

**Qualidade de Vida de Mulheres Submetidas ao
Acompanhamento de Doulas**

Lívia K. Sebba V. Pitaluga

Sebastião Benício da Costa Neto

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Goiânia, 2014

Qualidade de Vida de Mulheres Submetidas ao Acompanhamento de Doulas

Lívia K. Sebba V. Pitaluga

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado de Psicologia da Pontifícia
Universidade Católica de Goiás para
obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Goiânia
2014

Lívia Kunz Sebba Vasconcelos Pitaluga
Qualidade de Vida de Mulheres
Submetidas ao Acompanhamento de
Doula
98 páginas
Dissertação de Mestrado – Pontifícia
Universidade Católica de Goiás.
Departamento de Psicologia.
1. Qualidade de Vida
2. Parturiente
3. Doula
I. Pontifícia Universidade Católica de
Goiás. Departamento de Psicologia.

Banca Examinadora:

Data da Avaliação: ____/____/____

Nota final: _____

A. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto

Presidente da Banca: Orientador da Dissertação

B. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe

Professor efetivo

C. Dra. Denise Carmen de Andrade Neves

Professora externa

D. Dra. Vannúzia Leal Andrade Peres

Professora suplente

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

Michel Odent

Agradecimentos

Neste momento paro para pensar em tudo que passei nesses dois anos de trajetória de mestrado. Tive momentos felizes, tristes, de muito esforço, de vontade de desistir de tudo, mas também tive momentos de tanta força que me impulsionou e me deu energia para não só finalizar este curso, mas sim, e principalmente, finalizar com êxito.

Com isso, tenho que agradecer primeiramente a Deus por iluminar cada momento do curso e da construção deste trabalho.

Agradeço aos meus pais, Wandenberg Monte Negro de Vasconcelos Pitaluga e Lydia Sebba de Vasconcelos Pitaluga, que sempre estiveram presentes em toda a minha trajetória, me dando todo o apoio necessário e me ajudando cada dia mais a construir o meu futuro pautado no conhecimento e no estudo.

Agradeço também aos meus irmãos, Daniela Kunz Sebba Vasconcelos Pitaluga Muller e Wandenberg Monte Negro de Vasconcelos Pitaluga Filho, que sempre foram uma fonte de exemplo de pessoas e de profissionais competentes e íntegros, nos quais tento me espelhar sempre.

Agradeço ao meu Grande Amor, meu esposo, Hugo Antônio da Silva, que sempre esteve ao meu lado, me apoiando em cada momento de estresse, aflição e de vitórias que conquistei nessa trajetória.

Gostaria de prestar uma homenagem ao meu orientador Sebastião Benício Costa Neto, que sempre me instigou a pesquisar, estudar e concluir mas uma etapa de estudos da minha vida. À minha orientadora estatística, Prof. Suely Vieira Lopes, que sempre teve a maior paciência em me ensinar o tão temido SPSS, obrigada mesmo. E a Prof. Andréa Batista Magalhães, que com todo o seu incentivo, me fez com que tivesse mais garra em concluir este trabalho.

Agradeço também aos meus compadres, Sarah Cândida Borges Martins Bezerra e João Paulo Bezerra, que em cada palavra amiga, me fizeram lutar pelos meus sonhos e um deles se resume a este trabalho.

Não poderia deixar de agradecer a cada participante dessa pesquisa e a toda a equipe de saúde da Maternidade Nacer Cidadão que me ajudou nesse processo de desenvolvimento e conclusão do presente estudo. Em especial ao meu amigo, Diego Vieira de Mattos, que me encorajou a finalizar essa pesquisa com êxito. Sou muito grata por cada palavra de apoio e a todas que aceitaram participar da pesquisa.

Obrigada a todos que fizeram parte da minha vida, desde o momento que nasci até os últimos minutos do meu mestrado, pois cada um teve um papel especial para me tornar o que sou hoje. Agradeço muito a todos vocês e cada um tem um lugar especial no meu coração e na minha vida.

Dedicatória

Dedico o presente estudo a todas as mulheres e profissionais de saúde que acreditam no poder da qualidade de vida na humanização do atendimento as mulheres grávidas.

Sumário

1.0 Apresentação	01
2.0 Introdução	02
3.0 Saúde da Mulher Gestante e Humanização do Parto	05
3.1 Do ser mulher gestante	07
3.2 Políticas Públicas Visando a Saúde da Mulher Gestante	11
3.3 Movimentos Feministas em Busca da Humanização do Nascimento	15
3.4 A Doula no Cenário da Saúde da Mulher Gestante	17
4.0 Qualidade de Vida e Instrumentos Avaliadores	26
4.1 Conceituando Qualidade de Vida e suas características	26
4.2 Avaliação de Qualidade Vida na área da Saúde	32
4.3 Qualidade de Vida da Mulher gestante	36
5.0 Método	40
5.1 Tipo e local do estudo	40
5.2 População e amostra	40
5.3 Critério de Inclusão	41
5.4 Critério de Exclusão	41
5.5 Coleta de dados	41
5.5.1 Instrumentos para coleta de dados	41
5.5.2 Riscos e benefícios	42
5.5.3 Responsabilidade Assistida	42
5.5.4 Procedimentos para coleta de dados	43
6.0 Produtos	44
6.1 Artigo: Avaliação da Qualidade de Vida de mulheres com e sem Doula submetidas ao Whoqol Breve.....	44
6.2 Artigo: Avaliação subjetiva da Qualidade de Vida de parturientes com e sem acompanhamento de Doula.....	60
7.0 Considerações Finais	68
8.0 Referências	69
9.0 Anexos	77

Resumo

Este trabalho visa identificar, descrever e analisar a percepção do acompanhamento da Doula na Qualidade de Vida de parturientes usuárias de uma maternidade pública de Goiânia. O material foi organizado em uma introdução, dois capítulos teóricos, método e, por fim, dois produtos redigidos em forma de artigo científico. Encerra-se pelas considerações finais. Os artigos científicos apresentam uma avaliação quantitativa e outra qualitativa sobre o tema. Para ambas as análises foram avaliadas a Qualidade de Vida de 30 parturientes, sendo 15 com o acompanhamento da Doula e 15 sem o referido acompanhamento, com faixa etária de 18 a 40 anos, e em até 24 horas pós-parto. A avaliação quantitativa (artigo 1) foi feita a partir do instrumento Whoqol Breve e tem como resultados que, o acompanhamento da Doula diminui o índice de cesarianas e conduz a mais partos naturais. Este estudo, ainda, concluiu que o acompanhamento da Doula gera maior e melhores índices na dimensão psicológica da parturiente. A avaliação qualitativa (artigo 2) foi feita a partir de entrevista semi-estruturada e foi analisada pelo método de Laurence Bardin. Avaliou-se a percepção da Qualidade de Vida e do trabalho de parto com todas as parturientes. Os resultados compreendem que as parturientes, com e sem acompanhamento de Doula, avaliaram positivamente a Qualidade de Vida. Porém, o grupo de mulheres sem o acompanhamento da Doula diferiu do grupo com Doula por entender que a ausência dessa assistência contribui de forma negativa na sua avaliação geral da QV, mas tal resultado pode ter sido minimizado pela presença de distintos fatores de proteção, possivelmente ocorrendo um processo de compensação. Assim, este estudo compreende que a presença da Doula tende a aumentar a condição de proteção das parturientes, trazendo uma percepção positiva do trabalho de parto.

Palavras chaves: Qualidade Vida; Parturientes; Whoqol Breve; Doula.

Abstract

This work aims to identify, describe and analyze the perception of Doula's monitoring on Quality of Life of parturients users of a public maternity hospital in Goiânia. The material was organized into an introduction, two theoretical chapters, method, and finally two products drafted in the form of a scientific article. It ends by final considerations. The papers feature a quantitative and qualitative review on the subject. For both analyzes were assessed Quality of Life of 30 women, being 15 with the accompaniment of a Doula and 15 without such monitoring, with na age range between 18 and 40 years, and up to 24 hours postpartum. The quantitative evaluation (Article 1) was taken from the instrument WHOQOL Bref and has as its results that, the Doula's monitoring reduces the rate of cesarean sections and leads to more natural births. This study also concluded that Doula's monitoring generates bigger and better rates in the psychological dimension of the parturient. The qualitative assessment (Article 2) was taken from semi -structured interview and was analyzed by the method of Laurence Bardin. It was evaluated the perception of quality of life and labor with all the patients. The results understands that pregnant women, with and without the accompaniment of a Doula positively assessed the Quality of Life. However, the group of women without the accompaniment of a Doula diverged from the group with a Doula, due to understand that the absence of such assistance contributes negatively on their overall assessment of Quality of Life, but this result may have been minimized by the presence of distinct protective factors, possibly happening a process of compensation. This study understands that the presence of the Doula tends to increase the protection condition of pregnant women, bringing a positive perception of labor.

Key words: Quality of Life; Parturient; Whoqol Bref; Doula.

1. Apresentação

Não é de hoje que me interesse pelo tema de gestação, parto e qualidade de vida. Desde muito nova questionava meus pais sobre a importância de um cuidado com as mulheres que estão para ter os seus filhos. No estágio final da graduação em Psicologia, realmente consolidei a minha opinião sobre essa necessidade. Pude ver mulheres parindo sozinhas, sem acompanhamento e muitas vezes sendo alvo de questionamentos inacreditáveis em um momento tão singular que é o nascimento de um bebê. Ficava pensando, como essas mulheres poderiam ter um pós-parto sem nenhuma intercorrência, passando pelo trabalho de parto cheias de medo, de ansiedade e sem ter nenhum tipo de apoio. Me questionava a respeito da qualidade de vida (QV) pós-parto dessas mulheres. Com isso, acredito que não teria como fugir dessa discussão na minha dissertação de mestrado.

Quando comecei a pesquisar sobre o tema que me interessa (QV e gestação) comecei a perceber o quão escasso são as bibliografias que fazem a relação entre qualidade de vida de mulheres que tiveram um acompanhamento especializado durante a gestação. E no que se refere a esse acompanhamento feito pelas Doulas, não encontrei nenhum que relacionava esses dois temas. Por isso, decidi pesquisar e trazer evidências acerca deste acompanhamento e a QV pós-parto.

Então, a presente dissertação estará dividida em dois capítulos teóricos, sendo o primeiro, Saúde da Mulher Gestante e Humanização do Parto e Nascimento, o segundo Qualidade de Vida e Instrumentos Avaliadores. Estes dois, contendo uma revisão da literatura sobre os temas citados no título desses artigos. Posteriormente haverá a descrição metodológica da pesquisa e em seguida o produto da pesquisa, contendo dois artigos, o primeiro com o título, Avaliação da Qualidade de Vida de Mulheres com e sem Doula submetidas ao Whoqol Breve, que foi construído com bases nas normas da

Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia. E o segundo artigo, Avaliação subjetiva da Qualidade de Vida de Parturientes com e sem acompanhamento de Doula, sendo construído com base nas normas da Revista Latino Americana de Enfermagem. Posteriormente estarão presentes as considerações finais e conclusão da dissertação, bem como as referências e anexos.

2. Introdução

Discutir qualidade de vida de mulheres gestantes parece ser recorrente, mas, torna-se pouco frequente quando relacionada com a questão da saúde e qualidade de vida no momento do trabalho de parto e após o parto. Estudos sobre a QV de gestantes em acompanhamento de uma pessoa especializada, à exemplo das Doulas, são ainda raros.

Não é de hoje que sabe-se que, a maternidade e o nascimentos de bebês fazem parte de um evento que causa inúmeras transformações na vida da mulher, na sua vida conjugal, traz profundas mudanças em aspectos tanto culturais como emocionais de sua vida e na vida dos que a rodeiam.

Ao engravidar e se tornar mãe, a mulher vivencia momentos de dúvidas, inseguranças e medos (Lenz & Flores, 2011; Bouzas & Miranda, 2004). Vido (2006) apresenta que as modificações vividas pelas mulheres gestantes, tais como mudanças físicas e sociais, são subjetivas, pois cada mulher passará por elas de uma forma, tendo em vista que a variedade de transformações no corpo da mulher podem remetê-la a variados pensamentos sobre o que é e como é ter um feto dentro dela. A gravidez e o parto também tornam-se eventos culturais, vividos de formas diferenciadas em cada cultura.

Mota (2003) relata que a vivência de uma gestação é marcada pela mudança, principalmente, pela mudança de papel social quando a mulher e o homem deixam o lugar de filho e assumem o lugar de pais. Na mulher, isso é mais evidente, pois as transformações são mais visíveis e esse é o momento em que, social e psicologicamente, ela adapta-se à maternidade. As mulheres podem passar pela experiência da gravidez de forma saudável como patológica, tornando-se uma dificuldade maior para o

enfrentamento de tantas mudanças ocorridas nessa fase, porém, não torna-se objeto deste estudo destacá-las.

Neste sentido, profissionais da saúde têm-se interessado em pesquisar mais sobre questões diferenciais de um mesmo acontecimento de uma pessoa para outra. Diante disto, é comum pesquisadores, nos dias de hoje, se interessarem não somente pela doença, mas sim, pela saúde e qualidade de vida, bem como buscam relacionar esses dois conceitos.

Para melhor entender a saúde, deve-se analisar a relação saúde e doença, que são compreendidas como um *continuum*, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. E é nesta continuidade que a QV vem recebendo um enfoque maior, como forma de debater resultados esperados da relação entre programas de saúde e a realidade do Sistema Único de Saúde.

Pode-se dizer que a saúde da mulher é um processo criado por fatores sociais e históricos. Os fatores que contribuem para a determinação da saúde ou dos agravos associados decorrem, muitas vezes, da existência e/ou da falta de acompanhamento especializado nas fases do desenvolvimento da vida das mulheres (Ministério da Saúde, 2001).

Tais fatores são alvos de preocupação e vem sendo incentivados pelos Serviços de Atenção Integral a Saúde da Mulher, que tem se empenhado na reorganização da assistência sob os princípios da integralidade e universalidade. Um dos alvos desses programas são os programas de promoção à saúde da mulher, que começaram a se preocupar não só com os aspectos físicos, mas com todo o contexto sociocultural, e de mudanças emocionais a que são submetidas (Ministério da Saúde, 2001).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento faz parte do serviço citado acima, e estabelecem os princípios da atenção que deve ser prestada nos serviços

de saúde dos estados e municípios, propiciando a cada mulher o direito de cidadania mais elementar, dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade (Ministério da Saúde, 2001).

Dentro desta ótica tem-se buscado, com as equipes, uma postura acolhedora diante das necessidades de saúde das mulheres que procuram os serviços. Assim, estão sendo definidos protocolos que visam ampliar a capacidade de responder a demanda espontânea e controlar os agravos de saúde individual e coletiva, em todas as fases da vida da mulher, da adolescência ao climatério, inclusive durante a gestação (Ministério da Saúde, 2001).

Porém, a

(...) evolução tecnológica acabou de certa forma distanciando o relacionamento entre o profissional e a gestante, tendendo cada vez mais para a dicotomia mente e corpo, dificultando assim a compreensão e a percepção das necessidades, dificuldades e anseio das gestantes (Vido, 2006, p. 2).

É de extrema importância propiciar as mulheres gestantes uma relação de apoio maior neste período. Uma parturiente deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sinta à vontade, seja, seu parceiro, sua melhor amiga ou uma enfermeira-parteira ou uma Doula (OMS, 1996).

As Doulas podem oferecer diversos benefícios durante o trabalho de parto da mulher, mas é importante destacar que as mesmas não podem substituir o médico e nem mesmo a enfermeira obstetra, nas ações próprias desta categoria. O apoio dado pela Doula não é para retirar o trabalho de qualquer outro profissional, mas sim para adicionar (Fadynha, 2003).

Apesar do grande interesse em discutir sobre o tema da gestação, ainda são poucos os estudos que relatam a importância da QV de gestantes e parturientes que possuem ou não um acompanhamento especializado durante o parto, assim como, entender quais seriam as diferenças na QV dessas mulheres. Com isso, este estudo

pretende discorrer acerca de uma descrição e análise das características da qualidade de vida de mulheres submetidas ao acompanhamento de Doulas, bem como tentar responder as seguintes perguntas: a) as mulheres gestantes que tiveram o acompanhamento de Doula tem melhores características de QV?; b) as mulheres que tiveram o acompanhamento de Doula compreendem o papel da Doula melhor do que aquelas que não tiveram o acompanhamento?; c) como as mulheres que não tiveram o acompanhamento da Doula experienciam o seu parto?

Com isso, torna-se uma importante implicação deste trabalho contribuir para melhorar a prática assistencial das mulheres grávidas e, conseqüentemente, colaborar com mudanças positivas na sua QV.

3. Saúde da Mulher Gestante e Humanização do Parto

O tema saúde continua sendo bastante discutido nos dias atuais, sendo que alguns estudiosos referem-se à importância destes estudos no que se diz respeito à preocupação com a saúde do ser humano e sua Qualidade de Vida (QV).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é definida por um estado positivo de bem-estar físico, psicológico, social, econômico e espiritual e não somente ausência de doença, surgindo como um construto multifatorial cujos determinantes incluem todas as características relevantes de uma população (Donnangelo, 1979 citado por Ferraz, 1997).

Abreu, Pereira, Soares e Nogueira (2005) relatam que o conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, longe de ser uma realidade, simboliza um compromisso, um horizonte a ser perseguido. Remete à ideia de uma “saúde ótima”, possivelmente, inatingível e utópica já que a mudança, e não a estabilidade, é predominante na vida. Saúde não é um “estado estável”, que uma vez atingido possa ser mantido. A própria compreensão de saúde tem também alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuam a uma situação.

Discutir a saúde da mulher gestante é de uma complexidade incomparável, pois ela passa por grandes transformações. Tais transformações referem-se às etapas do desenvolvimento gestacional, o que acarreta diversas alterações físicas, hormonais, psicológicas e sociais (Couto, 2006; Maldonato, 1986; Piccinini et al., 2008).

Este capítulo resume-se em descrever aspectos relacionados à saúde da mulher gestante, bem como destacam-se algumas das principais interferências e políticas

públicas que visam à saúde da gestante e Humanização do Parto e Nascimento, bem como, o trabalho das Doulas neste contexto.

3.1. Do ser mulher gestante

Diversos autores destacam que o processo da maternidade inicia antes mesmo da constituição da maternidade (Piccinini et al., 2008) e relatam que isso pode acontecer devido a influência da educação que a mãe recebeu e dos vários valores culturais e dentro de uma família determinados pela sociedade e relacionados à figura do gênero feminino (Baptista & Furquim, 2009; Piccinini et al., 2008). O período de gestação pode gerar satisfação antes mesmo da constituição do processo da maternidade (Couto, 2006).

Toda gravidez é um momento novo na vida da mulher, mesmo que não seja a primeira gestação; é um momento de profundas modificações e sem sombra de dúvida de profundas reestruturações na vida da mulher e que são vividas durante a gestação; mudanças diversas que vão desde alterações biológicas até mesmo na própria representação da mulher diante da sociedade (Piccinini et al., 2008).

Mesmo em gestações saudáveis, mudanças emocionais e físicas podem alterar a habilidade da mulher para lidar com fatos corriqueiros, “(...) qualquer alteração, seja ela de natureza biológica ou psicossocial, pode mudar o curso natural deste período.” (Couto, 2006, p. 13).

Em termos psicológicos e sociais, a gravidez é um período de transição que faz parte de um processo natural do desenvolvimento da mulher, em que são necessários ajustamentos, tais como: definição de um novo papel diante do casamento e de suas

relações pessoais, adequação de fatores socioeconômicos e no próprio amadurecimento pessoal (Maldonato, 1986).

Kabke et al. (2006) destacam que a gestação é um período único na vida da mulher, no qual a sensação de tornar-se mãe confunde, muitas vezes, com incertezas, medos e inseguranças. Isso ocorre em maior grau em primigestas.

Vido (2006) destaca que não se pode esquecer da grande influência que alguns fatores podem exercer na saúde física da mulher gestante, bem como na do feto que está em constante desenvolvimento. Tais fatores são: história de vida pregressa, o desejo ou não da gravidez, o contexto existencial, socioeconômico, emocional, assistência, como também a maneira com que essa mulher lida com sua saúde.

Em termos biológicos, a gravidez é conceituada, primeiramente, pela falta do período menstrual, como sendo um período de desenvolvimento intrauterino dos filhotes dos mamíferos, iniciando na fertilização e finalizando no parto (Baptista & Furquim, 2009; Cartilha Educativa – Celebrando a Vida, 2009). Na revisão bibliográfica de Fonseca (2005), o mesmo destaca as várias modificações, no que se refere à mobilidade e tamanho dos órgãos. Relata que o útero chega a aumentar 100 vezes o seu tamanho original, o coração também sofre alterações anátomo-fisiológicas, e as veias tornam-se mais flexíveis para permitir o aumento do fluxo sanguíneo. Todas essas alterações têm a finalidade de melhor receber e acomodar o feto (Hanlon, 1999; Oliveira, 2004).

O desenvolvimento gestacional é dividido em alguns estágios que são designados em trimestres, para melhor esclarecer as etapas do desenvolvimento tanto do feto como das alterações físicas e psicológicas da mulher.

Segundo Ministério da Saúde (2006), e Baptista e Furquim (2009), os trimestres gestacionais possuem características que se destacam da seguintes formas: no primeiro

trimestre a mulher possui uma maior retenção de líquido com possibilidade de inchaço e edemas; há o aumento da barriga e das mamas; aumento do sono; ambivalência (querer e não querer a gravidez); medo de abortar; oscilações do humor (aumento da irritabilidade); primeiras modificações corporais e alguns desconfortos: náuseas, sonolência, alterações na mama e cansaço; desejos e aversões por determinados alimentos, entre tantas outras características que podem ser perceptíveis, diferenciando de mulher para mulher.

Já no segundo trimestre gestacional a mulher pode se sentir mais estável emocionalmente; pode ocorrer a diminuição de mal-estar e náuseas; podem aparecer manchas no rosto e mamas, além da linha escura no ventre; a mulher estará mais propensa a introspecção e passividade; alteração do desejo e do desempenho sexual; alteração da estrutura corporal, que, para a adolescente, tem uma repercussão ainda mais intensa; percepção dos movimentos fetais e seu impacto devido ao aumento da barriga, a presença do filho é concretamente sentida (Baptista & Furquim, 2009; Ministério da Saúde, 2006).

Destacam ainda que, Baptista e Furquim (2009) e o Ministério da Saúde (2006), no terceiro trimestre, as ansiedades intensificam-se com a proximidade do parto; ocorre o aumento da atividade contrátil do útero; ocorrência de problemas dentários (em decorrência da necessidade de cálcio pelo feto); eventual vazamento de colostro; dificuldades digestivas; sensação de pressão nos órgãos abdominais e de peso no baixo ventre; alteração na postura e no andar; manifestam-se mais os temores do parto (medo da dor e da morte); e aumentam as queixas físicas.

A mulher pode passar por diversos descontentamentos em relação às modificações corporais ocorridas. O que vem sendo foco de estudos da saúde mental das gestantes. Tais descontentamentos podem modificar a autoestima e,

consequentemente, a relação com o desenvolvimento de vínculo mãe-filho. O conceito de vínculo afetivo refere-se,

(...) a atração que um indivíduo sente por outro, e é entendido aqui como a formação de compromisso emocional que leva a mãe a procurar satisfazer as necessidades dos filhos, desde amamentação, higiene, carinho e conforto” (Maçola et al. 2009, p. 571).

Maçola et al. (2009) fizeram um estudo sobre a autoestima de gestantes com uso de uma escala de Autoestima de Rosenberg. O estudo foi feito com 127 mulheres gestantes, que estavam em um programa de pré-natal de um hospital público de ensino. Os autores obtiveram os seguintes resultados: as mulheres com menor escolaridade, que não planejaram a gestação, que tiveram alterações negativas de humor e que não recebem apoio do parceiro para cuidar do bebê após o nascimento, apresentaram maiores escores de autoestima insatisfatória.

O parto é o estágio final da gestação e corresponde a expulsão final do bebê para fora do corpo da mãe. O nascimento pode ocorrer a partir da 38ª semana e pode chegar a 42 semanas de gestação. Os partos podem ser normal ou cesárea; tal escolha deve ser baseada em indicações e contraindicações. As indicações mais comuns para que ocorra uma cesariana são: prolapso de cordão, placenta prévia, pós-maturidade, entre outros, destacando-se que tais indicações devem ser feitas pelo médico obstetra (Costa et al., 2001; Padilha et al., 2011; Rezende et al., 2003; Thomsom et al., 1994).

O cuidado e a preocupação com a saúde de gestantes, também, estão sendo foco de ações de promoção e prevenção, que podem ser realizadas por uma equipe multiprofissional. Tal prioridade é dada com um foco principal na realização de um pré-natal qualificado. Ao engravidar e se tornar mãe, a mulher vivencia momentos de dúvidas, inseguranças e medos (Bouzas & Miranda, 2004; Lenz & Flores, 2011).

A partir dessa preocupação foram criadas Políticas Públicas que dão a devida atenção e valorizam a saúde da mulher gestante.

3.2. Políticas Públicas Visando a Saúde da Mulher Gestante

Segundo o Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério da OMS (2006):

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção.

No Brasil, o primeiro momento de reforma das políticas sociais, foi nos anos 1970, e eram perceptíveis as questões de gênero, devido à presença expressiva de mulheres nos movimentos sociais urbanos. A história destes movimentos é, também, a da constituição das mulheres como novo sujeito coletivo, em que estas deixam a esfera privada, do trabalho doméstico a que estavam confinadas e passam a atuar no espaço público, levando para a esfera pública temas que recortam o espaço privado, a exemplo da saúde (Santos, 2005).

Os programas de saúde pública voltados às questões materno-infantis foram elaborados por volta das décadas de 1930, 1950 e 1970 e traduziam uma visão restrita da mulher; visavam somente questões biológicas e referenciavam sempre o papel social em que a mesma estava inserida, “(...) de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde e demais familiares” (Ministério da Saúde, 2011, p. 15).

Os movimentos feministas ajudaram muito na construção de críticas e na criação de programas de saúde pública voltados para as reais necessidades das mulheres brasileiras. Tais movimentos fizeram com que começasse a ser pauta de discussões

assuntos que até então eram relegados, tais como: desigualdades nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres, problemas relacionados à sexualidade, dificuldades relacionadas com a anticoncepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), e sobrecarga de trabalho (Ministério da Saúde, 2011).

Para que haja um programa de qualidade na assistência ao pré-natal, deve-se valorizar todos os aspectos relacionados à gestação, proporcionando uma rede de atendimento integral a saúde da mulher, proporcionando ações tanto individuais como em grupos nas Unidades Básicas de Saúde (Santos et al., 2010; Padilha et al., 2011).

Foi em 1984 que o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sendo uma verdadeira mudança no modo de tratar a saúde da mulher. Tal política engloba diversos fatores que interferem e que melhoram a saúde da mesma (Ministério da Saúde, 2011).

Brasil (2007, p. 17) destaca que:

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

Em relação à saúde da mulher gestante, foi elaborado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com principal objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (Ministério da Saúde, 2002).

Mesmo diante da política de atenção à saúde da mulher, em relação a saúde da gestante, os indicadores do Sistema de Informação em Pré-Natal/MS-SISPERINATAL (2002) demonstram que somente 4,07% das gestantes inscritas no (PHPN) realizaram o

elenco mínimo de ações preconizadas pelo programa e que somente 9,43% realizaram as seis consultas pré-natal e a consulta puerpério (Brasil, 2001; Ministério da Saúde, 2011).

Mesmo com todos esses programas o parto e nascimento são marcados pela imensa medicalização e intervenções desnecessárias, ocorrendo à prática abusiva de cesarianas. A OMS sugere que até 15% dos partos ocorrerem via cesariana é uma margem aceitável. No Brasil, a média é de 38%, chegando a 90% em alguns hospitais privados, proporções que demonstram ter um dos índices mais altos em todo mundo (Fleischer, 2005). Adicionalmente, ocorre, ainda, o isolamento das gestantes dos seus familiares, sem que haja a menor privacidade e o desrespeito à sua autonomia. A grande incidência de partos cesariana pode contribuir para os riscos maternos e perinatais, pois os mesmos são conduzidos de forma eletiva e não devido ao risco ou alguma patologia que justifique tal conduta (Brasil, 2001; Ministério da Saúde, 2011).

Devido à diversidade cultural, ocorre que a assistência ao parto no Brasil não se torna homogêneo, decorrente em partos em diversos ambientes. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) relatou em uma pesquisa, no ano de 1996, um percentual de 81,9% na Região Norte e 97,4% na Região Sul de partos hospitalares. Já os partos domiciliares têm maiores proporções em regiões rurais, com 20% (Ministério da Saúde, 2011).

Independente do local onde ocorre o parto, a assistência à gestante deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, na busca de que ocorra um atendimento humanizado para ela e para o seu bebê, proporcionando uma qualidade de vida ao ser humano desde o seu nascimento. Tal equipe pode proporcionar, para a gestante e para o bebê, o bem-estar, reconhecendo os momentos críticos em que são necessárias intervenções (Brasil, 2001; Padilha et al., 2011).

Outras ações também foram lançadas a fim de assegurar a assistência à saúde da gestante, dentre elas a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas desnecessárias, criada em 2008, em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a fim de diminuir a incidência de cesarianas desnecessárias e incentivar o parto natural (Padilha et al., 2011), além das campanhas como a do Ministério da Saúde “Normal é o parto natural” (Tornquist, 2002).

Em continuidade, foi sancionada, no Brasil, a Lei nº. 11.108, de 07 de abril de 2005, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Com esta regulamentação, observa-se que a atenção obstétrica experimenta um período de transição entre o emprego dos aparatos tecnológicos e científicos que, possivelmente, beneficiam a assistência de qualidade à mulher, e o reconhecimento de que a assistência à parturiente envolve não só os aspectos físicos como, também, o psicológico, o social, o espiritual e o emocional (Silva, 2011).

Segundo Brüggemann *et al.* (2005), a presença do acompanhante, mesmo que seja escolhido pela parturiente, não é um sinônimo de um apoio social eficaz, porém podem ser dadas condições para que este acompanhante desempenhe um bom apoio social. Um acompanhante que desempenhe bem este papel deve dar conselhos, proporcionar medidas de conforto físico e emocional e quaisquer outra ajuda que for solicitado pela parturiente.

Para que seja dada a devida atenção ao cenário da saúde da mulher gestante, também deve-se preocupar como estão ocorrendo os nascimentos e com a saúde do recém-nascido. Mas, a luta para a valorização e preocupação com este cenário vem de várias conquistas de movimentos feministas.

3.3. Movimentos Feministas em Busca da Humanização do Nascimento

Até a década de 1970, a humanização do nascimento era tida como marginalizada. Contudo, a partir de uma publicação de Roberto Caldeyro Barcia (1979), houve mudança. Tal publicação descreve o modelo de assistência como inadequado e propõe mudanças na compreensão das dimensões anátomo-fisiológicas e emocionais do parto. A publicação foi recebida, pela sociedade médica da época, com muita frieza, mas foi considerado um marco científico para a continuação da discussão da humanização.

Em linhas gerais, pode-se dizer que tais movimentos lutam por mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar e conseqüentemente hospitalizado. Tinha como alicerce a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1985, que inclui:

(...) incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente (Tornquist, 2002, p. 483).

Segundo Diniz (2005), as discussões da humanização na saúde pública tiveram destaque no Ano Internacional da Criança (1979), com a criação de um Comitê Europeu. Para tal fim, este comitê tinha como objetivo estudar intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente, já que as intervenções em uso não estavam tendo resultados positivos. A partir dessas contestações que foram sistematizados os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, apoiado pela OMS.

A Carta de Fortaleza é um marco, como documento referencial na humanização, que foi resultante de um encontro entre a Europa e as Américas, sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto, onde foi discutida a saúde pública e de defesa de direitos das Mulheres (WHO, 1985). Ela recomenda a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições do parto, a presença de acompanhantes, raspagens, a abolição do uso de rotina da episiotomia (incisão cirúrgica no períneo a fim de ajudar a expulsão do bebê) e da indução do parto (Diniz, 2005). Tais alterações têm como objetivo a contribuição dessa prática para o bem-estar da gestante (Brüggemann *et al.*, 2005).

A antropóloga e ativista norte-americana Robbie Davis Floyd, traz o termo “modelo tecnocrático” de atendimento ao parto e discute ele em dois eixos: primeiramente, de que o parto ao contrário do que postula a versão médica, não é um evento patológico, mas sim um evento existencial, social vinculado com a sexualidade da mulher e consequentemente a vida da família; o segundo eixo, refere-se que o parto hospitalizado introduz uma série de recursos e procedimentos não-naturais, que acabam por afastar tanto a mulher quanto o bebê de um evento natural e fisiológico (Davis-Floyd, 1992).

No Brasil, a pioneira nas discussões e implantação de políticas públicas voltadas para as práticas da humanização do nascimento, em meados dos anos 1990, foi a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, com políticas pró-mulheres (Rattner, 2009).

Vários autores foram influentes e proponentes nessa mudança de atendimento à mulher gestante e, consequentemente, ao nascimento. Dentre eles estão Kitzinger (1985), com a *abordagem psicosssexual* do parto, a redescritção da fisiologia do parto de Michel Odent (2000), e a proposta de *parto ativo* de Janet Balaskas (1996). Além disso, destaca-se Moysés Paciornik (1984), que em 1979 lançou o livro *Parto de Cócoras*:

aprender a nascer como índios, assim como o livro de Michel Odent (1991), *Gênese do homem ecológico: mudar a vida, mudar o nascimento*, no qual desenvolve sua tese de que, “para mudar a vida, é preciso mudar antes o nascimento”. Atualmente, surge uma abordagem do parto como experiência genital e erótica (Vinaver, 2001).

Destaca-se também a luta realizada pela Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). Tal entidade refere-se a uma organização da sociedade civil que vem atuando, desde 1993, em forma de rede de associados em todo o Brasil. O principal objetivo é a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas e em conformidade com as recomendações da Organização Mundial de Saúde, desempenhando papel fundamental nas lutas em prol da Humanização do parto e nascimento (Rattner, 2009).

Diniz (2001), destaca que o atendimento dado a maioria das mulheres brasileiras durante o trabalho de parto pode ser visto como um tratamento humilhante, ao lado de abuso de intervenções cirúrgicas, de falta de leitos para internação e falta de informações passadas para parturiente. Diniz (2001), ainda destaca que tal situação sugere desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e uma forma de violação aos direitos humanos.

Tornquist (2002) destaca que ao movimento de humanização do parto e nascimento tem-se incorporado lições chamadas de “medicina baseada em evidências” (identificada, especialmente, pelos estudos da Biblioteca Cochrane). Tais estudos foram referenciados por Enkin, Keirse e Neilson (1996), e criticam a medicina convencional, bem como todas as suas práticas nelas inclusas. Tal crítica agora pautada em estudos científico e não mais em um movimento alternativo.

A preocupação e avaliação de forma científica das formas de assistência ao parto vem evidenciando a efetividade e a segurança de uma atenção ao parto normal, com

mínimo de intervenção sobre a fisiologia e a maior atenção as necessidades das parturientes ao invés da organização dos profissionais bem como das instituições (Wagner, 1994).

Tornquist (2002), ainda, destaca que o interesse da saúde coletiva e pública parece ser crucial para as mudanças nas práticas de assistência ao parto, as rotinas hospitalares bem como a própria formação médica.

Todo esse processo de luta vem trazendo mudanças no cenário do parto e nascimento. As mudanças nos paradigmas de cuidados trazidos por novas políticas públicas estão mudando, gradativamente, o enfoque que não era dado à mulher gestante e ao bebê. Novas realidades estão sendo construídas com a valorização da gestante, do bebê e do processo gestacional. Soma-se a isto a atuação das Doulas, que têm dado o suporte necessário para que a valorização da relação parto/gestante/bebê seja alcançada de fato.

3.4. A Doula no Cenário da Saúde da Mulher Gestante

Diante de todo o cenário da Humanização do Parto e Nascimento em conjunto com os Movimentos Feministas e as Políticas de Integração e Atenção à Saúde da Mulher, a Doula vem tendo destaque e se tornando personagem fundamental no cenário de um parto humanizado que valoriza a saúde emocional e física da mulher gestante.

Doula é uma palavra de origem grega que significa servente, escrava. Posteriormente, foi usada para descrever aquela que assiste a mulher em casa após o parto, cozinhando para ela, ajudando a cuidar das outras crianças, segurando o bebê e tudo mais que for necessário (Leão & Bastos, 2001). O termo Doula foi resgatado, primeiramente, por Dana Raphael, antropóloga americana, para referir-se a uma mulher acompanhante especializada em parto que fornece à mulher, ao seu marido e

acompanhante, suporte emocional e físico durante todo o processo de parto, nascimento e puerpério (Leão & Bastos, 2001; Klaus, Kennell & Klaus, 2002).

Uma doula é “uma acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente, antes, durante e depois do parto” (Teixeira, 2003, p. 1). Essas mulheres acompanhantes especializadas sempre existiram. As mulheres davam à luz acompanhada por outras mulheres. Neste cenário estava presente a parteira e outra mulher seja ela vizinha, amiga, parente, para oferecer todo apoio necessário. Estas mulheres não estavam presentes nos partos apenas como expectadoras, elas ajudavam dando apoio físico e emocional para a gestante. A presença dessas mulheres junto da parturiente prolongava-se no pós-parto, fosse para dar apoio emocional, fosse para auxiliá-la nos afazeres domésticos (Fadynha, 2003; Jablonsk, 2006).

Este tipo de acompanhamento à parturiente é prática antiga que persiste em muitas culturas primitivas. Estudos antropológicos de 128 culturas, sendo elas caçadoras e coletoras ou agrícolas, encontraram 127 relatos contendo a existência do apoio emocional de outra mulher durante o parto (Valdés & Morlans, 2005).

Pascali-Bonaro (2003, p.9) descreve que “(...) há pouco tempo à palavra Doula passou a ser conhecida como a mulher treinada e com experiência em nascimentos, que provê suporte físico, emocional e informacional à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto”.

Motta destaca que a Doula (2003, p. 46):

(...) refere-se a uma pessoa, preferencialmente, mulher, que tenha conhecimento do meio médico e domínio dos termos básicos usados pela equipe médica, para que possa ser mediadora entre a equipe, a parturiente e a família. Vale ressaltar que essa acompanhante não precisa ser, necessariamente, do meio da saúde, mas é importante que ela possa transitar nesse meio.

Ainda, segundo Motta (2003), o perfil da Doula faz referência a uma mulher que possua uma capacidade de acompanhar a sensibilidade e que tenha disponibilidade emocional para dar apoio contínuo no trabalho de parto. A Doula então terá o papel de transmitir segurança à gestante, tirando quaisquer eventuais dúvidas, para que ela possa sentir autonomia e conexão com o seu corpo e com isso tomar controle da situação.

As Doulas podem oferecer diversos benefícios durante o trabalho de parto da mulher, mas é importante destacar que as mesmas não podem substituir o médico e nem mesmo a enfermeira obstetra nas ações próprias desta categoria. O apoio dado pela Doula não é para retirar o trabalho de qualquer outro profissional, mas sim para adicionar (Fadynha, 2003). Ela nunca terá o papel de fazer qualquer tipo de exame físico-ginecológico na gestante. “(...) ela realizará seu trabalho tendo como base o diagnóstico do médico, da parteira ou da enfermeira-obstetra” (Fadynha, 2003 p. 25).

Para Leão e Bastos (2001), as Doulas possuem atividades de apoio durante o trabalho de parto que podem ser classificadas em quatro categorias: suporte emocional (que consiste em encorajar, tranquilizar e estar presente continuamente), medidas de conforto físico (como massagens e compressa fria), suporte de informações (por meio de orientações, instruções e conselhos) e defesa (que consiste em interpretar os desejos do casal e/ou parturiente frente aos profissionais do hospital e agir em favor do mesmo).

Dentre as atividades desenvolvidas pelas Doulas, Fadynha (2003) destaca as mais utilizadas com as parturientes durante todo trabalho de parto, quais sejam, “(...) usar palavras de incentivo de forma bastante silenciosa, dirigidas; realizar massagens; colocar a futura mamãe para andar; orientar exercícios físicos; aplicar bolsas de água quente; levar a parturiente para tomar banhos quentes, relaxantes, no chuveiro ou na banheira” (p.41).

Ainda, segundo Fadynha (2003), um grande diferencial dado, em um parto com acompanhamento da Doula é que a mesma nunca deixa a gestante ficar deitada em uma cama. É oferecido para que a gestante movimente (o que pode diminuir as dores) e procure uma posição que seja a mais confortável. Então, ela contribui para que ocorra um parto humanizado, que tem como objetivo dar o direito de escolha da mulher, fazendo com que as gestantes tenham a oportunidade de escolher como será dado o seu trabalho de parto (período expulsivo), se de cócoras, de quatro ou verticalizada na cama do hospital.

O primeiro estudo que teve como objetivo investigar os efeitos da presença contínua de uma acompanhante qualificada (Doula) ao lado da parturiente, durante o trabalho de parto, foi realizado por Sosa, Kennel, Klaus, Robertson e Urrutia (1980). Trata-se de um ensaio clínico randomizado com 136 parturientes, no Hospital da Previdência Social na Guatemala. O grupo experimental, que recebeu apoio de Doulas durante todo o trabalho de parto foi comparado ao grupo controle, que recebeu assistência de enfermagem tradicional. Não era permitido aos familiares acompanharem as parturientes. As Doulas eram mulheres leigas que acompanhavam a mulher da admissão ao parto, realizavam massagens nas costas, seguravam as mãos e conversavam com a mulher. Pode-se afirmar, neste estudo, que o grupo experimental teve menor incidência de problemas perinatais, menor tempo de trabalho de parto e uma melhor relação entre mãe-bebê (Sosa, Kennel et al., 1980).

Desde então, pesquisas vêm sendo realizadas sobre os benefícios de um acompanhamento contínuo por mulheres qualificadas, que oferecem apoio emocional e físico à parturiente: Mcgrath, Robertson e Hinkley, 1991; Klaus e Kennell, 1992; Zhang, Bernasko, Leybovich, Fahs e Hatch, 1996; Souza et al., 1997; Kennell cols, 1998; Langer, Campero, Garcia e Reynoso, 1998; Banyana, Sandall e Bennett e

MacLeod, 1999. As pesquisas foram realizadas com grupos de parturientes acompanhadas e grupos de parturientes não acompanhadas. Esses estudos indicam, ainda, que os benefícios do acompanhamento durante o trabalho de parto estendem-se durante o puerpério.

Leão e Bastos (2001) realizaram, em outro estudo randomizado com 412 primigestas saudáveis, em um Hospital de ensino nos Estados Unidos com práticas obstétricas modernas, onde não é permitido a permanência de acompanhantes com as parturientes, constatou-se que no grupo experimental, que recebeu apoio das Doulas, foi observado menor taxa de anestesia peridural para parto vaginal, menor uso de ocitocina, menor tempo de trabalho de parto e menor taxa de cesariana, menor incidência de bebês retidos e com sepsis neonatal.

Chalmer e Volman (Fadynha, 2003) publicaram um artigo de revisão do trabalho de Doulas capacitadas ou não. Os autores chegaram à conclusão que todos os parentes que estavam junto à gestante no trabalho de parto não davam o mesmo suporte que a Doula proporcionava.

Tais estudos mostram que o papel das Doulas pode proporcionar às parturientes uma maior tranquilidade, encorajando-as e promovendo um maior conforto físico e reduzindo a ansiedade materna. A parturiente se sente mais segura e tranquila, o trabalho de parto transcorre mais rapidamente, necessitando de menos intervenções obstétricas. Os achados destes estudos, também, sugerem a importância do suporte intraparto e apontam a Doula como uma opção segura e eficaz (Leão & Bastos, 2001).

No dia 31 de janeiro de 2013, o trabalho da Doula foi reconhecido como profissão e foi inserido como ocupação de nível técnico, chamado Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas, no Cadastro Brasileiro de Ocupação, com a seguinte descrição: “(...) No caso das Doulas, visam prestar suporte contínuo a

gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante.”

No Brasil, o serviço de Doulas está iniciando e apresenta-se de duas formas: o serviço voluntário e o serviço particular. As Doulas profissionais e as Doulas voluntárias (também denominadas comunitárias). As Doulas profissionais recebem remuneração para exercer esse papel. Para isso elas tem que estar aptas em todos os conhecimentos necessários referentes ao trabalho que é desempenhado. Neste tipo, então, o contato/contrato deve ser feito com a gestante e a Doula deverá estar de plantão igual a um médico obstetra, esperando a hora que a gestante entrará em contato (Fadynha, 2003).

Diante das Doulas profissionais, ainda, existem duas classes que são as Doulas-preparadoras de gestantes (que acompanham a gestante mês a mês durante o período gestacional, desenvolvendo o corpo e a mente, com exercícios de yoga, ginástica e alongamento, por exemplo) e as Doulas-terapeutas (que conhecem vários tipos de terapias, mas trabalham dentro da interface do programa das Doulas). Estas só se diferenciarão por terem outra profissão que complementa o seu trabalho como médica, fisioterapeuta ou psicóloga, por exemplo (Fadynha, 2003).

Já as Doulas voluntárias, também, podem ter qualquer outra profissão, porém terão que se doar um dia na semana para estar à disposição do trabalho de Doula (Fadynha, 2003). Dentre vários hospitais que já trabalham com a doulagem voluntária destacam-se: em Goiânia, a Maternidade Nacer Cidadão, em Belo Horizonte o Hospital Sofia Feldman e em Montes Claros, o Hospital Universitário.

Assim a Doula humaniza o atendimento dado à parturiente, pois, ela valoriza o direito de escolha da mulher, ou a “empodera”. O empoderamento das mulheres passaria pelo resgate dos poderes e saberes femininos que o processo de civilização teria

eliminado. Tal poder refere-se a mulher estar centrada na sua condição natural, biológica e instintiva de parir (Tornquist, 2002).

A Doula, então, terá o papel crucial no resgate deste empoderamento, valorizando o direito de escolha, dos desejos e vontades das mulheres no parto (Fadynha, 2003). É este o diferencial do trabalho da Doula, humanizar o atendimento, de uma forma contínua, passando todas as informações necessárias, esclarecendo eventuais dúvidas.

Destaca-se ainda que a Doula nunca deixa a gestante ficar sozinha no trabalho de parto, pois o ambiente em que a mulher dá a luz influencia em como ela vai lidar com todo o processo da maternidade, uma vez que o ambiente hospitalar é um lugar com pessoas desconhecidas, que possui normas próprias deixando a mulher à mercê disso (Motta, 2003).

Como expõem Klaus e Kennell (1993):

(...) ser deixada sozinha, durante o trabalho de parto, não é apenas assustador, mas representa uma severa ameaça ao auto-conceito da mulher. Ser protegida é ser valorizada, em um momento de intenso egocentrismo e temor. A espécie de atendimento que uma mulher recebe, neste período de vulnerabilidade, é crucial para a sua avaliação subsequente da experiência, para seu comportamento maternal posterior e para seu auto-conceito (p. 51).

Esse tipo de acompanhamento diferencia do acompanhamento dado pelo esposo, mãe ou familiar. Chalmer e Wolman (1993) publicaram um artigo no qual fizeram uma revisão de vários estudos que descreviam sobre o acompanhamento das Doulas, capacitadas ou não. Concluíram que, diante de todos os acompanhantes, marido, mãe, alguém da família, amigos e até mesmo a equipe médica do hospital, que poderiam dar suporte à mulher durante o trabalho de parto, o mais eficiente e útil foi o da Doula.

Outro estudo também relata que o acompanhamento do marido no parto se torna eficaz, mas, na ajuda de exercícios respiratórios no momento de “pico” das dores, a Doula exerce papel fundamental, pois ela não está emocionalmente envolvida e estressada, como o marido, devido a situação que sua esposa está passando (Berry, 1988). Mas isso não quer dizer que o marido não seja eficaz no acompanhamento da esposa. Um estudo feito por Klauss e Kennel (1997), em que fizeram uma revisão de 11 estudos sobre Doulas, concluíram que quando os maridos estão presentes oferecem um apoio mais pessoal a mulher, o que é muito importante para a saúde emocional do casal e para a relação pai-filho (Carvalho, 2001; Klaus & Kennell, 1993, 2000).

O acompanhamento dado pelo marido durante o trabalho de parto e em todo o período gestacional da mulher faz com que o homem passe por um processo de adaptação e reajuste emocionais para vivenciar a paternidade. Os processos psicossociais pelos quais a mulher passa durante a gravidez são também identificados no companheiro, porém, nele são marcados pela dinâmica psíquica masculina e pelo papel social que ele cumprirá nesse momento (Lef, 1997; Mattos, 2003; Videla, 1990). Para Maldonado (1997), a paternidade constitui um momento de transição e de possibilidade de crescimento emocional.

Conforme Lef (1997):

Alguns futuros pais são capazes de apreender o significado dessas experiências e elaborar os sentimentos a elas associados; outros desviam-nas do consciente, contando com a ação, preferivelmente ao pensamento. Se uma afirmação madura é conseguida e os atributos, bem como as faltas paternas, são reconhecidos, o homem, como cada geração antes dele, encontrará a si próprio em ascendência, conforme os poderes de seu pai declinam (p. 59).

Em uma pesquisa realizada por Chandler e Field (1997), foram realizadas entrevistas etnográficas com pais para investigar a percepção deles no trabalho de parto nas suas esposas. Foram entrevistados 14 pais e houve relatos que o trabalho de parto

foi muito mais difícil e desgastante do que haviam imaginado, porém avaliaram sua participação como não satisfatória. Eles destacam que a ansiedade, raiva e o temor de que algo poderia acontecer, fez com que eles não ficassem com o seu foco de atenção e cuidado voltado para a mulher, e sim tinham que disfarçar o estado emocional gerado a partir do acompanhamento do trabalho de parto de suas esposas, além do fato de acreditarem que, após o nascimento, o alvo de preocupação deixava de ser a esposa para ser o bebê. Os aspectos positivos da participação referem-se à maior intimidade com a companheira, à admiração pela força da mulher, à sensação de orgulho, satisfação frente ao bebê e o melhor comprometimento na família.

Já no acompanhamento da Doula, questões emocionais íntimas dificilmente interferem no trabalho realizado, pois a Doula funcionará como uma ponte de intercomunicação, ou seja, ela estará envolvida com a instituição (hospital/maternidade) e o cliente (gestante/família). Ela trabalhará estimulando a autonomia por parte da mulher e da sua família e, ao mesmo tempo, interagindo diretamente com a equipe de saúde, fornecendo informações cruciais para o bom desenvolvimento do trabalho de parto o que possivelmente gera um melhor bem-estar da mulher (Klaus & Kennell, 1993).

Diante do apoio gerado, a mulher grávida o trabalho da Doula poderá ter implicações na percepção da Qualidade de Vida dessas mulheres no pós-parto.

4. Qualidade de Vida e Instrumentos Avaliadores

Tornou-se comum falar de Qualidade de Vida (QV) em vários noticiários, revistas, programas publicitários e, até mesmo, em propagandas de loteamentos, mostrando uma relação entre bem-estar, boa moradia, boa saúde, comer e dormir bem, praticar exercícios, ter conforto, ter uma boa vida familiar e amorosa com a QV.

Na área da saúde, o interesse por esse tema vem crescendo e teve o seu auge após a II Guerra Mundial, quando Organização Mundial de Saúde redefiniu o conceito de saúde, incorporando a noção mais abrangente do que é ter saúde. Começou a entender-se que a saúde é também o bem-estar físico, emocional e social. Assim, a QV também, pode ser entendida por meio de características multidimensionais.

4.1. Conceituando Qualidade de Vida e seus indicadores

Campbell (1976, apud Awad & Vouganti, 2000), já tentava explicar o conceito de QV. O mesmo cita “(...) qualidade de vida é uma vaga e eterna entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é” (p.558). Essa afirmação não se difere do que atualmente tem-se como conceito para este tema, mesmo sendo publicado vários trabalhos empíricos em que são feitos avaliações de QV nas mais diversas áreas.

Vido (2006) destaca que o interesse em pesquisar e entender a QV “parece ser tão antiga como a civilização” (p. 07). E descreve que existem achados que já se tentava explicar antes mesmo da Era Cristã,

(...) em escritos como *Nicomachean Ethics*, Aristóteles (384-322) mencionava que as pessoas distintas concebem boa vida ou bem-estar como sendo a mesma coisa que felicidade, e que o significado torna-se uma questão subjetiva, pois alguns podem afirmam ser uma coisa, outros dizem ser outra (p. 07).

Grau (1997) descreve que o surgimento da discussão da QV intermeia datas pré-históricas, nas civilizações gregas, romanas, egípcias e hebraicas, relacionando termos de indicadores subjetivos de bem-estar.

Wood-Dauphinee (1999) descreve que existem indícios que na literatura médica o termo surgiu pela primeira vez na década de 1930.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como “(...) a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995, p. 1405).

Fleck et al. (1999) destacam que o termo QV vem sendo aplicado na literatura médica com diversos significados. Também se utiliza como sinônimos “condições de saúde”, “funcionamento social” e “estado subjetivo de saúde”. Todos esses conceitos estão centrados na avaliação subjetiva do paciente, tendo como foco o estado de saúde e a forma como indivíduo vive plenamente (Brazier et al., 1996).

Segundo Fleck et al., 1999, p. 20:

À oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado.

Martin e Stockler (1998) descreviam que a QV poderia ser definida em termos da distância entre as expectativas individuais e a realidade, sendo que quanto menor for essa distância, melhor seria sua QV.

Seidl e Zannon (2004) destacam que existe duas formas de conceituar (QV): uma seria mais genérica e a outra baseada a conceitos relacionados a saúde. No primeiro caso, a QV baseia-se em conceitos mais abrangentes, comumente articulados com propagandas publicitárias, jornais e usadas cotidianamente, destacando-se a

influência de estudo sociológicos, sem fazer referência a qualquer tipo de patologia que poderia ou não influenciar na QV. Já os conceitos baseados na saúde caracteriza o utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que teve como objetivo criar instrumentos avaliadores da QV em caráter internacional e transcultural, respaldados a partir de conceitos científicos e metodológicos a partir de várias vertentes de pesquisa, como na economia, sociologia, educação e demais especialidades da saúde (Bowling & Brazier, 1995; Seidl & Zannon, 2004; Rogerson, 1995).

Leal (2008) afirma que a QV tem seu conceito de uma forma muito subjetiva, estando totalmente correlacionada com a educação, a formação de base, a atividade profissional, as necessidades pessoais e a saúde. Com isso, cada indivíduo se posiciona de uma forma diferente frente às questões físicas, psicológicas, sociais culturais, espirituais e econômicas.

Fleck *et al.* (2008) descrevem que alguns conceitos de QV são distorcidos por uma “(...) visão eminentemente biológica e funcional, com *status* de saúde, *status funcional* e *incapacidade/deficiência*; outros são eminentemente sociais e psicológicos, como bem-estar, satisfação e felicidade” (p. 18). E isso traz um caráter muito subjetivo e relativo, dependendo da categoria que a QV está sendo inferida, o que talvez essa seria uma das razões da subjetividade do tema.

Seidl e Zannon (2004) destacam que nos anos 1990 começaram a conceituar a QV de uma forma mais consolidada diante dois aspectos: a subjetividade e a multidimensionalidade. “(...) No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida” (The WHOQOL Group, citado por Seidl & Zannon, 2004, p. 582)

Quanto ao conceito de QV ter uma característica multidimensional (Costa Neto, 2003), um dos fatores dessa condição é o seu lado subjetivo, singular, histórico e

cultural, levando à dificuldades para formular um conceito global para QV. Assim, QV tem relações com as experiências e interpretações de variadas vivências das pessoas.

Grau (1997) destaca que nos últimos anos, parece útil estudar a avaliação de componentes subjetivos já que são observados valores pessoais, atitudes e emoções, bem como a natureza psicológica em relação a QV, com isso destaca o quanto esta avaliação possui caráter individual.

Minayo et al. (2000) citam que a definição de QV também pode passar pela instância do plano individual, que tem três “fóruns de referência”: a) histórico (uma sociedade pode ter QV diferentes devido a um determinado tempo histórico); b) cultural (valores e necessidades são construídos de maneiras diferentes em cada sociedade, pois possuem costumes diferentes); e, c) estratificações ou classes sociais, as desigualdades e heterogeneidades sociais são muito fortes e demonstram ter padrões e concepções diferentes sobre a ideia de QV).

Outro conceito bastante utilizado corresponde à QV ligada à saúde (QVRS), em inglês *Health –Related Quality of life* (QHRQL), que corresponde a uma maneira subjetiva que cada pessoa tem em se referenciar à vida. Tal maneira é pautada a partir de percepções e condições individuais e descreve que são induzidas pela saúde, doença, agravos, tratamentos, bem como por questões políticas e econômicas que podem influenciar diretamente a vida da pessoa (Auquier et al., 1997).

Segundo Vido (2006), o termo QVRS é frequentemente utilizado para se distinguir o entendimento da QV no seu sentido mais abrangente e dos parâmetros médicos e clínicos.

Para Gianchello (1996), QVRS corresponde a duração da vida quando esta é modificada pelas percepções acerca das limitações físicas, psicológicas, sociais e

oportunidades influenciadas pela doença e/ou tratamentos e agravos, tornando-se um importante indicador de avaliação sobre os resultados de intervenções.

Pode-se observar, então, que os conceitos relacionados a QV possuem tanto um caráter objetivo quanto subjetivo. Em relação ao caráter objetivo destaca-se a influência do salário, a ocupação e a moradia. Já entre os indicadores subjetivos pode ser ressaltada a percepção das experiências individuais de vida (Oleson, 1990).

Buss (2000) relata que existem inúmeras evidências que mostra o quanto saúde contribui para a QV em todas as populações. Devido a isso, torna-se necessário investir em políticas assistenciais de qualidade para que possam ser enfrentados os diversos problemas que são causa de saúde pública. Uma dessas políticas se basearia em incentivar as populações nos cuidados com a saúde em geral.

Minayo et al. (2000) destacam que existe a grande relação não só entre QV e saúde, mas também entre condições de vida e promoção de saúde. Tal relação é compreendida a partir de conhecimentos clássicos da medicina social em que vigora o pensamento sanitarista canadense. Neste sentido, Lalonde (1974) descreve ser a base para uma QV favorável: a) o estilo de vida; b) os avanços da biologia humana; c) o ambiente físico e social e os d) serviços de saúde.

Campos e Neto (2008) destacam que QV está diretamente associada ao termo promoção de saúde (PS). Para eles a PS parte do conceito ampliado e positivo de saúde, e tem como foco o processo social de sua produção, elege como objetivo a defesa da vida e o desenvolvimento humano, superando o modelo de intervenção e passando para práticas intersetoriais e conhecimentos interdisciplinares.

Ainda, segundo Campos e Neto (2008), no campo da saúde pública a PS vem ganhando destaque, pois, inicia-se um pensamento de aproximação entre QV e saúde, tornando-se a discussão de PS estratégia central dentro da medicina social.

Um importante documento que relaciona os dois constructos (QV e PS) é a Carta de Ottwa, que define a “promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (p.1). E ainda descreve que é a saúde o maior aliado para o “desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão na qualidade de vida” (WHO, 1986, apud Buss, 2000, pp. 167/170).

Porém, ainda, é pouco utilizada a avaliação da QV em processos clínicos, pela equipe de saúde no dia-a-dia. Não se sabe se é pelo fato da ausência de informações sobre a relevância do tema ou se é sobre as diferentes formas que se pode investigar (Seidl & Zannon, 2004). Estudos mostram que ainda há pouco interesse e uma resistência dos profissionais em incluir a avaliação da QV na rotina dos pacientes (Morris *et al.*, 1998).

Fleck *et al.* (2008) mencionam, ainda, que nos estudos do *Whoqol Group*, os conceitos de qualidade de vida e de saúde têm sido utilizados como um conceito “guarda-chuva”, que engloba um conjunto de instrumentos desenvolvidos a partir de uma perspectiva funcionalista, como se cada aresta deste guarda-chuva correspondesse a um aspecto da vida do indivíduo (social, trabalho, nutrição, família, etc) e a interação entre todas estas arestas refere-se à QV do indivíduo.

Gil e Feinstein (1994) realizaram um estudo de revisão bibliográfica, cujo objetivo foi de identificar como a QV estava sendo definida e mensurada na área da saúde. Foram encontrados 75 artigos que continham o termo QV em seus títulos, publicados em revista médica. Tal pesquisa mostrou que apenas 15% dos estudos continham uma definição conceitual de QV, 36% explicavam as razões pelas quais foi

escolhido determinado instrumento de avaliação, destacando-se, ainda a dificuldade de conceituação do termo QV e sua mensuração.

Diante da grande variedade de sinônimos e do caráter subjetivo do conceito de QV, caberia, então, a necessidade de uma maior investigação, no que diz respeito às intervenções que o setor da saúde realiza e que possam influenciar de maneira benéfica a QV dos indivíduos (Vido, 2006; Buss, 2000) e, a partir disso compreender de forma integral tal conceito.

As intervenções que o setor da saúde realiza estão sendo pensadas a partir de políticas de promoção à saúde, que, para Buss (2000) “(...) vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, como uma estratégia promissora para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século” (p. 165).

Vários estudiosos (Leplège & Rude, 1995; Seidl & Zannon, 2004; Slevin et al., 1988) destacam que a avaliação da QV deve ser feita incluindo a própria pessoa avaliada, pois somente ela poderá mensurar sobre aspectos relacionados sobre sua vida. Assim, se o QV é uma avaliação subjetiva, não pode ser omitida a avaliação do próprio sujeito: cada um deve ser considerado o mais capaz de pesar satisfações e insatisfações da vida (Grau, 1997).

Na área da saúde, diversos esforços têm sido conduzidos para se apropriar do conhecimento da QV de forma sistematizada, sendo propostos instrumentos os mais variados genéricos ou específicos por diagnóstico clínico.

4.2. Avaliação de Qualidade Vida na área da Saúde

Fleck (2008) descreve que estão sendo cada vez mais usadas avaliações tanto na medicina como na saúde pública. Estas avaliações estão sendo percebidas como forte aliados para ajudar a determinar tratamentos que estão sendo benéficos e/ou maléficos.

Costa Neto (2003) relata que os primeiros estudos feitos sobre avaliação da QV têm como foco a Oncologia. Esta área ajudou a investigar o modo e a forma como os enfermos avaliavam e nomeavam sua QV. Fleck et al. (2008, p. 20) assinalaram que “a oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos”.

Os instrumentos criados a fim de investigar os pacientes oncológicos e não-oncológicos são pautados em algumas questões que Costa Neto (2003) descreve, tais como: 1) a avaliação deve ser feita pelo próprio enfermo ou por outra pessoa?; 2) as medidas de avaliação devem ser gerais ou específicas ao câncer?; 3) deve-se trabalhar com um só instrumento de avaliação ou com combinação de vários? e 4) os escores devem ser gerais ou, por exemplo, devem ser dados por escalas específicas?

Esses questionamentos são bastante importantes, uma vez, que a investigação da QV exige não somente a seleção de um instrumento adequado para a população investigada, mas deve contar com profissionais da saúde com bom conhecimento do paciente e das capacidades e limitações existentes no instrumento (Vido, 2006).

Para a seleção de um instrumento adequado a fim de avaliar a QV, Maguire e Selby (1989) destacam que deve-se estar atento à função, formato, a administração, a pontuação, a estrutura, o uso clínico, a confiabilidade e a validade dos instrumentos.

Costa Neto (2003) destaca que, desde a década de 1930 até 1990, houve 446 instrumentos principais afim de investigar a QV. Em 1948, foi desenvolvido o primeiro instrumento de avaliação de QV de pacientes oncológicos – *Performance status scale*, de Karnofsky e Burchenal. Por outro lado, Vido (2006) apresenta que os primeiros instrumentos destinados a medir a QV começaram a aparecer nos anos de 1970. Nesta época, pode-se observar o quanto complexo é o tema da QV, fazendo com que ocorresse um aumento expressivo na aplicação de instrumentos de avaliação da QV em distintas populações e com diferentes diagnósticos médicos (Costa Neto, 2003).

Leal (2008) cita que existem dois tipos de instrumentos para avaliação da QV. Os genéricos e os específicos. Os genéricos medem comoções de saúde percebidas pelo paciente, podendo ser aplicados em vários tipos de doenças, com ou sem tratamentos e intervenções médicas, entre culturas e lugares diferentes. Já o específico avalia uma doença específica e quantifica os ganhos gerados pelo tratamento.

Para Vido (2006), uma das caraterísticas fundamentais dos instrumentos genéricos corresponde na avaliação da população de forma global, não se enquadrando nenhum interesse de algo específico. Já nos instrumentos específicos trabalha-se, como medida, a quantificação dos sintomas, bem como o seu impacto na vida do sujeito. O instrumento específico de avaliação da QV facilitará nas investigações referentes a qualidade de vida diante do tratamento prestado.

Bowling (1994) faz uma revisão sobre as escalas de avaliação de QVRS e destaca que inclui medidas de capacidade funcional, do estado de saúde, do bem-estar psicológico, de redes de apoio social, de satisfação e de ânimo de paciente e em geral, conclui que toda a avaliação dessas medidas são guiadas a partir de um procedimento de mensuração e não por um caráter subjetivo.

Vido (2006) destaca que os instrumentos de medida avaliadores de QV constituem de questionários que medem sentimentos, autovalorização ou condutas, por meio de interrogatório direto com o paciente, por meio de uma entrevista ou questionário autoaplicável.

No Brasil, é crescente o interesse pela avaliação da QV. Interessados na área buscaram e buscam instrumentos a fim de melhor avaliar o objetivo proposto. Em um estudo pioneiro disponibilizou um instrumento genérico de avaliação de QV, chamado SF-36, foi feito uma tradução e uma adaptação transcultural para uma amostra de 50 pacientes com artrite reumatoide, o que pode evidenciar uma utilidade de medidas gerais na avaliação da QV deste enfermos. Mais tarde um pouco foi desenvolvido por Fleck (1999) a tradução o WHOQOL-100 para a língua portuguesa, além das validações para a versão completa e abreviada (Seidl & Zannon, 2004; Ciconelli et al., 1997; Fleck et al., 1999; Fleck et al., 2000).

O Whoqol-100 considera o conceito de QV de forma subjetiva, multidimensional, incluindo facetas da vida positivas, como mobilidade, desempenho de atividades, satisfação e negativas, como fadiga, dor, dependência de medicação e sentimentos negativos (Vido, 2006).

No instrumento Whoqol-100 são avaliados seis domínios, quais sejam: psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente, espiritualidade/religião/crenças pessoais. Cada domínio é formado por vários subdomínios, o que totalizam em 24. Ao final inclui um domínio geral que abarca questões acerca da avaliação global da QV (Vido, 2006).

Já o Whoqol-Breve é constituído de 26 perguntas, sendo duas questões gerais de QV e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o Whoqol-100. Com isso, diferente do Whoqol-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir

de quatro questões, o Whoqol-Breve é avaliado apenas por uma questão. São avaliados quatro domínios, que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (The Whoqol Group, 1995; Fleck et al., 2000).

Grau (1997) faz uma crítica aos instrumentos avaliadores de QV. Para o autor, é um problema frequente se refere a validade e confiabilidade dos métodos de avaliação, pois, para medir a confiabilidade deve assumir a estabilidade da variável de medida. No entanto, esta teoria não é válida em muitas medidas da QV, pois ao avaliar o estado de saúde ou seu impacto sobre o bem-estar subjetivos já trabalha com variáveis instáveis. Grau (1997, p. 5) ainda destaca: “(...) La propia validez depende en mucho de la definición operacional de la variable medida, por lo que muchos autores reportan dificultades al establecer elementos criteriosos o al intentar validaciones de constructo”.

Assim, do ponto de vista da avaliação da QV, o objetivo principal é determinar os efeitos dos cuidados da saúde, incluindo intervenções positivas, avaliar as reais necessidades da população, melhorar as decisões de tratamento, bem como estudar as causas de possíveis doenças e o impacto da intervenção na saúde (Grau, 1997).

4.3. Considerações sobre Qualidade de Vida da Mulher gestante

Parece que é lugar comum que existe uma relação entre saúde e qualidade de vida, assim como condições inadequadas e doenças. Com isso, uma boa saúde favorece uma melhor qualidade de vida. Já a doença pode dificultar vários aspectos relacionados com o bem-estar da vida humana (Buss, 2000).

Alguns autores (Buss, 2000; Patrício, 1999) relacionam QV com condições de vida e saúde. Más condições de vida, de trabalho e de nutrição como sendo causas de doenças e que são necessárias ações “curativas de saúde” (Vido, 2006, p. 17), necessitando de amplas reformas sociais e econômicas. Com isso, é preciso uma maior

preocupação do setor da saúde a fim de influenciar de forma positiva a QV. Necessita-se, então, de um maior investimento da promoção à saúde.

Patrício (1999) vai além da compreensão do quanto é importante repensar as formas de cuidar da vida individual e coletiva nos vários ambientes da vida das pessoas. Ela entende que quando se pensa em QV há de se compreender que existe um processo de transformação do ser humano que tem início antes mesmo de sua concepção. É pelo modo de vida dos seus pais, da cultura familiar e depois no útero materno e por meio da inserção do bebê no mundo que o mesmo vivencia os movimentos de “felicidade e infelicidade, prazer e dor, alegrias e tristezas, satisfação e não desejo” (Patrício, 1999, citado por Vido, 2006, p. 17).

Ressalta-se então a importância quanto as questões relativas ao mundo da mulher e principalmente da sua saúde, pois o cenário da inserção das mulheres vem se modificando constantemente, principalmente no que se refere ao plano político, cultural, econômico e social. Com isso, ocorrem mudanças na concepção do ser mulher na organização da vida doméstica e no espaço público (Vido, 2006).

Em uma leitura feita por Vido (2006), a respeito do cenário da mulher no transcorrer dos anos, pode-se compreender o quanto foi modificado o seu papel e, conseqüentemente, a forma de cuidar da sua saúde. Antigamente, as mulheres eram responsáveis pelos afazeres domésticos e o cuidados dos filhos, com o tempo e a partir das lutas feministas, as mulheres foram construindo o seu espaço e adquirindo novas responsabilidades em sua vida. As mulheres começaram a ir para as universidades, a terem o direito de votar e serem votadas e mais pra frente ainda a começarem trabalhar e a terem o direito da licença maternidade. A partir disso, a jornada da mulher começou a se tornar dupla (Vido, 2006). Oliveira (1999) cita que ainda há a possibilidade de que as mulheres venham a sofrer, adoecer e até morrer em conseqüências dos problemas

relacionados com a desigualdade de gênero, ou seja, em consequência a sobrecarga de atividades.

Parece que o processo de desenvolvimento da mulher é acompanhado de conflitos relacionados os diversos papéis que elas possuem e à sobrecarga de atividades, o que pode afetar sua saúde tanto nas questões físicas quanto nas sociais e mentais (Cárdenas & Cianciarullo, 1999).

Vido (2006) destaca que houve uma modificação nas políticas públicas relacionadas a saúde da mulher, pois anteriormente os programas de atenção enfocavam apenas o momento da gravidez e do parto, levando a entender que o mais importante era a proteção da criança ao nascer e não, também, a mulher.

Nos anos 1980, o governo criou o PAISM (Programa de Atenção à saúde Integral da Mulher) que introduz a perspectiva de atender a mulher em todas as fases da vida, sem discriminação de raça e classe social. Isso visava, a promoção da QV da mulher de forma ampliada, envolvendo o autoconhecimento em relação ao próprio corpo e sexualidade.

É importante destacar que a saúde da mulher se torna um diferencial devido a capacidade de gerar e, principalmente, a saúde em gerar um bebê. E isso faz parte do ciclo biológico da mulher, devendo ser considerado normal e não uma patologia na qual deve sofrer interferências médicas. Mas, a compreensão de que ocorrem mudanças fisiológicas que afetam principalmente os órgãos de reprodução devem ser ressaltados afim de entender a saúde e sua QV (Vido, 2006; 40).

Na assistência pré-natal também deve incluir o entendimento do âmbito sociocultural da gestante. Pois, quando proporciona, além do cuidado físico da saúde, a segurança para a mulher e sua família, isso funciona como um

fator de coesão social, viabiliza o cuidado integral humanizado pode tornar-se um eficiente fator de redução da

morbimortalidade materna e perinatal, transformando, desta forma, a realidade em qualidade (Bonadio, 1996, apud Vido, 2006, p.23).

A gravidez não desejada, o não preparo durante a gestação, as privações reais, afetivas e ou econômicas, podem provocar tensão e intensificam a regressão e a ambivalência, gerando possíveis frustrações para a gestante, impedindo de encontrar gratificação na gravidez, o que é sempre necessário uma maior atenção nesses casos (Vido, 2006).

No Brasil, poucos estudos têm se dedicado a avaliar a QV da gestante. Assim, dentre os estudos analisados por Vido (2006), a grande maioria utiliza instrumentos genéricos afim de avaliar a QV relacionada à saúde e mensurar aspectos quanto as modificações fisiológicas ou queixas frequentes relacionados a processos de modificações naturais ou patológicos da gravidez.

Vários estudos internacionais buscaram entender até que ponto a gravidez normal afeta a vida da gestante (Hueston & Kasik-Miller, 1998), outros pesquisaram sobre a perspectiva de controle de sintomas comuns da gravidez (Zib et al., 1999), já em outro estudo revela que a dor lombar pode resultar em baixa QV em gestantes ao se comparar com dados de mulheres saudáveis (Olsson & Nilsson-Wikmar, 2004).

Por fim, pode-se compreender que o conhecimento acumulado sobre QV de parturientes ainda necessita de novas contribuições, sendo que o estudo ora desenvolvido detém sua atenção na análise da percepção do impacto do trabalho da Doula na QV das parturientes.

5. Método

5.1. Tipo e local do estudo

O presente estudo foi desenvolvido de forma descritiva e exploratória, tendo como local a Maternidade Nascir Cidadão. A Maternidade foi construída com 50% de recursos do município e os outros 50% do Ministério da Saúde na região noroeste de Goiânia e foi inaugurada em 28 de setembro de 2000.

Toda a estrutura física foi formulada para atender os preceitos do Ministério da Saúde e prestar uma assistência humanizada à gestante, parturiente e ao bebê. A maternidade possui 28 leitos, sendo 21 deles, prioritários às parturientes e sete para tratamentos clínicos ou internação pós-cirúrgica. Todos os apartamentos são individuais, sendo apenas três com um maior número de camas e conta com quatro salas de pré-parto, também individual e duas salas de parto.

A Maternidade ganhou vários prêmios, dentre eles, Hospital amigo da criança, Maternidade segura, Amigas do parto, Galba de Araújo e David Caspritrano.

5.2. População e amostra

Na instituição escolhida não existe nenhum tipo de registro estatístico de gestantes com acompanhamento de Doulas. Assim, participaram da pesquisa, 39 parturientes, da faixa etária de 18 a 40 anos, sendo que 15 possuíam acompanhamento de Doulas e 24 não possuíam o referido acompanhamento.

A fim de melhor análise estatística e qualitativa, foram excluídas nove participantes que não tiveram o acompanhamento de Doula, tendo em vista a necessidade de igualar as participantes que tiveram Doulas e as que não tiveram. Com isso, ficaram dispostas as 15 participantes que possuíam acompanhamento de Doulas e outras 15 que não possuíam o referido acompanhamento.

5.3. Critério de Inclusão:

Todas as participantes tiveram como requisitos terem passado pelo Pré-Parto, possuírem internação maior que 24 horas a partir do momento do parto e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.4. Critérios de Exclusão

Foram excluídas mulheres gestantes menores de idade e que por algum motivo tiveram que ser transferidas para outro Hospital.

5.5. Coleta de Dados

5.5.1. Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizados os instrumentos: Whoqol Breve (Anexo D), um Roteiro de entrevista semi-estruturada (Anexo B) e um Questionário sociodemográfico (Anexo C).

O Whoqol Breve foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, na segunda metade da década de 1990. Tal instrumento é uma versão abreviada do Whoqol-100, é composto de 26 questões, duas das quais são mais gerais e as 24 restantes representam cada um dos 24 temas que compõe o instrumento original, Whoqol – 100. Avaliam seis domínios, quais sejam: físico, psicológico, independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade (Leal, 2008).

O Roteiro de entrevista semi-estruturada foi desenvolvido com base na construção de categorias temáticas, que abrangem perguntas referentes ao objetivo do presente projeto de pesquisa, no que se destacam, perguntas específicas ao pré-natal e qualidade de vida.

Para obter uma descrição da amostra de participantes foi aplicado um questionário sociodemográfico. Este questionário tem como objetivo fazer uma

identificação sociodemográfica das participantes do estudo, destacando-se os itens relacionados à quantidade de partos, tipos de parto e referente ao pré-natal.

5.5.2. Riscos e Benefícios:

Os riscos previstos foram considerados mínimos e se referiam ao desconforto das parturientes responderem aos instrumentos de investigação. Quanto aos benefícios, após a conclusão do estudo todas as participantes serão convidadas para uma palestra a ser realizada pela pesquisadora, abordando as principais questões relacionadas a QV de gestantes e parturientes. Adicionalmente, a referida atividade será estendida para demais pessoas interessadas atendidas pela instituição.

5.5.3. Responsabilidade Assistida:

Conforme dispõe a Resolução número 196 de 10 de outubro de 1996, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde, foi informada à participante que a Psicóloga pesquisadora estaria à disposição para qualquer intervenção em casos de intercorrências ao longo do processo de coleta de dados e, se necessário, as mesmas seriam encaminhadas para atendimento psicológico no Centro de Estudos, Pesquisas e Práticas Psicológicas – CEPSI, da PUC-GO.

5.5.4. Procedimento para coleta de dados

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC GO, e com a autorização do hospital selecionado para a coleta de dados, o primeiro contato com as parturientes que se adequaram aos critérios estabelecidos foi realizado pela pesquisadora durante o processo de internação, nas enfermarias e/ou sala de pré-parto. Neste primeiro contato, foi explicado os objetivos do estudo e solicitado adesão das parturientes. Para isto, a pesquisadora leu todo o TCLE e deixou um momento para retirada de dúvidas, sendo destacado que a participante poderia

interromper ou desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo a assistência recebida. Neste momento, a pesquisadora também informou sobre o objetivo do trabalho, a importância de sua participação e a média de tempo disponibilizada para que respondesse aos instrumentos.

No período máximo de 24 horas pós-parto, foi iniciada a coleta de dados, na enfermaria na seguinte ordem de aplicação dos instrumentos: Questionário sociodemográfico (Anexo C), Whoqol Breve (Anexo D), e, por fim, o roteiro de entrevista semi-estruturada (Anexo B).

A coleta foi realizada de dezembro de 2012 à março de 2013. Durante este período houveram 16 dias que não tiveram internações de parturientes, seja por problemas internos da maternidade, seja por falta de demanda. Houveram 10 mulheres que não aceitaram participar da pesquisa e oito que não atendiam os critérios de seleção da pesquisa.

6.0 Produtos

6.1. Artigo: Avaliação da Qualidade de Vida de mulheres com e sem Doula submetidas ao Whoqol Breve

Resumo

Qualidade de Vida é um assunto bastante discutido nos dias atuais, porém quando se relaciona com gestação e pós-parto, parece que tal discussão não é algo tão comum. Este estudo tem como objetivo comparar e analisar a Qualidade de Vida de mulheres gestantes submetidas ao acompanhamento de Doulas e das que não tiveram o referido acompanhamento. Foram analisados dados de 30 parturientes, sendo que 15 tiveram o acompanhamento de Doula e 15 não, mas que passaram pelo pré-parto de uma Maternidade em Goiânia. Os dados foram obtidos por meio da aplicação do questionário *World Health Organization Quality of Life*, versão abreviada. Os resultados da pesquisa reafirmam o que a grande maioria dos estudos sustentam sobre o fato de que o acompanhamento da Doula diminui o índice de cesarianas e conduz a mais partos naturais. Este estudo ainda conclui que o acompanhamento da Doula gera maior e melhores índices na dimensão psicológica da parturiente.

Palavras-chaves: Qualidade de Vida; Gestantes; Doulas; Whoqol Breve.

Gestação é um fenômeno de discussão comum nos dias atuais. Na gravidez ocorrem mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais que influenciam a dinâmica psíquica individual e as demais relações sociais da gestante, e a maneira como ela vive estas mudanças repercute intensamente nos cuidados gerais sobre a própria vida (Piccinini et al., 2008).

O apoio social na gestação torna-se fundamental e pode ser proporcionado pela Doula. Motta (2003) destaca que a Doula é uma pessoa, preferencialmente mulher, que tenha conhecimento do meio médico e domínio dos termos básicos usados pela equipe médica, para que possa ser mediadora entre a equipe, a parturiente e a família. A Doula não precisa ser, necessariamente, do meio da saúde, mas é importante que ela possa transitar nesse meio.

Leão e Bastos (2001) destacam que as Doulas possuem atividades de apoio durante o trabalho de parto e que podem ser classificados em quatro categorias: suporte emocional (que consiste em encorajar, tranquilizar e estar presente continuamente), medidas de conforto físico (como massagens e compressa fria), suporte de informações (por meio de orientações, instruções e conselhos) e defesa (que consiste em interpretar

os desejos do casal e/parturiente frente aos profissionais do hospital e agir em favor da mesma).

No Manual de Assistência ao Parto Normal de 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já apontava a Doula como uma pessoa capacitada a dar suporte físico e empático contínuo durante o trabalho de parto. Também ressalta que a parturiente deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia, seja ela o seu parceiro, amiga, familiares, doula, enfermeira, etc. Tal acompanhamento pode gerar sentimentos positivos e um melhor enfrentamento para este momento.

O primeiro estudo que teve como objetivo investigar os efeitos da presença contínua de uma Doula ao lado da parturiente, durante o trabalho de parto, foi realizado por Sosa, Kennel, Klaus, Robertson e Urrutia (1980). Trata-se de um ensaio clínico randomizado com 136 parturientes, no Hospital da Previdência Social na Guatemala. O grupo experimental, que recebeu apoio de Doulas durante todo o trabalho de parto foi comparado ao grupo controle, que recebeu assistência de enfermagem tradicional. Não era permitido aos familiares acompanharem as parturientes. As Doulas eram mulheres leigas que acompanhavam a mulher da admissão ao parto, realizavam massagens nas costas, seguravam as mãos e conversavam com a mulher. Pode-se afirmar, neste estudo, que o grupo experimental teve menor incidência de problemas perinatais, menor tempo de trabalho de parto e uma melhor relação entre mãe-bebê (Sosa et al., 1980).

Desde então, pesquisas vêm sendo realizadas sobre os benefícios de um acompanhamento contínuo por mulheres qualificadas, que oferecem apoio emocional e físico à parturiente: Mcgrath, Robertson e Hinkley (1991), Klaus e Kennell (1992), Zhang, Bernasko, Leybovich, Fahs e Hatch (1996), Souza et al. (1997), Kennell, Klaus, et al. (1998), Langer, Campero, Garcia e Reynoso (1998), e, Banyana et al. (1999). As pesquisas foram realizadas com grupos de parturientes acompanhadas e grupos de parturientes não acompanhadas. Esses estudos indicam, ainda, que os benefícios do acompanhamento durante o trabalho de parto estendem-se durante o puerpério.

Leão e Bastos (2001) constataram, em outro estudo randomizado com 412 primigestas saudáveis, em um Hospital de ensino nos Estados Unidos com práticas obstétricas modernas, onde não é permitido a permanência de acompanhantes com as parturientes. No grupo experimental, em que houve apoio das Doulas, foi observado menor taxa de anestesia peridural para parto vaginal, menor uso de ocitocina, menor tempo de trabalho de parto, menor taxa de cesariana e menores incidências de bebês retidos e com sepsis neonatal.

Poucos estudos fazem relação entre o trabalho da Doula e seu possível efeito na percepção da QV das parturientes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta três aspectos básicos para se tomar (e construir) o conceito de QV: “[...] a subjetividade, a multidimensionalidade (inclui, pelo menos, as dimensões física, psíquica, psicológica e social) e a bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas)” (Kluthcovsky & Akayanagui, 2007, p. 14).

Santos e Martins (2002) destacam que a discussão do conceito de QV iniciou nos 1960, sobretudo dentro do campo da economia. Diante dessa discussão parece que o debate da QV começou a ampliar seu conceito, agora sendo relacionada não só a um bem-estar mas também a questões relacionadas a economia e à satisfação das necessidades básicas da população.

Pinto-Neto e Conde (2008) discutem que o conceito de QV é subjetivo, multidimensional e pode ser influenciado por vários fatores que estão relacionados à educação, à economia (como já dizia, Santos & Martins, 2002) e aos aspectos socioculturais, não havendo um conceito definido. Atualmente, está ocorrendo um aumento na discussão desses conceitos e uma maior valorização na avaliação da QV, pois pesquisadores e estudiosos estão reconhecendo a importância da monitoração da QV e, conseqüentemente, relacionando fatores como saúde e doença.

Ainda, segundo Pinto-Neto e Conde (2008), a avaliação da QV deve ser feita a partir da avaliação contemplada das dimensões físicas, sociais, psicológico e espiritual, buscando assim captar a experiência pessoal de cada indivíduo. Alves (2011, p. 17), cita que “(...) as dimensões traduzem-se pelos domínios que compõe uma pessoa, ou seja, o conjunto de questões agrupadas nos instrumentos de medida, que se referem a uma determinada área do comportamento ou da condição humana”.

Alves (2011) descreve que, ao longo dos últimos 20 anos, a discussão da construção e aplicação de instrumentos avaliadores da QV vem sendo importantes para a avaliação e investigação da saúde dos indivíduos, bem como auxiliam na promoção da saúde nas mais variadas formas do ser humano.

Um aspecto importante da utilização dos instrumentos avaliadores de QV refere-se ao fato de ser uma ferramenta capaz de representar sob a forma numérica (avaliação quantitativa), as diferenças entre indivíduos ou grupos (Alves, 2011).

São vários os tipos de instrumentos utilizados pelos pesquisadores para se medir a QV. Leal (2008) cita que existem dois tipos de instrumentos para avaliação da QV. Os

genéricos e os específicos. Os genéricos medem comoções de saúde percebida pelo paciente, podendo ser aplicado em vários tipos de doenças, com ou sem tratamentos e intervenções médicas, entre culturas e lugares diferentes. Já os específicos avaliam uma doença específica e quantifica os ganhos gerados pelo tratamento.

Para Vido (2006), uma das características fundamentais dos instrumentos genéricos corresponde à avaliação da população de forma global, o que pode ser utilizado como referência para interpretar pontuações de subgrupos. Já os instrumentos específicos, facilitam na “padronização e quantificação da medida dos sintomas e seu impacto como a precisão das medidas no momento de valorizar os efeitos do tratamento” (p.14).

Assim, este artigo tem como objetivo comparar quantitativamente a QV de mulheres gestantes que tiveram o acompanhamento de Doulas daquelas que não tiveram, a fim de verificar se a presença da Doula durante o trabalho de parto influencia ou não a QV no pós-parto imediato (24horas).

Método

Este estudo foi realizado com 30 parturientes, sendo 15 que tiveram o acompanhamento da Doula e 15 que não tiveram o referido acompanhamento e idade entre 18 e 40 anos. Houve exclusão de uma participante que foi transferida de hospital durante o trabalho.

Os dados foram coletados de dezembro a março de 2013. Realizou-se o rapport com todas as participantes bem como a explicação e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Houve dez pessoas que não aceitaram participar da pesquisa e oito que não atendiam a um dos critérios de seleção, devido ao fato de serem menores de 18 anos de idade.

Para avaliar QV foi aplicado o questionário *World Health Organization Quality of Life*, versão breve (WHOQOL-bref), instrumento da Organização Mundial de Saúde. Tal instrumento é uma versão abreviada do Whoqol-100, é composto de 26 questões, duas das quais são mais gerais e as 24 restantes representam cada um dos 24 temas que compõe o instrumento original (Whoqol-100). Avaliam quatro domínios, quais sejam (Leal, 2008): físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidianamente, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho); psicológico (sentimentos positivos, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião, crenças

peçoais); relações sociais (relações pessoais, suporte-apoio-social, atividade sexual) e meio ambiente (segurança, física e proteção, ambiente do ar, recursos financeiros).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CAAE 08523812.4.0000.0037). Em toda a pesquisa, foi assegurado o sigilo dos dados, de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

As informações relacionadas a essa investigação foram armazenadas em banco de dados computadorizado do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 13.0. Foi realizada a correlação de dados para verificar a relação entre duas variáveis, visando buscar a intensidade da influência de uma em outra, bem como a fim de responder os objetivos do presente trabalho.

Resultados e Discussão

Quanto ao perfil sociodemográfico das participantes, observa-se que é composto por 66,6% das mulheres que possuem idade entre 18 a 25 anos e 33,3% entre 26 e 39 anos; 50% das mulheres são procedentes de outros estados; 73,3% são casadas ou possuem uma união estável; 40% possuem o ensino médio completo; 50% das mulheres estão desempregadas, bem como existe os outros 50% que possuem um emprego e 33,3% das mulheres vivem com seu conjugue ou companheiro.

Desta análise identifica-se uma predominância de parturientes mais jovens, o que era esperado, dado que se destaca com o indicador de que a maior parte delas possui união conjugal; soma-se a estes dados o indicador, devidamente qualificado, de que estas mulheres estão concluindo o ensino médio. Estas relações demonstram que nascimentos estão ocorrendo em grupos de indivíduos mais jovens, com bases educacionais e familiares mais sólidas o que, de toda forma, reflete uma busca por melhores condições de vida, conforme pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil Sociodemográfico das parturientes com e sem acompanhamento de Doulas

	Frequência	%
Idade		
18 - 25 anos	20	66,6
26 - 39 anos	10	33,3
Procedência		
Goiânia	12	40
Interior de Goiás	3	10
Outros estados	15	50
Estado Civil		
Solteira	6	20
Casada/união estável	22	73,3

Divorciada	2	6,7
Escolaridade		
Fundamental Completo	5	16,7
Fundamental Incompleto	11	36,7
Ensino Médio Completo	12	40
Ensino Fundamental Incompleto	1	3,3
Ensino Superior Completo	1	3,3
Situação Laboral		
Empregada	15	50
Desempregada	15	50
Convivência Regular		
Com cônjuge/companheiro	10	33,3
Com família restrita	8	26,7
Com família alargada	6	20
Sozinha	1	3,3
Outros	5	16,7

Diante do perfil clínico das parturientes (Tabela 2), observa-se que das 30 parturientes investigadas, 53,33% são primíparas, 56, 66% tiveram seus partos de forma normal, ou seja, eles foram vaginais, mas ocorreu algum tipo de intervenção, que provavelmente por uso contínuo de soro e/ou episiotomia; e 73,33% nunca tiveram abortos.

Ainda que o Ministério da Saúde alegue que com todos os programas que incentivam a humanização do parto e nascimento, os mesmos são marcados pela imensa medicalização e intervenções desnecessárias, ocorrendo à prática abusiva de cesarianas (Ministério da Saúde, 2011).

Tabela 2: Dados clínicos das parturientes com e sem acompanhamento de Doula

	Frequência	%
Número de partos anteriores		
Nenhum	16	53,3
Um	11	36,7
Dois	1	3,3
Três ou mais	2	6,7
Abortos		
Sim	8	26,7
Não	22	73,3
Tipo de partos atuais		
Natural	4	13,3
Normal	17	56,7
Cesariana	9	30

A Tabela 3, apresenta os resultados das dimensões física, psicológica, meio ambiente e relações pessoais e o acompanhamento ou não da Doula. Em todas as

dimensões as mulheres que tiveram o acompanhamento da Doula tiveram, também, maior frequência no número de respostas.

Tabela 3: Dimensões do Whoqol Breve das parturientes com e sem acompanhamento de Doula

	Com Doula	Sem Doula
Dimensões	F	F
Física	52,71	45,41
Psicológica	55,32	54,16
Relações Pessoais	58,67	53
Meio Ambiente	49,53	48,79

Na Tabela 4 encontra-se a correlação (Teste T) dos dados da Tabela 3. Ao realizar este teste buscou-se verificar a seguinte hipótese: se o acompanhamento da Doula tem ou não relevância nas dimensões da QV, ou seja, buscou-se compreender se há diferenças significativas entre o grupo que teve o acompanhamento de doula e o grupo que não teve o referido acompanhamento. Com isso, na dimensão física comparando-se as parturientes que tiveram Doula com as que não tiveram, obteve-se a não significância (nível de 0,05; sig = 0,08). A dimensão relações pessoais e meio ambiente não são significativos ao nível de 0,05 (possuem o sig = 0,66 e 0,37, respectivamente). Já dimensão psicológica é significativa ao nível de 0,05 (sig= 0,04). Ou seja, a dimensão física, relações pessoais e meio ambiente não são estatisticamente relevantes no que se refere a ter ou não o acompanhamento de Doula, já a dimensão psicológica pode ser analisado que existe uma significância em ter o acompanhamento de Doula e ter uma disposição melhor psicologicamente, conforme Tabela 4.

Tabela 4: Correlação das dimensões do Whoqol Breve das parturientes com e sem acompanhamento de Doula

	Sig
Físico	0,086140962
Psicológico	0,040974777
Relações Pessoais	0,664522629
Meio Ambiente	0,372890338

Um dado interessante foi analisado a partir da correlação de dados das mulheres que tiveram Doula e das que não tiveram e o tipo de parto que ocorreu. As parturientes que tiveram o acompanhamento de Doula tiveram maior porcentagem tanto em relação ao parto natural (20%) quanto em relação ao parto normal (60%) e menor porcentagem de cesariana (20%), conforme Tabela 5.

Tabela 5: Correlação ter ou não ter Doula e o tipo de parto

			Tipo de Parto		
			Natural	Normal	Cesariana
Doula	Sim	F	3	9	3
		%	20	60	20
	Não	F	1	8	6
		%	25	47,1	66,7

A OMS sugere que até 15% dos partos ocorrerem via cesariana é uma margem aceitável. No Brasil, a média é de 38%, chegando a 90% em alguns hospitais privados, proporções que demonstram ter um dos índices mais altos em todo mundo (Fleischer, 2005).

Diniz (2001) destaca que em alguns serviços a taxa de cesariana mantém-se acima de 90%, onde se diz que, quando os partos normais acontecem, é porque os bebês “pregaram uma peça no médico, foram mais rápidos do que eles” (p. 12). O profissional que enfrenta este contexto institucional adverso e insiste no parto vaginal é frequentemente considerado um “trouxa” pelos colegas. A grande incidência de partos cesariana pode contribuir para os riscos maternos e perinatais, pois os mesmos são conduzidos de forma eletiva e não devido ao risco ou alguma patologia que justifique tal conduta (Brasil, 2001; Ministério da Saúde, 2011).

Com isso, a Doula pode funcionar como um alicerce fundamental dentro de vários programas que lutam pela diminuição intervenções desnecessárias, ocorrendo à prática abusiva de cesarianas.

Considerações finais

Neste estudo, observou-se que, mais uma vez, o trabalho da Doula pode gerar menor índice de cesariana e a maior condução de partos naturais e normais, bem como promove maiores índices na dimensão psicológica, constituinte da avaliação da QV com base no instrumento Whoqol Breve. Assim, pode-se afirmar que mulheres que tiveram o acompanhamento de Doula possuem melhores resultados referentes a questões psicológicas e destaca-se a importância do suporte intraparto e apontam a Doula como uma opção segura e eficaz. Contudo, em relação às dimensões físicas, relações pessoais e meio ambiente, não houveram alterações positivas. Assim, cabem maiores

investigações sobre a QV, bem como observa-se a necessidade de construir instrumentos avaliadores de QV em parturientes e não somente em gestantes. Sugere-se que o uso de um instrumento genérico de QV pode ter influenciado na pouca sensibilidade para detectar especificidades das parturientes.

6.2. Artigo: Avaliação subjetiva da Qualidade de Vida de parturientes com e sem acompanhamento de Doula

Objetivos: descrever qualitativamente a QV no pós-parto de parturientes que possuíram o acompanhamento de Doula; comparar com aquelas parturientes que não tiveram o referido acompanhamento; comparar a vivência do parto com e sem o acompanhamento; e avaliar a percepção de parturientes sobre o impacto do acompanhamento de Doulas na própria QV. **Método:** foram analisados dados de 30 parturientes, sendo que 15 tiveram o acompanhamento de Doula e 15 não tiveram, mas que passaram pelo pré-parto de uma Maternidade em Goiânia. Os dados foram obtidos a partir do roteiro de entrevista, bem como a transcrição e a categorização e análise do conteúdo, construindo assim as categorias temáticas. **Conclusão:** a experiência do acompanhamento das Doulas sugere ter contribuído de forma positiva na percepção sobre o trabalho de parto e o parto, em função de prestar suporte físico e emocional.

Introdução

Definir o conceito de qualidade de vida (QV) ainda nos dias de hoje parece não ser uma tarefa tão simples. Leal (2008) afirma que este conceito é utilizado de duas formas, sendo uma mais comum, utilizada no cotidiano das pessoas e outras utilizadas no contexto de pesquisa.

Grau (1997) descreve que o surgimento da discussão da QV intermeia datas pré-históricas, nas civilizações gregas, romanas, egípcias e hebraicas, relacionando termos de indicadores subjetivos de bem-estar.

Seidl e Zannon (2004) afirmam que na área da saúde o interesse pela discussão de QV vem crescendo ao longo do tempo e vem influenciando a construção de novos paradigmas, bem como, políticas públicas e nas práticas no cuidado com as pessoas.

Em relação às maneiras de avaliação da QV, Grau (1997) destaca que, nos últimos anos, parece útil estudar a avaliação de componentes subjetivos, já que são observados valores pessoais, atitudes e emoções, bem como a natureza psicológica em relação à QV, com isso destaca o quanto esta avaliação possui caráter individual. Assim, destaca a importância da avaliação do próprio sujeito, ou seja, cada um deve ser considerado o mais capaz de pesar satisfações e insatisfações da vida.

Vido e Fernandes (2009) destacam que a gestação é um processo de intensas transformações, que apesar de ser tratada como um fenômeno biológico, cada mulher pode lidar de forma diferente, podendo ser influenciada por fatores da história de vida, bem como o desejo ou não de estar grávida, questões socioeconômicas, emocional e assistencial que também influenciam fortemente a maneira como a gestante enfrentará a gestação, bem como a maneira que sua QV será percebida.

Vido e Fernandes (2009), ainda, avaliam que diante das profundas transformações geradas na vida da mulher com o desenvolvimento da gestação se faz necessária à presença de um profissional da saúde eficaz para o auxílio no enfrentamento dessas mudanças. Tal profissional atuará com uma fonte de apoio e de acolhida à gestante e a sua família.

Silva et al. (2012) destacam que o Ministério da Saúde implementa políticas que incentivam o parto natural, bem como a presença do acompanhante. Desde ano 1990, foi sancionada a Lei 11.108 que preconiza o direito da gestante de ter a presença de um acompanhante de livre escolha junto a ela durante todo o trabalho de parto. Também, é alvo de incentivo do Ministério da Saúde a adaptação do ambiente hospitalar e a continuidade do cuidado da parturiente durante todo o trabalho de parto. Com isso, Santos (2009) destaca que a mulher poderá escolher um profissional de saúde, o

companheiro ou algum integrante da família, ou até mesmo uma parteira, enfermeira e ainda, acrescentam-se as Doulas para dar o suporte necessário durante este período.

A palavra Doula tem origem grega e significa servente, escrava. Posteriormente, foi usada para descrever aquela que assiste a mulher em casa após o parto, cozinhando para ela, ajudando a cuidar das outras crianças, segurando o bebê e tudo mais que for necessário (Leão & Bastos, 2001).

A Associação de Doulas da América do Norte (2012) amplia este conceito e destaca que a Doula é uma mulher treinada e experiente em prestar apoio, com uma capacidade de prestar apoio físico, emocional e informativo durante todo o trabalho de parto e pós-parto.

Em janeiro de 2013, a Doula foi inserida no Cadastro Brasileiro de Ocupação, com nível técnico, caracterizada no grupo de “Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas”, com a seguinte descrição: “(...) No caso das Doulas, visam prestar suporte contínuo a gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante” (p. 1).

Frente às considerações apresentadas, é objetivo do presente estudo avaliar a percepção de parturientes sobre o impacto do acompanhamento de Doulas na própria QV, bem como comparar com aquelas parturientes que não tiveram o referido acompanhamento e avaliar o conhecimento que parturientes têm acerca do trabalho das Doulas.

Método

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, realizado em um serviço público municipal (Maternidade Nacer Cidadão), referência para atendimento ambulatorial, localizado no município de Goiânia, Goiás.

A amostragem foi de 30 participantes, sendo 15 parturientes que tiveram o acompanhamento da Doula e 15 que não tiveram o referido acompanhamento. Houve exclusão de uma participante que foi transferida de maternidade durante o trabalho, sendo este um critério de exclusão do presente estudo.

Os dados foram coletados de dezembro a março de 2013. Realizou-se o rapport com todas as participantes bem como a explicação do presente trabalho, por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Houve dez pessoas que não aceitaram participar da pesquisa e oito que não atendiam a um dos critérios de inclusão.

Para avaliar a QV foi desenvolvida e aplicada uma entrevista semi-estruturada no pós-parto de até 24 horas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CAAE 08523812.4.0000.0037). Em toda a pesquisa, foi assegurado o sigilo dos dados, de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A partir da transcrição literal das entrevistas, a análise foi organizada em categorias temáticas (Bardin, 2011) que correspondem a: 1) Conceito ou noção de Doula; 2) Principais atividades da Doula; 3) Contribuição da Doula para com as multíparas; 4) Noção de QV; 5) Avaliação da própria QV; 6) Estado da QV pós-parto; 7) Estado de saúde física na última semana de gestação; 8) Suporte social na última semana de gestação; 9) Estado psicológico na última semana de gestação; 10) Contribuição da Doula na QV geral após o parto; 11) Percepção auto referenciada do trabalho da Doula e 12) Experiência de parto sem o trabalho da Doula. A Tabela 1

apresenta as categorias, exemplos de falas das participantes e o quantitativo de respostas para cada uma delas. A seguir, os resultados serão divididos em dois grupos: Grupo 1 – parturientes sem o acompanhamento de Doula e Grupo 2 – parturientes com o acompanhamento de Doula.

Tabela 1 - Descrição, Frequência e Percentual de Categorias Temáticas (Parturientes c/ e s/ Doula)

CATEGORIA	EXEMPLO	DOULA		NÃO DOULA	
		F	%	F	%
1. Conceito ou noção de Doula	“Pessoa que acompanha” (P.01) (P.05) (P.08) (P.12) (P.26) (P.27) (P.35) (P.40)				
1.1. De acordo com a função	“Ajuda no trabalho de parto” (P.02)	11	4,29	16	6,63
1.2. De acordo com a consequência	“Da calma” (P.09)	4	1,56	1	0,41
1.3. Desconhecimento do conceito	“Não sei” (P.04)	4	1,56	5	2,07
2. Principais atividades da Doula	“Massagem” (P.01)				
2.1. Aspectos físicos	“Caminhada” (P.03)	31	12,1	20	8,29
2.2. Aspectos emocionais	“Orientação” (P.06)	7	2,73	4	1,65
2.3. Desconhecimento das atividades	“Não sei” (P.11)	1	0,39	3	1,24
3. Contribuição da Doula para com as multiparas	“Ajuda a diminuir a dor” (P.01)				
3.1. Quanto ao parto	“Ajuda no trabalho de parto” (P.02)	1	0,39	5	2,07
3.2. Quanto ao acompanhamento pré-parto	“Para quem não tem acompanhante é uma ajuda muito boa” (P.04)	0	0	1	0,41
3.3. Quanto aos aspectos emocionais	“Para dar mais segurança” (P.02)	9	3,51	7	2,9
3.4. Quanto aos aspectos físicos	“Orientar mais exercícios” (P.24)	2	0,78	2	
3.5. Quanto a ajuda de forma global	“Ajuda muito também” (P.19)	7	2,73	4	1,65
3.6. Desconhecimento das contribuições	“Não sei” (P.11)	0	0	2	0,82
4. Noção de QV	“O que está bem” (P.01)				
4.1. Decorrente de boa saúde	“Vida boa” (P.08)	5	1,95	4	1,65
4.2. Decorrente de bom estado emocional	“Ser feliz” (P.14)	1	0,39	0	0
4.3. Decorrente de bom estilo de vida	“Não beber, não fumar, dormir cedo” (P.05)	5	1,95	10	4,14
4.4. Desconhecimento da noção de QV	“Não sei” (P.03)	9	3,5	2	0,82
5. Avaliação da própria QV	“Boa” (P.02)				
5.1. Muito satisfeita ou ótima	“Boa” (P.02)	13	5,07	14	5,80
5.2. Razoável	“Mais ou menos” (P.13)	2	0,78	2	0,82
5.3. Sem avaliação	“Não sei” (P.03)	0	0	1	0,41
6. Estado da QV pós-parto	“Melhorou, melhorou meus pensamentos” (P.02)				
6.1. Inalterada	“Continua boa” (P.03)	7	2,73	5	2,07
6.2. Melhorada	“Melhorou todos os aspectos, físico e psicológico” (P.06)	8	3,12	8	3,31
6.3. Dificuldade de avaliação	“Não sei” (P.04)	0	0	1	0,41
7. Estado de saúde física na última semana de gestação	“Não estava bem” (P.01)				
7.1. Boa/normal	“Boa” (P.05)	2	0,78	3	1,24
7.2. Ruim	“Pesada” (P.01)	24	9,37	30	12,44
8. Suporte social na última semana de gestação	“Boa” (P.02)				
8.1. Estável e satisfeita	“Boa” (P.02)	16	6,25	14	5,8
8.2. Afastamento familiar	“Nem tinha contato, ficava só em casa, só eu e meu marido” (P.06)	0	0	3	1,24
9. Estado psicológico na última semana de gestação	“Meio turbulento tudo” (P.01)				

9.1. Instabilidade emocional	"Nervosismo" (P.02)	20	7,81	27	11,2
9.2. Estabilidade emocional	"Tranquila" (P.09)	6	2,34	4	1,65
9.3. Alteração da autoimagem	"Achava feia" (P.02)	0	0	1	0,41
10. Contribuição da Doula na QV geral após o parto	"Talvez poderia ter sido mais rápido" (P.01)				
10.1 Na dimensão física	"Talvez poderia ter sido mais rápido" (P.01)	2	0,78	2	0,82
10.2. Na dimensão emocional	"Com mais calma" (P.01)	10	3,9	15	6,22
10.3. Na dimensão global	"Contribui para que a gestante tenha uma gestação mais saudável, com mais qualidade" (P.13)	9	3,51	4	1,65
11. Percepção auto referenciada do trabalho da Doula	"Orientação sobre caminhada" (P.03)				
11.1. Quanto a orientação de exercícios físicos	"Bola" (P.03); "Massagem" (P.08); "Orientação sobre respiração" (P.09)	31	12,1	0	0
11.2. Quanto as orientações gerais e apoio emocional	"Conversou na hora de ir para a sala de parto" (P.21)	9	3,51	0	0
12. Experiência de parto sem o trabalho da Doula	"Ruim" (P.01)				
12.1. Insatisfação sem o acompanhamento	"Senti o tempo toda humilhada pela falta de atenção. Como é minha primeira gestação, senti desamparada" (P.02)	0	0	17	7,05
12.2. Sem alteração	"Acho que não teve diferença pois, tive acompanhante" (P.04)	0	0	4	1,65

Grupo 1 - Parturientes sem o acompanhamento de Doula:

As gestantes que não tiveram o acompanhamento de Doula compreendem o conceito ou noção da Doula (Categoria 1) com um caráter na função exercida por ela no trabalho de parto ("Ajuda no trabalho de parto" P.02) e não relaciona o trabalho gerado com consequências positivas. Muitas dessas parturientes não sabiam qual era o conceito de uma Doula, mesmo que a pesquisadora, no ato do rapport tenha explicado.

Diante das atividades prestadas pela Doula (Categoria 2), as parturientes tinham um breve conhecimento de que a Doula possuía atividades relacionadas aos aspectos físicos ("Caminhada" P.03) e recordavam mais que a Doula era aquela mulher que gera um cuidado maior em relação as questões emocionais ("Orientação" P.06). Assim, como no conceito de Doula, algumas das mulheres que não tiveram o acompanhamento desconhecem as atividades prestadas.

No que se refere à contribuição da Doula para com a multipara (Categoria 3), houve um maior entendimento de que a Doula auxilia estas mulheres muito mais no parto do que durante o trabalho de parto, ou seja, elas não valorizaram as atividades de

exercícios e orientações antes do parto, mas, reconhecem que a Doula gera um apoio emocional e que ajuda de uma forma global.

Em relação à noção de QV (Categoria 4), as parturientes compreendem que a QV é decorrente de um bom estilo de vida (“Não beber, não fumar, dormir cedo” P.05) e não tanto de uma boa saúde, ou seja, elas reconhecem que indivíduo possui papel fundamental para que seja implantado uma rotina saudável na sua vida.

Quando questionado sobre a avaliação da própria QV (Categoria 5), a maioria das parturientes consideram como boa ou ótima. Já no que se refere ao estado da QV pós-parto (Categoria 6), houveram mais parturientes que destacaram melhoras pós-parto e menos mulheres que relataram que a QV ficou inalterada.

O estado de saúde físico, social e psicológico na última semana de gestação (Categoria 7, 8 e 9, respectivamente) são avaliados pelas parturientes como ruim, que houve afastamento familiar (“Não tinha contato, ficava só em casa, só eu e o marido” P.06), instabilidade emocional (“Nervosismo” P.02) e alteração da autoimagem (“Achava feia” P.02).

Tais parturientes compreendem que a contribuição da Doula na QV geral pós-parto (Categoria 10) refere-se à ajuda gerada quanto aos aspectos emocionais (“A mulher fica mais calma” P.01). Relatam, ainda, que a experiência de parto sem o acompanhamento da Doula (Categoria 12) foi de insatisfação (“Senti o tempo toda humilhada pela falta de atenção. Como é minha primeira gestação, senti desamparada” P.02).

Grupo 2 - Parturientes sem o acompanhamento de Doula:

A compreensão da parturiente sobre o conceito ou noção de Doula foi um pouco mais em relação à função exercida, tal como: “Ajuda no trabalho de parto” (P. 03) do que na consequência que o trabalho que gera na parturiente.

Diante das principais atividades da Doula (Categoria 2), as parturientes têm o conhecimento que as atividades estão mais relacionadas aos exercícios físicos (“Bola” P. 03) do que aos aspectos emocionais (“Orientação para acalma” P. 09). Mas, quando questionadas sobre a contribuição nas múltiparas (Categoria 3), as parturientes acreditam que seja mais no apoio emocional (“Contribui para diminuir o nervosismo” P. 09) do que em relação as orientações de atividades físicas.

Em relação à compreensão da QV (Categoria 4) é observado que as parturientes compreendem ser decorrente de boa saúde e de um bom estado emocional (“Ser feliz” P.14). E tais parturientes consideram a própria QV (Categoria 5) como ótima ou boa, porém, houveram aquelas que consideraram como razoável, o que pode estar relacionado com as respostas de QV inalteradas no pós-parto (Categoria 6) e com respostas ruins em relação ao estado físico na última semana de gestação (Categoria 7).

Em relação ao suporte social e ao estado emocional, na última semana de gestação (Categoria 8 e 9 respectivamente), as parturientes consideram como estável e satisfeita a relação familiar e com estabilidade emocional (“Tranquila” P. 09).

Quando as parturientes avaliaram a contribuição da Doula no pós-parto (Categoria 10) elas consideraram que a Doula auxilia mais de forma global o enfrentamento desta fase do que em determinada dimensão, como física e/ou emocional.

Já quando questionada as parturientes da percepção do trabalho de parto com o acompanhamento da Doula (Categoria 11) relataram que o auxílio foi baseado em

grande parte nas orientações de exercícios físicos, além da relação de carinho e do apoio emocional.

Discussão

Pode-se compreender que diante das repostas dadas pelas participantes, o perfil da Doula refere-se a uma mulher que possua uma capacidade de acompanhar com sensibilidade e que tenha disponibilidade emocional para dar apoio e incentivo contínuos no trabalho de parto, inclusive, e principalmente dando apoio físico durante todo o processo. Tal como se observa nos relatos da participante 35 e 12, respectivamente: *“Incentiva a ter o parto normal e tranquilo”*; *“Fazendo exercícios para aliviar a dor”*.

A Doula então terá o papel de transmitir segurança à gestante, tirando quaisquer eventuais dúvidas, para que ela possa sentir autonomia e conexão com o seu corpo e tomar controle da situação (Motta, 2003). Com isso, pode ser entendido que aquelas mulheres que tiveram acompanhamento da Doula vivenciaram a prática do trabalho da Doula compreendendo sua sensibilidade e com isso gerando satisfação com o acompanhamento até mesmo após o parto.

Tal fato não ocorreu com as que não tiveram Doula, pois tiveram dificuldade em conceituar, informar as atividades desenvolvidas e sobre as possíveis contribuições geradas. Tal fato pode ter ocorrido por elas não terem experienciado e não terem compreendido a especificidade de tal trabalho e acreditarem que qualquer outro membro da família pode realizá-lo.

Quanto aos aspectos das atividades das Doulas, as mulheres que tiveram e não tiveram o acompanhamento da Doula compreenderam que as Doulas possuem atividades de apoio durante o trabalho de parto que podem ser classificadas em quatro

categorias: suporte emocional (que consiste em encorajar, tranquilizar e estar presente continuamente), medidas de conforto físico (como massagens e compressa fria, suporte de informações, por meio de orientações, instruções e conselhos) e defesa, que consiste em interpretar os desejos do casal e/ou parturiente frente aos profissionais do hospital e agir em favor do mesmo (Leão & Bastos, 2001). O que realmente foi destacado pelas participantes 31 e 12 (respectivamente): “*Lembra dos acontecimentos*”; “*Fazendo exercícios para aliviar a dor*” (P.12)

Porém, no grupo em que houve o acompanhamento de Doula, as parturientes referem-se que o trabalho da Doula teve maior enfoque na orientação de exercícios físicos, o que pode ser comprovado nos estudos de Fadyinha (2003), que dentre as atividades desenvolvidas pelas Doulas destaca que as mais utilizadas são: “(...) realizar massagens; colocar a futura mamãe para andar; orientar exercícios físicos; aplicar bolsas de água quente; levar a parturiente para tomar banhos quentes, relaxantes, no chuveiro ou na banheira” (p.41).

Pode-se compreender que durante todo o processo gestacional ocorrem mudanças físicas e emocionais na gestante. Vido (2006) destaca que não se pode esquecer da grande influência que alguns fatores podem exercer na saúde física da gestante, bem como na do feto que está em constante desenvolvimento.

Conforme vão passando os trimestres do desenvolvimento gestacional, algumas mudanças se intensificam mais, o que os mesmos autores, Baptista e Furquim (2009) e também o Ministério da Saúde (2006), relatam que há uma intensificação da ansiedade com a proximidade do parto; ocorre o aumento da atividade contrátil do útero; ocorrência de problemas dentários (em decorrência da necessidade de cálcio pelo feto); eventual vazadura de colostro; dificuldades digestivas; sensação de pressão nos órgãos abdominais e de peso no baixo ventre; alteração na postura e no andar; manifestam-se

mais os temores do parto (medo da dor e da morte); aumentam as queixas físicas. Assim, pode ser observado que estes fatos, foram vivenciados tanto pelas mulheres que tiveram o acompanhamento da Doula como pelas que não tiveram, reforçando ser algo comum durante o final da gestação. Porém as parturientes que não tiveram o acompanhamento relataram um pouco mais de expressões de insatisfação com intensificação das mudanças do final da gestação, em comparação aquelas que tiveram o acompanhamento da Doula. E isso, pode ser observado nas participantes, quando queixavam-se que na última semana de gestação estavam: “*Pesada*” (P.01) “*Inchada*” (P.06); “*Péssima*” (P. 02) “*Sem ânimo para nada*” (P.24); “*Desconfortável*” (P. 03) (P.37); “*Muito ruim*” (P.04) “*Dor*” (P.10).

Tal fato pode-se fazer sentido uma vez que as mulheres que não possuem o acompanhamento da Doula podem vivenciar o processo do final da gestação e parto de uma forma mais difícil e com maiores temores, do que aquelas que possuem o acompanhamento. Klaus e Kennel (2002) relatam isso com propriedade; eles discutem que a espécie de atendimento que a mulher recebe durante o período gestacional e o do parto é crucial para sua avaliação subsequente da experiência e, ainda, afirmam que tem um grande peso no que corresponde aos comportamentos maternos posteriormente ao parto.

Além das diversas mudanças físicas, ocorrem também alguns ajustamentos sociais decorrente da gestação. Maldonado (1986) relata que a gravidez é um período de transição que faz parte de um processo natural do desenvolvimento da mulher, em que são necessários ajustamentos, tais como: definição de um novo papel diante do casamento e de suas relações pessoais, adequação de fatores socioeconômicos e no próprio amadurecimento pessoal. E isso pode gerar tanto aproximação quanto afastamento familiar. Assim, foi detectado que as parturientes que não tiveram o

acompanhamento tiveram maiores falas relatando o afastamento familiar, enquanto dentre as que tiveram o acompanhamento, não houve relatos disso. Destacam-se as participantes 06 e 31 (respectivamente), com falas como: *“Nem tinha contato, ficava só em casa, só eu e meu marido”*; *“Não tive muito apoio dos parentes, fiquei mais distante”*.

Um fato interessante é que, comumente, o afastamento familiar se estende até o momento do parto, em que muitas mulheres não podem ter acompanhantes. Segundo Brüggemann *et al.* (2005), a presença do acompanhante, mesmo que seja escolhido pela parturiente, não é um sinônimo de um apoio social eficaz, porém, podem ser dadas condições para que este acompanhante desempenhe um bom apoio social. Um acompanhante que desempenhe bem este papel deve dar conselhos, proporcionar medidas de conforto físico e emocional e quaisquer outras ajudas que forem solicitadas pela parturiente, o que faz grande relação as mulheres expressarem afastamento familiar e ainda não ter tido um acompanhamento especializado durante o parto.

As mulheres que não tiveram o acompanhamento de Doula ainda relatam instabilidade emocional, diminuição na autoestima e alterações na autoimagem, tais como: *“Ansiedade”* (P.34); *“Nervosismo”* (P.40); *“Achava feia”* (P.02). Maçola et al. (2009) fizeram um estudo sobre a autoestima de gestantes com uso de uma escala de Autoestima de Rosenberg. O estudo foi feito com 127 mulheres gestantes, que estavam em um programa de pré-natal de um hospital público de ensino. Os autores obtiveram os seguintes resultados: as mulheres com menor escolaridade, que não planejaram a gestação, que tiveram alterações negativas de humor e que não recebem apoio do parceiro para cuidar do bebê após o nascimento, apresentaram maiores escores de autoestima insatisfatória.

Frente a diversas modificações durante a gravidez, a mulher pode passar por diversos descontentamentos em relação às modificações corporais ocorridas, o que vem sendo foco de estudos da saúde mental das gestantes. Tais descontentamentos podem modificar a autoestima e, conseqüentemente, a relação com o desenvolvimento de vínculo mãe-filho (Maçola et al. 2009). Já as mulheres que tiveram o acompanhamento relatam maiores expressões de estabilidade emocional, tais como as participantes 03 e 38 (respectivamente) relatam: “Boa”; “Tranquila”.

Leão e Bastos (2001) destacam que o papel das Doulas proporciona as parturientes uma maior tranquilidade, encorajando-as e promovendo um maior conforto físico e reduzindo a ansiedade materna. A parturiente se sente mais segura e tranquila, o trabalho de parto transcorre mais rapidamente, necessitando de menos intervenções obstétricas. Assim, na presente pesquisa, as mulheres que não tiveram o acompanhamento da Doula relataram uma insatisfação, justamente por não terem passado pelo trabalho de parto e parto com de uma mulher que gera apoio físico e emocional contínuo. As participantes 01, 02 e 39, respectivamente, relatam isso com propriedade: “*Horrível, porque não tinha com quem conversar, pegar na minha mão, orientar, acalmar*”; “*Senti o tempo todo humilhada pela falta de atenção. Como é minha primeira gestação, senti desamparada*”; “*Senti sem ninguém, senti que se tivesse alguém poderia ter sido diferente*”.

A entrevista também abordou aspectos da QV das parturientes. Diante disso, pode ser percebido que o entendimento sobre e o conceito de QV é algo que ainda não parece claro para todos. Como Leal (2008) já discutia, existem tais conceitos que perpetuam na ideia do senso comum e do caráter científico. A questão, da conceituação de QV se assemelhou muito a frases do senso comum, como “*o que está bem*” (P.20);

“*Viver bem*” (P.06), etc, tanto naquelas mulheres que tiveram o acompanhamento de Doula quanto àquelas que não.

Já no que diz respeito a auto referência da QV, pode ser analisado que não houve grandes diferenciações em relação às parturientes que tiveram o acompanhamento de Doula, das que não tiveram. Porém, quando se refere à QV pós-parto houve pequena alteração naquelas mulheres que tiveram o acompanhamento da Doula e que acreditam que não houve alteração de antes para depois do parto.

Destaca-se, finalmente, que a autoafirmação é uma boa alternativa ao avaliar a QV, pois Grau (1997) ressalta a importância da avaliação do próprio sujeito na compreensão da QV, ou seja, cada um deve ser considerado o mais capaz de pesar satisfações e insatisfações da própria vida.

Conclusão

Ao se referirem a sua própria QV, mulheres com e sem acompanhamento de Doula em geral, avaliaram positivamente a sua condição, portanto, não sendo o conteúdo de tais avaliações diferentes. Por outro lado, o grupo de mulheres sem o acompanhamento da Doula diferiu do grupo com Doula por entender que a ausência dessa assistência contribui de forma negativa na sua avaliação geral da QV. Tal impacto, quando analisado pela parturiente, no conjunto de outros fatores de QV foi minimizado pela presença de distintos fatores de proteção, tais como: pré-natal qualificado, acompanhamento dos familiares e a presença do parceiro. Ou seja, na configuração subjetiva da QV de mulheres sem acompanhamento da Doula houve, possivelmente, um processo de compensação. Isto sugere que a presença da Doula tende a aumentar a condição de proteção das parturientes.

7.0. Considerações Finais

Desde a criação das primeiras políticas de atenção ao parto e nascimento, é notória a preocupação e a atenção, não só do Ministério da Saúde, mas também de profissionais de saúde com as questões relativas à saúde e QV de gestantes bem como o respeito ao parto e nascimento.

Várias mudanças estão ocorrendo no sistema de saúde e novos profissionais estão surgindo ou até mesmo ressurgindo para ajudar na humanização da assistência ao parto, como é o exemplo da Doula. Em vários estudos a Doula vem mostrando possuir papel ímpar no acompanhamento da gestante e do casal. Além de incentivar o protagonismo da mulher, ela está presente para dar apoio físico e emocional durante a gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto.

Para isso, muitas mulheres que sentem afinidade com o tema do parto estão buscando curso de capacitação para se tornarem aptas a trabalharem como Doula. Entende-se então, que Doula não mais é aquela mulher leiga que proporciona apenas um acompanhamento, Doula é uma mulher que tem afinidade com o tema, que tem interesse, que fez o curso de formação e que tem prática com esta área.

Assim sendo, a Doula poderá orientar e gerar melhores condições de bem-estar durante todo período gravídico e durante o pós-parto, e pode aumentar a condição de proteção, o que pode gerar melhoras nas dimensões constituintes da qualidade de vida das parturientes.

Porém, ao avaliar a qualidade de vida de gestantes e de parturientes deve-se pensar que não se trata de um público comum, por dois motivos: primeiro, não se trata de um público caracterizado com patologias; segundo, a gestação e o parto são momentos, também, bastante subjetivos na vida da mulher, dificultando então, podê-la enquadrá-la em determinada classe de parâmetros de boa ou ruim QV. Com isso,

avaliar a QV de gestantes e parturientes não se torna tarefa fácil, uma vez que cada mulher passa pela gestação e parto de forma diferente, independente se é ou não a primeira gestação. Ou seja, cabe então pensar em formas de avaliação que levem em consideração a qualidade de vivências subjetivas em relação a experiência da gestação e parto. O que leva a uma dificuldade e escassez de instrumentos aptos para tal investigação. No limite, deve-se, então, auxiliar a mulher a ser protagonista dessa própria experiência e buscar uma melhor qualidade de vida durante a gestação, parto e pós-parto.

Por fim, para que haja uma maior abrangência deste estudo devem-se contemplar, em outras investigações, maiores números de Doulas, em diferentes regiões brasileiras, em contextos diferentes de atendimento (hospitalar ou domiciliar, por exemplo), bem como, aumentar o número de parturientes avaliadas. Assim, pode-se contemplar e avaliar a relação do nível de formação das Doulas e o impacto nos resultados da assistência as parturientes e na percepção da QV. Sendo assim, tem-se um vasto campo de pesquisa a ser explorado e trabalhado a fim de gerar melhor assistência à mulher durante a gestação, parto e pós-parto.

8.0 Referencias

- Abreu, A.; Pereira, M. C. R.; Soares, M. T. P.; & Nogueira, N. (2005). *Saúde*. Retirado no dia 02/03/2011, do website <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>.
- Alves, E. F. (2011). *Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida*, 3, 01. Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção – PPGEPP. Laboratório de Qualidade de Vida – LaQVida Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR. p. 16-23.
- Auquier P.; Simeoni M. C.; & Mendizabal H. (1997). Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revista Prevenir*, 33, 77-86.
- Apud Minayo M. C. X.; Hartz Z. M. A.; Buss P. M. (2005). Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Colet.*, 5, 1, 7-18.
- Awad G.; Voruganti L. N. P. (2000). Intervention researching psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophr*, 26, 557-64.
- Balaskas, J. (2008). *Parto Ativo*. São Paulo: Ground.
- Baptista, A. S. D.; & Furquim, P. M. (2009). Enfermaria de obstetrícia. In Baptista, M. N.; Dias, R. R. (Ed.). *Psicologia Hospitalar – Teoria, aplicações e casos clínicos*, (2) (154-175). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bouzas, I.; & Miranda, A. T. (2004). Psicologia da Gravidez. *Adolescência & Saúde*, 1, 27-30.
- Bowling A.; Brazier J.; (1995). Quality of life in social science and medicine Introduction. *Social Science & Medicine*, 41, 1337-8.
- Bowling, A. (1994). La Medida de la Salud de las *Escala de Medida de La Calidad de Vida*. Barcelona: Masson.
- Brasil (2001). Ministério da Saúde. *Centro Nacional de Epidemiologia*. Brasília.
- Brasil (2001). *Parto, aborto e puerpério – Assistência Humanizada à Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2007). *Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. 1ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2009). Ministério da Saúde. *Cartilha Educativa – Celebrando a Vida*.

- Brüggemann, O. M.; Parpinelli, M. A; & Osis, M. J. D. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Caderno de Saúde Pública*, 5, pp. 1316-1327.
- Buss. P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. In *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, pp.163-177.
- Cárdenas, A. M. C. (1999). Qualidade de vida da mulher dona de casa de uma comunidade de baixa renda. *Texto Contexto, Enf*, 8, 3, 183-99.
- Carvalho, M. L. M de. (2001) A participação do pai no nascimento da criança. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.
- Chalmer, B.; Wolman, W. (1993). Suporte social no parto. *Psychosom Obstetric Gynaecologie*.
- Chandler S. & Field, P.A. (1997). *First-time fathers' experience labor and delivery. Journal of Nurse-Midwifery*, 42, 17-24.
- Ciconelli R. M.; Ferraz M. B.; Santos W.; Meinão I.; Quaresma M. R. (1997). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*, 39, 143-50.
- Costa Neto, S. B.; Araújo, T. C. C. F. (2003). A multidimensionalidade do conceito da qualidade de vida em saúde. *Estudos: Vida e Saúde*, 30, 165-179.
- Costa, S.H.M.; Ramos, J.G.L.; Reis, R.; & Hammes, L.S. (2001). Cesariana. Em: F., Freitas; S. H. M., Costa; J. G. L., Ramos; J. A., Magalhães. *Rotinas em Obstetrícia*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Couto, E.R.(2006). *Má história obstétrica e qualidade de vida durante a gestação*. Tese de doutorado. UNICAMP, Campinas – SP.
- Davis-Floyd, R. (1992). Robbie. *Birth as an American Birth of Passage*. Berkeley: University of California Press.
- Diniz, C. S. G. (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese de Doutorado em Medicina, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo.
- Doulas of North America. Retirado no dia 10/05/2012, do website: <http://www.dona.org>

- Fadynha (2003). *A Doula no parto - de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente*. São Paulo: Editora Ground.
- Fleck M. P. A.; Louzada S.; Xavier M.; Chamovich E.; Vieira G.; Santos L.; Pinzon V.; (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de saúde pública*, 34, 2, 178-183.
- Fleck M. P.; Leal O. F.; Louzada S.; Xavier M.; Cachamovich E.; Vieira G. et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (W H O Q O L - 1 0 0). *Rev Bras Psiquiatria*, 21, 21-8.
- Fleck M. P.; Louzada S.; Xavier M.; Cachamovich E.; Vieira G, Santos L.; et al. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida W H O Q O L - b ref. *Rev Saúde Pública*, 34, 350-6.
- Fleck M.P.; Louzada S.; Xavier M.; Cachamovich E.; Vieira G.; Santos L.; et al. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública*, 33, 198- 205.
- Fleck, M. P A. e colaboradores (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. Em M. P. A. Fleck (org.), *Avaliação da qualidade de Vida – Guia para Profissionais da Saúde*. pp.19-28. São Paulo: Artmed.
- Fleischer, S. (2005). Doulas como amortecedores afetivos - Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto. *Revista Ciências Sociais Unisinos*, 41, 1, 11-22, jan/abr.
- Fonseca, C. C. (2005). *Exercício físico na Gestação: Considerações sobre a prática, benefícios e implicações*. Trabalho de graduação. UNICAMP, Campinas – SP.
- Gill, T. M.; Feinstein, A. R. A. (1994). Acritical appraisals of the quality of quality-of-life measurements. In *Jama*, 272, 8, 619-626.
- Grau, J. A. (1997). Calidad de Vida Y Salud: Problemas Actuales em Su Investigacion. II Jornada de Actualizacion em Psicologia de la Salud. *Boletim Latino Americado de la Salud*. Retirado no dia 01/12/2013, do website <http://www.alapsa.org/boletin/art02.html>
- Hanlon, T. W. (1999). *Ginástica para gestante: o guia oficial da YMCA para exercícios pré-natais*. São Paulo, Editora Manole.
- Hueston, W. J.; Kasik-Miller, S. (1999). Changes in Functional health status during normal pregnancy. *Jornal Fam Pract*, 47, 3, 209-12.

- Jablonski, C. (2006). *Papel de doulas jovens e inexperientes no suporte do trabalho de parto*. Dissertação de Mestrado, Escola de Psicologia e Medicina - Universidade Católica de Pelotas, Brasil.
- Kennell, J., Klaus, M., Mcgrath, S., Robertson, S., Hinkley, C. (1991, May). Continuous emotional support during labor in a United-States hospital: a randomized controlled trial. *Jama-Journal of The American Medical Association*, 265 (17), 2197-2201.
- Kitzinger S. (1985). The sexuality of birth, pp. 209-218. Em: S. Kitzinger (Ed.). *Women's experience of sex*, 209-218.
- Klauss, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (2000). Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. M. R. Hofmeister (Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra originalmente publicada em 1995).
- Klauss, M. H.; Kennel, J. H. (1997). *Doula: ingrediente essencial na redescoberta do nascimento*. Acta Paediatric.
- Klauss, M. H.; Kennell J. H.; & Klaus P. H. (2002). *The doula book: how a trained labor companion can help you have a shorter, easier, and healthier birth*. Cambridge: Perseus.
- Kluthcvsky, A. C. G. C.; Takayanagui, A. M. M. Qualidade de Vida – Aspectos Conceituais. **Revista Salus**, 1, 1, 13 -15. Guarapuava-PR.
- Leal, C. M. S., (2008). Reavaliar o conceito de qualidade de vida. Retirado no dia 14/05/2012, do website <https://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>
- Lef, J. R. (1997). *Gravidez: a história Interior*. R. D. Pereira. (Trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas (obra originalmente publicada em 1993).
- Lenz, M. L. M.; & Flores, R. (2011). *Atenção à Saúde da Gestante em APS*. Ministério da Saúde. Porto Alegre.
- Maçola, L.; Vale, N. V.; & Carmona, E. V. (2009). Avaliação da Autoestima de gestantes com uso da Escala da Autoestima de Rosenberg. *Revista Escola de Enfermagem*, vol. 44, 570-607.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 14. ed. São Paulo: Saraiva.
- Maldonato, M. T. (1986). *Psicologia da Gravidez*. Petrópolis: Vozes.

- Marguire, Y. S.; Selby, P. (1989). Assessing quality of life in cancer. *British journal of Cancer*, 60, 03, 437-440.
- Martin A.J.; & Stockler M. (1998). Quality of life assessment in health care research and practice. *Evaluation & Health Professions*, 21, 2, 141-156.
- Meller, F. O.; Schäfer, A. A.; Silva, C. C.; Kabke, G. B.; & Neutzing, M. B. (2006). *Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras*.
- Minayo, Maria Cecília de Souza, Hartz, Zulmira Maria de Araújo, & Buss, Paulo Marchiori. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18. Retirado no dia 02/03/2012, do website http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232000000100002
- Ministério da Saúde (2001). *Parto, Aborto e Puerpério-Assistência Humanizada à Mulher*.
- Ministério da Saúde (2002). *Programa Humanização do Parto – Humanização do Pré-Natal e Nascimento*. Brasília – DF.
- Ministério da Saúde (2002). *Atenção integral à saúde da mulher, marco referencial para a cooperação no mercosul*.
- Ministério da Saúde (2006) - *Pré-Natal e Puerpério - Atenção Qualificada E Humanizada* (salvo pen drive – saúde da mulher)
- Ministério da Saúde (2011). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. Brasília – DF.
- Morris J.; Perez D.; Mc Noe B. (1998). The use of quality of life data in clinical practice. *Qual Life Res*, 7, 85-91.
- Motta, C. C. L. (2003). Quem acolhe esta mulher? Caracterização do apoio emocional à parturiente. 123p. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 123 p.
- Odent, M. (2000). *A cientificação do amor*. Ed. Terceira Margem, São Paulo.
- Olsson, C.; Nilsson-Wikmar, L. (2004). Health-related quality of life and physical ability among pregnant women with and without back pain in late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 83, 4, 351-7
- Olneira, E. (2004). *Gestante e atividade física*. Retirado em 21/10/2012, do site <http://www.saudeemmovimento.com.br>.

- Oliveira, E. M. (1999). A mulher, a sexualidade e o trabalho. Em: Da pré-história da relação trabalho/saúde à dimensão de gênero. São Paulo: Ed. Hucitec.
- Padilha, J. F.; Preigschadt, G. P.; Braz, M. M.; & Gasparetto, A. (2011). *A Saúde da Mulher e Assistência a Gestante no Sistema Único de Saúde (SUS): Uma Revisão Bibliográfica*. UNIFRA, Santa Maria – RS.
- Pascali-Bonaro, D. (2003). Apresentação. Em Fadyinha (org.). *A Doula no Parto*, 9-10. São Paulo: Ed. Ground.
- Patrício, Z. M. (1999). Qualidade de vida do ser Humano na Perspectiva de novos paradigmas. Em Patrício Z. M., Casagrande J. L., Araújo, M. F. (org.). Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. Autor.
- Piccinini, C. A.; Gomes, A. G.; Nardi, T.; & Lopes, R. S. (2008). Gestação e Constituição da Maternidade. *Psicologia em Estudo*. Vol. 13, 63-72.
- Rattner, D. 2009 Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Revista Interface, Comunicação Saúde e Educação*, 13, 759-768.
- Rattner, D., Santos, M. L.; Lessa, H.; & Diniz, S. G. (2010). ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*. 215 – 228.
- Rezende, J.; Montenegro, J.; Barbosa, C. (2003). *Obstetrícia fundamental*. 9ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rogerson R.J. (1995). Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc Sci Med*, 41, 1373-82.
- Santos, A. L.; Radovanovic, C.A.T.; Marcon, S.S. (2010) Assistência Pré-natal: satisfação e expectativas. *Revista Rene*, 11(Especial), 61-71.
- Santos, L. D.; Martins, I. A. (2002). Qualidade de vida urbana: o caso da cidade do Porto. Porto. FEP. Universidade do Porto. Working Papers, 16, 38-45.
- Santos D.S.; Nunes I. M. (2009). Doulas na Assistência ao Parto: Concepção de Profissionais de Enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enfermagem*, 13, 3, 582-589.
- Santos, J. (2005). Assistência à saúde da mulher no Brasil: aspectos de uma luta social. II Jornada Internacional de Políticas Públicas Mundialização e estados nacionais: a questão da emancipação e da soberania. UFMA.

- Schmidt, D. R. C.; Dantas, R. A. S.; Marziale, M. H. P. (2008). Qualidade de vida no trabalho: avaliação da produção científica na enfermagem brasileira. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, 2, 330-337.
- Segre, Marco, & Ferraz, Flávio Carvalho. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 538-542. Retirado em 29/05/2013, do website http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0034-89101997000600016.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro 20(2): 580-588, mar-abr.
- Silva, R. M.; Barros, N. F.; Jorge, H. M. F.; Melo, L. P. T.; Junior, A. R. F.; (2012). Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 17(10):2783-2794, 2012.
- Teixeira, M. de L. da S. (2003). *A doula no parto. O papel da acompanhante*.
- The Whoqol Group: The world Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) (1995). Position paper from the Health Organization. *Soc. Sci. Med*, 41, 10, 1403-1409.
- Thomson, A.; Skinner, A.; Piercy, J. (1994). *Fisioterapia de Tidy*. 12^a.ed. São Paulo: Santos.
- Tornquist, C. S. (2002). Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no ideário da Humanização do Parto. *Revista Estudos Feministas*, pg 482-492.
- Verónica Valdés L.L., & Ximena Morlans H.L. (2005). Aportes De Las Doulas A La Obstetricia Moderna. *Rev Chilr Eovb Sctheilt Ogbinsetceot Lg*. 20, 150, 87-01.
- Videla, M. (1997). *Maternidade mito e realidade*. Buenos Aires: Nueva Vision.
- Vido, M. B., (2006). Qualidade de vida na gravidez. Retirado no dia 14/05/2012, do website http://tede.ung.br/tde_arquivos/2/TDE-2008-02-07T154409Z-19/Publico/Milena%20Butolo%20Vido.pdf
- Wagner, M., 1994. *Pursuing the Birth Machine. The search for appropriate birth technology*. Australia: ACE Graphics.
- WHO (World Health Organization) (1946). *Constitution of the World Health Organization. Basic Documents*. WHO. Genebra.

Wood-Dauphinee S. (1999). Assessing quality of life in clinical research. From where are we going? *Clin Epidemiol* 1999; 4, 52, 355-63.

Zib, M.; Lim, L.; Walters, W. A. (1999). Symptoms during normal pregnancy: a prospective controlled study. *Jornal Obstet Gynecol*, 3, 4, 410-14.

9.0 Anexos

Anexo A

Entrevista Semi-Estruturada (Anexo B)

CATEGORIA 1 – REPRESENTAÇÃO DA DOULA

- 1.1 Para a Sra. o que é uma Doula?
- 1.2 Quais as principais atividades que, em geral, ela desenvolve?
- 1.3 Em geral, no que a Doula poderia contribuir para as gestantes ou as mulheres que já tiveram filhos?

CATEGORIA 2 – ACOMPANHAMENTO DE DOULAS

- 2.1 Houve acompanhamento de Doulas no seu trabalho de parto?
- 2.2 [Se sim] Como foram conduzidas as atividades da Doula durante a sua evolução de trabalho de parto?
- 2.3 [Se não] Como a Sra. sentiu no momento do trabalho de parto sem este tipo de acompanhamento?

CATEGORIA 3 – QUALIDADE DE VIDA

- 1.1 O que a Sra. entende sobre Qualidade de Vida?
- 1.2 Como Sra. considera sua Qualidade de Vida?
- 1.3 Após passar pelo trabalho de parto, como a Sra. avalia a sua Qualidade de Vida?
- 1.4 Como a Sra. avalia a sua condição física na última semana?
- 1.5 Como a Sra. avalia a sua condição social na última semana?
- 1.6 Como a Sra. avalia a sua condição psicológica na última semana?
- 1.7 Qual contribuição do acompanhamento da Doula na sua Qualidade de Vida geral após o parto?

Questionário Sociodemográfico (Anexo C)

Código do participante: _____

Data ____/____/____

Assinale com uma **X** (xis) a resposta que for adequada ao seu caso (ou complete-a, se for caso disso), em relação às seguintes questões:

1- Idade: _____ anos**2- Procedência:**

Goiânia ()

Interior ()

Outros estados ()

3- Estado civil:

Solteira ()

Casada/união estável ()

Divorciada/Separada ()

Viúva ()

4- Escolaridade (anos completos)

Alfabetizado ()

Fundamental ()

Completo ()

Incompleto ()

Ensino médio ()

Completo ()

Incompleto ()

Ensino superior ()

Completo ()

Incompleto ()

Outros Qual? _____

5- Situação laboral:

Empregada ()

Desempregada ()

Autônoma ()

Outros () Qual? _____

6- Profissão atual ou anterior

(especificar): _____

7- Com quem vive:

Com o cônjuge/companheiro(a) ()

Com a família restrita (marido, esposa e filhos) ()

Com a família alargada (filhos, marido, esposa, pais, sogros, etc.) ()

Sozinho(a) ()

Outros () Qual?

8- Partos anteriores:

Nenhum () 1 () 2 () 3 ou mais ()

9- Tipos de partos:

Natural () Normal () Cesariana ()

10- Abortos:

Sim () Quantos: _____ Não ()

11- Pré-natal:

Sim () Não () Quantos encontros: _____

Whoqol Breve (Anexo D)

Instruções					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem	satisfeito	muito satisfeito

				insatisfeito		
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

O questionário continua na próxima página.

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente	1	2	3	4	5

	físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?					
--	--	--	--	--	--	--

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	Bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
16	Quão satisfeito(a) você está com o	1	2	3	4	5

	seu sono?					
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunc a	Algum as vezes	Frequenteme nte	muito frequent emente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero,	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Não ()

Sim ()

Quem?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E)

A Sra. está sendo convidada, como voluntária, a participar de uma pesquisa para conclusão do curso de mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC _ GO). Assim, a Sra. será esclarecida as informações a seguir, e no caso de aceitar participar do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, a Sra. não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos, a Sra. poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC GO, por meio do telefone (62) 3946-1512. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, a Sra. poderá procurar a pesquisadora do projeto pelos telefones (62) 3225-0924/ (62) 9296-3051/ (62) 8230-1865.

INFORMAÇÕES DA PESQUISA:

Título da Pesquisa: Qualidade de Vida de Mulheres Submetidas ao Acompanhamento de Doulas

Nome da Pesquisadora: Lívia K. Sebba V. Pitaluga -Telefone para contato: (62) 3225-0924/ (62) 9296-3051/ (62) 8230-1865.

Nome do Orientador: Sebastião Benício da Costa Neto -Telefone para contato: (62) 9178-7530.

Este estudo tem como objetivo analisar e descrever aspectos da qualidade de vida de mulheres submetidas ao acompanhamento de Doulas e comparar com mulheres que não receberam esse tipo de atendimento.

Ao participar deste estudo a Sra. permitirá que a pesquisadora Lívia K. Sebba V. Pitaluga, aplique três questionários para colher dados tanto de identificação, quanto da Qualidade da sua Vida, sobretudo relativos a questões físicas, psicológicas, sociais e familiares. Para fins de coleta de dados, solicitamos neste Termo à autorização para gravação em áudio da sua entrevista. Conforme dispõe a Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais, sendo preservada sua identidade, assim como a identidade de todas as pessoas por você referidas.

Os riscos de participar desta investigação são considerados mínimos e se referem ao desconforto da Sra. doar o seu tempo para responder as questões. Dessa forma, caso ocorra algum problema relacionado com esta coleta de dado, eu como pesquisadora, e por ter formação clínica em Psicologia darei todo e qualquer suporte necessário. Caso ainda seja necessário, a Sra. será indicada para acompanhamento do Serviço de Psicologia do Centro de Estudos, Pesquisas e Práticas Psicológicas da PUC-GO. A Sra., também, poderá interromper ou desistir do estudo a qualquer momento sem nenhum

prejuízo e sem nenhum ônus financeiro. Os benefícios em participar desta investigação refere-se ao fato de que a Sra., após o término do estudo, será convidada a participar de palestras relacionadas ao tema da Qualidade de Vida de gestantes e parturientes.

Não estão previstos gastos de sua parte para sua participação neste estudo, portanto, não está previsto qualquer tipo de ressarcimento. Contudo, caso a Sra. se sinta, de alguma forma, prejudicada por esta investigação, terá direito a acionar o poder público para requerer indenização dos pesquisadores.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
RG nº _____, CPF nº _____, abaixo
assinada, concordo em participar do estudo “Qualidade de Vida de Mulheres
Submetidas ao Acompanhamento de Doulas”, bem como autorizo a gravação em áudio
da entrevista. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Lívia K.
Sebba V. Pitaluga, sobre o estudo a ser realizado, os procedimentos nele envolvidos,
bem como de que minha participação é voluntária.

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que
isto levar qualquer penalidade quanto ao meu atendimento na instituição hospitalar.

Local e data: _____

Nome: _____
—

Assinatura do participante:

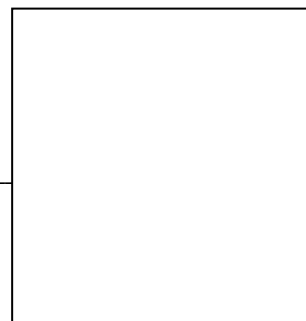
Nº do RG: _____ Nº do CPF:

Nome _____ do _____ pesquisador:

Assinatura _____ do _____ pesquisador:

Data: _____

Assinatura da Participante



Lívia Kunz Sebba Vasconcelos Pitaluga

Pesquisadora

Anexo F

Quadro 1 - Descrição, Frequência e Percentual de Categorias Temáticas (Parturientes c/ e s/ Doula)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
1. Conceito ou noção de Doula	Trata-se de como a parturiente compreende o conceito
1.1. De acordo com a função	Trata-se do entendimento da função que essa Doula exerce
1.2. De acordo com a consequência	Trata-se do entendimento da consequência que o trabalho da Doula gera na parturiente
1.3. Desconhecimento do conceito	Trata-se da parturiente que não sabe ou não lembra o que é uma Doula
2. Principais atividades da Doula	Trata-se do entendimento das principais atividades exercidas pela Doula
2.1. Aspectos físicos	Trata-se do entendimento das principais atividades da Doula, quanto a aspectos físicos
2.2. Aspectos emocionais	Trata-se do entendimento das principais atividades da Doula, quanto aos aspectos emocionais
2.3. Desconhecimento das atividades	Trata-se da parturiente que não sabe ou não lembra quais são as principais atividades da Doula
3. Contribuição da Doula para com as multiparas	Trata-se de como a parturiente compreende a contribuição da Doula para com as multiparas
3.1. Quanto ao parto	Trata-se de como a parturiente compreende a contribuição da Doula para com as multiparas em relação ao trabalho de parto
3.2. Quanto ao acompanhamento pré-parto	Trata-se de como a parturiente compreende a contribuição da Doula para com as multiparas em relação ao acompanhamento
3.3. Quanto aos aspectos emocionais	Trata-se de como a parturiente compreende a contribuição da Doula para com as mulheres que já tiveram filhos em relação aos aspectos emocionais
3.4. Quanto aos aspectos físicos	Trata-se de como a parturiente compreende a contribuição da Doula para com as multiparas em relação aos aspectos
3.5. Quanto a ajuda de forma global	Trata-se de como a parturiente compreende a contribuição da Doula para com as multiparas em relação a aspectos globais
3.6. Desconhecimento das contribuições	Trata-se da parturiente que não compreende qual a contribuição da Doula para com as multiparas
4. Noção de QV	Trata-se de como a parturiente compreende o conceito de QV
4.1. Decorrente de boa saúde	Trata-se da parturiente compreender a QV decorrente de boa saúde
4.2. Decorrente de bom estado emocional	Trata-se da parturiente compreender a QV decorrente de bom estado emocional
4.3. Decorrente de bom estilo de vida	Trata-se da parturiente compreender a QV decorrente a um bom estilo de vida
4.4. Desconhecimento da noção de QV	Trata-se da parturiente que não compreender o que é QV
5. Avaliação da própria QV	Trata-se de como as parturientes consideram a sua QV
5.1. Muito satisfeita ou ótima	Trata-se da parturiente compreender que sua QV é boa ou ótima
5.2. Razoável	Trata-se da parturiente compreender que sua QV é razoável
5.3. Sem avaliação	Trata-se da parturiente que não compreender como considerar a sua QV
6. Estado da QV pós-parto	Trata-se de como as parturientes consideram a sua QV após passar pelo trabalho de parto
6.1. Inalterada	Trata-se das parturientes considerarem que a QV continua do mesmo jeito.
6.2. Melhorada	Trata-se das parturientes considerarem que a QV melhorou
6.3. Dificuldade de avaliação	Trata-se da parturiente que não compreende se houve alteração na QV após passar pelo trabalho de parto
7. Estado de saúde física na última semana de gestação	Trata-se de como a parturiente considera a sua condição física na última semana
7.1. Boa/normal	Trata-se da parturiente considerar sua condição física na última semana estava boa/normal
7.2. Ruim	Trata-se da parturiente considerar sua condição física na última semana estava ruim
8. Suporte social na última semana de gestação	Trata-se de como a parturiente considera a sua condição social na última semana
8.1. Estável e satisfeita	Trata-se da parturiente considerar a sua condição social estável e satisfeita
8.2. Afastamento familiar	Trata-se da parturiente considerar a sua condição social estava com distanciamento familiar
9. Estado psicológico na última semana de gestação	Trata-se de como a parturiente considerar ao estado psicológico na última semana
9.1. Instabilidade emocional	Trata-se da parturiente considerar a sua condição psicológica na última semana com instabilidade emocional

9.2. Estabilidade emocional	Trata-se da parturiente de que a condição psicológica na última semana estava com estabilidade emocional
9.3. Alteração da autoimagem	Trata-se da parturiente que considera que houve uma alteração da autoimagem
10. Contribuição da Doula na QV geral após o parto	Trata-se da consideração da parturiente sobre a contribuição da Doula na QV geral após o parto
10.1 Na dimensão física	Trata-se da consideração da parturiente de que os aspectos físicos foram ou poderiam ser melhoras com o acompanhamento da Doula
10.2. Na dimensão emocional	Trata-se da consideração da parturiente de que os aspectos emocionais foram ou poderiam ser melhoras com o acompanhamento da Doula
10.3. Na dimensão global	Trata-se da consideração e entendimento da parturiente de que o acompanhamento da Doula contribui de forma global na QV após o parto
11. Percepção auto referenciada do trabalho da Doula	Trata-se do conhecimento de como foram conduzidas as atividades da Doula com as parturientes que tiveram este acompanhamento
11.1. Quanto a orientação de exercícios físicos	Trata-se das parturientes que tiveram o acompanhamento da Doula e que considera que foram conduzidas orientações de exercícios físicos
11.2. Quanto as orientações gerais e apoio emocional	Trata-se das parturientes que tiveram o acompanhamento da Doula e que considera que foram conduzidas orientações gerais e apoio emocional
12. Experiência de parto sem o trabalho da Doula	Trata-se de como as parturientes se sentiram no trabalho de parto sem o acompanhamento da Doula
12.1. Insatisfação sem o acompanhamento	Trata-se das parturientes que sentiram insatisfeita sem este acompanhamento
12.2. Sem alteração	Trata-se das parturientes que relatam não ter tido alteração física ou emocional sem este acompanhamento