

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

MARINA NARDINO LUQUE

CAPACITAÇÃO DE DOULAS: um estudo de desenvolvimento

Porto Alegre

2009

MARINA NARDINO LUQUE

CAPACITAÇÃO DE DOULAS: um estudo de desenvolvimento

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Mariene Jaeger Riffel

Porto Alegre

2009

Dedico esta conquista aos meus pais Carlos e Marilene pelo incondicional apoio durante todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço à Deus que me iluminou dando forças e ajudando-me a superar todos os obstáculos que surgiram durante esta trajetória e por ter me guiado a essa profissão a qual amo e me sinto realizada.

Agradeço aos meus pais pelo amor incondicional, pelo apoio, incentivo e pelos valores que me foram ensinados. Por nunca medirem esforços para a efetivação de meus estudos e por sacrificarem seus sonhos em favor dos meus. Devo tudo isto à vocês.

Aos meus irmãos pela compreensão.

Aos meus familiares que mesmo de longe torceram por mim, em especial minha dinda Vera, minha segunda mãe.

Ao Ismael pelo apoio, paciência e compreensão nas horas difíceis, pela ajuda durante a graduação e pelo amor em todos os momentos.

À minha orientadora Mariene pelo seu incentivo, apoio, dedicação, disposição e por todos os ensinamentos e pensamentos compartilhados que levarei para minha vida profissional. Por ter despertado em mim a paixão pela enfermagem obstétrica. Enfim, por ter sido mais que uma orientadora, uma amiga.

À minha colega e amiga Ana Lúcia pela colaboração em tornar possível a realização deste estudo.

Às professoras Êrica e Virgínia por aceitarem fazer parte da banca avaliadora.

À equipe da Unidade Centro Obstétrico, onde realizei o Estágio Curricular que me acolheu durante quatro meses, em especial à enfermeira Luciane Bica pelo carinho, confiança, amizade e pelos ensinamentos. Enfim, por tornar o estágio uma vivência maravilhosa.

À todos que de alguma forma contribuíram para minha formação acadêmica.

RESUMO

O presente trabalho é um estudo de desenvolvimento de material instrucional para a capacitação de doulas. Ele está dividido em duas etapas. A primeira consiste numa revisão de literatura e a outra na capacitação propriamente dita. Teve como objetivo selecionar conteúdos programáticos a serem desenvolvidos nos encontros para capacitação de doulas e elaboração dos planos de aula para cada um destes encontros. Houve a possibilidade de desenvolver uma capacitação como projeto piloto, possibilitando o ciclo completo de um projeto de desenvolvimento, isto é, planejamento, elaboração de material, execução e avaliação. A partir dos resultados obtidos espera-se ter contribuído para a implantação de doulas comunitárias junto às parturientes atendidas na Unidade Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como possibilidade de autonomia à parturiente.

Descritores: Dor de parto. Assistência ao parto. Parto humanizado. Parto normal.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	6
2 O CAMINHO TRILHADO.....	12
3 CAPACITAÇÃO DE DOULAS EM QUATRO ENCONTROS.....	16
3.1 Capa.....	16
3.2 Sumário.....	17
3.3 Primeiro encontro.....	19
3.4 Segundo encontro.....	27
3.5 Terceiro encontro.....	47
3.6 Quarto encontro.....	52
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICE A – Cartaz de divulgação.....	68
APÊNDICE B – Ficha de avaliação da capacitação piloto.....	69

1 APRESENTAÇÃO

Duas foram as motivações para a realização deste estudo.

A primeira foi a preocupação em tornar a experiência da parturiente um acontecimento e, portanto, um momento especial tanto para a mulher quanto para toda a sociedade considerando-se o parto um evento raro no sentido de raridade que Deleuze (2004) dá ao acontecimento, ou seja, “é o que, [...] deixa-se envolver na linguagem e permite que funcione” (p. 7).

A raridade da experiência de cada mulher no parto se manifesta na paulatina diminuição das taxas de fecundidade da população mundial. Neste aspecto nota-se que as estimativas calculadas no ano de 2000 para a população brasileira, relativas aos anos de 2010 e 2050 foram de, respectivamente, 192.040.996 considerando-se uma taxa de fecundidade de 2,08 e, 238.162.964 para uma taxa de fecundidade de 2,6 (IBGE, 2009a). Já no ano de 2008, revisadas as estimativas projetadas em 2000, o IBGE (2009b) calculou uma população de 193.252.604 e uma taxa de fecundidade de 1,76 para o ano de 2010. Para o ano de 2050, esta taxa modificou-se para 215.287.463 de brasileiros considerando-se a mudança na taxa de fecundidade estimada em 1,5. Tais dados indicam uma queda nas taxas de fecundidade com uma redução de pelo menos 23.000.000 de habitantes entre os anos de 2010 e 2050 em estimativas publicadas num intervalo de oito anos (IBGE, 2009a, 2009b). O modelo adotado para estimar os contingentes populacionais considera as alterações de componentes demográficas, que são a fecundidade, a mortalidade e a migração (IBGE, 2009c).

A segunda motivação refere-se ao fato de ter sido inserida no projeto de extensão intitulado “Doulas: capacitação de mulheres para acompanhamento de parturientes e puérperas”, junto à Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS -, aprovado em abril de 2009. Neste projeto a doula é descrita como tecnologia inovadora na área da atenção às mulheres em período gravídico-gestacional (RIFFEL, 2009). Daí a necessidade de pensar formas de promover a diferenciação da atenção ao parto e ao nascimento. Esta diferenciação, mobilizaria cada mulher a querer tornar cada um de seus partos um evento único do qual ela seria protagonista e, também, provida de determinada autonomia para que possa escolher algumas tecnologias em detrimento de outras. Então pergunta-se: de que maneira tecnologias consideradas dispensáveis, ou não essenciais pela Organização Mundial da Saúde - OMS (OMS, 1996) e Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2001), poderiam ser subtraídas sem que as mulheres, por desconhecerem as práticas

claramente úteis e que deveriam ser encorajadas [...]; claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas [...]; sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto [...]; freqüentemente utilizadas de formas inapropriadas (OMS, p. 37-40)

sintam-se prejudicadas?

Algumas informações sobre a doula e sua forma de inserção no cenário do parto serão abordadas a seguir. Com isto, pretende-se focar a importância da mulher em seu processo de parir, da sociedade no conhecimento de outras maneiras disponíveis neste processo e do governo na prescrição destas maneiras.

Doula é uma palavra de origem grega cujo significado remete à atividades femininas de servidão: uma serva ou escrava que acompanhava a parturiente no parto e que, muitas vezes tornava a presença da parteira prescindível, isto é, em muitos momentos a doula era a própria parteira (LEÃO; BASTOS, 2001).

A presença e/ou ausência de pessoas que poderiam ser úteis ou não para indivíduos que estavam sob seus cuidados bem como a segurança e o apoio fornecido é uma tecnologia do cuidado também pensada por Florence Nightingale (MACEDO *et al*, 2008).

Na atualidade, o termo doula se refere àquela que está ao lado, que interage com a mulher, sua família e profissionais, que ajuda a mulher em diversos momentos do período grávido puerperal, seja na gravidez, no trabalho de parto ou na amamentação (LEÃO; BASTOS, 2001).

Duarte (2009), em artigo publicado no site “Doulas do Brasil”, preconiza dois modelos de atuação da doula: o modelo particular e o modelo institucional, comunitário ou voluntário.

As doulas que seguem o modelo particular, também conhecidas por "acompanhantes de parto" ou "monitoras perinatais", são profissionais que durante a gestação prestam aconselhamento e orientações sobre o trabalho de parto e pós-parto com enfoques variados, de acordo com a formação de cada doula. Algumas são psicólogas, outras fisioterapeutas, professoras de yoga ou enfermeiras. Tais orientações são prestadas individualmente, de forma a valorizar a experiência de cada gestante. Essa doula, então, acompanha o casal ao hospital, maternidade, casa de parto ou mantém-se no domicílio caso a opção escolhida tenha sido um parto domiciliar. A doula permanece ao lado da mãe até que o parto tenha sido concluído e que mãe e bebê estejam em boas condições. Após o parto a família recebe algumas visitas da doula para esclarecimento de dúvidas e apoio.

As doulas de atuação institucional, também chamadas de doulas institucionais, comunitárias ou voluntárias geralmente provêm de alguma instituição da própria comunidade

e oferecem conforto e apoio às parturientes que chegam ao hospital durante o período em que prestam sua atividade, que em geral é voluntária. Embora não conheçam as parturientes desde o pré-natal prestam importante ajuda permanecendo junto destas e, assim preenchendo a lacuna deixada pelos demais profissionais que não podem oferecer a permanência contínua a parturiente.

Geralmente as doulas voluntárias não possuem qualquer formação na área de saúde e são treinadas na instituição em que prestam cuidados. Sua atuação tem sido reconhecida como instintiva e muito eficiente (LEÃO; OLIVEIRA, 2006).

Para o Ministério da Saúde,

durante o trabalho de parto e parto, a doula orienta a mulher a assumir a posição que mais lhe agrade durante as contrações; favorece a manutenção de um ambiente tranquilo e acolhedor, com silêncio e privacidade; auxilia na utilização de técnicas respiratórias, massagens e banhos mornos; orienta a mulher sobre os métodos para o alívio da dor que podem ser utilizados, se necessários; estimula a participação do marido ou companheiro em todo o processo; e apóia e orienta a mulher durante todo o período expulsivo, incluindo a possibilidade da liberdade de escolha quanto à posição a ser adotada (BRASIL, 2001, p. 67).

Portanto, algumas de suas atribuições são segurar a mão da mulher, prover encorajamento e tranquilidade, prestando constante apoio à parturiente e a seu acompanhante, esclarecendo a respeito das diferentes fases e eventos do trabalho de parto, aconselhando posições mais confortáveis durante este período, promovendo técnicas de respiração e relaxamento, proporcionando contato físico e, ainda, oferecendo apoio emocional.

Ainda para o Ministério da Saúde,

após o nascimento, a doula ainda: informa e orienta a mulher quanto à dequitação e ao clampeamento do cordão; estimula a colocação do recém-nascido sobre o abdome materno, num contato pele a pele, estimulando o início da sucção ao peito materno e favorecendo o vínculo afetivo mãe-filho (BRASIL, 2001, p. 67).

O termo doula voluntária tem sido usado para descrever a pessoa que assiste a puérpera em casa, esclarecendo dúvidas, cozinhando, ajudando a cuidar do bebê e das outras crianças, auxiliando no aleitamento e em outras dificuldades relacionadas ao puerpério (LEÃO; BASTOS, 2001).

Tais práticas de assistência ao parto poderiam ser estimuladas em todas as situações, pois além de melhorar a vivência do parto, parecem ter uma influência direta e positiva sobre a saúde das mulheres e dos recém-nascidos. “Conforme o Ministério da Saúde do Brasil, tais medidas deveriam ser objeto de estudos detalhados sobre sua efetividade em diferentes

contextos, com o objetivo de aumentar o conhecimento real de seus efeitos sobre a saúde” (BRASIL, 2001, p. 67). Macedo *et al* (2008) firmam que os profissionais da saúde deveriam se preocupar com a presença do acompanhante da parturiente e portanto incentivar essa prática demonstradamente útil e que deveria ser estimulada no plano individual do parto, que pode incluir a presença da doula.

Daí pensar que práticas pouco conhecidas e pouco utilizadas na atenção à gestante como respeitar a escolha informada pelas mulheres do local do nascimento, oferecer líquidos orais durante o trabalho de parto e parto, respeitar a escolha de companhia durante o trabalho de parto e parto, oferecer muita orientação sobre o que elas necessitarem, dar liberdade na seleção de posição e movimentos durante o trabalho de parto e parto encorajando posições não supina no parto, envolvem um número maior de pessoas para suas operacionalizações e valorização. O conhecimento dessas e demais práticas prescritas no primeiro grupo de práticas recomendadas pela OMS (1996) valorizam a mulher como sujeito autônomo, alguém que deseja e que pode escolher, e contribui para fazer de cada nascimento um acontecimento raro, único de sua vida e da sociedade.

Pensar em formas de acompanhamento é pensar em tecnologias de cuidado. Para isto, remeto-me à Silva, Alvim e Figueiredo (2008) quando afirmam que

[...] as tecnologias em saúde são classificadas em três categorias: a tecnologia dura relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; leve-dura, que compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde; e a leve, que se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização (p. 292).

Vê-se que essas três tecnologias em saúde estão inter-relacionadas. No entanto, segundo os autores citados, o ser humano necessita, de modo peculiar, das tecnologias consideradas leves.

Por tratar-se de um personagem com roupagem totalmente ressignificada no cenário brasileiro e internacional, a doula e as práticas que utiliza são pouco conhecidas. Parte deste desconhecimento poderia estar relacionado à observância cultural de dois modelos hegemônicos aceitos: o parto na posição horizontal – 55,85% e a cesárea – 44,15% (BRASIL, 2005).

O atual modelo de atenção obstétrica predominante no setor suplementar de saúde no Brasil caracteriza-se pela elevada frequência do uso de tecnologias duras. Nesta fatia da atenção à saúde, 17,4% das mulheres brasileiras possuem cobertura privada para os serviços

de obstetrícia (ANS, 2006). As cesarianas, inclusas na classificação de tecnologias duras, chegam à média de 80,7% nas instituições privadas fazendo com que o Brasil seja considerado um dos campeões mundiais de cesarianas (ANS, 2008).

Dáí as perguntas: como o Brasil, que possuía apenas cinco cesarianas descritas entre 1822 e 1901 (OSAVA, 1997) conquistou o título de campeão de cesáreas ao final do século XX? (FUGULIN, 2009); como a cesariana, utilizada em condições extremas para o salvamento de vidas, tornou-se tão freqüente a ponto de transformar-se numa norma para a atenção ao nascimento?; como um número tão elevado de mulheres preferem esta opção para si e para o nascimento de seus filhos?; em que saberes as mulheres que escolhem a cesariana se orientam?; como a cesariana tornou-se uma prática considerada inócua e sem efeitos adversos?; como a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS – vê na cesariana “um abuso de cirurgias, fruto de uma desconsideração das capacidades da mulher, como se ela fosse sempre entendida como incapaz, defectiva, frágil e incompetente para ter sucesso ao realizar uma tarefa milenar como a de colocar seus filhos neste mundo?” (ANS, 2008, p. 144); o parto vaginal produziria uma forma de submeter a mulher à tecnologias duras uma vez que as rotinas criadas para este tipo de parto são rigidamente seguidas e envolvem procedimentos cirúrgicos?; como a ANS, pretende operacionalizar a colocação da mulher “numa posição de destaque, valorizando seu corpo e sua função social e oferecendo-lhe o protagonismo de seus partos?” (ANS, 2008, p. 144-145); que tecnologias leves, aquelas que se referem às relações, à produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, tão próprias do fazer da enfermagem poderiam ser ou são introduzidas como práticas utilizadas para o parto e nascimento?

É certo que tantos questionamentos não podem ser respondidos de maneira parcial ou breve. Não são, tampouco, objetivos deste trabalho. Mas são pertinentes na medida em que dão suporte à necessidade de mudanças solicitadas pela sociedade e acatada pelo governo na forma de política de Estado. Assim, o Ministério da Saúde, ao publicar o manual Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher (BRASIL, 2001) afirma que prestar uma adequada assistência ao parto e o devido respeito aos desejos e direitos da mulher implica em “uma série de necessidades onde se inclui o controle adequado da dor do trabalho de parto e o acompanhamento do trabalho de parto por pessoa de sua escolha, que lhe de apoio emocional necessário para este período” (p. 64). Ainda nesta publicação,

além do acompanhamento pelo parente ou companheiro, existe também o acompanhamento por outra pessoa, com ou sem treinamento específico, a doula. Ela presta constante apoio a gestante e se companheiro/acompanhante

durante o trabalho de parto, encorajando, aconselhando medidas para seu conforto, proporcionando e orientando contato físico e explicando sobre o progresso do trabalho de parto e procedimentos obstétricos que devem ser realizados (p. 65).

Segundo Enkin *et al.* (2005), as ações de uma pessoa que presta suporte especial, como a doula no trabalho de parto, foram avaliadas em 14 estudos controlados realizados em diversos países sob diversas circunstâncias. Em tais resultados, a atuação das doulas apresentou-se significativamente uniforme. Dentre os aspectos valorizados foram salientados a possibilidade da presença contínua de uma pessoa de suporte, sua experiência, a não vinculação social prévia com a mulher em trabalho de parto. Isto proporcionou uma redução da probabilidade de uso de medicações para alívio da dor, de cesariana, do parto vaginal cirúrgico e promoveram condições para o aumento do índice de Apgar aos cinco minutos para acima de sete. Entre outros efeitos benéficos, constatado em seis dos 14 estudos referidos foi a diminuição da probabilidade de avaliações negativas da experiência de parto e dos níveis de tensão durante o trabalho de parto, fazendo com que tal período fosse considerado melhor do que as expectativas prévias. Ainda, menor traumatismo perineal, “redução da probabilidade de dificuldade na maternidade e de interrupção precoce da amamentação” (p. 136).

Para a ANS (2008) “na ausência de qualquer risco associado, e com as evidências claras das melhorias associadas com sua atuação, para toda a mulher deveria ser oferecida a oportunidade de ter uma doula a lhe acompanhar durante o parto” (p. 149-150).

O Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2001) considera que a presença de uma pessoa treinada para o acompanhamento do trabalho de parto não é cara, não requer infraestrutura nem aparelhagem específica e, principalmente, não tem qualquer contra-indicação. O treinamento pode ser feito com o próprio pessoal profissional das maternidades e, também, entre indivíduos da comunidade. Entretanto, o Ministério da Saúde não tem promovido capacitações para a formação de doulas.

No Brasil, há cursos promovidos por profissionais que, por sua experiência, criaram a Associação de Doulas do Brasil – ANDO.

2 O CAMINHO TRILHADO

Trata-se de um estudo para desenvolvimento de material instrucional com a finalidade de capacitar doulas. Seus objetivos foram selecionar conteúdos programáticos a serem desenvolvidos em curso de capacitação de doulas e elaborar planos de aula para cada conteúdo/encontro a ser ministrado. Além dos objetivos propostos pôde-se desenvolver e realizar uma capacitação como projeto piloto, não prevista no projeto inicial. Esta capacitação foi avaliada conforme Quadro com a tabulação dos dados relativos à capacitação piloto (p. 14). Devido a inclusão desta capacitação piloto, marcamos uma reunião com as chefias de enfermagem da instituição onde foram realizadas visitas e oficinas para apresentação dos resultados.

As visitas referidas no parágrafo anterior proporcionaram a utilização de equipamentos para determinadas tecnologias abordadas (experiências de posicionar-se em mesa de parto, bola suíça, cavalinho, banqueta e aplicar tais tecnologias em parturientes).

Segundo Goldim (2000), um projeto de desenvolvimento tem a intenção de implantar uma nova atividade em uma instituição; apresenta uma proposta de inserção de conhecimentos gerados na pesquisa para a instrumentalização da prática profissional.

O levantamento bibliográfico inicial teve por objetivo a seleção de publicações que contemplassem o tema. Em seguida, foi realizada uma leitura exploratória do material bibliográfico que, segundo Gil (2002) tem por objetivo verificar em que medida a obra consultada interessa a pesquisa. A leitura buscou “aquilo que podemos aproveitar e aquilo que podemos descartar, deixar passar ou deixar de lado” (FISCHER; VEIGA-NETO, 2004, p. 17).

A localização das fontes se deu por meio de consultas ao Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, nas bases de dados como MEDLINE, SCIELO e indicações. As publicações selecionadas encontraram-se na língua portuguesa e espanhola. Os descritores utilizados foram “doula” “acompanhante de parto”, “assistência ao parto” e “parto humanizado”.

A pesquisa preservou os aspectos éticos ao referenciar os autores consultados para a construção do estudo conforme normas prescritas pela ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas). Os direitos autorais foram preservados de acordo com a Lei nº 9610, de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998). A ficha de avaliação preenchida pelas participantes presentes no projeto piloto preservou o anonimato das respondentes.

O projeto foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Foram solicitados à Pró-Reitoria de Extensão – PROREXT - dez cartazes para divulgação dos encontros para a capacitação (APÊNDICE A). Estes cartazes foram fixados nos murais da Escola de Enfermagem da UFRGS e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Houve 27 solicitações de inscrição e 16 participantes efetivos desde o primeiro encontro.

Além da solicitação de material para a divulgação da capacitação, também foi solicitado à PROREXT a compra de duas bolas suíças, porém esta pró-reitoria não disponibiliza verba para aquisição deste tipo de material. Contudo, fomos contemplados com a doação de duas bolas suíças pelo Grupo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRGS. Uma dessas bolas permanecerá na Escola de Enfermagem desta universidade e a outra foi doada ao centro obstétrico do Hospital Fêmina, um dos campos de ensino para alunos desta escola.

A possibilidade de desenvolver uma capacitação piloto trouxe a necessidade de criação de Ficha de avaliação da capacitação (APÊNDICE B) com a consequente tabulação das respostas obtidas que estão no quadro a seguir.

Quadro: Tabulação dos dados relativos à capacitação piloto

TABULAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO DE DOULAS	
Nível de formação: 2 estudantes de enfermagem de etapas variadas; 3 enfermeiras, duas das quais com curso de especialização em enfermagem obstétrica.	
Tempo de formação: um, três e 25 anos de formação	
Idade: entre 19 e 47 anos. Duas com 19, três com 20, três com 21, duas com 23, duas com 30 e uma com 47 anos, perfazendo 12 respondentes entre as 16 participantes.	
Sexo: Feminino	
Motivo pelo qual procurou a capacitação para doulas	
Curiosidade	3
Ampliar/expandir conhecimentos	5
Descobrir mais áreas de atuação	2
Conhecer a atividade da doula	1
Interesse na área obstétrica	7
Simpatia pela área materno-infantil	1
Interesse pelo assunto	1
Como soube que seria promovida a capacitação	
Amiga	2
Cartaz	3
Apresentação do projeto de capacitação de doulas no salão de extensão	12
	1
	1
Avalie a adequação do espaço dos encontros	
Adequado	4
Ótimo	4
Acolhedor	1
Aconchegante	2
Proporciona sono	1
Apertado	2
Muito bom	3
	1
Do material áudio-visual	
Bem preparado	3
Interessante	1
Adequado	1
Bem organizado	1
Muito bom	3
Bom ótimo	1
Ótimo	5
Eslarecedores	1
Atualizado	1
Não cansativo	1
Diálogos	1
Depoimentos de doulas e usuárias	3
Vídeos e material audiovisual apresentado	12
Muito bom	2
Dinâmicas utilizadas	2
Conhecimentos técnicos úteis	2
Clareza sobre as atividades da doula	2
Organização da capacitação	3
Abrangência da capacitação	2
Sensibilização para a atividade da doula	1
Local apropriado	1
Empolgação e disposição das orientadoras da capacitação	1
Das dinâmicas utilizadas nos encontros	
Sugestivas	1
Interessantes	3
Eslarecedoras	2
Interativas	1
Divertidas	1
Muito boas	1
Podem haver mais	3
Boas	3
Ótimas	3
Muito produtivas	1
Excelentes	1
Criativas	1
Adequadas	1
Vantajosas	1
Pontos positivos a salientar	
Conhecimentos abordados de forma acessível	2
Disponibilidade em responder perguntas	1
Novos conhecimentos disponibilizados	2
Desenvolturas das ministrantes	1
Base teórica muito boa	2
Interação	1
Socialização de experiências	1
Pontos negativos a salientar	
Não entrega de material aos participantes	1
Pouca carga horária	3
Poderia ser mais aprofundado o papel da doula	1
Nada de negativo declarado	8
Sugestões	
Maior divulgação	2
Realizar outras capacitações	2
Disponibilizar este conhecimento para a comunidade	2
Expandir as capacitações para os homens da enfermagem e da comunidade	2
Mais tempo de intervalo durante os encontros	1
Proporcionar mais dinâmicas	1
Aumentar a carga horária	1
Nenhuma sugestão	5

A elaboração dos planos de aula para os conteúdos que foram abordados obedeceram ao seguinte roteiro: assunto/título; objetivos; forma de apresentação ou de desenvolvimento do conteúdo; conteúdo; avaliação e referências.

Os conteúdos foram elaborados em quatro planos de aula, uma para cada encontro em laboratório, quais sejam:

Primeiro encontro – “Nascimento ao longo da história: possibilidades de cuidados”. Sob este título foram contemplados conteúdos como história das doulas; atribuições, limites e campo de atuação da doula; a relação da doula com a gestante; a relação da doula com a família; relações da doula com a família/acompanhante; recomendações da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde para o trabalho de parto e parto: o atendimento humanizado.

Segundo encontro – “Noções de anatomia humana e fisiologia da gestação, do trabalho de parto e parto”; Neste encontro foram abordados aspectos relacionados à anatomia e fisiologia da gestação; fatores que influenciam o parto; períodos clínicos do parto; mecanismos de parto; posições que podem ser utilizadas pela parturiente durante o trabalho de parto; posições que podem ser utilizadas pela parturiente durante o parto; a água e o parto; atuação e importância da doula hospitalar quando o trabalho de parto e parto se complicam.

Terceiro encontro – “Métodos não-farmacológicos de alívio da dor: atuação da doula”; Neste momento foram desenvolvidos os seguintes conteúdos: noções de fisiologia da dor; técnicas que contribuem para o conforto e para a progressão do trabalho de parto.

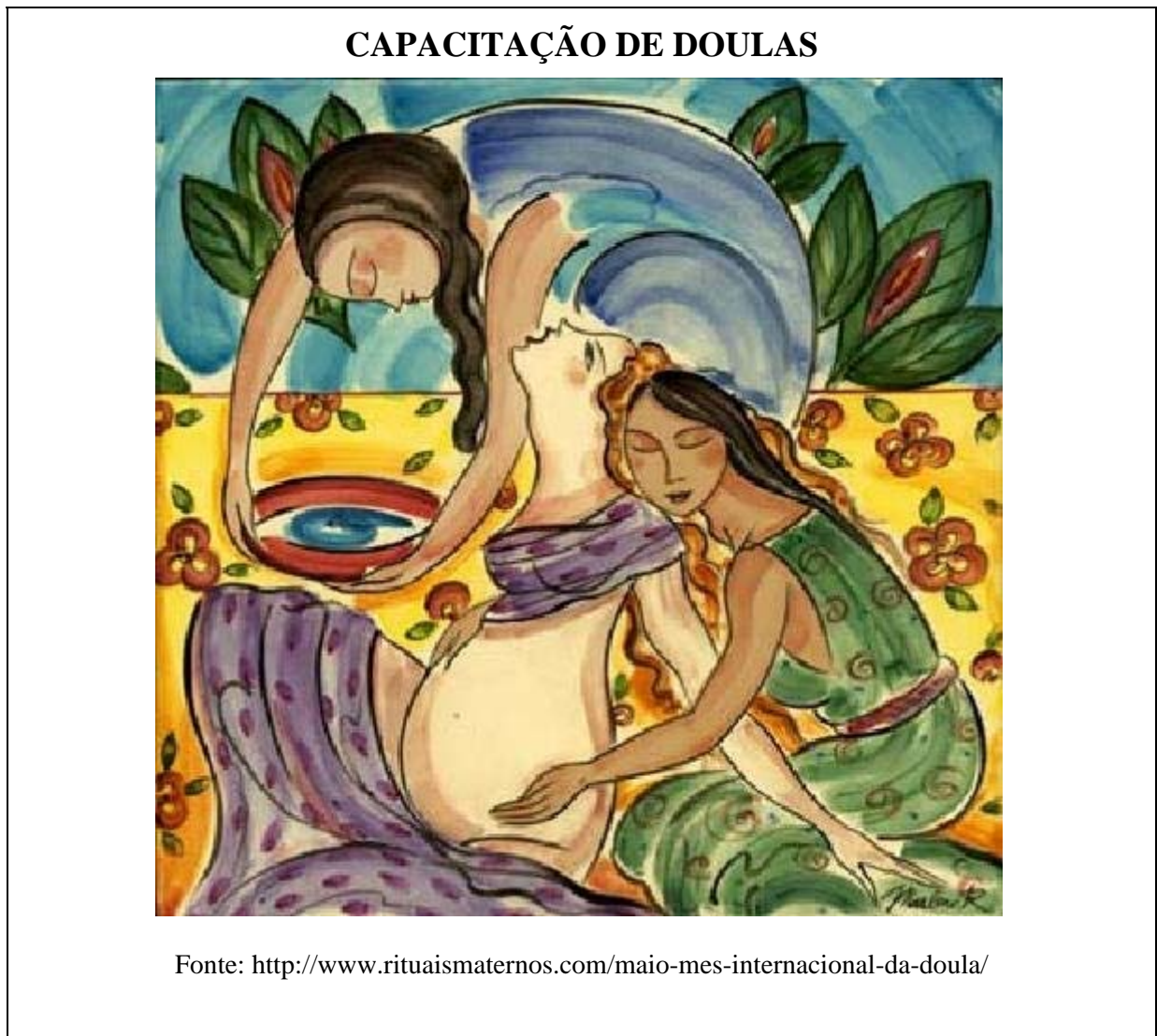
Quarto encontro – “Pós-parto e recém-nascido”. Neste último encontro foram abordados conteúdos como as primeiras horas de vida do bebê; amamentação; posição para dormir do bebê; puerpério.

Na próxima seção será detalhado este material.

3 CAPACITAÇÃO DE DOULAS EM QUATRO ENCONTROS

A seguir será apresentado o material tal qual foi desenvolvido nos encontros. Consta de uma capa, sumário e os planos de aulas completos para cada um dos encontros. Como afirmado anteriormente, cada plano apresentou: assunto/título; objetivos; forma de apresentação ou de desenvolvimento do conteúdo; conteúdo; avaliação e referências. A descrição deste material está destacada em quadros visto representar uma publicação à parte. A numeração das páginas dos quadros segue esta lógica, conforme descrito no sumário específico.

3.1 Capa



3.2 SUMÁRIO

Para o curso de capacitação foi elaborado o sumário com as especificações relativas aos encontros programados.

SUMÁRIO

1	PRIMEIRO ENCONTRO - NASCIMENTO AO LONGO DA HISTÓRIA: possibilidades de cuidados.....	3
1.1	Objetivos.....	4
1.2	Procedimentos.....	5
1.3	Avaliação deste encontro.....	5
1.4	História das doulas.....	5
1.5	Atribuições, limites e campos de atuação da doula.....	6
1.6	Relações da doula com a família/acompanhante.....	8
1.7	Recomendações da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde para o trabalho de parto e parto: o atendimento humanizado.....	8
	REFERÊNCIAS.....	10
2	SEGUNDO ENCONTRO - NOÇÕES DE ANATOMIA HUMANA E FISILOGIA DA GESTAÇÃO, DO TRABALHO DE PARTO E DO PARTO.....	11
2.1	Objetivos.....	11
2.2	Procedimentos.....	11
2.3	Avaliação deste encontro.....	11
2.4	Anatomia e Fisiologia da gestação.....	12
2.5	Fatores que influenciam o parto.....	18
2.6	Períodos clínicos do parto.....	21
2.7	Mecanismos de parto.....	23
2.8	Posições que podem ser utilizadas pela parturiente durante o trabalho de parto.....	23
2.9	Posições que podem ser utilizadas pela parturiente durante o parto.....	25
2.10	A água e o parto.....	28

2.11	Atuação e importância da doula hospitalar quando o trabalho de parto e parto se complicam.....	29
	REFERÊNCIAS.....	30
3	TERCEIRO ENCONTRO - MÉTODOS NÃO-FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR: atuação da doula.....	31
3.1	Objetivos.....	31
3.2	Procedimentos.....	31
3.3	Avaliação deste encontro.....	32
3.4	Noções de fisiologia da dor.....	32
3.5	Técnicas que contribuem para o conforto e para a progressão do trabalho de parto.....	32
	REFERÊNCIAS.....	35
4	QUARTO ENCONTRO - PÓS-PARTO E RECÉM-NASCIDO	36
4.1	Objetivos.....	36
4.2	Procedimentos.....	36
4.3	Avaliação deste encontro.....	36
4.4	As primeiras horas de vida do bebê.....	37
4.5	Amamentação.....	38
4.6	Posição para dormir do bebê.....	44
4.7	Puerpério.....	44
	REFERÊNCIAS.....	47

3.3 Primeiro encontro

1 PRIMEIRO ENCONTRO - NASCIMENTO AO LONGO DA HISTÓRIA: possibilidades de cuidados

O parto foi, durante milhares de anos, considerado um evento exclusivamente feminino. A mulher podia ser assistida durante o ciclo gravídico-puerperal pelas parteiras cujas práticas eram regidas por divindades em culturas pagãs ou por um único deus no caso do cristianismo.

Pinturas e esculturas da antiguidade mostram que os partos eram realizados sempre com a mulher em posição vertical, ou seja: de cócoras, sentadas, de pé ou ajoelhadas.

A Idade Média trouxe grandes modificações ao mundo ocidental. Em relação ao nascimento, foi ao final da Idade Média que o homem inicia sua tímida entrada neste cenário, marcando a modernidade, a ciência e as práticas cirúrgicas que começam a ser incorporada à medicina ao final deste período. O parto passa a ser estudado como mecanismo físico e os médicos começam a ser chamados mais frequentemente para realizar procedimentos cirúrgicos considerados de risco para a mãe e/ou o bebê, sem, no entanto, obter melhores resultados que as parteiras.

Para que os resultados pudessem ser diferentes do que a morte materna ou fetal esperada, foi criado e disseminado o uso de instrumentos e técnicas cirúrgico-obstétricas.

E, para facilitar o atendimento do médico à parturiente, a mulher é colocada na posição horizontal para parir. Assim é até a atualidade sendo esta posição considerada a que permite maior comodidade ao profissional e melhor acesso e visualização da região perineal. A medicina incorporou esta prática tornando-a tão normal e importante para a profissão que passou a fazer parte daquilo que passou a chamar-se Arte Obstétrica.

A Arte obstétrica desde sua constituição na Europa, entre os séculos XVI e XVIII, centra seus estudos no parto e, posteriormente, na gravidez, direcionando seu foco à aspectos biológicos de forte influência da anatomia patológica. No Brasil, a obstetrícia médica iniciou-se com a inauguração das escolas de Medicina e Cirurgia na Bahia e do Rio de Janeiro, em 1808. Neste momento, para que os alunos das escolas de medicina possam ter

acesso ao aprendizado do parto, foram instituídas escolas de parteiras junto aos hospitais, garantindo, assim, a clientela feminina (BRENES, 1991). Com o tempo, o trabalho das parteiras precisou ser desqualificado junto à sociedade para que o trabalho da medicina pudesse sobressair-se (CARNEIRO, 2003, p. 230; 401).

A maternidade passa, portanto, a ser vista como um fenômeno patológico que implica riscos, danos e sofrimento para a parturiente. O uso do fórceps, anestésicos e substâncias que promovem a contração uterina passam a ser utilizadas com o objetivo de salvar a vida da mulher.

No século XX a disseminação de tais tecnologias tem como objetivos diminuir o sofrimento e o tempo do trabalho de parto. A mulher deixa de ser a protagonista do seu parto. A medicina, por meio de práticas de controle das ações das mulheres torna o parto e o nascimento um acontecimento relacionado à ciência, que não deve ter a interferência da família ou da vontade da mulher (CARVALHO; TAMEZ, 2005).

A hospitalização do parto passou a ser o cenário da assistência a partir da segunda metade do século XX nos países industrializados (DINIZ, 2005). Após a Segunda Guerra Mundial a hospitalização do parto se dá “em nome da redução da mortalidade infantil e materna. Desta forma, o parto, que é a expressão da vida e que alberga consigo certos riscos, ao ser institucionalizado [...] com base na premissa de que a ação médica pode dominar e/ou neutralizar seus riscos” (OBA, 1996, p. 2). Assim, hospitalização passou a ser sinônimo de intervenção (CARDOSO, 2009).

1.1 Objetivos

Conhecer as participantes do curso, suas expectativas em relação à capacitação, seus saberes em relação ao parto e às práticas da doula. Trocar informações sobre o acompanhamento da doula. Conhecer as experiências das participantes em relação ao nascimento. Problematizar situações que permeiam o nascimento e a atuação da doula em diferentes culturas e delineamento histórico. Evidenciar diferentes campos de atuação e de práticas das doulas na atualidade, mostrando como se dá a relação da doula com os demais atores do parto.

1.2 Procedimentos

Neste encontro foram discutidos aspectos relacionados ao nascimento e à atuação da doula a partir das expectativas, experiências das participantes e da projeção do filme “Sagrado”.

1.3 Avaliação deste encontro

A avaliação foi realizada a partir das apresentações das experiências das participantes e das discussões ocorridas após a projeção do filme “Sagrado”. Houve a sugestão das participantes para a apresentação de outros vídeos.

1.4 História das doulas

A palavra doula é originária do vocabulário grego e significava aquela que serve. A doula na antiguidade era oriunda de um povo conquistado pelos gregos e que servia a alguém em particular. Os servos que cuidavam da casa de suas senhoras, bem como de seus filhos eram, geralmente, escolhidos entre os membros da população conquistada que ocupavam espaços de destaque naquelas populações. As servas poderiam desempenhar o papel de parteiras, uma vez que acompanhavam as mulheres nos partos. Algumas delas passavam a amas de leite, visto que estariam amamentando seus filhos nestas ocasiões.

Na Grécia os servos podiam manter costumes e tradições de seus povos. Ao serem trazidos dos campos de batalha podiam ser vendidos ou trocados pelo Estado quando, então, passavam a pertencer aos seus senhores. As práticas das servas/doulas foram incorporadas às culturas locais mantendo sua importância no cenário de parto.

Séculos mais tarde, a doula já não é mais a escrava, mas a amiga, mãe, ou avó, a mulher mais velha e mais sábia, que já havia tido seus filhos, e que entendia como se davam os processos de gravidez e parto, auxiliando as gestantes, parturientes e puérperas de sua família ou de seu círculo social; é a parteira que realiza visitas pré e pós-parto, além de aparar o recém-nascido.

No século XVIII foram criadas maternidades dentro do ambiente hospitalar, cujos partos eram atendidos predominantemente pelas parteiras.

Uma vez internadas, as parturientes foram cada vez mais isoladas de familiares e conhecidos neste momento. A entrada das parteiras no ambiente hospitalar deu-se com o crescimento do ensino da medicina. Desta maneira, o ensino médico inicia-se com a inclusão das parteiras no ambiente hospitalar fazendo com que, posteriormente, este personagem pudesse ser prescindido e, paulatinamente, substituída pelo médico.

Da metade do século XX até a atualidade a mulher fica sem a doula, sem a parteira e sem a presença de familiares e conhecidos. Os procedimentos cirúrgicos, a indústria e a importância dada ao tempo fizeram do nascimento um procedimento eminentemente cirúrgico e, já a partir do final do século XX apresentam-se como contribuintes às altas taxas de cesariana, prematuridade e permanência dos altos índices de mortalidade materna.

Atualmente, a doula ressurge como instrumento importante nas políticas relacionadas à humanização do parto.

1.5 Atribuições, limites e campos de atuação da doula

- **Atribuições**

A doula presta um suporte físico e emocional à parturiente e seu acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Ela esclarece dúvidas, conforta, ensina e promove técnicas não-farmacológicas para o alívio da dor à mulher em trabalho de parto. Pode servir de elo entre a parturiente e os profissionais da saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), durante o trabalho de parto,

a doula orienta a mulher a assumir a posição que mais lhe agrada durante as contrações; favorece a manutenção de um ambiente tranquilo e acolhedor, com silêncio e privacidade; auxilia na utilização de técnicas respiratórias, massagens e banhos mornos; orienta a mulher sobre os métodos para o alívio da dor que podem ser utilizados, se necessários; estimula a participação do marido ou companheiro em todo o processo (p. 67);

No parto, a doula, ainda segundo a mesma publicação,

apóia e orienta a mulher durante todo o período expulsivo, incluindo a possibilidade da liberdade de escolha quanto à posição a ser adotada (p. 67).

A doula representa, também, possibilidade de informação e orientação após o nascimento “quanto a dequitação e ao clampeamento do cordão” (p. 67). E, quanto à formação de vínculo entre mãe-filho e aleitamento materno, a doula

estimula a colocação do recém-nascido sobre o abdômen materno, num contato pele a pele, estimulando no início da sucção ao peito materno favorecendo o vínculo afetivo mãe-filho; e posteriormente, informa e orienta também quanto ao início e manutenção do aleitamento materno (p. 67).

- **Limites**

A doula não executa qualquer procedimento médico, não faz exames, não cuida do recém-nascido no hospital. Ela não substitui qualquer dos profissionais tradicionalmente envolvidos na assistência ao parto. Não é sua função discutir procedimentos com a equipe ou questionar decisões (DUARTE, 2009).

- **Campo de atuação**

As doulas atuam tanto no âmbito privado quanto na comunidade.

As doulas que seguem o modelo privado ou particular são profissionais que atuam desde a gestação prestando aconselhamento e orientações sobre trabalho de parto, parto e pós-parto. Muitas são psicólogas, outras fisioterapeutas, professoras de yoga ou enfermeiras. Os enfoques de atenção são variados e visam valorizar a experiência de cada gestante.

A doula particular acompanha o casal ao hospital, maternidade, casa de parto ou no domicílio caso a opção escolhida tenha sido um parto domiciliar. Ela permanece ao lado da parturiente até que o parto tenha sido concluído e que mãe e bebê estejam em boas condições. Após o parto a família recebe algumas visitas da doula para esclarecimento de dúvidas e apoio (DUARTE, 2009).

As doulas comunitárias, geralmente, provêm de alguma instituição da própria comunidade e oferecem conforto e apoio as parturientes que chegam ao hospital durante o período em que prestam sua atividade voluntária (DUARTE, 2009). Geralmente as doulas que atuam voluntariamente não têm qualquer formação na área da saúde, sendo capacitadas na instituição em que prestam os cuidados.

1.6 Relações da doula com a família/acompanhante

A doula pode inspirar à gestante uma figura maternal, mas não exatamente uma mãe. Estas, em algumas ocasiões, não são as melhores acompanhantes devido à ansiedade ou insegurança que o momento propicia. Já o pai da criança, quando disposto a ser o acompanhante, é presença que promove diferenciações em todo o processo do nascimento. Suas dúvidas e apreensões podem ser dirimidas por uma profissional qualificada, competente e presente durante todo o processo do nascimento. Enquanto o acompanhante está envolvido emocionalmente com a parturiente, a doula tem uma visão mais ampla do processo, podendo dar suporte físico e emocional a ambos; promove o aumento da segurança e da possibilidade de interação entre os acompanhantes presentes. A doula vai ajudá-lo a confortar a mulher, vai mostrar os melhores pontos de massagem, vai sugerir formas de prestar apoio à mulher na hora da expulsão, já que muitas posições ficam mais confortáveis se houver um suporte físico. Sua prática não implica em competir ou substituir familiares ou profissionais.

1.7 Recomendações da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde para o trabalho de parto e parto: práticas humanizadoras

O Ministério da Saúde ao publicar o manual Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher (BRASIL, 2001) afirma que prestar uma adequada assistência ao parto e o devido respeito aos desejos e direitos da mulher implica em “uma série de necessidades onde se inclui o controle adequado da dor do trabalho de parto e o acompanhamento do trabalho de parto por pessoa de sua escolha, que lhe de apoio emocional necessário para este período” (p. 64).

O direito ao acompanhamento da gestante já é reconhecido em diversas instâncias, incluindo o Ministério da Saúde. Entretanto não é praticado de forma regular e sistemática em todo o país. Ao contrário, de maneira geral, apenas as mulheres mais favorecidas economicamente, cujos pagamentos dos partos são realizados por meio dos seguros conveniados obtêm este direito (BRASIL, 2001).

O apoio do acompanhante, além de melhorar a vivência do parto, parece ter uma influência direta e positiva sobre a saúde das mulheres e dos recém-nascidos e, por isso, as instituições deveriam estimular sua presença em todas as situações possíveis (BRASIL, 2001).

A humanização do parto prevê a criação das salas de parto, onde as parturientes permanecem durante o trabalho de parto (fase de dilatação cervical), parto (expulsão fetal e dequitação placentária) e puerpério, com a presença de seu acompanhante. Em português a denominação oficial para este conceito (a exemplo do *labor and delivery room* - LDR da língua inglesa), tem sido o de "**sala PPP**", ou seja, um mesmo local onde a mulher permanece durante o **pré-parto**, **parto** e **puerpério** imediato. Essa estratégia tem se mostrado efetiva na humanização do parto e no incentivo ao parto normal, com conseqüente redução nos índices de cesárea, melhoria das condições do RN no nascimento, melhores condições de trabalho de parto, parto, puerpério e melhor interação familiar.

A OMS (1996), no seu guia prático de Assistência ao Parto Normal, recomenda que, tanto no trabalho de parto quanto na fase de expulsão do feto, as mulheres deveriam adotar a posição que melhor lhes agrada e serem estimuladas a experimentar aquilo que for mais confortável, desde que evitem longos períodos em decúbito dorsal. Para isso, os profissionais necessitam de treinamentos em outras práticas para o manejo do parto e, especialmente do período expulsivo, em posição que não seja a de "deitada de costas" também denominada de "barriga para cima".

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 202p.

BRENES, Correa Anayansi. “História da parturição no Brasil, século XIX”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. VII, n. 2, p. 135-149, abr./jun. 1991.

CARDOSO, Paula Araújo. **Humanização do parto e nascimento: produção de conceitos a partir do ano de 2000**. Monografia de Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do Título de Enfermeira na UFRGS. Porto Alegre, 2009.

CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes. **Ajudar a nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (séculos XV-XX)**. Dissertação de Doutorado em Ciências da Educação. 2003. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação Universidade do Porto. Porto. 2003.

CARVALHO, Marcus Renato; TAMEZ, Raquel N. **Amamentação: bases científicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

DUARTE, Ana Cris. **Modelos de atuação da doula: particular x institucional**. São Paulo: Doulas do Brasil, 2009. Disponível em: <<http://www.doulas.com.br/doulas2.html>>. Acesso em: 26 abr. 2009.

DUARTE, Ana Cris. **Quem são as doulas**. São Paulo: Doulas do Brasil, 2009. Disponível em: <<http://www.doulas.com.br/doulas.html>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto: os muitos sentidos de um movimento. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p.627-637, jul-set. 2005.

Maió – Mês Internacional da doula. Rituais Maternos, 2009. Disponível em: <<http://www.rituaismaternos.com/maio-mes-internacional-da-doula/>>. Acesso em: 24 nov. 2009.

OBA, Maria das Dores do Vale. **Pré-natal: uma assistência integral ou fragmentada?**. Ribeirão Preto, 1996. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Assistência ao parto normal: uma guia prática**. Relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996. 53p.

3.4 Segundo encontro

2 SEGUNDO ENCONTRO - NOÇÕES DE ANATOMIA HUMANA E FISIOLOGIA DA GESTAÇÃO, DO TRABALHO DE PARTO E DO PARTO

As noções de anatomia abordadas neste tópico referem-se àquelas publicadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. Estas orientações ordenam de forma diferenciada diversas práticas relacionadas à gestação, ao trabalho de parto e ao parto de forma a chamá-las de humanizadas.

2.1 Objetivos

Noções de anatomia e fisiologia da gestação; alterações no corpo da grávida durante a gestação e o parto; abordagens para o preparo físico e emocional para o parto.

Descrever trabalhos de parto e parto e possibilidades de auxílio da doula durante este período e o parto; capacitar doulas para que possam orientar e ajudar a parturiente a encontrar posições mais confortáveis.

2.2 Procedimentos

Abordagem sobre noções de anatomia e fisiologia da gestação, do trabalho de parto e do parto, utilizando multimídia e fotos. Exposição e discussão de conteúdos. Realizada dinâmica de grupo com a formação de trios, nos quais uma participante era “a doula”, outra “a parturiente” e a outra era “a dor”. O objetivo da dinâmica foi fazer com que “a parturiente” pudesse ver até que ponto poderia suportar “a dor” ou o desconforto tendo a ajuda da doula para lidar com essa dor.

2.3 Avaliação deste encontro

Por meio de questionamento direto às participantes sobre procedimentos, tecnologias e materiais utilizados até o presente encontro, possibilitando decisão sobre a melhor forma de apresentação e de materiais a serem utilizados no próximo encontro.

2.4 Anatomia e Fisiologia da gestação

Durante as 40 semanas de gestação, dez meses lunares ou 280 dias, o organismo feminino passa por profundas alterações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas em todos os órgãos e sistemas. Estas alterações têm como finalidade a adaptação, manutenção e desenvolvimento da gravidez.

Há sinais e sintomas que fazem com que a gestação seja presumida, outros que indicam uma possibilidade mais acentuada de que existe uma gravidez: são os sinais prováveis de gravidez e, enfim, sinais e sintomas que confirmam tanto as suspeitas presumíveis quanto as prováveis de que a gestação está em curso. A seguir estão descritos os sinais e sintomas de gravidez e as principais modificações no corpo da grávida

- **Sinais e sintomas de gravidez**

Os sinais e sintomas de gravidez são categorizados como: **sinais e sintomas presuntivos**: são mudanças sentidas pela mulher que incluem amenorréia ou a falha em um ou mais períodos menstruais, fadiga, náuseas e vômitos, sensibilidade nas mamas; **sinais e sintomas prováveis**: que podem ser observados pelo examinador e descritos como o sinal de Hegar, quando ocorre o amolecimento do istmo uterino, acontece por volta das seis semanas de gestação (BUZZELLO, JESUS, 2004) e os testes de gravidez; **sinais e sintomas positivos**: quando constatada a presença do feto por meio da ausculta dos batimentos cardíacos fetais, a visualização do feto por meio da ultra-sonografia e movimentos fetais perceptíveis à palpação.

- **Principais modificações no corpo da grávida**

Durante a gravidez ocorrem no organismo materno modificações locais – no útero, ovários e trompas, vagina e vulva, mamas; e modificações gerais - sistemas cardiovascular, renal, respiratório, tegumentar, músculo-esquelético, neurológico e gastrintestinal. A seguir serão descritas as principais modificações em cada um destes órgãos ou sistemas.

- **Útero**

O crescimento uterino no primeiro semestre? é estimulado pelos altos níveis de estrógeno e progesterona. Fisiologicamente, o útero inicia suas alterações após a concepção e, imediatamente depois da implantação do ovo sofre intensas modificações em sua consistência, volume, peso, forma, posição e coloração.

Já no início do quarto mês lunar, ou 16 semanas, a gestante pode perceber as contrações uterinas denominadas contrações de Braxton-Hicks. Tais contrações facilitam o fluxo sanguíneo uterino auxiliando na oxigenação do feto. São contrações irregulares, indolores e ocorrem com frequência irregular no transcorrer da gestação e no falso trabalho de parto preparando o útero e o feto para o trabalho de parto.

- **Ovários e trompas**

Têm seus tamanhos discretamente aumentados durante a gestação.

- **Vagina e vulva**

O aumento da vascularização em todo o corpo feminino promove uma coloração arroxeada da vulva e da vagina. Esta coloração pode estender-se para o períneo.

Há uma maior produção de fluídos vaginais originados tanto do colo uterino quanto da própria vagina. Estas secreções têm uma aparência esbranquiçada e é denominada de leucorréia. As alterações que dão a vagina um nível maior de acidez fazem com que a gestante fique mais propensa às infecções vaginais.

À medida que a gestação avança o retorno do sangue que vai dos membros inferiores ao coração é dificultado pelo aumento do útero grávido que se encontra neste trajeto e que age como uma barreira a este retorno. Isto pode provocar edema – inchaço - nos pés em graus variados e, também, varizes na região genital.

Outra modificação importante é o aumento da espessura das paredes da vagina, tornando-a mais elástica e resistente como forma de preparação para a passagem do bebê.

- **Mamas**

As mamas aumentam de tamanho. Tornam-se mais firmes. Tem sua rede de vasos sanguíneos aumentada em número e calibre. A rede venosa mamária, ou rede de Haller, fica mais visível. Estas modificações podem vir acompanhadas de um aumento da sensibilidade, sensação dolorosa, de plenitude e/ou de aumento de peso.

Os mamilos e aréolas mudam de coloração ficando mais escuros. Também mudam de tamanho ficando mais proeminentes e maiores. As glândulas sebáceas das aréolas ficam maiores e salientes protegendo e lubrificando os mamilos.

No interior das mamas ocorre um aumento do tecido glandular e as células adquirem a possibilidade de secretar leite. Isto pode ser percebido já no final do segundo trimestre por meio da presença de colostro.

Todas estas modificações devem-se principalmente aos hormônios estrógeno, progesterona, somatotropina e prolactina.

- **Sistema cardiovascular**

As alterações mais significativas ocorrem na quantidade de sangue que o coração bombeia a cada minuto e na forma como este sangue é distribuído no corpo materno.

Para que possa ser mais bem oxigenado, o corpo da mãe algumas vezes precisa aumentar a frequência dos batimentos de seu coração de 10 a 15 batimentos por minuto já a partir do segundo trimestre (CLAPP, 1992; FINKELSTEIN, 2006). Há também uma redução da pressão arterial (de aproximadamente de 5 a 10 mmHg, tanto na pressão sistólica quanto na diastólica) no segundo trimestre, devendo voltar aos parâmetros anteriores no terceiro trimestre (CLAPP, 1985; FINKELSTEIN, 2006). Esta diminuição da pressão arterial ocorre devido ao aumento do tamanho da placenta que invade o útero por meio de tecido projetado para dentro dele reduzindo a pressão local e, pelo mecanismo dos vasos comunicantes, a pressão de todo o corpo acaba baixando também. A produção das prostaglandinas durante a gestação é outro fator que auxilia na diminuição da pressão arterial.

Em razão do aumento uterino, há compressão da veia cava inferior quando a gestante deita-se em decúbito dorsal, principalmente no segundo e terceiro trimestre (devido ao peso do útero). Isso pode ocasionar falta de ar e queda da pressão arterial. Por essa razão recomenda-se as gestantes o decúbito lateral esquerdo.

O aumento de 1 litro e meio de sangue representa 40% a 50% do volume do sangue presente no corpo da mulher quando fora da gravidez. Este aumento ocorre pouco a pouco durante toda gestação. Deste volume, cerca de 1 litro refere-se à produção de plasma, ou seja, a parte líquida do sangue e, o meio litro restante refere-se à produção de glóbulos e outras partes sólidas do sangue. Como o aumento da parte líquida do sangue não é proporcional à produção de glóbulos vermelhos, o sangue fica mais diluído. A isto se denomina de anemia fisiológica da gestação que é considerada normal quando os valores de hemoglobina são, de no mínimo, 11 g/ml (BRASIL, 2006). A hemoglobina é a substância que leva o oxigênio às células.

A coagulação do sangue da grávida também se modifica fazendo com que o tempo de coagulação diminua lentamente até as 32 semanas e retornando aos valores anteriores da gestação na medida em que esta se aproxima do final. Pode-se dizer que o aumento de alguns dos fatores de coagulação serve como proteção para hemorragias, entretanto pode facilitar a formação de trombos - ou trombose -, especialmente se for necessário algum procedimento cirúrgico.

- **Sistema renal**

O rim aumenta cerca de 1 cm durante a gestação e demora em torno de 6 meses após o parto para retornar ao tamanho pré-gravídico. A dilatação e relaxamento dos ureteres - canais que conduzem a urina produzida pelo rim à bexiga, e da própria bexiga, faz com que a urina fique retida ali por mais tempo, podendo favorecer o surgimento de infecções urinárias. A necessidade de micções com maior frequência é resultado, primeiro do aumento da sensibilidade da bexiga logo no início da gestação e, mais tarde, resultado da compressão da bexiga pelo útero grandemente aumentado ao final da gravidez. O aumento da quantidade de vasos sanguíneos na parte interna da bexiga pode aumentar a possibilidade de traumas e sangramentos neste órgão.

- **Sistema respiratório**

Modifica-se devido à maior necessidade de oxigênio circulante na grávida a fim de processar e manter os diversos tecidos de seu corpo e do feto. Na medida em que a gestação avança, ocorre a redução do espaço destinado ao pulmão devido ao aumento do útero. A dificuldade do diafragma de descer plenamente durante a inspiração devido ao aumento uterino é compensada pelo relaxamento nos ligamentos das costelas devido a relaxina e a progesterona que permitem a expansão torácica em aproximadamente 2 cm no diâmetro transversal, ou seja, a expansão do pulmão para os lados. Hormônios da gestação permitem que uma pequena falta de oxigênio necessário às suas funções faça com que a mulher respire mais rapidamente a fim de suprir a falta percebida. Assim, a gestante, tem tanto sua frequência respiratória aumentada como o aumento de 40% no volume respiratório por minuto. Isto pode ocorrer inclusive quando a mulher encontra-se em repouso. O aumento de estrogênio faz com que o trato respiratório superior, principalmente o nariz, fique mais vascularizado podendo provocar irritação e edema/inchaço do nariz, laringe, faringe, traquéia e brônquios. As situações mais comuns percebidas são dificuldades para respirar devido à congestão nasal ou o “nariz entupido”, sangramento nasal e alterações no tom de voz.

- **Pele, pêlos e unhas**

As alterações nestes órgãos são evidenciadas por mudanças na pigmentação da pele, na lubrificação dos cabelos, na consistência das unhas e na atividade glandular. Todas estas modificações tendem a desaparecer após o parto, ainda no puerpério. Assim, o eritema palmar/ou palma das mãos mais avermelhadas, o aumento da quantidade de pêlos, a intensificação da cor em áreas pigmentadas, os melasmas/ou manchas acastanhadas de contorno irregular e que aparece na face, a hiperpigmentação da linha alba tornando-a linha negra, o aumento da pigmentação dos mamilos, aréolas, axilas, vulva e períneo a partir das 16 semanas, a formação de estrias gravídicas, o aumento no tamanho e na secreção das glândulas sudoríparas e sebáceas, e o aumento da transpiração, são modificações comuns na gestação.

- **Sistema músculo esquelético**

O ganho de peso é uma alteração fisiológica que resulta em modificação na forma de caminhar e na postura da mulher grávida. Isto pode acarretar desconfortos como dor lombar, mais comumente chamada de dor nas costas, cadeiras ou lombo. Estas dores podem se acentuar quando alterações posturais já existiam antes da gravidez. Durante a gestação ocorre um discreto relaxamento e uma maior mobilidade das articulações dos ossos da bacia provocados tanto pelo aumento da progesterona como pela relaxina que tem como efeito um aumento da elasticidade e um amolecimento do tecido conjuntivo e colagenoso.

- **Sistema neurológico**

A progesterona atua no sistema nervoso central desencadeando, principalmente no início da gestação, sintomas de maior sonolência e fadiga. Entretanto outras manifestações passageiras podem ocorrer como tremores, contraturas, vômitos. Adormecimento de extremidades ou regiões como a da boca e queixo também são atribuídas ao sistema nervoso central.

O aumento do útero grávido pode provocar compressão dos nervos pélvicos alterando a sensibilidade dos membros inferiores, provocando dor lombar devido a compressão de raízes nervosas, sem ação direta dos hormônios.

Portanto, alterações neurológicas patológicas na gestação podem confundir-se com alterações resultantes de modificações anatômicas do período e precisam ser mais bem avaliadas.

- **Sistema gastrointestinal**

As alterações neste sistema visam aumentar a oferta de nutrientes ao bebê e à gestante.

Já no início da gestação ocorre oscilação no apetite e na sede da grávida, sensações que persistem até o final da gestação. Algumas gestantes apresentam náuseas matinais devido ao aumento gradativo dos níveis de hormônios e às alterações no metabolismo de carboidratos que, geralmente, desaparecem no início do segundo trimestre.

Ao final do segundo trimestre o apetite aumenta em resposta às necessidades de formações decorrentes da gravidez. As gengivas podem apresentar-se avermelhadas, inchadas e com sangramentos. Todo trato digestivo apresenta-se mais lento e mais relaxado a fim de melhor absorção de nutrientes com menor secreção de suco gástrico, sob a ação do estrogênio. A maior lentidão com que o bolo alimentar faz seu trajeto provoca uma maior absorção de água e conseqüente constipação intestinal, possíveis náuseas e vômitos. A pirose ou azia e o refluxo gastroesofágico ocorrem frequentemente bem como flatulência, distensão abdominal e cólicas intestinais.

Durante a gestação, o desejo por alimentos exóticos, “estranhos” são muito comuns, contribuindo para o excesso de peso. Esses desejos incomuns recebem o nome de malícia, que em outras palavras quer dizer desejo imperativo por determinadas substâncias. Na maioria das vezes as vontades se manifestam em comer alimentos ricos em hidratos de carbono (chocolates, sorvetes, doces, etc.), frutas (frutas ácidas como limão, abacaxi, laranja) e vegetais (pepino, cenoura). Desejos por substâncias não alimentícias como giz, areia ou terra são mais raros, mas podem acontecer.

Existem crenças e tabus relacionados à alimentação e à formação do bebê. Algumas afirmam que se o desejo da mulher não for atendido a criança nascerá com uma mancha no corpo (ou no rosto) na mesma forma do alimento cujo pedido não foi atendido. Criança com muito cabelo é relacionada ao excesso de acidez estomacal da mãe. Há também, relatos de que a fisionomia da criança é modificada caso não se atenda o desejo da mãe.

2.5 Fatores que influenciam o parto

O que corriqueiramente chamamos de parto é um processo complexo em que estão envolvidos fatores que o influenciam. O tamanho e o formato da pelve junto às demais variáveis são determinantes pelo sucesso da passagem do feto. São eles: o trajeto, o motor, o passageiro e as respostas emocionais que serão descritos a seguir.

- **Trajetos, passagem ou canal de parto**

Compreende a pelve óssea (rígida) e os tecidos moles que a recobrem, representados pela porção inferior do útero (segmento uterino inferior, cérvix uterina) músculos do assoalho pélvico, vagina e região vulvoperineal.

- **Motor, força ou contrações**

Esta variável está relacionada à atividade uterina. A contração uterina ocorre da seguinte forma: ao contrair-se, a porção superior do útero empurra o feto para baixo provocando sua descida e expulsão. Tal contração provoca, durante o trabalho de parto, o apagamento e a dilatação da cérvix ou colo uterino, o descolamento e a expulsão da placenta e o pinçamento dos vasos uterinos após a expulsão dos anexos ovulares.

As contrações uterinas iniciam e terminam no fundo do útero, propagando-se por toda sua extensão; têm maior duração e intensidade no fundo uterino. Elas são involuntárias, intermitentes e de duração regular (quando em verdadeiro trabalho de parto). Entre uma contração e outra há um intervalo (relaxamento).

A contração uterina é um dos componentes que propicia avaliar a evolução do trabalho de parto. Deve-se observar e medir sua frequência, duração e intensidade. A frequência refere-se ao tempo entre o início de uma contração e o início de outra. Duração relaciona-se ao tempo entre o início da contração até o final da mesma, que varia de 20 a 90 segundos. Intensidade relaciona-se a força da contração (fraca, média ou forte). É possível fazer tais observações através de palpação uterina ou por sensores eletrônicos.

Para verificar a frequência, duração e intensidade das contrações durante o trabalho de parto, a mão do examinador deve repousar delicadamente e sem movimento sobre o fundo uterino, o que diminuirá desconforto e evitará o estímulo à contração. Esta verificação deve durar 10 minutos, e chama-se avaliação da *dinâmica uterina*. Quando a mulher está em trabalho de parto, verifica-se uma variação normal de duas a cinco contrações durante estes 10 minutos. A variação do número, intensidade e frequência das contrações indica, aproximadamente, a fase do trabalho de parto em que ela se encontra.

- **Passageiro, objeto ou feto**

A movimentação do feto também é fator determinante para o sucesso na evolução do trabalho de parto e parto. Alguns aspectos que influenciam nestes movimentos estão relacionados ao tamanho da cabeça fetal, a apresentação, a atitude, a situação e a posição do feto.

Assim, os ossos da cabeça do feto são maleáveis podendo ter sua forma moldada para que se adeque às necessidades da pelve materna. A apresentação fetal, ou parte do feto que entra no canal de parto em primeiro lugar é, predominantemente, CEFÁLICA (96%); quando for as nádegas os pés, tem-se a apresentação PÉLVICA (2%); ombros e outras (2%). A atitude refere-se a forma como braços, pernas e cabeça são flexionados sobre o tronco do bebê dentro do útero. A situação fetal refere-se à posição da coluna do feto em relação à coluna da mãe. As duas situações mais frequentes são a longitudinal ou vertical, que pode ser direita ou esquerda, tomando-se como referência o dorso do feto em relação ao lado direito ou esquerdo da mãe. Outras situações são a transversa ou horizontal e a oblíqua. A oblíqua é menos frequente. Quando o feto não se encontra em situação longitudinal o parto vaginal não ocorre.

A posição fetal relaciona o ponto de referência da apresentação, geralmente a cabeça, com o lado direito ou esquerdo materno. Já a variedade de posição relaciona um ponto de referência fetal, geralmente a cabeça, com os pontos pélvicos da mãe (anterior ou posterior).

- **Respostas emocionais**

Os estressores variam de mulher para mulher, mas os mais apontados no parto são a dor e a ausência de uma pessoa de apoio. Os hormônios liberados em função do estresse materno podem provocar alterações no padrão das contrações uterinas. O confinamento ao leito e a restrição de movimentos podem dificultar o posicionamento do feto na bacia da mãe e também auxiliam a desencadear o ciclo de estresse. Assim, se a ansiedade da parturiente for excessiva, pode inibir a dilatação cervical normal, o que prolonga o tempo de trabalho de parto e aumenta a percepção de dor. A ansiedade produz aumento nos hormônios do estresse

(beta-endorfina, hormônio adrenocorticotrópico, cortisol, epinefrina) que agem na musculatura lisa, provocando alterações pela redução na contratilidade uterina. Sabe-se que o cortisol pode provocar situações estressoras também para o feto.

2.6 Períodos clínicos do parto

O início do trabalho de parto pode ser antecedido daquilo que é chamado de pródromos de trabalho de parto, comumente chamado de “sinal ou sinais de parto.” Estes sinais se caracterizam pelo aclaramento também conhecido como “abaixamento da barriga”, por contrações mais frequentes, mas ainda irregulares em intensidade e frequência, por perda do tampão mucoso e aumento súbito da atividade física nos dois ou três dias anteriores ao parto, chamada popularmente de “preparo do ninho.” Podem, também, ocorrer modificações no colo uterino tornando-o mais fino, apagado e anteriorizado.

O período de dilatação é o trabalho de parto propriamente dito. Nele ocorrem contrações regulares e efetivas cujo principal efeito é a dilatação do colo do útero. As contrações de trabalho de parto são intermitentes, involuntárias e regulares. No início do trabalho de parto, elas têm curta duração (até 30 segundos) e fraca intensidade. As contrações médias duram em torno de 45 segundos e, nestas, o tônus uterino é mais aumentado do que nas fracas. A contração de forte intensidade dura em torno de 60-90 segundos e durante sua ocorrência o útero dificilmente é depressível à palpação.

Para melhor compreensão, o trabalho de parto, ou período de dilatação, é dividido em três fases: fase latente, fase ativa e fase de desaceleração ou transição.

A fase latente caracteriza-se por contrações de fraca intensidade, curta duração e frequência de 2 a 3 contrações em 10 minutos. A dilatação que ocorre neste período atinge os 3-4 cm. A duração média desta fase nas primíparas é de 6 a 8 horas e nas múltiparas de 3 a 5 horas. Inicialmente a parturiente apresenta-se apreensiva, calma ou tensa, mas facilmente se distrai das contrações. É um período ainda propício para orientações e esclarecimento de dúvidas. Ela pode estar aberta ao diálogo ou não, mas, na medida em que este período avança, ela torna-se mais quieta, distrai-se com menor facilidade, está mais atenta ao ambiente, percebe mais o ritmo das contrações e manifesta mais seu desconforto.

Na fase ativa, as contrações aumentam gradativamente de intensidade, frequência e duração passando de médias à fortes, com frequência entre 2 a 5 a cada 10 minutos, e duração de 40 a 70 segundos. Nesta fase, a dilatação avança dos 4 aos 8 cm e sua progressão é de 1,2 cm por hora nas que encontram-se em seu primeiro trabalho de parto e, de 1,5 cm por hora nas que já tiveram um trabalho de parto anteriormente. A mulher, nesta fase, está mais calada, mais séria, centrada em si, inquieta, comunicando-se com frases curtas; deseja acompanhamento, encorajamento e auxílio com mais frequência. Há um maior desconforto durante as contrações desta fase.

Na fase de desaceleração, também chamada de transição pode ocorrer uma breve suspensão das contrações por um período de 5 a 15 minutos. Após o breve descanso para reposição de energia as contrações intensificam-se, podem durar de 45 a 90 segundos e ter uma frequência de 3 a 5 a cada 10 minutos. Devido à proximidade da dilatação completa, 10 cm, a apresentação desce mais acentuadamente no trajeto da bacia e a mulher pode apresentar os “puxos” manifestados pela vontade involuntária de empurrar o bebê para baixo. A parturiente pode, também, apresentar-se num estado alterado de consciência.

O período expulsivo tem seu início quando a dilatação está completa e termina com a saída completa da criança. A força do motor nesta fase é originada das contrações uterinas e dos músculos abdominais. A apresentação fetal, impulsionada pela contração uterina, distende a vagina e o períneo e pressiona os receptores nervosos da musculatura pélvica, cuja consequência são os “puxos”. A posição dorsal é a mais frequentemente solicitada à mulher para o parto e, na atualidade, faz parte da cultura do nascimento hospitalar.

O terceiro período clínico do parto, a dequitação, começa imediatamente após o nascimento da criança e caracteriza-se pela saída da placenta e seus anexos. Dá-se em três momentos: o descolamento, provocado pela diminuição da cavidade uterina, que reduz a área de fixação da placenta, provoca o descolamento, sua descida e expulsão.

O quarto período, chamado de período de recuperação, inicia-se logo após a saída da placenta e anexos ovulares, estendendo-se até a primeira hora. Caracteriza-se por contrações uterinas muito intensas que promovem uma consistência lenhosa ao útero: o globo de segurança de Pinard.

2.7 Mecanismos de parto

Chamamos de mecanismos de parto o conjunto de movimentos de adaptação do feto às diferentes formas do trajeto. São eles: encaixe ou primeiro mecanismo, descida ou segundo mecanismo, flexão ou terceiro mecanismo, rotação interna ou quarto mecanismo, extensão ou quinto mecanismo, rotação externa ou sexto mecanismo, liberação do ombro anterior, do ombro posterior e das demais partes do corpo ou sétimo mecanismo.

A seguir, estes mecanismos serão descritos mais detalhadamente.

No movimento de insinuação e encaixe acontece a passagem da maior circunferência da apresentação fetal pelo estreito superior da bacia. Isto pode ser observado pela “queda” do ventre, quando popularmente diz-se que a “barriga desceu”. Em gestantes primigestas a insinuação e o encaixe ocorrem cerca de quinze dias antes de iniciar o trabalho de parto. Em mulheres que já tiveram pelo menos um parto este processo se dá durante o trabalho de parto.

Ao se insinuar e descer, a cabeça do bebê molda-se aos contornos da pelve materna. Ao mesmo tempo em que a cabeça do bebê se volta para baixo, encosta seu queixo no peito fazendo o movimento de flexão. Com a cabeça flexionada e encostada nas estruturas ósseas da mãe a cabeça gira internamente colocando a face do bebê voltada para as costas da mãe: é a rotação interna que coloca o bebê na iminência do nascimento. Em seguida o bebê estende a cabeça para frente ocasionando o início de seu nascimento. Quando a cabeça encontra-se exteriorizada ocorre sua rotação externa, ou seja, um movimento para voltar à posição anterior à rotação interna. O desprendimento dos ombros e do tronco ocorrem logo após. Só então se poderá dizer que ocorreu o nascimento.

2.8 Posições que podem ser utilizadas pela parturiente durante o trabalho de parto

A posição que a mulher adota durante o trabalho de parto interfere nas adaptações anatômicas e fisiológicas do curso deste período. A mudança de posição durante o trabalho de parto deve ser frequente e encorajada. A procura de posições mais confortáveis alivia a fadiga, promove conforto e ativa a circulação sanguínea. Caminhar durante este período aumenta a intensidade das contrações (encurtando o trabalho de parto), descontra a parturien-

-te, promove o fortalecimento do controle materno e é mais uma oportunidade de interação entre a parturiente, o parceiro (acompanhante) e a doula (cuidador, prestador de serviço).

O decúbito dorsal, ou “deitada de barriga para cima” promove a compressão de grandes vasos podendo causar hipotensão materna e desaceleração dos batimentos cardíacos fetais, além de contrações uterinas mais frequentes, porém de menor intensidade.

Na posição lateral as contrações são mais intensas e mais curtas. Para maior conforto pode-se colocar um travesseiro na região dorsal a fim de lateralizar a parturiente.

Nas posições verticais as contrações são mais intensas e de maior duração. Daí o apagamento mais rápido do colo uterino, um trabalho de parto mais curto, uma descida do feto auxiliada pela força da gravidade, a melhora do débito cardíaco materno e o menos consumo energético da parturiente.

Quadro de posições que podem ser adotadas pela mulher e seu acompanhante durante o trabalho de parto.



2.9 Posições que podem ser utilizadas pela parturiente durante o parto

A posição pode determinar a duração do período expulsivo bem como sua eficácia. É comprovado que adotar posições verticais até a cabeça do bebê coroar é uma maneira de diminuir a duração deste período. Isto faz com que a parturiente canse menos e obtenha contrações mais eficazes (BALASKAS, 1993). A seguir serão mostradas posições que podem ser adotadas no período expulsivo, mas que podem ser assumidas pela parturiente ao longo de todo trabalho de parto, uma vez que a recomendação da OMS (1996) é liberdade de movimentos.

- **Posição deitada em decúbito dorsal com pernas afastadas ou posição ginecológica**

É a tradicionalmente adotada nas instituições hospitalares e até mesmo em partos atendidos nos domicílios. É uma posição que facilita intervenções, como episiotomia, uso de fórceps e vácuo-extrator.



Fonte: <http://www.santalucia.com.br/maternidade/parto-p.htm>

Esta posição foi a única divulgada e ensinada nas faculdades de medicina e enfermagem a partir do século XIX no Brasil até o final da década de 1990 quando outras posições passaram a ser novamente introduzidas e estudadas nas universidades do mundo inteiro. Seu uso tem promovido um período expulsivo mais prolongado. Combinada com “puxos” dirigidos, ou seja, aqueles solicitados sem que a mulher sinta vontade espontânea de fazer força, torna esta posição mais cansativa para a parturiente. Além disso, não permite que os ossos do cócix, mobilizem-se a fim de aumentar o espaço para que o bebê passe.

Nesta posição, ao “fazer força” o útero da grávida comprime os órgãos do sistema respiratório e a veia cava, podendo provocar a sensação de “falta de ar” e dificuldades para os esforços expulsivos.

- **Posição de cócoras sustentada**

A posição de cócoras é a que mais facilita a rápida descida do bebê pois otimiza a ação da gravidade. A parturiente permanece com o tronco na posição verticalizada. Facilita a caminhada e a permanência em pé entre as contrações. A mulher pode estar apoiada em uma cadeira, banquinho, na ponta da cama, ou em outro local que ela sentir segurança. Pode permanecer quase em pé e quando começa a contração pode flexionar os joelhos. Nesta ocasião ela terá a necessidade de apoiar-se em algo ou alguém, então a doula ou o acompanhante pode dar suporte sustentando-a para que, ao soltar o peso do corpo, ela possa cooperar com a contração uterina. Logo que a contração passe ela pode movimentar-se livremente até o início da próxima contração, quando será amparada novamente.



Fonte: <http://www.santalucia.com.br/maternidade/parto-p.htm>

É importante que a doula ou acompanhante cuide-se também. Para isto, ao apoiar a grávida é interessante manter uma distância de 60 a 90 cm entre seus pés. Isto ampliará a base de sustentação de seu próprio corpo e proporcionará mais apoio e força para sustentar o peso da mulher. Tanto a doula quanto o acompanhante poderão utilizar uma cadeira, escadinha ou

banquinho como apoio a fim de não cansar-se.

A parturiente deve sentir que as contrações estão sendo efetivas, menos desconfortáveis e que ela sinta-se bem na posição adotada.

- **Posição ajoelhada ou “de quatro”**

“Esta posição acontece de uma maneira intuitiva e foi muito utilizada pelas mulheres na prática obstétrica tradicional” (BALASKAS, 1993, p. 188). É indicada quando o trabalho de parto está progredindo muito rápido. Nesta posição, a mulher pode obter um maior conforto e o bebê vai progredir um pouco mais devagar. A parturiente fica de joelhos, inclina o corpo para frente, e apoia-se em almofadas, travesseiro... com os joelhos separados. Quando o bebê apresentar-se de forma diferente da mais adequada para o nascimento, a posição ajoelhada diminui a pressão nas costas e o desconforto, auxiliando na rotação da cabeça à medida que o bebê estiver descendo. Entre as contrações é possível erguer o corpo e esticar-se.



Fonte: <http://www.santalucia.com.br/maternidade/parto-p.htm>

A doula, quando a mulher se encontra na posição ajoelhada, pode realizar massagens nas costas e região lombar durante ou entre as contrações, encorajando a parturiente. Como nesta posição a mulher não enxerga a saída do bebê, a doula pode descrever o que está acontecendo e pode ajudá-la a pegar seu filho após o nascimento.

- **Deitada de lado**

Deitada de lado o cóccix não apresenta limitação para o movimento de báscula. A posição não auxilia a força da gravidade, no entanto promove um maior conforto para a parturiente. Se ela está se sentindo muito cansada, poderá deitar-se entre as contrações, preferentemente em decúbito lateral esquerdo, com as costas levemente apoiadas em travesseiros, com a perna direita flexionada e as mãos logo abaixo do joelho no momento do nascimento (BALASKAS, 1993). A doula pode auxiliar segurando o joelho da parturiente durante a contração, ajudá-la a descansar no intervalo, ficar na cabeceira auxiliando quando solicitada, fornecendo água, alcançando mais um travesseiro, ou outra medida de conforto possível neste momento.

2.10 A água e o parto

O ambiente aquático acalma e conforta algumas parturientes, podendo ser utilizado antes do período expulsivo, para relaxamento e para a suavização das sensações do trabalho de parto. Portanto, durante o trabalho de parto, pode ser oferecido a parturiente alternativas para o alívio da dor e desconforto, como o banho de chuveiro, banho de imersão na banheira ou piscina, uso do chuveirinho e até mesmo o uso de compressas mornas. A utilização da água quente no trabalho de parto é um excelente coadjuvante no combate à tensão e à dor.

As contrações parecem menos fortes e o bebê pesa menos sobre o colo do útero. Muitas mulheres saem da água na hora do bebê nascer, preferindo ficar sobre um colchão, de cócoras, deitada em posição semi-reclinada, ou até de lado, conforme sua preferência (DUARTE, 2009).

- **O parto na água**

Estar submersa diminui o peso sensível, a mulher cansa-se menos e sente menor pressão (pelo peso do feto). Se não há uma banheira, ou piscininha, pode-se utilizar um chuveirinho, ou mesmo bolsa de água quente, pois a água quente (mais para morna) auxilia

no relaxamento, acalmando a parturiente. Compressas mornas no períneo auxiliam, diminuindo o desconforto local, no expulsivo, aumentando o fluxo sanguíneo no local, o que ajuda na distensão necessária para que o bebê passe. A água, combinada com a respiração e variação de posições, cria um clima mais calmo.

É consenso que a melhor hora de entrar na água é quando o trabalho de parto está já consolidado, ou seja, por volta dos 5 cm de dilatação, quando as contrações são mais intensas e mais efetivas (BALASKAS, 1993). Quando a mulher entra na água antes disso, o trabalho de parto tende a desacelerar, as contrações tornam-se menos efetivas, aumentando o tempo de trabalho de parto.

Diminuir as luzes do ambiente também fornece tranquilidade. Pode-se também utilizar música suave, ou conforme o gosto da mulher, para tranquilizar e criar uma situação comprovadamente mais propícia para um trabalho de parto mais eficaz e satisfatório.

2.11 Atuação e importância da doula hospitalar quando o trabalho de parto e parto se complicam

Podem ocorrer complicações durante o trabalho de parto e parto. Neste momento embora o papel da doula seja observacional, ela deve ser capaz de explicar os acontecimentos, para que a parturiente enfrente as adversidades da melhor maneira possível.

A doula permanecerá ao lado da parturiente sem o compromisso de um oferecer auxílio médico ou obstétrico, mas um apoio afetivo, emocional e transmitirá segurança com o objetivo de tranquilizar a parturiente. Ela estará junto para o que der e vier.

REFERÊNCIAS

BALASKAS, J. **Parto ativo**: guia prático para o parto natural. 2. ed. São Paulo: Ground, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p.

BUZZELLO, Cristiane dos Santos; JESUS, Grasiela de. **Cuidando de gestantes e acompanhantes em busca da humanização**. Monografia de Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do Título de Enfermeira na UFSC. Florianópolis, 2004.

Clapp, JF III. Maternal heart rate in pregnancy. **Am J Obstet Gynecol** 1985;152: 659-60

Clapp III JF, Rockey R, Treadwai JL, Carpenter MW, Artal RM, Warness C. Exercise in pregnancy. **Med Sci Sports Exerc** 1992;24(6):S294-S300.

DUARTE, Ana Cris. **Parto na Água**. São Paulo: Amigas do Parto, 2009. Disponível em <<http://www.amigasdoparto.com.br/somos.html>>. Acesso em: 21 nov. 2009.

FINKELSTEIN, Ilana, *et al.* Comportamento da frequência cardíaca e da pressão arterial, ao longo da gestação, com treinamento no meio líquido. **Rev Bras Med Esporte** vol.12 no.6 Niterói Nov./Dec. 2006.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Assistência ao parto normal**: uma guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996. 53p.

Partos menos traumáticos. Distrito Federal: Hospital Santa Lúcia, 2009. Disponível em: <<http://www.santalucia.com.br/maternidade/parto-p.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2009.

3.5 Terceiro encontro

3 TERCEIRO ENCONTRO - MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR: atuação da doula

A dor, pelo seu caráter subjetivo, é um sintoma de difícil avaliação (BRASIL, 2001) e, apesar de ser experienciado pela grande maioria das mulheres durante o trabalho de parto e parto, é única, com respostas diferentes em cada mulher (OLIVEIRA, 2005). A maneira como cada mulher enfrenta a dor depende também de fatores culturais, de experiências prévias de dor e parto, da ansiedade ou do medo da situação desconhecida. Portanto é importante que ações de saúde propiciem condições não somente seguras, mas voltadas aos aspectos de humanização do parto, resgatando a verdadeira postura da mulher, da família, da sociedade e dos profissionais de saúde, no que se refere ao momento do nascimento de um filho, que representa um marco na vida de uma família (BRASIL, 2001).

Existem vários métodos não-farmacológicos para o alívio da dor que podem ser utilizados durante o trabalho de parto (OMS, 1996). É essencial que esses métodos sejam explorados por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções e também, permitem que a mulher participe ativamente do seu parto, aumentando sua auto-estima em relação a sua condição feminina de parir (SESCATO, SOUZA, WALL, 2008).

3.1 Objetivos

Conhecer os diferentes métodos não-farmacológicos de alívio da dor em trabalho de parto que a doula pode utilizar para o conforto da parturiente; noções de fisiologia dor.

3.2 Procedimentos

Abordagem sobre os métodos não-farmacológicos de alívio da dor em trabalho de parto utilizando multimídia; apresentação de formas de uso da bola suíça.

Neste encontro contamos com a participação de duas enfermeiras que trabalham no Centro Obstétrico do HCPA. Elas explanaram sobre métodos não-farmacológicos de alívio

da dor em trabalho de parto e como a doula pode ajudar a parturiente a lidar com esta dor.

Atendendo aos pedidos das participantes, também apresentamos e discutimos vídeo que mostrou um parto no qual foi realizada episiotomia.

3.3 Avaliação deste encontro

Este encontro foi avaliado por meio de questionamentos às participantes sobre as tecnologias abordadas e pelo oferecimento da prática das diferentes formas do uso da bola suíça que todas as participantes puderam experimentar. Os procedimentos utilizados para abordagem sobre os métodos não-farmacológicos de alívio da dor foram elogiados pelas participantes.

3.4 Noções de fisiologia da dor

A dor ou desconforto representam importantes sinais do início do trabalho de parto (BRASIL, 2001). O componente mais importante da dor no trabalho de parto é a dilatação do colo uterino, somado a outros fatores como: contração e distensão das fibras uterinas, distensão do canal de parto, tração de anexos e peritônio, pressão na uretra, bexiga e outras estruturas pélvicas, e pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro (BRASIL, 2001).

A ansiedade, o medo, além da dor em si, relacionada ao trabalho de parto pode aumentar a sensação dolorosa ou desconforto devido a liberação de catecolaminas, epinefrina e norepinefrina que causam vasoconstrição das artérias uterinas resultando em decréscimo do fluxo sanguíneo uterino e conseqüente redução do oxigênio circulante. O aumento da epinefrina resultante da dor, medo e estresse tornam o trabalho de parto mais prolongado pela diminuição da qualidade das contrações uterinas (OLIVEIRA, 2005).

3.5 Técnicas que contribuem para o conforto e para a progressão do trabalho de parto

Os métodos não-farmacológicos de alívio da dor são considerados não invasivos e diminuem a sensação dolorosa e desconfortos do trabalho de parto (DAVIM, 2008).

A doula ajuda a parturiente a lidar com a dor e desconfortos por meio de métodos não-farmacológicos. Ajuda a adiar, ou até mesmo a dispensar a introdução de meios farmacológicos de alívio de dor. Com isso, ela ajuda a parturiente a resgatar a própria natureza (KOLKENA, 2009).

Algumas práticas que a doula pode utilizar para o conforto da parturiente, de acordo com sua preferência, são:

Apoio: além do acompanhamento do pai do bebê, parente ou pessoa amiga, a doula também poderá estar presente para prestar constante apoio a gestante e seu acompanhante durante o trabalho de parto. Este apoio consiste em medidas de encorajamento, aconselhamento de medidas para seu conforto, orientações e contato físico relacionadas ao progresso do trabalho de parto e aos procedimentos obstétricos realizados (BRASIL, 2001).

Métodos psicofiláticos: consistem em formas de orientar a mulher para o parto através de programas educacionais sobre a fisiologia do parto e técnicas de respiração e relaxamento (OLIVEIRA, 2005).

Hidroterapia: a prática varia muito e inclui o uso de duchas de água morna, banheiras com ou sem hidromassagem e “piscinas de parto” especiais. A água morna traz conforto e relaxamento, podendo reduzir a necessidade de métodos farmacológicos de alívio da dor (ENKIN, 2005).

Toque terapêutico: pode ser realizado de várias formas, tocar, beijar, abraçar, massagear, realizar pressão contínua de algumas áreas, como a região sacra, trazem alívio da dor (OLIVEIRA, 2005). O objetivo da massagem é fazer a mulher sentir-se melhor, ou aliviar a dor e permitir o relaxamento (ENKIN, 2005).

Aromaterapia: o termo refere-se ao uso de óleos essenciais como os de lavanda, rosa, camomila e esclaréia. Eles podem ser utilizados de várias formas, incluindo em óleo durante a massagem, na água do banho, diretamente sobre uma vela, uma gota na palma da mão ou na frente da mulher em trabalho de parto, ou aplicados em compressa facial quente. Acredita-se que os óleos tenham diversas propriedades específicas (ENKIN, 2005).

Movimentos e mudanças de posição materna: as mulheres devem ser incentivadas a adotar qualquer posição dentro ou fora do leito durante todo o trabalho de parto, ou seja, devem assumir a posição que lhe traga maior conforto e alívio da dor (BRASIL, 2001).

Ver quadro de posições que podem ser adotadas pela mulher e seu acompanhante durante o trabalho de parto na pág. 24.

Bola suíça: utilizada para aliviar a dor e o desconforto durante o trabalho de parto, bem como para acelerar o trabalho de parto (SESCATO, SOUZA, WALL, 2008).

Cavalinho: utilizado para auxiliar no alívio da dor e progressão do trabalho de parto. Consiste em um assento com apoio para os braços, o que favorece uma postura sentada com as costas inclinadas para frente e promove um balanço pélvico no sentido norte-sul (SESCATO, SOUZA, WALL, 2008).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 202 p.

DAVIM, Rejane M. B. *et al.* Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev. Eletr. Enf.**. 2008; 10 (3): 600-9. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>>. Acesso em: 2 nov. 2009.

ENKIN, Murray W. *et al.* **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 279 p.

KOLKENA, Dorothe. **O que significa ser uma doula na prática?** São Paulo: Doulas do Brasil, 2009. Disponível em: <<http://www.doulas.com.br/art10.html>>. Acesso em: 18 nov. 2009.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de (Org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. 423 p.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996.

SESCATO, Andréia C., SOUZA, Silvana R. R. K., WALL, Marilene L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, 2008 Out/Dez; 13 (4): 585-90.

3.6 Quarto encontro

4 QUARTO ENCONTRO - PÓS-PARTO E RECÉM-NASCIDO

A maternidade especialmente para mulheres de primeiro filho é um grande desafio e uma fase de muitas descobertas, na qual o apoio familiar e social é imprescindível. A doula está presente neste momento para auxiliar no que for necessário para que a mãe possa cuidar e apreciar seu bebê, prestando apoio emocional e físico. Ela também auxilia na amamentação, encoraja a mãe a cuidar de si mesma e do seu bebê, para que ambos passem mais e melhor tempo juntos, esclarece dúvidas sobre o puerpério e ajuda o parceiro e os outros filhos, se houver, a apoiar a mãe.

4.1 Objetivos

Puerpério e suas modificações; as primeiras horas de vida do bebê; amamentação e sua importância; melhor posição para o bebê dormir.

4.2 Procedimentos

Material multimídia, vídeo explicativo e fotos.

Participação de uma doula que relatou suas experiências enquanto doula e parturiente. Ela apresentou cenas realizadas por ocasião de seu parto domiciliar, na água, com a presença de uma doula, de uma enfermeira obstétrica e de um médico.

Dinâmica de grupo, na qual o grupo sentou-se em roda e a coordenadora da capacitação iniciou a dinâmica agradecendo a participação de todas.

4.3 Avaliação deste encontro

Dispostas em roda, as participantes fizeram uma avaliação geral da capacitação enquanto era tecida uma rede com fios invisíveis a cada vez que a palavra era passada a outra avaliadora.

Foi solicitado o preenchimento de uma ficha de avaliação (APÊNDICE B) para cada uma das 16 participantes das quais retornaram 13 preenchidas.

4.4 As primeiras horas de vida do bebê

Logo após o nascimento, em situações de normalidade, O bebê não deveria ser separado da mãe. Deveria ser colocado junto à mãe, num contato pele a pele para reforçar o vínculo mãe-bebê. O contato precoce pele com pele, logo após o nascimento, permite, também, acalmar o bebê, estabilizar sua respiração e mantê-lo aquecido.

Ao ser colocado sobre o colo materno sem roupa, porém coberto e dando-lhe tempo para movimentar-se na direção da mama da mãe, este procurará a aréola e iniciará espontaneamente a mamada. Para tudo isto é necessário a criação de um ambiente favorável, calmo, que a mulher entenda como favorecedor da amamentação e de estreitamento de vínculos. Este momento deveria ficar restrito a mãe, seu bebê e seu acompanhante, em ambiente privado e aconchegante para esta nova família. Atos como pesar ou vestir o bebê, assim como administrar vitamina K devem aguardar para mais tarde.

A doula pode ajudar a mãe na interpretação de sinais apresentados pelo bebê e, na amamentação, no posicionamento confortável para que o bebê possa fazer uma pega eficaz.

Nas primeiras duas horas após o nascimento existe um estado de alerta, em que o bebê fica desperto, calmo, de olhos abertos, atento aos sons e movimentos. Este é o período em que seu instinto de mamar é mais forte. Uma vez passado este período e o bebê não tiver sido colocado ao peito, acabará por adormecer, dificultando o sucesso do aleitamento materno precoce.

A quantidade de leite que o bebê mama nas primeiras horas de vida muitas vezes é pequena, mas é o suficiente para o que ele precisa. O insucesso na primeira tentativa de mamada não significa que a mãe não venha a amamentar seu filho, mas indica claramente a necessidade de maior apoio nas próximas horas e dias, já que o aleitamento precoce está associado ao sucesso no estabelecimento da amamentação.

4.5 Amamentação

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) recomenda que a amamentação seja exclusiva nos primeiros seis meses da criança e mantida por, pelo menos, até o segundo ano de vida. Esse é um período em que o apoio das pessoas que cercam a mulher adquire um significado especial devido à importância do aleitamento materno neste período. A família, aqui representada pelas pessoas que estão próximas a mulher, independentemente dos laços parentais existentes, compõe uma rede de apoio imediata e contínua que observa e intervém quando situações que podem prejudicar a amamentação, como a utilização de bicos e mamadeiras é colocada em questão. O apoio do pai do bebê, entre outros, é fator determinante para o sucesso da amamentação ao proporcionar incentivo e ajuda à nutriz quanto a esta prática. Quando o apoio vem de familiares, vizinhos e amigos pode ser traduzido na disponibilidade em oferecer auxílio nos afazeres domésticos, enaltecer o ato de amamentar e reforçar os resultados positivos do aleitamento materno (BRASIL, 2007).

Tanto familiares quanto profissionais precisam conhecer as vantagens do aleitamento materno a fim de poder esclarecer dúvidas e prestar auxílio específico.

Orientações e apoio podem fazer com que situações problemas se dissolvam e, com isto, estabelece o aleitamento materno como prática de sucesso. Sabe-se que este sucesso está relacionado ao conhecimento sobre as vantagens que a amamentação traz tanto para o bebê quanto para a mãe, família e sociedade. Assim Lowdermilk, Perry, Bobak publicaram, em 2002, algumas das importantes vantagens produzidas no bebê como:

- O leite materno favorece a maturação do trato gastrintestinal do recém-nascido e contém fatores imunológicos que contribuem para uma ocorrência menor de doenças diarréicas, celíaca - intolerância permanente ao glúten - (ACELBRA, 2009) e doença de Crohn - inflamação crônica de uma ou mais partes do tubo digestivo - (SIPAHI, 2009).
- Os recém-nascidos amamentados recebem “antibióticos” específicos e fatores imunológicos mediados pelas células que protegem contra a otite média e contra as doenças respiratórias como gripe, sinusite, rinite, asma, bronquite, pneumonia.
- Há um menor risco da síndrome da morte súbita infantil¹ entre as crianças amamentadas.

¹ A síndrome da morte súbita infantil é a morte abrupta e repentina de um bebê durante seu primeiro ano de vida (CASTRO; PERES, 1998).

- As crianças amamentadas têm uma incidência menor de câncer na infância e de diabetes do tipo 1 -a não produção de insulina já na infância- (PIEPER, 2008).
- As respostas dos anticorpos às vacinas orais e parenterais são melhores nas crianças amamentadas.
- As crianças amamentadas quando bebês mostram melhor desempenho nos testes de desenvolvimento ou cognição, têm melhor capacidade verbal e demonstram melhor desempenho escolar.

Já em relação às vantagens para a mãe as mesmas autoras dizem que:

- As mulheres que amamentam têm menor risco de câncer ovariano, uterino e de mama pré-menopáusicas.
- A amamentação promove a involução uterina e está associada à menor incidência de hemorragia pós-parto.
- As mulheres que amamentam tendem a retornar ao peso pré-gestacional mais rapidamente e têm menor incidência de obesidade no futuro.
- As mulheres que amamentam têm menor probabilidade de desenvolver osteoporose no futuro.
- A amamentação proporciona uma experiência de ligação exclusiva e favorece a formação de vínculo. Os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho fortalecem os laços afetivos, e o envolvimento do pai e familiares favorece o prolongamento da amamentação (BRASIL, 2007).

Entretanto, o aleitamento materno não é benéfico apenas para o bebê e sua mãe: as sociedades em que as crianças são amamentadas ao seio, as vantagens referidas relacionam-se a melhor qualidade de vida, em razão dos benefícios emocionais para as mães e os recém-nascidos (LOWDERMILK, PERRY, BOBAK , 2002).

Estudos comprovam que boa parte da violência social e da criminalidade decorre da carência afetiva nos primeiros anos de vida. Embora uma pesquisa revelou que não há relação entre a amamentação e o desenvolvimento de problemas de conduta que levem a criminalidade (VELÁSQUEZ, 2008). 39

O leite materno é econômico e prático, pois evita gasto com a compra de leites industrializados, mamadeiras, bicos, água e gás e, como promove saúde diminuindo a possibilidade de doenças respiratórias e gastrointestinais, evita, também gastos com medicamentos, e descontos na folha de pagamento para a mulher que trabalha. Ele está sempre pronto, na temperatura certa, não exige preparo (BRASIL, 2007).

Os serviços e profissionais de saúde especializados, ou seja, que possuem capacitação específica sobre aleitamento materno podem causar impacto direto ou indireto sobre a amamentação, principalmente nos momentos em que a mulher apresenta maior dificuldade.

Mães muito jovens ou que não recebem o apoio dos profissionais de saúde, da família e de amigos frequentemente não acreditam que possam vencer as dificuldades da amamentação. A falta de confiança pode afetar a produção de leite, levando a mãe a introduzir alimentos complementares. É comum a mulher sentir-se insegura na sua relação com o bebê, duvidando de sua capacidade de cuidá-lo e sustentá-lo com seu leite. A mulher sente necessidade de ser assegurada repetidamente de sua competência.

O esgotamento físico da mulher, os conflitos emocionais com membros da família, a insegurança quanto à capacidade de produzir leite, a dificuldade de conciliar a amamentação com as demais ocupações e atividades são as principais causas de estresse materno que podem prejudicar o sucesso na amamentação.

Conhecer os eventos que dificultam o aleitamento materno suscitam a necessidade de superá-los. Uma das maiores dificuldades relacionadas ao insucesso da amamentação está ligada a algum dos passos da técnica adequada para amamentar. Por isso é importante descrevê-la em seus mínimos detalhes como segue:

- A mãe deve estar em posição confortável e com o corpo relaxado.
- A cabeça do bebê deve ficar sempre orientada no sentido do eixo do próprio corpo variando seu local de apoio.
- O peito não precisa de limpeza antes ou após as mamadas. O banho diário é suficiente (BRASIL, 2007).
- O abdome do bebê deve ficar em contato com o da mãe, ficando todo o corpo do bebê posicionado de frente para a mama
- A mãe apóia a mama com a mão oposta em forma de C, colocando o polegar acima da zona superior da aréola e os outros quatro dedos contra a parede do tórax debaixo da mama quando o indicador apoiará a mama por baixo (NADER; PEREIRA, 2004).

- O bebê pode estar deitado² em decúbito lateral na parte interna do cotovelo da mãe, próximo da mama.

- Ao realizar a pega, o bebê deve colocar um bom volume de mama na boca a fim de retirar o leite eficientemente. Isto quer dizer que deverá fazer do mamilo, da aréola e parte do tecido mamário um bico anatômico onde a mamada obedecerá a um ciclo de sucção/deglutição/respiração. Nela, a pega correta é base para uma amamentação bem sucedida (NADER; PEREIRA, 2004).

- A mama deve ser sugada até que esvazie para somente aí a outra seja oferecida.

- A amamentação deve ser “por livre demanda”, ou seja, sempre que o bebê quiser, sem que se deva preocupar-se com o tempo³ de duração de cada mamada.

- Deve-se oferecer uma mama em cada mamada de forma alternada: se na mamada anterior foi oferecida a mama direita, então na mamada atual a mama a ser oferecida deverá ser a esquerda.

- No caso de as duas mamas serem oferecidas na mesma mamada, a mãe deve oferecer a mama pela qual o bebê concluiu sua alimentação.

- No final da mamada, geralmente o bebê solta sozinho o peito. Se for preciso interromper a mamada, a mãe deve colocar a ponta do dedinho no canto da boca do bebê para que ele solte o peito sem machucar (BRASIL, 2007).

- Usar sutiã ajuda na sustentação das mamas.

- É necessário fazer a retirada do leite das mamas (ordenha) quando a mãe produzir em excesso, porque quando as mamas ficam muito cheias dificulta a pega, o bebê pode não conseguir retirar a quantidade de leite que necessita, o bico do peito pode rachar e a mamada pode ser dolorosa. O leite retirado pode ser guardado, porém deve ser coletado em uma vasilha limpa, fervida durante 15 minutos. Em temperatura ambiente o leite deve ser usado até seis horas após a coleta. O leite ordenhado pode também ser refrigerado com segurança por até 24 horas ou congelado por até 30 dias (BRASIL, 2007).

² Outras posições que podem ser adotadas para o bebê são especificadas no quadro de posições para o aleitamento materno na pág. 42-43.

³ A frequência das mamadas é um aspecto que aflige a mãe e sobre isto deve ser amplamente informada sobre a amamentação por livre demanda (BRASIL, 2007).

Posições para o aleitamento materno

Um bom posicionamento do bebê é uma condição prévia para uma boa pega. Tanto a mãe quanto o bebê podem ter preferências de posições, além de que outros fatores influenciam, o tamanho do bebê, das mamas, não havendo, portanto, a posição ideal. O importante é que a mãe sinta-se relaxada e confortável e consiga segurar o bebê junto da mama pelo tempo necessário.

Posições para o aleitamento materno.



a. sentada, com o bebê entre braços - a mãe segura o bebê no colo e apoia a sua cabeça no antebraço, directamente na frente do peito. Esta posição também é conhecida como posição do berço



b. deitada - o bebê fica deitado de lado, de frente para a mãe. Todo o seu corpo fica encaixado no corpo da mãe. Esta posição ajuda as mães a descansar enquanto amamentam. Deitar-se para amamentar é uma tradição a ser preservada.



c. sentada, com o corpo do bebê apoiado no antebraço da mãe e pernas soltas, porém envoltas, ao lado de seu corpo - a mãe apoia os ombros do bebê e segura a base da sua cabeça abaixo das orelhas. Verifique se existe espaço suficiente para aconchegar o bebê na lateral do corpo da mãe sem precisar flexionar a sua cabeça para a frente para o aproximar do peito. Se necessário, as pernas podem ser aconchegadas sobre o corpo da mãe.



d. com o corpo do bebê apoiado no braço, a mãe pode movê-lo de um peito a outro sem precisar mudar a forma de segurá-lo. Nesta posição, ela também controla o movimento da cabeça do bebê, o que é útil para um bebê prematuro ou que tenha dificuldade de estabelecer uma boa pega de aréola.

Fonte: <http://www.sosamamentacao.org.pt/Amamenta%C3%A7%C3%A3o/ComoAmamentar/tabid/207/Default.aspx>

A seguir apresentam-se algumas ilustrações que orientam a “pega” correta da aréola para uma sucção eficiente, extraídas do livro *Como Ajudar as Mães a Amamentar* (KING, 1991, p. 16-17).

Pega de aréola correta para uma sucção eficiente.



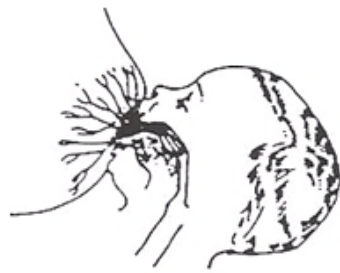
o bebê abre a boca para pegar o peito. O mamilo está dirigido ao seu palato. O seu lábio inferior fica posicionado bem abaixo do mamilo.



uma boa pega de aréola



boa posição para sugar. O peito, protraído, forma um bico dentro da boca do bebê.



Uma onda peristáltica que se desloca ao longo da língua pressiona os peitos lactíferos, retirando o leite do peito.



pega de aréola incorrecta



posição inadequada para a sucção. O bebê suga apenas o mamilo, enquanto mantém a língua na parte posterior da boca.

4.6 Posição para dormir do bebê

A posição barriga para baixo para dormir tem sido descrita como fator de risco para síndrome da morte súbita do lactente (NUNES *et al*, 2002). Esta é definida como a morte inesperada de crianças menores de um ano que permanece inexplicada após extensa investigação (NUNES *et al*, 2001). A morte ocorre no local em que o bebê está dormindo (cama, carrinho...), e não existe previamente nenhum sinal consistente indicando que o bebê está em risco de vida.

Os riscos de dormir de barriga para baixo para o bebê são semelhantes ao de dormir de lado. Essa posição é instável e muitos bebês ao rolarem ficam de barriga para baixo. Se uma criança está deitada de barriga para cima e se afoga, sua tendência, por instinto, é tossir e com isso chamar a atenção dos pais. No caso da morte súbita, essa reação não acontece e a morte se dá de forma “silenciosa”. Portanto, acredita-se que a melhor posição para o bebê dormir é de barriga para cima.

4.7 Puerpério

Conceitua-se puerpério o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico (BRASIL, 2001).

O puerpério inicia-se após o parto (saída da placenta) e tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Pode-se didaticamente dividir o puerpério em: **imediate** (1 ° ao 10° dia), **tardio** (11 ° ao 42° dia), e **remoto** (a partir do 43° dia) (BRASIL, 2001).

Para as mulheres cujos partos ocorrem no hospital, as primeiras duas horas após o parto são consideradas críticas e, por isso, elas permanecem numa sala de recuperação pós-parto. Neste local a mulher poderá descansar e poderão ser prevenidos danos causados por possíveis hemorragias. Estando a puérpera equilibrada hemodinamicamente ela é encaminhada para o alojamento conjunto (OLIVEIRA, 2005).

No puerpério a mulher enfrenta intensas modificações tanto fisiológicas, quanto psicológicas. É um momento de transição e de adaptação da mulher e família a chegada do novo membro; é tempo de mãe e bebê se reconhecerem, se entenderem e se comunicarem (OLIVEIRA, 2005).

Aspectos Fisiológicos

- **Involução uterina**

É o processo pelo qual o útero, após o parto, retorna ao estado não-grávido, que começa imediatamente após a expulsão da placenta com a contração da musculatura uterina. Em doze horas o fundo uterino pode estar aproximadamente um cm abaixo da cicatriz umbilical e posteriormente regride em torno de um cm ao dia (OLIVEIRA, 2005).

- **Lóquios**

É a secreção uterina no pós-parto, a quantidade e a cor dos lóquios é variável dependendo do número de horas após o parto e também da cicatrização do local onde a placenta estava implantada (OLIVEIRA, 2005).

Imediatamente após o parto, surgem os lóquios sangüíneos (até o 5°dia), em volume variável, semelhante a uma menstruação. A partir do 5°dia, torna-se serossanguíneo e por volta do 10° dia, seroso. O cheiro é característico, quando fétido, pode significar quadro infeccioso (BRASIL, 2001).

- Vagina e períneo

A vagina após o parto apresenta-se edemaciada e arroxeadada, iniciando sua recuperação após o 25º dia de puerpério, mais tardia nas mulheres que amamentam. Esta situação muitas vezes provoca desconforto nas mulheres ao reiniciarem suas atividades sexuais, pois ocorre diminuição de lubrificação vaginal em função da diminuição do estrogênio (BRASIL, 2001).

O períneo poderá estar íntegro, ou com lacerações ou com a presença de episiorrafia, devendo ser avaliada suas condições de cicatrização (OLIVEIRA, 2005).

- Sinais vitais

Temperatura: a puérpera pode apresentar ligeiro aumento de temperatura axilar (36,8°-37,9°) nas primeiras 24 horas decorrentes dos efeitos desidratantes do trabalho de parto, sem necessariamente ter um quadro infeccioso instalado (BRASIL, 2001).

Frequência cardíaca: permanece elevada na primeira hora após o parto e após diminui em um padrão desconhecido, retornando ao valor pré-gestacional em 8 a 10 semanas (OLIVEIRA, 2005).

Frequência respiratória: diminui para a variação normal pré-gestacional da mulher em seis a oito semanas após o parto (OLIVEIRA, 2005).

Pressão sanguínea: nas primeiras 48 horas pode ocorrer hipotensão ortostática nas primeiras deambulações.

REFERÊNCIAS

- ACELBRA. **A doença celíaca de hoje**. Associação dos celíacos do Brasil, 2009. Disponível em: <<http://www.ancelbra.org.br/2004/doencaceliaca.php>>. Acesso em: 15 set. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Promovendo o aleitamento materno**. 2ª edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Álbum seriado: 18 p. Disponível em : <<http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 202 p.
- CASTRO, Eumênia C. C.; PERES, Luiz C. Síndrome da morte súbita na infância. **Medicina, Ribeirão Preto**, **31**: 584-594, out./dez. 1998.
- Como amamentar**. Linda-a-Velha: SOS Amamentação, 2009. Disponível em: <<http://www.sosamamentacao.org.pt/Amamenta%C3%A7%C3%A3o/ComoAmamentar/tabid/207/Default.aspx>>. Acesso em: 23 nov. 2009.
- KING, F. Savage. **Como ajudar as mães a amamentar** / F. Savage King; Tradução de Zuleika Thomson e Orides Navarro Gordon, ilustrações de Daphne Paley-Smith. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1991. 177p.: il.; 22cm
- LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M. **O cuidado em enfermagem maternal**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. 928 p.
- NADER, Silvana Salgado; PEREIRA, Denise Neves *et al.* **Atenção integral ao recém-nascido**: guia de supervisão de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2004. 160 p.
- NUNES, Magda Lahorgue *et al.* Orientações adotadas nas maternidades dos hospitais-escola do Brasil, sobre posição de dormir. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(3):883-886, mai-jun, 2002.
- NUNES, Magda Lahorgue *et al.* Síndrome da morte súbita do lactente: aspectos clínicos de uma doença subdiagnosticada. **Jornal de Pediatria**, vol. 77, Nº1, 2001.
- OLIVEIRA, Dora Lúcia de (Org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. 423 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evidências Científicas dos dez passos para o sucesso no Aleitamento materno**. Tradução de Maria Cristina Gomes do Monte. Brasília: Organização Pan – Americana da Saúde, 2001.
- PIEPER, Claudia. **Diabetes tipo 1**. Sociedade Brasileira de Diabetes, 2008. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/diabetes/tipos/dm1.php>>. Acesso em: 15 set. 2009.

SIPAHI, Aytan. **Doença de Crohn**. São Paulo: Drauzio Varella, 2009. Disponível em: <<http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/dcrohn.asp>>. Acesso em: 15 set. 2009.

VELÁSQUEZ, Beatriz. **Não há relação entre amamentação e delinquência**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2008. Disponível em: <<http://ccs.ufpel.edu.br/wp/2008/07/25/nao-ha-relacao-entre-amamentacao-e-delinquencia/>>. Acesso em: 15 set. 2009.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito... (Martin Luther King).

Pude através da realização deste estudo de desenvolvimento e da capacitação realizada aprender mais sobre a doula e sua importância. Após uma década de pesquisas científicas a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde de vários países entre eles o Brasil reconhecem a contribuição da presença da doula como prática que faça do parto e nascimento um momento especial, emocionante, significativo raro e único na vida da mulher.

A Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento tem como objetivo dar outros valores ao parto e nascimento, incentivando a autonomia e poder de decisão das mulheres sobre seus corpos e seus partos. Para isso, prescreve práticas baseadas em conhecimento técnico e científico sistematizados e comprovados entre elas a atuação da doula como Recomendação da Organização Mundial de Saúde sobre tecnologias apropriadas para o parto e nascimento.

No Brasil, a ANDO é a única associação que promove cursos de capacitação de doulas no Rio Grande do Sul, a um custo de R\$ 600,00. A capacitação planejada como projeto de extensão foi uma possibilidade de capacitação gratuita para 16 mulheres.

O trabalho de selecionar e desenvolver conteúdos para abordagem e uma capacitação de doulas piloto trouxe informações que podem ser úteis em outras capacitações, como por exemplo: suas participantes tiveram idade entre 19 e 47 anos. Todas estão relacionadas à área da saúde, mais especificamente à enfermagem. Nove são estudantes de etapas variadas, três são formadas, duas já cursaram especialização em enfermagem obstétrica. Essa capacitação obteve uma ótima avaliação por parte das participantes.

A doula pode estar presente antes, durante e após o parto. Esta capacitação privilegiou a atuação durante o trabalho de parto e parto.

Espera-se que este estudo de desenvolvimento possa, principalmente a partir da avaliação das participantes, desencadear a implantação de doulas comunitárias junto às mulheres atendidas na UCO/HCPA. Nesta avaliação foi enfatizada a necessidade da realização de outras capacitações, com um número maior de encontros, que sejam mantidas as dinâmicas utilizadas e estendida à participação “aos homens da enfermagem e da comunidade.

REFERÊNCIAS

- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos.** Rio de Janeiro: ANS, 2006. 127p.
- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas.** Rio de Janeiro: ANS, 2008. 156p.
- BRASIL. **Lei n° 9610/98.** 1998. Disponível em:
<<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/19610.htm>> Acesso em: 7 maio 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de cobertura. **Proporção de partos cesáreos.** 2005. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/f08.def>>. Acesso em: 25 jun. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 202p.
- DELEUZE, Gilles. **O vocabulário de Deleuze.** Rio de Janeiro: Centro interdisciplinar de estudo em novas tecnologias e informação, 2004. 66 p.
- DUARTE, Ana Cris. **Modelos de atuação da doula: particular x institucional.** São Paulo. Doulas do Brasil. Disponível em: <<http://www.doulas.com.br/doulas2.html>>. Acesso em: 26 abr. 2009.
- ENKIN, Murray W. *et al.* **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 279 p.
- FISCHER, R. M. B; VEIGA-NETO, A. Foucault, um diálogo. **Educação & Realidade,** Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 7-25, 2004.
- FUGULIN, Bia. **Os altos índices registrados pelos planos de saúde colocam o Brasil como líder mundial em número de cesáreas.** Rede Humaniza SUS, 2009. Disponível em:
<<http://redehumanizasus.net/node/8304>>. Acesso em: 26 nov. 2009.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002, c1987. 175 p.
- GOLDIM, Jose Roberto. **Manual de iniciação a pesquisa em saúde.** 2. ed. Porto Alegre: Da Casa, 2000, 179p.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Taxas e Projeções 1980 – 2050: revisão 2000.** 2009a. Disponível em:
<ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Revisao_2000_Projecoes_1980_2050/>. Acesso em: 7 maio 2009.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Taxas e Projecoes 1980 - 2050: revisão 2008.** 2009b. Disponível em:

<ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Revisao_2000_Projecoes_1980_2050/>. Acesso em: 7 maio 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Metodologia adotada nas estimativas populacionais municipais**. 2009c. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao>. Acesso em: 7 maio 2009.

KING, Martin Luther. **Martin Luther King**. Recife: JC OnLine - Sistema Jornal do Comercio de Comunicação. Disponível em: <http://www.pensador.info/autor/Martin_Luther_King/2/>. Acesso em: 28 nov. 2009.

LEÃO, Miriam Rego de Castro; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 2001 maio; 9(3): 90-4.

LEÃO, Viviane Murilla; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de. O papel da doula na assistência à parturiente. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**. Vol.10 n.1 Belo Horizonte, jan. 2006

MACEDO, Priscila de Oliveira *et al.* As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2008, jun; 12 (2): 341-7.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Assistência ao parto normal**: uma guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996. 53p.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não médico. 1997. 129f (Doutorado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

RIFFEL, Mariene Jaeger. **Doulas**: capacitação de mulheres para acompanhamento de parturientes e puérperas. Projeto de extensão. Porto Alegre: UFRGS, Pró-Reitoria de Extensão, 2009.

SILVA, Denise Conceição; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; FIGUEIREDO, Paula Alvarenga de. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2008, jun; 12 (2): 291-8.

APÊNDICE A – Cartaz de divulgação

CAPACITAÇÃO DE DOULAS - acompanhantes de parto -



Encontros nos dias 22, 23, 29, 30 de out. e 5, 6, 12 e 13 de nov. 2009.

Horário: 14h às 17h

Local: Escola de Enfermagem da UFRGS e HCPA.

Público-alvo: interessadas em atuar como doulas voluntárias no acompanhamento de gestantes durante o trabalho de parto, parto e nascimento e na utilização de práticas inovadoras no parto.

Inscrição: por meio do telefone 3308 5233, com Sandra Simões ou pessoalmente na secretaria da Escola de Enfermagem da UFRGS **até o dia 16 de outubro.**

Valor da inscrição: R\$ 5,00 (cinco reais) referentes ao certificado.

Vagas LIMITADAS.

Apoios



APÊNDICE B – Ficha de avaliação da capacitação piloto**Capacitação de doulas: AVALIAÇÃO**

Nível de formação:

Ano de formação:

Idade:

Sexo:

Motivo pelo qual procurou a capacitação para doulas:

Como soube que seria promovida a capacitação:

Avalie a adequação

➤ do espaço dos encontros:

➤ do material audiovisual:

➤ das dinâmicas utilizadas nos encontros:

Pontos positivos a salientar:

Pontos negativos a salientar:

Sugestões:

Muito Obrigada !!