

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
ESCOLA DE PSICOLOGIA E MEDICINA
MESTRADO DE SAÚDE E COMPORTAMENTO

**Papel de *doulas* jovens e inexperientes no suporte
do trabalho de parto.**

Camilla Dalla Porta Acosta Jablonski

PELOTAS - RS

2006

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
ESCOLA DE PSICOLOGIA E MEDICINA
MESTRADO DE SAÚDE E COMPORTAMENTO

**Papel de *doulas* jovens e inexperientes no suporte
do trabalho de parto.**

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado em Saúde e Comportamento da
Escola de Psicologia e Medicina da
Universidade Católica de Pelotas, como
requisito parcial à obtenção do Título de
Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Elaine Tomasi

Co-Orientadora: Paulo Luis Souza

PELOTAS – RS

2006

***“Só se pode ver bem com o coração,
o essencial é invisível aos olhos.”***

"O Pequeno Príncipe",
de Antoine de Saint-Exupéry

Dedicatória

Dedico esta dissertação a minha pequena princesinha ***Manuella*** que, ainda dentro de mim, foi o maior incentivo em terminar o mestrado.

Por motivos inesperados tive que terminar após o nascimento da minha princesinha.

Agradecimentos

A elaboração e conclusão deste trabalho só foram possíveis graças à professora ***Elaine Tomasi***.

Ao professor ***Paulo Luis Rosa Sousa*** que me apoiou e entendeu os momentos difíceis que passei durante a elaboração desta dissertação.

Em especial, a meus ***Pais*** que sem eles não estaria aqui, a meu marido ***Raul Jablonski Junior*** que me incentivou a fazer e concluir o mestrado.

Sumário

PENSAMENTO	1
DEDICATÓRIA	2
AGRADECIMENTOS	3
PROJETO DE PESQUISA	
1. Introdução	5
2. Revisão da Literatura	8
3. Objetivos	11
4. Hipóteses	11
5. Participantes e Método	12
5.1 Característica das Pacientes	12
5.2 Critérios de Inclusão\ Exclusão	12
5.3 Característica das <i>Doulas</i>	12
5.4 Característica do Treinamento	12
5.5 Característica do Método	13
5.6 Instrumento e Análise	13
6. Referências Bibliográficas	14
 ARTIGO	
Resumo	18
Palavras-chave	18
Abstract	19
Introdução	20
Participantes e métodos	21
Resultados	22
Discussão	23
Referências Bibliográficas	25
 LISTA DE TABELAS	27
ANEXO	
Instrumento utilizado	32

1. Introdução

A palavra *doula* vem do grego e significa "mulher que serve outra mulher". Atualmente, o termo se refere a uma mulher experiente que oferece à gestante e seu parceiro apoio físico (não médico), emocional, e informativo antes, durante e depois do parto.^{1,2} Raphael, em 1976, foi quem primeiro empregou o termo em um contexto científico.³

Os avanços na medicina nos últimos 75 anos alteraram os nascimentos drasticamente mudando as rotinas e costumes que os tem envolvido através dos séculos. O local do parto mudou da casa para o hospital e muitas práticas foram alteradas, incluindo posição do parto, medicamentos obstétricos, monitorações fetais e acompanhantes durante o parto. Como resultado, muitas mães tem passado período variável de tempo durante o trabalho de parto sozinhas.⁴

Antigamente a parturiente era acompanhada durante todo o parto por mulheres mais experientes, suas mães, as irmãs mais velhas, vizinhas, geralmente mulheres que já tinham filhos e já haviam passado pela mesma experiência. Depois do parto, durante as primeiras semanas de vida do bebê, estavam sempre na casa da mulher parida, cuidando dos afazeres domésticos, cozinhando, ajudando a cuidar das outras crianças. Conforme o parto foi passando para a esfera médica e nossas famílias foram ficando cada vez menores, fomos perdendo o contato com as mulheres mais experientes. Dentro de hospitais e maternidades, a assistência passou para as mãos de uma equipe especializada: o médico obstetra, a enfermeira obstétrica, a auxiliar de enfermagem, o pediatra. Cada um com sua função bastante definida no cenário do parto. O médico está ocupado com os aspectos técnicos do parto; as enfermeiras obstétricas passam de leito em leito, se ocupando hora de uma, hora de outra mulher; as auxiliares de enfermeira cuidam para que nada falte ao médico e à enfermeira; o pediatra cuida do bebê. Logo, apesar de toda a especialização, ficou uma lacuna: quem cuida especificamente do bem estar físico e emocional daquela mãe que está dando à luz? Essa lacuna pode e deve ser preenchida pela *doula* ou acompanhante do parto apesar de ser uma função antiga, é paradoxalmente, hoje em dia que uma acompanhante de parto se torna imprescindível. O ambiente mecanizado de grandes hospitais e a presença de número de pessoas desconhecidas em um momento tão íntimo da mulher tende a fazer aumentar o medo, a dor e a ansiedade na hora do parto. Essas horas são de imensa importância emocional e afetiva, e a *doula* se encarregará de

suprir essa demanda por emoção e afeto, que não cabe a nenhum outro profissional dentro do ambiente hospitalar.^{5,6}

O papel da *doula* antes do parto é de orientar o casal sobre o que esperar do parto e pós-parto. Explicar os procedimentos comuns e ajudar a mulher a se preparar, física e emocionalmente para o parto, das mais variadas formas. Durante o parto a *doula* funciona como uma interface entre a equipe de atendimento e o casal. Ela explica os complicados termos médicos e os procedimentos hospitalares e atenua a eventual frieza da equipe de atendimento num dos momentos mais vulneráveis de sua vida. Ela ajuda a parturiente a encontrar posições mais confortáveis para o trabalho de parto e parto, mostra formas eficientes de respiração e propõe medidas naturais que podem aliviar as dores, como banhos, massagens, relaxamento, etc. Após o parto ela faz visitas à nova família, oferecendo apoio para o período de pós-parto, especialmente em relação à amamentação e cuidados com o bebê.

A *doula* não substitui o pai (ou o acompanhante escolhido pela mulher) durante o trabalho de parto, muito pelo contrário. O pai muitas vezes não sabe bem como se comportar naquele momento. Não sabe exatamente o que está acontecendo, preocupa-se com a mulher, acaba esquecendo de si próprio. Não sabe necessariamente que tipo de carinho ou massagem a mulher está precisando nessa ou naquela fase do trabalho de parto. Eventualmente o pai sente-se embaraçado ao demonstrar suas emoções, com medo que isso atrapalhe sua companheira. 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. A *doula* não executa qualquer procedimento médico, não faz exames, não cuida da saúde do recém-nascido. Ela não substitui qualquer dos profissionais tradicionalmente envolvidos na assistência ao parto. Também não é sua função discutir procedimentos com a equipe ou questionar decisões.⁶

Tendo em vista a conseqüente desumanização da experiência do nascimento para a mulher, tem guiado para um retorno de um suporte contínuo “um para um” feito por uma mulher para uma mulher durante o trabalho de parto.⁷

Nos últimos anos, os efeitos de um suporte adicional durante o trabalho de parto por uma mulher têm sido estudados em detalhes.⁸

Alguns investigadores enfatizaram que as mulheres que receberam acompanhamento durante o trabalho de parto por uma *doula* apresentaram amplas vantagens, com diferenças estatísticas significativas, sobre o grupo controle, tais como:

diminuição da duração do parto, do índice de cesarianas, do uso de ocitocina e de anestesia peri-dural, presença de bebês com menos problemas perinatais, diminuição da incidência de estados ansiosos e depressivos das mães, avaliados seis semanas depois do parto.^{4,9,10,11}

A partir do estudo pioneiro de Klaus, Kennel, Sosa, Steven, de 1980, na Guatemala, esse tipo de assistência à parturiente vem sendo empregado de forma crescente em diferentes regiões (África do Sul, Bélgica, Canadá, França, Grécia, Guatemala, Finlândia).⁴

Nos últimos anos surgiram associações DONA (North America Association), CAPPA (Childbirth and Postpartum Professional Association), PALS (Pacific Association for Labor Support), CDA (Canadian Doula Association), DOULA UK, entre outros, que treinam e fornece certificados “oficiais” a acompanhantes, sinal da disseminação do procedimento.¹²

Ensaios randomizados^{7,8} têm comparado o suporte intra-parto contínuo com o atendimento habitual do parto e verificado que a presença de acompanhantes experientes pode ter um efeito benéfico no progresso do trabalho de parto e no desenvolvimento dos sentimentos de competência e confiança, o que pode estimular o sentimento de maternidade e o aleitamento materno.

Procedimentos que diminuam problemas de parto estão plenamente justificados ainda mais em países como o Brasil, onde os índices de complicações do parto, em especial a frequência de cesarianas, que pode chegar a 80%, é um dado alarmante.^{13,14}

Neste estudo iremos avaliar a eficácia da presença de *doulas* quando eles são inexperientes em partos, jovens e de ambos os sexos atendendo parturientes jovens, quando até aqui só se havia experimentado o trabalho de mulheres maduras e experientes em partos e seus efeitos no suporte intra-parto em vários desfechos médicos e psicossociais. A pertinência de tal investigação prende-se à suposição de que acompanhar é o elemento central e não a circunstância de ter experiência prévia. Certamente, quando há a possibilidade de combinar ambos os elementos, melhor, mas em caso de inexistência de *doulas* experientes, ainda assim um acompanhante poderia ser benéfico.

2. Revisão da Literatura

Para a revisão da literatura, foram utilizadas as fontes Medline, Lilacs, Scielo, Cochrane, PubMed, onde foram buscados trabalhos com as seguintes palavras-chave: *doulas*, suporte psicossocial, trabalho de parto

Hodnett et al, em revisão da Cochrane/2003, analisaram 15 *ensaios clínicos* envolvendo 12.791 mulheres, em 11 países com as mais diferentes variedades circunstanciais, que correspondiam aos critérios da revisão. Os principais resultados obtidos foram: mulheres que tiveram um suporte intra-parto contínuo tiveram menos chance de receber analgesia ou anestesia (11 ensaios clínicos $n = 11051$; $RR=0,87$ (IC95% 0,79-0,96) de fazerem cesarianas (15 ensaios clínicos $n = 12791$; $RR = 0.90$ (IC95% 0,82-0,99), de reportar uma não satisfação da experiência do nascimento (6 ensaios clínicos $n = 9824$; $RR = 0.73$, IC95% 0.65-0.83). O suporte contínuo intra-parto foi associado a ter mais benefício quando a assistência não era oferecida por um membro do hospital, e quando o suporte era oferecido no início do trabalho de parto. Esses autores concluíram que todas as mulheres deveriam receber suporte durante o trabalho de parto e nascimento.⁷

Gordon et al¹⁵ avaliaram a presença de *doulas* em um hospital exclusivo para atendimentos de partos, para verificar se elas modificavam o tipo de parto, o uso de anestesia peridural, amamentação, percepção do nascimento, auto-estima e depressão. Foi um estudo randomizado, onde 149 partos tiveram acompanhamento por uma *doula* e 165 foram atendimentos rotineiros do hospital. As conclusões encontradas para esta população foi que as gestantes que receberam suporte por uma *doula* tiveram menos anestesia peridural (54,4% *versus* 66,1%, $p < 0,05$), bem como uma boa percepção do nascimento ($p < 0,05$). Entretanto não houve significância estatística em relação ao tipo de parto escolhido, depressão pós-parto, auto-estima e amamentação.

Langer et al¹⁶ avaliaram os efeitos do suporte psicossocial durante o trabalho de parto, o nascimento e o período pós-parto oferecido por uma acompanhante mulher em hospital público no México, em um estudo randomizado de 724 mulheres (361 no grupo das *doulas* e 363 no grupo controle). Concluíram que o suporte psicossocial tem um efeito

positivo na amamentação RR 1,64; (IC95%: 1,01-2,64) e na duração do trabalho de parto em relação ao grupo controle (4,56h *versus* 5,58h; RR 1,07 (IC95% = - 1,52-0,51).

Campero et al ¹⁷, em um estudo qualitativo com 16 mulheres – 8 receberam suporte psicossocial por uma *doula* e 8 não) em um hospital público no México, concluíram que as mulheres acompanhadas por *doulas* tiveram uma experiência mais positiva em relação ao nascimento.

Uma metanálise com 11 ensaios randomizados conduzidos na Finlândia, Bélgica, Canadá, França, Grécia, Guatemala, África do Sul e EUA examinaram se o suporte adicional (emocional e físico-não médico) oferecido por uma *doula* durante o trabalho de parto alterariam os desfechos obstétricos e neonatais. A conclusão chegada foi de que diminuía a duração do trabalho de parto, do uso de medicamentos pra aliviar a dor, do número de cesarianas e que até seis semanas após o parto as mulheres estavam amamentando, reportando uma excelente auto-estima, menos depressão e maior cuidado e jeito com seus bebês, quando comparado com o grupo controle. Além disso, quando as *doulas* ofereciam suporte para os parceiros das gestantes, eles conseguiam oferecer maior suporte pessoal para as mães. ¹⁸

Klaus et al ¹⁹, em uma metáanálise de 5 ensaios clínicos, (quadro abaixo) a respeito do efeito suporte social, concluiu que o suporte contínuo durante o trabalho de parto deve ser reavaliado nos dias de hoje para ser incluído nas praticas obstétricas.

Autor, ano e local	Amostra	Crítérios de seleção	Expostos vs Controle (resultados significativos)
Sousa et al (1980) Guatemala	n=127 Expostos=32 Controle=95	Mulheres: 13-34 anos; primíparas; a termo e somente um bebê; Gravidez sem complicações; 1-2cm dilatação.	Diminuição dos problemas pré-natais, do trabalho de parto, aumento da responsividade em relação ao bebê.
Klaus et al (1986) Guatemala	n=417 Expostos=168 Controle=249	Mulheres: 13-34 anos; primíparas; a termo e somente um bebê; gravidez sem complicações, 3-4cm de dilatação.	Diminuição dos problemas pré-natais, do trabalho de parto, do número de cesarianas e do uso de ocitocina.
Hodnett and Osborn (1989) Canada/centro	n=103 Expostos=49 Controle=54	Idade não especificada, gestação sem complicações.	Diminuição de anestesia peridural, aumento do uso de ocitocina.
Kennell et al (1991) EUA/centro	n=416 Expostos=212 Controle=204	Mulheres: 16-36 anos, primíparas, a termo e somente um bebê, gravidez sem complicações, 3-4cm de dilatação.	Diminuição do numero de cesarianas, do uso de ocitocina, de anestesia peridural, do uso de fórceps, da duração do trabalho de parto.
Hofmeyr et al (1991) África do Sul	n=189 Expostos=92 Controle=97	Idade não especificada, gestação sem complicações, primíparas, a termo e somente um bebê, menos de 6cm de dilatação.	Aumento da colaboração durante o trabalho de parto, aumento da amamentação, diminuição da percepção da dor, diminuição dos estados de ansiedade e depressão 6 semanas depois do parto.

3. Objetivos

- Avaliar a eficácia de *doulas* jovens e inexperientes em relação ao grupo sem intervenção no acompanhamento de mães primíparas;
- Avaliar a diferença entre *doulas* femininos, masculinos e o grupo controle;

4. Hipóteses

- *Doulas* jovens e inexperientes são eficazes em acompanhamento de mães primíparas;
- *Doulas* são capazes de diminuir o tempo de trabalho de parto;
- *Doulas* masculinos são tão eficazes quanto os femininos;

5. Participantes e Métodos

A coleta de dados foi realizada no período 1995-1996, na Maternidade do Hospital São Francisco de Paula da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), em Pelotas - RS, o qual passou pelo comitê de ética do hospital.

5.1 Característica das pacientes: um total de 605 mulheres primíparas das quais 368 primíparas foram acompanhadas pelos *doulas* (femininos e masculinos), desde a entrada do hospital até o final do trabalho de parto. Em paralelo foi feito um grupo controle, sem intervenção, com 237 primíparas.

5.2 Critérios de inclusão / exclusão: Foram incluídas todas as primíparas que deram entrada na maternidade daquele hospital, já em trabalho de parto. Depois de aceitarem explicitamente em participar do estudo, foram, então, selecionadas. Por outro lado, foram excluídas as parturientes primíparas que estivessem agendadas eletivamente para parto cesariano, bem como, todas as múltiparas.

5.3 Características dos *doulas*: Os *doulas* foram selecionados entre estudantes dos cursos de Medicina e de Psicologia da UCPel, que se mostrassem predispostos a realizarem a tarefa proposta. A média de idade foi de 20,4 anos e que não tivessem qualquer experiência prévia pessoal ou de acompanhamento de parturientes.

O grupo inicial tinha um total de 15 estudantes (aproximadamente metade eram do curso de Psicologia), dos quais 7 eram homens. Ao longo do estudo alguns estudantes foram substituídos, tendo em vista que se formavam ou viajavam pra estágios em outras cidades. Apenas dois *doulas* de sexo masculinos pediram para serem substituídos porque acharam a tarefa excessivamente estressante.

5.4 Características do treinamento: Os 15 *doulas* receberam um treinamento no qual se explicou o objetivo do trabalho, da importância na literatura sobre o tema e a maior parte do tempo nos dedicamos em transmitir o conceito de *acompanhar* uma parturiente primípara. Para nós, acompanhar é entendido com a função de estar presente permanentemente ao lado da paciente, mais do que falar, sugerir ou intervir no processo; (acompanhar como sinônimo de ‘estar com’), prestando pequenas ajudas físicas(não médicas) ou verbais, sempre agindo de modo que a parturiente soubesse que estaria

acompanhada permanentemente até o nascimento do seu bebê. Foi utilizada técnica de *role-playing* para explicitar o *acompanhar*. Além disso, foi feito um treinamento na maternidade, antes de iniciar o trabalho em si, já que nenhum estudante tinha prática hospitalar.

5.5 Características do Método: Foram feitas escalas de plantões de 24h entre os *doulas*, de forma que um dia o plantonista era homem, outro dia mulher e entre eles, um dia sem plantonistas de forma a coletar casos para o grupo controle atendendo-se, desta forma, aos requisitos de randomização dos grupos.

5.6 Instrumento e Análise: Foi utilizado um questionário padronizado, previamente testado através de um estudo piloto, contendo informações sociodemográficas e específicas sobre as mães primíparas. Posteriormente, foi feita uma análise bivariada, através da comparação entre proporções, utilizando-se o teste do qui-quadrado (SPSS); para a comparação entre médias utilizaremos o teste t (SPSS) e a técnica ANOVA.

6. Referências Bibliográficas

1. Scott, K.D., Berkowitz, G., Klaus, M. (1999): A Comparison of intermittent and continuous support during labor: A meta- analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 1999 May; 180(5):1054-9.
2. Pascali-Bonaro, D., Kroeger, M. (2004): Continuous female companionship during childbirth: a crucial resource in times of stress or calm. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 2004 July-August. vol.49, No.4, suppl. 1.
3. Raphael, D.: *The Tender Gift: Breastfeeding.* Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.1976.
4. Klaus M.H., Kennel J.H., Robertson S. S., Sosa R.. (1986): Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity, *Br Med J* 293: 585-7.
5. www.amigasdoparto.com.br. Acesso em 06 de novembro de 2005.
6. www.doulas.com.br/doulas.html. Acesso em 06 de novembro de 2005.
7. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyer G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.
8. Klaus M., Kennel JH., (1997): The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Pediatr* 86: 1034-6.
9. Hodnett, E.D., Osborn, R. (1989): Effect of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes, *Res Nurs Health* 12: 289-97.
10. Kennel, J.H., Klaus, M.H., McGrath, S. et al.(1991): Continuous emotional support during labor in a U.S. hospital, *JAMA* 265: 2197-2201.
11. Sosa, R., Kennel, J.H., Robertson, S.S., et al. (1980): The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor and mother-infant interaction, *New Eng J Med* 303: 597-600.
12. Pungert, D. (2004): Importance of Continuous Doula Support During Labor. *American Family Physician.* August 1, 2004. Vol. 70(3).
13. Barros, F.C.C.; Vaughan, JP; Victora, C.G.; Huttly, S.R.A. (1991): Epidemic of caesarean sections in Brazil. *Lancet.* 338: 167-9.
14. Belitzky, R. (1989): El nacimiento por cesarean hoy. *Salud Perinatal(CLAP)* 3:101-7.

15. Gordon NP., Walton D., McAdam E., Derman J., Gallitero G., Garrett L., (1999): Effects of Providing Hospital-Based Doula in Health Maintenance Organization Hospitals. *Obstetrics and Gynecology*: March 1999. vol.93 n^o 3: 422-6.
16. Langer A., Campero L., Garcia C., Reynoso S.. (1998): Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomized clinical trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*: October 1998, vol.105, pp. 1056-1063.
17. Campero, L., Garcia, C., Diaz, C., Ortiz, O., Reynoso, S., Langer, A. (1998): "Alone, I wouldn't have known what to do": a qualitative study on social support during labor and delivery in México. *Soc SCi Med*. 1998 Aug;47(3):395-403.
18. Klaus M., Kennell JH., (1997): The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Pediatr* 86: 1034-6.
19. Klaus M., Kennell J., Berkowitz G., Klaus P.(1992): Maternal assistance and support in labor: father, nurse, midwife, or doula ? *Clin Consult Obstet & Gynec* 4: 211-7.

ARTIGO

**Papel de *doulas* jovens e inexperientes no suporte
do trabalho de parto.**

Camilla Dalla Porta Acosta Jablonski

Paulo Luis Rosa Sousa

Elaine Tomasi

Raul Jablonski Junior

Ricardo Pinheiro

Bernardo Horta

PELOTAS

2005

Resumo

Objetivos: Avaliar o efeito de *doulas* inexperientes e jovens, de ambos os sexos, na redução de tempo de trabalho de parto em primíparas jovens. Na literatura, até o presente, as *doulas* têm sido mulheres maduras e experientes, avaliando-se os efeitos de suas presenças no suporte intra-parto, considerando vários desfechos médicos e psicossociais.

Método: Através de ensaio clínico controlado, 605 primíparas foram estudadas, das quais 368 foram acompanhadas por *doulas* (176 do sexo feminino e 192 do sexo masculino, jovens, inexperientes, estudantes de Medicina e Psicologia), no trabalho de parto. Um grupo de 237 primíparas sem intervenção foi utilizado como controle. A coleta de dados foi realizada nos anos de 1995-1996, na Maternidade do Hospital São Francisco de Paula da Universidade Católica de Pelotas, RS. Mediante um questionário padronizado e testado em estudo piloto, a duração do trabalho de parto foi tomada como desfecho e avaliaram-se dados sócio-demográficos e informações específicas sobre a gestação e o parto.

Resultados: A duração média do trabalho de parto para todas as pacientes foi de 4,8 hs (d.p.=4,6 hs). No grupo de *doulas* femininos foi de 3,6 horas (d.p.=3,2 hs), no grupo de *doulas* masculinos foi de 4,5 horas (d.p.=4,3 hs) e no grupo controle teve duração média de 6,0 horas (d.p.=5,3 hs) ($p<0,000$). As variáveis tipo de parto, uso de fórceps, indução, baixo peso ao nascer, pré-natal, escolaridade da mãe, Apgar, fumo durante a gravidez e renda familiar não mostraram associação significativa com o tipo de acompanhante.

Conclusão: A presença de *doulas* jovens e inexperientes, principalmente do sexo feminino, esteve associada a uma menor duração de trabalho de parto em primíparas jovens.

Palavras-chave: *doulas*, suporte psicossocial, trabalho de parto, ensaio clínico controlado, primíparas.

Abstract

Object: To evaluate the efficacy of a young and lack of experience *doula*, men and women, on the reduction providing support during labor to young and first time mother. Until now, the majority of studies refer as a *doula* to a professional and experienced trained woman. Their aims are examined whether a *doula* altered obstetrical and neonatal outcomes.

Methods: 605 primiparous at term which 368 had *doula* during labor and 237 usual care. The study data were obtained in 1995-1996 at the maternity of São Francisco de Paula's hospital in Pelotas, RS. We used a questionnaire tested before containing social and demographic information and specific information about the pregnancy and the labor.

Results: The duration of the labor for women who had *doula* was shorter then in the control group (4.8 hours; d.p=4.6 hours versus 6.0 hours; d.p=5.3 hours / $p<0.000$). In the group of female *doula* the duration of the labor was 3.6 hours (d.p=3.2 hours) on the other hand, in the male group was 4.5 hours (d.p=4.3 hours). Type of birth, use of forceps, oxytocin administration, smoking during pregnancy, Apgar, newborn's weight, prenatal care, maternal education and family income didn't show any significant association with the *doula*.

Conclusions: For this population and setting, labor support from young and lack of experience *doula*, mainly the female companion, was significantly associated with a shorter labor in primigravidae women.

Key words: *doula*, psychosocial support, labor, controlled clinical trial, primiparous.

Introdução

A palavra *doula* vem do grego e significa "mulher que serve outra mulher". Atualmente, o termo se refere a uma mulher experiente que oferece à gestante e seu parceiro apoio emocional, diferente do apoio feito pelo médico, durante o trabalho de parto.¹ Raphael², em 1976, foi quem primeiro empregou o termo em um contexto científico.

A partir do estudo pioneiro de Klaus, Kennel, Sosa, Steven³, de 1980, na Guatemala, esse tipo de assistência à parturiente vem sendo empregado de forma crescente em diferentes regiões (África do Sul, Bélgica, Canadá, França, Grécia, Guatemala, Finlândia). Nos últimos anos surgiram associações como: DONA (North America Association), CAPPA (Childbirth and Postpartum Professional Association), PALS (Pacific Association for Labor Support), CDA (Canadian Doula Association), DOULA UK, entre outros, que treinam e fornece certificados "oficiais" a acompanhantes, sinal da disseminação do procedimento.

Ensaios randomizados^{4,5} têm comparado o suporte intra-parto contínuo com o atendimento habitual do parto e verificado que a presença de acompanhantes experientes pode ter um efeito benéfico no progresso do trabalho de parto (TP) e no desenvolvimento dos sentimentos de competência e confiança, o que pode estimular o sentimento de maternidade e o aleitamento materno.

Vários investigadores enfatizaram que as mulheres que receberam acompanhamento durante o TP por uma *doula* apresentaram amplas vantagens, com diferenças estatísticas significativas, sobre o grupo controle, tais como: diminuição da duração do parto, do índice de cesarianas, do uso de ocitocina e de anestesia peri-dural, presença de bebês com menos problemas perinatais, diminuição da incidência de estados ansiosos e depressivos das mães, avaliados seis semanas depois do parto.^{3,6,7,8}

Procedimentos que diminuam problemas de parto estão plenamente justificados ainda mais em países como o Brasil, onde os índices de complicações do parto, em especial a frequência de cesarianas, que pode chegar a 80%, é um dado alarmante.^{9,10}

Neste estudo avaliou-se a eficácia da presença de *doulas* quando eles são inexperientes em partos, jovens e de ambos os sexos na redução da duração do trabalho de parto. A pertinência de tal investigação prende-se à suposição de que acompanhar é o elemento central e não a circunstância de *ter* experiência prévia. Certamente, quando há a

possibilidade de combinar ambos os elementos, melhor, mas em caso de inexistência de *doula* experiente, ainda assim um acompanhante poderia ser benéfico.

Participantes e Métodos

Foram incluídas todas as primíparas que dessem entrada na maternidade de um hospital universitário da cidade de Pelotas, RS, de julho de 1995 a junho de 1996, com sinais clínicos de trabalho de parto avaliadas pela equipe médica. Depois de aceitarem explicitamente em participar do estudo, eram, então, selecionadas. Foram excluídas as parturientes primíparas que estavam agendadas eletivamente para parto cesariano.

Os *doulas* foram selecionados entre estudantes de Medicina e de Psicologia, cuja média de idade foi de 20,4 anos e que não tivessem qualquer experiência prévia pessoal ou de acompanhamento de parturientes.

Os 15 *doulas* receberam um treinamento no qual se explicava o objetivo do trabalho, comentava-se a literatura sobre o tema e a maior parte do tempo foi dedicada em transmitir o conceito de *acompanhar* uma parturiente primípara. *Acompanhar* é entendido com a função de estar presente permanentemente ao lado da paciente, mais do que falar, sugerir ou intervir no processo. (*acompanhar* como sinônimo de ‘estar com’), prestando pequenas ajudas físicas ou verbais, sempre agindo de modo que a parturiente soubesse que estaria acompanhada permanentemente até o nascimento do bebê. Utilizou-se técnicas de *role-playing* para explicitar o *acompanhar*. Além disso, fez-se um treinamento em campo, isto é, na maternidade, antes de iniciar o trabalho em si, já que nenhum estudante tinha prática hospitalar.

As escalas de plantões entre os *doulas* eram de 24h, feitas de forma que um dia o plantonista era homem, outro dia era mulher e entre eles, fazia-se um dia sem plantonistas de forma a coletar casos para o grupo controle. No pós parto imediato, os próprios *doulas* aplicavam os questionários padronizados, previamente testados através de um estudo piloto, contendo informações sociodemográficas e sobre a gestação. A análise bivariada foi realizada através da comparação entre médias do tempo de trabalho de parto (horas), utilizando-se o teste *t*, robusto mesmo para distribuições não paramétricas. Para comparações entre proporções, o teste de associação entre as variáveis independentes utilizado foi o qui-quadrado, ambos com limites de p-valor de 0,05.

Resultados

A população estudada foi de 605 primíparas com média de 23,0 anos (d.p.=6,0 anos). As Tabelas 1 e 2 apresentam a distribuição das demais características maternas, do parto e do recém-nascido de acordo com os grupos de acompanhantes.

A maioria era de baixa renda (57%), com baixa escolaridade, 67% das mães fizeram mais de sete consultas pré-natais, 76% não fumaram durante a gravidez e 54% não trabalhavam. Mais de metade das mulheres (59%) apresentavam quatro centímetros ou mais de dilatação do colo uterino durante a avaliação médica na baixa hospitalar e aproximadamente três quartos das mulheres estavam tendo até três contrações a cada dez minutos. Menos de 20% das gestantes apresentavam desproporção céfalo-pélvica (Tabela 1). Garantindo a comparabilidade entre os grupos, não foram evidenciadas diferenças significativas nestas variáveis de acordo com o tipo de acompanhantes.

A maioria dos partos foi vaginal (62%) e 52% deles precisou ser induzido, com significativamente menores proporções de indução entre os partos do grupo controle. A grande maioria das gestantes não precisou utilizar fórceps (96%). Cerca de 10% das crianças nasceram com menos de 2500 gramas (Tabela 2).

Em relação à duração do trabalho de parto de acordo com o tipo de acompanhante (Tabela 3), os *doulas* femininos foram significativamente mais eficazes do que os *doulas* masculino e que os controles, pois apresentaram um tempo médio de trabalho de parto de 3,63 h (d.p=3,25), os masculinos 4,52 h (d.p=4,32) e o controle 5,99 h (d.p=5,34). Num total de 4,84h (d.p=4,59).

A Tabela 4 apresenta o tempo médio de duração do trabalho de parto de acordo com as características maternas e o tipo de acompanhante. Embora sem significância estatística, maiores tempos de trabalho de parto foram registrados para mães com maior escolaridade no grupo acompanhado, ao contrário do observado no grupo controle. Igualmente sem diferenças importantes encontram-se as variáveis renda familiar, trabalho materno, fumo durante a gravidez e desproporção céfalo-pélvica .

Diferenças significativas foram observadas na duração do trabalho de parto de acordo com a dilatação do colo, pois mulheres com maior dilatação tiveram um trabalho de parto mais rápido do que as que tiveram menos dilatação. O maior número de contrações a cada dez minutos também se mostrou associado à menor duração do trabalho de parto (Tabela 4).

A Tabela 5 mostra as médias de duração de trabalho de parto de acordo com as características do parto e do recém nascido e o tipo de acompanhante. Com exceção do fórceps as demais variáveis apresentaram diferenças significativas entre as médias de duração do trabalho de parto. Dentre estas variáveis, a indução foi a única que se associou também com o tipo de acompanhante. Mulheres que necessitaram de medicamento apresentaram média superior na duração do TP do que as que não necessitaram. Esta associação poderia confundir o efeito *doula* sobre o desfecho, o que não se confirmou pela análise estratificada.

Discussão

Em primeiro lugar, deve-se destacar que este estudo foi desenvolvido sobre um banco de dados constituído há 10 anos.

As associações estatísticas encontradas foram em relação à duração do trabalho de parto e ao efeito da indução farmacológica. A primeira foi a variável que mais intensamente mostrou diferenças estatisticamente significativas. No hospital universitário onde foi realizado o estudo a norma é que só sejam admitidas na maternidade as mulheres que já se apresentam em trabalho de parto, com contrações uterinas regulares. Esse é o motivo pelo qual os tempos dos partos aqui referidos são bem menores que os de um trabalho de parto completo.

O suporte intra-parto exercido pelos *doulas* jovens e inexperientes, tanto femininos quanto masculinos, mostrou-se como intervenção eficaz na diminuição do tempo de trabalho de parto. Entretanto, *doulas* femininos mostraram ser ainda melhores acompanhantes do que os masculinos, pois as médias de duração do trabalho de parto neste grupo foram as menores.

Até o presente, a quase totalidade dos estudos têm utilizado acompanhantes mulheres maduras e experientes como *doulas*, com treinamento longo, em média de três semanas.¹¹ A idéia central da utilização de *doulas* é a de que o apoio propiciado interfere nas condições emocionais e corporais da parturiente, facilitando a amamentação, a intensidade do contato da parturiente com seu bebê e a diminuição na duração do trabalho de parto, como encontrado em nosso estudo.^{11,12,13} Nosso estudo mostrou diferença estatística significativa em relação à duração do trabalho de parto nos grupos acompanhados por *doulas*.

Apesar de não ter sido possível investigar o efeito *doula* sobre as condições emocionais da parturiente nem de aferir a instalação da amamentação, o que se pode acrescentar como hipótese é que *doulas jovens e inexperientes* são também eficazes, pelo menos na redução do tempo de parto.

Há a necessidade de maiores estudos e observações em relação ao tema, com amostras de todos os estratos socioeconômicos e que permitam controlar o efeito de potenciais confundidores não investigados, como por exemplo, as condições emocionais prévias ao parto, incluindo aí o apoio da família e o suporte do pai da criança, a ocorrência de morbidades e eventos estressores durante a gestação.

Referências Bibliografia

1. Scott, K.D., Berkowitz, G., Klaus, M. (1999): A Comparison of intermittent and continuous support during labor: A meta- analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 1999 May; 180(5):1054-9.
2. Raphael, D.: *The Tender Gift: Breastfeeding.* Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.1976.
3. Klaus M.H., Kennel J.H., Robertson S. S., Sosa R.. (1986): Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity, *Br Med J* 293: 585-7.
4. Hodnett, ED. (2000): Caregiver support for women during childbirth. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
5. Klaus M., Kennel JH., (1997): The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Pediatr* 86: 1034-6.
6. Hodnett, E.D., Osborn, R. (1989): Effect of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes, *Res Nurs Health* 12: 289-97.
7. Kennell, J.H., Klaus, M.H., McGrath, S. et al.(1991): Continuous emotional support during labor in a U.S. hospital, *JAMA* 265: 2197-2201.
8. Sosa, R., Kennel, J.H., Robertson, S.S., et al. (1980): The effect of a supportive companion on perinatal problems, lenght of labor and mother-infant interaction, *New Eng J Med* 303: 597-600.
9. Barros, F.C.C.; Vaughan, JP; Victora, C.G.; Huttly, S.R.A. (1991): Epidemic of caesarean sections in Brazil. *Lancet.* 338: 167-9.
10. Belitzky, R. (1989): El nacimiento por cesarean hoy. *Salud Perinatal (CLAP)* 3:101-7.

Tabela 1: Características maternas de acordo com o tipo de acompanhantes. Pelotas, RS, 1996.

	<i>Doulas</i>			Total
	Feminino	Masculinos	Controle	
Escolaridade (anos) NS				
Até 3	10,0%	15,6%	6,0%	10,4%
4 a 7	50,0%	47,9%	50,2%	49,4%
8	13,8%	13,5%	14,2%	13,9%
9 a 10	13,8%	9,9%	15,5%	13,2%
11 ou mais	12,1%	13,0%	14,2%	13,2%
Renda familiar (sm) NS				
Até 1	25,4%	20,6%	18,9%	21,4%
1.10 a 2.9	36,4%	36,5%	34,6%	35,8%
3 a 4.9	17,3%	27,0%	29,8%	25,3%
5 ou mais	20,8%	15,9%	16,7%	17,6%
Consultas Pré-natais NS				
Até 6	37,5%	31,1%	30,2%	32,6%
7 ou mais	62,5%	68,9%	69,8%	67,4%
Fumou na gravidez NS				
Sim	26,4%	21,9%	22,8%	23,6%
Não	73,6%	78,1%	77,2%	76,4%
Trabalho materno NS				
Sim	46,6%	45,8%	45,7%	46,0%
Não	53,4%	54,2%	54,3%	54,0%
Dilatação do colo (cm) NS				
Até 3	39,3%	40,8%	42,2%	40,8%
4 ou mais	60,7%	59,2%	57,8%	59,2%
Contrações em 10 min. NS				
Até 3	71,2%	71,3%	78,8%	73,8%
4 ou mais	28,8%	28,7%	21,2%	26,2%
Desproporção céfalo-pélvica NS				
Sim	15,5%	16,8%	17,9%	16,8%
Não	84,5%	83,2%	82,1%	83,2%

Tabela 2: Características do parto e do recém nascido de acordo com o tipo de acompanhantes. Pelotas, RS, 1996.

	<i>Doulas</i>			
	Femininos	Masculinos	Controle	Total
Tipo de parto NS				
Vaginal	63,4%	65,1%	59,2%	62,3%
Cesariana	36,6%	34,9%	40,8%	37,7%
Indução (p<0,001)				
Sim	54,1%	63,2%	42,0%	52,4%
Não	45,9%	36,8%	58,0%	47,6%
Fórceps NS				
Sim	4,6%	6,1%	2,3%	4,2%
Não	95,4%	93,9%	97,7%	95,8%
Peso ao nascer (g) NS				
Até 2499	11,0%	7,3%	10,8%	9,7%
2500 a 3499	65,9%	68,6%	61,2%	64,9%
3500 ou mais	23,1%	24,1%	28,0%	25,3%

Tabela 3. Duração do trabalho de parto (TP) de acordo com o tipo de acompanhante. Pelotas, RS, 1996.

DOULAS	Duração do TP		
	Média (d.p.)	N	p
Feminino	3,63 (3,25)	163	0,000
Masculino	4,52 (4,32)	180	
Controle	5,99 (5,34)	219	
Total	4,84 (4,59)	562	

Tabela 4. Duração do trabalho de parto de acordo com características maternas e o tipo de acompanhante. Pelotas, RS, 1996.

	Duração do trabalho de Parto (horas)			
	Feminino Média (dp)	Masculino Média (dp)	Controle Média (dp)	Total
Escolaridade da mãe (anos) NS				
Até 3	2,83 (1,64)	3,80 (3,47)	7,42 (7,12)	4,36 (4,53)
4 a 7	3,49 (3,59)	4,09 (3,74)	6,19 (5,49)	4,74 (4,62)
8	3,14 (3,13)	4,95 (5,26)	6,70 (5,69)	5,14 (5,10)
9 a 10	4,22 (3,38)	5,49 (4,26)	5,99 (4,77)	5,35 (4,28)
11 ou mais	4,98 (2,55)	4,52 (4,32)	4,19 (3,86)	4,92 (4,33)
Renda familiar (sm) NS				
Até 1	3,36 (3,50)	3,80 (3,19)	4,87 (4,16)	3,99 (3,66)
1.1 a 2.9	3,97 (3,76)	4,32 (4,09)	6,42 (5,84)	5,01 (4,86)
3 a 4.9	2,97 (2,16)	3,93 (3,48)	6,50 (5,21)	4,09 (4,41)
5 ou mais	3,87 (2,83)	7,32 (6,47)	5,64 (5, 45)	5,48 (5,17)
Consultas de Pré-Natal NS				
Até 6	3,58 (3,62)	3,62 (3,31)	4,64 (4,28)	3,98 (3,80)
7 ou mais	3,80 (3,09)	4,99 (4,75)	6,61 (5,57)	5,31 (4,85)
Fumo durante a gravidez NS				
Sim	3,91 (3,98)	3,44 (3,03)	6,58 (5,89)	4,79 (4,77)
Não	3,56 (3,00)	4,83 (4,58)	5,86 (5,19)	4,87 (4,55)
Trabalho Materno NS				
Sim	3,61 (3,01)	4,37 (4,63)	6,89 (6,26)	5,11 (5,14)
Não	3,64 (3,50)	4,65 (4,06)	5,29 (4,33)	4,62 (4,07)
Dilatação do colo (cm) $p<0,001$				
Até 3	4,47 (3,44)	5,32 (4,35)	7,23 (5,30)	5,77 (4,63)
4 ou mais	3,24 (3,15)	3,99 (3,93)	4,62 (4,36)	3,97 (3,89)
Contrações em 10 min. $p<0,05$				
Até 3	4,03 (3,66)	4,70 (4,48)	6,10 (5,08)	5,02 (4,57)
4 ou mais	3,38 (2,25)	4,10 (3,30)	4,63 (4,70)	4,01 (3,49)
Desproporção céfalo-pélvica NS				
Sim	3,26 (3,08)	4,50 (4,06)	7,51 (5,99)	5,19 (4,88)
Não	3,69 (3,32)	4,66 (4,49)	5,75 (5,29)	4,74 (4,54)

Tabela 5. Duração do trabalho de parto de acordo com características do parto e do recém nascido e o tipo de acompanhante. Pelotas, RS, 1996.

	Duração do trabalho de Parto (horas)			
	Feminino Média (dp)	Masculino Média (dp)	Controle Média (dp)	Total Média (dp)
Tipo de Parto p<0,001				
Vaginal	3,63 (3,17)	3,99 (3,62)	4,98 (4,33)	4,24 (3,80)
Cesariana	3,62 (3,43)	5,55 (5,30)	7,59 (6,32)	5,90 (5,58)
Indução p<0,05				
Sim	4,04 (3,21)	4,92 (3,99)	6,77 (4,77)	5,24 (4,18)
Não	3,10 (3,25)	3,76 (4,61)	5,47 (5,80)	4,36 (4,99)
Fórceps NS				
Sim	3,34 (2,39)	5,50 (5,43)	6,60 (6,52)	4,91 (4,72)
Não	3,64 (3,30)	4,47 (4,25)	6,13 (5,42)	4,87 (4,62)
Peso ao nascer (g) p <0,05				
Até 2,499	3,54 (3,28)	9,12 (8,31)	5,74 (5,83)	5,95 (6,22)
2,500 a 3,499	3,67 (3,49)	3,68 (3,41)	5,68 (5,27)	4,41 (4,31)
3,500 ou mais	3,44 (2,47)	5,72 (4,17)	6,42 (5,29)	5,39 (4,47)

ANEXO

PROTOCOLO – DOULAS (UCPEL)

Entrevistador: _____	entrev ____
1. Nome da mãe: _____	
2. Nome do RN: _____	
3. Qual é o seu endereço completo? _____	

4. Como se chega já? _____	

5. Tem telefone em casa? _____	tel _____

6. Tem algum telefone para contato? _____	telc _____

7. A senhora poderia fornecer o endereço de um outro parente?	

8. Até que série a senhora completou na escola?	sermae _____
_____ série _____ grau (00 = sem escolaridade)	
9. Até que série o pai de < CRIANÇA> completou na escola?	serpai _____
_____ série _____ grau (00 = sem escolaridade)	
10. A Sra. trabalhou no último ano?	trabmae _____
(1) Sim (2) Não	
SE SIM: Que tipo de trabalho faz? _____	tiptmae _____
Que tipo de firma trabalha? _____	tipfmae _____
	trabpai _____
11. O pai de < CRIANÇA> trabalhou no último ano?	
(1) Sim (2) Não	
SE SIM: Que tipo de trabalho faz? _____	tiptpai _____
Que tipo de firma trabalha? _____	tipfpai _____
12. No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa?	
Pessoa 1 R\$ _____ ou _____ sm	r1 _____
Pessoa 2 R\$ _____ ou _____ sm	r2 _____
Pessoa 3 R\$ _____ ou _____ sm	r3 _____
Pessoa 4 R\$ _____ ou _____ sm	r4 _____

<p>PRÉ-NATAL</p> <p>13. A Sra fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez?</p> <p>(1) Sim – Quantas consultas fez? _____</p> <p>(2) Não</p> <p>14. A Sra fumou durante a gravidez? (1) Sim (2) Não</p> <p>SE SIM: Quantos cigarros? _____ (1) dia (2) semana</p> <p>Fumou durante toda a gravidez? (1) Sim (2) Não</p> <p>15. < CRIANÇA> já mamou? () Sim – Quantas horas após o parto? _____ h</p> <p>(88) Não</p> <p>16. Hora da entrevista? ____ h (tempo entre o nascimento da CRIANÇA e a entrevista)</p> <p>INFORMAÇÕES PERINATAIS (PERGUNTAS PARA O RESIDENTE)</p> <p>17. Início do trabalho de parto: Dia: ____/____/____</p> <p>Hora: _____</p> <p>18. Término do trabalho de parto: Dia: ____/____/____</p> <p>Hora: _____</p> <p>Duração do trabalho de parto: _____</p> <p>19. Tipo de parto: (1) Normal (2) Cesariana</p> <p>20. Indução: (1) Sim – O que foi utilizado e que quantidade? _____</p> <p>(2) Não</p> <p>21. Fórceps: (1) Sim (2) Não</p> <p>22. Vácuo: (1) Sim (2) Não</p>	<p>prenat _____</p> <p>numcom _____</p> <p>fumou _____</p> <p>cigmae _____</p> <p>freqcig _____</p> <p>fumou toda _____</p> <p>mamou _____</p> <p>hora _____</p> <p>duração _____</p> <p>tiparto _____</p> <p>indução _____</p> <p>fórceps _____</p> <p>vácuo _____</p>
--	---

23. Apgar: 1º _____ 5º _____	apgar1 _____ apgar5 _____
24. Peso de nascimento: _____ g	pesom _____
25. Comprimento: _____ cm	compm _____
26. Problemas de parto? _____	probpart _____
27. Avaliação inicial do obstetra (preencher logo após a avaliação) Desproporção C.P? (1) Sim (2) Não	desprop _____
Dilatação inicial: _____	dilata _____
Contrações: _____	contrac _____
Características do colo _____	colo _____