

CENTRO REICHIANO DE PSICOLOGIA CORPORAL

**DOULA NO PARTO: PREVENÇÃO DA SAÚDE
EMOCIONAL DO BEBÊ NO INÍCIO DA VIDA**

Ana Carolina de Souza e Silva

**CURITIBA
2009**

ANA CAROLINA DE SOUZA E SILVA

DOULA NO PARTO: PREVENÇÃO DA SAÚDE
EMOCIONAL DO BEBÊ NO INÍCIO DA VIDA

Monografia apresentada como
requisito parcial ao Programa de
Especialização em Psicologia
Corporal, ministrado pelo Centro
Reichiano.

Orientador: Prof. Dr. José
Henrique Volpi

CURITIBA
2009

DOULA NO PARTO: PREVENÇÃO DA SAÚDE EMOCIONAL DO BEBÊ NO
INÍCIO DA VIDA

Souza e Silva, Ana Carolina. Doula no parto: prevenção da saúde emocional do bebê no início da vida – Curitiba: Centro Reichiano, 2009.

Orientador: Prof. Dr. José Henrique Volpi

Monografia do Curso de Especialização em Psicologia Corporal, Centro Reichiano de Psicoterapia Corporal.

1. Doula. 2. Psicologia corporal. 3. Prevenção emocional.



ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CORPORAL DECLARAÇÃO DE CONFEÇÃO DA MONOGRAFIA

Eu, **ANA CAROLINA DE SOUZA E SILVA**, aluna do Curso de Especialização em Psicologia Corporal, ministrado pelo Centro Reichiano de Psicoterapia Corporal Ltda., localizado na cidade de Curitiba/PR, Brasil, assumo total responsabilidade pela confecção desse trabalho monográfico para a conclusão do curso, considerando que:

- Durante o curso, recebi todas as informações sobre a obrigatoriedade da confecção da monografia por mim mesmo, e jamais por outra pessoa, estando sujeito a perder o meu certificado a qualquer momento, independentemente do prazo, caso haja a comprovação de denúncia a esse respeito.
- Estou ciente de que citei todos os autores, com os devidos créditos exigidos pelas normas da ABNT, sem ter copiado qualquer trecho de livros, Internet, revistas, etc., que se possa considerar plágio, arcando com toda e qualquer responsabilidade legal por essa questão, caso haja algum tipo de denúncia. Quando copiado algum trecho, este está devidamente mencionado com o crédito do autor (sobrenome do autor, ano da obra e páginas) e a obra indicada nas referências desse trabalho.
- Autorizo a publicação da monografia no site do Centro Reichiano, quando essa indicação for feita pelo(a) orientador(a).

Estando ciente do exposto acima, assino esse documento, o qual deverá ser incluído na primeira página da Monografia, tornando pública a presente declaração a quem se interessar.

Curitiba, 23 de Fevereiro de 2010.

Ana Carolina de Souza e Silva

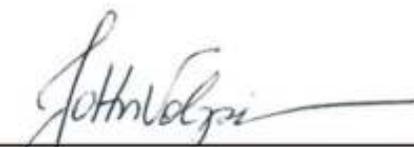
Assinatura do Aluno

TERMO DE APROVAÇÃO

**ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CORPORAL**
TERMO DE APROVAÇÃO DA MONOGRAFIA

Eu, **Prof. Dr. JOSÉ HENRIQUE VOLPI**, no uso de minhas atribuições legais no **Curso de Especialização em Psicologia Corporal**, ministrado pelo Centro Reichiano, na cidade de Curitiba/PR, Brasil, considero **APROVADO**, o trabalho monográfico de conclusão de curso do aluno **ANA CAROLINA DE SOUZA E SILVA**, com conceito **B**.

Curitiba, 23 de Fevereiro de 2010


Prof. Dr. José Henrique Volpi
Orientador

CENTRO REICHIANO

Av. Prof. Omar Sabbag, 628 – Jardim Botânico – Curitiba/PR - Brasil - CEP: 80210-000
Fone/Fax (41) 3263-4895 / Site: www.centroreichiano.com.br / E-mail: centroreichiano@centroreichiano.com.br

DEDICATÓRIA

PAI E MÃE, Eu levo o seu coração comigo (eu os levo no meu coração), e nunca estou sem ele, a qualquer lugar que eu vá. Perto ou longe vocês estão sempre comigo. Vocês são minha raiz, e me orgulho muito da minha base, da árvore chamada vida, que cresce mais alto do que a alma possa esperar, ou a mente possa esconder. Amo Vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu pai, minha mãe e meu irmão pelo apoio, carinho, amizade, disponibilidade, e me apoiarem a seguir meu caminho.

A José Henrique Volpi e Sandra Volpi, pelos ensinamentos na área da Psicologia Corporal, por me incentivarem a perceber que o mundo pode ser ainda melhor e será.

Aos amigos de turma, de festas de viagens e de muitas descobertas e alegrias durante o trajeto, que já deixa muita saudade.

A todos o meu Muito Obrigado e meu amor

RESUMO

A Doula é uma acompanhante do parto treinada para oferecer suporte físico, afetivo e emocional as gestantes, cujo objetivo é orientar, informar e preparar a mulher para o processo de maternagem, parto, pós-parto e escolhas conscientes ao casal grávido. A preparação para a maternagem e paternidade envolvem os aspectos físicos, emocionais, nutricionais, ambientais, relacionais, profissionais, psicológicos e afetivos a respeito da grande dádiva de ser pai e mãe, para se poder desfrutar de tamanha emoção, da riqueza de sensações e compreensão que este momento pode trazer. Situações causadas por stress físico, químico, mecânico ou psicológico pode comprometer o desenvolvimento do bebê ainda no útero materno, comprometimento esse que irá ficar registrado em seu temperamento, personalidade e caráter, o que justifica a atuação da Doula no processo de maternagem.

Palavras chaves: Doula. Gravidez. Parto. Psicologia Perinatal.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| RESUMO | 7 |
| 1. INTRODUÇÃO | 9 |
| 2. A Humanização do Nascimento | 10 |
| 2.1 Aspectos psicológicos no processo reprodutivo..... | 17 |
| 2.2 O que fazem as Doulas..... | 25 |
| 2.3 Educação Perinatal x Psicologia Corporal..... | 27 |
| 3. CONCLUSÃO | 30 |
| REFERÊNCIAS | 32 |

INTRODUÇÃO

O movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil, que busca promover modificações na assistência ao parto e ao nascimento, pode falar-se que teve início desde o final dos anos 1980, década marcante do ponto de vista da organização de algumas associações de tipo não-governamental e redes de movimentos identificadas centralmente com a crítica do modelo hegemônico de atenção ao parto e ao nascimento, como a Rehuna (Rede de Humanização do Parto e do Nascimento).

Durante o Século XX avanços científicos e tecnológicos afetaram os aspectos da nossa vida, inclusive a maneira como nascemos. Em muitas partes do mundo, mudanças rápidas e arbitrárias na assistência ao parto e nascimento resultaram freqüentemente no uso excessivo da tecnologia perinatal e na perda de modelos de assistência baseados nas comunidades.

Desde o início da década de 80 vem surgindo no Brasil certo número de iniciativas na tentativa de se recuperar valores humanos na assistência à mulher gestante – um movimento que é chamado de “Humanização do Parto e Nascimento”.

A proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1985, propõe incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais. Recomenda também a modificação de rotinas hospitalares consideradas como *desnecessárias*, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas no parto, como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém que líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), e, particularmente, partos cirúrgicos ou cesáreas.

2. A Humanização do Nascimento

A humanização do nascimento busca desestimular o parto convencional, visto como tecnologicado, artificial e violento, e incentivar as práticas menos intervencionistas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais *naturais*. Em 1993 a Organização Mundial de Saúde publicou uma revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre o tema desde 1950, incluindo 275 práticas de assistência perinatal, que foram classificadas quanto à sua efetividade e segurança e em 1996, publicou as *Recomendações da OMS*, uma coletânea bastante completa de muitas revisões.

O parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido respeito como "experiência altamente pessoal, sexual e familiar" (WHO, 1986) na qual estão permitidos os elementos antes tidos como indesejáveis – as dores, os genitais, os gemidos, a sexualidade, as emoções intensas, as secreções, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato corporal, os abraços.

O casal grávido tem o direito de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal. Enfim, de reinvenção do parto como experiência humana, onde antes só havia a escolha precária entre a cesárea como parto ideal e a vitimização do parto violento.

Obstetras como Frédérick Leboyer, Michel Odent, e Moysés Paciornik desenvolveram experiências concretas de preparação para o parto e parto que incorporam esses ideais. Em seu primeiro livro intitulado *Gênese do homem ecológico: mudar a vida, mudar o nascimento*, Odent desenvolve sua tese de que, "para mudar a vida, é preciso mudar antes o nascimento".

Podemos pensar que o parto e a preparação da gestação, seriam uma socialização consciente, necessária para *recuperar* instintos perdidos, mas para efetivamente aprender e treinar técnicas corporais que foram desaprendidas na medida em que o parto deixou de ser assunto de mulheres e passou para o campo médico. O parto se coloca como uma tarefa da mulher moderna, que escolhe dar à luz, que é dona de seu corpo e de sua sexualidade, um corpo capaz de gerar, gestar e parir é valorizada como um espaço de poder e de saber. As mulheres são vistas como capazes de ter seus

filhos com a mediação e apoio de outras mulheres, não lapidadas pela formação médica intervencionista.

A humanização do nascimento busca desestimular o parto medicalizado, visto como tecnologicado, artificial e violento, e incentivar as práticas menos intervencionistas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais *naturais*.

Tendo tomado ciência e preocupados com as gritantes estatísticas que relatam a constante diminuição do parto normal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), propuseram mudanças no que tange a assistência à mulher em trabalho de parto, fazendo com que ocorra o resgate do parto natural e humanizado, estimulando a atuação dos profissionais da saúde na assistência a parturiente, através de normas direcionadas à gestante, com projetos visando à instituição da assistência humanizada tendo em vista o alívio da dor de parto por meio de estratégias não farmacológicas que podem ser empregadas dispensando-se então a utilização de anestésicos e analgésicos. (DAVIM *et al*, 2008; ALMEIDA *et al*, 2005, BRASIL, 2001). Esta medida foi adotada pelo Ministério no final dos anos 90, como política pública de atenção à saúde da mulher, com o intuito de melhorar o atendimento e a saúde da gestante.

Em 1993 a Organização Mundial de Saúde publicou uma revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre o tema desde 1950, incluindo 275 práticas de assistência perinatal, que foram classificadas quanto à sua efetividade e segurança e em 1996, publicou as *Recomendações da OMS*, uma coletânea bastante completa de muitas revisões, tem trazido contribuições para este debate ao propor o uso adequado da tecnologia para o parto e nascimento, com base em evidências científicas que contestam as práticas preconizadas, protocolos e rotinas fundamentadas no modelo médico intervencionista.

O Guia prático de assistência ao parto normal da OMS é uma referência para a implantação da assistência ao parto humanizado, no qual são discutidas as práticas obstétricas vigentes e recomendadas, com base em evidências científicas, o que deve ser mantido – porque os benefícios são assegurados – e o que deve ser abolido, porque são comprovadamente danosas. É recomendado cautela para indicação ou execução de algumas medidas, posto

que ainda não se tem certeza quanto aos benefícios ou danos que elas podem trazer para a mulher e para a criança.

Diante dessa visão da gestante, surge uma proposta, que desenvolve-se, a partir de críticas deste modelo hegemônico, pois a mulher é sujeito de suas ações, tentando resgatar o feminino no parto e que ao mesmo tempo é sensível a participação familiar no processo e considera outros valores além do saber médico (CASTILHO *et. al.*, 2000)

Tem-se as dores sentidas pela gestante durante o parto como um dos fatores que impulsionou o desenvolvimento tecnológico e os estudos científicos, sendo que esses estudos têm proporcionado avanços inquestionáveis na qualidade da assistência obstétrica. Dentre estes, cabe destacar a evolução da operação cesariana que, antigamente era considerada como um procedimento realizado em mulheres mortas para salvar a vida fetal, sendo assim, passou a ser um procedimento que, em algumas situações, proporciona segurança à vida, tanto da mulher como do feto. Observa-se porém, que esse procedimento passou a ser usado sem justificativas obstétricas adequadas, gerando medicalização excessiva de um processo natural e fisiológico, como é o parto. O advento tecnológico fez com que o parto deixasse o âmbito domiciliar e adentrasse no hospitalar, processo esse que acometeu não só à assistência obstétrica, mas toda a área da saúde (CASTRO *et al*, 2005).

Todavia, a cesárea apresenta risco de morte materna duas a onze vezes maiores do que o parto vaginal, além de ser responsável por maiores riscos de infecção, embolia e acidentes anestésicos. A morbidade materna é cinco a dez vezes maiores que no parto vaginal.

Quanto ao recém-nascido, há maior risco de prematuridade iatrogênica, desconforto respiratório neonatal, entre outros problemas indiretamente relacionados (CASTILHO *et al*, 2000).

A medicalização do parto e o abuso tecnológico foram favorecidos pelo fato do mesmo ser transformado em ato médico e hospitalizado, bem como com a evolução da prática obstétrica e a instauração da medicina científica também cooperou para a apropriação e despersonalização do corpo feminino, assim “o corpo feminino passa a ser arena dos médicos, onde a lógica masculina predomina sobre a psique feminina e, assim, o próprio corpo da

mulher é visto como canal de parto, um invólucro passível de quem tem o poder de curar” (CASTRO *et al*, 2005).

A Organização Mundial de Saúde recomenda o índice de até 15% de cesárea em relação ao total de partos, no entanto, no Brasil, os dados do Datasus mostram que em 1998, no norte do país a taxa de cesárea foi 25,78%; no nordeste, 20,95%; no centro-oeste, 41,03%; no sudeste, 37,98%; e no sul foi de 36,24%.

Esses métodos não farmacológicos são considerados vantajosos, pois tornam as parturientes menos ansiosas e mais cooperativas, levam à redução do consumo de analgésicos sistêmicos, atrasam o uso de técnicas regionais de analgesia, estimulam a colaboração ativa da parturiente e permitem maior participação do acompanhante (NUNES *et al*, 2007).

Várias ações que devem ser incentivadas durante o período perinatal, incluindo as que se referem aos cuidados não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, como liberdade de adotar posturas e posições variadas, deambulação, respiração ritmada e ofegante, comandos verbais e relaxamento, pois estes auxiliam no desvio da atenção da dor, banhos de chuveiro e de imersão, toque e massagens. São ainda encontrados relatos de uso da bola de parto para a minimização da dor, bem como para acelerar a progressão do trabalho de parto (SESCATO *et al*, 2008).

O hábito da mulher de se manter em movimento durante o trabalho de parto e em posição vertical (de pé, sentada e/ou andando) era uma prática comum de quase todas as culturas. Depois que o parto em posição horizontal foi assimilado pela cultura atual, parece que a influência se estendeu também para o trabalho de parto e as parturientes passaram a se manterem deitadas e se movimentarem apenas no leito. Apenas pequena porcentagem de mulheres passou a escolher espontaneamente a deambulação ou outra posição vertical durante o trabalho de parto. Historicamente, as posturas verticais e a movimentação têm sido referidas como eficientes para a evolução da dilatação, para aliviar a dor durante a contração e para facilitar a descida fetal (BIO *et al*, 2006)

A Organização Mundial da Saúde, desde 1996, preconiza, como práticas eficientes para melhorar a evolução do trabalho de parto, a liberdade para a parturiente movimentar-se e não ficar em posição supina (BIO *et al*, 2006).

Porém, em uma prática de assistência humanizada, a equipe procura

interferir o mínimo possível no ritual de nascimento procurando mantê-lo o mais fisiológico possível, respeitando a natureza e permitindo que a mulher assuma seu papel de partejar (CUCHI, 2001).

O parto normal é o método natural de nascer, sendo que em mais de 92% das vezes a mulher tem chance de ter o seu filho sem problemas. A sua recuperação é imediata, pois, logo após o nascimento, poderá levantar-se e atender seu filho

Segundo Castilho et AL (2000), o parto em si, pode representar uma experiência de prazer e não de trauma. Vencer esta etapa da vida gera grande força interior e amadurecimento para um novo papel: o de ser mãe.

A escolha da parturiente de permanecer ativa envolve a interação de fatores fisiológicos, psicológicos e culturais, além de implicar o auxílio da equipe obstétrica para a tal. Estudos têm mostrado que a sensação de controle de si mesma, durante o trabalho de parto, traduz-se em melhores resultados materno-fetais: o controle do próprio corpo durante as contrações, a habilidade pessoal para lidar com o medo, o manejo da dor e da condução do processo são fatores que contribuem para a boa experiência e satisfação com o parto e preparação para a maternidade. Promover e facilitar liberdade corporal da mulher durante o trabalho de parto, além de ser prática comprovadamente benéfica, se inclui nas diretrizes dos procedimentos para humanização do parto, no sentido da legitimidade da participação e autonomia da parturiente (BIO *et al*, 2006).

A consolidação da medicalização e da hospitalização provocou uma mudança no modo de pensar da sociedade brasileira. Através do uso indiscriminado da tecnologia, o parto tornou-se perigoso e distante das mulheres que perderam sua autonomia, deixando o profissional escolher o tipo de conduta a ser seguido (VARGENS *et al*, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (2000) preconiza o fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem e a elaboração de um plano de parto, determinado onde e por quem será realizado, feito em conjunto com a mulher ainda durante a gestação e com a co-participação do marido/companheiro. Assim, a informação ganha destaque no processo de humanização da assistência ao parto e ao nascimento (SAITO *et al*, 2003).

O presente trabalho tem por objetivo refletir as possíveis relações entre a humanização do nascimento o trabalho da Doula no parto, e a psicologia

corporal na humanização do nascimento. Tem-se ainda a intenção de sugerir uma pesquisa prática considerando que trata-se de uma temática nova na realidade brasileira tornado-se assim de fundamental importância, pois situações causadas por stress físico, químico, mecânico ou psicológico pode comprometer o desenvolvimento psicológico do bebê e por conseqüência seu temperamento, personalidade e caráter justificando a atuação da Doula no processo de maternagem. Além disso, esse trabalho possibilita, uma conscientização e responsabilidade de ser pai e mãe, assim como da necessidade de se informar, planejar, preparar a mãe e a família, para se poder desfrutar de tamanha emoção, da riqueza de sensações e compreensão que este momento pode trazer.

A importância da orientação perinatal bem como o acompanhamento à parturiente pela Doula está enfatizada e fundamentada pela Organização Mundial de Saúde quando ela preconiza atendimento à gestante durante o pré-natal com orientação e esclarecimentos das dúvidas, e, quando relata que a gestante acompanhada e bem assistida tem possibilidades de acreditar e se entregar ao parto normal com confiança, reduzindo assim o alto índice de cesarianas e contribuindo para o nascimento de bebês e famílias mais saudáveis.

Podemos pensar que o parto e a preparação da gestação, seriam uma socialização consciente, necessária para *recuperar* instintos perdidos, mas para efetivamente aprender e treinar técnicas corporais que foram desaprendidas na medida em que o parto deixou de ser assunto de mulheres e passou para o campo médico. O parto se coloca como uma tarefa da mulher moderna, que escolhe dar à luz, que é dona de seu corpo e de sua sexualidade, um corpo capaz de gerar, gestar e parir é valorizada como um espaço de poder e de saber. As mulheres são vistas como capazes de ter seus filhos com a mediação e apoio de outras mulheres, não lapidadas pela formação médica intervencionista.

O desempoderamento da mulher no nascimento dos seus filhos tem repercussões na sociedade como um todo, pois é ela a principal guardiã dos seus valores, e quem aos filhos vai ensinar as primeiras idéias.

O parto é um momento pleno de afeto e sexualidade e a intervenção desmedida pode ter efeitos devastadores – físicos e psicológicos – para a mãe e seu bebê.

A individualidade do ser humano começa durante a gestação assim como a formação do seu caráter, de sua confiança na vida, de seus traumas e de seus medos. Qualquer tipo de rejeição e de agressão podem ser manifestados como doenças, traumas, inseguranças, agressões (RATTNER, 2005, p. 95).

São muitos os fatores que influenciam os aspectos psicológicos, no processo reprodutivo.

No primeiro trimestre a sensação de estar grávida pode ocorrer antes da confirmação clínica. Não é raro encontrar mulheres que captam as transformações bioquímicas e corporais que mostram a presença da gravidez. A partir do momento da percepção, consciente o inconsciente, se inicia o vínculo materno-filial e as modificações em cadeia das diversas formas de intercomunicação familiar, para algumas mulheres supõe um período de angústia, para outras se trata de um período de euforia, período de marcado pela ambivalência de sentimentos. A ambivalência afetiva é um fenômeno natural e caracteriza todas as relações interpessoais significativas.

2.1 Aspectos psicológicos no processo reprodutivo.

Durante seu desenvolvimento maturacional, o bebê atravessa algumas etapas psico-afetivas, conforme descritas a seguir:

1) Etapa de Sustentação

Esta primeira etapa do desenvolvimento, chamada de **Sustentação** (VOLPI; VOLPI, 2002), acontece no início na fecundação e se estende durante os primeiros meses de vida do bebê. O útero é o primeiro ambiente em que se encontra o bebê durante seu desenvolvimento emocional, o contato se dá com a mãe por meio das paredes do útero e do cordão umbilical (que irá sustentar e nutrir o bebê forma fisiológica, emocional e energética para que possa continuar sendo gestado)

Segundo Reich (1987), há um contato corporal de energia entre a mãe e o bebê em formação onde o nível de energia do embrião será determinado pelo nível de energia do útero da mãe.

Durante essa primeira etapa, o bebê atravessa três fases: Segmentação, Embrionária e Fetal.

Segundo Volpi e Volpi (2002), a fase de segmentação acontece a partir da fecundação, concepção, e é quando ocorre o início da formação da vida, em que ocorre a sustentação-nidação – fixação do zigoto nas paredes uterinas – (quinto ao sétimo dia gestação) Acontece a divisão do zigoto em outras células - chamadas de blastômero, energia (ATP) autógena, que vem dos espermatozoides e do óvulo, fundidos num zigoto. O útero deve ser receptivo e pulsante.

O medo, estresse, angústia, ou qualquer outro tipo de emoção podem alterar esse processo energético e dificultar/impedir a sustentação, nidação do zigoto nas paredes uterinas.

A fase embrionária, ocorre com a nidação do zigoto nas paredes do útero e estende-se até o final do segundo mês de gestação. De acordo com Navarro (1995), a predominância é biológica endócrina (a célula continua a se multiplicar para formar o embrião e continua consumindo muita energia (ATP) que ainda é autógena, da própria célula, mas que com a formação do cordão umbilical, que sustenta o embrião nas paredes do útero da mãe, vai se

organizando para passar a ser trofo-umbilical. Afirma Navarro (1995) que qualquer situação tomada pela mãe como estressante é capaz de ativar os mecanismos endócrinos maternos e interferir no desenvolvimento físico e energético do bebê: comprometendo a sustentação, uma situação que pode ser sentida pelo bebê como uma ameaça de aborto; provocando a alteração das informações genéticas que são transmitidas de célula à célula por meio do DNA.

O segundo trimestre de gestação, pode considerar-se um pouco mais estável do ponto de vista emocional. A mulher pode sentir o prazer de gestar e gerar uma nova vida, porém os conflitos emocionais podem continuar presentes.

Os acontecimentos centrais desta fase são as modificações corporais e o início dos movimentos fetais. O ventre se arredonda, os seios aumentam, as modificações corporais são visíveis. Efetivamente seu corpo não é o mesmo. A mulher pode sentir orgulho pelo corpo grávido, como pode ter a sensação de deformação, devido às transformações corporais. O medo e a angústia frente às modificações corporais estão associados ao significado simbólico de sentir-se modificada como pessoa pela experiência da maternidade

Outro fator importante nesta fase é o início dos movimentos fetais. É a primeira vez que a mulher sente o feto como uma realidade concreta dentro de si, como um ser separado dela e, ao mesmo tempo, totalmente dependente. O futuro pai pode acompanhar e sentir os movimentos fetais no ventre da mulher, comunicando-se com o feto por um processo semelhante ao sentido por sua companheira.

A fase fetal que é a terceira fase do desenvolvimento tem início no terceiro mês de gestação - até nascimento. A energia que o bebê recebe vem da própria mãe, através do cordão umbilical – placenta formada. Acontece a formação do cérebro e do sistema neurovegetativo.

É importante considerar que cada criança tem um funcionamento fisiológico próprio, tem uma resistência ao estresse que é particular, só dela. Um são mais resistentes e outras menos. Reich (1987, p. 30) afirma que “um sistema energético enormemente produtivo e adaptável que, por seus próprios recursos fará contato com seu meio ambiente e começará a dar forma a este meio ambiente de acordo com suas necessidades” e será capaz de demonstrar toda a riqueza da plasticidade e do desenvolvimento natural.

Indica Navarro (1995) que uma mãe agitada, ansiosa e estressada descarrega em sua corrente sanguínea hormônios com sabor desagradável. Isso nos mostra a importância de uma gravidez em estado de bem-estar. Mãe agitada e ansiosa descarrega na corrente sanguínea a bile, líquido presente na vesícula biliar – deixando o leite com sabor amargo.

No terceiro trimestre volta a aumentar o nível de ansiedade pela proximidade do parto.

A percepção dessas contrações uterinas e de movimentos fetais podem provocar crises de ansiedade totalmente inconscientes que se traduzem, muitas vezes, em manifestações psíquicas e somáticas.

Os sentimentos, muitas vezes, são contraditórios: o desejo de ter o filho, terminar a gravidez, e, simultaneamente, o desejo de prolongar-la para pospor as mudanças das novas adaptações.

As crenças e a própria história do nascimento da mãe, e tudo o que lhe contaram durante a vida sobre parto são bem marcadas neste período com o medo das dores das contrações uterinas do trabalho de parto, ou o medo de morrer no parto, de não ter leite suficiente, de não ser uma boa mãe.

O trabalho de parto é um momento de transição importante. A mulher e seu companheiro, estão mais sensíveis. É importante ter um ambiente acolhedor, que favoreça a interação do casal e que também ofereça os meios para a mulher passar o período das contrações uterinas o mais confortável possível.

O parto é momento privilegiado no qual se tem acesso à vida. É um momento especial na vida, pois simboliza um ritual de passagem onde ocorrem intensas transformações físicas e psíquicas. O homem também vivencia esse momento de transição, depois do parto serão definitivamente pais. Nasce um bebê, um pai, uma mãe, e uma família.

Até o nono ou décimo dia de vida, o bebê não produz lágrimas. Como os olhos eram lubrificados pelo líquido amniótico, o bebê precisa agora de um tempo para que suas glândulas lacrimais possam entrar em funcionamento. Portanto, é preciso evitar que ele chore de forma estressante nesse período, para que não ocorra um ressecamento dos olhos e um posterior comprometimento da visão. Como consequência desse ressecamento, poderemos ter, segundo Navarro (1995) o astigmatismo.

O quarto trimestre é considerado também como o pós-parto. O puerpério, assim como a gravidez, é um período bastante vulnerável à existência de crises psicológicas, devido às profundas modificações intra e interpessoais desencadeadas pelo parto.

Antes de nascer, a criança já tem uma história, um lugar que foi construído pelo desejo dos pais, pela escolha do nome, escolha do berço, do quarto, das características, pelas imagens, pela herança genética e psíquica, que é transmitida ao longo das gerações.

Uma das principais adaptações que ocorrem no pós-parto é acomodar psiquicamente as vivências emocionais do parto e adaptar-se às modificações do lar, passando de ser filha a ser mãe. Os primeiros dias depois do parto estão carregados de intensas emoções, euforia, estados depressivos que se alteram rapidamente, 70% das mulheres passam por um período chamado de baby blues ou leve depressão, se devem à modificações bioquímicas e à instabilidade dos níveis hormonais e a nova fase de adaptações, ao bebê, a casa, ao marido, as novas rotinas, este período dura em média de 7 a 10 dias após o parto.

2) Etapa de Incorporação

Essa etapa tem início logo após o nascimento e finaliza com o desmame que segundo Navarro (1995), deverá ocorrer por volta do nono mês de vida.

O bebê abandona o útero para se ligar ao seio da mãe, introjetando tudo o que vier do mundo externo, começando pelo bico do seio ereto e disponível, passando pelo sabor agradável do leite, pelo cheiro da mãe, pela disponibilidade da mãe em amamentá-lo, pelos olhos atentos e receptivos, pelas mãos quentes e acolhedoras, pelo contato epidérmico que envolve o bebê, da mesma forma que ele foi envolvido pelo útero e muito mais.

“A pele é a ponte sensível do contato com o mundo... É o nosso órgão mais extenso, é o nosso código mais intenso, um lar de profundas memórias” (LELOUP, 1998, p. 9).

O bebê é capaz de regular suas próprias necessidades de fome, demonstrando-a por meio do choro, balbucios e agitação. Isso significa que não se deve interferir nesse movimento – livre demanda. Portanto, é importante que o organismo da criança possa por si mesmo manifestar-se de acordo com

as suas próprias necessidades: qualquer movimento do adulto que venha a interromper essa pulsação pode trazer sérios comprometimentos na capacidade do bebê em saber se sustentar na vida; todo excesso é também comprometedor.

É importante que o organismo da criança possa por si mesmo manifestar-se de acordo com as suas próprias necessidades: qualquer movimento do adulto que venha a interromper essa pulsação pode trazer sérios comprometimentos na capacidade do bebê em saber se sustentar na vida; todo excesso é também comprometedor.

3) Etapa de Produção

Segundo Volpi e Volpi (2002), essa etapa tem início com o desmame e vai até o final do terceiro ano de vida.

A energia da criança está inteiramente voltada à construção de pensamentos, de gestos, de brincadeiras, de jogos, de relacionamentos, etc, da mesma forma que produz sua urina e suas fezes.

A criança imita os pais em busca de modelos. É curiosa e procura descobrir tudo o que está à sua volta, recusando ser ajudada.

É importante tomar-se cuidado com as preocupações excessivas, principalmente com a ordem e/ou limpeza e procurar não exigir que a criança contenha suas necessidades fisiológicas de xixi e coco antes de completar 18 meses. Ela deve ser ensinada gradativamente. A frustração e o medo da punição nessa etapa tolhem a espontaneidade da criança, deixa-a numa situação de submissão ao genitor que a frustra e confinada às rotinas diárias de seu cotidiano.

A criança demonstra interesse pelos jogos imaginativos e mais tarde, o interesse se volta para os jogos mais formais, com regras. É comum o surgimento de amigos imaginários, principalmente em primogênitos e filhos únicos. Mas isso não é motivo de preocupação porque a criança também já é capaz de distinguir a fantasia da realidade.

4) Etapa de Identificação

Essa etapa se estende até o final do quinto ano de vida. É a etapa em que a energia volta-se para a descoberta dos genitais e a criança passa a distinguir a diferença entre menino e menina e a ter uma idéia segura quanto ao sexo que pertence (VOLPI; VOLPI, 2002).

É a partir do quarto ano de vida que se inicia a etapa que a criança é capaz de fazer identificações.

Ocorrem as primeiras masturbações, mas como mera fricção do genital, sem nenhuma intenção ou fantasia, o que deve ser encarado com naturalidade e sem punições.

Nessa etapa, a criança também passa por momentos de individualidade. Quer brincar sozinha, não quer saber do colo dos pais, quer desmontar os brinquedos para montar de outra forma, etc.

Aos poucos, também vai aprendendo a compartilhar, saindo do campo familiar e voltando-se cada vez mais para o campo social.

Mais tarde, a criança irá realizar a chamada constância ou conservação de gênero - passa a ter consciência de que seu sexo será sempre o mesmo - depois assumir seu papel sexual.

5) Etapa de Estruturação e Formação do caráter

De acordo com Volpi e Volpi (2002), essa etapa tem início aos cinco anos de vida e se estende até a puberdade. É a etapa em que a formação da estrutura básica de caráter se completa.

A criança vai encontrando a sua própria identidade e, se conseguir chegar nessa etapa sem bloqueios ou fixações das fases anteriores, poderá estruturar o chamado caráter genital, que de acordo com Reich (1995) é auto-regulado, equilibrado e maduro.

Segundo os ensinamentos de Wilhelm Reich (1995), cujo estudo enfocou trabalho sistemático orientado para o corpo, é desde o momento da concepção que se inicia a história energética e emocional de uma pessoa. (VOLPI; VOLPI, 2002). Neste sentido o trabalho da orientação perinatal durante a gestação e a presença de uma Doula é fundamental para que a história de um ser humano inicie com saúde e qualidade desde a sua concepção, nascimento e primeiros dias após o parto.

O médico está ocupado com os aspectos técnicos do parto, em fazer o bebê nascer bem, os auxiliares e as enfermeiras auxiliam o médico para que o parto transcorra de uma maneira segura, e, o pediatra, cuida do bebê após o seu nascimento. Apesar de todos os cuidados, e de todos esses profissionais envolvidos no momento do parto, quem zela pela mãe, dando-lhe suporte físico, afetivo e emocional, e quem a está orientando quanto a evolução do processo do nascimento, tão diferente em cada mulher?

A Doula é a profissional do parto treinada com procedimentos de assistência á parturiente, oferecendo apoio e suporte físico, emocional e afetivo antes, durante e após o parto. A palavra Doula vem do grego e significa a mulher que serve, referindo-se as acompanhantes que cercavam e cuidavam da mulher no seu ciclo de gravidez, isto é, na preparação para o parto e pós-parto. Antigamente, as parturientes, tinham seus filhos em casa, com parteiras, em um ambiente conhecido e acolhedor, eram acompanhadas durante toda a gestação por pessoas mais experientes, a mãe, amiga, vizinha, todavia, com a mudança do parto domiciliar para o hospital, o ambiente tornou-se mais frio, e com a soma das intervenções médicas criou-se um parto mecanizado, onde as mulheres se sentem sozinhas, inseguras, com medo, associam o próprio hospital a doença, sendo que estão ali, para vivenciarem um momento maravilhoso, que é dar a luz ao seu filho.

À mercê desses procedimentos invasivos, a gestante fica com medo, dá início a um processo de tensão e enrijecimento, pois seus sentimentos não estão sendo respeitados e ela precisa retê-los, isso faz com que tencione a musculatura, e, com a musculatura tensa a dor aumenta, o desconforto é bem maior e mais intenso.

A dor do parto representa um grande fantasma para as mulheres, pois vem sendo influenciada por fatores sociais, espirituais, culturais e psicológicos, como o medo e a ansiedade, quando trata-se do acolhimento e do suporte oferecido durante esse processo e da experiência da gestante que já sofreu anteriormente com a famigerada dor (SAITO *et al*, 2003).

Proteger o ambiente do parto é importante para se ter um resultado positivo, contribui com liberdade de expressão ou pode tornar as coisas mais difíceis. A privacidade, quietude, luzes controladas, o calor, as conversas entre a equipe e o respeito à família que ali se inicia, são atitudes simples, porém cruciais e imprescindíveis para este primeiro encontro.

A Doula cria um ambiente mais calmo e tranquilo, reduzindo a tensão e a ansiedade da gestante. Ela vem auxiliar a mulher que deseja respeitar o ritmo natural e o simbolismo transformador do nascimento, mostrando a naturalidade com que gestação, parto e pós-parto pode ser vivenciada.

Para a OMS (Organização Mundial de Saúde) a Doula é uma prestadora de serviços que recebeu um treinamento sobre parto e que está familiarizada com uma variedade de procedimentos de assistência.

O objetivo do trabalho da Doula é estar presente com a gestante durante todo o período do parto buscando, através de técnicas, vivenciar o momento do parto de forma mais humana, sensível, concentrada na mãe e no bebê, dando chance ao pai de estar presente e de colaborar com sua companheira no momento mais importante de suas vidas.

2.2 O que fazem as Doulas.

De acordo com Fadyinha (2003), o trabalho da doula pode ser resumido da seguinte forma:

a) Antes do Parto:

- Esclarecimento e informações a respeito da formação e desenvolvimento do bebê e o corpo da gestante, (modificações) - o reflexo dessas mudanças em relação ao companheiro e adaptação no dia-a-dia;
- Eliminação de algum tipo de dor que a nova postura possa trazer;
- Maior conscientização do corpo através do toque e técnicas de expressão corporal;
- Sessões de massagens e relaxamento, buscando interiorização, um momento único, silencioso e prazeroso com seu bebe;
- Lições: técnicas de respiração para controle da dor, exercícios de alongamento e fortalecimento para a região lombar, pernas, musculatura da região pélvica, preparo do corpo para o momento do parto;
- Abordagem de temas como: o que é dor, contrações, posições, depoimentos de outras gestantes a respeito das suas experiências e da confusão de sentimentos vivenciada, vídeos ilustrativos e educativos;
- Participa das decisões do casal quanto às escolhas em relação ao momento, tipo e local do parto, mostrando as suas vantagens e desvantagens, possibilitando ao casal uma escolha consciente e responsável;
- Explica os complicados termos médicos, procedimentos hospitalares e possíveis intervenções.

b) Durante o Parto:

- Auxilia a parturiente a encontrar posições mais confortáveis para o trabalho de parto e parto, mostra formas eficientes de respiração e propõe medidas naturais que podem aliviar a dor, como banhos quentes, massagem relaxante entre as contrações, entre outros procedimentos que auxiliam e facilitam o nascimento do bebê;

- Dará proteção a mulher para que ela tenha seus desejos, sua privacidade e seus direitos respeitados;
- Acompanham a parturiente desde o início do trabalho de parto, diminuindo a tensão provocada pelo ambiente hospitalar e pela presença de muitos profissionais desconhecidos no momento do parto.
- No pós-parto imediato permanece com a mãe facilitando e orientando a primeira mamada;

c) Pós-parto (Puerpério):

- Oferece apoio em relação a amamentação e cuidados com o bebê (primeiros socorros), banho, troca de fralda, nutrição da mãe em razão do aleitamento;
- Exercícios pós-parto, que visam à recuperação do assoalho pélvico;
- Técnica de massagem em bebês – Shantala: é ensinada aos pais, essa prática aumenta significativamente a intimidade dos pais para com seu filho, facilita na linguagem dos sinais, principalmente para a mãe de primeira viagem, criando uma relação afetiva e vínculo de carinho e amor entre eles.

Com o desenvolvimento do plano de parto a gestante ou parturiente sente-se mais segura, o medo do desconhecido desaparece, visto que, até o momento do parto em si ela estará preparada, reconhecendo o turbilhão de sentimentos e situações que estarão acontecendo com ela naquele momento. A Mulher permanece mais integrada com o nascimento e totalmente assistida.

Pesquisas têm mostrado que a atuação da Doula no parto pode diminuir em: 50% as taxas de cesárea; 20% a duração do trabalho de parto; em 60% os pedidos de anestesia; 40% o uso de ocitocina (hormônio para ritmar as contrações, utilizado para induzir o parto); 40% o uso de fórceps. (FADYNHA, 2003).

2.3 Educação Perinatal x Psicologia Corporal

A Orientação Perinatal, preocupa-se em estudar e familiarizar-se com os aspectos que permeiam a gravidez, o nascimento e alguns dias após o parto, levando em consideração que a preparação para a maternagem e paternidade envolvem aspectos físicos, emocionais, nutricionais, ambientais, relacionais, profissionais, psicológicos e afetivos. Ela tem como objetivo orientar, informar e preparar a mulher para o processo de maternagem, possibilitar a esta, bem como ao casal grávido, escolhas conscientes e orientadas, tornando o momento do parto um evento único, vivenciado com a máxima consciência e respeito à vida bem vinda em família! Na verdade, possibilita uma compreensão e conscientização maior sobre alguns dos momentos que determinam o futuro de um ser humano como: a concepção, a gestação, o trabalho de parto, parto, a primeira hora após o nascimento, os primeiros dias, a amamentação, o desmame e o contato, entre outros momentos do ciclo gravídico.

Sabe-se que é desde a concepção que o embrião, depois feto, vem desenvolvendo capacidades sensoriais capazes de absorver, perceber e sentir os diferentes estímulos, sensações e sentimentos que sua mãe vivencia e experimenta no dia-a-dia.

A energia, o contato mãe-bebê, a vitalidade e a disposição com que uma mulher vive sua gestação podem determinar características e traços de caráter e personalidade no bebê, colaborando para a construção de adultos empreendedores seguros e capazes ou comprometendo-os transmitindo insegurança, indecisão e volubilidade.

A orientação e a informação são as partes essenciais na preparação para o parto e a maternidade, considerando que a gravidez e parto são etapas naturais do desenvolvimento humano e não eventos médicos, e que mulher tem o direito de parir naturalmente, livre das intervenções de rotina e protocolos institucionais, e conscientes de que a experiência do parto afeta profundamente a mulher e sua família atual e futura.

Para a Psicologia Corporal é como se nosso corpo, desde a infância, marcasse nossas vivências, como uma tatuagem, que é o momento em que dependemos exclusivamente dos cuidados de quem exerce a função materna e paterna. Quando exercida de forma precária, nas palavras de Volpi (2002, p.

129), “Esses acontecimentos, quando estressantes e traumáticos, muitas vezes deixam no corpo marcas profundas e irreversíveis”.

Prestar atendimento a um recém-nascido no momento do parto se restringe na maioria das vezes a observá-lo e dar a ele o crédito a que ele tem direito durante sua adaptação à condição de vida extra-uterina.

Conforme Navarro (1995) situações causadas por stress físico, químico, mecânico ou psicológico podem limitar o desenvolvimento do bebê ainda no útero ou durante as etapas de desenvolvimento psico-afetivo, podendo comprometê-lo física, energética e emocionalmente. São esses comprometimentos os responsáveis pela formação de uma estrutura de caráter “neurótico”.

Volpi (2002, p. 1) expõe a idéia de que: “A gestação de uma criança é um processo regido por movimentos de separações e aproximações, tanto físicas quanto energéticas, desde a fecundação até o parto”.

As etapas representam momentos de passagem que induzem à incorporação de experiências vividas e determinam a entrada e a saída de uma etapa à sucessiva. Cada etapa é caracterizada por fenômenos específicos que desde o início trazem consigo, na bagagem genética da célula, valores biofisiológicos, emocionais - afetivos e intelectivos. E são esses valores que serão transmitidos para todas as demais células do corpo durante todo o processo de desenvolvimento e que, aos poucos, irão sendo acrescidas das experiências que a criança vivenciar. (VOLPI; VOLPI, 2002, p. 129)

O contato pele a pele da mãe e bebê, o carinho e o tato, são fundamentais para o desenvolvimento, físico, químico e psicológico do bebê. Ele ouve e reconhece os batimentos do coração da mãe que lhe é familiar, ouve o “cantar” da mãe e do pai ao recebê-lo, percebendo a voz, olha nos olhos da mãe que está esperando receptiva para este momento. O médico aguarda o cordão umbilical parar de pulsar para o pai cortá-lo, se for o caso, todavia, possibilitando ao bebê adaptar-se naturalmente respirar com seu pulmão. O pediatra faz os exames com discrição e calma com o bebê no colo da mãe, ou ao lado quando isto não é possível, respeitando o vínculo, o elo de amor, que se inicia em seguida ao nascimento, o silêncio, o primeiro contato do bebê para com a sua mãe, e vice-versa.

O pai, quando a mãe necessita permanecer mais tempo na sala de cirurgia, fica todo o tempo com o bebê, durante os procedimentos de rotina,

durante o banho e a primeira troca, levando-o para a mãe assim que terminarem essas pequenas intervenções, o mais rápido que for possível.

O bebê após seu nascimento permanece com a mãe senão com o pai, mas sempre tem companhia.

A relação mãe-filho-pai-família quando iniciada desde a gestação, se estabelece com maior intimidade, naturalidade e espontaneidade no momento do nascimento, possibilitando por meio da assistência e preparo vivenciar as emoções e as sensações que o parto inclui. Proporciona aos recentes pais, principalmente à mãe estar mais atenta e concentrada aos desejos e às solicitações do seu bebê, favorecendo um atendimento e uma resposta à expectativa da criança mais rápida, mais centrada, sensível e amorosa.

A formação psico-emocional começa na gestação e depende, exclusivamente da gestante e dos seus cuidadores no início da vida. O despreparo desses atores tende a comprometer ou dificultar o desenvolvimento natural e espontâneo da criança.

3. CONCLUSÃO

A primeira casa do indivíduo é o útero materno que o abriga. Os acontecimentos durante a concepção, na vida intra-uterina, na chegada ao mundo, na amamentação, no modo de ser acalentado ao colo, do primeiro ano de vida e da infância irão determinar a formação do caráter do indivíduo e a sua dinâmica de agir no mundo.

Assim como é para a mulher, um turbilhão de sensações e sentimentos, para o pai gestante, sua participação ativa na gestação e nascimento é uma aventura inesquecível e transformadora, principalmente quando o casal enfrenta o parto com confiança, com consciência dos sentimentos e atitudes, conseguindo vivenciar um clima de compartilhamento honesto.

Não imponha às crianças os males que lhe foram impostos. Não os transmitam, consciente ou inconsciente, à próxima geração. Ao contrário, você pode quebrar a corrente de mil anos dessa herança, mesmo que esteja enrolada nela e sofra por isso. Eis a grande esperança (EVA REICH, 1998, p. 28).

Nossos bebês, crianças e jovens merecem receber mais informações para que sejam capazes de construir uma sociedade mais saudável, autêntica, fraterna e solidária, resgatando valores fundamentais, e capazes de provocar mudanças na direção de um mundo menos violento, e mais amoroso.

A educação e conscientização para o parto humanizado têm uma importância vital neste processo, através da compreensão das forças que estabelecem nossos valores mais profundos podemos ver que a tarefa de humanizar o nascimento acontece passando por um processo demorado e lento, que tem haver com a própria estrutura que sustenta a sociedade ocidental. Respeitar o corpo da mulher e seus ciclos é algo que se aprende a mais tenra idade. Educar meninas e meninos sobre o valor do nascimento com dignidade é uma tarefa para toda a sociedade que não pode ser mais adiada.

A humanização do nascimento passa pela compreensão do sentido profundo dos valores, e estes não podem ser alterados por decretos, é preciso compreender a história da vida, das crenças, dos rituais, da fisiologia humana e dos próprios sonhos, mudar estas atitudes demanda alterar como entendemos uma cultura e a sociedade. Acreditamos que somos felizes por termos celulares, carros, aviões, casas, tudo o que o dinheiro pode comprar,

mas porque não acreditamos que podemos ter uma sociedade mais feliz e melhor se tivermos nascimentos tranqüilos, suaves, com respeito, e carinho, sem tirar o bebê do ventre materno em minutos e aparente sem dor.

Para construirmos um mundo menos violento e mais amoroso, digno, respeitável e justo temos que começar pelo nascimento. Portanto, cabe um alerta a todos os profissionais que possam estar envolvidos na saúde física e emocional do bebê, que a prevenção ainda é a melhor alternativa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Nilza Alves Marques; SOARES, Lucinéia Joaquina; SODRÉ, Rúbia Lícia Rodrigues; MEDEIROS, Marcelo. A dor do parto na literatura científica da Enfermagem e áreas correlatas indexadas entre 1980-2007. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008; 10(4):1114-23. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a24.htm>>. Acesso em: 10/10/2009

ALMEIDA, Nilza Alves Marques; SOUSA, Joaquim Tomé de; BACHION, Maria Márcia; SILVEIRA, Nusa de Almeida. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Jan-fev, 2005, vol. 13, nº1.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques; MARTINS, Cleusa Alves; VASCONCELOS, Karen Leverger; RIOS, Cristhiene Helena Alvarenga; LUCAS, Eliane Alves; MACHADO Elaine Aparecida; MEDEIROS, Antonielli Vieira de. A humanização no cuidado à parturição. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 03, p. 355 - 359, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/pdf/revisao_02.pdf>. Acesso em: 10/10/2009

BIO, Eliane; BITTAR, Roberto Eduardo; ZUGAIB, Marcelo. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**. Nov, 2006, vol. 28, nº 11.

CASTILHO, Sueli A.; PIRES, Denise E. Pires. D. O resgate do parto normal: as contribuições de uma tecnologia apropriada. **Texto Contexto Enfermagem**. Mai-ago, 2000, vol.9, nº02.

CASTRO, Jamile Claro; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-américa Enfermagem**, nov-dez, 2005, vol. 13, nº 06. Acesso em: 10/10/2009

CASTILHO, Sueli A.; PIRES, Denise E. Pires. D. O resgate do parto normal: as contribuições de uma tecnologia apropriada. **Texto Contexto Enfermagem**. Maio-agosto, 2000, v.9, n°02.

CASTRO, Jamile Claro; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Novembro-dezembro, 2005, v. 13, n° 06.

CECHIN, Petronila Libana. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 55, n. 4, p. 444-448, julho-agosto, 2002.

CUCHI, Juliana. **Assistência Fisioterápica ao parto de cócoras**. Fisio e Terapia. São Paulo, v2001, 06, n. 29, ano 0, p. 28-30, out./nov.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Janmili das Costas; MELO, Eva Saldanha de; PAIVA, Cecília Pessoa; VIEIRA, Daniele; COSTA; Isabelle Catherinne Fernandes. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. 2008; 10 (3):600-9. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>>. Acesso em: 11/10/2009

FADYNHA. **A Doula no parto**: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional á parturiente. São Paulo: Ground, 2003.

HEINOWITZ, Jack. **Pais grávidos**: a experiência da gravidez do ponto de vista dos maridos. São Paulo: Cultrix, 2005.

Humanizando nascimentos e partos / Daphne Rattner, Belkis Trench, organizadores. – São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: O Ministério; 2001. Disponível em: <

http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_da_mulher/parto_aborto_puerperio.pdf>. Acesso em: 5/10/2009

NAVARRO, F. **Caracterologia pós-reichiana**. São Paulo: Summus, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Assistência ao Parto Normal**: guia prático, 1996.

WILHEIM, Joanna. **O que é psicologia pré-natal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

WINNICOTT, Donald W. 1986-1971. **O bebê e suas mães**. 3ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2006

SAITO, Emília; GUALDA, Dulce Maria Rosa. A participação da família na perspectiva da vivência da dor de parto. **Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, 2002, v. 4, n. 2, p.119-124

SESCATO, Andréia Cristina; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; WALL, Marilene Loewen. Os cuidados não-farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. Out-dez, 2008, vol 13, nº 04.

VARGENS, Octavio Muniz da Costa; PROGIANTI, Jane Márcia; SILVEIRA, Anna Carolina Ferreira. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Revista Esc. Enfermagem**. Set, 2007, vol. 42, nº 02.

VOLPI, J. H.; VOLPI, S. M. **Crescer é uma aventura!** Desenvolvimento emocional segundo a Psicologia Corporal. Curitiba: Centro Reichiano, 2002.

VOLPI, José Henrique. **Particularidades sobre o temperamento, a personalidade e o caráter, do ponto da psicologia corporal**. Artigo do curso de Especialização em Psicologia Corporal. Curitiba: Centro Reichiano, 2004.

REICH, Eva. **Energia vital pela bioenergética suave**. São Paulo: Summus, 1998.

REICH, W. **Análise do Caráter**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

