha banheira tão saborosa, com as minhas velas e a minha música, e com estas pessoas que eu amava à minha volta a cobrirem-me de beijos e de abraços quentes.

Por volta das 8 horas passámos para o quarto, para a nossa cama. Estava a ser difícil para a médica observar a saída da Beatriz e controlar os batimentos dentro de água. Chegou a Carla, a Doula, que bom...agora estávamos todos. O seu sorriso quando entrou, as suas mãos que seguraram as minhas e a sua voz serena no meu ouvido, trouxeram mais luz àquela manhã.

Depois de uma longa fase de expulsão, às 10:35 a Beatriz nasceu com 39 semanas de gestação. Segundo a médica, pesava aproximadamente 3,500 kg. As contracções eram curtas e espaçadas no tempo, o que permitiu que eu descansasse nos intervalos. Mudei várias vezes de posição, dancei em cima da cama, balancei-me e pendurei-me no Zé e na Carla. Tudo com muita calma e muita harmonia. Era assim que eu tinha desejado.

Ela nasceu, calma e serena, ficou no meu peito as horas que se seguiram. O cordão, foi o Zé quem cortou, só depois de deixar de pulsar. A placenta saiu depois, rosada e tão macia. O meu períneo ficou intacto, talvez pelas massagens durante a gravidez, talvez pelas massagens da médica no momento, talvez pela posição, talvez por tudo isto.

E ficámos depois os três, sozinhos, no nosso quarto, na nossa cama, entre os nossos lençóis, simplesmente com calma, a namorar a nossa princesa linda, e a apetecer. A música ainda tocava e algumas velas ainda estavam acesas.

O Pediatra, contactado pela médica, veio de tarde ver a Beatriz e confirmar que tudo estava bem.

Às vezes no meu quarto, ainda sinto o cheiro daquela manhã... o cheiro do parto, o cheiro da felicidade. Quanto ao perfume da Beatriz, esse eu tenho a certeza que vou senti-lo sempre, está gravado no meu cérebro e no meu coração e não vou esquecer nunca o prazer daquela primeira vez que o senti.

Obrigado Zé, Obrigado Mãe, Obrigado Carla, Obrigado à minha Médica. Obrigado pelo vosso Amor, pela confiança, pela entrega e por terem acreditado em mim e no meu corpo, e ao meu lado permitido que eu e a Beatriz tivéssemos vivido esta grande experiência que é o Nascimento... a Vida!”

Nascimento da Anita

“Recebemos a Anita no Domingo, 30 de Março de 2008. As contracções na barriga começaram a aparecer logo cedo e sentia-me já muito pesada e cansada. Já praticamente não conseguia conduzir, atar os sapatos, cortar as unhas dos pés, mudar a fralda à Beatriz e

dar-lhe banho. A roupa já não servia mais, os sapatos já não cabiam nos pés e a fome não havia meio de se acalmar.

Quando, às 3 da manhã da noite de 30 de Março regresssei da casa de banho depois de mais um xixi, deitei-me e senti a roupa molhada, levantei-me e antes de chegar à porta do quarto já tinha as calças do pijama encharcadas até aos pés. Acordei o Zé e disse-lhe “A Anita vai nascer, as águas rebentaram!” Liguei à minha médica e à Doula. Ambas disseram: - “vamos dormir e esperar que se iniciem as contracções”. Deitei-me na cama, em cima de um toalhão de banho, porque a água continuava a sair aos poucos e tentei adormecer mas não consegui. Às sete e meia da manhã a médica ligou. As contracções tinham aumentado um pouco de intensidade mas nada de especial e sempre muito irregulares. Disse-me que vinha para nossa casa na mesma e a enfermeira (doula também) vinha depois ter connosco. Pedi à minha mãe que ficasse atenta à Bia e que se necessário a levasse a passear. Precisava de sentir que a Anita era a minha principal ocupação naquele momento.

A médica chegou por volta das 10 da manhã. Nessa altura a água que eu perdia era muito pouca e as contracções praticamente tinham parado. Tinha apenas dois dedos de dilatação. Um pouco mais tarde chegou a enfermeira e enquanto tomávamos o pequeno-almoço na cozinha e conversávamos sobre partos, educação e outras coisas mais, pensei que talvez tivessem vindo cedo demais, e que pelo andar da carruagem a Anita só nasceria lá pró fim do dia e elas perdiam o dia de domingo ali comigo, sem necessidade aparente.

A médica sugeriu sairmos para caminhar um pouco na praia mas a chuva não deixou. Quando parou de chover, deixámos o quarto a aquecer e a piscina a encher, vestimos os casacos e saímos para caminhar ali mesmo na rua, perto de casa. Eu a médica e a enfermeira. A doula estava ainda a caminho. Assim que comecei a caminhar as contracções aumentaram. Quando vinha a contracção a médica curvava-se para que eu me pudesse apoiar nas suas costas e a enfermeira fazia-me massagem nas costas. Que coisa maravilhosa as massagens dela! As três a um domingo de manhã à beira da estrada, riamo-nos do caricato da situação. Rimo-nos bastante!

Subi o lance de escadas de regresso a casa, já com alguma ajuda, entrei em casa e deitei-me na cama, com a luz apagada, velas acesas, o calor da água e cd de harpa a tocar baixinho. Tive nessa altura uma verdadeira contracção que me fez perder as forças e fechei um pouco os olhos. A médica viu a dilatação e entrei a seguir na água. Que coisa maravilhosa, afundar o corpo naquela água quentinha deu-me um bem-estar e um alívio muito grandes. O Zé não quis entrar na água. Ficou atrás de mim a segurar-me. A Bia veio

perto de mim dar-me um beijo antes de ir dormir a sesta. Sorri-lhe para lhe dizer que estava tudo bem.

Dentro de água senti que as coisas aceleraram muito mesmo muito depressa. A cabeça da Anita mudou de posição, sentia-a deslizar mais em baixo. A enfermeira tirava fotos, fazia massagens e a médica ficava a olhar-me, dizendo palavras de incentivo e preparando-me para o que iria acontecer a seguir. Acompanhávamos os batimentos cardíacos da Anita que mesmo antes de nascer decidiu ter soluções para nos mostrar que estava ótima. As contracções aumentaram de frequência e intensidade, a bolsa rebentou e uns minutos depois a cabeça da Anita estava cá fora. Nasceu às 13h50 e pesava aproximadamente 3200kg. O meu períneo ficou intacto, mais uma vez. A médica desenrolou-a das várias voltas do cordão e colocou-a no meu peito, coberta por toalhas mornas e ali ficámos até o cordão deixar de pulsar. A placenta saiu depois de mais de uma hora, já fora da piscina.

O resto foi ... mimos, colo da mãe, calor e mama”.

“Em ambos os partos das minhas filhas nunca senti medo ou angústia, em momento algum. Nunca desejei um analgésico ou algo que me impedisse de sentir fosse o que fosse no meu corpo. Senti-me sempre segura, protegida, respeitada e principalmente amada. Não sei o que é oxitocina artificial, clister, raspagem de pêlos púbicos, monitorização contínua, toques dolorosos, bolsa rebentada ou episiotomia.

Tive o meu marido sempre ao meu lado, e mais tarde as minhas filhas sempre junto a nós. Amamentei-as nos primeiros minutos de vida e em exclusivo até aos seis meses, mesmo regressando ao trabalho aos 4 meses. Não souberam o que são suplementos nem camas aquecidas, nem aspirações, nem nada que não seja o cheiro e o colo da mãe e do pai.

Foram as experiências mais extraordinárias da minha vida e recordo com saudade cada minuto, cada momento, cada sensação que vivi. Como um privilégio, uma bênção!”

Susana Cheis

Objectivo e Hipóteses do Estudo

Este estudo foi realizado com o objectivo de verificar se o acompanhamento provido por uma doula durante a gravidez e a sua presença no parto influenciam a experiência e a satisfação das mulheres relativamente a este momento.

Devido ao facto do trabalho efectuado por uma doula estar a “dar os primeiros passos” rumo ao seu reconhecimento em Portugal muito pouco se tem falado e estudado sobre a sua importância junto das gestantes e dos seus familiares.

Pela ausência de trabalhos científicos em Portugal sobre esta temática, este estudo torna-se pertinente e extremamente importante por ser um dos estudos pioneiros no reconhecimento do trabalho exercido por uma doula e da sua forte relação com a tentativa de recuperar a humanização do parto e do nascimento.

Para melhor compreender de que forma o trabalho desempenhado por uma doula influencia a experiência e a satisfação das mulheres relativamente ao parto, formulei as seguintes hipóteses:

H1 - As mulheres acompanhadas por doulas apresentam maiores níveis de satisfação com a qualidade das condições físicas e humanas proporcionadas pela instituição de saúde do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento.

H2 - As mulheres acompanhadas por doulas apresentam mais sentimentos de controlo e maiores níveis de auto-confiança e de satisfação com o momento do parto do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento.

H3 - As mulheres acompanhadas por doulas apresentam menores sentimentos de medo e mal-estar do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento.

H4 - As mulheres acompanhadas por doulas apresentam menores dificuldades sentidas no trabalho de parto, parto e pós-parto do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento.

H5 - A intensidade da dor sentida no trabalho de parto, parto e pós-parto é menor nas mulheres acompanhadas por doulas do que nas mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento.

H6 - As mulheres acompanhadas por doulas apresentam maiores níveis de satisfação com o tempo que demorou cada uma das fases do parto e com o tempo que decorreu desde o nascimento até poderem tocar e pegar no bebé do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento.

H7 - As mulheres acompanhadas por doulas revelam maiores sentimentos de satisfação com a presença/apoio de pessoas significativas do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento.

H8 - As mulheres acompanhadas por doulas revelam maiores sentimentos de satisfação com a presença/apoio do companheiro do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento.

H9 - As mulheres acompanhadas por doulas apresentam menores níveis de preocupações consigo próprias e com o bebé do que as mulheres sem este tipo de acompanhamento.

 Será de esperar que as mulheres acompanhadas por doulas vivenciem/experienciem o parto de uma forma mais positiva e gratificante do que as restantes.

Método

O presente estudo encetado na região do litoral sul, partiu do pressuposto de que as mulheres acompanhadas por doulas teriam uma experiência mais positiva no que concerne ao parto, do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento. Assim, procurou-se apurar se existiam ou não diferenças significativas na experiência e satisfação com o momento do parto nestes dois grupos de mulheres.

De acordo com os aspectos previamente definidos para objectivar o conhecimento dos processos de experiência e satisfação com o parto, organizou-se a análise e discussão dos dados integrando os seguintes parâmetros:

- Aspectos socioeconómicos da parturiente
- Aspectos inerentes:
 - Às condições e cuidados prestados;
 - Ao tipo de experiência tida;
 - Relaxamento;
 - Suporte social;
 - Suporte do companheiro;
 - Preocupações emergentes da “nova” condição;
 - Pós-parto

Caracterização da amostra

A amostra foi recolhida na zona do litoral sul (Lisboa e Aveiro) no período compreendido entre Março e Abril de 2009. Foi solicitada a participação voluntária, após o esclarecimento dos objectivos e procedimentos da investigação em curso.

Devido às características muito próprias do estudo, a amostra é composta por 88 elementos do sexo feminino. No entanto, apesar da homogeneidade quanto ao género o mesmo não se verifica, quanto à idade (Tabela 1) pois as idades variam entre os 19 e os 44 anos, sendo a idade média de 31,57 (dp=4,98).

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo a idade

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	88	19	44	31,57	4,980
Valid N (listwise)	88				

A amostra apresenta níveis académicos distintos como se pode verificar na Tabela 2, oscilando entre o ensino básico e o ensino superior. No entanto cerca de (48,9%) da amostra encontra-se ao nível do ensino secundário, seguindo-se o nível de ensino superior (31,8%) e com menor expressividade o ensino básico (19,3%).

Tabela 2- Caracterização da amostra segundo o nível de instrução por idade (%)

		Habilitações Académicas			
		Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior	Total
Idade	19	2,3%	,0%	,0%	2,3%
	22	,0%	2,3%	,0%	2,3%
	23	,0%	1,1%	,0%	1,1%
	24	,0%	,0%	1,1%	1,1%
	26	1,1%	3,4%	3,4%	8,0%
	27	2,3%	5,7%	1,1%	9,1%
	28	,0%	2,3%	3,4%	5,7%
	29	,0%	1,1%	3,4%	4,5%
	30	1,1%	3,4%	,0%	4,5%
	31	1,1%	4,5%	3,4%	9,1%
	32	,0%	6,8%	1,1%	8,0%
	33	2,3%	5,7%	2,3%	10,2%
	34	,0%	2,3%	2,3%	4,5%
	35	3,4%	4,5%	,0%	8,0%
	36	1,1%	3,4%	3,4%	8,0%
	37	1,1%	1,1%	,0%	2,3%
	38	,0%	,0%	1,1%	1,1%
	39	1,1%	,0%	3,4%	4,5%
	40	1,1%	,0%	2,3%	3,4%
	41	,0%	1,1%	,0%	1,1%
44	1,1%	,0%	,0%	1,1%	
Total		19,3%	48,9%	31,8%	100,0%

O nível de instrução apresenta-se elevado provavelmente derivado ao facto da amostra ser de uma região do litoral sul, com maiores facilidades de acesso ao ensino. É de ressaltar que a população com instrução superior se encontra entre o intervalo etário dos 24 aos 40 anos.

Das 88 mulheres que participaram no presente estudo, 56.8% são primíparas e 43,2% múltiparas, como se pode verificar na Tabela 3.

Tabela 3 - Amostra segundo escolaridade e primiparidade ou multiparidade

		Primeiro Filho		
		Sim	Não	Total
Habilitações Académicas	Ensino Básico	11,4%	8,0%	19,3%
	Ensino Secundário	30,7%	18,2%	48,9%
	Ensino Superior	14,8%	17,0%	31,8%
	Total	56,8%	43,2%	100,0%

A importância atribuída ao acompanhamento durante a gravidez/parto por parte de uma doula, bem como o reconhecimento do papel exercido por esta é apoiado por 73% da população em estudo. Tal como se pode verificar através da análise da Tabela 4, o nível de instrução não parece afectar a percepção da amostra sobre o papel ou importância da doula, uma vez que a ausência ou pouco reconhecimento ocorre em qualquer nível de instrução, sem que haja um resultado destacado.

Tabela 4 - Reconhecimento do papel exercido por uma doula e a sua importância no acompanhamento da gravidez/parto

		Reconhecimento do papel exercido por uma doula e a sua importância no acompanhamento da gravidez/parto		
		Sim	Não	Total
Habilitações Académicas	Ensino Básico	10,2%	9,1%	19,3%
	Ensino Secundário	37,5%	11,4%	48,9%
	Ensino Superior	25,0%	6,8%	31,8%
	Total	72,7%	27,3%	100,0%

Através da análise da Tabela 5, verificou-se que mais de 60 % da amostra não foi acompanhada por alguma doula, nesta ou noutra gravidez, contudo verificou-se que os restantes elementos, ainda que não num número muito expressivo já tiveram esse acompanhamento.

Tabela 5 – Acompanhamento provido por uma doula nesta gravidez ou em gravidezes anteriores

		Foi acompanhada por alguma Doula nesta ou em gravidezes anteriores		
		Sim	Não	Total
Habilitações Académicas	Ensino Básico	2,3%	17,0%	19,3%
	Ensino Secundário	17,0%	31,8%	48,9%
	Ensino Superior	18,2%	13,6%	31,8%
	Total	37,5%	62,5%	100,0%

Caracterização do Instrumento

Para a realização do presente estudo foi utilizado o Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP) e uma ficha de identificação com o objectivo de caracterizar a amostra.

A ficha de identificação é composta por seis questões que pretendem a obtenção de dados relativos à idade; habilitações académicas; primiparidade ou multiparidade; e acompanhamento por uma doula na presente gravidez ou em gravidezes anteriores (caso da multiparidade).

O Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP) é um questionário de auto-relato constituído por um total 104 questões referentes às expectativas, experiência, satisfação e dor relativas ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cuja administração demora aproximadamente 30 minutos.

As perguntas relativas à experiência, satisfação e dor são do tipo Lickert numa escala que varia entre 1 e 4 (“nada”, “um pouco”, “bastante”, “muito”). As questões que se reportam às expectativas também são do tipo Lickert numa escala que varia entre 1 e 4 (“muito pior”, “pior”, “melhor”, “muito melhor” ou “muito menos”, “menos”, “mais”, “muito mais”). As questões que se relacionam com a intensidade da dor, embora sejam igualmente do tipo Lickert, variam numa escala entre 0 e 10 (“nenhuma”, “mínima”, “muito pouca”, “pouca”, “alguma”, “moderada”, “bastante”, “muita”, “muitíssima”, “extrema”, “a pior jamais imaginável”).

Alguns dos aspectos considerados neste instrumento são: condições físicas e humanas da instituição; uso de estratégias de controlo da dor; sentimento de controlo e nível de auto-confiança; intensidade de dor sentida, emoções, medos, mal-estar e dificuldades no trabalho de parto, parto e pós-parto; apoio de pessoas significativas e satisfação com o tempo que

demorou cada uma das fases do parto e com o tempo que decorreu desde o nascimento até poder tocar e pegar no bebé. O questionário é composto por oito subescalas, nomeadamente: Sub-escala 1 – Condições e Cuidados Prestados, constituída por 14 itens (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 86, 87, 88, 89, 90, 91,) relativos à qualidade das condições físicas e humanas proporcionadas pela instituição de saúde.

Sub-escala 2 – Experiência Positiva, constituída por 22 itens (1, 2, 4, 5, 24, 25, 27, 28, 39, 40, 41, 45, 46, 57, 58, 59, 80, 81, 82, 83, 84, 85), relativos à confirmação de expectativas, auto-controlo, auto-confiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto.

Sub-escala 3 – Experiência Negativa, constituída por 12 itens (42, 43, 48, 49, 60, 61, 92, 93, 97, 98, 99 e 100), que se referem ao medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto.

Sub-escala 4 – Relaxamento, constituída por 6 itens (18, 19, 20, 21, 22 e 23), relativos à experiência de relaxamento durante o trabalho de parto e parto.

Sub-escala 5 – Suporte, constituída por 3 itens (36, 37 e 38), relativos ao apoio proporcionado por pessoas significativas.

Sub-escala 6 – Suporte do Companheiro, constituída por 8 itens (30, 31, 32, 33, 34, 35, 64, 65), relativos especificamente ao apoio do companheiro.

Sub-escala 7 – Preocupações, constituída por 14 itens (51, 52, 53, 54, 55, 56, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79), referentes a preocupações com o próprio e com o bebé .

Sub-escala 8 – Pós-Parto, constituída por 25 itens (3, 6, 15, 16, 17, 26, 29, 44, 47, 50, 62, 63, 66, 67, 68, 70, 71, 78, 94, 95, 96, 101, 102, 103, 104), relativos a aspectos relacionados com a vivência do pós-parto.

A cotação nas subescalas do QESP obtém-se somando a pontuação de cada um dos itens constituintes da subescala. Por seu turno, a pontuação da escala total deriva da soma das pontuações obtidas nas subescalas. Quanto mais elevada a pontuação obtida em cada uma das subescalas, mais positiva a percepção da mulher na dimensão avaliada pela subescala. Consequentemente, quanto mais elevada a cotação da escala total, mais positiva a antecipação do parto.

O estudo psicométrico revela uma consistência interna muito boa ($\alpha = 0,90$; Coeficiente de Split-half=0,68) e bons índices de fidelidade teste-reteste (0,58). Deste modo o QESP permite avaliar de forma consistente e fidedigna diversas dimensões relevantes da experiência de parto.

As participantes foram informadas de que a sua participação na investigação era voluntária e estritamente confidencial e os dados recolhidos seriam utilizados apenas para tratamento estatístico. Foi-lhes igualmente garantido o direito de deixar de participar na investigação a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização, não existem qualquer tipo de despesas ou compensações pessoais.

Discussão e Análise dos Resultados

A significância da diferença entre cada sub-escala para as grávidas acompanhadas por uma doula versus para as que não foram acompanhadas, foi avaliada recorrendo ao teste *t*-Student. Este teste é um teste paramétrico que se utiliza para comparação de duas amostras independentes, visto que neste caso as amostras são consideradas grandes ($n \geq 30$) (Pestana & Gageiro, 2003).

Hipótese 1 - As mulheres acompanhadas por doulas apresentam maiores níveis de satisfação com a qualidade das condições físicas e humanas proporcionadas pela instituição de saúde do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento.

Sub-escala 1 – Condições e cuidados prestados	Acompanhadas por uma doula			Não acompanhadas por uma doula			Teste t-student <i>p</i> -valor (*significativo a 5%)
	N	Média	Desvio- Padrão	N	Média	Desvio- Padrão	
	32	44.5	6.17	55	36.9	7.33	t=4.981; .000*
<i>Esta sub-escala pode assumir valores entre 14 e 56</i>							

O teste *t*-Student revela a existência de diferenças significativas a 5% ($p=.000$), sendo que as mulheres acompanhadas por uma doula apresentam um nível de satisfação superior às que não foram acompanhadas por uma doula, no que se refere à qualidade das condições físicas e humanas proporcionadas pela instituição de saúde.

Os resultados vão ao encontro do facto de que a doula ao acompanhar a mulher ao longo da gravidez, vai ajudando na construção de expectativas realistas sobre o momento do parto, deste modo e indo ao encontro de Pacheco et al. (2005), é extremamente importante compreender as expectativas da mulher em relação ao parto, para a ajudar a preparar-se e a participar de uma forma mais adequada nesse momento.

O facto de a doula estar presente no momento do parto, possibilita que haja um aumento da comunicação entre a parturiente e os profissionais de saúde, o que pode justificar os resultados obtidos. Do mesmo modo, cabe à doula reconhecer e transmitir à mulher ainda durante a gravidez, as condições físicas da instituição e as limitações existentes ao plano de parto construído por esta. Os resultados obtidos vão ao encontro deste facto, na medida em que ao estarem previamente informadas sobre as condições físicas da instituição e tendo a possibilidade de escolher uma instituição cujas condições se aproximem o mais possível do

seu plano de parto, as mulheres com esta possibilidade sentem-se mais satisfeitas do que as restantes que muitas das vezes desconhecem por completo as condições físicas e humanas das instituições às quais recorrem para parir.

H2 - As mulheres acompanhadas por doulas apresentam mais sentimentos de controlo e maiores níveis de auto-confiança e de satisfação com o momento do parto do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento

	Acompanhadas por uma doula			Não acompanhadas por uma doula			Teste t-student <i>p</i> -valor (*significativo a 5%)
	N	Média	Desvio- Padrão	N	Média	Desvio- Padrão	
Sub-escala 2 – Experiência Positiva	32	67.8	2.07	53	49.6	1.42	t=7.468; .000*
<i>Esta sub-escala pode assumir valores entre 14 a 88</i>							

Relativamente à hipótese 2, o teste t-Student confirma a existência de diferenças significativas a 5% ($p=.000$), sendo que as mulheres acompanhadas por uma doula apresentam mais sentimentos e maiores níveis de auto confiança e de satisfação com o momento do parto (67.8) do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento (49.6).

Os resultados obtidos vão ao encontro do facto de que a preparação para o parto se traduz num aumento da auto-confiança, da auto-estima e da segurança sentidas pela parturiente aquando do momento do parto. Este estudo, tal como o de Costa et al. (2003) revela que a experiência de parto varia devido a diversos factores individuais, sociais e situacionais, tais como: a presença ou não de uma figura de suporte significativa, a participação activa ou não da mulher nas decisões médicas, as expectativas prévias da grávida, a utilização ou não de métodos analgésicos, e sobretudo o tipo de parto.

Assim sendo, dado que cabe à doula garantir que todos os factores referidos anteriormente decorram ao encontro das expectativas da parturiente, o facto das mulheres acompanhadas por doulas se sentirem mais satisfeitas no que concerne ao momento do parto é justificado.

H3 - As mulheres acompanhadas por doulas apresentam menores sentimentos de medo e mal-estar do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento

Sub-escala 3 – Experiência Negativa	Acompanhadas por uma doula			Não acompanhadas por uma doula			Teste t-student <i>p</i> -valor (*significativo a 5%)
	N	Média	Desvio- Padrão	N	Média	Desvio- Padrão	
	32	33.6	7.33	55	42.4	9.16	t=-4.661; .000*
<i>Esta sub-escala pode assumir valores entre 12 a 76</i>							

No que se refere à experiência negativa, o teste t-Student confirma a existência de diferenças significativas a 5% ($p=.000$), sendo que de facto as mulheres que foram acompanhadas por uma doula apresentam menores sentimentos de medo e mal-estar (33.6) do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento (42.4).

Estes resultados remetem para a importância da presença de uma figura de suporte durante o momento do parto. Ao sentirem que têm a seu lado uma pessoa com experiência e que desempenha uma função de contenção de medos e angústias, as mulheres sentem-se mais confiantes.

O presente estudo vai ao encontro dos estudos de Wolman et al. (1993) cit. in Klaus (2002) ao demonstrar que a presença da doula está relacionada com a diminuição dos níveis de ansiedade e com maiores níveis de auto-estima.

H4 - As mulheres acompanhadas por doulas apresentam menores dificuldades sentidas no trabalho de parto, parto e pós-parto do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento

Sub-escala 4 – Relaxamento	Acompanhadas por uma doula			Não acompanhadas por uma doula			Teste t-student <i>p</i> -valor (*significativo a 5%)
	N	Média	Desvio- Padrão	N	Média	Desvio- Padrão	
	32	19.7	5.03	55	12.9	3.97	t=6.938; .000*
<i>Esta sub-escala pode assumir valores entre 6 a 24</i>							

Relativamente à sub-escala relaxamento, o teste t-Student confirma a existência de diferenças significativas a 5% ($p=.000$). Neste caso, as mulheres que foram acompanhadas por uma doula apresentam um nível superior de relaxamento (19.7) do que as mulheres que

não tiveram este tipo de acompanhamento (12.9), o que significa que as primeiras apresentam menores dificuldades sentidas no trabalho de parto.

A doula para além de fornecer apoio e suporte emocional também tem como uma das suas funções a utilização de técnicas de relaxamento, massagens, exercícios respiratórios que auxiliem a mulher no controlo da dor. Deste modo, com a presença da doula e com a utilização destas técnicas de relaxamento justificam-se os resultados obtidos, onde as mulheres com acompanhamento provido por uma doula revelam ter sentido menor intensidade de dor e ao sentirem possuem sempre estratégias que a doula utiliza para a minimizar.

H5 - A intensidade da dor sentida no trabalho de parto, parto e pós-parto é menor nas mulheres acompanhadas por doulas do que nas mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento

Sub-escala 3 (itens 97 ao 100) e 8 (itens 101 ao 104) Intensidade da dor	Acompanhadas por uma doula			Não acompanhadas por uma doula			Teste t-student <i>p</i> -valor (*significativo a 5%)
	N	Média	Desvio-Padrão	N	Média	Desvio-Padrão	
	32	31.8	9.22	55	45.9	12.44	t=-5.595; .000*
<i>Esta sub-escala pode assumir valores entre 8 a 88</i>							

No que se refere à intensidade da dor, o teste t-Student confirma a existência de diferenças significativas a 5% ($p=.000$), sendo que as mulheres que foram acompanhadas por uma doula tiveram uma intensidade da dor inferior (31.8) às mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento (45.9).

Estes resultados vão ao encontro dos autores Figueiredo, Costa & Pacheco, (2002), cit. in Pacheco et al. (2005) quando referem que a diminuição da intensidade de dor, assim como redução dos níveis de ansiedade, são aspectos conseguidos através do aumento da informação e do contacto com pessoas significativas no momento do parto.

O presente estudo vai igualmente ao encontro dos estudos de Hofmeyr et al. (1991) cit. in Klaus et al. (2002), que demonstraram que na presença de uma doula as mulheres revelam sentir menor intensidade de dor durante o trabalho de parto e nas 24 horas seguintes.

H6 - As mulheres acompanhadas por doulas apresentam maiores níveis de satisfação com o tempo que demorou cada uma das fases do parto e com o tempo que decorreu desde o

nascimento até poderem tocar e pegar no bebê do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento

Sub-escala 2 (itens 83,84,85) e sub-escala 8 (itens 95 e 96)	Acompanhadas por uma doula			Não acompanhadas por uma doula			Teste t-student <i>p</i> -valor (*significativo a 5%)
	N	Média	Desvio- Padrão	N	Média	Desvio- Padrão	
	32	16.3	2.98	55	11.5	3.31	t=6.801; .000*
<i>Esta sub-escala pode assumir valores entre 5 a 20</i>							

Relativamente à hipótese 8, o teste t-Student confirma a existência de diferenças significativas a 5% ($p=.000$), sendo que as mulheres que foram acompanhadas por uma doula apresentam maiores níveis de satisfação com o tempo que demorou cada um das fases do parto e com o tempo que decorreu desde o nascimento até poderem tocar e pegar no bebê (16.3) do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento (11.5).

Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Sosa et al. (1980) cit. in Klaus, (2002) ao demonstrar que no grupo com suporte o tempo que demorou o trabalho de parto e o parto é inferior (cerca de 25%) e deste modo traduz-se em sentimentos de maior satisfação do que nas restantes mulheres.

H7 - As mulheres acompanhadas por doulas revelam maiores sentimentos de satisfação com a presença/apoio de pessoas significativas do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento

Sub-escala 5 – Suporte	Acompanhadas por uma doula			Não acompanhadas por uma doula			Teste t-student <i>p</i> -valor (*significativo a 5%)
	N	Média	Desvio- Padrão	N	Média	Desvio- Padrão	
	32	6.6	2.37	55	5.4	2.70	t=2.143; .035*
<i>Esta sub-escala pode assumir valores entre 3 a 12</i>							

No que se refere ao suporte proporcionado por pessoas significativas, o teste t-Student confirma a existência de diferenças significativas a 5% ($p=.0035$). Neste caso, as mulheres que foram acompanhadas por uma doula revelam maiores sentimentos de satisfação com a presença/apoio de pessoas significativas (6.6) do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento (5.4).

Os resultados obtidos confirmam que na presença da doula o apoio prestado por um acompanhante (família, etc.) é bastante mais gratificante para a parturiente, na medida em que a doula sabe manter-se no seu lugar privilegiando a relação entre a parturiente e as figuras de suporte, estando sempre alerta para qualquer eventualidade que possa surgir, ou para qualquer dúvida que subitamente tenha que ser esclarecida.

Este estudo à semelhança de Brazelton, (1981); Cranley, Hedhal, & Pegg, (1983), cit. in Pacheco, (2005) denota que a presença de uma figura de suporte durante o parto tem efeitos muito positivos no bem-estar físico e emocional da mulher.

H8 - As mulheres acompanhadas por doulas revelam maiores sentimentos de satisfação com a presença/apoio do companheiro do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento

Sub-escala 6 – Suporte do companheiro	Acompanhadas por uma doula			Não acompanhadas por uma doula			Teste t-student p-valor (*significativo a 5%)
	N	Média	Desvio- Padrão	N	Média	Desvio- Padrão	
	32	25.7	5.03	54	19.9	3.97	t=5.046; .000*
<i>Esta sub-escala pode assumir valores entre 8 ao 32</i>							

Relativamente à hipótese 8, o teste t-Student confirma a existência de diferenças significativas a 5% (p=.000), sendo que as mulheres acompanhadas por uma doula apresentam maiores sentimentos de satisfação com a presença/apoio do companheiro (25.7) do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento (19.9).

Os resultados obtidos vão ao encontro dos estudos de Bertsch et al. (1990) cit in Klaus et al. (2002) que concluíram que quando a doula está presente no momento do parto, o companheiro se mostra bastante mais disponível para apoiar e acariciar a parturiente (Bertsch et al.,1990 cit. in Klaus et al., 2002). Ao estar mais disponível a sua presença torna-se bastante mais gratificante quer para o próprio quer para a parturiente.

Estes resultados afirmam que a doula é de facto uma presença fundamental no momento do parto e que não interfere de todo com a presença do companheiro, bem pelo contrário, torna-a ainda mais importante e gratificante. De acordo com Brazelton, (1981); Cranley, Hedhal, & Pegg, (1983), cit. in Pacheco, (2005), a presença do pai ou de uma figura de suporte durante o parto tem efeitos muito positivos no bem-estar físico e emocional da mulher.

O facto de uma doula se centrar única e exclusivamente nas expectativas e vontades da parturiente e do seu acompanhante, auxiliando-os a ter um parto seguro e gratificante conforme a sua vontade, sem descurar os riscos e os benefícios que acompanham as intervenções, são alguns dos aspectos que tornam o seu papel verdadeiramente importante.

H9 - As mulheres acompanhadas por doulas apresentam menores níveis de preocupações consigo próprias e com o bebé do que as mulheres sem este tipo de acompanhamento

Sub-escala (itens 72 ao 77 e 79) Preocupações	Acompanhadas por uma doula			Não acompanhadas por uma doula			Teste t-student <i>p</i> -valor (*significativo a 5%)
	N	Média	Desvio- Padrão	N	Média	Desvio- Padrão	
	31	9.13	3.66	55	12.2	3.84	t=-3.661; .000*
<i>Esta sub-escala pode assumir valores entre 7 a 28</i>							

No que se refere às preocupações sentidas pelas mulheres, o teste t-Student confirma a existência de diferenças significativas a 5% ($p=.000$), sendo que as mulheres acompanhadas por uma doula apresentam menores níveis de preocupações consigo próprias e com o bebé (9.13) do que as mulheres que não tiveram este tipo de acompanhamento (12.2).

Estes resultados podem ser justificados pelo facto de uma das principais funções da doula ser a de fornecer suporte e apoio emocional à mulher, bem como esclarecer todas as suas dúvidas. Ao estarem previamente informadas/esclarecidas sobre todos os procedimentos inerentes ao processo do parto e ao terem a seu lado a doula disposta a ajudar em qualquer situação por mais inesperada que seja, as mulheres sentem-se obviamente menos preocupadas do que as restantes.

Tal como nos estudos de Campero, et al. (1998) cit. in Leão & Bastos, (2001), também o presente estudo demonstra que as actividades desenvolvidas pelas doulas são necessárias durante a assistência obstétrica pois contribuem sem qualquer dúvida, para o bem-estar emocional das mulheres.

Conclusão

O presente estudo dá conta que a satisfação com o momento do parto é influenciada por inúmeros aspectos, dos quais se podem salientar: as condições físicas da instituição; os cuidados prestados pelos profissionais de saúde; as sensações vivenciadas; a utilização de técnicas de relaxamento; o suporte social; o suporte do companheiro; as preocupações emergentes da “nova” condição; bem como o pós-parto imediato.

Ao ser encarado como um acontecimento que acompanha toda a gravidez, o parto é antecipado sob a forma de expectativas e continua a ser recordado após ter acontecido, no puerpério, sob a forma de lembranças, recordações, e sentimentos que acompanham a mulher ao longo de toda a sua vida. Deste modo, torna-se crucial reflectir sobre o conceito de humanização do nascimento, procurando respeitar a dignidade e a liberdade da mulher, reconhecendo-a como condutora do seu próprio processo de parto, e fornecendo-lhe a possibilidade de decidir onde, como e com quem, deseja parir.

Um suporte contínuo durante o parto por parte de uma pessoa especializada é sempre extremamente benéfico para a mulher (Scott et al., 1999 cit. in Klaus et al., 2002). Deste modo, é extremamente importante que nos partos institucionalizados sejam revistas condutas que vão ao encontro das necessidades reais das parturientes, aproximando-se assim, das suas expectativas.

É crucial dar o devido reconhecimento ao trabalho desempenhado pelas doulas, pois são elas sem sombra de dúvida um alicerce fundamental na reconstrução da humanização do parto, ao procurar individualizar a assistência e devolver à mulher o papel de protagonista nesse momento (Kruno et al., 2004).

“A presença da doula foi para mim como a luz suave de uma estrela ou de um anjo. Aqueceu, iluminou, acompanhou-me ao longo do caminho. Fui eu que caminhei, que escolhi o carreiro, que levantei as pedras e colhi as flores. Por isso as flores foram para mim tão importantes, tão novas, tão bonitas, poderosas e transformadoras. Mas sem o calor e a luz desta estrela guia não teriam sido as mesmas”.

Susana Cheis

Referências Bibliográficas

- Almeida, N., Sousa, J., Bachion, M., & Silveira, N. (2005). Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13 (1), 52-58.
- Barbaut, J. (1990). [*O nascimento através dos tempos e dos povos*]. (Faria, A. & Araújo, F., Trad.). Éditions Plume
- Brüggemann, O., Parpinelli, M., & Osis, M. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. *Caderno de Saúde Pública*, 21, (5), 1316-1327.
- Campos, R. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, 1, (XVIII), 15-35.
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Lisboa: Quarteto.
- Cardoso, A., Santos, S., Mendes, V. (2007). *O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo?* (pp. 143-159).
- Carvalho, M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Caderno de Saúde Pública*, 19, (Sup.2), 389-398.
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 49-66.
- Correia, M. J. (1998). Um filho ter ou não ter: o caso de Isabel. *Análise Psicológica*. 3 (XVI), 423-430.

- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). Parto: Expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4, (1), 47-67.
- Costa, H. (2006). A ansiedade e o medo do parto em grávidas com e sem preparação para o parto. In Machado, C. (ed). *Actas da XI conferência internacional de avaliação psicológica: formas e contextos* (pág. 517-528). Braga.
- Davim, R., & Menezes, R. (2001). Assistência ao parto normal ao domicílio. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 9 (6), 62-68.
- Davim, R., Torres, G., & Melo, E. (2007). Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15 (6).
- DONA - Doulas of North America. (1992). *Code of ethics and standards of practice*. Seattle.
- Gil, M. (1998). Dar sem (se) perder. *Análise psicológica*, 3, (XVI), 393-404.
- Gilliland, A. (2002). Beyond holding hands: the modern role of the professional doula. *J Obstet Gynaecol Neonatal Nurs*. 31 (6): 547-554.
- Klaus, M., Klaus, P., & Kennel, J. (2002). *The Doula Book: How a Trained Labor Companion Can Help You Have a Shorter, Easier, and Healthier Birth*. Da Capo. 2 Eds.
- Klein, M, & Guedes, C. (2008). Intervenção Psicológica a gestantes: Contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (4), 862-871.
- Kruno, R., & Bonilha, A. (2004). Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 25, (3), 396-407.

- Leal, I. (1992). Psicologia da maternidade: alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. *Análise psicológica*, 2 (X), 229-234.
- Leal, I. (1997). Transformações sócio – culturais da gravidez e da maternidade: correspondente transformação psicológica. In Ribeiro, J. (ed.). *Actas do 2º Congresso nacional de psicologia da saúde*. Lisboa. ISPA.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Leão, M., & Bastos, M. (2001). Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 9 (3), 90-94.
- Leão, V., & Oliveira, S. (2006). O papel da doula na assistência à parturiente. *REME*, 10 (1), 24-29.
- Lopes, R., Donelli, T., Lima, C., & Piccinini, C. (2005). A antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, (2), 247-254.
- Mamede, F., Almeida, A., & Clapis, M. (2004). Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Maringá*, 26, (2), 295-302.
- Mazet, P. & Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do latente e da criança pequena*. (1ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Moura, F., Crizostomo, C., Nery, I., Mendonza, R., et al. (2007). A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60, (4), 452-455.
- Nascimento, M. (2003). Preparar o nascimento. *Análise Psicológica*, 1, (XXI): 47-51.

- Oliveira, S., Ferreira, J., Silva, P., Ferreira, J., et al. (2009). A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. *Cogitare Enfermagem*, 14, (1), 73-78.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa Psicossomática*, 7, (1-2), 7-41.
- Pestana, H., & Gageiro, N. (2003). Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.
- Piccinini, C., Silva, M., Gonçalves, T., Lopes, R., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, (3), 303-314.
- Sá, E. (2001). *Psicologia do feto e do bebé*. Lisboa: Fim de Século.
- Souza e Silva, A., & Dadam, S. (2008). Parto humanizado ou parto mecanizado. In: Encontro Paranaense, *Congresso Brasileiro, Convenção Brasil/Latino-América*, XIII, VIII, VII, 2008. Anais. Curitiba.
- Tornquist, C. (2002). Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, 483-492.

Anexos

Anexo I

Contrato Pré-Natal

Carta de acordo onde são descritos os serviços da doula (apoio ao trabalho de parto e parto)

Serviços prestados, limitações e taxas.

O que é uma doula?

Como doula, eu acompanho mulheres em trabalho de parto para assegurar uma experiência segura e satisfatória, para exercer este papel recebi treinamento de _____, e tenho a seguinte experiência:

_____.

Baseio-me na minha experiência para oferecer apoio emocional e conforto físico e, quando necessário, comunicação com a equipa de assistência ao parto para assegurar que você receba a informação que necessita para fazer as escolhas na hora do parto.

Posso oferecer reafirmação e a perspectiva para si e para o seu companheiro, fazer sugestões quanto à evolução do trabalho de parto, auxiliar através de técnicas de relaxamento, massagens, posições facilitadoras e outras técnicas de conforto. Sou independente e autónoma. Como sua doula, estou a trabalhar única e exclusivamente para si.

Escolher uma doula

Enquanto doula prefiro encontrar-me consigo e com o seu companheiro uma primeira vez, gratuita, para nos conhecermos e para discutirmos as vossas prioridades, medos e apreensões, bem como para planearmos como podemos trabalhar melhor em conjunto, teremos também oportunidade de conversar sobre as formas de pagamento. Este encontro não a obriga à contratação dos meus serviços, mas se vier a escolher-me então gostaria de me

familiarizar com o seu plano de parto, incluindo a sua preferência relativamente ao uso de medicações para o alívio da dor.

Como medida de prevenção teremos uma ou mais doulas de sobreaviso que terá igualmente a oportunidade de conhecer e escolher. Se for do vosso agrado e se estiverem interessados no serviço que estou a fornecer, podemos decidir agendar outros encontros e manteremos contacto por telefone.

Quando estiver em trabalho de parto

Prefiro que entre em contacto comigo quando achar que iniciou o trabalho de parto, mesmo que ache que ainda não necessite, pois posso responder às suas questões e fornecer sugestões para o alívio dos sintomas, por telefone. Nós poderemos decidir se eu devo encontrá-la imediatamente ou aguardar os acontecimentos.

Normalmente necessito de aproximadamente uma hora para chegar ao seu encontro a partir do momento que você solicitar, deste modo, decidiremos qual o melhor local para nos encontrarmos. Excepto por circunstâncias extraordinárias, eu ou a doula de sobreaviso permaneceremos consigo durante todo o trabalho de parto e parto.

Após o parto

Geralmente permaneço consigo por uma ou duas horas após o parto, até que você se sinta confortável e a sua família esteja totalmente informada sobre todo o processo, no entanto se necessário, também posso auxiliar na amamentação.

Estarei disponível por contacto telefónico para responder às suas questões sobre o parto e o bebé. Gostaria de vos visitar uma ou duas semanas após o parto, para revermos o parto, para ver o seu bebé e para analisar o papel que desempenhei.

Como doula, eu não:

- Realizo tarefas médicas, como medir a pressão arterial, verificar os batimentos cardíacos fetais, toques vaginais e outros. Estou ali para oferecer conforto físico, apoio emocional e interceder em seu benefício.

- Tomo decisões por si, forneço-lhe as informações necessárias para que possa fazer as escolhas informadas e irei informá-la caso hajam divergências relativamente ao seu plano de parto.
- Falo com a equipa por si relativamente a assuntos onde estejam a ser tomadas decisões. Irei discutir consigo as suas dúvidas e irei sugerir opções, mas cabe-lhe a si e ao seu companheiro falarem com os restantes membros da equipa.

Se os meus serviços enquanto doula falharem

Enquanto doula farei o meu melhor para lhe oferecer os serviços acima descritos, contudo isso pode sobre determinadas circunstâncias ser impossível (no caso de um parto muito rápido). Se a falha for minha, não haverá cobrança dos meus honorários e será devolvida a taxa de serviços. Caso a responsabilidade seja de circunstâncias que não poderia evitar ou devido a uma falha sua em contactar-me, ficarei com a taxa de serviços, mas não haverá cobranças dos demais serviços.

Valores

Os meus honorários pelos serviços descritos são _____, para serem pagos da seguinte maneira:

_____ - Taxa de serviços a ser paga no momento da contratação dos meus serviços de doula.

_____ - Pagos até 1 mês após o parto.

Eu/nós lemos esta carta de acordo descrevendo os serviços de doula e concordamos que representa o combinado.

Data: ____/____/____

Cliente

Marido/Companheiro

Doula

Doula de Sobreaviso

Anexo II

Memorando de acordo entre doula e cliente
(referente aos serviços prestados pela doula e honorários)

Sra. _____;

Nesta carta descreverei os serviços de apoio ao trabalho de parto (doula) que eu estarei a oferecer; isto servirá como um memorando do acordo entre nós.

Os meus serviços incluem o seguinte:

Antes do Parto

1. Enquanto doula prefiro encontrar-me consigo e com o seu companheiro uma primeira vez, gratuita, para nos conhecermos e para discutirmos as vossas prioridades, medos e apreensões, bem como para planearmos como podemos trabalhar melhor em conjunto, teremos também oportunidade de conversar sobre as formas de pagamento. Este encontro não a obriga à contratação dos meus serviços, mas se vier a escolher-me então gostaria de me familiarizar com o seu plano de parto, incluindo a sua preferência relativamente ao uso de medicações para o alívio da dor. Como medida de prevenção teremos uma ou mais doulas de sobreaviso que terá igualmente a oportunidade de conhecer e escolher. Se for do vosso agrado e se estiverem interessados no serviço que estou a fornecer, podemos decidir agendar outros encontros e manteremos contacto por telefone.
2. Assistência na preparação do Plano de Parto
3. Contactos telefónicos
4. Método confiável de contacto comigo
5. Discutir a minha disponibilidade por ocasião da data provável do seu parto e os nomes de uma ou mais doulas de sobreaviso com as quais você também poderá se familiarizar. As doulas de sobreaviso estarão disponíveis quando eu não puder atender.

Durante o parto (os seguintes itens referem-se a mim e à minha substituta)

6. Contacto telefónico no início do trabalho de parto para que possamos decidir quando e onde nos encontrar-mos. Normalmente eu necessito de 1 hora entre o contacto telefónico e o momento de chegada ao local combinado.
7. Eu ou minha substituta iremos encontrar-nos consigo onde estiver e permaneceremos consigo desde a hora que nos solicitar, até ao período após o parto.
8. Utilizarei os meus conhecimentos e experiência para lhe oferecer conforto físico e apoio emocional.
9. Auxiliarei o seu acompanhante/marido como previamente combinado.
10. Agirei como interface entre você e a equipa e se for necessário ou apropriado estabelecendo uma conexão, lembrando-os do seu Plano de Parto e colocando questões para que vocês recebam informações de forma a tomarem qualquer decisão de uma forma informada.
11. Enquanto doula farei o meu melhor para lhe oferecer os serviços acima descritos, contudo isso pode sobre determinadas circunstâncias ser impossível (no caso de um parto muito rápido). Se a falha for minha, não haverá cobrança dos meus honorários e será devolvida a taxa de serviços. Caso a responsabilidade seja de circunstâncias que não poderia evitar ou devido a uma falha sua em contactar-me, ficarei com a taxa de serviços, mas não haverá cobranças dos demais serviços.

Após o parto

12. Ficarei consigo até duas horas após o parto, até a placenta ser expulsa, você se sentir confortável e até que a sua família esteja completamente informada do desenrolar de todo o processo. Se necessário prestarei auxílio com a amamentação.
13. Entrarei em contacto consigo para verificar o seu bem-estar, avaliar o seu trabalho de parto e parto, bem como o meu desempenho e agendar um futuro encontro em momento oportuno.
14. Estarei disponível para responder às suas questões por telefone.

Anexo III

Plano de Parto

Para: _____

O meu médico/parteira é _____ e a data provável do meu parto é ____/____/____

O(s) meu(s) acompanhante(s) de parto será(ão)

O meu parto está programado para ser: (local)

Apresentação:

Itens importantes, medos e receios:

Preferências para o primeiro momento do trabalho de parto:

- Controlo da dor

- Intervenções médicas

Preferências para o segundo momento do trabalho de parto:

- Posição
- Esforços
- Intervenções/cirurgias

Outros itens importantes durante o trabalho de parto e parto:

Eventos inesperados durante o parto:

- Trabalho de parto prolongado, complicado ou problemas fetais

- Cesariana

Pós-parto para a mãe:

- Eu quero alimentar o meu bebé

☞ Amamentação exclusiva ☞ Biberão

- Questões e preocupações relativamente às visitas

- Controlo da dor

- Seguimento após a alta

- Necessidades especiais

Anexo IV

Plano de Cuidados com o recém-nascido

Recém-nascido:

Pediatra:

Cuidados, medos e preocupações:

Eu tenho a seguinte experiência com recém-nascidos:

Alimentação:

☐ Amamentação exclusiva ao seio

☐ Biberão

Exame imediato do recém-nascido, procedimentos imediatos: (vacinas, etc.)

Eventos inesperados com o recém-nascido:

Cuidados especiais:

Anexo V

Lista da doula para verificação de medidas de controlo durante o parto

Simkin, P(2008)

Relaxamento/Alívio de tensão

- () Relaxamento
- () “*Roving Body Check*” (técnica de relaxamento)

Respirar num padrão

- () Lento
- () Leve
- () Variável

Esforços expulsivos

- () Evitar esforços (soprar, soprar, soprar)
- () Espontâneo
- () Dirigido

Massagem

- () Acupressão
- () Mãos
- () Pés
- () Geral
- () Pressão firme

Hidroterapia

- () Banho/hidromassagem
- () Chuveiro

Atenção focal

- () Ponto focal visual, música, voz, toque
- () Visualização
- () Rebozo

Actividade mental

- () Contar 10 seg. nos intervalos das contracções
- () Contar respiração
- () Cantar, entoar mantras, rezar
- () Guiar o imaginário
- () Outros

Posições/Movimentos

- () Ficar em pé, reclinada, dançar
- () Andar
- () Rédeas
- () Ajoelhar inclinada para frente
- () Ajoelhar apenas num joelho
- () Sentar
- () Bola (sentar/recostar)
- () Deitar
- () Deitar de lado
- () Semi-reclinada
- () Supina tombada para o lado
- () Acocorada
- () Cócoras com apoio
- () Cócoras no colo

Compressas quentes

- () No baixo abdómen/virilhas
- () No períneo

Compressas frias

- () Na região lombar baixa
- () No períneo após o parto

Medidas específicas para dores nas costas

- () Contra-pressão
- () Dupla pressão nos quadris
- () Pressão com os joelhos
- () Joelhos no peito
- () Quatro apoios
- () Balanço pélvico
- () Rédea
- () Andar
- () Dançar
- () Levantar abdómen
- () Compressas frias
- () Compressas quentes
- () Pressão com rolo
- () Chuveiro nas costas
- () Banheira

Auxílio do acompanhante de parto

- () Feedback/verbalizar
- () Encorajamento/reafirmção
- () Elogios
- () Paciência/confiança na mulher
- () Resposta imediata às contracções
- () Atenção integral
- () Contacto olhos nos olhos
- () Rotina de assumir o controle
- () Expressar o amor
- () Abraçar/beijar

Anexo VI

Exercícios de Preparação para o Parto



Figura 1 – Posição de borboleta

Pés unidos, coluna direita e se preferir encostada à parede. Com as mãos a segurar os pés, pressione os joelhos para baixo.

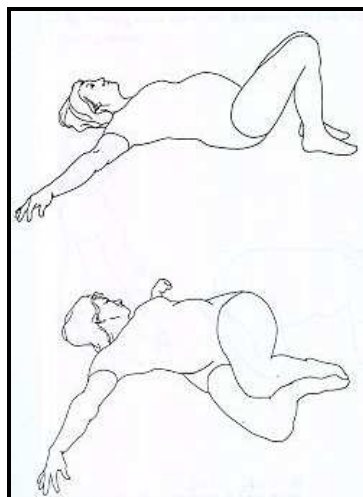


Figura 2 – Posição de pára-brisas

Deite-se de costas com os braços estendidos e os joelhos unidos. Mantendo os pés no chão, vire os joelhos para um lado enquanto e a cabeça para o lado oposto.

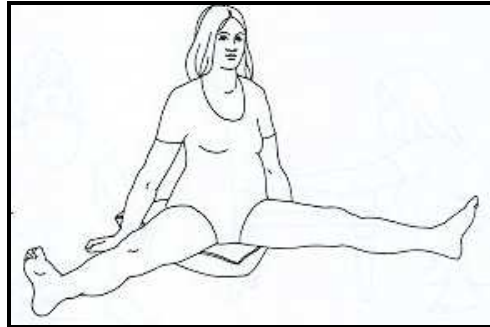


Figura 3 – Alongamento com as pernas abertas

Sentada num canto da sala de forma a descansar a coluna, estique as pernas com os calcanhares no chão. Coloque as mãos ao lado do corpo e tente esticar-se o máximo possível.

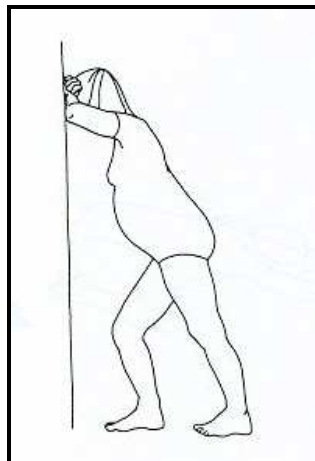


Figura 4 – Alongamento dos gêmeos (barriga da perna)

Apoie os braços na parede com os pés um à frente do outro, dobre o joelho da frente e alongue a perna de trás. Posteriormente repita o exercício invertendo a posição das pernas.

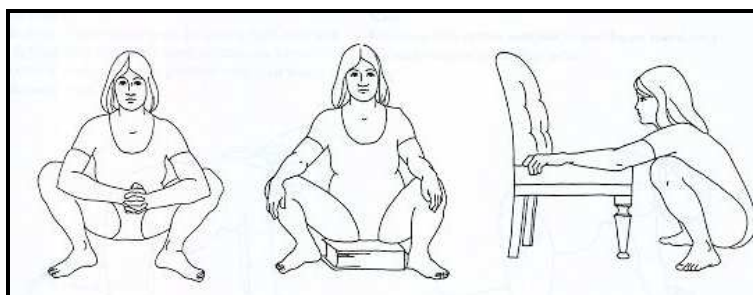


Figura 5 – Posição de cócoras

Apoie as plantas dos pés no chão, posteriormente pressione os joelhos com os cotovelos de forma a manter mais facilmente o equilíbrio.

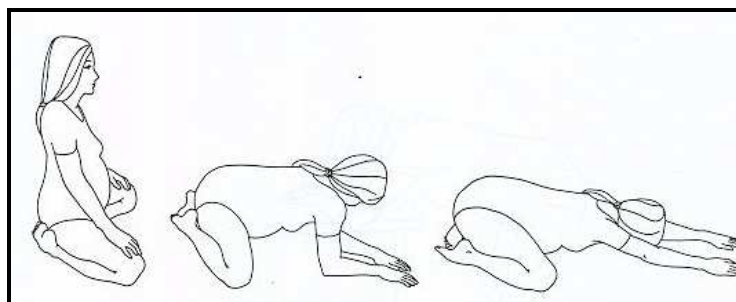


Figura 6 – Exercício para o alívio das costas

Sente-se sobre os calcanhares com os pés apoiados. Apoie os cotovelos e alongue os braços e a coluna permanecendo nesta posição durante alguns minutos.

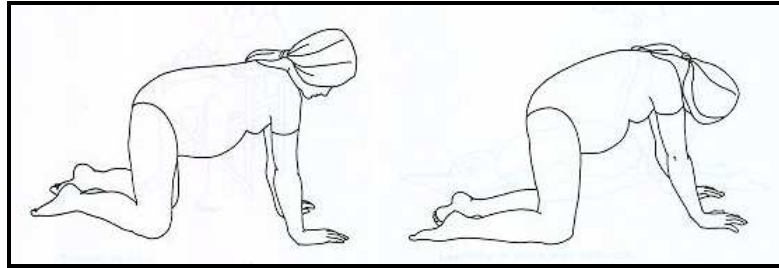


Figura 7 – Exercícios Pélvicos

Favorece o alívio da coluna durante a gravidez, bem como a dor durante o trabalho de parto, auxiliando no posicionamento do bebê.

Anexo VII

**Recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde)
no Atendimento ao Parto Normal**

(OMS, 1997)

A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas

1. O plano de parto deve determinar onde e por quem o parto será realizado, devendo ser elaborado durante a gravidez pela mulher e pelo marido/ companheiro.
2. Os factores de risco da gravidez devem ser avaliados ao longo da mesma, devendo ser reavaliados até ao momento do parto.
3. O bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto deve ser monitorizado.
4. Deverão ser fornecidos líquidos por via oral à mulher durante o trabalho de parto e o parto.
5. Devem ser fornecidas todas as informações sobre as possíveis escolhas do local de parto e deve respeitar-se a decisão final tomada pela mulher.
6. Deve ser fornecida assistência obstétrica na periferia do local de parto escolhido.
7. A mulher deve ter direito a privacidade total no local de parto escolhido.
8. Os técnicos devem prestar todo o apoio possível empático durante o trabalho de parto e o parto.
9. A presença do marido/acompanhante no local de parto deve ser permitida e respeitada.
10. Todas as informações e explicações sobre os procedimentos a serem tomados devem ser fornecidas à parturiente.
11. Não devem ser utilizados métodos invasivos ou métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Devem ser adoptadas técnicas de relaxamento, massagens, etc.
12. Deve ser feita monitorização fetal com auscultação intermitente.
13. Devem usar-se materiais descartáveis e desinfectar apropriadamente os materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e do parto.

14. Durante o exame vaginal, o parto e a dequitação da placenta é obrigatório o uso de luvas.
15. Durante o trabalho de parto deve ser permitida à mulher total liberdade de movimentação.
16. Deve ser estimulado o recurso a posições não supinas, tais como cócoras, joelhos, etc., durante o trabalho de parto e o parto.
17. O progresso do trabalho de parto deve ser cuidadosamente monitorizado
18. Apenas deve recorrer-se ao uso de oxitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que corram perigo em consequência de uma pequena perda de sangue.
19. O corte do cordão umbilical deve ser esterilizado adequadamente.
20. Deve ter-se especial atenção em prevenir a hipotermia no recém-nascido.
21. Deve realizar-se precocemente o contacto pele a pele entre a mãe e o bebé, favorecendo o início da amamentação na primeira hora do período pós-parto (conforme directrizes da OMS sobre o aleitamento materno).
22. A placenta e as membranas devem ser examinadas de forma rotineira.

B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas

1. Recurso rotineiro ao enema / clister.
2. Recurso rotineiro à tricotomia (raspagem dos pêlos púbicos).
3. Infusão intravenosa rotineira no trabalho de parto.
4. Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa.
5. Uso rotineiro da posição supina (deitada) durante o trabalho de parto.
6. Exame rectal.
7. Uso de pelvimetria radiográfica (medição do diâmetro da pelve / pélvis).
8. Administração de oxitocina a qualquer momento antes do parto, de tal modo que o seu efeito não possa ser controlado.
9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e o parto.

10. Esforços excessivos de expulsão durante o parto
11. Massagens ou distensão do períneo durante o parto.
12. Recurso a comprimidos de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias.
13. Recurso à administração de ergometrina de forma intra-venosa na dequitação.
14. Lavagem rotineira do útero após o parto.
15. Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.

C) Condutas utilizadas com insuficientes evidências que apoiem a sua clara recomendação e que devem ser utilizadas com precaução até a conclusão de novos estudos.

1. Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como o recurso a ervas, imersão em água e estimulação nervosa.
2. Recurso rotineiro a amniotomia (rompimento cirúrgico das membranas fetais = “bolsa das águas”) durante o início do trabalho de parto.
3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e o parto.
4. Manobras relacionadas com a protecção do períneo e com o manuseamento do pólo cefálico no momento do parto.
5. Manipulação activa do feto no momento de nascimento.
6. Utilização de oxitocina rotineira, tracção controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação.
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical.
8. Estimulação do mamilo de forma a aumentar contracções uterinas durante a dequitação.

D) Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada

1. Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto.

2. Controlo da dor por agentes sistémicos.
3. Controle da dor através de anestesia epidural.
4. Monitorização electrónica do feto.
5. Utilização de máscaras e aventais estéreis durante o atendimento ao parto.
6. Exames vaginais frequentes e repetidos especialmente por mais do que um prestador de serviços.
7. Correção da dinâmica com a utilização de oxitocina.
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo momento do trabalho de parto.
9. Cateterização da bexiga.
10. Estímulo para a expulsão quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes ainda que a mulher sinta o expulsão involuntária.
11. Estipulação rígida de uma duração para o segundo momento do trabalho de parto, se as condições maternas e do feto forem boas e se o trabalho de parto estiver a progredir adequadamente.
12. Recurso a cesariana (parto operatório).
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.
14. Exploração manual do útero depois do parto.

Anexo VIII

QESP – Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). In *Psicologia, Saúde & Doenças*. 5 (2), 159-187.

Leia com atenção cada um dos itens, não há respostas certas ou erradas, de entre as opções de resposta apenas deve seleccionar uma, aquela que mais se adequa à sua experiência pessoal.

Ao longo do questionário serão utilizadas as seguintes siglas:

TP – Trabalho de parto; P- Parto; PP – Pós-parto

Item	Muito pior	Pior	Melhor	Muito melhor
1 O TP decorreu de encontro com as suas expectativas				
2 O P decorreu de encontro com as suas expectativas				
3 O PP decorreu de acordo com as suas expectativas				
4 A dor que sentiu no TP foi de acordo com as suas expectativas				
5 A dor que sentiu no P foi de acordo com as suas expectativas				
6 A dor que sentiu no PP foi de acordo com as suas expectativas				
7 As condições físicas da instituição no TP foram de encontro com as suas expectativas				
8 As condições físicas da instituição no P foram de encontro com as suas expectativas				
9 As condições físicas da instituição no PP foram de encontro com as suas expectativas				
10 A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no TP foi de acordo com as suas expectativas				
11 A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no P foi de acordo com as suas expectativas				
12 A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no PP foi de acordo com as suas expectativas				
13 O tempo que demorou o TP foi de encontro com as suas expectativas				
14 O tempo que demorou o P foi de encontro com as suas expectativas				
15 O tempo que demorou o PP foi de encontro com as suas expectativas				
16 O tempo que demorou a <u>tocar</u> no bebé, após o P, foi de encontro às suas expectativas				
17 O tempo que demorou a <u>pegar</u> no bebé, após o P, foi de encontro às suas expectativas				

Item	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
18 Usou métodos de respiração e relaxamento durante o TP				
19 Usou métodos de respiração e relaxamento durante o P				
20 Qual o relaxamento que conseguiu atingir durante o TP				
21 Qual o relaxamento que conseguiu atingir durante o P				
22 O relaxamento ajudou-a durante o TP				
23 O relaxamento ajudou-a durante o P				
24 Sentiu que tinha a situação sobre controlo durante o TP				
25 Sentiu que tinha a situação sobre controlo durante o P				
26 Sentiu que tinha a situação sobre controlo logo após o P				
27 Sentiu-se confiante durante o TP				
28 Sentiu-se confiante durante o P				
29 Sentiu-se confiante logo após o parto				
30 Contou com o apoio do companheiro, durante o TP				
31 Contou com o apoio do companheiro, durante o P				
32 Contou com o apoio do companheiro, logo após o P				
33 A ajuda do companheiro foi útil, durante o TP				
34 A ajuda do companheiro foi útil, durante o P				
35 A ajuda do companheiro foi útil, logo após o P				
36 Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar, amigo), durante o TP				
37 Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar, amigo), durante o P				
38 Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar, amigo), logo após o P				
39 Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao TP				
40 Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao P				
41 Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao PP				
42 Sentiu medo durante o TP				
43 Sentiu medo durante o P				
44 Sentiu medo logo após o parto				
45 Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o TP				
46 Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o P				
47 Em algum momento sentiu prazer ou satisfação logo após o parto				
48 Que quantidade de mal-estar sentiu durante o TP				
49 Que quantidade de mal-estar sentiu durante o P				
50 Que quantidade de mal-estar sentiu logo após o parto				
51 Teve preocupações acerca do seu estado de saúde durante o TP				
52 Teve preocupações acerca do seu estado de saúde durante o P				
53 Teve preocupações acerca do seu estado de saúde logo após o parto				
54 Teve preocupações acerca do estado de saúde do bebé durante o TP				
55 Teve preocupações acerca do estado de saúde do bebé durante o P				

Item	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
56 Teve preocupações acerca do estado de saúde do bebé logo após o parto				
57 Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o TP				
58 Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o P				
59 Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou logo após o parto				
60 Recorda o TP como doloroso				
61 Recorda o P como doloroso				
62 Recorda o PP como doloroso				
63 Os equipamentos usados no parto geraram-lhe mal-estar				
64 Já falou da experiência de parto com o companheiro				
65 Sente-se melhor depois de falar sobre a experiência de parto				
66 Foi capaz de aproveitar plenamente a primeira vez que esteve com o bebé				
67 Até que ponto a sua dor interferiu na relação e nos cuidados prestados ao bebé				
68 Até que ponto a sua dor interferiu na relação com o companheiro				
69 Qual o grau de preocupação do companheiro perante a sua dor				
70 Em geral, qual é o nível de interferência da sua dor nas actividades do dia-a-dia				
71 Até que ponto a sua dor interferiu na capacidade para participar em actividades recreativas e sociais				
72 Tem estado preocupada com o seu estado de saúde				
73 Tem estado preocupada com estado de saúde do bebé				
74 Tem estado preocupada com as consequências do P em si				
75 Tem estado preocupada com as consequências do P no bebé				
76 Tem estado preocupada com as dificuldades de amamentar ao peito				
77 Tem estado preocupada com o ganho de peso do seu bebé				
78 Tem sentido dificuldade em cuidar do bebé				
79 Tem estado preocupada com o regresso a casa				
80 Está satisfeita com a forma como decorreu o TP				
81 Está satisfeita com a forma como decorreu o P				
82 Está satisfeita com a forma como decorreu o PP				
83 Está satisfeita com o tempo que demorou o TP				
84 Está satisfeita com o tempo que demorou o P				
85 Está satisfeita com o tempo que demorou o PP				
86 Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no TP				
87 Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no P				
88 Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no PP				
89 Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no TP				

Item	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
90 Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no P				
91 Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no PP				
92 Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no TP				
93 Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no P				
94 Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no PP				
95 Está satisfeita com o tempo que demorou a tocar no seu bebé, após o P				
96 Está satisfeita com o tempo que demorou a pegar no seu bebé, após o P				

Item	Nenh uma	Míni ma	Mui to pou ca	Pou ca	Algu ma	Moder ada	Basta nte	Mu ita	Muití sima	Extre ma	A pior, jamais imagin ável
97 Intensi dade média de dor durant e o TP											
98 Intensi dade máxim a de dor durant e o TP											
99 Intensi dade média de dor durant e o P											
100 Intensi dade máxim a de dor durant e o P											
101 Intensi dade média de dor logo a seguir ao P											
102 Intensi dade média de dor no 1º dia após o P											
103 Intensi dade média de dor no 2º dia após o P											
104 Intensi dade média de dor neste momen to											

Anexo IX

Ficha de Identificação

1. Qual a sua idade? (em anos)

2. Quais as suas habilitações académicas?

Ensino Básico (1) Ensino Secundário (2) Ensino Superior (3)

3. Este é o seu primeiro filho?

Sim (1) Não (2)

4. Reconhece o papel exercido por uma doula e a importância do mesmo para o acompanhamento de uma gravidez/parto?

Sim (1) Não (2)

5. Foi acompanhada por alguma doula nesta gravidez ou em gravidezes anteriores?

Sim (1) Não (2)

6. Se respondeu “Sim” na questão anterior:

O que achou da experiência (ao nível da ansiedade sentida, da dor, etc.)

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO