



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG
Centro de Ciência da Saúde – CCS
Mestrado em Saúde Coletiva – MSC

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA
GESTAÇÃO E PARTO: O DESVELAR DA LITERATURA E O
ESPAÇO DE ATUAÇÃO DA DOULA**

Herla Maria Furtado Jorge

Fortaleza - CE
Novembro, 2012

HERLA MARIA FURTADO JORGE

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA
GESTAÇÃO E PARTO: O DESVELAR DA LITERATURA E O
ESPAÇO DE ATUAÇÃO DA DOULA**

Dissertação apresentada como requisito para título de Mestre em Saúde Coletiva, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Promoção da Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Orientadora: Raimunda Magalhães da Silva

**Fortaleza - CE
2012**

J82p Jorge, Herla Maria Furtado.

Práticas integrativas e complementares na gestação e parto: o desvelar da literatura e o espaço de atuação da doula / Herla Maria Furtado Jorge. - 2012.
74 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva.”

1. Gravidez. 2. Trabalho de parto. 3. Humanização da assistência. I.
Título.

CDU 618.2

HERLA MARIA FURTADO JORGE

Dissertação apresentada como requisito para título de Mestre em Saúde Coletiva, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Promoção da Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Raimunda Magalhães da Silva (Orientadora)
UNIFOR

Prof^o Dr Nelson Filice de Barros
UNICAMP

Prof^a Dr^a Regina Yoshie Matsue
UNIFOR

Prof^a Dr^a Maria Alix Leite Araújo
UNIFOR

Dedico este trabalho...

Aos meus pais Hermínio Veras Jorge e Maria Furtado Jorge por plantarem em mim a semente da simplicidade e fazer brotar a herança do conhecimento, e ao meu querido irmão Francisco Hermíldio Furtado Jorge por fazer parte da minha vida e acreditar no meu sucesso.

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos apresentados são frutos de experiências compartilhadas por toda a vida e de dois anos de caminhada, pois a elaboração de uma dissertação é configurada de forma processual e nos dá a oportunidade de encontrar as peças fundamentais do nosso caminho, construir sentimentos, vivências e experiências capazes de nos recriarmos quanto pessoas durante esse processo intelectual.

Inicialmente agradeço a Deus que iluminou todos os caminhos dando forças e ajudando-me a superar todos os obstáculos que surgiram durante essa trajetória.

Agradeço aos meus pais e ao meu irmão, pelo amor incondicional, apoio, incentivo e pelos valores construídos.

Aos meus familiares, que mesmo distantes acreditaram no meu potencial e torceram pelo meu sucesso profissional.

A todos os integrantes do grupo de Pesquisa, ensino e extensão em Saúde da Mulher, por partilharmos juntos experiências desde o início da minha graduação.

Aos queridos amigos e companheiros de caminhada do Mestrado em Saúde Coletiva – UNIFOR.

As amigas Ana Maria, Juliana Fonseca e Laura Pinto que não mediram esforços para fornecer ajuda e sempre estiveram presentes nos momentos que mais precisei.

As amizades construídas em Campinas, em especial, ao querido Junior Ferreira, e as queridas, Ivana Cezar, Ana Kalliny, Ana Luiza, Ana Karine e Larissa Veríssimo por todos os momentos compartilhados durante esse processo.

As doulas que com muito carinho, dedicação e amor pelo o que fazem estiveram disponíveis a participar da pesquisa, despertando e fortalecendo o interesse por este objeto de estudo.

Meu reconhecimento e gratidão aos docentes do departamento em Saúde Coletiva – UNICAMP e UNIFOR, por contribuírem direto ou indiretamente mostrando os caminhos a serem trilhados no decorrer da pesquisa.

Aos secretários do Mestrado em Saúde Coletiva – UNIFOR, pelo apoio fornecido.

Aos professores Nelson Filice de Barros e Regina Yoshie Matsue que aceitaram o convite para fazer parte da banca examinadora e certamente irão contribuir para melhoria deste estudo.

Em especial, a minha orientadora Raimunda Magalhães, pelo incentivo, paciência, dedicação, disposição, ensinamentos e pensamentos compartilhados que levarei para a minha vida pessoal e profissional.

RESUMO

O estudo propôs identificar as evidências qualitativas sobre o uso de PIC na gestação e parto por meio de uma metassíntese e analisar as Práticas Integrativas e Complementares utilizadas por doulas, junto às gestantes no trabalho de parto e parto. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. Para elaboração da metassíntese realizamos um levantamento nas bases de dados Scielo; Lilacs; Bireme; Medline; Ebsco; Cinahl utilizando os descritores labor, complementary therapies e pregnancy no período de junho a agosto de 2012. Localizamos 92 artigos e selecionamos cinco artigos seguindo o roteiro de diretrizes para a revisão de pesquisa qualitativa. Para analisar as Práticas Alternativas e Complementares realizadas por doulas atuantes em espaços institucionais públicos e privados, realizamos um estudo com nove doulas que exerciam o suporte mediante a contratação do serviço pelas gestantes. Destas, três prestavam apoio à parturiente em maternidades particulares de Fortaleza-CE e seis realizavam essa prática em domicílios ou instituições situados na cidade de Campinas-SP. Os dados foram coletados no segundo semestre de 2010, por meio de uma entrevista semiestruturada. Para o tratamento das informações coletadas em campo e da metassíntese, optamos pela organização dos dados, de acordo com a análise de conteúdo, na modalidade temática conforme recomenda Bardin (2008) que deram origem a três categorias: evidências qualitativas sobre as Práticas Alternativas e Complementares na gestação e parto; atuação da doula e o uso de práticas integrativas e complementares; e, contribuições do uso de práticas alternativas e complementares, que foram analisadas à luz dos conceitos de poder sobre o corpo na concepção de Michel Foucault (2012) e de espaço social e espaço simbólico desenvolvido por Pierre Bourdieu (2005). Os resultados da metassíntese evidenciaram que as PIC utilizadas na gestação e parto foram à massagem terapêutica, reflexologia, acupuntura, acunpressão, aromaterapia, musicoterapia, hidroterapia e moxabustão, estas que, proporcionaram relaxamento, diminuição da dor e indução da analgesia. Evidenciamos que as doulas recomendam o uso de chás, ervas medicinais, acupuntura, reike, homeopatia, florais, shiatsu, e utilizam a hidroterapia, massagem terapêutica, meditação, visualização, relaxamento, técnicas de respiração, yoga e moxabustão. Constatamos a incipiência de estudos qualitativos sobre PIC na gestação e no parto, e que o uso de PIC nesse período possibilita a retomada da humanização no cenário do parto e nascimento. Deste modo é que o espaço de atuação da doula e o uso de PIC, convergem para a singularidade, respeito e autonomia da mulher e propõe um novo modelo de atuação centrado na importância do processo natural do parto, de forma que, a sociedade em geral e a medicina em particular, encare a mulher como a gênese dessa premissa.

Palavras-chave: Terapia complementar; Pesquisa qualitativa; Gestação; Trabalho de Parto; Acompanhantes de parto.

ABSTRACT

The study aimed to identify the qualitative evidences on the use of ICP during pregnancy and childbirth, through a metasynthesis, and analyse the Integrative and Complementary Practices (ICP) used by doulas with pregnant women during labor and childbirth. This is a qualitative study. For preparation of the metasynthesis we conducted a survey in these database: Scielo; Lilacs; Bireme; Medline, Ebsco, CINAHL. The descriptors labor, complementary therapies and pregnancy were used for the survey, that was made in the period of June to August, 2012. We located 92 articles, from which we selected five, following the script of guidelines for the review of qualitative research. To analyze the Complementary and Alternative Practices applied by doulas that work in public and private institutional spaces, we conducted a study with nine doulas who provided support when hired by pregnant women. Three of them gave support to laboring women in private hospitals in Fortaleza -CE and the other six performed this practice in homes or institutions located in the city of Campinas-SP. Data were collected in the second half of 2010, through a semistructured interview. To process the information collected in the field and the metasynthesis, we chose to organize the data according to the content analysis, in the thematic modality, as recommended by Bardin (2008), which resulted in three categories: qualitative evidence on Complementary and Alternative Practices during pregnancy and childbirth; the doula's role and use of Complementary and Integrative Practices and contributions of the use of Complementary and Alternative Practices, which were analyzed in the light of the “concepts of power over the body” in the design of Michel Foucault (2012) and of the “social space and symbolic space” developed by Pierre Bourdieu (2005). The metasynthesis results showed that the ICP used during pregnancy and childbirth were therapeutic massage, reflexology, acupuncture, acunpressão, aromatherapy, music therapy, hydrotherapy and moxibustion, which have provided relaxation, pain reduction and induction of analgesia. We evidenced that doulas recommend the use of teas, herbs, acupuncture, Reike, homeopathy, flower, shiatsu, and use hydrotherapy, massage therapy, meditation, visualization, relaxation, breathing techniques, yoga and moxibustion. We note the paucity of qualitative studies on ICP during pregnancy and childbirth and that the use of ICP in this period allows the resumption of humanization in the scene of labor and birth. This way, the doula's working space and the use of ICP converge to the uniqueness, respect and autonomy of women and proposes a new model of activity centered on the importance of the natural process of childbirth; so that, the society and medicine, in particular, should face the woman as the genesis of this premise.

Key-words: Complementary Therapies; Qualitative Research; Pregnancy; Labor; accompanying childbirth

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de quadros

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Caracterização dos artigos analisados | 47 |
| Quadro 2 - Diretrizes de revisão da pesquisa qualitativa | 69 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PIC – Práticas Integrativas e Complementares

MAC – Medicina Alternativa e Complementar

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

OMS – Organização Mundial da Saúde

MTC – Medicina Tradicional Chinesa

MA – Medicina Antroposófica

JICA – Japan International Cooperation Agency

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO AO TEMA | 11 |
| 1.1 | Justificativa | 17 |
| 2 | OBJETIVOS | 19 |
| 3 | O DESVELAR DA LITERATURA... .. | 20 |
| 3.1 | A luz da teoria como ponto de partida para a compreensão do objeto em estudo | 20 |
| 3.2 | O descortinar da Medicina Alternativa, Complementar e Integrativa..... | 22 |
| 3.3 | Entender as Práticas Integrativas e Complementares à luz da promoção da saúde e da integralidade do cuidado | 28 |
| 3.4 | Enredo histórico do parto no Brasil e os sentidos atribuídos à humanização do parto e nascimento | 35 |
| 4 | METODOLOGIA | 43 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 46 |
| | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 60 |
| | REFERÊNCIAS | 62 |
| | ANEXOS..... | 68 |
| | APÊNDICES | 71 |

1 APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO AO TEMA

O interessante não é ver que projeto está na base de tudo isso, mas, em termos de estratégia, ver como as peças foram dispostas. (FOUCAULT, 2012)

As peças dispostas neste estudo propõem-se identificar as evidências qualitativas sobre o uso de práticas integrativas e complementares (PIC) na gestação e parto, bem como analisar as PIC utilizadas por doulas junto às gestantes no trabalho de parto e parto, nos municípios de Fortaleza-CE e Campinas-SP.

Dissertar sobre o objeto em estudo vislumbra inúmeras reflexões conjecturadas no decorrer da nossa caminhada acadêmica, quando desde o início da graduação iniciei os estudos científicos no grupo de ensino, pesquisa e extensão em saúde da mulher, este que, possibilitou a visibilidade das peças possíveis de encontrar ao longo do caminho. E, assim, deparei com a primeira peça: participar de uma pesquisa sobre as *Práticas Integrativas e Complementares utilizadas por doulas em Fortaleza-CE* (SILVA et al., 2011). Esse estudo fez-nos conhecer uma realidade que *a priori* só era configurada nas entrelinhas dos textos científicos, livros e discursos de profissionais, pesquisadores, docentes e colegas.

A imersão nesse campo de estudo possibilitou maior aproximação com a prática obstétrica, pois ao entrevistarmos as doulas que prestavam suporte voluntário em uma maternidade pública de Fortaleza, notamos as nuances de uma assistência que naquele momento era configurada pela incipiência da humanização de alguns profissionais, em contraposição, estive imersa na experiência de presenciar a emoção de parir, da dor que naquele momento se transforma em prazer, da importância do cuidado humanizado, da escuta, do toque e do acompanhamento que essa maternidade ofertava, mesmo sob as deficiências pertinentes ao campo.

Nesse espaço de descoberta foi visível que a pesquisa não é um ponto fixo, e sim dinâmico, e que entre as veredas de uma trilha e outra, capazes de investigar algo mais. Optei por cursar a pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem Obstétrica e, durante esse percurso, os valores profissionais foram se reconhecendo e o amor por esse campo de atuação afluía. Mais uma peça foi alocada nesse caminho e tivemos a oportunidade de pesquisar junto com um grupo de pesquisadores: *quais as evidências sobre o trabalho das doulas no acompanhamento às mulheres em trabalho de parto e parto?*

Na compreensão de Silva, et al (2012, p. 2783):

Os principais suportes estavam relacionados aos aspectos físico, emocional, espiritual e social. As experiências evidenciaram que as doulas estimulam a relação mãe e filho, orientam para uma amamentação bem-sucedida e contribuem para prevenir a depressão pós-parto. Observou-se controvérsia entre os profissionais quanto à aceitação deste novo membro na equipe obstétrica, e destacou-se o cuidado como inovador, que acalma, encoraja e supre as necessidades da gestante. Concluiu-se que os estudos qualitativos sobre este tema são recentes, incipientes, mas reveladores de uma importante possibilidade para a humanização do trabalho de parte e parto.

Durante a realização deste estudo, a análise dos textos despertou-nos inquietações, que poderiam ser investigadas com a concretização do mestrado, surgindo assim, uma nova peça capaz de possibilitar o aprofundamento dos estudos nessa área. Um dado que nos chamou a atenção foi o número restrito de estudos qualitativos sobre o uso de PIC por doulas, e, com origem nesse achado, ocorreu nosso interesse por investigar se esse fato estava configurado apenas na atuação da doula, ou era comum ao espaço de atuação multiprofissional no momento da gestação, parto e nascimento.

Com essa reflexão, originou-se o objeto de estudo desta dissertação, desenvolvida durante o mestrado em Saúde Coletiva, onde aprendemos uma nova forma de fazer pesquisa, imersa em um contexto ampliado possível de promover a interlocução do conhecimento em diferentes contextos sociais, com uma visão multiprofissional.

Neste enfoque, abrimos um parêntese para expor mais uma peça encontrada nessa caminhada, e então discorrer sobre a importância da nossa experiência na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) durante o mestrado sanduíche, onde pudemos refletir sobre o objeto deste estudo, ao retomarmos as discussões do campo das práticas integrativas e complementares na saúde coletiva e agregar uma visão diferenciada aos valores da pesquisa.

Para a compreensão deste estudo, retomamos aos termos conceituais expressos na literatura acerca da Medicina Alternativa, Medicina Complementar, Medicina Integrativa e Medicina Tradicional. A Medicina Complementar é aquela utilizada junto com a Medicina Convencional, como, por exemplo, a aromaterapia utilizada durante o trabalho de parto, que promove o relaxamento da parturiente (TIRAN; CHUMMUN, 2004). A Medicina Alternativa, no entanto, não foi feita para se contrapor a biomedicina, e sim para ser um fator adjunto construído em um universo de práticas de cura diferentes em âmbito psicológico, sociológico, biológico e espiritual. E a Medicina Integrativa combina os objetivos das terapias médicas convencionais (BARROS, 2002; 2000).

Na interlocução de Barros (2000) a Medicina Alternativa Complementar possibilita ao paciente ser o centro do paradigma médico, tornando-se fundamental a relação médico-paciente, busca de meios terapêuticos simples, autonomia do paciente e, conforme Barros e Nunes (2006) promove também a identificação e a elaboração de identidades sociais, orquestrando três conjuntos de agentes: os que se opõem e lutam contra, os que se identificam e defendem e os que estão/são indiferentes.

No espaço de atuação da Medicina Alternativa, ressaltamos a publicação da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), implementada no Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) (BRASIL, 2006a). Observamos, no entanto, que no campo da saúde pública, esta percorre um discurso de normatização e discussões significativas.

Configura o fato de que, na assistência à saúde materna, é evidente o crescimento do uso da Medicina Alternativa e Complementar. Tal procura decorre do fato de a gravidez ser considerada um momento de transição na vida da mulher, que acarreta inúmeras transformações, tanto no âmbito corporal como no emocional, sendo a experiência da dor oriunda de fatores físicos, afetivos, psicossociais e componentes ambientais.

Nesta realidade, elucida-se o uso de terapias integrativas e complementares (PIC) por grávidas e parturientes na busca de um lugar de integração nos cuidados de maternidades convencionais (TIRAN, 2010). Esta circunstância faz emergir o questionamento sobre a valorização do cuidado à mulher, este que se encontra arraigado por práticas tecnicista, “medicalizadas”, com excessivo número de procedimentos e rotinas, os quais tornam invisíveis as questões culturais e sociais, bem como as escolhas da mulher e, acima de tudo, a vivência do bem-estar na gestação.

Desta forma, há uma procura crescente por terapias complementares, por métodos não farmacológicos que promovam medidas de conforto e alívio da dor no momento do parto. E, ainda pelo elevado preço da assistência médica privada, altos custos dos medicamentos, precariedade da assistência prestada pelos serviços públicos e por acarretar benefícios emocionais e espirituais, dentre outros fatores, que possam assegurar práticas adequadas de recuperação e promoção da saúde gestacional e da parturiente (TROVO; SILVA; LEÃO, 2003).

Dados do Ministério da Saúde (2008), sobre a existência de Lei ou Ato institucional e Estadual ou municipal criando algum serviço de Medicina Alternativa e Complementar,

mostram que em 2004 apenas 6,54% dos municípios brasileiros possuíam legislação regulatória, ao passo que em 2008 subiu para 30,12%. Este estudo aponta ainda que apenas 4% das PIC estão inseridas nos níveis de atenção à saúde de alta complexidade e 72% na Atenção Básica (SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008).

Esse fato vislumbra a reflexão acerca da humanização na assistência à gestação, parto e nascimento, e, ao retomar o conceito de humanização, segundo Odent (2000), o nascimento, antes de ser uma “questão médica”, é de fato uma parte integral da vida sexual e emocional das mulheres, e, assim, a equipe deve ser mera facilitadora, cuja tarefa é a de intervir o mínimo possível.

A institucionalização do parto no Brasil é materializada mediante a diminuição do número de partos normais, que, no ano de 2010, foram 63,20% ao passo que os cesáreos atingiram uma taxa de 36,80%, superando o percentual de 15% recomendado pela Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2009). Em 2006, a pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher constatou que a presença do acompanhante no momento do parto esteve acessível apenas para 16% do total de parturientes do Brasil (BRASIL, 2006b). Esse fato, configura o panorama do País, com um dos líderes mundiais em cesarianas, com taxas que variaram de 32% em 1994 para 48,4% em 2008 (BRASIL, 2011).

Inseridos no âmbito da humanização do parto, e preocupados com o elevado número de cesarianas, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde e outros órgãos não governamentais, propôs mudanças para reaver o parto humanizado, bem como a diminuição dos índices de mortalidade materna e neonatal.

É fundamental destacar o fato de que, no Brasil, o Ministério da Saúde investe na criação de políticas e programas, configuradas desde o ano de 1996, com a publicação do guia prático de assistência ao parto normal, e em 2010, com a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000) e da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher – PNAISM (BRASIL, 2004). Para fortalecer essa estratégia, a Portaria nº 1.459, que regulamenta a “Rede Cegonha”, estratégia inovadora que visa a implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011).

Ressaltamos ainda que, no Brasil, a lei nº 11.108 preconiza a presença do acompanhante (BRASIL, 2005) e a mulher deve se sentir “empoderada” para escolher por quem ela deseja ser acompanhada durante o seu trabalho de parto. Com efeito, de acordo com Hotimsky e Alvarenga (2002), a inserção da presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto depende de três fatores que estabelecem o diferente: o contexto social, a política de saúde do País e sua legislação. Essa escolha deve incidir em uma pessoa de sua confiança, um profissional, o companheiro ou um familiar, amiga, parteiras, enfermeiras e, acrescentamos, as doulas, para lhe dar suporte durante o trabalho de parto e no parto (SANTOS; NUNES, 2009).

A Doula é uma palavra de origem grega, que significa mulher que serve. Em tempos passados, assistia a mulher em casa após o parto, auxiliando no cuidado com o bebê e em seus afazeres domésticos (DONA, 2010) e, atualmente, passa a interagir com a mulher durante o período perinatal, seja na gravidez, no trabalho de parto, parto e amamentação (LEÃO; BASTOS, 2001).

No Brasil, o panorama de atuação da doula é configurado em diversos espaços, como em Belo Horizonte com a implementação do “Projeto doula comunitária” (LEÃO; BASTOS, 2001); Salvador, com o projeto “Doulas– ajudando a nascer”; Fortaleza, com a atuação de doulas voluntárias em uma instituição pública terciária (SILVA et al., 2011), e em vários lugares do Brasil que dispõem de grupos de apoio à maternidade ativa (GAMA, 2012).

O arcabouço teórico sinaliza os benefícios desse acompanhamento, confirmado com a realização do segundo estudo clínico randomizado com 465 primigestas saudáveis na Guatemala, no qual, estar constatado que, no grupo experimental, que recebeu apoio das doulas, evidenciou-se menor ocorrência de complicações perinatais incluindo parto cesárea, uso de ocitocina e bebês admitidos à unidade de cuidados intensivos neonatais (KLAUS et al., 1986).

A última metanálise cadastrada na Cochrane (2012) para avaliar os efeitos do suporte contínuo durante o parto com 21 estudos envolvendo 15.061 mulheres aponta que o apoio contínuo durante o trabalho de parto tem benefícios clinicamente significativos para as mulheres e crianças e nenhum dano conhecido (HODNETT, 2012).

Nessa perspectiva, mencionamos os resultados de estudos qualitativos expresso em uma metassíntese, nos quais foi comprovado que o suporte da doula esteve atrelado ao suporte emocional, apoio físico, suporte de informações e apoio as decisões (KAYNE et al., 2001),

informação, redução da ansiedade e substituição da família (SANTOS; NUNES, 2009), suporte psicossocial (PAPAGNI; BUCKER, 2006), apoio emocional, encorajamento e diminuição do estresse (GINGER, 2005), intervenções preventivas (SCHROEDER; BELL, 2005) e promoção da segurança, confiança, encorajamento e calma (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008).

Ao discutirmos o campo das práticas integrativas e complementares (PIC), ressalta-se que o seu poder não está garantido pela institucionalização e sim pela busca constante do apoio ativo dos membros da sociedade, imersa em um mundo de contradições e tensões em torno do valor econômico, simbólico e resolubilidade da prática biomédica e outros fatores dessa ordem. Para efeito ilustrativo, ressalta-se os dados da Organização Mundial da Saúde (2002) ao constatar que o uso de práticas não biomédicas atinge até 80% da população em países africanos e até 70% e 75%, respectivamente, no Canadá e na França e que, 25 dos 191 Estados-Membros da OMS haviam desenvolvido uma política nacional das PIC.

Ao fazer alusão ao espaço das PIC e ao emprego destas por doulas no campo da saúde materna, emergiu o seguinte questionamento: *quais as evidências qualitativas sobre o uso de práticas integrativas e complementares na gestação e no parto? Quais as PIC utilizadas por doulas que desempenham sua função de forma autônoma, junto às gestantes no trabalho de parto?* Com suporte nesses questionamentos, buscamos sistematizar o conhecimento científico com referência à abordagem qualitativa sobre o uso de PIC na gestação e no parto e instigar a investigação de questões pouco exploradas em pesquisas qualitativas capazes de fazer emergir uma série de reflexões teóricas e práticas.

O escopo deste estudo insere-se na identificação das evidências qualitativas sobre o uso de PIC na gestação e parto; e na análise das PIC utilizadas por doulas junto às gestantes em trabalho de parto e parto nos Municípios de Fortaleza-CE e Campinas-SP.

Para aplicação de algumas práticas, a doula usa o corpo da gestante, a qual deverá estar ciente do procedimento, e ambas deverão disponibilizar um espaço coerente com a atuação e o segmento da prática que beneficiará o bem-estar durante o nascimento. As concepções de poder sobre o corpo serão fundamentadas à luz de Michel Foucault (2012) e dos conceitos de espaço social e espaço simbólico, desenvolvidos por Pierre Bourdieu (2005).

Para Foucault (2012), a mecânica de poder que se expande por toda a sociedade decorre das grandes transformações do sistema estatal, das mudanças de regime político no nível dos mecanismos gerais que assumem formas mais regionais e concretas, investindo em

instituições e tomando o corpo em técnicas de dominação gerido por gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos.

Nesse enfoque, o poder sobre o corpo é exercido em espaços de atuação variados, que na concepção de Bourdieu (2005), constitui um conjunto de posições distintas e coexistentes, caracterizado pelo *espaço social* construído em decorrência de sua posição, e, ao serem percebidos por meio dessas categorias sociais de percepção, desses princípios de visão e divisão e diferenças nas práticas e nas opiniões expressas, constituem diferenças *simbólicas* como uma verdadeira linguagem.

1.1 Justificativa

A efetivação deste estudo justifica-se pela necessidade de realizar investigações com abordagem qualitativa que dialoguem sobre as práticas integrativas e complementares utilizadas na gestação e parto, pois, apesar do crescente interesse por parte de órgãos governamentais, instituições de saúde, acadêmicos, gestores e pesquisadores para realização de pesquisas que retomem a humanização do parto e nascimento evidencia-se a incipiência de buscas qualitativas nessa área.

Ante a constatação da eficácia das terapias complementares utilizadas na gestação e no parto, e da possível incipiência de estudos que dialoguem e questionem a sua utilização e benefícios, procuramos na literatura estudos que evoquem esta temática.

Com a busca na literatura sobre o uso de PIC utilizadas na gestação e no parto entregando os descritores “Labor”, “Complementary Therapies” e “pregnancy” encontramos 363 artigos. Após a análise dos resumos, evidenciamos o fato de que 92 privilegiavam o uso de PIC, e, destes, apenas 25 artigos utilizavam abordagem qualitativa, enquanto que 67 tratavam de estudos quantitativos e revisões sistemáticas. Esse achado vislumbra a necessidade de apreciação, de ampliação do conhecimento, mediante a divulgação de estudos qualitativos relevantes sobre o uso de práticas alternativas, complementares e integrativas na gestação e no parto.

Em tal circunstância, é recorrente a necessidade de práticas e ações que retomem o parto humanizado, atualmente marcado por uma intensa “medicalização”, intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, bem assim pela prática abusiva da cesariana (BRASIL, 2011).

Acreditamos que a utilização de PIC desde o processo gestacional e nascimento possa contribuir para uma assistência materna humanizada, centrada na valorização da mulher, na subjetividade do sujeito, na inserção do acompanhante na cena do parto, pois, é notável o fato de que a assistência à saúde materna é determinada por múltiplos fatores – históricos, estruturais e conjunturais – que devem ser considerados desde a assistência ao pré-natal que disponibilize um atendimento integral e humanizado e focalize a importância natural do parto.

2 OBJETIVOS

- Identificar as evidências qualitativas sobre o uso de PIC na gestação e parto.
- Analisar as Práticas integrativas e complementares utilizadas por doulas, junto às gestantes, no trabalho de parto e parto, nos Municípios de Fortaleza-CE e Campinas-SP.

3 O DESVELAR DA LITERATURA

3.1 A luz da teoria como ponto de partida para a compreensão do objeto em estudo

Ao vislumbrarmos a compreensão do objeto em estudo, retomamos o conhecimento acerca dos inúmeros movimentos e mudanças configurados na assistência materna que, ao longo do tempo, assumem outros moldes e, mediante a concepção foucaultiana (2012) do poder sobre o corpo e das definições do espaço social e simbólico de Bourdieu (2005), buscamos compreender os muitos sentidos do nascimento e direcionamento da Obstetrícia. Para Foucault;

É o corpo da sociedade que se torna, no decorrer do século XX, o novo princípio, é nesse corpo que será preciso proteger, de um modo quase médico: em lugar dos rituais através dos quais se restaurava a integridade do corpo do monarca, serão aplicadas receitas, terapêuticas, como a eliminação dos doentes, o controle dos contagiosos, a exclusão dos delinquentes [P. 234].

Nesse período, a ideia das vontades já estava sendo configurada, dando origem a um corpo social materializado, individualista, regido pelo investimento corporal, pelos terríveis regimes disciplinares que se encontram nas escolas, nos hospitais, nas casernas, nas oficinas, nas cidades, nos edifícios e nas famílias (FOUCAULT, p. 237, 2012).

Vale ressaltar que as mudanças assistenciais configuradas na atenção à saúde da mulher no contexto do parto e nascimento foram originadas no século XVII, quando era relativamente raro encontrar homens assistindo o parto. O que os trouxe para o universo da parturição foi a ocorrência de partos difíceis, que necessitavam de uma força física, configurando assim, a materialização da assistência à parturiente (OSAVA, 1997).

Dessa ocasião em diante, o poder sobre o corpo da mulher começam a entrar em cena, e, nessa óptica, retomamos a visão de Foucault, ao ressaltar ser pelo estudo dos mecanismos que penetraram os corpos, gestos e comportamentos que é preciso construir a arqueologia das Ciências Humanas. Essa arqueologia encontra-se ainda descontextualizada na prática obstétrica, configurada desde o século XVIII, quando se iniciam a competição entre os médicos e as parteiras (VIEIRA, 1999).

Nessa perspectiva, o parto passou de um evento natural para um procedimento controlado; deixou de ser realizado no âmbito domiciliar, passando para o hospitalar; a

parteira saiu de cena; os métodos farmacológicos substituíram outras formas de alívio da dor e as mulheres permaneceram sozinhas por um longo período (OMS, 1996).

De posse dessa realidade, elucidamos a importância da Medicina na assistência obstétrica, porém é possível vislumbrar, segundo Foucault a ideia de que o intelectual pode fornecer os instrumentos de análise, mas não desempenhar o papel de denominador comum. Surge, assim, no século XVIII, a preocupação em saber como o olhar médico havia se institucionalizado; de qual maneira se havia inscrito efetivamente no espaço social; de que modo a nova forma hospitalar era, ao mesmo tempo, o efeito e o suporte de um novo tipo de perspectiva.

Com as mudanças econômicas do século XVIII, tornou-se necessário fazer circular os efeitos do poder, por canais cada vez mais sutis, chegando até aos próprios indivíduos, seus corpos, seus gestos, cada vez mais um de seus desempenhos cotidianos (FOUCAULT, 2012).

No Brasil, é evidente que na assistência ao parto ocorre a influência dos fatores históricos, das inter-relações de gênero, poder e capital, entre o homem e a mulher, as representações simbólicas e de senso comum sobre as profissões, com centro no modelo de atenção à saúde vigente que se apresenta de forma tecnicista, centrado na hospitalização e em ações intervencionistas de caráter essencialmente curativo e especializado (MARTINS, 1999).

Complementando esta ideia, voltamos aos ensinamentos de Bourdieu, que possibilitam ao pesquisador o desenvolvimento de pensamento e reflexão inseridos na realidade constituída, dentro das estruturas, no âmbito das instituições e associações, e mostram o caminho para entender os diferentes espaços dominados pelo poder por intermédio da dimensão histórica.

A óptica de Bourdieu permite uma reflexão acerca da condição básica que consiste em formular o campo intelectual como sistema de posições predeterminadas, abrangendo, assim como os postos de um mercado de trabalho, classes de agente providas de propriedades (socialmente constituídas) de um tipo determinado. Assim, à medida que aumenta a autonomia do campo intelectual em relação às coerções e às demandas diretas das frações dominantes da burguesia, desenvolve-se um mercado de bens simbólicos e elucida-se o aumento do sistema dos fatores associados à posição que ocupam no campo intelectual (BOURDIEU, 2005).

A concepção de espaço proposta por Bourdieu é caracterizada pelo *locus* social e simbólico (pois no espaço social, os agentes são distribuídos, na primeira dimensão, com o

volume global de capital que possuem e, na segunda consoante à estrutura de seu capital, isto é, segundo o peso relativo dos diferentes tipos de capital, econômico e cultural, no volume global de seu capital) (BOURDIEU, 2005).

Ao pensar no espaço de atuação do cenário do parto, é perceptível a existência de vários agentes, inseridos em algumas profissões, que detêm de alguma forma um campo de poder dominado pelo modelo hospitalocêntrico detentores de um grande volume de capital global. Para entender melhor essa realidade, retomamos às concepções de Bourdieu:

O espaço de posições sociais se retraduz em um espaço de tomadas de posição pela intermediação do espaço de disposições; ou, em outros termos, ao sistema de separações diferenciais, que definem as diferentes posições nos dois sistemas principais do espaço social, corresponde um sistema de separações diferentes nas propriedades dos agentes, isto é, em suas práticas e nos bens que possuem [Pág. 21].

Com origem nessa concepção, torna-se possível entender que, para refletir sobre as várias práticas contextualizadas na assistência obstétrica e na consequente humanização do parto e nascimento, deve-se, sobretudo, perceber que, inseridas no modelo hospitalar, encontram-se categorias sociais com diversificados princípios de visão, variadas práticas e opiniões que constituem as diferenças simbólicas.

Ao pensar no espaço dessa assistência em que as PIC estão inseridas, é imperioso ressaltar que, segundo Bourdieu (2005), esse espaço só se torna visível, perceptível, não indiferente, socialmente pertinente, se for percebido por alguém capaz de estabelecer a diferença (já que, por estar inscrito no espaço em questão, ele não é indiferente e é dotado de categorias de percepção, de esquemas classificatórios, de um gosto que lhe permite estabelecer diferenças, discernir e distinguir).

Assim expresso, concluímos que o espaço social é englobado como um ponto, mas esse é um *ponto de vista*, princípio de uma visão assumida desde uma lógica situada no espaço social, de uma perspectiva definida em sua forma e em seu conteúdo pelo posicionamento com origem na qual é assumida. O espaço social é a realidade primeira e última, já que comanda até as representações que os agentes sociais podem ter dele (BOURDIEU, 2005).

3.2 O descortinar da Medicina Alternativa, Complementar e Integrativa

As formas de cuidar da saúde caracterizam-se por diversos modelos, desenvolvidos de acordo com o contexto e as bases materiais e culturais de cada época. Nas últimas duas décadas, outros temas foram introduzidos no campo da saúde coletiva, entre eles o das

Práticas Integrativas e Complementares (PIC), inicialmente identificado como medicinas alternativas (NUNES, 1995). Em razão desse enfoque, percebeu-se que o padrão biomédico, caracterizado como o modelo ocidental atual, tem sido fonte crescente de insatisfação, devido à dicotomia do cuidado, cada vez mais fragmentado pelas diversas áreas da medicina (LUZ, 2006).

O espaço de atuação das PIC insere-se num âmbito distante do modelo da institucionalização. Na compreensão de Barros, Siegel e Otani (2011), enquanto a Biomedicina opera com elementos oficiais, a Medicina Alternativa usa os não oficiais, fazendo com que os médicos alternativos se contraponham ao oficial e assumam a “margem” no campo da saúde: as interações da saúde com os campos da religião, da cultura e da arte.

Na década 1960, diversos fatores, como morbimortalidade, diminuição das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônico-degenerativas, bem como o aumento da expectativa de vida e a crítica à relação assimétrica de poder entre os médicos e pacientes, impulsionaram o movimento de busca por práticas alternativas (GIDDENS, 2005). Torna-se difícil, contudo, delimitar o início do movimento alternativo: é possível vê-lo operar na construção de Kleinman (1980), quando mostra em diferentes sociedades a presença de três diferentes setores de saúde, caracterizados pelos cuidadores e o cuidado *informal, popular e profissional* (BARROS; SIEGEL; OTANI, 2011).

No Brasil, Barros e Nunes (2006) realizaram pesquisa para discutir os termos e conceitos da Medicina Alternativa e evidenciaram que esta assumiu três sentidos diferentes: o de uma opção racional dentro da biomedicina; o de crítica, reformulação e substituição da Medicina oficial; e o de sistemas de novas terapêuticas influenciados pelo contexto sóciopolítico e econômico e pela lógica da elaboração científica baseada em pares opostos.

Em 1980, houve um movimento para incorporar novas práticas terapêuticas aos sistemas médicos oficiais, fato que facilitou o uso da expressão *medicina complementar*, com uma perspectiva de incluir o diferente. Tal expressão foi usada com dois sentidos diferentes: como um sinônimo de medicina alternativa ou mantendo a lógica complementar, que posteriormente foi substituída pelo conceito de medicina integrativa (BARROS; SIEGEL; OTANI, 2011).

No final da década de 1990, na tentativa de descrever um novo modelo de saúde que retratasse a integração dos diversos padrões terapêuticos, mais do que simplesmente operar

com a lógica complementar, e que oferecesse o cuidado integral à saúde, foi cunhada a unidade de ideia “Medicina Integrativa” (OTANI; BARROS, 2011).

Observa-se que o estudo das PIC no Brasil é recente, baseado inicialmente na participação voluntária, e está inserido no campo da disputa de poder, configurado pela existência de agentes sociais que lutam contra essa perspectiva de cuidado, por serem defensores da prática médica oficial. A literatura sinaliza que o conceito de Medicina Integrativa foi estudado por Otani e Barros (2011), mediante uma revisão sistemática da literatura entre 1996 e 2005. Os resultados do estudo enfatizaram a diferença de Medicina Integrativa (MI) e Medicina Alternativa Complementar (MAC), reforçando a ideia de que a perspectiva integrativa não significa a simples combinação da Medicina convencional com as terapias complementares, e sim a combinação da Medicina Convencional com a MAC, com base em evidências e com a finalidade de oferecer maior variedade de opções de tratamento aos pacientes.

A evolução de tais práticas configurou-se em 2002, quando a Organização Mundial da Saúde publicou Estratégias sobre Medicina Tradicional 2001-2005, estimulando a incorporação das medicinas tradicionais, alternativas, complementares aos sistemas nacionais de saúde de todos os seus Países Membros (OMS, 2001). De acordo com o levantamento feito até a data dessa publicação, em 2002, apenas 25 dos 191 Estados Membros da OMS haviam desenvolvido uma política nacional das PIC.

Atendendo a estas recomendações, a OMS e o Ministério da Saúde brasileiro publicaram em 2006 a Portaria 971, que criou a “*Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde*” (PNPIC), com base no do atendimento das diretrizes e recomendações de várias Conferências Nacionais de Saúde pautadas no conjunto de políticas da saúde, políticas nacionais de Atenção Básica, de Humanização e de Promoção da Saúde que deram suporte à criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006).

Um dos princípios objetivos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS é incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (BRASIL, 2006).

Ressaltamos que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares atende à necessidade de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências já vêm desenvolvidas

na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais se destacam-se: Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e o Termalismo-Crenoterapia (BRASIL, 2006), que serão delineadas na sequência:

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. A MTC aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, e a teoria dos cinco movimentos, que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal e água). Os elementos que compõem a MTC são: anamnese, palpação de pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento como Acupuntura, Plantas Medicinais, Dietoterapia, Práticas corporais e mentais.

A Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que compreende um conjunto de procedimentos capazes de possibilitar o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes e metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças. A estimulação de pontos de Acupuntura provoca a liberação de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.

A Homeopatia desenvolveu-se a partir do século XVIII foi iniciativa de Samuel Hahnemann, após estudos e reflexões baseados na observação clínica e experimentos realizados na época. Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas*.

A Fitoterapia é caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas. É uma maneira de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da Medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações.

O Ministério da Saúde realizou, em 2001, o Fórum de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, do qual participaram diferentes segmentos, em especial, a intersectorialidade envolvida na cadeia produtiva de plantas medicinais e da fitoterapia. Em 2003, o Ministério promoveu o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica. Tais iniciativas aportaram contribuições para a formulação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

O Termalismo compreende as diferentes formas de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde, e a Crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais usadas também com finalidade terapêutica.

No Brasil, a Crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao País seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi conceituada e valorizada, presente em escolas médicas como UFMG e UFRJ. Logo, após o término da Segunda Guerra Mundial, o campo da Crenoterapia foi reduzido em razão das mudanças surgidas no campo da medicina e da produção social da saúde.

A Medicina Antroposófica (MA) foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, cujo modelo de atenção está organizado de maneira interdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. A proposta desta Política para a MA é de implementação, com o objetivo de aprofundar os conhecimentos de suas práticas e seu impacto na saúde.

No âmbito nacional, a política implica mais um exercício de democracia, suporte à pluralidade e respeito ao usuário, na medida em que veicula informações claras, precisas e atuais, referentes aos tipos de terapias e racionalidade disponíveis para o cuidado. Internacionalmente, reforça a posição do Brasil como modelo mundial de produção de ações de inclusão social (BARROS; SIEGEL; SIMONI, 2007; BARROS, 2006).

Vale ressaltar, contudo, que o Sistema de Informação do SUS no ano 2003 e os dados do diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que a Homeopatia está presente na rede pública de saúde em 20 unidades de Federação, 16 capitais, 158 municípios e o registro de 457 profissionais médicos homeopatas. A Homeopatia encontra-se em dez universidades públicas, com atividades de ensino, pesquisa ou assistência, cursos de formação de especialistas em Homeopatia em 12 unidades da Federação e curso de formação Médico homeopata aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica (BRASIL, 2006).

Estudos realizados comprovam que o interesse por tais práticas vem aumentando em decorrência do elevado preço da assistência médica privada, os altos custos dos medicamentos, da precariedade da assistência prestada pelos serviços públicos, por acarretar benefícios para o emocional e espiritual, dentre outros fatores que possam assegurar práticas adequadas de recuperação e promoção da saúde da gestante e da parturiente (TROVO; SILVA; LEÃO, 2003).

Ao fazer uma interface do uso de PIC com a atenção à saúde da mulher, especificamente no momento da gestação, parto e nascimento, é possível evidenciar na literatura os inúmeros benefícios decorrentes do uso.

Baseada nos estudos de Zwelling e Johnson (2006), a aromaterapia promove o bem-estar físico e psicossocial, podendo ser utilizada em baixas doses ou em massagens com os óleos. O uso da massagem possibilita o relaxamento e promove progresso no trabalho de parto, diminuindo a percepção e aumentando a habilidade de lidar com a dor. Além de aliviar a dor, é uma forma de promover carinho à mulher e pode ser feita enquanto se observa o tempo das contrações, coletando informações da mulher e avaliando o seu estado de saúde (BROW; DOUGLAS; FLOOR, 2001).

A realização de PIC com grávidas pode contar com o auxílio de aparatos como a bola, utilizada há décadas pela fisioterapia no trabalho com as gestantes e demonstrado uma melhora significativa na instabilidade muscular, especificamente nos músculos do peito, abdômen e pelve. Esses músculos são essenciais no processo de trabalho de parto, pois são usados na respiração profunda, expulsão e movimentos gerais que facilitam o encaixe do bebê na pelve (BRUCKER, 1997).

A Hidroterapia, no chuveiro ou no banheiro, durante o trabalho de parto, tem comprovado maneiras de relaxamento e alívio da dor, ao estimular a liberação de endorfinas que proporcionam o relaxamento muscular, a diminuição da tensão e melhor circulação e oxigenação (BRUCKER; ZWELLINGE, 1997; CLUETT et al., 2004).

Com relação aos desconfortos corporais ocorrentes no período gestacional, estudo, realizado em 2005, com um grupo de gestantes utilizando práticas alternativas, demonstrou diminuição das dores nos membros inferiores, da insônia, da ansiedade, da fadiga corporal, dores lombares, dores do parto, posições e respirações, e destacou os benefícios acarretados pela presença do acompanhante (REBERTE; HOGA, 2005).

Em 2011, Karsten e colaboradores desenvolveram um estudo com 409.413 mulheres para analisar a frequência de uso da acupuntura e MAC durante o trabalho de parto e investigar as características diferentes de mulheres a serem tratadas. Evidenciou-se que 3,7% (15.345 / 409.295) utilizaram a acunputura e 4,8% (19.507 / 409.295) optaram por outras terapias e que essa opção variou de acordo com a escolha do hospital ficando evidenciado que as mulheres alemãs com qualificações mais elevadas de trabalho eram mais propensas a receber tratamento CAM (Medicina Alternativa e Complementar) durante o parto.

A Associação de Saúde da Mulher, Obstétrica e Neonatal (2000) declara que, nos últimos anos, posicionamentos de organizações profissionais têm encorajado apoio ativo para gestantes e parturientes. Esclarece que terapias complementares com mulheres durante a gestação e o parto requerem planejamento, encorajamento e uma equipe multiprofissional disposta a providenciar apoio físico no suporte à mulher.

Ao dialogar com essa realidade, mencionam os resultados de uma pesquisa realizada em Fortaleza-CE, a qual analisou as PIC utilizadas por doulas com a parturiente e evidenciou os benefícios advindos do uso da hidroterapia, massagens, exercícios, musicoterapia, bendição, dentre outras práticas (SILVA *et al*, 2011).

De posse desta realidade, tornam-se cada vez mais recorrente o uso e a aceitação de tais práticas, é notado o interesse de órgãos governamentais e das instituições de saúde em implantar nos serviços um modelo de assistência ao parto humanizado, o que nos impulsiona a investigar e conhecer a fundo os seus efeitos benéficos.

Em suma, é imperioso ressaltar que existe, atualmente, significativo desenvolvimento das PIC no campo da saúde e da Saúde Coletiva. Destacamos este estudo à saúde da mulher, sobretudo por ocupar uma posição de destaque no debate contemporâneo da produção de políticas de saúde e sua implantação, na busca por uma assistência digna e humanizada.

3.3 Entender as Práticas Integrativas e Complementares à luz da promoção da saúde e da integralidade do cuidado

O conceito de saúde na perspectiva biomédica esteve reduzido à ausência de doença, de forma que não consegue enfrentar a complexidade dos problemas de saúde, apesar dos enormes avanços tecnológicos do século XX (RESTREPO; MÁLAGA, 2001).

Na tentativa de procurar respostas para superar as dificuldades encontradas na resolução dos problemas de saúde, as organizações nacionais e internacionais vinculadas à saúde pública realizaram uma série de conferências em vários lugares do mundo, que foram configuradas do ano de 1974, com o relatório Lalonde ao propor a moderna Promoção da Saúde, até o ano 2000, com a Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (BRASIL, 2001) visando superar o modelo de assistência no controle de enfermidade.

Cabe destacar o fato de que a Promoção da Saúde foi primeiramente implantada em países como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Bélgica, dentre outros. Uma das características marcantes é ter sido implementada originariamente nesses

países, considerados desenvolvidos, e somente na década de 1990 ter-se a implantação da Promoção da Saúde nos demais Estados (RABELLO, 2010).

Nas últimas décadas do século XX, ofereceram outras correntes da Promoção da Saúde; em novembro de 1986, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, em Ottawa. No documento desse evento, foi exibida a Carta de Intenções, inspirada pelos princípios da Declaração da Alma Ata, na qual contribuiu também para atingir “Saúde para Todos no ano de 2000” e os próximos anos, propondo políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (TERRIS, 1992, p.41).

As estratégias propostas pela *Carta* foram depois esmiuçadas nas quatro Conferências Internacionais de Promoção da Saúde realizadas até o ano 2000 (WHO, 1988; 1991; 1997; 2000).

Além disso, na mesma linha de raciocínio de Alma-Ata, na Conferência de Atenção Primária em Saúde, em 1978, é afirmado ser possível garantir “Saúde para todos”, principalmente, se forem aumentadas a disponibilidade e a exequibilidade das PIC, por meio de:

[...] identificación de las terapias y productos más seguros y eficaces de la MT/MAC (incluyendo: evidencia de que las terapias eficaces, evidencia de que la terapia es segura; evidencia de que la terapia es costo-eficaz); estudio de tratamiento seguro y eficaz de MT/MAC para enfermedades que representan las mayores cargas, en particular para las poblaciones más pobres; reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MAC a la hora de proporcionar atención sanitaria en los países en vías de desarrollo; optimizar y actualizar las habilidades de los practicantes de MT en los países en vías de desarrollo; protección y preservación del conocimiento indígena sobre MT; cultivo sostenible de las plantas medicinales” (OMS, 2001).

Após a Primeira Conferência Internacional, inúmeras iniciativas multinacionais foram realizadas com o compromisso de conservação da motivação e interesse sobre promoção da saúde, ao mesmo tempo em que introduziu avanços significativos e ampliou os campos de ações e abordagens efetivas (BRASIL, 2001).

Em abril de 1998, em Adelaide, ocorreu a Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a qual enfatizou a participação comunitária, os cuidados primários de saúde como seus embasamentos conceituais e a colaboração entre os diferentes âmbitos da sociedade (BRASIL, 2001).

Seguidamente, evidencia-se a ocorrência da Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em 1991 em Sundsvall (Suécia), preconizando as questões

ambientais e de desenvolvimento humano geradoras de saúde, afirmando compromissos das organizações do Sistema das Nações Unidas como o desenvolvimento sustentável (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Na busca de uma reflexão sobre promoção de saúde de uma reavaliação dos determinantes de saúde, bem como a fim de identificar estratégias e direções para melhor enfrentamento aos desafios do século XXI, em 1997, em Jacarta, ocorreu a Quarta Conferência Internacional, a primeira a ter lugar em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Em 2000, na cidade do México, a Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde propôs ações priorizando a Promoção da Saúde no âmbito político e em programas locais, regionais, nacionais e internacionais em prol do fortalecimento e ampliação das parcerias na área da saúde (BRASIL, 2001).

Para Bus (2003), a Promoção da Saúde é incorporada sua práxis como valores que refletem solidariedade, democracia, desenvolvimento, cidadania, equidade, participação e parceria, envolvendo indivíduo, família, comunidade e Estado.

Vale ressaltar que o reconhecimento internacional da Promoção da Saúde fica evidente quando constatamos que, nos últimos 25 anos, foram realizadas cinco Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, patrocinadas pela OMS, e que os textos básicos desse movimento já foram traduzidos para cerca de 50 idiomas (HEALTH CANADÁ, 1996).

É imperioso ressaltar, contudo, a relevância da Política Nacional de Promoção da Saúde, ao apresentar-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, nas quais todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2006).

O objetivo geral desta política foi promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais; promover ações que buscam uma alimentação saudável, estímulo à prática de exercícios, prevenção e controle do tabagismo, redução de morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução de mortalidade por acidentes de

trânsito, prevenção da violência e estímulo à paz e propor a promoção de um desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

De posse dos avanços conceituais de Promoção da Saúde discutidos em cada evento há pouco acima mencionado, Sícole e Nascimento (2003) sinalizam que o contexto da Promoção da Saúde permeia as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supõe ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde que, juntos, assumem destaque no campo da saúde pública.

Nessa perspectiva, dialogamos com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, ao atuar nos campos da prevenção de agravos, promoção e manutenção com centro na integralidade do indivíduo, considerando-o em sua dimensão global sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação dos seus processos de adoecimento e de saúde (BRASIL, 2006).

Refletimo, contudo, *quanto podemos promover a saúde do indivíduo de forma natural, buscando a singularidade e as interpretações pessoais em cada prática?* A PNPIC (2006) remete a esse fato, na busca por sistemas e recursos envolvendo abordagens que estimulem os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Ante os quatro objetivos propostos pela política, ressaltam-se a prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (BRASIL, 2006).

De posse desta publicação, retornamos ao ano de 1910, quando uma série de eventos culminou no Relatório Flexner, que estabeleceu o conhecimento alopático e biomédico como a forma hegemônica que deslegitimou outros tipos de conhecimento e reinvestiu a profissão médica de autoridade cultural, econômica e política.

Claramente, desde 1978, quando na Conferência de Alma-Ata se iniciaram as discussões das formas de alcançar a “saúde para todos no ano 2000”, estiveram em debate as seguintes dimensões sociais do campo da saúde: econômicas, contra o alto custo de novas tecnologias na Medicina; políticas, contra a hegemonia do modelo de cuidado e cura biomédico; e culturais, com o reconhecimento dos saberes médicos de culturas e sistemas de

tratamento, diferentes, praticados por assistentes de parto tradicionais, praticantes da medicina ayurvédica, unani, yoga, curandeiros chineses, dentre outros (BARROS; SIEGEL; OTANI, 2011).

Assim como houve vários movimentos que excitaram a busca pela Promoção da Saúde no início de 1986, com a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde em Ottawa (BRASIL, 2001), alguns eventos e documentos merecem destaque na regulamentação e tentativas de constituição da PNPIC. No mesmo período, aconteceu um dos movimentos marcantes, configurado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), regida pela reforma sanitária, que deliberou, em seu relatório final, a "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático à escolha da terapêutica preferida" (BRASIL, 2006).

Outro evento marcante ocorreu no ano 2000, com a 11ª Conferência Nacional de Saúde, que fez recomendações de "incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêuticas, como Acupuntura e Homeopatia". O Ministério da Saúde, no intuito de dar a conhecer experiência já desenvolvidas na rede pública, adotou como estratégia a realização de um Diagnóstico Nacional, envolvendo as racionalidades já expressas no Sistema Único de Saúde, entre as quais se destacam aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa- Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e da Medicina Antroposófica, além das práticas complementares de saúde (BRASIL, 2006).

O que está posto remete à definição de Promoção da Saúde expressa por Czeresnia e Freitas (2003), ao considerar que a Promoção da Saúde envolve um processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua saúde por meio de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis à manutenção e aquisição de saúde em diferentes enfoques teóricos e práticos.

Ao considerar as diversas definições existentes para a Promoção da Saúde, nos remetemos ao que Carvalho (2007) explicita, mencionando que esta diversidade decorre das diferentes considerações políticas, sociais e teóricas, tornando impossível uma definição única e universalmente aceita, pois estas variam de acordo com os objetivos, a população-alvo, o foco e o tipo de intervenção.

Segundo Tesser (2009), as práticas complementares podem ser recursos úteis na promoção da saúde individual e grupal. Sua contribuição não parece ser desprezível, ao contrário: ela potencialmente ajuda a suprir uma falha estratégica na promoção da saúde no

SUS, uma vez que a tradição dominante na ação educativa nos serviços de saúde é centrada na prevenção de doenças, controle de fatores de risco, sendo comum o amedrontamento da população e a pouca efetividade.

Nessa perspectiva, promover a saúde de parturientes associa-se ao desafio de aderir a estratégias eficazes de participação e reconhecimento dos inúmeros benefícios decorrentes da utilização de terapias alternativas no processo do parto. Para Rabello (2010), a Promoção da Saúde é um conceito estritamente relacionado à qualidade de vida, portanto dinâmico e impermanente, elaborado continuamente pelo referencial das pessoas e grupos e não apenas da Medicina flexeneriana.

Com ênfase na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, identifica-se a integralidade na atenção básica, envolvendo, assim, justificativas de natureza política, econômica, social e cultural (BRASIL, 2006).

Tal proposta emergiu com vistas a disponibilizar uma atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, princípio que requer a interação das ações e serviços existentes no SUS, visando a contribuir para o seu fortalecimento.

Dentre os três princípios que fundamentam o SUS, “universalidade, equidade e integralidade”, destaca-se a integralidade como forma de identificar as articulações interpessoais e intersetoriais nos serviços. Segundo a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90, inciso II do artigo 7º, a integralidade é entendida como “o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2001).

Na perspectiva de Carvalho (1993), o conceito de integralidade é trabalhado em três níveis: no marco teórico e nas práticas local e distrital de saúde. No marco teórico, relaciona a integralidade com a ideação de homem, mundo e sociedade; com a concepção de Medicina e de processo saúde-doença; e também com a concepção de assistência e de atenção à saúde. No que se refere à prática local, o autor relaciona a integralidade à natureza e à relação das atividades e ações de atenção integral à pessoa e à coletividade, na promoção, prevenção, terapêutica e reabilitação.

Nesse sentido, as ações de saúde não podem ser voltadas apenas para a assistência ou setor saúde, sendo necessário articular políticas sociais e econômicas, práticas e itinerários terapêuticos que busquem a Promoção da Saúde.

Pinheiro e Mattos (2009) assumiram que a integralidade é expressa como dispositivo legal-institucional, portador de valores ético-políticos que têm no cuidado sua maior expressão como atividade humana. Nessa perspectiva, podemos refletir que o cuidado, base do princípio da integralidade, pode ser proporcionado em diversas vertentes, de forma que busque significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como um direito de ser.

Para se organizar práticas de saúde voltadas para a integralidade na atenção e no cuidado, é preciso rever a teoria de saúde-doença que sustenta essas práticas. Atualmente, o modelo do cuidado é caracterizado por novos valores que permeiam a lógica do individualismo: o consumismo, a busca do poder sobre o outro, a disputa, que acabam por influenciar de maneira decisiva os campos mais importantes do agir e do viver humanos, como a política, a ética e a cultura (PINHEIRO; LUZ, 1999).

Em contraposição com a existência desse modelo centrado no processo saúde-doença, ressaltamos a essência das chamadas medicinas não convencionais, frequentemente apontadas como práticas terapêuticas alternativas no tratamento das pessoas, sendo incorporadas progressivamente à organização da prestação de assistência médica à população. O baixo custo no tratamento e a pouca efetividade da medicina convencional são citados como os principais motivos da crescente inserção dessas práticas nos serviços públicos de saúde, sendo a homeopatia a prática terapêutica que mais se destacou nos últimos dez anos (LUZ, 2003). Este fato retoma aos conceitos da integralidade do indivíduo.

Ante as concepções expressas que presumem definições e/ou conceitos dos autores, consideramos que a integralidade é um princípio pelo qual ações relativas à saúde devem ser efetivadas, individual e coletivamente, para a garantia das atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma integrada, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde.

Pensar na integralidade, porém, nos remete ao que está expresso pela PNPIC (2006), ao explicitar o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente.

Mattos (2004) assume que a importância de defender a integralidade na saúde está, em grande parte, na consequente defesa de práticas em saúde intersubjetivas, pois, nelas, os profissionais de saúde se relacionam com o sujeito e não com objetos, numa dimensão dialógica, e a oferta de ações de saúde encontra-se sintonizada com o contexto específico de cada encontro e de todo sujeito.

Efetivamente, o modo de lidarmos com o corpo, as doenças, as terapias e com a dor é amplamente determinado pelas representações sociais que nossa cultura tem de nosso corpo e de suas relações com nossa mente e emoções, estabelecendo uma relação direta e mecânica com o meio ambiente (GERHARDT, 2009).

Contudo, Gerhardt (2009) afirma, no entanto, que pensar na prática da integralidade é refletir no cuidado como valor ético, no cuidado como redes sociais; é, antes de tudo, dar espaço para a diversidade, para as contradições, tornar possível que se institua o apoio social como prática de saúde por parte dos profissionais; é valorizar o apoio social na comunidade, reconhecer os indivíduos por parte dos profissionais como sujeitos no processo do cuidado e não somente como objeto de práticas e prescrições.

3.4 Enredo histórico do parto no Brasil e os sentidos atribuídos à humanização do parto e nascimento

Tradicionalmente, o parto no Brasil era realizado por mulheres brancas, mulatas e portuguesas, assim denominadas “aparedeiras”, parteiras-leigas, em detrimento do seu conhecimento popular. A profissão de parteira é uma das mais antigas, já reconhecida na Bíblia, no livro do Êxodo. Há relatos dando conta de que as parteiras deveriam ser asseadas, sem vícios, idôneas, honestas, preferencialmente viúvas, possuir destreza, conhecimentos fisiológicos, bem como conhecer os rituais ligados ao nascimento (NEVES, 2002). Esse evento natural do parto foi considerado por milhares de anos um momento exclusivamente feminino, passando por mudanças significativas por volta da Idade Média, em que o homem começa a ser posto nesse lugar.

O cuidado prestado pelas parteiras, entretanto, no período moderno, começou a ser caracterizado como práticas desarrazoadas, crendices e feitiços, flagelações e bebidas repugnantes, que mais poderiam complicar a parturição do que auxiliá-la (REZENDE, 1974).

Em meados do século XVII e XVIII, primeiramente na Europa e se estendendo pelo Brasil, a Medicina, como instituição, incorporou esta prática como uma das suas atribuições, intitulando-a Arte Obstétrica (BRENES, 1991).

Por volta de 1978, com o fortalecimento da Medicina Obstétrica, os médicos afirmaram que a infecção puerperal estava relacionada à falta de higiene e assepsia das parteiras no momento do parto (REZENDE, 1993). As parteiras foram responsabilizadas pelo

aparecimento da febre puerperal e da oftalmia neonatal que poderiam ser prevenidas por técnicas de higiene tais como a lavagem correta das mãos e a instilação de colírio.

A partir daí, as parteiras foram aprimoradas por meio de treinamento, na Inglaterra, na Alemanha e na maioria dos países europeus, tornando-se uma profissão estabelecida e independente (OSAWA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006). A partir do século XIX, as parteiras incorporaram-se ao sistema médico, mesmo havendo oposição por alguns destes profissionais, cabendo a elas a execução do parto normal (HELMAN, 2003).

Consoante informação de Arruda (1989), com o modelo cartesiano do dualismo de *parteiro ou médico-parteiro*, os profissionais ponderavam o corpo como uma máquina, sendo o corpo masculino considerado o protótipo desta máquina e o feminino um desvio do padrão masculino, considerado hereditariamente anormal, defeituoso, perigosamente imprevisível, regido pela natureza e carente do controle constante por parte dos homens.

Para alguns autores o parto foi concebido como forma de violência intrínseca essencial, um fenômeno “fisiologicamente patogênico”; e implicaria sempre danos, riscos e sofrimentos, fazendo-se necessário que a obstetrícia médica oferecesse um apagamento da experiência por meio da sedação total, e para facilitar o atendimento do médico, a parturiente é colocada em posição horizontal a fim de parir (DINIZ, 2005).

No Brasil, a Obstetrícia médica iniciou-se com a inauguração das escolas de Medicina e Cirurgia da Bahia e do Rio de Janeiro, em 1808. Naquele momento, para possibilitar o aprendizado dos alunos, passou-se a instituir escolas de parteiras junto aos hospitais. Com o passar do tempo, a atuação das parteiras passou a ser instituída nesse cenário para que o trabalho da Medicina pudesse sobressair (BRENES, 1991).

No Ceará, as práticas populares no cuidado à saúde e o sistema formal de saúde refletem o mesmo movimento que se iniciou ainda no século XIX, com a “medicalização” das atividades ligadas à saúde e à doença no Brasil e a higienização do espaço, principalmente nas grandes cidades, a qual se estendeu para as regiões do interior. A institucionalização da profissão de parteiras no Ceará é marcada com a criação da primeira maternidade do Estado, na capital, Fortaleza: a Maternidade Dr. João Moreira, em 1915, onde foi instituído um curso de parteira (PARTEIRAS CEARENSES, 2007).

Na metade do século XX, o processo de *hospitalização* do parto estava instalado em muitos dos países industrializados. As mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou

reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas, separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, etc. A mulher é submetida à chamada “cascata de procedimentos” (BRENES, 1991).

Com a ascensão da hospitalização, emergiram diversas disputas de poder por meio dos profissionais habilitados a assistir o parto (médicos, parteiras, enfermeiras obstetras, obstetrizes). O desenvolvimento de técnicas intervencionistas, contudo, de domínio médico e oferecido como fator de segurança, levou as mulheres a optarem pelo parto realizado pelo médico (AGUIAR, 2010).

É sabido, entretanto, que a assistência ao parto normal não é função privativa do profissional médico: destacamos o fato de que a Lei do exercício profissional nº 7.498/86 regulamenta que a enfermeira obstetra tem habilitação para desempenhar uma assistência pré e pós-natal, realização de parto normal (se necessário, bloqueio locorregional, episiotomia e episiorrafia), identificação de distocias e tomada de decisões até a chegada do médico, além das atividades desenvolvidas nas consultas ginecológicas primárias, planejamento familiar e câncer cérvico-uterino e mamário.

Neste cenário, remetemos reflexões que vão ao encontro de pesquisas (LUZ, 1981), ao mencionar a institucionalização como uma cristalização de modos de poder, corroborando Vieira (1999), ao compreender a “medicalização” do corpo feminino como um dispositivo social que relaciona questões políticas aos cuidados individuais do corpo da mulher, normalizando, regulando e administrando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana.

A hospitalização do parto passou a ser o cenário da assistência, com origem na segunda metade do século XX, nos países industrializados, em prol da diminuição da mortalidade materna e infantil e hospitalização passou a ser sinônimo de intervenção (CARDOSO, 2009).

Vale ressaltar que a tecnologia e os estudos científicos proporcionam avanços inquestionáveis na qualidade da assistência obstétrica, constatada pela evolução da operação cesariana, que deve ser usada apenas quando há realmente necessidade. Observa-se que esse procedimento passou a ser entregue sem justificativas obstétricas, ensejando uma “medicalização” excessiva de um processo natural (CHAVES et al., 2002).

Para rescindir esse modelo tecnocrático no Brasil, portanto na década de 1970, surgem alguns protagonistas, como Galba de Araújo, no Ceará, e Moisés Paciornick (1979), no Paraná, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios que buscam modificar o

panorama do parto e do nascimento. Já na década de 1980, vários grupos oferecem assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco (DINIZ, 2005).

De posse da institucionalização do parto e nascimento, Aguiar (2010) elucidou, em seu estudo, que as evidências científicas apontam para uma assistência fornecida nas maternidades públicas, muitas vezes carregadas de violência institucional, pois frequentemente, as parturientes são submetidas a uma cascata de intervenções desnecessárias que acarretam diversas complicações imediatas e futuras.

Atualmente, por mais que esteja em vigor a institucionalização do parto e do nascimento, aumenta a preocupação, por parte do governo, instituições e profissionais, para estabelecer a humanização do parto. Na realidade, porém, ainda se encontram muitos entraves institucionais, dentre outros, que dificultam a concretização desse momento.

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o manual intitulado Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Esta publicação versa sobre diversas práticas utilizadas no parto, que são benéficas, tais como o clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido, início do aleitamento materno logo após o parto e delivramento ativo da placenta, pretendendo atingir o objetivo da atenção contínua às mães e recém-nascidos (BRASIL, 2011).

Tais práticas objetivam retomar o espaço da humanização na cena do nascimento e, ao se falar do termo humanização, duas linhas de reflexão devem ser propostas: uma delas diz respeito à questão de saber se podemos falar de humanização sem nos referirmos ao termo desumanização; a outra remete a saber quais as noções de humanização em voga, para que possamos escolher aquela que tem mais pertinência ética e política (DINIZ, 2005).

A humanização na assistência ao parto, contudo, é utilizada com diversos sentidos há muitas décadas. Fernando Magalhães, o pai da Obstetrícia brasileira, a empregou no início do século XX e o professor Jorge Rezende, na segunda metade do século, defendendo a ideia de que o uso do fórceps veio para humanizar a assistência aos partos (REZENDE, 1993).

A história do parto transcendeu inúmeros momentos, o que pode ser sinalizado desde a concepção de DeLee (ao defender a noção de que, para a mãe, o parto equivaleria a cair com as pernas abertas sobre um forçado e, para o bebê, a ter sua cabeça esmagada por uma porta).

Neste sentido, por várias décadas, o parto foi visto como um evento medonho e a solução para a Obstetrícia médica seria oferecer um apagamento desse momento fazendo que muitas mulheres da classe média parissem inconscientes (DINIZ, 2005).

Por volta da metade do século XX, este quando cenário aos poucos foi-se modificando e, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto conscientes, porém, imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas, separadas de seus familiares, e em especial no Brasil, se incluem como rotina a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia) (MOLD; STEIN, 1986).

Percebeu-se que o uso irracional de práticas e rotinas provoca mais danos do que benefícios. Há cerca de 25 anos, iniciou-se um movimento internacional batizado de *humanização do parto*, que tem como objetivo priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação do paciente com seus cuidadores e o abandono de tecnologia danosa (DINIZ, 2005).

Nessa perspectiva, a diversidade de termos atribuídos ao que seria humanizar o parto veio à tona. Dentre os mais influentes, é possível citar a abordagem psicosssexual do parto, de Sheila Kitzinger (1985), a redescrição da fisiologia do parto, de Michael Odent (2000), e a proposta de parto ativo, de Janet Balaskas (1996), entre outros protagonistas.

Um dos eventos que resguardam a humanização do parto e nascimento foi configurado em 1993, com a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuma), que atualmente congrega centenas de participantes, entre pessoas e instituições, considerando que o parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor (REHUMA, 2011).

No Brasil, considera-se que o marco da assistência ao parto e nascimento aconteceu em 1985, em Fortaleza-CE, no movimento sobre tecnologia apropriada para o nascimento, onde houve uma reflexão da necessidade de implementar outros profissionais, não médicos, para a humanização da cena do parto e nascimento. No Ceará, o auge dessa ascensão foi configurado de 1975 a 1985, quando o obstetra José Galba de Araújo coordenou o serviço pioneiro de casas de parto (OSAVA, 1997).

José Galba de Araújo nasceu em Sobral, no Ceará, em 1917, Estudou Medicina na Bahia e nos Estados Unidos, onde teve contato com as inúmeras tecnologias que havia em sua época. Ao retornar ao Brasil, porém, sempre defendeu a assistência à mulher, respeitando seus costumes e crenças. Ele formou profissionais e foi defensor das parteiras e ainda criou um projeto exemplar de atenção primária em zona rural, onde encarou o desafio de melhorar a qualidade do parto domiciliar e identificar as gestantes de alto risco. Enfim, Galba foi um defensor incansável do parto normal, tanto que, em 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Prêmio Galba de Araújo (BRASIL, 2002).

Em Fortaleza, em novembro de 2000, houve a I Conferência Internacional do Parto, uma parceria entre o projeto Luz – JICA, Ministério da Saúde e Secretaria de Estado do Ceará, com objetivo central de reunir a comunidade internacional para aprofundar a compreensão global da saúde materna e perinatal, fortalecendo o modelo humanizado (REHUNA, 2000).

Vale ressaltar, contudo, que o termo humanização foi atribuído pelo Ministro da Saúde e sua equipe técnica ao Programa de Pré-Natal e Nascimento, com a premissa de melhorar as condições do atendimento e de que o profissional privilegiasse não só o que viu e palpou, mas também o que ouviu da gestante, o que ela descreveu estar sentindo, para o tratamento ser eficiente. Ainda traz a todo momento a importância da participação da família durante a gestação, o parto e o puerpério (BRASIL, 2000).

No Manual *Assistência ao Parto Normal: um guia prático* (1996), consta que a solução para a prática do parto humanizado é simples e de baixo custo, e as doulas realizam um trabalho importantíssimo, independente de tecnologias específicas, pois, mesmo com os aparatos existentes na instituição, é possível realizarem suas práticas com um simples toque e apoio.

Cabe salientar, o fato de que o Ministério da Saúde divulga, em seu *Guia Prático de Assistência ao Parto Normal*, aspectos que devem ser seguidos durante a assistência ao parto, tais como: avaliação do bem-estar da parturiente durante o trabalho de parto; procedimentos de rotina; nutrição; local do parto; apoio durante o parto; presença do acompanhante junto à parturiente, e uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, como massagens realizadas por doulas ou acompanhante, banho de chuveiro ou de imersão, uso de compressas quentes ou frias, dentre outras práticas (OMS, 1996).

Quando retomamos as práticas de humanização, emerge uma reflexão acerca da assistência prestada à mulher desde a atualidade: seria desumanizada? Com procedência nesse questionamento, podemos definir o conceito de humanização segundo Odent (2000), ao assinalar que o nascimento, antes de ser uma “questão médica”, é de fato uma parte integral da vida sexual e emocional das mulheres e, assim, a equipe deve ser mera facilitadora, cuja tarefa é a de intervir o mínimo possível.

Consoante o entendimento de Janet Balaskas (1993), o parto é basicamente uma função natural do organismo, que acontece de maneira espontânea e involuntária no final da gravidez, fazendo parte de um processo contínuo que inicia com o ato de amor e concepção e termina com a crescente independência da criança em relação à mãe, durante os primeiros anos de vida.

O que é expresso vai ao encontro do paradigma humanista, centrado na mulher, fundamentado na Medicina baseada em evidências e no respeito aos direitos das usuárias, constitui o modelo de atenção que tem sido preconizado em substituição ao paradigma hegemônico, focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

A Medicina baseada em evidência (MBE) iniciou-se no campo da saúde pública no ano Internacional da Criança, em 1979, com a criação do Comitê Europeu para estudar as intervenções, a fim de reduzir a morbimortalidade perinatal e materna. Com origem desse trabalho, vários grupos foram formados para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, apoiados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1996).

Fato demarca uma compreensão de que a MBE possibilitou a redescritção extensa da assistência ao parto, ao sinalizar que o corpo feminino, antes carente e desgastado, é redescrito como apto a dar à luz, muitas vezes sem a necessidade de quaisquer intervenções, e o nascimento, antes considerado um perigo para o bebê, passou a ser visto como um evento fisiológico. Os familiares são convidados à cena do parto, fazendo que ele inspire uma nova estética (WHO, 1986).

Por fim, podem ser refletir diferentes definições da expressão “humanização do parto”, as que foram evidenciadas nos achados de uma pesquisa de doutorado sobre os diferentes sentidos, limites e possibilidades das propostas de humanização da assistência ao parto.

Os resultados apontaram para a humanização como a legitimidade científica da Medicina, legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres na assistência ao nascimento, humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população, como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento de papéis e poderes na cena do parto, legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos, legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre a sua saúde e humanização como direito ao alívio da dor e da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos humanitários (TORNQUIST, 2004).

Em razão dos resultados citados, é verificável o fato de que a humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e propostas de mudanças, que permeiam as simples ações e atitudes, capazes de criar outras possibilidades que cumpram os direitos das mulheres, respeitando suas opiniões, sexualidades, experiências e, sobretudo, escolhas.

4 METODOLOGIA

O itinerário metodológico percorrido neste estudo baseou-se em um estudo de natureza qualitativa, que buscou identificar as evidências qualitativas sobre o uso de PIC na gestação e parto, por meio de uma metassíntese; e analisar a realidade de mulheres que exercem a função de doula de forma autônoma em instituições públicas e privadas em Fortaleza-CE e Campinas-SP.

A pesquisa qualitativa nos deu a possibilidade de observar atentamente o cotidiano das práticas exercidas pelas doulas, suas atitudes, valores, conhecimentos e a interação com as parturientes. Essa abordagem possibilita a constituição da realidade inerente a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos, tornando possível apreender os meandros das relações sociais (MINAYO, 2010).

Para a realização da metassíntese obedecemos os cinco passos propostos por Francis Baldesari, do UK Cochrane Centre, que consiste em: (a) identificar o interesse intelectual e qual o objetivo da pesquisa – realizamos uma busca exploratória na literatura sobre a questão de pesquisa e localizamos em maior proporção estudos de natureza quantitativa, os quais possibilitaram o interesse pela síntese de estudos qualitativos; (b) determinar o que é relevante aos interesses e selecionar os critérios de inclusão mediante uma exaustiva coleta de dados – buscamos nas bases de dados os artigos referentes ao tema, elaboramos uma tabela contendo nome do artigo, ano de publicação, base de dados, descritores e resumo e após elaboração da tabela, selecionamos os estudos com abordagem qualitativa; (c) realizar uma criteriosa leitura dos estudos a fim de analisar as metáforas e as interpretações relevantes, elaborando resumos, com o objetivo de tornar os resultados mais acessíveis e organizados para o revisor – selecionamos os estudos qualitativos que respondiam a questão em estudo e efetuamos a leitura exaustiva; (d) elaborar novas afirmações concisas e amplas que correspondam ao conjunto dos resultados, mais que preservem o contexto original – após a leitura detalhada dos estudos, as ideias centrais foram agrupadas e comparadas; e (e) elaboração de novas interpretações equivalentes a todos os estudos pesquisados – com a convergência dos achados afloram duas categorias analíticas (BALDESARI, 2006).

Buscamos os artigos, no período de junho a agosto de 2012, em periódicos indexados nas bases de dados eletrônicas SciELO; LILACS; BIREME; MEDLINE; EBSCO; CINAHL e Portal Periódicos CAPES (Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). A

busca de artigos nessas bases deu-se por contemplar o acesso em referências mundiais na área da saúde e publicações na América Latina, objetivando, assim, acessar todos os artigos disponíveis nas diversas áreas multiprofissionais.

Ao acessar a interface da Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores “Labor” e “Complementary Therapies” “Pregnancy”, encontramos 363 artigos, dos quais, dois foram localizados na SciELO; dez na LILACS; 117, BIREME; 79, MEDLINE; 67, além de 29 nas bases especializadas do Portal Periódicos CAPES, EBSCO; 07, CINAHL; 54.

Foram incluídos estudos qualitativos originais, publicados nos últimos dez anos, escritos em português, espanhol e inglês, desenvolvidos nas diversas áreas da saúde com menção ao uso de práticas alternativas, complementares ou integrativas durante a gestação e trabalho de parto, e que estivessem disponíveis na íntegra para leitura. Excluímos capítulos de livro, teses de doutorado, dissertações de mestrado e artigos com abordagem quantitativa. Selecionamos para a amostra cinco artigos, os quais, foram avaliados, seguindo o roteiro das diretrizes para a revisão de pesquisa qualitativa (RATS) que privilegia quatro tópicos, referentes à relevância do estudo, amostragem, transparência dos procedimentos e solidez da abordagem interpretativa (GODLEE; JEFFERSON, 2003).

Para analisar as Práticas Alternativas e Complementares realizadas por doulas atuantes em espaços institucionais públicos e privados, efetuamos um estudo com nove doulas que exerciam o suporte mediante a contratação do serviço pelas gestantes. Destas, três prestavam apoio à parturiente em maternidades particulares de Fortaleza-CE e seis realizavam essa prática em domicílios ou instituições situados na cidade de Campinas-SP.

A escolha dos locais em estudo justifica-se por estes privilegiarem cenários de movimentos sociais relevantes no campo da humanização do parto e nascimento. No Município de Campinas, atualmente, as PIC têm o status de programa de saúde e contam especificamente com a área de saúde integrativa com ênfase na saúde da mulher (CAMPINAS, 2012), e ainda dispõem de grupos de apoio à maternidade com o suporte da doula que pode ser contratada para exercer um acompanhamento da gestante e parturiente em domicílio ou nas maternidades (GAMA, 2012). Em Fortaleza, o apoio da doula, é configurado em poucos espaços, porém, dispõe de uma maternidade pública de nível terciário que realiza assistência ao parto humanizado, com o auxílio de doulas voluntárias.

O acesso aos sujeitos da pesquisa na cidade de Fortaleza deu-se pela busca por doulas certificadas e cadastradas pela Associação Nacional de Doulas do Brasil (ANDO). Na cidade

de Campinas, o acesso de algumas doulas ocorreu nos grupos de apoio à maternidade e, foi acionado o esquema bola de neve, ou seja, as doulas entrevistadas indicaram nomes e contatos de outras doulas da cidade. Após as indicações, mantivemos contato, por telefone, ou presencial na maternidade, nos dias de trabalho. Essa busca se baseia na solicitação dos membros iniciais que indiquem outras pessoas com perfil compatível aos critérios de seleção do estudo (POLIT, 2004).

A coleta de dados ocorreu no decorrer do segundo semestre de 2010, por meio de uma entrevista semiestruturada, contendo dados sociodemográficos, motivação e benefícios para ser doula, bem como percepções sobre o uso de PIC mediante as seguintes questões norteadoras: *Quais as práticas alternativas e complementares você utiliza durante a gravidez, trabalho de parto e parto? Como você percebe as contribuições destas práticas na gravidez e no processo do parto?* Para a realização das entrevistas, agendamos encontros individuais com as participantes do estudo em um espaço reservado, tranquilo, que nos proporcionasse condições favoráveis para falar espontaneamente da prática e observar as encenações, livres das emoções, dos pensamentos, dos afetos quanto ao trabalho exercido. A entrevista teve duração média de duas horas, tempo considerado suficiente para o relato de suas experiências, sentimentos, pensamentos, expressões, tem sido respeitada sua liberdade de resposta sem julgamento, preservando o anonimato e o sigilo das informações (BRASIL, 1996).

Elegemos como critérios de inclusão: exercer o suporte as gestantes há mais de seis meses no âmbito particular e serem certificadas para realizar essa prática. As doulas captadas que exerciam voluntariamente essa prática foram incluídas em um estudo subsequente.

Para o tratamento das informações coletadas em campo e da metassíntese, optamos pela organização dos dados, de acordo com a Análise de Conteúdo, na modalidade temática conforme recomenda Bardin (2008). De posse dos dados não estruturados, procedemos a leitura e ao agrupamento do material. Posteriormente, fizemos uma leitura compreensiva das respostas às questões da entrevista e buscamos identificar os núcleos de sentidos subjacentes que emergiram dos resultados em estudo.

O ensaio cumpriu os requisitos da Resolução N° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil, tendo sido aprovado com o Parecer n° 423/2011, do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Fortaleza - UNIFOR-CE.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão expressos em três eixos condutores, referentes às *evidências qualitativas sobre as Práticas Alternativas e Complementares na gestação e parto; atuação da doula e o uso de práticas integrativas e complementares*; e, em seguida, realizaremos uma análise pautada nas *contribuições do uso de práticas alternativas e complementares por doulas*.

- **Evidências qualitativas sobre as Práticas Alternativas e Complementares na gestação e parto**

Na análise dos cinco estudos, elaboramos uma síntese contendo os objetivos de cada artigo, o percurso metodológico seguido e os principais resultados e discussão que serão exibidas no quadro. Seguidamente, agrupamos a convergência dos achados em duas subcategorias: *contribuições das práticas integrativas e complementares utilizadas na gestação e no parto e os sentidos atribuídos por mulheres e profissionais que as utilizam*, Ambas serão contextualizadas à luz de reflexões inerentes à invisibilidade das PIC utilizadas no cenário da humanização do parto e nascimento.

Quadro 1 - Caracterização dos artigos analisados

| Autor, ano, local | População estudada e objetivo de estudo | Núcleos de Sentido – Temáticas | Resultados |
|---|--|---|---|
| Tiran e Chummun, 2004, Reino Unido | Estudo de revisão Investigar os efeitos fisiológicos de determinadas terapias complementares (massagem e reflexologia) para diminuição do impacto do estresse na gravidez. | Terapias complementares para reduzir o estresse fisiológico na gravidez. - Resposta do estresse adaptativo na gravidez e terapias complementares para reduzir os efeitos adversos do hormônio do estresse na gravidez. - As terapias complementares para reduzir o efeitos adversos de hormônios do estresse em gravidez. | - As terapias complementares estão sendo incorporadas cada vez mais nos serviços de saúde convencional. - Terapias de toque ajuda na diminuição do estresse materno, estimulando a atividade vagal e aumenta a insulina melhorando o crescimento fetal. - A reflexologia aumenta a sensibilidade da aorta resultando no aumento da diurese e redução do volume sanguíneo circulante e a acupuntura reduz pressão sistólica. - A acupuntura é pensada para induzir analgesia, pois aumenta a liberação de opióides. |
| Zwelling, Johnson e Jonel, 2006, | Estudo de revisão - Desenvolver uma breve revisão sobre a utilização de terapias complementares para o alívio da dor e demonstrar como estas podem ser utilizadas durante o trabalho de parto. | Como implementar terapias complementares para mulheres em trabalho de parto. - Como as terapias complementares aliviam a dor? -Terapias complementares para o trabalho de parto e nascimento. - Como você pode implementar terapias complementares para o apoio de mulheres durante o parto e nascimento em sua instituição? | - A aromaterapia pode promover o relaxamento e diminuir a percepção da dor. - Massagem – promove o progresso do trabalho de parto e promove relaxamento. - Para implementar tais práticas faz-se necessário, construir uma base de suporte com administração, estabelecer uma equipe para planejar a mudança e educar pessoas chaves para compartilhar a idéia - Terapias complementares para mulheres em trabalho de parto são baseadas em evidências. |
| Hoga e Reberte, 2006, Hospital Universitário da Universidade de São Paulo | Oito gestantes e quatro companheiros que faziam acompanhamento pré-natal por enfermeiras obstétricas. - Avaliar a efetividade do emprego de técnicas corporais no desenvolvimento de um grupo de gestantes, conforme a experiência dos participantes. | Técnicas corporais em Grupo de Gestantes: a experiência dos participantes. - As técnicas corporais promoveram alívio dos desconfortos da gestação, serviram de incentivo à participação nas sessões e foram avaliadas positivamente. | - Melhora da dor e a sensação de peso nos membros inferiores por meio da realização das técnicas corporais. - Os integrantes aprenderam na prática as diversas possibilidades de alívio dos desconfortos aplicáveis durante o ciclo grávido e puerperal e fora dele. - As técnicas corporais no grupo de gestantes intensificaram o envolvimento entre os casais e proporcionou a integração dos participantes. |

| Autor, ano, local | População estudada e objetivo de estudo | Núcleos de Sentido – Temáticas | Resultados |
|---|--|---|---|
| Zwelling, Johnson e Jonel, 2006, | | <ul style="list-style-type: none"> - A inserção da abordagem corporal no grupo de gestantes promoveu o autocuidado de seus integrantes. - O emprego das técnicas corporais no grupo de gestantes intensificou o envolvimento entre os casais e proporcionou a integração dos participantes. - Há limitações no emprego da abordagem corporal no grupo de gestantes e na sua aplicabilidade em domicílio. | As técnicas utilizadas promovem o autocuidado, alívio das sensações dolorosas, cansaço e estresse. |
| Hoga e Reberte, 2006, Hospital Universitário da Universidade de São Paulo | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo de Revisão - Explicar algumas das possíveis complicações que podem ocorrer durante a gravidez e as implicações para a prática da terapia complementar | <p>Terapias complementares na gravidez: reconhecer e lidar com complicações</p> <ul style="list-style-type: none"> - A avaliação geral da mãe - Doença - Sangramento vaginal - Dor nas costas - Dores de cabeça - Gravidez múltipla - <i>Diabetes mellitus</i> - Início do trabalho de parto | <ul style="list-style-type: none"> - A utilização de terapias complementares variam de acordo com as condições obstétricas de cada mulher - As alterações hormonais, emocionais e cansaço podem ser minimizados com a utilização de massagens terapêuticas, óleos essenciais, reflexologia. - Aromaterapia, massagem e reflexologia pode ajudar a relaxar. - A cefaléia pode ser aliviado com o uso de remédios homeopáticos, shiatsu, massagem na cabeça e aromaterapia. - Mulheres que não necessitam de insulina para controlar a doença podem receber terapias complementares com cautela. |
| Garcia; Farrés, Domingo e Marimon, 2011, Hospital Sant Joan de Déu em Barcelona | <p>20 participantes: quatro multíparas e apenas uma fez fertilização <i>in vitro</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a eficácia do tratamento com acupuntura e moxabustão frente ao tratamento habitual para favorecer a rotação do feto de mulheres grávidas de 34 semanas com apresentação pélvica. | Efetivação da acupuntura e moxabustão em mulheres grávidas com apresentação pélvica: um estudo-piloto. | <ul style="list-style-type: none"> - Depois da acupuntura e moxabustão, a rotação espontânea ocorreu com seis gestantes permitindo a realização do parto vaginal e as demais foram submetidas ao parto cesáreo. - A acupuntura e moxabustão evitam um número exaustivo de procedimento. - Trata-se de uma prática pouco agressiva e que a prática clínica desta terapia é para ser oferecida as pacientes grávidas com apresentação pélvica. |

| Autor, ano, local | População estudada e objetivo de estudo | Núcleos de Sentido – Temáticas | Resultados |
|---|--|---------------------------------------|--|
| Garcia; Farrés, Domingo e Marimon, 2011, Hospital Sant Joan de Déu em Barcelona | | | - A partir dos resultados obtidos sugerem a hipótese de que a acupuntura e moxabustão promovem uma rotação do feto em apresentação pélvica com idade gestacional de 34 semanas |

Fonte: Artigos selecionados para o estudo

No que concerne às práticas integrativas e complementares utilizadas na gestação e parto, evidenciamos o uso e os efeitos da massagem terapêutica, reflexologia, acupuntura, acupressão, aromaterapia, musicoterapia, hidroterapia e moxabustão.

Constatamos que o uso da massagem contribuiu para a diminuição do estresse, das alterações hormonais, ansiedade, cansaço, diminuição das dores na região lombar, cefaleia e a dor do parto; ajudou na prevenção de complicações, (TIRAN; CHUMMUN, 2004), promoveu o progresso do trabalho de parto (ZWELLING, JOHNSON; JONEL, 2006) e o alívio dos desconfortos decorrentes da gestação (HOGA; REBERTE, 2006).

No estudo realizado por Hoga e Reberte (2006) as participantes relataram:

Estava com problema de circulação, a maneira de fazer os exercícios nas pernas ajudou muito (...) não sumiu as dores, mas aliviou bastante; (...) Era um peso nas pernas (...) aquela massagem nas pernas de trazer de baixo para cima me aliviava e me sentia muito bem (...) me ajudou muito (...) eu chegava em casa completamente pesada (...).

Outras práticas foram evidenciadas e apontaram resultados benéficos, como a reflexologia, que proporcionou o aumento da diurese e a redução do volume sanguíneo circulante, enquanto a acupuntura reduziu a pressão sistólica (TIRAN, 2010), a aromaterapia promoveu o relaxamento e diminuição da percepção da dor e pode ser associada a outras terapias como a hidroterapia e massagens terapêuticas (ZWELLING, JOHNSON E JONEL, 2006), a ioga reduziu os níveis de catecolaminas, colesterol, glicemia, triglicerídeos e a pressão sanguínea (TIRAN e CHUMMUN, 2004); os remédios homeopáticos, shiatsu, massagem na cabeça e aromaterapia diminuíram a ocorrência de cefaleia e a acupuntura também foi pensada para induzir analgesia, pois aumenta a liberação de opioides (TIRAN, 2010).

Constatamos que as terapias complementares como a acupuntura, acupressão, hipnoterapia, reflexologia, massagens ou aromaterapia, usadas conjuntamente, proporcionam relaxamento por aumentar a liberação de endorfinas (TIRAN, 2010).

Ao pensarmos na inserção de PIC no cenário institucional, em que o nascimento está inserido atualmente, damos origem à reflexão quanto às dificuldades de implantação destas nos serviços. Com efeito, um estudo de natureza quantitativo, realizado no sul da Austrália para examinar os padrões de referencia de obstetras e parteiras quanto à utilidade e segurança da medicina alternativa e complementar constatou que 70% dos obstetras consideraram a Medicina Alternativa e Complementar um método útil durante a gravidez (GAFFNEY; SMITH, 2004).

É sabido, no entanto, que o uso de PIC está constituído em uma crise na sociedade atual, a qual envolve culturalmente as relações inerentes à Medicina-sociedade como base para o sucesso das medicinas alternativas, pois, vivemos a evolução do capitalismo, mundialização, transformação, relações do trabalho e consumo caracterizando uma crise sanitária e da Medicina (LUZ, 2005).

Em âmbito nacional, essa aceitação esbarra na conjuntura institucional, pois, consoante Luz (1981) a institucionalização é uma cristalização de modos de poder ao conceber a “medicalização” do corpo feminino como um dispositivo social que relaciona questões políticas aos cuidados individuais do corpo da mulher, normalizando, regulando e administrando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana.

Para romper com a cristalização da assistência à saúde da mulher e buscar melhorias para esta, o Ministério da Saúde busca opções, como o lançamento da proposta “Rede Cegonha”, que visa a assegurar as mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, estabelecendo em um de seus componentes a garantia do uso de práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas: boas práticas de atenção ao parto e nascimento, preconizando com ênfase o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor como massagens e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto (BRASIL, 2011).

Em um estudo realizado em Fortaleza para identificar as práticas integrativas e complementares utilizadas por 17 doulas com as parturientes em uma maternidade pública de referência, ficou comprovado que o uso de hidroterapia, massagem, relaxamento e

musicoterapia proporcionam a diminuição do tempo de trabalho de parto, as intervenções medicamentosas e o alívio da dor (SILVA et al., 2011).

No tocante aos benefícios decorrentes do uso da Medicina Alternativa e Complementar (MAC) na gestação e parto, podemos mencionar os resultados encontrados por Kalder et al (2011), que, desenvolveram um estudo retrospectivo para avaliar o uso da Medicina Alternativa, antes e durante a gravidez e parto, com 205 mulheres e evidenciaram que 104 mulheres utilizaram Medicina Alternativa e Complementar (MAC) durante a gravidez, especialmente homeopatia, acupuntura e fitoterapia, com resultados favoráveis.

Em suma, os resultados destacam a existência de terapias alternativas com melhor efeito benéfico na gestação, como massagem, ioga, reflexologia, acupuntura, acupressão, hipnoterapia, aromaterapia, outras mais adequadas para serem instituídas no parto como a acupuntura, massagens, musicoterapia, hidroterapia, reflexologia, bem como as que podem ser utilizadas nos dois momentos, contribuindo positivamente para a humanização do parto e nascimento.

Ao discutirmos a diversidade de PIC e os benefícios decorrentes do uso destas na gestação e parto, há de considerar que, para Tiran e Chummun (2004), as terapias complementares estão sendo cada vez mais implementadas nos serviços de saúde convencionais principalmente quando a mulher passa por um processo fisiológico da gravidez, no entanto, ficou evidenciado que o pouco tempo ofertado indisponibiliza a efetivação eficaz de algumas terapias.

A utilização de terapias complementares, no entanto, exige todo um preparo da mulher e do provedor desse cuidado, para minimizar a ocorrência de fatores negativos que possam ser concretizados no decorrer do seu uso.

Algumas dificuldades podem ser inerentes à implantação de PIC no serviço, conforme. Conforme Zwelling, Johnson e Jonel (2006), para a experiência ser bem-sucedida, deve ser primeiramente implantada uma base administrativa, planejamento, propostas educativas, e, mesmo assim, leva-se um tempo considerável para conseguir êxito. Este estudo menciona, a ideia de que ante a implantação de terapias complementares no serviço, houve a resistência de alguns profissionais, no entanto, a persistência em fazer a mudança acontecer e a credibilidade nas contribuições benéficas dessa experiência foram intensivamente trabalhada.

Outras dificuldades foram elucidadas no estudo de Zwelling, Johnson e Jonel (2006), ao constatarem que a implantação de práticas alternativas no serviço levou aproximadamente

dois anos, e que, em razão desses entraves, os enfermeiros persistem em fazer a mudança acontecer para suas pacientes e acreditam que a sua experiência poderia ajudar outros a proceder igualmente.

Vale ressaltar que para viabilizar a efetivação bem-sucedida de PIC na gravidez e parto, necessita-se de uma abordagem holística, desde o Pré-Natal, para que as mulheres se sintam “empoderadas” e possam perceber que os efeitos benéficos do uso de PIC podem ser evidenciados desde os primeiros trimestres da gestação, ao trabalho de parto, parto e puerpério (TIRAN; CHUMMUN, 2004).

Entendem Hoga e Reberte (2006) que as limitações para o emprego de técnicas de abordagem corporal ocorreram pelo número de vezes em que as atividades eram desenvolvidas e, sobretudo, pela sobrecarga de trabalho das atividades diárias das participantes.

Em contraposição, as participantes relataram que as técnicas realizadas promoveram a melhoria do autocuidado e contribuíram para a diminuição das sensações dolorosas, cansaço e estresse durante o período gestacional, com a perspectiva de vivenciar uma gravidez saudável e bem-sucedida (HOGA; REBERTE, 2006).

Vale ressaltar que a utilização de terapias complementares na gestação e parto deve atender as condições obstétricas de cada mulher para que seja possível a promoção do bem-estar. Devem ser consideradas as possíveis doenças que podem ser inerentes a este período, como dores de cabeça, dores nas costas, sangramento vaginal, gravidez múltipla, dentre outras (TIRAN, 2010).

Para que seja possível articular as contribuições decorrentes do uso das PIC na gestação e parto, com a inserção destas nos serviços, deve-se refletir à luz do pensamento de Madel Luz (2011) ao expor a estrutura rigidamente vertical dos serviços, profissionais centralizados nas ações de intervenção inseridos no campo biomédico, constituído, um obstáculo político-institucional para a implantação e manutenção, isto é, para que seja possível a presença permanente das PIC, de medicinas complementares, de medicinas tradicionais durante a última década do século XX e os primeiros anos do milênio corrente.

Com efeito, pensar na utilização das PIC retoma uma reflexão expressa na existência de um conjunto de políticas de saúde, como a Política Nacional de Atenção Básica, de Humanização e Promoção da Saúde, que deram suporte à criação da PNPIC, em 2006, e que,

mesmo havendo todo o aparato técnico, científico e estrutural, ainda são recorrentes os impasses de inserção.

- **Atuação da doula mediante o uso de Práticas Integrativas e Complementares**

O grupo de depoentes foi composto por nove doulas, com idade que variou entre 26 e 55 anos, em sua totalidade do sexo feminino e, quanto ao estado civil, sete casadas e duas solteiras. Duas doulas professaram não seguir religião, ao passo que as demais eram católicas. Quanto à renda familiar, sete recebiam mais do que dez salários mínimos. Observamos que oito doulas possuíam formação superior, em: Pedagogia, Psicologia, Fisioterapia, Jornalismo, Direito, Enfermagem, e apenas uma era missionária.

Ressaltamos que a motivação para realizar essa prática ocorreu pela própria experiência de vida; vivência negativa do parto, vontade de ajudar, oferecer cuidado humanizado; e fazer algo para promover o bem. Quanto ao tempo de realização de suporte, elas, possuíam mínimo de um ano de atuação e máximo de dez anos.

Todas vivenciaram a experiência do nascimento e foram capacitadas para exercer esse suporte. As três doulas que atuavam em Fortaleza-CE foram capacitadas e certificadas pelo Grupo de Apoio à Maternidade Ativa, e as seis doulas atuantes em Campinas-SP participaram de seminários e grupos de apoio, e foram certificadas por meio de cursos de capacitação no próprio Município cobrindo uma carga horária de no mínimo 40 horas e associação do conhecimento teórico com a experiência prática.

No conjunto das falas das participantes notamos que o suporte das doulas durante a gravidez e o parto perpassou uma variedade de práticas emolduradas no conhecimento popular, alternativo e complementar. A assistência à mulher foi alcançada mediante a recomendação do uso de chás, ervas medicinais, acupuntura, Reike, homeopatia, florais, Shiatsu, e a utilização de hidroterapia, massagem terapêutica, meditação, visualização, relaxamento, técnicas de respiração, yoga e moxabustão.

Configuramos que a realização do suporte inserida no conhecimento popular: *já no final da gravidez a gente recomenda que a mulher comece a tomar o leite de gergelim que segundo as parteiras afrouxam as carnes, além de ter muito cálcio que é muito bom pra mulher; quando a mulher entra em trabalho de parto que começa as contrações também tem uma técnica muito usada por parteiras tradicionais que consiste na mulher tomar meio banho, que é da cintura para baixo, com meio litro de álcool e meia bacia de água; o caldo de pimenta durante o trabalho de parto, quando ela entra no trabalho de parto e as*

contrações vão aumentando, ela pode tomar o caldo de pimenta pra ajudar na dilatação (D1-Fortaleza); no pós-parto usamos ervas [D9 - Fortaleza].

Esse modelo vincula-se à Medicina Tradicional, que consiste na integração ou harmonia homem/natureza, e natureza/cultura de equilíbrio para os indivíduos e uma garantia de saúde para a comunidade (LUZ, 2005). Quando se pretende avançar na direção de práticas, valores e representação de saúde, é preciso levar em conta a multiplicidade e a diversidade de modelos e práticas ligadas tanto a saberes tradicionais ou constituintes da atualidade, quanto a sistemas médicos complexos (LUZ, 2008).

A atuação da doula configura-se em poucos espaços de assistência à mulher, e caracteriza-se em um campo ainda simbólico, onde a sua atuação é faz evidente nos discurso destas, porém, no contexto prático em que elas atuam, a conquista do seu espaço social ainda é configurado de forma não conhecida pela sociedade em geral.

Ante as recomendações para a realização de práticas alternativas e complementares por doulas, observamos: *recomendo as ervas medicinais, principalmente no início da gravidez pra questão do enjoo; indico a homeopatia e florais, às vezes também para o casal [D4 - Campinas]; encaminho muitas mulheres para acupuntura, homeopatia e shiatsu [D5 - Campinas].*

A diversidade de práticas expressa acima é configurada no grupo de novas terapias, designadas por Luz (2005) como “alternativas”, “pararelas” ou “complementares” à Biomedicina, as quais ocupam o lugar deixado vago pela Medicina convencional, e dispõem de muita experiência a transmitir nesse sentido.

Esse fragmento possibilita uma interlocução com o discurso das participantes, ao mencionarem as recomendações e o uso de terapias complementares durante a gestação e o parto. Isto torna possível a concepção do “lugar deixado vago”, que ao fazer uma interlocução com a óptica de Bourdieu, converge para a ideia de espaço, ao definir o espaço social e o simbólico, como uma realidade invisível que não podemos mostrar nem tocar, mais que possibilita a formação de classes teóricas tão homogêneas (BOURDIEU, 2005).

Desde essa perspectiva, notamos ainda a recorrência do uso de tais práticas: *na hora do parto uso muito a moxabustão, banho e massagens para alívio da dor na região lombar; uso muito a fitoterapia, hidroterapia, meditação, visualização, trabalho de respiração bem forte [D4 - Campinas]; além de realizarem esse suporte com o auxílio de outros aparatos como: uso da bola suíça (exercício na bola) e também de técnicas terapêuticas como: o toque*

que é muito importante (segurar na mão, passar a mão nos cabelos); palavras de conforto e estímulo a deambulação [D8 - Campinas].

Podemos comprovar, contudo, que a atuação da doula permeia a utilização de todas essas práticas e técnicas terapêuticas configuradas no contexto das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) que contribuem para a visibilidade da realização deste suporte inserido no espaço configurado pela humanização do parto e nascimento.

Na compreensão de Barros (2006), a proposta das PIC favorece a inclusão da lógica integrativa, que combina o núcleo duro de práticas diferentes com qualidade, segurança e efetividade, ultrapassem a perspectiva excludente e alternativa. Essa concepção busca oferecer o cuidado integral à saúde, não se tratando apenas de uma combinação da medicina convencional com a Medicina Alternativa e Complementar, e sim a combinação da Medicina Convencional com a MAC, com base em evidências (OTANI; BARROS, 2011).

Mediante o uso de tais práticas, elucidam-se os diferentes espaços de atuação da doula, bem como a variedade de suporte exercido, onde a vinculação desta com os serviços de saúde difere de acordo com a realidade assistencial. Deste modo, a doula pode fazer parte do serviço voluntário do hospital e receber treinamento e capacitação para exercer esse suporte, como evidenciado no estudo de Silva et al (2012), ou possuir formação profissional, capacitação e serem contratadas para fornecer suporte físico, informações, assegurar contato imediato com o bebê, e oferecer orientações sobre aleitamento durante o pós-parto (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Estas evidências demarcam uma discussão acerca da invisibilidade da doula na assistência à saúde da mulher, e, sobretudo, possibilitam a reflexão sobre a valorização da gestante para escolha de quem ela refere para compor o seu espaço durante o trabalho de parto e parto. Desta forma, pensar em uma assistência humanizada é pensar, sobretudo, no direito de liberdade de escolha da mulher, na integralidade de práticas benéficas à saúde da mãe e do seu bebê, no respeito aos direitos das usuárias, na valorização do conhecimento popular, e, sobretudo, na amplitude de modalidades terapêuticas que podem ser associadas ao modelo convencional.

Assegurar a presença do acompanhante na cena do parto é regulamentado pela a Lei nº. 11.108, que preconiza a presença de um acompanhante junto à parturiente durante toda a transição do parto (BRASIL, 2005). A literatura exprime que se recorre ao acompanhante para descrever o suporte por diferentes pessoas que possuem características muito distintas, de

acordo com o contexto assistencial envolvido, podendo ser profissionais (enfermeira, parteira), companheiro/familiar ou amiga da parturiente, doula e mulher leiga designada para tal função (OMS, 1996).

Ao se pensar na humanização do parto e nascimento acredita-se que a utilização de práticas integrativas e complementares pode favorecer a visibilidade do papel da doula na cena do parto, ao aludir o paradigma humanista, centrado na mulher, atendendo assim, as mais recentes recomendações do Ministério da Saúde, ao lançar a portaria 1.459 que regulamenta a “Rede Cegonha” e especificamente o uso de *boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento* baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2011).

- **Contribuições do uso de práticas alternativas e complementares por doulas**

Dada a discussão acerca das PIC recomendadas e utilizadas por doulas durante a gestação e o parto, destacam nessa temática as contribuições do uso de PIC à luz da concepção sociológica de Foucault, ao discutir as relações de poder sobre o corpo, possibilitando, assim, uma reflexão acerca do modelo tecnocrático de assistência à saúde da mulher.

Inferimos a ideia de que as contribuições do uso de PIC expressas pelos sujeitos foram diminuição do tempo de trabalho de parto, ajuda no favorecimento do encaixe do bebê, “empoderamento” da mulher e controle da situação, indução natural do processo de parto, melhor controle da dor durante o trabalho de parto, ajuda na tomada de decisões, favorecendo à prática do aleitamento materno, proposta do envolvimento do casal, estabelecimento de segurança e confiança a mulher o fato de tornar o parto um momento mais prazeroso e feliz, promoção de um ambiente para o nascimento mais agradável, contribuição para o processo de dilatação e relaxamento bem como a melhoria na qualidade de vida das gestantes e parturientes.

Nessa perspectiva, é ratificada nos discursos a recorrência das contribuições do uso da hidroterapia: *tanto o chuveiro como a banheira são coisas que ajudam a lidar e diminuir a dor [D3 - Fortaleza]*; o uso das mantras: *que harmonizam e ajudam no processo de dilatação*; a moxabustão, que: *ajuda muito no relaxamento [D4 - Fortaleza]*; e que a integração de terapias alternativas e complementares são caracterizadas como: *importantes demais, pois nos auxiliam a cuidar melhor da mulher, deixar o ambiente mais agradável não só para o parto mas para a vida [D6 - Fortaleza]*.

Corroborando os achados, a literatura sinaliza que a hidroterapia promove o aumento da diurese, diminui o edema, a pressão arterial, possibilita maior rotação fetal, acelera o trabalho de parto e diminui trauma perineal (CLUETT et al., 2004), a moxabustão possibilita bem-estar fetal (HODNETT, 2012), e que, as doulas ao usar PIC, promovem a aceitação das posições confortáveis escolhidas pela parturiente, realizam massagens de conforto, técnicas de alívio da dor, ensinam a movimentar o corpo com aparatos (bola, cavalinho, escada de Ling), promovem a benquerença, relaxamento físico e mental, oferecem chás de ervas medicinais, homeopatia, musicoterapia, cromoterapia, hidroterapia, meditação, orações e bendição (SILVA et al., 2012).

No cenário atual, a utilização de práticas alternativas ainda assume espaço invisível no campo da assistência à mulher, ilustrada por: *hoje em dia muitas dessas práticas e saberes populares foram deixados de lado, porém, essas práticas podem contribuir bastante [D6 - Campinas]*. Esse fragmento conforma-se ao processo de mudança de paradigmas, em que a mulher vivia o momento do parto em um contexto humanizado, escolhia quem participava desse evento, e, atualmente, ela é inserida em um modelo institucionalizado, arraigado pelo excessivo número de procedimentos, caracterizada por uma assistência processada, deixando ela de ser o sujeito da situação e passa a ser considerada como objeto das ações (DINIZ, 2005).

As formulações textuais sobre esse contexto decorrem da inserção do corpo da mulher em um espaço individualizado, classificatório, isolado em um espaço fechado, hierarquizado configurado pela dominação do saber sobre o corpo, que enseja uma produção do poder sobre ela e torna invisível a subjetividade e a valorização de atitudes e saberes.

Em razão dos benefícios recorrentes por essa atuação, pode-se articular com a concepção de poder na óptica de Foucault, ao entender o poder não como objeto e sim como prática social constituída historicamente, que intervém materialmente, atingindo a realidade mais concreta dos indivíduos, o seu corpo, e que está situada no nível do próprio corpo social, e não acima dele, penetrando a vida cotidiana.

Vale ressaltar, que o processo de institucionalização e a realização da cesárea por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, no entanto, o exagero de sua prática tem efeito oposto, inclusive por consumir recursos preciosos do sistema de saúde (BRASIL, 2004).

A cristalização do ideário da institucionalização do parto contribui significativamente para a perda da prática orientada pela opinião e tradição, centrada na humanização do nascimento, que pode ser ilustrado: *Acho que se perdeu um pouco disso aqui em São Paulo, talvez em outros locais se utilize mais [D5 - Campinas]*.

Um evento marcante que retoma a discussão acerca da humanização do parto foi configurado pela Carta de Campinas, documento fundador da Rehuna, que denuncia às circunstâncias de violência e constrangimento em que acontece a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças na ocasião do nascimento (REHUNA, 1993). Considera que, no parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende o fato de as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, nem risco e sem dor (REHUNA, 1993).

Sob essa óptica, esta evidente a valorização de um modelo centrado no poder sobre o corpo da mulher, que foi elucidada no estudo de Diniz (2005), ao discutir e considerar a humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto, mediante diversas modificações, como a mudança do local do parto do centro cirúrgico para a sala de parto, da exclusividade do procedimento ao profissional médico, dentre outras, que se inserem no campo de conflitos e lutas de espaço. Para Foucault, é o corpo da sociedade que se torna no decorrer do século XX o novo princípio, e esse corpo é que será preciso proteger.

Na lição de Foucault, o grande fantasma é a ideia de um corpo social formado pela universalidade das vontades, não sendo um consenso que faz surgir o corpo social, mas a materialidade do poder se exercendo sobre o próprio corpo dos indivíduos.

Ao se articular com essa concepção, as doulas reconhecem que o suporte à mulher é fornecido de acordo com a singularidade de cada ser, como pode ser evidenciado no discurso: *tem gente que é mais visual, tem gente que é mais tátil, tem um funcionamento melhor [D4 - Fortaleza]*, e assim evidenciar com clareza que: *quando ela consegue parir como ela pensou, sinto que ela acaba sentindo um poder, um poder de feminino, uma autoconfiança, autoestima, que cresce de uma maneira tão bonita, que fica mais forte [D6 - Campinas]*. Esses achados remetem a uma situação alocada em contraposição ao modelo de assistência configurado atualmente, o qual considera uma “anátomo-política do corpo humano”, centrada

no corpo como máquina, pela regulação das populações por um biopoder que age sobre a espécie humana, com o objetivo de assegurar sua existência (FOUCAULT, 2012).

Esta perspectiva reafirma-se com a organização da assistência obstétrica, a demanda por cesarianas por parte das parturientes – a “cesárea a pedido” – atribuída a fatores socioculturais, o medo da dor no momento do parto, a formação dos profissionais, que privilegia o uso de tecnologia sofisticada em detrimento da aprendizagem da assistência ao parto normal, enfatizando uma concepção patológica do processo de trabalho de parto e parto (HOTIMSKY et al., 2002).

Perante o modelo expresso pelo poder que rege o espaço da institucionalização do parto e nascimento, vale ressaltar que a atuação da doula é *uma questão que envolve a ética, pois, você como doula não pode escolher o caminho da mulher, pois, se se isso ocorrer passa a ser muito prejudicial, pois a doula não deixa de ser uma autoridade [D8 - Fortaleza]*. O seu papel no acompanhamento da mulher permeia uma relação de se fazer evidente a escolha por vários caminhos que poderão ser seguidos, partindo assim, do princípio de que a escolha pela tomada de decisões deve ter origem na vontade e desejo da aflora na gestação.

É imperioso ressaltar, contudo, que a assistência obstétrica, mesmo no âmbito hospitalar, pode ser vivenciada em um cenário de humanização simples, agradável e singular, sinalizada no discurso: *às vezes só a presença da mulher ali do lado, o olhar do carinho, do afeto, já é tudo também [D2 - Fortaleza]*. A necessidade de uma assistência humanizada decorre do fato de o fenômeno de dar a luz criar momentos de grande vulnerabilidade: *na hora do parto a mulher, às vezes, se sente muito frágil e essa presença feminina, esse acompanhamento, esse acolhimento, esse apoio eu acho que é fundamental para que a mulher possa relaxar, para que ela possa entrar em contato com ela mesma, com o bebê, com o que ela está vivendo [D5 - Fortaleza]*; pois, muitas vezes, ela não tem apoio dos profissionais.

Deste modo, evidenciamos o fato de que as doulas contribuem para a retomada do cenário natural da cena do parto mediante o uso de práticas alternativas e complementares, e que a sua atuação está contextualizada em um espaço que vai de encontro às relações de poder exercida sobre o corpo da mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo elucidou uma discussão sobre as evidências qualitativas das práticas integrativas e complementares durante a gestação e o parto, e analisou a atuação da doula mediante o uso de PIC junto às gestantes no trabalho de parto e parto, nos Municípios de Fortaleza-CE e Campinas-SP.

Os achados da metassíntese esbarraram em limitações inerentes à análise apenas de artigos científicos publicados em periódicos, os quais ressaltaram os benefícios quanto ao uso de PIC, as percepções de mulheres e de profissionais e, sobretudo, uma discussão acerca do ponto da invisibilidade do uso de PIC, visando a contribuir para elaboração de mais estudos empíricos e teóricos que auxiliem no aperfeiçoamento e na fixação da presença das PIC nos serviços públicos de saúde, sobretudo na assistência integral à saúde da mulher.

Identificamos a incipiência de estudos qualitativos que abordem a temática em estudo, e na análise dos artigos em foco, verificamos a recorrência do uso da massagem terapêutica, acupuntura, reflexologia, acupressão, aromaterapia, musicoterapia, hidroterapia e moxabustão, que propõem inúmeros benefícios ao período gestacional e no parto.

Os estudos apontaram que a efetividade do uso de PIC parte primeiramente de uma preparação baseada na conjuntura emocional e física da mulher, desde a gestação ao parto, e, ainda assim, foi recorrente a presença de entraves institucionais, profissionais e estruturais que dificultam a utilização destas práticas.

Entendemos que esta revisão possui limitações, por não ser exaustiva, porém possibilitou um levantamento das publicações qualitativas. Acreditamos que este estudo pode contribuir para a retomada do cenário natural do parto e nascimento, emergindo uma série de reflexões acerca da utilização de PIC e despertando outra visão para os estudos que abordem uma perspectiva qualitativa. Julgamos que esta abordagem é adequada para dar sustentação à análise das percepções e experiências de mulheres e profissionais de saúde sobre o uso de práticas alternativas e complementares na gestação e no parto e abrem-se, pois, outras possibilidades de estudos.

Quanto ao espaço de atuação do suporte das doulas, observamos a recomendação para o uso de chás, ervas medicinais, acupuntura, *reike*, homeopatia, florais, *shiatsu*, e para a utilização da hidroterapia, massagem terapêutica, meditação, visualização, relaxamento, técnicas de respiração, yoga e moxabustão. Notamos que o movimento de utilização das PIC

promovem à identificação e a elaboração de identidades sociais, que, no período gestacional e no parto, contribuem para a retomada da humanização do parto e nascimento.

A atuação da doula esbarra em uma concepção pouco visível, pois o seu suporte muitas vezes, não consegue ultrapassar o espaço simbólico, identificado apenas nos discursos e no desejo em ser doula, para o espaço social possível de ser articulado de forma homogênea em todo o âmbito institucional favorecendo a lógica do espaço integrativo durante o nascimento.

Compreendemos que muito precisa ser feito para que a doula adquira seu espaço, pois ainda é evidente o pequeno número de estudos nessa temática, que possibilitem comparações das práticas de doulas no âmbito nacional e que busquem a criação de estímulos que favoreçam e engrandecem essa função inovadora exercida por tais pessoas junto às mulheres no momento do nascimento.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como questão de gênero.** Tese de doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento.** Brasília. DF; 2000.

BRASIL. **Alma-ata** - Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p.15-17, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Prêmio Galba de Araújo:** Assistência Humanizada ao Parto. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e Puerpério:** assistência humanizada a mulher. Brasília, DF; 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília, DF; 2004b.

BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 08 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da República**, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.** Brasília, DF; 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher.** Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema único de Saúde no Brasil/Ministério da Saúde,** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília, DF; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Prática para Implementação da Rede Cegonha.** Brasília, DF; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência:** práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, DF; 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2008.

BARROS, N. F. & NUNES, E. D. “Complementary and Alternative Medicine in Brazil: one concept, different meanings”. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.10, p.2023-2028, 2006.

BARROS, N. F. **Da medicina biomédica à complementar: um estudo dos modelos da prática médica**. [Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2002.

_____. **Medicina Complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica**. São Paulo: Annablume: FAPESP, 2000.

_____. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.11, n.3, p. 850-850, 2006.

BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; SIMONI, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cad. Saúde Pública [online]**, vol.23, n.12, p. 3066-3067, 2007.

BARROS, N.F; NUNES, E.D. Complementary and Alternative Medicine in Brazil: one concept, different meanings. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.10, p.2023-2039, 2006.

BARROS, N.F; SIEGEL, P; OTANI, M.A.P. **O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções**. São Paulo; Hucitec, v.1, 2011.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. São Paulo: Editora Papirus, 7ª Ed, 2005.

BROW, S.; DOUGLAS, C.; FLOOR, L.A. Women's Evaluation of intra-partum nonpharmacological pain relief methods used during labor. **Jornal of Perinatal Educacion**, v.10, n.3, p.1-8, 2001.

BRUCKER, M.; ZWELLINGZ, E.P. Management during childbirth. In **F.Nichols. Maternal newborn nursing: Theory and practice**. Philadelphia: Saunders, W.B, 1997.

BRUGGEMANN, O.M; PARPINELLI, M.A; OSIS, M.J.D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad Saúde Pública**, v.21, p. 1316-27, 2005.

CAMPINAS. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <Erro! A referência de hiperlink não é válida.>. Acesso em: 26 jun. 2012.

CLUETT, E.; PICKERING, R.; GETLIFFE, K.; SAUNDERS. Randomised controlled trial of laboring in water with standard of augmentation for management of dystocia in first stage labour. **British Medical Journal**, v. 328, 2004.

CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. p. 176, 2003.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v.10, n.3, p.627-637, 2005.

Doulas of North America (DONA). Disponível em: <<http://www.dona.org>>. Acesso em: 19. Abr. 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 25 ed. São Paulo: Editora Graal, 25º Ed, 2012.

FRANCIS-BALDESARI C. **Systematic reviews of qualitative literature**. [Internet]. Available from: http://www.dcu.ie/cochrane/presentations/FrancisBaldesari_06.pdf. 2006.

GAFFNEY, L; SMITH, C.A. Use of complementary therapies in pregnancy: The perceptions of obstetricians and midwives in South Australia. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.44, p.24-29, 2004.

GARCIA M.T; M. FARRES G; C, DOMINGO¹, E. MARIMON¹. Efectividad de la acupuntura y moxibustión en embarazadas con presentación de nalgas. Estudio piloto. **Revista Internacional de Acupuntura**. V. 5, 2011.

GERHARDT, T.E. **Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões**: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor; 2º Ed, Rio de Janeiro, 2009.

GIDDENS, A. **Sociologia**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GODLEE, F; JEFFERSON, T. As orientações do check-list RATS modificadas pela BioMed Central. Elas podem ser encontrados em Clark JP: How to peer review a qualitative manuscript. In **Peer Review in Health Sciences**. Segunda edição. Editado por. Londres: BMJ Books; 2003: 219-235.

Grupo de Apoio a Maternidade Ativa (GAMA). Disponível em: <Erro! A referência de hiperlink não é válida.> Acesso: 20 de outubro de 2012.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

HODNETT, E.D; GATES, S; HOFMEYR, G.J; SAKALA, C; WESTON, J. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.9, 2012.

HOTIMSKY, S.N; ALVARENGA, A.T. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Estud Fem** [on-line], v.10, n.2, 2002.

KAYNE MA, GREULINCH MB, ALBERS L. Doulas. An Alternative Yet Complementary Addition to Care During Childbirth. **Clin Obstet Gynecol**, v.44, n.4, p. 692-703, 2001.

KLAUS, M.H; KENNEL, J.H; ROBERTSON, S; SOSA, R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. **Br Med J**, p. 293:585, 1986.

LEÃO, M.R.C; BASTOS, M.A.R.B. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Rev Latinoam Enfermagem**, v.9, p.90, 2001.

LUZ, M.D. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

_____. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento); p.145- 176, 2005.

LUZ, M.T. As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Rev. Bras. Saude Familia**, v.9, p.8-19, 2008.

_____. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais, São Paulo, editora HUCITEC, 2003.

LUZ, MTL, ROSENBAUM, P., BARROS, N.F. Medicina Integrativa, política pública de saúde conveniente. **Jornal da Unicamp**, edição 334 – 21 a 27 de agosto de 2006.

MARTINI, JG; BECKER, S.G. Acupuncture in childbirth analgesia: perceptions of the parturients. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.3, p. 589-94, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOLD; STEIN, H.F. The cascade effect in the clinical care of patients. **NEJM**. v.314, n.8, p.512-514, 1986.

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Caderno Saúde Pública**, v. 24, n. 08, p.1859-1868, 2008.

NEVES, M.A. Parteiras: profissão ou doação? **Revista Promoção da Saúde**, v. 06, p. 60-62, 2002.

NUNES, E. D. Conferência Saúde Coletiva: História de uma ideia e um conceito. In: Mesa redonda **O campo da Saúde Coletiva**: evolução e transformações históricas. São Paulo/ FUNDAP; 17-19/08/1995.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. São Paulo: Editora Terceira Margem, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.

OSAWA, R. H; RIESCO, M. L. G; TSUNECHIRO, M. A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 699-702, 2006.

OTANI, M.A.P; BARROS, N.F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.1801-1811, 2011.

PAPAGNI. K; BUCKER, E. Doula Support and Attitudes of Intrapartum Nurses: A Qualitative Study From The Patient's Perspective. **J Perinat Educ**, v.15, n.1, p.53-58, 2006.

PINHEIRO, R; LUZ, M.T. **Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade**. Rio de Janeiro; UERJ/IMS, 1999.

PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2ª ed, Rio de Janeiro, ABRASCO, 2009.

POLIT DF, BECK CT, HUNGLER BP. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

RABELLO, L.S. **Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. 22ª ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2010.

REBERTE, L. M; HOGA, L. A. K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto contexto – enfermagem**, v. 14, n. 02, p. 186-192, 2005.

Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA). Disponível em: <**Erro! A referência de hiperlink não é válida.**>. Acesso em: 20. Jul. 2011.

REHUNA. Carta de Campinas. Campinas, 1993.

RESTREPO; MÁLAGA. **Promocion de La salud**: como construir vida saludable. 20 ed. Editora médica panamericana, 2001.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1993.

RODRIGUES, A.V; SIQUEIRA, A.F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Rev. Bras. Saúde Matern Infantil**, v.8, n.2, p. 179-186, 2008.

SANTOS DS, NUNES IM. Doulas na Assistência ao Parto: Concepção de Profissionais de Enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**, v.13, n.3, p. 582-589, 2009.

SCHROEDER, C; BELL, J. Doula Birth Support for Incarcerated Pregnant Women. **Public Health Nurs**, v.22 n.1, p.53-58, 2005.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA, R. M; JORGE, H. M. F; TORRES, L.P; MARTINS, A.M; JUNIOR, A.R.F; BARROS, N.F. Práticas integrativas e complementares utilizadas por doulas no acompanhamento da parturiente. In: **cuidado em saúde: desafios e práticas**. 1 ed. Fortaleza: editora da Universidade Estadual do Ceará, p. 218-234, 2011.

SILVA, R. M; JORGE, H. M. F; TORRES, L P; JUNIOR, A.R.F; BARROS, N.F. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2783-2794, 2012.

SIMONI, C.D; BENEVIDES, I; BARROS, N.F. As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano IX, edição especial, maio de 2008.

SPADACIO, C; BARROS, N. F. B. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.1, 2008.

SPADACIO, C; CASTELLANOS, M.E.P; BARROS, N.F; ALEGRE, S.M; TOVEY, P; BROOM, A. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. **Caderno Saúde Pública**, v. 25, n. 03, p. 360-372, 2009.

TERRIS, M. Conceptos de lapromoción de lasalud: dualidades de lateoría de lasalud publica. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington: OPAS, p.37-44, 1992.

TESSER, C.D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.8, p.1732-1742, 2009.

TIRAN, D. Complementary therapies in pregnancy: recognizing and dealing with complications. **Positive Health**, V.1, n. 172, 2010.

TIRAN, D; CHUMMUN, H. Complementary therapies to reduce physiological stress in pregnancy. **Complementary Therapies in Nursing & Midwifery**, v.10, p.162–167, 2004.

TORNQUIST, C.S. **Parto e poder**: análise do movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de doutorado. Programa de pós-graduação em antropologia, UFSC, 2004.

TROVO, M.M; SILVA, M.J.P; LEÃO, E.R. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino Americano de Enfermagem**, v.11, n.4, p. 483-489, 2003.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 1986. **Recomendations for Appropriate Technology Following Birth**.WHO RegionalOffice for Europe. Disponível em <<http://www.who.dk>>. Acesso em: 10 de janeiro do 2012.

ZIMMER L. **Qualitative meta-synthesis**: a question of dialoging with texts. J Adv Nurs 2006; 53:311-18.

ZWELLING, E; JOHNSON, K. How to Implement Complementary Therapies For Laboring Women. **Revista Perinatal Nurse Consultant**, Indianapolis, v.31, n.4, 2006.

ANEXOS

ANEXO 1

Quadro 2 - Qualitative research review guidelines – RATS

| | ASK THIS OF THE MANUSCRIPT | THIS SHOULD BE INCLUDED IN THE MANUSCRIPT |
|----------|---|---|
| R | Relevance of study question Is the research question interesting? Is the research question relevant to clinical practice, public health, or policy? | Research question explicitly stated Research question justified and linked to the existing knowledge base (empirical research, theory, policy) |
| A | Appropriateness of qualitative method Is qualitative methodology the best approach for the study aims? <i>Interviews</i> : experience, perceptions, behaviour, practice, process <i>Focus groups</i> : group dynamics, convenience, non-sensitive topics <i>Ethnography</i> : culture, organizational behaviour, interaction <i>Textual analysis</i> : documents, art, representations, conversations | Study design described and justified e.g., why was a particular method (i.e., interviews) chosen? |
| T | Transparency of procedures <i>Sampling</i> Are the participants selected the most appropriate to provide access to type of knowledge sought by the study? Is the sampling strategy appropriate? | Criteria for selecting the study sample justified and explained <i>theoretical</i> : based on pre conceived or emergent theory <i>purposive</i> : diversity of opinion <i>volunteer</i> : feasibility, hard-to-reach groups |
| | <i>Recruitment</i> Was recruitment conducted using appropriate methods? Is the sampling strategy appropriate? Could there be selection bias? | Details of how recruitment was conducted and by whom Details of who chose not to participate and why |
| | <i>Data collection</i> Was collection of data systematic and comprehensive? Are characteristics of the study group and setting clear? Why and when was data collection stopped, and is this reasonable? | Method (s) outlined and examples given (e.g., interview questions) Study group and setting clearly described End of data collection justified and described |
| | <i>Role of researchers</i> Is the researcher (s) appropriate? How might they bias (good and bad) the conduct of the study and results? | Do the researchers occupy dual roles (clinician and researcher)? Are the ethics of this discussed? Do the researcher(s) critically examine their own influence on the formulation of the research question, data collection, and interpretation? |
| | <i>Ethics</i> Was informed consent sought and granted? Were participants' anonymity and confidentiality ensured? Was approval from an appropriate ethics committee received? | Informed consent process explicitly and clearly detailed Anonymity and confidentiality discussed Ethics approval cited |
| S | Soundness of interpretive approach <i>Analysis</i> Is the type of analysis appropriate for the type of study? <i>thematic</i> : exploratory, descriptive, hypothesis generating <i>framework</i> : e.g., policy <i>constant comparison/grounded theory</i> : theory generating, analytical | Analytic approach described in depth and justified <i>Indicators of quality</i> : Description of how themes were derived from the data (inductive or deductive) Evidence of alternative explanations being sought Analysis and presentation of negative or deviant cases |

| | ASK THIS OF THE MANUSCRIPT | THIS SHOULD BE INCLUDED IN THE MANUSCRIPT |
|---|--|---|
| S | <p>Are the interpretations clearly presented and adequately supported by the evidence? Are quotes used and are these appropriate and effective?</p> <p>Was trustworthiness/reliability of the data and interpretations checked?</p> | <p><i>Indicators of quality:</i> Description of how themes were derived from the data (inductive or deductive) Evidence of alternative explanations being sought Analysis and presentation of negative or deviant cases Description of the basis on which quotes were chosen Semi-quantification when appropriate Illumination of context and/or meaning, richly detailed Method of reliability check described and justified e.g., was an audit trail, triangulation, or member checking employed? Did an independent analyst review data and contest themes? How were disagreements resolved?</p> |
| | <p><i>Discussion and presentation</i> Are findings sufficiently grounded in a theoretical or conceptual framework? Is adequate account taken of previous knowledge and how the findings add?</p> <p>Are the limitations thoughtfully considered?</p> <p>Is the manuscript well written and accessible?</p> | <p>Findings presented with reference to existing theoretical and empirical literature, and how they contribute Strengths and limitations explicitly described and discussed Evidence of following guidelines (format, word count) Detail of methods or additional quotes contained in appendix Written for a health sciences audience</p> |
| | <p>Are red flags present? these are common features of ill conceived or poorly executed qualitative studies, are a cause for concern, and must be viewed critically. They might be fatal flaws, or they may result from lack of detail or clarity.</p> | <p><i>Grounded theory:</i> not a simple content analysis but a complex, sociological, theory generating approach <i>Jargon:</i> descriptions that are trite, pat, or jargon filled should be viewed sceptically <i>Over interpretation:</i> interpretation must be grounded in "accounts" and semi-quantified if possible or appropriate <i>Seems anecdotal, self evident:</i> may be a superficial analysis, not rooted in conceptual framework or linked to previous knowledge, and lacking depth <i>Consent process thinly discussed:</i> may not have met ethics requirements <i>Doctor-researcher:</i> consider the ethical implications for patients and the bias in data collection and interpretation</p> |

The RATS guidelines modified for BioMed Central are copyright Jocalyn Clark, BMJ. They can be found in Clark JP: **How to peer review a qualitative manuscript**. In *Peer Review in Health Sciences*. Second edition. Edited by Godlee F, Jefferson T. London: BMJ Books; 2003:219-235.

APÊNDICES

Você sabe o que é, usa ou já usou alguma das práticas do quadro abaixo com gestantes?

| Prática | Você sabe o que é? | | Usa atualmente? | | Já usou? | |
|------------------|--------------------|---------|-----------------|---------|----------|---------|
| Acupuntura | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Aromaterapia | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Benzeção | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Cristais | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Cromoterapia | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Dieta Qual? | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Ervas Medicinais | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Florais Qual? | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Hidroterapia | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Homeopatia | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Iridologia | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Lian Gong | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Massagem Qual? | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Meditação | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Moxabustão | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Musicoterapia | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Ortomolecular | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Quiropatia | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Reflexologia | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Reiki | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Relaxamento | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |
| Outro Qual? | Sim () | Não () | Sim () | Não () | Sim () | Não () |

Módulo II - Percepções sobre o uso de PIC

08. Quais as práticas da medicina popular, alternativa e complementar você utiliza durante a gravidez, trabalho de parto e parto?

09. Como você percebe as contribuições das medicinas popular, alternativa e complementar na gravidez e no processo do parto.

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prezado (a) Sr (a):

Eu, Raimunda Magalhães da Silva, coordenadora no Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, e Herla Maria Furtado Jorge, mestranda em Saúde Coletiva, estamos desenvolvendo um estudo, intitulado **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES UTILIZADAS POR DOULAS COM AS GESTANTES EM FORTALEZA – CEARÁ E CAMPINAS-SP**, inserido no projeto “Adolescente e sistema de saúde: modelo de atuação, concepções e práticas em saúde”, financiado pela CAPES. O objetivo da referida pesquisa é Analisar as práticas integrativas e complementares (PIC) realizadas pelas “doulas” com as gestantes.

Pretendemos com o referido estudo identificar quais são as práticas integrativas e complementares realizadas por doulas, visto que esta é uma temática pouco explorada pelos pesquisadores e evidenciará outros estudos a serem desenvolvidos.

Caso aceite participar, garantimos-lhe anonimato e sigilo. Durante o andamento da pesquisa, se por qualquer motivo resolver desistir, terá toda a liberdade para retirar o seu consentimento, sem prejuízo pessoal e institucional. Sua participação é importante para somar esforços em prol de um cuidar eficiente e eficaz.

Ainda informamos que os dados serão apresentados à CAPES em cumprimento ao projeto em parceria com a UNICAMP, podendo ser utilizado também em eventos científicos, mas não usaremos o seu nome, sendo sua identidade mantida em sigilo.

Informo-lhe meu nome, endereço e telefone: Herla Maria Furtado Jorge. Germano Franck, 1005. Parangaba. Fortaleza Ceará; e da orientadora: Raimunda Magalhães da Silva. Av. Washington Soares, 1321. Edson Queiroz. Fortaleza Ceará. Telefone: (85) 34773280.

ASSINATURA DA PESQUISADORA

Tendo sido satisfatoriamente informado (a) sobre a pesquisa: realizada sob responsabilidade da pesquisadora Herla Maria Furtado Jorge, concordo em dela participar. Estou ciente de que meu nome não será divulgado e que as pesquisadoras estarão disponíveis para responder a quaisquer dúvidas.

Fortaleza, ____ de _____ 2010.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE